**CONTRAT LOCAL DE SANTE** des Portes de Meuse

**Questionnaire d’enquête citoyenne**

**(1 questionnaire par foyer)**

En octobre 2016, la Communauté de Communes du Val d’Ornois a signé un Contrat Local de Santé (CLS) de première génération. La mise en place de certaines actions a permis de constater tout l’intérêt d’un tel outil dont l’objectif principal est de lutter contre les inégalités sociales et territoriales en matière de santé et de bien-être. Par ailleurs, en janvier 2017, la Codecom du Val d’Ornois a fusionné avec les Codecom de la Haute-Saulx et de la Saulx & Perthois pour former la Communauté de Communes des Portes de Meuse.

Ainsi, depuis le 13 septembre 2019 la Communauté de Communes des Portes de Meuse a souhaité poursuivre son engagement en signant un Contrat Local de Santé de deuxième génération et en recrutant un coordinateur pour impulser et coordonner la dynamique autour de l’outil.

Plus de trois années se sont écoulées désormais et il apparaît pertinent de questionner les habitants notamment en raison de la crise sanitaire que nous traversons et des impacts qui peuvent en découler.

Dans ce contexte, nous avons besoin de vous et nous vous invitons à participer à cette enquête citoyenne afin de mieux connaître vos attentes, vos besoins, vos envies en matière de santé et de bien-être pour construire ensemble des réponses adaptées.

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

Nous vous remercions par avance pour votre participation.

**Michel LOISY**, Président de la Communauté de Communes des Portes et **l’ensemble des élus de la Codecom.**

***Pour tout renseignement, vous pouvez contacter Isabelle CEREDA, Coordinatrice du Contrat Local de Santé, par mail :*** ***i.cereda@portesdemeuse.fr*** ***ou par tél. au 03.29.75.68.91.***

***Date limite de réponse : 31 MAI 2021***

**VOUS ET VOTRE SANTÉ** *(****\*****NSP : ne sait pas /ne se prononce pas)*

**1- Concernant votre santé, votre bien-être physique, diriez-vous qu’il est :**

 Très bon □ Bon □ Assez bon □ Mauvais □ Très mauvais □ NSP **\*** □

**2- Concernant votre santé, votre bien-être mental, diriez-vous qu’il est :**

 Très bon □ Bon □ Assez bon □ Mauvais □ Très mauvais □ NSP **\*** □

**Pour quelle(s) raison(s) ?**

**…………………………………………………………………………………………………**

**3- Est-ce que le confinement dû à la COVID a eu des répercussions sur votre qualité de vie ?**

□ OUI □ NON

**\*si oui, lesquelles :**

**………………………………………………………………………………………………….**

**4- Est-ce que le confinement dû à la COVID a eu des répercussions sur les soins médicaux ou consultations médicales que vous aviez programmés ?**

□ OUI □ NON

**\*si oui, lesquelles :**

**…………………………………………………………………………………**

**5- Avez-vous pu les reprogrammer après le confinement ?**

□ OUI □ NON

**\*si oui, lesquelles :**

**…………………………………………………………………………………**

**6- Selon vous, que faudrait-il faire pour améliorer votre qualité de vie et votre santé sur le territoire ?**

**7- Avez-vous un médecin traitant désigné ?**

□ OUI\* □ NON\*\*

**\*si OUI, dans quelle commune/ville ? :**

**\*\*si NON, pourquoi : …………………………………………………………………………………………………**

**8- Avez-vous consulté un médecin généraliste sur les 12 derniers mois ?**

□ OUI □ NON

**9 – Avez-vous obtenu votre rendez-vous facilement ?**

□ OUI □ NON

**\*si NON, pourquoi : ………………………………………………………………………………………………….**

**10 – Avez-vous déjà renoncé à des soins sur les 12 derniers mois ?**

□ OUI □ NON

Si OUI, compléter le tableau ci-après

|  |  |
| --- | --- |
| **Précisez le type de professionnel (médecin généraliste, kiné, dentiste,…)**  | **POUR QUELLE RAISON ?** |
| **A cause des délais** | **A cause de la COVID**  | **Pour des raisons financières** | **A cause de l’éloignement** | **Soucis personnels** | **Difficultés à vous déplacer** | **Difficultés à comprendre ce à quoi vous avez droit** | **Refus du professionnel** | **Autre** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**11- Dans le cas où vous auriez besoin d’un médecin la nuit ou le week-end, connaissez-vous le numéro de téléphone à appeler ?**

