

## Questionnaire à destination des habitants


La Communauté de communes du Bassin de Joinville en Champagne (CCBJC) vous invite à participer à un diagnostic territorial partagé autour de la santé.

Nous souhaitons mieux connaître vos attentes en matière de qualité de vie afin de définir des priorités d'actions cohérentes. Votre regard, en tant qu'habitants mais également usagers des différents services, est essentiel pour co-construire des réponses adaptées à vos besoins.

Ce questionnaire est **anonyme** et à destination **de tous les habitants** (≥ 18 ans) du territoire de la CCBJC. Les réponses sont libres (pas de bonnes ou de mauvaises réponses) et aucun jugement ne sera émis. Les données collectées sont confidentielles, et ne seront ni cédées ni vendues. Elles seront exploitées dans le strict cadre du diagnostic territorial. Vous retrouverez si besoin l'ensemble des mentions relatives au règlement général de protection des données (RGPD) en dernière page de ce document.

Temps estimé pour le remplissage : 10 minutes

Où retourner le questionnaire **avant le 15 juin 2026** ?

Remplissage en format papier	Remplissage directement en ligne
<p>Boîtes de retour disponibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Au siège de la Communauté de communes</li> <li>✓ A la France services de Joinville</li> <li>✓ A la Maison de santé de Joinville</li> <li>✓ Au complexe Fair Play à Joinville</li> <li>✓ Au centre de santé de Doulevant-le-Château</li> </ul> <p>ou</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Scanner le document papier et le renvoyer à l'adresse suivante : <a href="mailto:contact@msa-services-sc.fr">contact@msa-services-sc.fr</a></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Remplissage en ligne : <a href="#">Diagnostic local de santé - Questionnaire habitants / CC du Bassin de Joinville en Champagne – Remplir le formulaire</a></li> <li>✓ Ou Flasher ce QR code ci-après</li> </ul> 

### Profil du répondant :

1. Vous êtes ?  Une femme  Un homme  Ne souhaite pas répondre

2. Quel âge avez-vous ?

- Moins de 25 ans  Entre 26 et 39 ans  Entre 40 et 59 ans  Entre 60 et 74 ans  
 Plus de 75 ans

3. Quelle est votre commune de résidence ? .....

4. Vous vivez ?  en appartement  en maison  Autre (précisez) .....

5. Vous êtes ?

- propriétaire  locataire du parc public / bailleur social  locataire du parc privé  
 hébergé par un tiers  Autre (précisez) : .....

6. Quel est votre niveau de satisfaction vis-à-vis de votre logement ? (Cochez la case correspondant à la note que vous attribuez)

★	★★	★★★	★★★★	★★★★★

7. Votre logement est-il adapté à vos besoins (localisation, superficie, aménagements intérieurs, etc ...) ?  Oui  Non

8. Si non, merci de préciser :

.....

9. Votre logement nécessite-t-il des travaux d'amélioration (isolation, aménagements de salle de bain, mise aux normes, aménagement de plain-pied, etc ...) ?

Oui  Non

10. Si oui, merci de préciser lesquels :

.....

11. Depuis combien de temps vivez-vous sur le territoire de la CCBJC ?

Moins de 1 an  1 à 5 ans  5 à 10 ans  10 à 15 ans  au-delà de 15 ans

12. Qui vit dans votre foyer/composition du foyer ?

Je suis seul(e)

Je suis seul(e) avec mon/mes enfant(s)

Je suis en couple sans enfant

Je suis en couple avec enfant(s)

Autre (Colocation, etc Précisez) : .....

13. Combien avez-vous d'enfants à charge (ou à venir avec une grossesse en cours) ?

.....

14. Vos enfants sont (plusieurs réponses possibles):

Enfant de moins de 3 ans

gardé en crèche

gardé par une assistante maternelle

gardé par vous

gardé par une autre personne (famille...)

**Enfant de 3 ans et + / Plusieurs réponses possibles selon le nombre d'enfants :**

	Sur le territoire de la CCBJC	En dehors du territoire de la CCBJC	Préciser la localisation si en dehors du territoire de la CCBJC	Non-concerné
A l'école maternelle				
A l'école élémentaire (CP au CM2)				
Au collège				
Au lycée				
En apprentissage en CFA				
En études supérieures				
En activité professionnelle				
En recherche d'emploi				
Autres : précisez ....				

**15. Etes-vous aidant d'une personne dépendante (personne âgée ou personne en situation de handicap)?**  Oui  Non

**16. Quelle est votre situation professionnelle ?**

- Agriculteur.trice exploitant.e
- Artisan.e Commerçant.e et chef.fe d'entreprise
- Cadre et professions intellectuelles supérieure
- Profession intermédiaire
- Employé.e
- Ouvrier.e
- En recherche d'emploi
- Retraité
- Sans activité
- En étude / formation

**17. Disposez-vous de moyens de locomotion personnel :**  Oui  Non

**18. Si OUI, lequel utilisez-vous principalement ?**  Véhicule personnel  Scooter/Moto  
 Vélo  Trottinette électrique  Autre (précisez) : .....

