

Quel accès aux soins pour les personnes en situation de handicap ?

Dans le cadre d'une étude réalisée sur le territoire Haute-Garonne – Ariège, l'Association des Paralysés de France, vous propose de répondre à ce questionnaire. Celui-ci permettra de recenser les difficultés rencontrées par les personnes en situation de handicap dans leur parcours de soins et proposer des solutions aux pouvoirs publics.

Ce questionnaire est destiné à toutes les personnes en situation de handicap, quel que soit le handicap, ayant eu recours à des soins sur le territoire de la Haute-Garonne ou de l'Ariège.

Merci de ne participer qu'une seule fois à cette enquête. Vos réponses resteront anonymes. Si vous n'êtes pas en mesure de répondre seul(e) à ce questionnaire, n'hésitez pas à vous faire aider.

➤ Votre accès aux soins

Avez-vous déjà subi un refus de soins par un professionnel de santé ?

OUI NON

➔ **Si OUI, dans quel cadre ?** (plusieurs réponses possibles)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> A l'hôpital/clinique | <input type="checkbox"/> Par un ophtalmologue |
| <input type="checkbox"/> Par un médecin généraliste | <input type="checkbox"/> Par un orthophoniste |
| <input type="checkbox"/> Par un infirmier | <input type="checkbox"/> Par un ergothérapeute |
| <input type="checkbox"/> Par un dentiste | <input type="checkbox"/> Par un podologue |
| <input type="checkbox"/> Par un gynécologue | <input type="checkbox"/> Par un orthopédiste |
| <input type="checkbox"/> Par un kinésithérapeute | <input type="checkbox"/> Par un psychologue |
| <input type="checkbox"/> Par un psychiatre | <input type="checkbox"/> Autre : |

Pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)

- Matériel inadapté
- Locaux inaccessibles
- Professionnels non-formés
- Raison financière
- Le professionnel n'a pas le temps de me recevoir
- Le professionnel ne pouvait pas déplacer son matériel à domicile
- Je ne sais pas
- Autre :

Les transports sanitaires sont adaptés à votre handicap:

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 Tout à fait d'accord

Lorsque vous ne pouvez pas vous déplacer ou que les lieux sont inaccessibles, certains professionnels de santé acceptent de se déplacer à votre domicile :

- OUI, ils acceptent de se déplacer
- NON, ils n'acceptent pas de se déplacer
- Je n'ai jamais été dans cette situation

Avez-vous déjà renoncé à des soins pour raison financière ?

OUI NON

➔ **Si OUI, quel était le coût de ces soins ?**

- Moins de 200 €
- Entre 200 et 500 €
- Plus de 500 €

Pouvez-vous avoir accès à votre dossier médical ?

- OUI, je peux y avoir accès
- NON, je ne peux pas y avoir accès
- Ça dépend des fois
- Je ne sais pas

Des moyens ont-ils déjà été mis en place pour compenser votre handicap ?

(plusieurs réponses possibles)

- OUI, une aide à la compréhension
- OUI, une aide de transfert physique
- OUI, une aide à la communication
- OUI, d'autres moyens:
- NON, pourtant j'en avais besoin
- NON, je n'en ai pas besoin

Pour une hospitalisation de longue durée (45 jours minimum), vos droits à la PCH (Prestation de Compensation au Handicap) ont toujours été maintenus:

- OUI, on m'a maintenu ma PCH
- NON, on ne m'a pas maintenu ma PCH
- Je ne suis pas concerné(e)

→ Si NON, combien de temps vous a-t-il fallu pour la récupérer ?

- Moins d'un mois
- Plus d'un mois
- Je ne l'ai pas récupérée

Vous estimez avoir un suivi régulier pour : (plusieurs réponses possibles)

- Vos dents
- Vos soins gynécologiques
- Votre vue
- Le suivi cardiovasculaire
- Votre diabète
- Le dépistage du cancer
- Votre obésité
- Je n'ai pas de suivi régulier
- Autre :

Concernant votre santé, vous vous estimez bien informé(e) :

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 Tout à fait d'accord

Concernant votre santé, vous estimez avoir les réponses à vos questions :

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 Tout à fait d'accord

Lorsque vous êtes accompagné(e), les professionnels s'adressent directement à vous :

- OUI, toujours
- Ça dépend des fois
- NON, il(s) s'adresse(nt) à la personne qui m'accompagne
- Je me rends seul(e) à mes rendez-vous

Avez-vous le sentiment que les professionnels de santé tiennent compte de vos difficultés et que votre parole est entendue :

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 Tout à fait d'accord

Concernant votre accès aux soins, vous êtes-vous déjà retrouvé(e) dans une situation de stress ou d'angoisse ?

- Toujours
 Souvent
 Parfois
 Jamais

Si vous rencontrez des difficultés à trouver un professionnel de santé, veuillez cocher les cases correspondantes à ces difficultés :

	Les locaux sont inaccessibles	Le matériel est inadapté	C'est trop cher	C'est trop loin, difficile d'accès	Je ne sais pas où m'adresser pour trouver ce professionnel	Le personnel n'est pas formé à mon handicap
Médecin généraliste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dentiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infirmier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinésithérapeute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ophtalmologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gynécologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthophoniste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergothérapeute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthopédiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiatre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➤ **Votre situation**

Vous êtes :

- Une femme
 Un homme

Vous êtes âgé(e) de :

- Moins de 18 ans
 Entre 18 et 29 ans
 Entre 30 et 59 ans
 Entre 60 et 79 ans
 Plus de 80 ans

Actuellement, vous êtes :

- Etudiant
 En service civique
 En formation
 En emploi
 A l'école
 A la retraite
 Sans emploi
 Arrêt de travail
 Autre :.....

Vous vivez :

- A domicile Chez vos parents
 Chez un proche En établissement non médicalisé
 En établissement médicalisé Autre :.....

Le code postal de la ville où vous résidez:

Votre handicap s'est manifesté :

- A ma naissance Au cours de la vie : Accident
 Maladie

Le(s) type(s) de handicap dont vous souffrez est/sont:

- Handicap moteur Handicap auditif Troubles d'élocution
 Handicap visuel Handicap psychique Handicap mental
 Maladie chronique, dégénérative
 Autre :.....

Vous bénéficiez d'une mesure de protection juridique (tutelle, curatelle,...) :

- OUI NON

Vos revenus mensuels sont de (sans la PCH) :

- Moins de 1015€/mois
 Plus de 1015€/mois
 Je n'ai pas de revenus
 Je ne suis pas concerné(e) (par exemple : mineurs)

Etes-vous pris en charge à 100% par la sécurité sociale pour une maladie de longue durée ?

- OUI NON

Disposez-vous d'une complémentaire santé (mutuelle, CMU-C...):

- OUI NON

→ Si OUI, estimez-vous être bien remboursé(e) ?

- OUI NON

➤ Informations complémentaires

Si vous souhaitez être informé(e) de la suite de cette étude, veuillez renseigner votre e-mail ou numéro de téléphone:

.....

Si vous souhaitez apporter votre témoignage sur des difficultés rencontrées dans votre parcours de santé, contactez-nous à l'adresse :

etudesante.apf31@gmail.com

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.