

**QUESTIONNAIRE A DESTINATION DES HABITANTS : « VOS BESOINS DE SANTE EN CŒUR D'HERAULT »
COMMISSION SANTE DU PAYS CŒUR D'HERAULT**

Vous habitez le Cœur d'Hérault ? Vous avez **plus de 15 ans** ? Afin d'améliorer l'accès aux soins sur le territoire, nous souhaiterions recueillir votre **avis**, à l'aide du questionnaire anonyme ci-dessous. Une fois rempli, vous pouvez, avant le **16 juin 2017** :

- Le déposer à l'**endroit** où vous l'avez retiré,
- Le déposer à l'accueil du **SYDEL** du Pays Cœur d'Hérault (18 Avenue Raymond Lacombe à Clermont l'Hérault),
- Le renvoyer **scanné** par **mail** à l'adresse suivante : lauriane.cottel@coeur-herault.fr,
- Le remplir en **ligne** (de façon anonyme) en vous rendant sur le site **internet** du Pays (Rubrique « Santé » / Article « Vos besoins de santé en Cœur d'Hérault »).

Nous vous remercions par avance pour votre participation.

Docteur Guy LASSALVY, Président de la Commission Santé du Pays Cœur d'Hérault

GENERALITES

- 1) Sexe : H F 2) Age : 3) Commune de résidence :
- 4) Commune du lieu de travail ou de scolarité : 5) Depuis combien de temps habitez-vous sur le Cœur d'Hérault ?
- 6) Situation professionnelle : Salarié(e), fonctionnaire Indépendant(e) Retraité(e) Scolarisé(e) / Etudiant(e) Sans emploi
 Autre / Préciser :
- 7) Situation familiale : Personne seule Couple sans enfant Couple avec enfant Famille monoparentale ⇔ Nombre d'enfants :
 Famille composée d'une (ou plusieurs) personne(s) et de son (ou ses) aidant(s) ⇔ Nombre de personnes : / Nombre d'aidants :
 Autre / Préciser :

ACCES AUX SOINS – MEDECINS GENERALISTES ET SPECIALISTES

- 8) Avez-vous un médecin traitant ? Oui Non Je ne sais pas 9) Si oui, dans quelle commune exerce-t-il (elle) ?.....
- 10) Rencontrez-vous des difficultés pour consulter un médecin généraliste ? Oui Non
- 11) Si oui, pour quelle(s) raison(s) ? Délai d'attente pour obtenir un rendez-vous Délai d'attente dans la salle d'attente Distance / Transport
(plusieurs réponses possibles) Horaires non compatibles avec votre emploi du temps Coût
 Autre / Préciser :
- 12) Rencontrez-vous des difficultés pour consulter un médecin spécialiste ? Oui Non

13) Si oui, pour quelle(s) spécialité(s) ?	14) Pour quelle(s) raison(s) ? <i>(plusieurs réponses possibles)</i>
	<input type="checkbox"/> Délai d'attente pour obtenir un rendez-vous <input type="checkbox"/> Délai d'attente dans la salle d'attente <input type="checkbox"/> Distance / Transport <input type="checkbox"/> Coût <input type="checkbox"/> Horaires non compatibles avec votre emploi du temps <input type="checkbox"/> Absence de cette spécialité sur le territoire <input type="checkbox"/> Autre ? Préciser :
	<input type="checkbox"/> Délai d'attente pour obtenir un rendez-vous <input type="checkbox"/> Délai d'attente dans la salle d'attente <input type="checkbox"/> Distance / Transport <input type="checkbox"/> Coût <input type="checkbox"/> Horaires non compatibles avec votre emploi du temps <input type="checkbox"/> Absence de cette spécialité sur le territoire <input type="checkbox"/> Autre ? Préciser :
	<input type="checkbox"/> Délai d'attente pour obtenir un rendez-vous <input type="checkbox"/> Délai d'attente dans la salle d'attente <input type="checkbox"/> Distance / Transport <input type="checkbox"/> Coût <input type="checkbox"/> Horaires non compatibles avec votre emploi du temps <input type="checkbox"/> Absence de cette spécialité sur le territoire <input type="checkbox"/> Autre ? Préciser :

PERMANENCE DES SOINS ET URGENCES

- 15) Savez-vous ce qu'est le 15 ? Oui Non
- 16) Si oui, à quelle(s) occasion(s) utilisez-vous ce numéro ? *(plusieurs réponses possibles)*
 Pour une urgence médicale Pour avoir l'avis, le conseil d'un médecin, lorsque les cabinets médicaux sont fermés ou indisponibles
 Autre ? Préciser :
- 17) Quand vous avez besoin de soins la nuit ou le weekend, considérez-vous que vous avez facilement accès à un médecin ?
 Oui, à chaque fois Oui, la plupart du temps Non, la plupart du temps Non, jamais Je n'ai pas été confronté(e) à ce problème
- 18) Lors de situations d'urgence, combien de temps, en moyenne, pensez-vous avoir attendu les secours une fois qu'ils ont été avertis ?
 Moins de 10 minutes Entre 10 et 30 minutes Entre 30 minutes et une heure Plus d'une heure Je n'ai pas été confronté(e) à ce problème

19) Parmi les dispositifs suivants :	Je le connais	Je l'ai utilisé en 2016	Moyens que vous avez utilisés pour accéder au dispositif
Maison Médicale de Garde (MMG) de Clermont l'Hérault	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nombre de fois :	<input type="checkbox"/> En téléphonant au centre 15 <input type="checkbox"/> En vous rendant directement sur place, sans passer par le centre 15 <input type="checkbox"/> Autre / Préciser :
Centre d'Accueil et de Permanence des Soins (CAPS) de Lodève	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nombre de fois :	<input type="checkbox"/> En téléphonant au centre 15 <input type="checkbox"/> En vous rendant directement sur place, sans passer par le centre 15 <input type="checkbox"/> Autre / Préciser :
Unité Mobile de l'Urgence et de la Permanence des Soins (UMUPS) du Cœur d'Hérault	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nombre de fois :	

ACCES AUX SOINS - AUTRES

- 20) Rencontrez-vous d'autres difficultés d'accès aux soins, en dehors de l'accès à un médecin généraliste ou à un médecin spécialiste ? Oui Non
- 21) Si oui : Dans quel(s) domaine(s)
 Pour quelle(s) raison(s) ?
- 22) Avez-vous renoncé à des soins, quels qu'ils soient, en 2016 ou en 2017 ? Oui Non
- 23) Si oui, quel(s) type(s) de soin ?.....
 Pour quelle(s) raison(s) ?.....

PERINATALITE : AVANT, PENDANT ET APRES LA GROSSESSE

- 24) Connaissez-vous la Protection Maternelle et Infantile (PMI) ? Oui Non
- 25) Si vous avez accouché en 2016 ou en 2017, pourriez-vous nous préciser le lieu de votre accouchement :
A Montpellier : CHU Clinique Clémentville Polyclinique Saint-Roch **A Béziers :** Centre Hospitalier Polyclinique Champeau
A Sète : Hôpitaux du Bassin de Thau Polyclinique Sainte-Thérèse
 A domicile Autre ? Préciser :

AUTRES REMARQUES

.....

.....

.....