

Mobilisons-nous pour notre santé !

Questionnaire à destination des habitants des Communautés de Communes Vendée Grand Littoral et du Pays des Achards

Ce questionnaire est réalisé dans le cadre de l'élaboration du Contrat Local de Santé du Syndicat Mixte Vendée Cœur Océan composé de la Communauté de Communes Vendée Grand Littoral et de la Communauté de Communes du Pays des Achards¹.



Le Syndicat Mixte Vendée Cœur Océan et les Communautés de Communes Vendée Grand Littoral et du Pays des Achards s'engagent dans une démarche de diagnostic de santé à l'échelle locale afin de mieux comprendre et répondre aux besoins et aux enjeux en matière de santé sur le territoire. Pour vous donner la parole et recueillir vos préoccupations, nous vous invitons à compléter cette enquête.

Ce questionnaire est anonyme. Aucune donnée nominative ne sera traitée ni conservée sans votre accord. Tous les membres de la famille sont invités à y participer.

Nous vous remercions par avance pour votre participation !

Votre profil

1. Vous êtes :

☐ Une femme

☐ Un homme

¹ Communes concernées : Les Achards, Angles, Avrillé, Beaulieu-sous-la-Roche, Curzon, Grosbreuil, Jard-sur-mer, La Boissière-des-Landes, La Chapelle-Hermier, La Jonchère, Le Bernard, Le Champ-Saint-Père, Le Girouard, Le Givre, Longeville-sur-Mer, Martinet, Moutiers-les-Mauxfaits, Nioul-le-Dolent, Poiroux, Saint-Avaugourd-des-Landes, Saint-Benoist-sur-Mer, Saint-Cyr-en-Talmondais, Saint-Flaive-des-Loups, Saint-Georges-de-Pointindoux, Saint-Hilaire-la-Forêt, Saint-Julien-des-Landes, Saint-Vincent-sur-Graon, Saint-Vincent-sur-Jard, Talmont-Saint-Hilaire

2. Quel âge avez-vous ?

- | | |
|--|---|
| ☐ Moins de 18 ans | ☐ 50-64 ans |
| ☐ 18-24 ans | ☐ 65-74 ans |
| ☐ 25-39 ans | ☐ 75 ans et plus |
| ☐ 40-49 ans | |

3. Vous vivez :

- | | |
|---|--|
| ☐ Seul(e) | ☐ En couple sans enfant |
| ☐ Seul(e) avec enfant(s) | ☐ Chez vos parents |
| ☐ En couple avec enfant(s) | ☐ Autre : |

4. Si vous avez un/des enfant(s), quel(s) âge(s) a-t-il/ont-ils ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Nouveau-né/nourrisson (0-2 ans)
- ☐ Enfant (2-10 ans)
- ☐ Pré-adolescent/adolescent (10-18 ans)

5. Votre commune de résidence :

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Les Achards | ☐ Le Girouard | ☐ Saint-Flaive-des-Loups |
| ☐ Angles | ☐ Le Givre | ☐ Saint-Georges-de-Pointindoux |
| ☐ Avrillé | ☐ Longeville-sur-Mer | ☐ Saint-Hilaire-la-Forêt |
| ☐ Beaulieu-sous-la-Roche | ☐ Martinet | ☐ Saint-Julien-des-Landes |
| ☐ Curzon | ☐ Moutiers-les-Mauxfaits | ☐ Saint-Vincent-sur-Graon |
| ☐ Grosbreuil | ☐ Nieul-le-Dolent | ☐ Saint-Vincent-sur-Jard |
| ☐ Jard-sur-mer | ☐ Poiroux | ☐ Talmont-Saint-Hilaire |
| ☐ La Boissière-des-Landes | ☐ Saint-Avaugourd-des-Landes | |
| ☐ La Chapelle-Hermier | ☐ Saint-Benoist-sur-Mer | |
| ☐ La Jonchère | ☐ Saint-Cyr-en-Talmondaie | |
| ☐ Le Bernard | | |
| ☐ Le Champ-Saint-Père | | |

6. Quelle est votre situation professionnelle ?

- | | |
|---|--|
| ☐ En formation/en études | ☐ Inactif |
| ☐ En emploi | ☐ Retraité |
| ☐ A la recherche d'un emploi | ☐ Autre : |

7. Quelle est votre catégorie socio-professionnelle ?

- | | |
|---|---|
| ☐ Agriculteur exploitant | ☐ Ouvrier |
| ☐ Artisan/commerçant/chef d'entreprise | ☐ Employé |
| ☐ Cadre/profession intellectuelle supérieure | ☐ Je ne sais pas |

8. Êtes-vous concerné par la reconnaissance d'un handicap par la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées)?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| ☐ Oui | ☐ Non |
|------------------------------|------------------------------|

9. Possédez-vous un smartphone, une tablette, ou un ordinateur ?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| ☐ Oui | ☐ Non |
|------------------------------|------------------------------|

10. Etes-vous à l'aise avec les outils numériques ?

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ Tout à fait | ☐ Plutôt non |
| ☐ Plutôt oui | ☐ Pas du tout |

11. Est-ce que cela peut représenter une difficulté pour vos démarches administratives/médicales... ?

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ Tout à fait | ☐ Plutôt non |
| ☐ Plutôt oui | ☐ Pas du tout |

12. Au quotidien, vous vous déplacez principalement : (1 seule réponse possible)

- | | |
|---|--|
| ☐ En transport en commun | ☐ A pied |
| ☐ En voiture | ☐ Autre : |
| ☐ A vélo | |

Votre santé

13. Comment jugez-vous votre état de santé actuel ?

- | | |
|-------------------------------------|---|
| ☐ Très bon | ☐ Plutôt mauvais |
| ☐ Plutôt bon | ☐ Très mauvais |
| ☐ Moyen | |

14. Selon vous, quels sont les trois principaux facteurs qui peuvent avoir un effet sur votre santé ?

- | | |
|--|--|
| ☐ Alimentation | ☐ Ressources financières |
| ☐ Activité physique | ☐ Travail |
| ☐ Sommeil | ☐ Environnement extérieur (eau, air, ...) |
| ☐ Entourage / vie sociale / vie familiale | ☐ Logement |
| ☐ Accès aux soins | ☐ Loisirs |

- ☐ Moyens de déplacements
- ☐ Education
- ☐ Aides sociales

- ☐ Consommation de tabac, alcool, autres substances psychoactives / addictions

☐ Autre :

.....