**19. Si NON, comment vous déplacez-vous ? :**  Familles/proches  Taxi  Covoiturage  Train  
 A pied  Autre (précisez) : .....

**20. Quels sont vos besoins en matière de mobilité et de déplacements ?** .....  
 .....

21. Que diriez-vous de votre qualité de vie sur le territoire ? (Cochez la case correspondant à la note que vous attribuez : 1 étoile : très mauvaise - 5 étoiles : très bonne)

★	★★	★★★	★★★★	★★★★★

22. Pourquoi cette note ? .....

.....

.....

**Etat de santé de la population**

---

23. Comment jugez-vous votre état de santé ?

- Bon  Assez bon  Assez mauvais  Mauvais

24. Pourquoi cette note ?.....

25. Avez-vous un médecin traitant déclaré ?

- Oui  Non

26. Souffrez-vous d'au moins une maladie chronique (exemple : asthme, diabète, maladie cardio-vasculaire, cancers, etc...) ?

- Oui  Non

27. Etes-vous en situation de handicap ou d'invalidité ?

- Oui  Non

28. Au cours des 12 derniers mois, comment évaluez-vous votre bien-être mental ?

- Bon  Assez bon  Assez mauvais  Mauvais

29. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous ressenti :

	Oui	Non	Ne sait pas répondre
Du stress			
De l'anxiété			
Un état dépressif			

30. Combien de contacts sociaux avez-vous, en moyenne, par jour ?

- 0  1 ou 2  3 à 5  Plus de 5

31. Qui voyez-vous ? Plusieurs réponses possibles

- Des membres de votre famille
- Des amis
- Des voisins
- Des collègues de travail
- Des professionnels du social, aide à domicile, soignant...
- Des commerçants, le facteur...
- Autre (merci de préciser) : .....

**32. Comment vous sentez-vous ?**

- Très isolé(e)
- Isolé(e)
- Entouré(e)
- Très entouré(e)

**33. Avez-vous une mutuelle/complémentaire santé ?**       Oui       Non

**34. Connaissez-vous l'offre « JUST Mutuelle » proposée sur le territoire de la CCBJC depuis 2025 ?**

- Oui j'en ai entendu parler
- Oui et j'y ai adhéré
- Oui mais cela ne m'intéresse pas
- Non je ne connais pas cette offre
- Non je ne connais pas mais cela m'intéresse

**35. Pour vous faire soigner au quotidien, quel(s) professionnel(s) consultez-vous le plus souvent (4 réponses maximum) ?**

- Médecin généraliste
- Spécialiste
- Dentiste
- Infirmier(ère)
- Kiné
- Autre (merci de préciser) : .....

**36. À quelle distance se situe le professionnel de santé que vous consultez le plus souvent ?**

- Le professionnel intervient à mon domicile
- Moins de 5 km
- 5 à 10 km
- 10 à 20 km
- Plus de 20 km

**37. Combien de temps mettez-vous pour vous y rendre ?**

- Moins de 10 minutes
- 10 à 30 minutes
- Plus de 30 minutes

**38. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé à vous faire soigner ?**  Oui  Non

**39. Pour quels types de soins :**

- soins dentaires,
- soins gynécologiques,
- opérations/ soins hospitaliers
- renoncer à des traitements médicamenteux,
- examens de radiologie,
- soins ophtalmologiques
- Autre (merci de préciser) : .....

**40. Si oui pour quelle(s) raison(s) ? Plusieurs réponses possibles – 4 réponses maximum**

- manque de temps
- difficultés financières
- pas de couverture sociale (CPAM / MSA)
- pas de mutuelle/complémentaire santé
- méconnaissance des services de santé sur le territoire
- éloignement géographique entre le domicile et le lieu de soin
- absence de moyens pour se déplacer
- délai de rdv trop long
- peur de l'examen, diagnostic, traitement...
- horaires des services de santé en inadéquation avec le rythme de vie des habitants
- Autre :

**Habitudes de vie**

---

**41. Pratiquez-vous une activité physique régulière (jardinage, bricolage, marche, ménage, sport, ...) au moins 30 minutes par jour ?**

- Oui
- Non

**42. Combien de temps restez-vous assis par jour ?**

- Moins de 6 heures
- Entre 6h et 10 heures
- Plus de 10 heures

**43. Comment évaluez-vous votre alimentation (fruits et légumes, légumes secs, viande/poisson, céréales complètes, etc) ?**

- Très équilibrée
- Plutôt équilibrée
- Peu équilibrée
- Pas du tout équilibrée

**44. Pourquoi ? .....**

**45. Consommez-vous des repas faits maison ?**

- Oui quotidiennement
- Oui régulièrement
- Oui occasionnellement
- Non

**46. Si non ou Occasionnellement, merci de préciser (plusieurs réponses possibles) :**

- Ne sait pas cuisiner  Manque de temps
- Manque d'équipements  Manque de compétences et de connaissances
- Coût financier  Difficultés à trouver des produits frais  Autre (préciser) : .....

