

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.