

Madame, Monsieur,

Votre commune participe à une démarche en collaboration avec les acteurs de santé, conduisant à l'élaboration d'un Contrat Local de Santé, à l'échelle du Pays de Remiremont et de ses vallées (40 communes, 84 000 habitants).



Cette démarche a pour ambition de lutter contre les inégalités sociales de santé, de faciliter l'accès aux soins pour tous et de promouvoir des actions de prévention pour rester en bonne santé.

Dans ce contexte, nous vous invitons à participer à cette enquête citoyenne afin de mieux connaître vos attentes en matière de santé et construire ensemble des réponses adaptées.

Ce questionnaire est personnel et anonyme. N'hésitez pas, il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses.

Merci de déposer ensuite votre contribution à l'accueil de votre mairie pour le 31 janvier 2021. Si vous préférez, vous pouvez également opter pour une contribution en ligne en vous connectant à l'adresse internet suivante : [www.paysderemiremont.fr/cls](http://www.paysderemiremont.fr/cls) ou via ce QR Code.



Pour tout renseignement ou pour vous impliquer davantage dans cette démarche, vous pouvez contacter les services du Pays par mail : [contratlocaldesante@paysderemiremont.fr](mailto:contratlocaldesante@paysderemiremont.fr) ou au 03.29.23.40.00

Nous vous remercions de votre participation.

---

### Mieux vous connaître

---

1. Vous êtes :  Un homme  Une femme
2. Vous avez :  
 Moins de 18 ans  Entre 25 et 29 ans  Entre 45 et 49 ans  Entre 60 et 74 ans  
 Entre 18 et 24 ans  Entre 30 et 44 ans  Entre 50 et 59 ans  Plus de 75 ans
3. Vous vivez :  Seul  En établissement  En famille  
a. Nombre d'adulte(s) : ..... / Nombre d'enfant(s) de moins de 25 ans : .....
4. Vous êtes :  Locataire  Propriétaire  Je ne suis pas concerné(e)
5. Vous êtes :  
 Agriculteur exploitant  Employé  Retraité  
 Artisan, commerçant, chef d'entreprise  Professionnel libéral  Etudiant, lycéen  
 Cadre  Ouvrier  Collégien  
 Homme ou femme au foyer  Agent de la fonction publique  
 A la recherche d'un emploi  Autre : .....
6. Dans quelle commune habitez-vous ? .....

---

### Vous et votre santé

---

7. Dans l'ensemble, vous pensez que votre santé est :  
 Très bonne  Bonne  Mauvaise  Médiocre
8. Pratiquez-vous une activité physique régulière ?  Oui  Non  
• Si oui, à quelle fréquence ? .....  
• Si non, pourquoi ? .....

9. Souffrez-vous d'une des maladies suivantes ?

a. Si vous souffrez d'une ou plusieurs de ces maladies :

	Oui	Non
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Surpoids / Obésité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie Cardiovasculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie Respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre : .....		

- Vous sentez vous aidé, accompagné dans la gestion de votre problème de santé au quotidien ?  
 Oui     Non    Si non, pourquoi ? .....
- Bénéficiez vous de conseils sur votre hygiène de vie ou votre alimentation en lien avec votre problème de santé ?  
 Oui     Non

Voici une série de 17 questions sur votre santé telle que vous la ressentez. Veuillez lire attentivement chacune de ces questions. Cochez la réponse qui vous convient le mieux. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaises réponses.

	Oui, c'est tout à fait mon cas	C'est à peu près mon cas	Non, ce n'est pas du tout mon cas
1. Je me trouve bien comme je suis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Je ne suis pas quelqu'un de facile à vivre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Au fond, je suis bien portant(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Je me décourage trop facilement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. J'ai du mal à me concentrer.			
6. Je suis content(e) de ma vie de famille.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Je suis à l'aise avec les autres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUJOURD'HUI	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
8. Vous auriez du mal à monter un étage.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Vous auriez du mal à courir une centaine de mètres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AU COURS DES 8 DERNIERS JOURS	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
10. Vous avez eu des problèmes de sommeil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Vous avez eu des douleurs quelque part.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Vous avez l'impression d'être vite fatigué(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Vous avez été triste ou déprimé(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Vous avez été tendu(e) ou nerveux(se).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Vous avez rencontré des parents ou amis (téléphone, visio, visite, ...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Vous avez eu des activités de groupes à distance (réunions, associations, sport, religions).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AU COURS DES 8 DERNIERS JOURS	Pas du tout	1 à 4 jours	5 à 7 jours
17. Hormis le confinement du à la COVID-19, vous avez dû rester chez vous ou faire un séjour en clinique ou à l'hôpital pour raison de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Vous et votre parcours de santé

10. Avez-vous eu besoin d'un ou plusieurs professionnel(s) de santé suivants, au cours des 12 derniers mois ?

	Oui	Non	N'est pas concerné
Médecin généraliste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médecin spécialiste (Précisez : .....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urgences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dentiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sage-Femme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinésithérapeute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthophoniste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ophtalmologiste / Orthoptiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pédicure-Podologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infirmiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Avez vous dû renoncer à consulter un de ces professionnels de santé ?  Oui  Non

a. Si oui, à quel(s) professionnels et pourquoi ?

Professionnel : .....

Motif(s) : .....

Professionnel : .....

Motif(s) : .....

12. Avez vous eu recours, au cours des 12 derniers mois à des pratiques de soins dites non conventionnelles ? (homéopathie, ostéopathie, acupuncture, ...)  Oui  Non

13. Avez vous dû renoncer à des soins ?

	Oui	Non
Traitement médicamenteux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipement auditif (prothèse...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipement visuel (lunettes, lentilles, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traitement dentaire (prothèse, couronne, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthodontie (appareil dentaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins orthopédiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre soin : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

a. Si oui pour quel(s) motif(s) ?  Absence de mutuelle  Reste à charge trop important

Eloignement

Délais

Autre : .....

