

ENQUETE Auprès Des USAGERS Du TERRITOIRE De SAINT-LOUIS AGGLOMERATION

Cette enquête est réalisée dans le cadre de mon stage en D.U. « Actions de santé publique dans les soins primaires ». Pour cela, j'ai besoin d'identifier des usagers potentiellement sensibles au bruit présent dans leur vie quotidienne (trafics, travail, loisirs, etc.)

Cette enquête permettra d'aboutir à des entretiens personnalisés pour comprendre en quoi le bruit a un impact sur votre santé (cardiovasculaire, sommeil, risque au travail, trouble de l'apprentissage, ...).

Je vous remercie par avance de votre participation.

Delphine FRANCK.

MERCI de répondre à ces 10 questions et de me renvoyer le questionnaire à l'adresse mail suivante : bruit.sante.dfranck@gmail.com avant le 20 juin 2023.

- QUESTION 1 : quel est votre sexe ?
- QUESTION 2 : quel est votre âge ?
- QUESTION 3 : quel est le code postal et le nom de votre lieu d'habitation principale ?
.....
- QUESTION 4 : présentez-vous un ou plusieurs facteurs de risque cardiovasculaire ?
Cocher si vous êtes concerné(e)
 - Obésité (IMC > 30)
 - Hypertension artérielle
 - Cholestérol
 - Sédentarité
 - Tabac
 - Alcool
- QUESTION 5 : Combien de temps dormez-vous en moyenne dans une « bonne » nuit ?
 - Moins de 6 heures
 - Entre 6 à 8 heures
 - Entre 8 à 10 heures
 - Plus de 10 heures
- QUESTION 6 : Présentez des troubles du sommeil récurrents ? Oui ou Non (*entourer*)
Si oui, quels sont les symptômes ressentis ?
 - Insomnie
 - Somnolence diurne
 - Narcolepsie
 - Hypersomnie (sommeil >10h)
 - Somnambulisme
 - Apnée du sommeil (avec ou sans ronflements)
 - Autre :
- Avez-vous déjà réalisé une exploration du sommeil ? Oui ou Non (*entourer*)
- Etes-vous appareillé(e) pour un syndrome d'apnée du sommeil ? Oui ou Non (*entourer*)
Si oui : depuis quand ?
- QUESTION 7 : Avez-vous l'impression que le bruit environnant perturbe votre sommeil ? Oui ou Non (*entourer*).

Si oui : quel(s) type(s) de bruit ? *(cocher un ou plusieurs items)*

- Trafic ferroviaire
- Trafic routier
- Trafic aéroportuaire
- Ronflements
- Réveil d'un nourrisson
- Appareil électrique (en veille)
- Voisinage
- Loisirs (bars, discothèque, moto-cross, etc...)
- Animaux domestiques
- Autre :

- QUESTION 8 : Présentez-vous des symptômes réguliers de somnolence au cours d'une journée ? Oui ou Non *(entourer)*

Si oui : à quelle fréquence ? *(cocher)*

- Tous les jours
- Plus d'une fois par semaine
- Une fois par semaine
- Une fois par mois
- Moins d'une fois par mois
- Jamais

- QUESTION 9 : Le bruit au travail (à l'école) perturbe-t-il votre concentration (l'apprentissage de vos enfants) au cours d'une journée ? Oui ou Non *(entourer)*

Justifier votre réponse :

.....
.....

- QUESTION 10 : En conclusion, avez-vous l'impression que le bruit retentit sur votre qualité de vie en général ? Sur une échelle de 0 à 10 (0 = pas du tout ; 10 = totalement)



A VOUS LA PAROLE !

Suite à ce questionnaire, je souhaiterai **vous faire participer à une enquête plus complète** lors d'un entretien semi-directif et confidentiel. Les différents entretiens me permettront de démarrer un travail collaboratif et territorial sur le bruit, et l'impact que le bruit peut avoir sur votre Santé.

1/ Me transmettre les réponses au questionnaire avant le 20 JUIN 2023

- soit par mail à l'adresse : bruit.sante.dfranck@gmail.com
- soit en le déposant à l'accueil de la Maison de Santé de Bartenheim
- soit en le déposant dans la boîte aux lettres du Pôle santé de Folgensbourg

2/ Me laisser vos coordonnées dans l'encadré ci-dessous :

Nom – prénom :	
Adresse postale :	
Téléphone :	Mail :

Je vous contacterai dès que possible à la suite de votre réponse. Merci par avance pour votre participation et implication. **Delphine FRANCK**