□ OUI □ NON

**12- Connaissez-vous les numéros de téléphone utiles en cas d’urgence (ex : pharmacie de garde, médecin de garde, urgence dentaire…) ?**

□ OUI □ NON

**13 – En cas d’absence de votre médecin traitant, que faites-vous ?**

□ Je contacte son remplaçant

□ J’appelle un médecin généraliste au hasard

□ J’attends le retour de mon médecin traitant

□ Je vais voir mon pharmacien

□ Je vais aux urgences même si mon cas ne relève pas d’une urgence

□ AUTRE :

**14 – En cas d’affection aigüe (grippe, infection urinaire, sciatique,etc)**

□ Je prends rendez-vous chez mon médecin traitant

□ Je prends rendez-vous chez le 1er médecin qui peut me prendre rapidement

□ Je vais aux urgences

□ Je vais à la pharmacie

□ AUTRE :

**15- Disposez-vous :**

* **D’une mutuelle de santé ?**
* **D’une carte santé solidaire ?**

□ OUI □ NON

**\*si NON, pourquoi : ………………………………………………………………………………………………….**

**16- Etes-vous formé aux gestes de premier secours (attestation valide) ?**

□ OUI □ NON

**17- Si une formation aux gestes de 1ers secours se mettait en place gratuitement sur le territoire, seriez-vous prêt(e) à y participer ?**

□ OUI □ NON

**18 – Avez-vous souffert de la chaleur l’été dernier ?**

□ OUI □ NON

**19- Connaissez-vous les gestes qui peuvent vous aider à supporter les fortes chaleurs de l’été ?**

□ OUI □ NON

**20- Si vous êtes une personne vulnérable (âgée et/ou ayant une pathologie), quelqu’un vous rend-il visite pour s’assurer que tout va bien ? (Plusieurs réponses possibles)**

□ Famille

□ Voisin(e)

□ Ami(e)

□ Autre :

□ Non, personne

**VOUS et VOTRE ENVIRONNEMENT**

**21- Parmi les offres suivantes présentes sur le territoire, cochez les cases correspondant à votre niveau de satisfaction ?**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Offre de :** | **Très satisfait** | **Satisfait** | **Insatisfait** | **Très insatisfait** | **NSP** | **Pourquoi ?** |
| Soins de médecine générale |  |  |  |  |  |  |
| Soins de médecine spécialisée |  |  |  |  |  |  |
| Soins pour les personnes âgées |  |  |  |  |  |  |
| Soins pour les personnes en situation de handicap |  |  |  |  |  |  |
| Espaces dédiés aux enfants et/ou lien parent-enfant |  |  |  |  |  |  |
| Loisirs, culture, sport |  |  |  |  |  |  |
| Transport |  |  |  |  |  |  |
| Autres ; |  |  |  |  |  |  |

**22- Sur quelles thématiques souhaiteriez-vous être (ou davantage) informé ?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  **OUI** |  **NON** | **NPS** (ne sait pas / ne se prononce pas) | **SI oui, quels sont les besoins / les manques que vous identifiez ?** |
| L’accès aux droits |  |  |  |  |
| Les mesures de prévention (Covid, canicule,…) |  |  |  |  |
| Le tabac / alcool / drogue |  |  |  |  |
| Les effets des écrans / jeux vidéo/ téléphone portable |  |  |  |  |
| La vie affective et sexuelle |  |  |  |  |
| Le mal-être / dépression / burn-out |  |  |  |  |
| Les vaccinations / Les dépistages |  |  |  |  |
| Les violences |  |  |  |  |
| Le handicap |  |  |  |  |
| Le vieillissement |  |  |  |  |
| Le sommeil |  |  |  |  |
| Le sport / l’activité physique |  |  |  |  |
| La santé environnementale (qualité de l’eau, de l’air, des sols, perturbateurs endocriniens) |  |  |  |  |
| L’alimentation |  |  |  |  |
| Le bien-être parent / enfant |  |  |  |  |
| Autres : |  |  |  |  |

**23- Selon vous, pour améliorer votre qualité de vie sur le territoire de la Communauté de Communes des Portes de Meuse, sur quelles thématiques faudrait-il agir prioritairement ?** Choisir 5 thématiques maximum