	Oui	Non	N'est pas concerné
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rougeole, Oreillons, Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Méningocoque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pneumocoque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grippe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infections au Papillomavirus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Etes-vous vacciné(e) contre :

Si non, pour quelle(s) raison(s) n'êtes vous pas vacciné(e) ?

Il n'y a pas assez de preuves scientifiques.

J'ai peur des effets secondaires.

J'ai peur de l'injection.

Le vaccin n'a pas été proposé par mon médecin.

Mon corps peut se défendre seul.

Autre : .....

15. **Pour les femmes de 50 à 74 ans**, participez vous à la campagne nationale de dépistage organisé du cancer du sein ?

- Oui  Non  Je ne suis pas concerné(e)

a. Si oui, à quelle fréquence ?  Une seule fois  A chaque campagne / invitation

b. Si non, pour quels motifs ?

- J'ai peur du résultat.  Le centre de dépistage est trop éloigné.  
 Le délai pour avoir un rendez vous est trop important.  Je ne me sens pas concernée.  
 Je ne suis pas convaincue par le bénéfice / intérêt du dépistage.  Autre : .....

16. **Pour les personnes de 50 à 74 ans**, participez vous à la campagne nationale de dépistage organisé du cancer colorectal ?

- Oui  Non  Je ne suis pas concerné(e)

a. Si oui, à quelle fréquence ?  Une seule fois  A chaque campagne / invitation

b. Si non, pour quels motifs ?

- J'ai peur du résultat.  Je ne me sens pas capable de le faire seul(e).  
 Je n'ai pas pris rendez-vous avec mon médecin.  Je ne me sens pas concerné(e).  
 Je n'en ai pas discuté avec mon médecin pendant la consultation.  Autre : .....

17. **Pour les femmes de 25 à 65 ans**, réalisez vous un frottis vaginal régulier (tous les 3 ans) ?

- Oui  Non  Je ne suis pas concerné(e)

a. Si non, pour quels motifs ?

- J'ai peur du résultat.  Je n'ai pas de suivi gynécologique régulier.  
 Le délai pour avoir un rendez vous est trop important.  Je ne me sens pas concernée.  
 Autre : .....

### Vous et votre cadre de vie

18. Quel est votre satisfaction concernant :

		Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Non concerné
à proximité de chez vous	L'offre de médecine générale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	L'offre de médecine spécialisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Les structures pour les personnes âgées (EHPAD, Unité de jour)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Les structures pour les personnes en situation de handicap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Les espaces dédiés aux enfants, au lien parent-enfant (crèches, garderie,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sur votre commune	Les équipements de la commune en espaces culturels, de loisirs, sportifs et associatifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Les équipements de la commune en infrastructure permettant l'activité physique (marche, vélo, parcours de santé, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Les équipements de la commune en lieux de convivialité (parc, place ombragée, fontaine,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Quel est votre satisfaction concernant votre environnement proche, en termes de :

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Non concerné
Salubrité de votre logement (qualité de l'air, isolation, confort)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nuisances sonores extérieures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité de l'air extérieur (pollution, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Avez vous connaissances des aides existantes concernant l'amélioration de votre logement ?

Quelques exemples : Aides de l'Etat, Associations, Professionnels de rénovation, Conseiller en environnement intérieur, Ergothérapeutes, ...

Oui

Non

Quelques unes

---

### Vos préoccupations en santé et environnement

---

21. Veuillez indiquer l'importance que vous accordez aux thèmes suivants :

	Très important	Important	Peu important	Pas important	Non concerné
La télémédecine (consultation à distance)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le « bien vieillir » à son domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La santé au travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le mal être, la dépression, le « burn out »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La santé buccodentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La vaccination et les dépistages des cancers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La vie affective et sexuelle (MST, Violences...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les perturbateurs endocriniens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'activité physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les écrans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les drogues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La parentalité, le lien parent/enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les actions intergénérationnelles (entre les générations)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La formation aux gestes de 1 <sup>er</sup> secours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité de l'eau (du robinet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité de votre logement (air intérieur, radon, salubrité, énergie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La mobilité (pistes cyclables, sécurité routière, offre de transport)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La présence d'espèces nuisibles (tiques, moustiques...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité de l'air extérieur (pollen, pollution)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La gestion des déchets et du tri sélectif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les nuisances liées au bruit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La pollution des sols	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le changement climatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

**Et pour aller plus loin ...**

---

22. Quels seraient vos besoins concernant votre santé et votre qualité de vie près de chez vous ?

23. Quels seraient vos besoins en termes d'action de prévention et/ou d'informations concernant la santé et le bien-être ?

24. Quels seraient vos besoins en termes d'actions et/ou d'informations concernant le « bien vieillir » près de chez vous ?

25. Comment avez-vous eu connaissance de ce questionnaire ?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Réseaux Sociaux  | <input type="checkbox"/> Maison de retraite / Hôpital |
| <input type="checkbox"/> Mairie / Communauté de Communes  | <input type="checkbox"/> Journal / Presse             |
| <input type="checkbox"/> Lycée  | <input type="checkbox"/> Associations                 |
| <input type="checkbox"/> Structure d'accueil, d'information, d'orientation<br>(MSVS, CLIC, Mission Locale, ...) | <input type="checkbox"/> Bouche à oreille             |
|   | <input type="checkbox"/> Autre : .....                |

26. Combien de temps avez vous consacré à ce questionnaire : environ ..... minutes.