

Votre Santé dans le Civraisien en Poitou

La Communauté de Communes du Civraisien en Poitou (36 communes) porte la démarche conduisant à l'élaboration d'un contrat local de santé de deuxième génération, pour la période 2023-2027.

Cette démarche, portée conjointement avec l'Agence Régionale de Santé, est fondée sur la collaboration avec les acteurs médico-sociaux et les associations œuvrant sur le territoire.

L'objectif de ce contrat est de mettre en œuvre au niveau local la politique de santé en mobilisant les acteurs de territoire pour répondre aux besoins locaux de santé, de faciliter l'accès aux soins pour tous et de promouvoir les actions pour rester en bonne santé.

Dans le but de prendre en compte l'avis des habitants de la communauté de communes, nous vous invitons à participer à cette enquête citoyenne afin de mieux connaître vos attentes et de construire ensemble des réponses adaptées.

Ce questionnaire est anonyme et respecte les droits RGPD (règlement général sur la protection des données).

La durée du questionnaire est d'environ 12 à 15 minutes.

Pour tout renseignement ou pour davantage vous impliquer dans cette démarche, vous pouvez contacter le coordinateur du contrat local de santé, Florian Braconnier par mail à sante.civraisienpoitou@gmail.com ou par téléphone 05 86 42 00 02

***Obligatoire**



**Faisons
connaissance**

1. Vous vous définissez en tant que ? *

Une seule réponse possible.

- Une femme
- Un homme
- Non binaire

2. Quelle est votre commune de résidence ? *

Une seule réponse possible.

- Ne souhaite pas l'indiquer
- Anché
- Asnois
- Blanzay
- Brion
- Brux
- Champagné Saint-Hilaire
- Champagny-Le-Sec
- Champniers
- Charroux
- Chatain
- Château-Garnier
- Chaunay
- Civray
- Gencay
- Genouillé
- Joussé
- La Chapelle-Baôn
- La Ferrière Airoux
- Linazay
- Lizant
- Magné
- Payroux
- Romagne
- Saint-Gaudent
- Saint-Macoux
- Saint-Maurice La Clouère
- Saint-Pierre-D'Exideuil
- Saint-Romain
- Saint-Saviol
- Saint-Secondin
- Savigné
- Sommières Du Clain
- Surin

- Valence-en-Poitou
- Voulême
- Voulon

3. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

Une seule réponse possible.

- 11-15 ans
- 16-25 ans
- 26-39 ans
- 40-60 ans
- 61-75 ans
- plus de 75 ans

4. Quelle est votre situation familiale ? *

Une seule réponse possible.

- Dans une famille avec enfant(s)
- Famille sans enfant
- Famille monoparentale (un seul référent parental et un ou plusieurs enfants)
- Seul(e)
- Autre

5. **Votre Profession ? ***

Une seule réponse possible.

- Elève (collégien)
- Etudiant (lycéen/université)
- Agriculteur
- Artisan, commerçant et chef d'entreprise
- Cadre
- Profession intermédiaire
- Employé
- Ouvrier
- Retraité
- Sans activité professionnelle actuelle

Santé physique6. **Comment définissez-vous, être en bonne santé physique ? ***

Plusieurs réponses possibles.

- Être dans un bon état physique
- Avoir un fonctionnement harmonieux du corps humain
- Ne pas avoir de maladie et/ou de handicap
- Avoir beaucoup d'énergie
- Ne pas se sentir limité dans ses déplacements

7. **Actuellement, vous pensez être en :**

Une seule réponse possible.

Très MAUVAISE santé physique

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

Très BONNE santé physique

8. **Faites vous du sport ? ***

Sport en club ou individuellement

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

9. **En moyenne, vous faites du sport ?***Une seule réponse possible.*

- Jamais
- 1 fois par mois
- 2 fois par mois
- 1 fois par semaine
- 2 fois par semaine
- Tous les jours
- Autres

10. **Si vous ne faites pas de sport, quelle(s) en sont les raison(s) ?***Plusieurs réponses possibles**Plusieurs réponses possibles.*

- Manque de temps
- C'est trop chère
- Pas envie (pas d'intérêt)
- C'est trop loin de chez moi
- Vous avez des difficultés pour vous y rendre (problème de mobilité)
- Votre état de santé ne me le permet pas
- Autre : _____

11. **Quelle(s) activité(s) de loisirs (autres que sport) faites-vous? ***

Par exemple : musique, théâtre, dessin, poterie, jardinage, jeux vidéos, lecture etc...