15. Avez-vous un médecin traitant ?

☐ Oui

☐ Non

Si non, pourquoi ?

.....

16. Quel est le temps d'attente moyen pour obtenir un RDV chez votre médecin traitant (non spécialiste) ?

.....

17. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous rencontré des difficultés pour accéder à des examens médicaux (généralistes, spécialistes) à un moment où vous en aviez besoin ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, pouvez-vous préciser :

18. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous rencontré des difficultés pour accéder à des soins médicaux (kinésithérapeute, infirmier) à un moment où vous en aviez besoin ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, pouvez-vous préciser :

19. Si oui, quelles principales difficultés avez-vous rencontrées (plusieurs réponses possibles) ?

- ☐ Se déplacer vers le lieu de la consultation
- ☐ Savoir vers qui se tourner
- ☐ Obtenir et attendre un rendez-vous
- ☐ Avancer les frais
- ☐ Coût des soins/examens trop élevés
- ☐ Dépassements non pris en charge
- ☐ Autre :

20. Si oui, malgré ces difficultés, avez-vous quand même pu consulter / réaliser votre examen ?

☐ Oui

☐ Non

21. Avez-vous déjà abandonné l'idée de vous faire soigner ?

- ☐ Oui ☐ Non

Si oui, pourquoi ?

.....

22. En cas d'absence de votre médecin traitant (soir, week-end, jours fériés), sollicitez-vous de façon prioritaire ? (une seule réponse)

- ☐ Les urgences hospitalières
☐ 116-117
☐ Un autre médecin libéral
☐ Un centre de santé / une maison de santé
☐ Une pharmacie
☐ Autres :

23. Vous êtes-vous rendu aux urgences durant les 12 derniers mois ?

- ☐ Oui ☐ Non

24. Si oui, quelle en était la raison ?

- ☐ Votre médecin traitant était absent (en congés, en formation, malade...)
☐ Vous aviez besoin de voir un médecin en dehors des heures de consultation de votre médecin (soir, week-end)
☐ Vous avez été orienté par le 15
☐ Il s'agissait d'une urgence qui devait être prise en charge immédiatement
☐ Autres raisons :

23. Savez-vous à qui vous adresser pour obtenir des informations sur vos droits et votre santé ?

- ☐ Oui ☐ Non

24. Si oui, à qui ?

- ☐ Médecin traitant
☐ Professionnels de santé
☐ Famille
☐ Amis
☐ Mairie / CCAS
☐ Autre :

25. En général, quels moyens utilisez-vous pour vous informer de ce qui existe sur le territoire ?

- ☐ Télévision
☐ Internet
☐ Radio
☐ Panneaux publicitaires
☐ Presse

- ☐ Gazettes locales
- ☐ Mairie / CCAS
- ☐ Autres :

26. Par rapport aux thèmes suivants et leurs éventuels effets sur la santé, avez-vous le sentiment d’être bien informé ou concerné (cochez les cases correspondantes)?

	Oui, je suis bien informé	Non, je pense être mal informé	Ne m’intéresse pas
Les lieux d’informations et de soins	☐	☐	☐
Le dépistage des cancers	☐	☐	☐
Les accidents domestiques, accidents de la route	☐	☐	☐
La contraception	☐	☐	☐
Les maladies et infections sexuellement transmissibles, VIH...	☐	☐	☐
Le soutien à domicile (isolement, grand âge, handicap, la prévention des chutes à domicile)	☐	☐	☐
Les drogues, le tabac, l’alcool	☐	☐	☐
Les maladies chroniques (diabète...)	☐	☐	☐
La santé buccodentaire	☐	☐	☐
Le bien-être (estime de soi, stress...)	☐	☐	☐
Le soutien à la parentalité ou l’éducation à la santé pour les enfants/adolescents	☐	☐	☐
La pollution de l’air intérieur (habitations, écoles, bureaux, etc.)	☐	☐	☐
Les produits chimiques à usage domestique (produits ménagers, de bricolage, de jardinage, etc.)	☐	☐	☐
La pollution de l’air extérieur (particules, dioxyde d’azote, ozone, etc.)	☐	☐	☐
Les pesticides (produits phytosanitaires) dans l’air	☐	☐	☐
Le bruit (trafic, musiques amplifiées, etc.)	☐	☐	☐
La qualité de l’alimentation (présence de pesticides, de métaux lourds, de contaminants chimiques, etc.)	☐	☐	☐
La pollution des sols	☐	☐	☐
Les ondes électromagnétiques (téléphones portables, antennes relais, Wifi, lignes à haute tension, etc.)	☐	☐	☐

27. Si vous le souhaitez, vous pouvez utiliser ces lignes pour nous faire parvenir une idée, un projet, une attente au sujet de l'offre de soins et des actions de prévention, promotion de la santé :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Si vous souhaitez avoir plus d'informations concernant la démarche et les résultats de l'enquête, veuillez contacter :

Madame Emeline GUY

Syndicat Mixte Vendée Cœur Océan

emeline.guy@vendeecoeurocean.fr

En vous remerciant pour votre participation