

Dans le cadre de l'appel à initiatives 2020 - Démocratie en santé de l'Agence Régionale de Santé et de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) des Hauts-de-France, la Délégation APF France handicap de l'Aisne lance une enquête pour recueillir votre opinion, vos attentes et vos besoins en matière de santé dans le département de l'Aisne.

Malgré une volonté de progression concernant l'accès à la santé des personnes en situation de handicap sur le département de l'Aisne, des freins persistent encore. APF France handicap est soucieux de la santé et de l'engagement dans une démarche de soins des personnes en situation de handicap.

Vous êtes une personne en situation de handicap, parent d'un enfant en situation de handicap ou aidant, votre avis nous intéresse !

Temps de remplissage : environ 10 minutes

Votre situation personnelle :

- 1. Vous êtes :** Un homme Une femme
- 2. Vous avez :**
 Moins de 18 ans Entre 63 et 80 ans
 Entre 18 et 30 ans Plus de 80 ans
 Entre 31 et 62 ans
- 3. Vous vivez :**
 En milieu rural En milieu urbain
 En logement autonome
 Au domicile familial
 A domicile, avec un accompagnement médico-social (SAMSAH, SAVS, SESSAD, ...)
 En établissement médico-social
- 4. Etes-vous en situation de handicap ?** Oui Non
Si oui, de quel(s) type(s) de handicap ? (Plusieurs réponses possible)
 Moteur Polyhandicap
 Psychique Cognitif
 Auditif Maladies invalidantes
 Trouble du spectre de l'autisme Déficience intellectuelle
 Visuel

Accès aux soins :

- 1. Selon vous, auriez-vous besoin d'être aidé dans vos démarches liées à la santé ?**
 Oui, j'en aurai besoin Non, je n'en ai pas besoin
- 2. Avez-vous déjà rencontré une difficulté dans la recherche d'un professionnel de santé ?**
 Non, j'ai pu effectuer mes soins Oui, j'ai abandonné ma recherche
 Oui, j'ai vécu au moins une difficulté

3. En cas de difficulté, de quel type de professionnel s'agissait-il ?

- Médecin généraliste
 Médecin spécialiste, le ou lesquels :
 Paramédicaux (kinésithérapeute, orthophoniste, ...) : le ou lesquels :
 En soins à distance (télémédecine)
 A l'hôpital : dans quel service :
 A la clinique : dans quel service :

4. Quel a été le(s) motif(s) de la difficulté ? (Plusieurs réponses possible)

- Le lieu n'est pas accessible Le manque de professionnel
 Le délai d'attente est trop long Je ne sais pas
 Ma situation de handicap

5. Avez-vous déjà dû abandonner des soins ? Oui Non

Si oui, lesquels :

- Au niveau dentaire Les soins psychologiques
 Au niveau visuel Les soins quotidiens et d'hygiène
 La rééducation Autres :

6. Prenez-vous seul vos rendez-vous chez les professionnels de santé ?

- Oui, je les prends seul Non, j'ai besoin d'être aidé

Si non, par qui vous faites-vous aider ?

7. Avez-vous besoin d'être accompagné lors de vos rendez-vous ?

- Oui, j'ai besoin d'être accompagné Non, je n'ai pas besoin d'être accompagné

Si oui, par qui vous faites-vous accompagné ?

Et pourquoi ?

8. Pensez-vous avoir une meilleure prise en charge lorsque vous êtes accompagnés (membre de la famille, professionnel, ...)

- Oui
 Non, pourquoi ?

9. Comment vous déplacez-vous entre votre domicile et le cabinet du professionnel de santé ?

- A pied / en fauteuil Ambulance
 Transport en commun Votre véhicule
 Transport adapté (ex : Andigo) Autre :

10. Quels problèmes d'accessibilité avez-vous déjà rencontré en milieu libéral, Hôpital, Clinique ?

(Exemple : escalier, entrée, salle d'examen, matériel, ...)

Accueil :

1. Etes-vous satisfait de l'accueil chez les professionnels de santé ?

- Oui, je suis satisfait
 Non, je ne suis pas satisfait. Pourquoi et chez quel type de professionnel de santé ?

2. Comment évaluez-vous en général la prise en charge chez les professionnels de santé libéraux ?



3. Selon vous, que faudrait-il améliorer ?

- Le temps consacré L'adaptation du discours du praticien
 La connaissance du handicap Autre :
- L'adaptation du matériel

4. Comment évaluez-vous en général la prise en charge chez les professionnels de santé en milieu hospitalier ?



5. Selon vous, que faudrait-il améliorer ?

- Le temps consacré L'adaptation du discours du praticien
 La connaissance du handicap Autre :
- L'adaptation du matériel

6. Comment évaluez-vous votre dernier séjour en milieu hospitalier ? (Prise en charge par l'équipe soignante)



7. Selon vous, que faudrait-il améliorer ?

- La prise en compte des besoins spécifiques (alimentation, matériels, toilette, ...)
 La connaissance du handicap
 Autre :

Parcours de soins :

1. Avez-vous un médecin référent ?

- Oui, j'ai un médecin référent
 Non, je n'ai pas de médecin référent
Si non, pourquoi ?

2. Pensez-vous avoir la maîtrise de votre parcours de santé ?

- Oui
 Non
Si non, pourquoi ?

3. Votre suivi chez les différents spécialistes est-il régulier en fonction de vos besoins (dentiste, ophtalmologue, neurologue, ...) ?

4. A quelle fréquence estimez-vous la nécessité de vous rendre chez un spécialiste :

Dentiste :	1	3	6	12	Mois
Gynécologue :	1	3	6	12	Mois
Ophtalmologue :	1	3	6	12	Mois
Neurologue :	1	3	6	12	Mois

Accès à la e-santé :

1. Avez-vous accès à un ordinateur, une tablette et/ou un smartphone avec une connexion internet ?

Oui, j'ai accès Non, je n'ai pas accès

2. Utilisez-vous le site internet de la sécurité sociale « Améli.fr » ? Oui Non

3. Connaissez-vous le Dossier Médical Partagé (DMP) ? Oui Non

4. Si oui, êtes-vous inscrit au DMP ? Oui Non

5. Utilisez-vous internet pour prendre des rendez-vous médicaux ? Oui Non

6. Connaissez-vous la téléconsultation (consultation médicale à distance avec un professionnel de santé dans un endroit dédié) ? Oui Non

7. Avez-vous déjà eu des rendez-vous en téléconsultation ? Oui Non

8. Souhaiteriez-vous pratiquer la téléconsultation ? Oui Non

Si non, pourquoi ?

Partagez-nous une de vos expériences :

Souhaitez-vous participer à des groupes d'échanges ? Oui Non

Souhaitez-vous recevoir le résultat de l'enquête ? Oui Non

Si oui, merci d'indiquer vos coordonnées ci-dessous :

NOM : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone :  

E-mail :

Nous vous remercions d'avoir complété ce questionnaire. Veuillez l'envoyer par voie postale ou par e-mail avant le 15 mars 2021 aux coordonnées ci-dessous :

APF France handicap – Délégation de l'Aisne

9, rue de Crimée 02100 SAINT-QUENTIN

Tél. 03.23.64.33.81 – email : dd.02@apf.asso.fr

(Ce questionnaire est également disponible en ligne)

Ils nous accompagnent :