12. **Si vous ne faites pas d'activité de loisirs, pour quelle(s) raison(s) ?***Plusieurs réponses possibles**Plusieurs réponses possibles.*

- Manque d'information de ce qui est proposé
- Les cotisations (licences, prix du cours etc...) sont trop chères
- C'est trop loin de chez vous
- Manque d'envie
- Vous avez des difficultés pour vous y rendre (mobilité)
- Autre : _____

Santé mentale/psychique13. **Selon vous, qu'est-ce qu'être en bonne santé mentale ? ****Plusieurs réponses possibles**Plusieurs réponses possibles.*

- Être dans un état de bien-être (exemple être heureux, avoir de la sérénité etc..)
- Ne pas être dans un état de tristesse
- Ne pas avoir de maladie/difficultés/troubles psychiques ou mentaux
- Être productif, raisonner rapidement, être concentré
- Faire face aux difficultés de la vie

14. **Actuellement, vous diriez que mentalement, vous vous sentez ?***Une seule réponse possible.*

Très MAL

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Très BIEN

15. **Pensez-vous avoir un bon sommeil ?***Une seule réponse possible.* Oui Non Je ne sais pas16. **En moyenne, combien d'heures dormez vous par nuit ? ****Une seule réponse possible.* moins de 4h entre 4 et 5h entre 5 et 6h entre 6 et 7h entre 7 et 8h plus de 8h17. **Êtes-vous fumeur ? ****Une seule réponse possible.* Oui Non18. **Combien de cigarette(s) fumez-vous par jour ?***Une seule réponse possible.* une fois de temps en temps mais pas tous les jours 1 à 3 4 à 10 10 à 20 20 à 30 plus de 3019. **Consommez-vous de l'alcool ? ****Une seule réponse possible.* Oui Non

20. **Combien de verre d'alcool en moyenne buvez-vous par semaine ?***Une seule réponse possible.*

- Non concerné
- entre 1 et 3
- entre 4 et 7
- entre 8 et 14
- entre 15 et 21
- au-delà de 21

21. **Consommez-vous des drogues ?***Une seule réponse possible.*

- Jamais
- 1-2 fois par mois
- 3-4 fois par mois
- 2 -3 fois par semaines
- Tous les jours

22. **Quel(s) drogue(s) consommez vous ?***Plusieurs réponses possibles.*

- Non concerné
- Cannabis
- Ecstasy
- Heroïne
- Cocaïne
- Ampétamines
- LSD
- Autre : _____

23. **Avez-vous eu au cours des 12 derniers mois des pensées suicidaires ?***Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

24. **Connaissez-vous le numéro 3114?****Le 3114 = Le numéro national de prévention du suicide.***Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

Votre santé25. **Avez-vous une ou plusieurs des maladies suivantes et/ou un handicap ? ****Plusieurs réponses possibles.*

- Aucune(s) maladie(s) ni handicap
- Cancer
- Diabète
- Handicap cognitif
- Handicap mental
- Handicap moteur
- Handicap psychique
- Polyhandicap
- Maladie(s) respiratoire(s)
- Maladie(s) cardio-vasculaire(s)
- Autre : _____

26. **Êtes-vous aidé/accompagné dans la gestion de vos problèmes de santé ?***Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non
- Pas concerné

27. **Si oui, par qui êtes-vous aidé ? ***

Plusieurs réponses possibles.

- Votre conjoint(e)
 Un membre de la famille (enfant(s), parent(s), autre)
 Un proche de l'entourage (voisin(s), ami(s))
 Un service d'aide à domicile
 Autre : _____

28. **Accompagnez vous un proche dans la gestion de ses problèmes de santé ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Je ne sais pas

Recours aux soins/actes de santé

29. **Sur les 12 derniers mois, avez-vous eu accès à un ou plusieurs professionnel(s) de santé ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

30. **Si oui, sur les 12 derniers mois, avez-vous eu besoin d'un ou plusieurs professionnel(s) de santé ? ***

Une seule réponse possible par ligne.

	Oui	Non	Non concerné
Médecin Généraliste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Médecin Spécialiste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Urgences	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infirmier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pharmacie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dentiste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sage-Femme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kinésithérapeute	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orthophoniste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ophthalmologiste / Orthoptiste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pédicure-Podologue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychologue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

31. **Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu recours à des pratiques dites non conventionnelles (ostéopathie, étioopathie, acupuncture, homéopathie etc...) ***

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

32. **Au cours de ces 12 derniers mois, avez-vous utiliser doctolib (ou similaire) pour prendre un rendez-vous en ligne (sur internet) ?** *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

33. **Si non, pourquoi ?**

Plusieurs réponses possibles.

- Pas d'accès à internet
 Pas envie
 Manque de compétence numérique
 Mon professionnel de santé n'est pas accessible via une plateforme de rendez-vous en ligne
 Autre : _____

34. **Au cours des 12 dernières mois, avez-vous utilisé un service de télémédecine ?**

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

35. **Si oui, comment ?**

Plusieurs réponses possibles.

- Dans une cabine de télémédecine en pharmacie ?
 De chez vous, accompagné d'un professionnel de santé
 De chez vous, seul(e)
 Autre : _____

36. **Avez-vous dû renoncer à des soins ?**

Une seule réponse possible par ligne.

	Oui	Non	Non concerné
Soins (aller chez le médecin, kinésithérapie etc..)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Médicament(s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equipements type lunettes, prothèses auditives	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Traitement dentaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

37. **Si oui, pour quel(s) motif(s) ?**

Plusieurs réponses possibles.

