|  |
| --- |
| **Questionnaire habitants**  **« VOTRE AVIS SUR LA SANTE EN ALBRET »** |

Albret Communauté construit son prochain Contrat Local de Santé. L’objectif est d’identifier les problématiques de santé de la population et d’y apporter des solutions.

En tant qu’habitant de l’Albret, votre avis est primordial !

**Vous êtes ?** 🗌 Adolescent(e)/Jeune adulte 🗌 Adulte 🗌 Retraité(e)

**Vous habitez ?** Commune : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**1/ L’ACCES AUX SOINS**

**Rencontrez-vous des difficultés pour accéder aux consultations médicales ?** 🗌 Oui 🗌 Non

**Si oui, lesquelles ?** 🗌 Médecin généraliste 🗌 Dentiste 🗌 Spécialistes : précisez :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Renoncez-vous à certains soins pour des raisons financières ?** 🗌 Oui 🗌 Non

**Si oui, lesquels ?** 🗌 Lunettes 🗌 Prothèses dentaires 🗌 Appareils auditifs🗌Autres, précisez :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Avez-vous une Mutuelle ?** 🗌 Oui 🗌 Non

**Connaissez-vous la Complémentaire Santé Solidaire ?** 🗌 Oui 🗌 Non

**Connaissez-vous l’ensemble de l’offre de soins du centre hospitalier à Nérac ?** 🗌 Oui 🗌 Non

*(Radiologie, neurologie, chirurgie, endocrinologie, diabétologie, gynécologie, pédiatrie, Atelier mémoire, PASS Mobile)*

**2/ MAINTIEN A DOMICILE**

**A la suite d’une hospitalisation ou d’une perte d’autonomie soudaine :**

**Connaissez-vous les acteurs à solliciter ?** 🗌 Oui 🗌 Non **Si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Savez–vous quelles sont les démarches à effectuer ?** 🗌 Oui 🗌 Non

*Par exemple : Demande de lit médical, Soins infirmiers, Aide au ménage, Aide à la toilette, Aides financières,*

**Pensez-vous que les AIDANTS\* sont suffisamment informés et accompagnés ?** 🗌 Oui 🗌 Non 🗌 Je ne sais pas

*\*« Personne non-professionnelle (proches, famille) qui s’occupe quotidiennement d’une personne dépendante »*

**3/ VIVRE ENSEMBLE ET PREVENTION**

**Aujourd’hui, pensez-vous que les liens sociaux se sont détériorés ?** 🗌 Oui 🗌 Non 🗌 Je ne sais pas

**L’isolement vous semble-t-il être une problématique ?** 🗌 Oui 🗌 Non 🗌 Je ne sais pas

**Savez-vous quoi faire et à qui vous adresser**

**en cas de violences conjugales et/ou intrafamiliales ?** 🗌 Oui 🗌 Non

**Connaissez-vous les projets d’Habitats partagés sur le territoire ?** 🗌 Oui 🗌 Non

* **Cela vous intéresse-t-il ?** 🗌 Oui 🗌 Non

**4/ LES JEUNES ADULTES ET LA SANTE**

**La santé est-elle une préoccupation pour les jeunes ?** 🗌 Oui 🗌 Non 🗌 Je ne sais pas

**Connaissez-vous, sur le territoire, des services qui peuvent accompagner les jeunes sur :**

Conduites addictives : 🗌 Oui 🗌 Non

Souffrance psychologique : 🗌 Oui 🗌 Non

Vie affective et sexuelle : 🗌 Oui 🗌 Non

Violences intrafamiliales : 🗌 Oui 🗌 Non

Harcèlement (scolaire, réseau sociaux…) : 🗌 Oui 🗌 Non

**Voyez-vous d’autres préoccupations pour les jeunes ?** 🗌 Oui 🗌 Non

**Si oui, lesquelles ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**5/ SANTE ENVIRONNEMENTALE**

**Etes-vous plus particulièrement sensible aux questions environnementales suivantes ?**

🗌 Qualité de l’air 🗌 Qualité de l’eau

🗌 Eco - Mobilité 🗌 Moustique tigre

🗌 Perturbateurs endocriniens 🗌 Qualité alimentaire

🗌 Qualité du logement et du cadre de vie

🗌 Autres : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**VOS REMARQUES :**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

………………………………………………………………………………………………….................................................................................

Si vous le souhaitez, vous pouvez inscrire vos coordonnées ci-dessous, pour être tenu informé(e) des avancées du Contrat Local de Santé :

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Adresse mail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Date limite de retour du questionnaire : Jeudi 10 Février 2022***