



## « En quête de santé »

*Votre santé, notre priorité*

En 2020, le Pays de Guingamp renouvelle son Contrat Local de Santé (CLS). Afin de mettre en place des actions de santé au plus près des besoins des habitants du territoire, nous avons besoin de vous ! Ce questionnaire vous prendra moins de 10 minutes.

*Les informations récoltées seront traitées de manière anonyme.*

### Votre santé

1) Sur une échelle de 1 à 5, comment qualifieriez-vous votre santé sur ces 12 derniers mois ? \*

1 Non satisfaisante    2    3    4    5 Très satisfaisante

2) Sur une échelle de 1 à 5, votre santé vous préoccupe-t-elle ? \*

1 Pas du tout préoccupé    2    3    4    5 Très préoccupé

3) Sur une échelle de 1 à 5, avez-vous le sentiment de faire attention à votre santé ? \*

1 Pas du tout    2    3    4    5 Extrêmement

4) Parmi les comportements favorables à la santé listés ci-dessous, quels sont ceux que vous adoptez déjà ? \*

	Oui	Non
Activité physique régulière, sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation saine, régulière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépistages réguliers, suivi médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaccinations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abstinence ou limitation des conduites à risque pour la santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygiène corporelle (brossage des dents, lavage des mains etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entretien du logement (ménage régulier, aération etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5) En trois mots, comment définiriez-vous le mot santé ? (Question facultative)

## Votre accès à la santé

**6) Avez-vous eu besoin d'un professionnel de santé au cours des 12 derniers mois ? \***  
***(Si "non" ou "ne sait pas", passez directement à la question n°11, page suivante)***

Oui  Non  Ne sait pas

**7) De quel(s) professionnels de santé avez-vous eu besoin ? \***  
***(Plusieurs réponses possibles)***

Médecin généraliste  Orthoptiste  
 Dentiste  Psychologue  
 Sage-femme ou Maieuticien  Pédicure -Podologue  
 Kinésithérapeute  Infirmier  
 Orthophoniste  Gynécologue  
 Dermatologue  Autre(s), précisez :

**8) Avez-vous pu rencontrer ce(s) professionnel(s) de santé ? \***

Oui  Non  Pas en totalité

**9) Si non ou pas en totalité, à quel(s) soin(s) avez-vous dû renoncer ? \***  
***(Plusieurs réponses possibles)***

Consultation médicale ou paramédicale  
 Soins dentaires et chirurgicaux  
 Examen complémentaire (scanner, IRM, radiographie etc.)  
 Soins paramédicaux  
 Traitement médicamenteux (médicaments par voie orale ou par injections)  
 Traitement paramédical (appareil dentaire, auditif, orthopédique, etc.)  
 Autre(s), précisez :

**10) Pour quelles raisons n'avez-vous pas pu rencontrer ce(s) professionnel(s) de santé ? \***

Raisons économiques (coûts élevés, complémentaire de santé insuffisante / absente, médicaments non remboursés, pas de moyen de transport etc.)  
 Raison géographiques (professionnels de santé ne prenant plus de nouveaux patients, professionnels non présents sur le territoire ou trop éloignés)  
 Raisons personnelles (manque d'informations de santé, habitudes de vies, craintes etc.)  
 Autre(s), précisez :

## Vos préoccupations de santé

**11) Généralement, comment faites-vous pour obtenir des réponses à vos questionnements sur la santé ? \* (Plusieurs réponses possibles)**

- Un proche, un parent, un ami
- Un professionnel (un médecin, agent communal, etc.)
- Une association, un groupe de personnes vivant la situation
- Sur Internet
- Je ne cherche pas
- Autre(s), précisez :

**12) Selon vous, quelles sont les 10 priorités en termes de santé dans la liste suivante : \*  
(10 réponses maximums)**

