

VOTRE SANTÉ EN AUBRAC CARLADEZ VIADÈNE

Ce questionnaire s'adresse aux **habitants du territoire Aubrac Carladez Viadène**. Il s'inscrit dans la démarche vers un Contrat Local de Santé porté conjointement par la Communauté de Communes Aubrac Carladez Viadène et l'Agence Régionale de Santé Occitanie. Pour plus d'informations, consultez la page internet « Contrat Local de Santé » sur le site ccacv.fr.

Vous êtes le principal acteur de votre santé.

Nous vous invitons à nous partager vos constats et besoins.

Les informations participeront à un diagnostic de territoire pour définir les enjeux prioritaires et un programme d'actions à mettre en œuvre.

Le questionnaire est **anonyme**. Il est également disponible en ligne sur ccacv.fr. Vous pouvez récupérer et déposer le questionnaire papier en mairie, dans les espaces France Services, en Maison de Santé Pluriprofessionnelle, auprès du Point Info Séniors, en médiathèque, en micro-crèche **du 13 mai au 21 juin 2024**.

Un questionnaire spécifique pour le public jeune (11-17 ans) sera disponible fin mai.

Si vous aidez une personne à remplir le questionnaire, toutes les réponses concernent la personne que vous accompagnez.

Temps de remplissage estimé à 10 minutes.

VOTRE PROFIL

1. Votre situation :

- | | | |
|---|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Artisan/commerçant/chef d'entreprise | <input type="checkbox"/> Agriculteur exploitant | |
| <input type="checkbox"/> Cadre | <input type="checkbox"/> Profession intermédiaire | <input type="checkbox"/> Employé |
| <input type="checkbox"/> Ouvrier | <input type="checkbox"/> En recherche d'emploi | <input type="checkbox"/> Retraité |
| <input type="checkbox"/> Étudiant | <input type="checkbox"/> Autre : | |

2. Votre âge :

- 18 - 24 ans 25 - 39 ans 40 - 49 ans
 50 - 64 ans 65 - 74 ans 75 ans et +

3. Vous habitez sur la commune de :

- | | | | | |
|--|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Argences-en-Aubrac | <input type="checkbox"/> Brommat | <input type="checkbox"/> Campouriez | <input type="checkbox"/> Cantoin | <input type="checkbox"/> Cassuéjoul |
| <input type="checkbox"/> Condom-d'Aubrac | <input type="checkbox"/> Curières | <input type="checkbox"/> Florentin la Capelle | <input type="checkbox"/> Huparlac | <input type="checkbox"/> Lacroix Barrez |
| <input type="checkbox"/> Laguiole | <input type="checkbox"/> Montézic | <input type="checkbox"/> Montpeyroux | <input type="checkbox"/> Mur de Barrez | <input type="checkbox"/> Murols |
| <input type="checkbox"/> Saint-Amans-des-Côtes | <input type="checkbox"/> Saint-Chély-d'Aubrac | | <input type="checkbox"/> Saint-Symphorien-de-Thénières | |
| <input type="checkbox"/> Soulages-Bonneval | <input type="checkbox"/> Taussac | <input type="checkbox"/> Thérondeles | <input type="checkbox"/> Autre : | |

VOTRE SANTÉ : comment la jugez-vous ?

4. Comment qualifieriez-vous :

Votre état général de santé : Très bon Bon Moyen Mauvais Très mauvais
Votre état de santé physique : Très bon Bon Moyen Mauvais Très mauvais
Votre bien-être/votre moral : Très bon Bon Moyen Mauvais Très mauvais

5. Quels sont les 4 facteurs qui contribuent le plus à votre santé / bien-être / moral ?

L'alimentation Les loisirs L'activité physique/sportive
 Le sommeil Le logement Le travail
 Les ressources financières L'éducation L'entourage
 Les moyens de déplacement L'accès aux soins Le cadre de vie
 Autres :

VOTRE SANTÉ : comment prenez-vous soin d'elle ?

6. À quelle fréquence pratiquez-vous une/des activités physiques et/ou sportives ?