**47. Fumez-vous ?**

- Oui quotidiennement
- Occasionnellement
- Non

48. Si oui, souhaitez-vous arrêter de fumer ?  Oui  Non

49. Si Oui, quels sont vos besoins pour y parvenir (Information, Accompagnement, ...) ?  
.....

50. Consommez-vous de l'alcool ?

- Jamais
- Occasionnellement
- Régulièrement

51. Combien d'heures par jour passez-vous devant un écran (télévision, ordinateur, téléphone portable, tablette, jeux vidéos, etc) ?

- Moins de 4 heures/jour
- Entre 4 et 8 heures /jour
- Entre 8 et 12 heures /jour
- Plus de 12 heures /jour

52. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous rencontré des difficultés en lien avec le sommeil (plusieurs réponses possibles) ?

- Endormissement -  fatigue en journée... Réveils répétés  Non-concerné
- Autre (préciser) : .....

### Information et prévention

---

53. Savez-vous où trouver des informations sur la santé près de chez vous ?

- Oui
- Non

54. Si Oui, pouvez-vous préciser où ? .....

55. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous participé à des actions de prévention (dépistage, ateliers santé, vaccination...) ?

- Oui
- Non

56. Si Oui, lesquelles ? .....

57. Si non, pourquoi ? 4 réponses maximum

- Cela ne m'intéresse pas
- Cela n'est pas adapté à mes besoins
- Par manque de temps
- Cela est trop loin de chez moi / je n'ai pas la possibilité de me déplacer
- Je n'ai pas envie d'être dans un cadre collectif
- Je ne veux pas y aller seul(e) / je ne connais personne
- Je suis aidant, sans solution de prise en charge de la personne aidée
- Autre (précisez) :

**58. Quel est votre niveau de satisfaction vis-à-vis de ces offres de services ?**

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Non concerné
Les services publics (mairie, France services...) et de commerces existants					
Les offres sportives / culturelles / de loisirs					
Les solutions de transport et mobilité					
L'environnement de vie tels que : espaces verts , aménagement de la commune, ...					
Les services en faveur du lien social et de la lutte contre l'isolement					
Les services et offres de soins de ville/en libéral					
Les services et offres de soins en milieu hospitalier					
Les services pour l'accès à un logement correspondant à mes besoins					
Les services pour l'accès à un emploi					
Les structures et services à destination des :	des séniors				
	des personnes en situation de handicap				
	des enfants et des jeunes				
	des parents ou futurs parents / famille				
	des personnes en difficultés sociales, financières...				

**Vos besoins et priorités**

**59. Selon vous, quelles sont les offres de services manquantes sur le territoire ? .....**

.....

**60. Avez-vous des attentes en matière de santé et de qualité de vie sur le territoire de la CCBJC ?**

Oui     Non

**61. Si Oui, lesquelles ? .....**

.....

**62. Selon vous, quelles actions ou évolutions permettraient d'améliorer la santé des habitants ?**

.....

.....

**63. Selon vous, quels sont les sujets prioritaires à développer sur le territoire (mise en place d'actions, diffusion d'informations, etc) – merci de cocher les cases correspondantes dans le tableau ci-après :**

	<b>Très prioritaire</b>	<b>Prioritaire</b>	<b>Peu prioritaire</b>	<b>Inutile</b>
Faciliter l'accès aux droits sociaux				
Lutter contre la consommation de tabac, alcool, médicaments, drogues...				
Lutter contre l'exposition aux écrans/jeux vidéo				
Lutter contre le mal-être/dépression/burnout				
Lutter contre les violences intra-familiales				
Lutter contre les perturbateurs endocriniens				
Faciliter l'accès à la vaccination et au dépistage				
Accompagner la vie affective et sexuelle				
Accompagner le bien vieillir et prévenir la perte d'autonomie				
Accompagner les aidants familiaux				
Accompagner la parentalité				
Favoriser une alimentation adaptée et une activité physique régulière				
Favoriser un environnement de vie favorable (qualité de l'eau, l'air...)				
Accompagner l'adaptation du logement				
Favoriser le sommeil et un rythme de vie régulier				
Développer les solutions de mobilité				
Accompagner l'usage du numérique				
Renforcer les interactions sociales				
Lutter contre les espèces impactant la santé (tiques, moustiques tigres, plantes urticantes, etc)				
Autre, merci de préciser :				