- L'accès à des activités physiques et sportives adaptées à vos besoins
- La qualité du logement (salubrité, isolation, etc.)
- L'alimentation (qualité, quantité)
- La qualité de l'eau (eau du robinet, baignade de rivière etc.)
- La qualité de l'air (extérieur, intérieur, allergies, pollens, etc.)
- La qualité des sols (pollution, radon)
- L'exposition au bruit (trafic routier, machinerie, musique)
- Le risque d'infection transmises par les nuisibles (tiques, moustiques etc.)
- Le risque d'épidémie et de maladies contagieuses
- Les effets du changement climatique
- Les addictions (alcool, drogue, tabac)
- Les conduites alimentaires (orthorexie, anorexie, troubles des conduites alimentaires etc.)
- Le risque lié aux Maladies Sexuellement Transmissibles (MST) et Infections Sexuellement Transmissibles (IST)
- La parentalité (la maternité, la paternité, etc.)
- Le développement du tout petit et / ou de l'enfant
- L'adolescence et l'entrée dans la vie adulte
- Le handicap
- Le vieillissement
- La précarité (manque de matériels, de revenus, de moyens, de formations etc.)
- L'accès aux professionnels de santé (médecins, spécialistes etc.)
- Favoriser l'accès aux services sociaux de proximité (Centre Communal d'Action Sociale)
- Les maladies chroniques (diabète, maladies neurologiques, insuffisance rénale, etc.)
- Les maladies cardio-vasculaires
- Les maladies cancéreuses
- La santé mentale (dépistage, stigmatisation, etc.)
- L'isolement social
- La mobilité
- Autre(s), précisez :

## Vous et le COVID 19

**13) La crise sanitaire a-t-elle changé votre perception de la santé ? \***

- Oui       Non

**14) Si oui, pourquoi ?**

**15) La crise sanitaire a-t-elle eu un(des) impact(s) sur les propositions ci-dessous : \***

*(Plusieurs réponses possibles)*

- Anxiété, angoisse, mal-être
- Sommeil
- Sentiment d'isolement ou difficultés à se réintégrer dans une vie sociale
- Sédentarité
- Prise de poids
- Tensions familiales
- Non concerné
- Autre(s), précisez :

**16) Pensez-vous que la crise sanitaire a eu, au contraire, un impact positif sur votre vie ? \***

- Oui       Non       Ne sait pas

**17) Si oui, lesquels ?**

**18) Actuellement, avez-vous facilement accès aux masques et aux gels hydroalcooliques ?**

- Oui       Non

**19) Si non, pour quelles raisons ? \***

- Raisons économiques (masques et gels non remboursés, coûteux, etc.)
- Raisons géographiques (lieux de distribution, difficultés pour se déplacer, etc)
- Autre(s), précisez :

## Mieux vous connaître

Vous êtes : \*

- Un homme       Une femme

Avez-vous un ou des enfant(s) à charge ? \*

- Oui       Non

Dans quelle commune habitez-vous ? \*

(nom de la commune) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Votre catégorie socio-professionnelle : \*

- Agriculteur exploitant  
 Artisan, commerçant, chef d'entreprise  
 Cadre et profession intellectuelle supérieure  
 Profession intermédiaire (Métier situé entre l'employé et le cadre)

Exemple : infirmier libéral, moniteur sportif à son compte etc.

- Employé  
 Ouvrier  
 Retraité  
 Etudiant / Lycéen / Collégien / En formation  
 Autre personne sans activité professionnelle

Etes-vous porteur d'un handicap pour lequel vous disposez d'une reconnaissance ? \*

*Titulaire d'une attestation de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)*

*Titulaire d'une carte mobilité inclusion (anciennement carte d'invalidité)*

*Titulaire de l'allocation adultes handicapés (AAH) ou Prestation de compensation du handicap (PCH)*

*Victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle et titulaire d'une rente*

*Titulaire d'une pension d'invalidité*

- Oui       Non

## Conclusion

Dans le cas où serait créé un groupe de citoyens sur les questions de santé, souhaiteriez-vous y être convié ? \*

- Oui       Non

Si oui, veuillez nous laisser vos coordonnées (mail de préférence) pour que l'on vous recontacte :

Souhaitez-vous nous faire part d'un commentaire ou d'une remarque particulière ?

*(Question facultative)*