(Minimum 30 minutes - une **activité physique** concerne **toutes activités en mouvement** : jardinage, marche, activités domestiques ...)

Mettez une croix dans la case	Au moins 1 fois par jour	Au moins 1 fois par semaine	Au moins 1 fois par mois	Jamais
Activités physiques				
Activités sportives				

Quels sont vos freins à davantage de pratique ?

Manque de temps Besoin non ressenti Pour raisons médicales
 Pour raisons financières Seul/pas accompagné Non concerné
 Pas d'activités à proximité Autre :

7. Dans vos choix alimentaires, quelles sont vos priorités ?

Mettez une croix dans la case	Pas important	Un peu important	Plutôt important	Très important, grande priorité
La provenance des produits (circuit court, producteurs locaux...)				
Les labels d'origine/qualité des produits (AOP, AOC, BIO...)				
La rapidité/facilité (sandwichs, restauration rapide, plats préparés à réchauffer...)				
L'équilibre alimentaire (fruits, légumes, féculents, produits laitiers...)				
La qualité nutritionnelle (étiquetage Nutri-Score, étiquette détaillée des ingrédients...)				
Les produits sans emballage (aliments en vrac)				
Le prix				

8. Dans votre quotidien, faites-vous attention à :

Votre sommeil Oui, très Oui, un peu Pas du tout
Votre consommation de tabac Oui, très Oui, un peu Pas du tout Pas concerné
Votre consommation d'alcool Oui, très Oui, un peu Pas du tout Pas concerné

La qualité de l'air de votre logement :

→ à l'aération du logement j'aère... Au moins 1fois/jour Tous les 2 jours
 1 fois/semaine Moins d'une fois/semaine
 Jamais
→ au choix de vos produits d'entretien ? Oui, très Oui, un peu Pas du tout

VOTRE SANTÉ : comment la partagez-vous ?

9. Avez-vous bien déclaré votre médecin comme médecin traitant ? Oui Non

10. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu besoin d'accéder à des professionnels de santé/soins/examens médicaux ?

Oui Non

11. Avez-vous rencontré des difficultés pour :

... identifier un professionnel de santé ou un centre de santé Oui Non

↓

Si oui, vos principales difficultés :

Méconnaissance des services de santé

Autre :

Pour quelle(s) spécialité(s) : (Médecin généraliste, ophtalmologue, ...)

.....

... prendre un rendez-vous Oui Non

↓

Si oui, vos principales difficultés :

Usage du numérique (services de RDV en ligne)

Accès aux outils numériques

Usage des standards téléphoniques automatiques

Modalités de prise de rdv (plages horaires de contact...)

Autre :

... obtenir un rendez-vous Oui Non

↓

Si oui, vos principales difficultés :

Délai de RDV | Délai de prise en charge

Renvoi vers un autre Professionnel de Santé

Autre :

pour quelle(s) spécialité(s) ?

(Médecin généraliste, ophtalmologue, ...)

.....

... vous rendre au rendez-vous Oui Non

↓

Si oui, vos principales difficultés :

Absence de moyen de déplacement

Coût de transport

Organisation du déplacement

(covoiturage, taxi, transport à la demande, ...)

Autre :

- coordonner vos rendez-vous Oui Non

↓

Si oui, vos principales difficultés :

Plusieurs rdv à gérer (ordre, enchainement, ...)

Manque d'accompagnement

Autre :

- payer les frais de santé

Oui Non

↓

Si oui, vos principales difficultés :

Dépassement d'honoraires non pris en charge

Avance des frais

Absence de mutuelle

Autre :

- 12. Rencontrez-vous d'autres difficultés ?** Organisationnelle (manque de temps, garde des enfants...)
 Appréhension
 Compréhension lors du RDV
 Autre :

- 13. Si vous avez rencontré ces difficultés, avez-vous quand même pu consulter un professionnel de santé/réaliser un examen ou un soin ?** Oui Non

Si non, à quel type de soins avez-vous renoncé ?

