



Sondage : Santé et Accès aux soins

Sur notre territoire

Vos réponses sont anonymes. Ce questionnaire nous aide à mieux comprendre vos besoins et à adapter l'offre de soins et les actions de prévention sur notre territoire. Merci pour votre participation.

1. Qui êtes-vous ?

Vous êtes :

- ☐ Homme ☐ Femme ☐ Non-binaire

Votre tranche d'âge :

- ☐ Moins de 25 ans
☐ 25 - 44 ans
☐ 45 - 64 ans
☐ 65 - 74 ans
☐ 75 ans et plus

2. Médecin traitant et accès général aux soins

Avez-vous un médecin traitant déclaré ?

- ☐ Oui
☐ Non (*Je suis en recherche active*)
☐ Non (*Je ne cherche pas spécialement*)

Si vous n'avez pas de médecin traitant, êtes-vous concerné(e) par une Affection de Longue Durée (ALD) ?

- ☐ Oui ☐ Non

Rencontrez-vous des difficultés à trouver ou prendre rendez-vous avec un professionnel ?
(Plusieurs choix possibles)

- ☐ Médecin généraliste
☐ Ophtalmologue
☐ Dermatologue
☐ Dentiste
☐ Kinésithérapeute
☐ Autre spécialité (*précisez*) : _____
☐ Aucune difficulté particulière : _____

3. Recherche d'informations et Numérique

Comment cherchez-vous une information de santé ou un RDV ? (Plusieurs choix possibles)

- ☐ En me déplaçant / téléphonant (pharmacie, médecin, paramédical, secrétariat)
- ☐ Sur internet / plateformes en ligne (Doctolib, Maiia, etc.)
- ☐ En échangeant avec mes proches
- ☐ Autre : _____

Comment qualifiez-vous votre autonomie sur les outils numériques (prise de RDV en ligne, démarches sur Ameli, ouverture de votre espace santé) ?

- ☐ Très autonome
- ☐ Autonome mais j'hésite parfois
- ☐ J'ai besoin d'être accompagné(e) / Je préfère le téléphone

4. Prévention, Aidants et Animations

Quels sujets de santé/prévention aimeriez-vous voir abordés localement ? (3 choix max)

- ☐ Nutrition et alimentation
- ☐ Activité physique adaptée
- ☐ Santé mentale (gestion du stress, sommeil, anxiété)
- ☐ Addictions (tabac, alcool, écrans)
- ☐ Parentalité et santé de l'enfant
- ☐ Santé cardiovasculaire
- ☐ Bien vieillir
- ☐ Le suivi de santé et l'autonomie
- ☐ Autre : _____

Accompagnez-vous au quotidien un proche malade, handicapé ou en perte d'autonomie (rôle d'aidant) ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Sous quel format préféreriez-vous participer à des moments d'information santé ?

- ☐ Ateliers pratiques en petit groupe
- ☐ Stand d'échange convivial (« Le coin santé », autour d'un café)
- ☐ Réunions d'information / conférences
- ☐ Documentation papier / Dépliants à consulter chez soi

5. Vos remarques ou suggestions

Avez-vous un besoin ou une remarque particulière concernant l'accès aux soins sur le territoire ?

Souhaitez-vous être contacté pour vous aider à ouvrir votre espace santé ? rédiger vos directives anticipées ? Faire un bilan de prévention ? Avoir un soutien ? Si oui, merci de nous indiquer :

Nom -Prénom :

Date de Naissance :

Commune :

Numéro de téléphone :

Mail :