

DIAGNOSTIC COMMUNAL DE SANTÉ VANDŒUVRE-LÈS-NANCY

VANDOPÉRIENS, VOTRE AVIS COMPTE !

QUESTIONNAIRE ANONYME

Date limite de réponse : le 1er juillet 2023



Déposez vos formulaires ICI

- > Mairie de Vandœuvre
- > Parc des sports
- > Médiathèque
- > Ludothèque
- > MJC Lorraine
- > MJC Nomade
- > MJC Étoile
- > Agence MMH
- > Agence Batigère
- > Pharmacies : Brabois, Sonzogni, Hommell

Questionnaire
en ligne sur :
vandoeuvre.fr



Invitation à participer au diagnostic

Chers Vandopériens, Vandopériennes,

La commune de Vandœuvre souhaite affiner ses orientations en matière de santé en prenant appui sur un outil d'aide à la décision politique, le diagnostic local de santé, permettant ainsi d'aboutir à des recommandations adaptées aux enjeux et aux besoins de santé locaux identifiés.

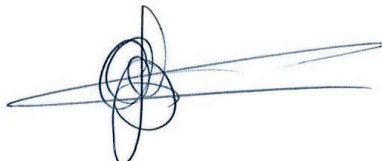
Pour mener à bien ce projet, le Centre d'Expertise en Santé Publique de Nancy (CESP) a été mandaté, par la Commune, en qualité de maître d'ouvrage.

Le diagnostic santé nécessite une collaboration des décideurs politiques, de la population et des acteurs locaux. Vous avez la possibilité de vous associer à cette démarche en répondant à ce questionnaire.

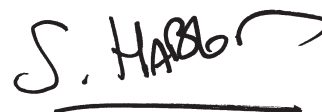
Les réponses que vous apporterez à ce questionnaire seront strictement confidentielles et uniquement accessibles aux experts du Centre d'Expertise en Santé Publique de l'Université de Lorraine.

Si vous souhaitez être informés des résultats du diagnostic, participer aux échanges ou apporter votre contribution, faites-vous connaître auprès du service santé de la ville de Vandœuvre-lès-Nancy à l'adresse suivante : vansante@vandoeuvre.fr.

Docteur Abdou Omorou
Directeur du CESP

A handwritten signature in blue ink, consisting of a circular scribble followed by a long horizontal line extending to the right.

Stéphane Hablot
Maire de Vandœuvre-lès-Nancy

A handwritten signature in black ink, reading 'S. HABLOT' with a stylized flourish at the end.

I) CARACTÉRISTIQUES DU RÉPONDANT

1) Vous vous identifiez comme :

- Un homme
- Une femme
- Autre

2) Quel âge avez-vous ?

..... ans

3) Quelle est/sont vos/votre nationalité(s) ?

- Française
- Autre, précisez :

4) Quelle est votre situation d'emploi actuelle ?

- Étudiant(e)
- Actif(ve) (sans précision)
- Actif(ve)/ Temps plein
- Actif(ve)/ Temps partiel
Pourcentage :
- Personne au foyer
- Inactif(ve) (sans précision)
- Chercheur(se) d'emploi
- Invalidité
Catégorie :
- Retraité(e)

5) Quelle est votre catégorie socio-professionnelle (catégorie actuelle ou celle de la dernière profession exercée) ?

> Artisan(e), commerçant(e), chef(fe) d'entreprise

- Artisan(e)
- Commerçant(e)
- Chef(fe) d'entreprise de 10 salariés et plus

> Autre catégorie

- Cadre et profession intellectuelle supérieure
- Profession intermédiaire
- Employé(e)
- Ouvrier(e)
- Agriculteur(trice) exploitant(e)

> Retraité(e) :

- Ancien(ne) agriculteur(trice) exploitant(e)
- Ancien(ne) artisan(e), commerçant(e), chef(fe) d'entreprise
- Ancien(ne) cadre ou profession intellectuelle supérieure
- Ancien(ne) employé(e) ou ouvrier(e)

> Sans activité professionnelle :

- Chômeur(se) n'ayant jamais travaillé
- Inactif(ve) (autre que retraité(e))

Autre, précisez :

6) Quel est votre niveau d'études ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Inférieur au primaire | <input type="checkbox"/> Second cycle secondaire (lycée, bac, CAP, BEP) |
| <input type="checkbox"/> Primaire | <input type="checkbox"/> Enseignement supérieur (Licence, Master, BTS) |
| <input type="checkbox"/> Premier cycle secondaire (collège) | <input type="checkbox"/> Enseignement supérieur (Doctorat) |