Pour quelle(s) raison(s) ?

- 14. Si vous êtes parent d'un ou plusieurs enfants, rencontrez-vous des difficultés pour les RDV médicaux de votre (vos) enfant(s) :** Oui Non Pas concerné
Si oui, lesquelles :

- 15. Avez-vous déjà eu recours à la téléconsultation** (consultation à distance)? Oui Non

Si oui, pour quelle spécialité (médecin généraliste, dermatologue...)?

Dans quel lieu (à la maison, pharmacie, maison de santé, ...)?

- 16. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous participé à des actions de prévention/eu recours à un dépistage ?** Oui Non

Si oui, lesquels (cancer, diabète, maladies cardiovasculaires...):

- 17. Vers quel hôpital vous dirigez-vous :**

→ lorsque votre état de santé nécessite une **prise en charge hospitalière programmée ?**

(Consultation spécialiste, opération, examen...)

Pour quelle raison ?

Établissement le plus proche de mon lieu de résidence

Qualité de prise en charge proposée

Délai court de prise en charge

Je suis suivi par un spécialiste exerçant dans cet établissement

Orientation de mon médecin traitant

Autre :

→ pour une **prise en charge en urgence ?**

.....

VOTRE PARCOURS DE SANTÉ :

Comment pourrions-nous vous aider à être davantage acteur de votre santé ?

18. Sur quel(s) sujet(s) souhaiteriez-vous avoir des informations pour votre santé ?

MODE DE VIE ET SANTÉ

- Alimentation
- Tabac / Alcool
- Activités physiques/sportives
- Sommeil
- Exposition aux écrans
- Espaces d'échanges
- Accidents domestiques
- Le soutien à domicile
- Santé sexuelle (IVG, contraception...)

BIEN ÊTRE ET SANTÉ MENTALE

- Stress
- Épuisement
- Anxiété
- Harcèlement
- Soutien à un proche, accompagnement...
- Addictions

ACCÈS AUX SOINS, DÉPISTAGE, PRÉVENTION

- Lieux d'informations et de soins
- Les parcours de santé (cancer...)
- Téléconsultation
- Campagnes de dépistage
- Actions de prévention

SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

- Polluants (air intérieur/extérieur)
- Climat (canicule ...)
- Exposition solaire (risques et prévention)
- Eco détergents / Eco-gestes
- Produits chimiques à usage domestique (produits ménagers, de bricolage, de jardinage...)
- Eau potable (robinet, bouteille)
- Mobilité active (vélo, marche...)

ÉDUCATION À LA SANTÉ

- Gestes de premiers secours
- Premiers secours en santé mentale
- Le bon usage des médicaments

DROITS EN SANTÉ

- Remboursements de santé
- Services d'accompagnement
- Démarches administratives

Autres :

Je ne souhaite pas d'information

19. De quoi auriez-vous besoin pour votre santé et votre bien être ?

20. Si vous accompagnez une personne dépendante/en perte d'autonomie/en situation de handicap, avez-vous besoin de solutions pour vous permettre de vous reposer ?

Oui Non Non concerné

↓

Si oui : Halte répit Accueil de Jour Relai à domicile Autres :

La personne que vous accompagnez a-t-elle moins de 60 ans ? Oui Non

VOTRE PARTICIPATION :

Comment pourriez-vous participer davantage au Contrat Local de Santé ?

Les habitants pourront proposer des idées d'actions sur le territoire en matière de santé lors d'ateliers qui se dérouleront au printemps/été 2024 autour des 5 bourgs-centres en Aubrac Carladez Viadène.

Seriez-vous intéressé pour participer à un atelier ? Oui Non

Merci de votre participation !

Vous souhaitez participer à l'élaboration du projet de santé du territoire Aubrac Carladez Viadène et rejoindre un comité citoyen ?

Contactez la coordinatrice du Contrat Local de Santé :

Nadège JAMBIN

Coordinatrice du Contrat Local de Santé



07 56 42 99 32



n.jambin@ccacv.fr