□ La qualité de votre logement **□** La prise en compte du changement

 climatique

**□** Le lien social □ La mobilité, l’offre de transport

□ La lutte contre l’isolement □Le développement des services

□ La création d’espaces culturels, □ La fracture numérique

de loisirs, sportifs

□ La qualité de l’air intérieur □ L’accès aux soins

de votre logement

de votre logement □ Les nuisances liées aux bruits

□Autres/commentaires :

**VOTRE SITUATION**

**24-Vous êtes :**

□ Un homme □ Une femme

**25-Votre âge** (tranches d’âge INSEE)**:**

□ Enfant (00 à 14 ans) □ Adultes (25 à 64 ans)

□ Adolescents (15 à 24 ans) □ Aînés (65 ans et plus)

**26-Votre situation familiale :**

□ En couple, marié (e), ou pacsé (e)

□ Célibataire

□ Veuf (ve)

**27- Votre situation professionnelle :**

□ Agriculteur, exploitant

□ Ouvrier

□ Artisan, commerçant (e), chef d’entreprise

□ Cadre

□ Profession intermédiaire (professeur écoles, assistant social, éducateur,…)

□ Employé (e) (serveur, aide à domicile, secrétaire, employé administratif)

□ Intérimaire

□ Sans emploi

□ Etudiant (e)

□ Retraité

□ Autre

**28-Votre lieu d’habitation sur le territoire : *entourez votre commune***

ABAINVILLE / AMANTY / ANCERVILLE / AULNOIS-en-PERTHOIS / BADONVILLERS-GERAUVILLIERS / BAUDONVILLIERS /BAZINCOURT-sur-SAULX / BIENCOURT-sur-ORGE / BONNET / BRAUVILLIERS / BRILLON-en-BARROIS / BURE / CHASSEY-BEAUPRE / COUSANCES-les-FORGES / COUVERTPUIS / DAINVILLE-BERTHELEVILLE / DAMMARIE-sur-SAULX / DELOUZE-ROSIERES / DEMANGE-aux-EAUX – BAUDIGNECOURT / FOUCHERES-aux-BOIS / GONDRECOURT-le-CHATEAU / HAIRONVILLE / HEVILLIERS / HORVILLE-en-ORNOIS / HOUDELAINCOURT / JUVIGNY-en-PERTHOIS / LAVINCOURT / LE BOUCHON-sur-SAULX / LES ROISES / L’ISLE-en-RIGAULT / MANDRES-en-BARROIS / MAULAN / MAUVAGES / MENIL-sur-SAULX / MONTIERS-sur-SAULX / MONTPLONNE / MORLEY / NANT-le-PETIT / RIBEAUCOURT / RUPT-aux-NONAINS / SAINT-JOIRE / SAUDRUPT / SAVONNIERES-en-PERTHOIS / SOMMELONNE/ STAINVILLE / TREVERAY / VAUDEVILLE-le-HAUT / VILLE-sur-SAULX / VILLERS-le-SEC / VOUTHON-BAS / VOUTHON-HAUT.

**29-Depuis combien de temps habitez-vous sur le territoire (**dans l’une des communes citées ci-dessus) **?**

*Si vous êtes concerné, cochez les cases correspondantes :*

□ Je réside sur le territoire tout le temps (semaine et week-end)

□ Je réside sur le territoire uniquement la semaine

□ Je réside sur le territoire uniquement le week-end

**Vous disposez de plusieurs possibilités pour nous retourner votre questionnaire avant le 31 mai 2021 :**

* **En le déposant auprès de votre Mairie ;**
* **En le renseignant directement sur le site Web de la Codecom des Portes de Meuse :** [**www.portesdemeuse.fr**](http://www.portesdemeuse.fr)
* **Par voie postale, à l’adresse suivante :**

Communauté de Communes des Portes de Meuse

A l’attention d’Isabelle CEREDA

1 rue du Chêne Sessile – PAE de La Houpette

55170 COUSANCES LES FORGES

**Et si vous avez la moindre question, n’hésitez pas :**

**CONTACT :**

**Isabelle CEREDA**, Coordinatrice du Contrat Local de Santé des Portes de Meuse

i.cereda@portesdemeuse.fr - 03.29.75.68.91

**MERCI ENCORE POUR VOTRE PARTICIPATION !**

*Ne pas jeter sur la voie publique*