7) Dans quel quartier vivez-vous ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Biancamaria | <input type="checkbox"/> Lorraine Bel horizon Hameau du Saule |
| <input type="checkbox"/> Brabois | <input type="checkbox"/> Louvain Nations |
| <input type="checkbox"/> Brichambeau | <input type="checkbox"/> Reclus |
| <input type="checkbox"/> Charmois | <input type="checkbox"/> Sainte Colette |
| <input type="checkbox"/> Château d'eau | <input type="checkbox"/> Square d'Oslo |
| <input type="checkbox"/> Cheminots Lorrains Bizet | <input type="checkbox"/> Tourtel |
| <input type="checkbox"/> Embellie Mairie | <input type="checkbox"/> Trèves Fribourg |
| <input type="checkbox"/> Étoile Forêt noire | <input type="checkbox"/> Vand'Est |
| <input type="checkbox"/> Haut de Penoy Haut de Crévic Parc Fleuri | <input type="checkbox"/> Village |
| <input type="checkbox"/> Autre : | |

8) Depuis combien d'année(s) habitez-vous dans votre quartier ?

..... ans

9) Vous êtes :

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Célibataire | <input type="checkbox"/> Marié(e)/ Pacsé(e) |
| <input type="checkbox"/> En couple | <input type="checkbox"/> Divorcé(e) |
| <input type="checkbox"/> Veuf(ve) | <input type="checkbox"/> Autre, précisez : |

10) Combien de personnes, autre que vous, vivent dans votre foyer ?

..... Personne(s)

Dont personne(s) de moins de 14 ans

Dont personne(s) de 14 à 18 ans

Dont personne(s) de plus de 18 ans

11) Vous vivez :

Seul(e)

Avec (plusieurs choix possibles) :

- Époux(se)/partenaire
- Enfant(s)
- Parent(s)
- Ami(s)
- Autre

12) Combien d'enfants avez-vous à votre charge ?

.....

13) Êtes-vous :

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Propriétaire | <input type="checkbox"/> Locataire |
| <input type="checkbox"/> Hébergé(e) | <input type="checkbox"/> Sans domicile |

14) Si vous avez parfois des difficultés à vous occuper de votre santé ou de celle de votre famille, pour quelle(s) raison(s) ? (choix multiples)

- Manque de temps
- Manque de ressources financières
- Pas de médecin traitant
- Pas de couverture sociale
- Pas de mutuelle
- Méconnaissance des services existants
- Eloignement géographique des lieux de soins
- Problème de mobilité
- Délais trop longs pour avoir un rendez-vous
- Horaires de fonctionnement inadaptés
- Peur (dentiste, médecin, du diagnostic, du traitement)
- Manque de confiance dans les professionnels de santé
- La santé n'est pas une priorité

Commentaire libre :

.....

.....

.....

.....

II) VOTRE SANTÉ

II.1) VOTRE ÉTAT DE SANTÉ

Les questions qui suivent, portent sur votre santé telle que vous la ressentez. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours. Veuillez répondre à toutes les questions en cochant la case correspondant à la réponse choisie, comme il est indiqué. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

1) Dans l'ensemble, **pensez-vous que votre santé est ?**

Excellente	Très bonne	Bonne	Médiocre	Mauvaise
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2) Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles, indiquez si **vous êtes limité(e) en raison de votre état de santé actuel.**

Liste d'activités	Oui, beaucoup limité(e)	Oui, un peu limité(e)	Non, pas du tout limité(e)
Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monter plusieurs étages par l'escalier ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3) Au cours de ces **4 dernières semaines**, et en raison de votre **état physique...**

	En permanence	Une bonne partie du temps	De temps en temps	Rarement	Jamais
Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou tout autre activité (par exemple cela vous a demandé un effort supplémentaire ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 4) Au cours de ces **4 dernières semaines**, et en raison de votre **état émotionnel** (comme vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e)) :

	En permanence	Une bonne partie du temps	De temps en temps	Rarement	Jamais
Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 5) Au cours de ces **4 dernières semaines**, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité(e) dans votre travail ou vos activités domestiques ?

Pas du tout	Un petit peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 6) Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces **4 dernières semaines**. Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de **ces 4 dernières semaines**, y a-t-il eu des moments où :

	En permanence	Une bonne partie du temps	De temps en temps	Rarement	Jamais
Vous-vous êtes senti(e) calme et détendu(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous-vous êtes senti(e) débordant(e) d'énergie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous-vous êtes senti(e) triste et abattu(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 7) Au cours de **ces 4 dernières semaines**, y a-t-il eu des moments où **votre état de santé, physique ou émotionnel**, vous a gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

En permanence	Une bonne partie du temps	De temps en temps	Rarement	Jamais
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II.2) VOTRE BIEN-ÊTRE

1) Les affirmations ci-dessous concernent vos sensations et vos pensées. **Cochez la case** qui correspond le mieux **à votre vécu durant les deux dernières semaines** :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Tout le temps
Je me suis senti(e) optimiste quant à l'avenir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me suis senti(e) utile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me suis senti(e) détendu(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me suis senti(e) intéressé(e) par les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu de l'énergie à dépenser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai bien résolu les problèmes auxquels j'ai été confronté(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ma pensée était claire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu une bonne image de moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me suis senti(e) proche des autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me suis senti(e) confiant(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai été capable de prendre mes propres décisions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me suis senti(e) aimé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me suis senti(e) intéressé(e) par de nouvelles choses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me suis senti(e) joyeux(se)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2) Les affirmations ci-dessous concernent vos sensations et vos pensées. **Cochez la case** qui correspond le mieux **à votre vécu actuel**.