- Pas de mutuelle
 Reste à charge trop important
 Eloignement
 Délais de prise de rendez-vous
 Autre : _____

Cette session concerne les femmes de 25 à 65 ans

38. **Faites-vous un frottis vaginal régulier (tous les 3 ans) ?**

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Non concerné(e)

39. **Si non, pour quel(s) motifs ?***Plusieurs réponses possibles.*

- Peur du résultat
- Le délai pour avoir un rendez-vous est trop long
- Le professionnel est trop loin
- Pas de suivi gynécologique
- Autre : _____

Cette session concerne les femmes de 50 à 74 ans :40. **Avez-vous fait un dépistage pour le cancer du sein ?***Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non
- Non concerné(e)

41. **Si oui, combien de fois ?***Une seule réponse possible.*

- 1 fois au cours de votre vie
- 2 fois au cours de votre vie
- A chaque invitation

42. **Si non, pour quel(s) motif(s) ?***Plusieurs réponses possibles.*

- Peur du résultat
- Le délai de rendez-vous est trop long
- Peu ou pas convaincu par l'intérêt du dépistage
- Le centre de dépistage est trop loin
- Pas concernée
- Autre : _____

Cette session concerne les personnes de 50 à 74 ans :43. **Avez-vous fait un dépistage pour le cancer colorectal ?***Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non
- Pas concerné(e)

44. **Si oui, combien de fois***Une seule réponse possible.*

- 1 fois
- 2 fois
- A chaque invitation

45. **Si non, pour quel(s) motif(s) ?***Plusieurs réponses possibles.*

- Peur du résultats
- Pas pris rendez-vous avec mon médecin
- Pas parler avec mon médecin
- Pas capable de le faire seul(e)
- Pas envie
- Pas concerné(e)
- Autre : _____

Santé et environnement

46. **Comment considérez-vous votre environnement proche ?**

Une seule réponse possible par ligne.

	Non concerné	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
Salubrité de votre logement (isolation, confort)	<input type="radio"/>				
Qualité de l'air (pollution, pesticide etc...)	<input type="radio"/>				
Nuissances sonores extérieures	<input type="radio"/>				

47. **Vous-sentez vous isolé(e) ? ***

Plusieurs réponses possibles.

- Oui
 Non

48. **Si oui, pourquoi ?**

Plusieurs réponses possibles.

- Vous habitez loin ou vous avez des difficultés de déplacement
 Vous connaissez peu de monde
 Vous avez difficultés à vous m'intégrer
 Autre : _____

49. **Aimeriez-vous recevoir de l'aide ? Si oui dans quelle(s) situation(s) ?**

Plusieurs réponses possibles.

- Pour sortir de l'isolement
 Dans les démarches administratives
 Pour l'informatique
 Pour les déplacements
 Pour votre santé
 Autre : _____

Préoccupations en santé

50. **Indiquer l'importance des thèmes suivants, vis-à-vis de la prévention en santé** *

Une seule réponse possible par ligne.

	Très important	Important	Peu important	Pas important	Non concerné
Alimentation	<input type="radio"/>				
Naissance - petite enfance - enfance	<input type="radio"/>				
Agir sur la santé des femmes	<input type="radio"/>				
Handicap	<input type="radio"/>				
Maladie chronique	<input type="radio"/>				
Le bien vieillir	<input type="radio"/>				
Activité physique	<input type="radio"/>				
Santé des dents	<input type="radio"/>				
Santé mentale (bien-être, dépression, etc..)	<input type="radio"/>				
Santé sexuelle (pédagogie, violence, MST, etc..)	<input type="radio"/>				
Santé au travail (prévention des risques, gestes et postures, burn out etc..)	<input type="radio"/>				

Addictions (alcool, drogues, tabac, jeux etc...)	<input type="radio"/>				
Vaccination et dépistage (cancers et maladies)	<input type="radio"/>				

51. **Indiquez l'importance des thèmes suivants, vis-à-vis de l'environnement** *

Une seule réponse possible par ligne.

	Très important	Important	Peu important	Pas important	Non concerné
Qualité de l'air	<input type="radio"/>				
Qualité de l'eau	<input type="radio"/>				
Qualité du logement	<input type="radio"/>				
Qualité des sols	<input type="radio"/>				
Changements climatiques	<input type="radio"/>				
Gestion des déchets	<input type="radio"/>				
Santé de nos forêts	<input type="radio"/>				

Besoin(s), envie(s)

52. **Quels seraient vos besoins concernant votre santé près de chez vous ?**

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

54. **Selon vous, qu'est-ce qui pourrait être fait sur le territoire pour améliorer la santé des habitants ?**

55. **Connaissez vous le contrat local de santé ?**

Voici un lien internet qui vous explique le contrat local de santé du Civraisien en Poitou : <https://www.civraisienpoitou.fr/contrat-local-de-sante-2019-2023>

Une seule réponse possible.

Oui

Non

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms