

# LA SANTÉ EN QUESTIONS

EXPRIMEZ VOS ATTENTES !

JUSQU'AU 5 OCT.

Auray Quiberon Terre Atlantique (AQTA) élabore son Contrat Local de Santé (CLS). Aidez-nous à connaître vos besoins, attentes, préoccupations et priorités en matière de santé en répondant à ce questionnaire. Cela vous **prendra moins de 10 minutes !**

Les informations recueillies nous permettront de définir les actions de santé pour les 5 ans à venir. Ce questionnaire est **anonyme**. Tous les membres de la famille sont invités à le remplir ! Merci par avance de votre participation !

## 1. Votre profil

1.1. Vous êtes (**1 seule réponse possible**) :

- Une femme                       Un homme                       Autre : .....

1.2. Quel âge avez-vous ? (**1 seule réponse possible**)

- 0-14 ans     15-29 ans     30-44 ans     45-59 ans     60-74 ans     75-84 ans     85 ans et plus

1.3. Quelle est votre situation professionnelle ? (**1 seule réponse possible**)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Agriculteur exploitant   | <input type="checkbox"/> Ouvrier                       |
| <input type="checkbox"/> Artisan, commerçant, chef d'entreprise   | <input type="checkbox"/> Collégien / Lycéen / Etudiant |
| <input type="checkbox"/> Cadre et profession intellectuelle supérieure  | <input type="checkbox"/> Retraité                      |
| <input type="checkbox"/> Profession intermédiaire (exemples : infirmier libéral, moniteur sportif à son compte, etc.) | <input type="checkbox"/> Homme ou femme au foyer       |
| <input type="checkbox"/> Employé  | <input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle |
|   | <input type="checkbox"/> Autres, précisez : ....       |

1.4. Habitez-vous sur le territoire d'Auray Quiberon Terre Atlantique (AQTA) ?

- Oui                       Non

1.5. Si oui, habitez-vous ?

- En zone rurale                       En zone urbaine                       En zone littorale

1.6. Travaillez-vous sur le territoire d'Auray Quiberon Terre Atlantique (AQTA) ?

- Oui                       Non



## 2. Votre santé

« La santé est « un état de complet **bien-être physique, mental et social**, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » – Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

### 2.1. Comment est votre état de santé en général ?

Très bon       Bon       Assez bon       Mauvais       Très mauvais       Ne se prononce pas

### 2.2. Avez-vous le sentiment de prendre soin de votre santé ?

Oui, régulièrement       Oui, occasionnellement       Non       Ne se prononce pas

### 2.3. Par rapport aux thèmes suivants et leurs éventuels effets sur la santé, avez-vous le sentiment d'être plutôt bien informé, plutôt mal informé ou vous n'en n'avez jamais entendu parler ?

	Plutôt bien informé	Plutôt mal informé	Vous n'en n'avez jamais entendu parler
L'activité physique et sportive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'alimentation (quantité, qualité)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le sommeil (quantité, qualité)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité du logement (moisissures, isolation, etc.) et la pollution de l'air intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité de l'environnement extérieur (qualité de l'eau, de l'air, et des sols, présence d'espaces verts, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'exposition au bruit (trafic routier, machinerie, musique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les addictions (tabac, alcool et drogues)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le temps passé devant les écrans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La santé sexuelle (contraception, Infections sexuellement transmissibles (IST), etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le développement de l'enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La période de l'adolescence et de l'entrée dans la vie adulte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le handicap (inclusion, accès aux soins, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le vieillissement (perte d'autonomie, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accompagnement de personnes dépendantes (épuisement, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Plutôt bien informé	Plutôt mal informé	Vous n'en n'avez jamais entendu parler
Les maladies chroniques (cancers, maladies cardiovasculaires et respiratoires, diabète, allergies, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La précarité (accès aux soins, espérance de vie, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La souffrance psychique, le mal-être, la santé mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'isolement social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le travail (troubles musculo-squelettiques (TMS), burnout, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La mobilité (mobilité douce, mobilité pour accéder aux soins)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les violences (physiques et psychologiques)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.4. Consommez-vous des plats préparés industriels ou des snacks (sandwich, etc.) ?

- 1 à plusieurs fois par semaine
- 1 à 3 fois par mois
- Rarement (moins d'une fois par mois)
- Jamais
- Ne se prononce pas

2.5. Pratiquez-vous une activité physique (sport, marche, jardinage, vélo, etc.) ?

- Plusieurs fois par semaine
- Au moins 1 fois par semaine
- 1 à 3 fois par mois
- Environ 1 fois par mois
- Jamais
- Ne se prononce pas

2.6. Combien de temps estimez-vous passer devant les écrans (ordinateur, télévision, téléphone portable, tablette...), par jour, hors contexte professionnel (exemple : le soir après le travail ou l'école) ?

- Moins d'une heure
- 1 à 2 heures
- 3 à 4 heures
- 5 heures et plus
- Ne se prononce pas

2.7. Êtes-vous satisfait de votre sommeil ?

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais
- Ne se prononce pas

2.8. Avez-vous déjà eu des relations sexuelles au cours de votre vie ?

- Oui                       Non                       Ne se prononce pas

2.9. Si oui, lorsque vous avez des relations sexuelles avec un nouveau partenaire, utilisez-vous un préservatif ?

- Oui, toujours               Oui, souvent               Oui, parfois               Non               Ne se prononce pas

2.10. Actuellement, êtes-vous fumeur (de tabac) ?

- Oui, très régulier (10 cigarettes par jour et plus)  
 Oui, régulier (au moins 1 cigarette par jour)  
 Oui, occasionnel (exemples : 1 cigarette par semaine, 1 cigarette par mois, etc.)  
 Non  
 Ne se prononce pas

2.11. Au cours des 30 derniers jours, combien de fois avez-vous consommé 5 verres d'alcool ou plus dans une seule occasion ?

- Jamais               1 à 2 fois               3 à 5 fois               6 à 9 fois               10 fois et plus               Ne se prononce pas

2.12. Consommez-vous du cannabis ?

- Non, jamais  
 1 fois par mois  
 1 à 3 fois par mois  
 1 fois par semaine  
 Plusieurs fois par semaine  
 Ne se prononce pas

2.13. Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de vivre une période d'au moins deux semaines consécutives pendant lesquelles vous vous sentiez triste, déprimé(e), sans espoir ?

- Oui                       Non                       Ne se prononce pas

### 3. Votre cadre de vie

3.1. Parmi les aspects suivants qui concernent votre logement, êtes-vous plutôt satisfait ou insatisfait ?

	Plutôt satisfait	Plutôt insatisfait	Ne se prononce pas
De l'isolement vis-à-vis du bruit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du confort thermique (trop froid l'hiver ou trop chaud l'été)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'humidité (exemple : moisissures sur les murs ou plafonds)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la luminosité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la proximité d'un espace vert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du cadre de vie/du quartier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.2. Pour la santé des habitants d'Auray Quiberon Terre Atlantique, diriez-vous que les indicateurs suivants présentent un risque très élevé, plutôt élevé, plutôt faible, ou ne sais pas ?

	Très élevé	Plutôt élevé	Plutôt faible	Ne sais pas
La qualité de l'air extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les pollens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La pollution de l'air à l'intérieur des bâtiments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le bruit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le radon (gaz radioactif, incolore et inodore d'origine naturelle que l'on retrouve dans l'air, le sol et l'eau)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les polluants dans l'alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité de l'eau du robinet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les perturbateurs endocriniens (substance/mélange chimique provoquant des troubles du système hormonal que l'on trouve dans les plastiques, fumées de cigarette, pesticides, appareils électroniques, et certains produits d'entretien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les cosmétiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité des eaux de baignade (mers, eaux douces)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les événements climatiques extrêmes (canicule, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les sols pollués	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les pesticides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 4. Votre parcours de santé

4.1. Avez-vous déjà renoncé à avoir à un rendez-vous avec un professionnel de santé ou à des soins ?

- Oui                       Non                       Ne se prononce pas

4.2. Si oui, pour quelles raisons (**plusieurs réponses possibles**) ?

- Frais de soins trop élevés
- Délai trop long pour obtenir un rendez-vous
- Professionnel trop éloigné
- Professionnel qui ne prend pas de nouveau patient
- Problèmes de transport
- Problèmes d'accessibilité (personne à mobilité réduite)
- Manque d'informations de santé (ressources existantes, fonctionnement, etc.)
- Manque de temps
- Angoisse, peur, crainte
- Ne sais pas à qui m'adresser
- Autre(s), précisez : ...

## 5. Les priorités de santé d'Auray Quiberon Terre Atlantique

5.1. **Selon vous**, quels devraient être les **5 thèmes prioritaires** liés à la santé sur le territoire d'Auray Quiberon Terre Atlantique ? (**5 réponses maximum**)

- L'activité physique et sportive
- L'alimentation (quantité, qualité)
- Le sommeil (quantité, qualité)
- La qualité du logement (moisissures, isolation, etc.) et la pollution de l'air intérieur
- La qualité de l'environnement extérieur (qualité de l'eau, de l'air, et des sols, présence d'espaces verts, etc.)
- L'exposition au bruit (trafic routier, machinerie, musique)
- Les addictions (tabac, alcool, drogues)
- Les écrans (temps passé devant les écrans, réseaux sociaux, etc.)
- La santé sexuelle (contraceptions, Sida, hépatite B, Chlamydia, etc.)
- Le développement du tout petit et/ou de l'enfant, et le soutien à la parentalité
- L'adolescence et l'entrée dans la vie adulte
- Le handicap (inclusion, accès aux soins, etc.)
- Le vieillissement de la population (maintien à domicile, etc.)
- L'aide aux aidants (répit, soutien psychologique, etc.)
- Les effets de la précarité sur la santé (espérance de vie, accès aux soins, etc.)
- L'accès aux professionnels de santé (médecins, spécialistes, etc.) et aux soins
- La prévention des maladies chroniques (cancers, maladies cardiovasculaires et respiratoires, diabète, allergies, etc.)
- La souffrance psychique, le mal-être, la santé mentale
- L'isolement social
- La santé au travail (troubles musculo-squelettiques (TMS), burnout, etc.)
- Les modes de déplacement doux et la mobilité pour accéder aux services de santé
- La lutte contre les violences intrafamiliales et conjugales (physiques et/ou psychologiques)
- Autre(s), précisez :

## 6. Suites du projet

Si vous souhaitez être informé des suites du projet et/ou participer aux groupes de travail thématiques, merci de contacter Nolwenn CALVEZ, chargée de mission santé d'Auray Quiberon Terre Atlantique :

- Par mail : [nolwenn.calvez@auray-quiberon.fr](mailto:nolwenn.calvez@auray-quiberon.fr) ;
- Par téléphone : 07 86 27 03 56.