2.1) Je me sens tendu(e) ou énervé(e) :

- La plupart du temps
- Souvent
- De temps en temps
- Jamais

2.2) Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :

- Oui tout autant
- Pas autant
- Un peu seulement
- Presque plus

2.3) J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :

- Oui très nettement
- Oui, mais ce n'est pas trop grave
- Un peu mais cela ne m'inquiète pas
- Pas du tout

2.4) Je ris facilement et vois le bon côté des choses :

- Autant que par le passé
- Plus autant qu'avant
- Vraiment moins qu'avant
- Plus du tout

2.5) Je me fais du souci :

- Très souvent
- Assez souvent
- Occasionnellement
- Très occasionnellement

2.6) Je suis de bonne humeur :

- Jamais
- Rarement
- Assez souvent
- La plupart du temps

2.7) Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) :

- Oui quoi qu'il arrive
- Oui en général
- Rarement
- Jamais

2.8) J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :

- Presque toujours
- Très souvent
- Parfois
- Jamais

2.9) J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :

- Jamais
- Parfois
- Assez souvent
- Très souvent

2.10) Je ne m'intéresse plus à mon apparence :

- Plus du tout
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
- J'y prête autant d'attention que par le passé

2.11) J'ai la bougeotte et n'arrive plus à tenir en place :

- Oui c'est tout à fait le cas
- Un peu
- Pas tellement
- Pas du tout

2.12) Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :

- Autant qu'avant
- Un peu moins qu'avant
- Bien moins qu'avant
- Presque jamais

2.13) J'éprouve des sensations soudaines de panique :

- Vraiment très souvent
- Assez souvent
- Pas très souvent
- Jamais

2.14) Je peux prendre plaisir à lire un bon livre ou à regarder une bonne émission de radio ou de télévision :

- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Très rarement

3) Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants :

	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
Une diminution marquée d'intérêt ou de plaisir dans vos activités ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un sentiment d'abattement, de dépression ou de perte d'espoir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés à vous endormir, à rester endormi(e), ou au contraire une tendance à trop dormir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une sensation de fatigue ou de manque d'énergie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un manque ou un excès d'appétit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une mauvaise opinion de vous-même : l'impression que vous êtes un(e) raté(e) ou que vous vous êtes laissé(e) aller ou que vous avez négligé votre famille ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la peine à vous concentrer, par exemple pour lire le journal ou regarder la télévision.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'impression de parler ou de vous déplacer si lentement que cela se remarquait ou au contraire, une fébrilité ou agitation telle que vous ne teniez pas en place ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensez-vous que vous préféreriez être mort(e) ou penser à vous faire du mal ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III) LES EFFETS DES DIFFÉRENTES CRISES

1) D'après vous, **la crise sanitaire liée à la Covid-19** a-t-elle eu un impact sur :

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
Votre vie professionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre vie familiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre vie sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vos revenus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre logement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2) Lors de cette **crise** avez-vous bénéficié d'un soutien quelconque ? (Plusieurs réponses possibles)

Psychologique
 Liens sociaux/familiaux
 Économique/Financier
 Éducatif/Scolaire
 Aucun
 Autre, précisez :

3) Quel(s) autre(s) soutien auriez-vous souhaité avoir ? (Plusieurs réponses possibles)

Psychologique
 Liens sociaux/familiaux
 Économique/Financier
 Éducatif/Scolaire
 Aucun
 Autre, précisez :

4) Comparé à la période **avant la crise sanitaire**, comment qualifieriez-vous votre état de santé aujourd'hui ?

Beaucoup moins bon
 Moins bon
 Identique
 Mieux
 Beaucoup mieux

5) D'après vous, **les crises actuelles** (crise économique, crise énergétique, crise sociétale) ont-elles un impact sur :

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
Votre vie professionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre vie familiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre vie sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vos revenus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre logement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6) Lors de **ces crises** avez-vous bénéficié d'un soutien quelconque ? (Plusieurs réponses possibles)

- Psychologique
 Liens sociaux/familiaux
 Économique/Financier
 Éducatif/Scolaire
 Aucun
 Autre, précisez :

7) Avez-vous des besoins spécifiques par rapport à ces crises ?

- Non
 Oui, précisez :

8) Souhaitez-vous ajouter un commentaire ?

.....

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION !

