



## Cap sur ma santé en milieu rural !

*Compréhension, Accessibilité et Enjeux numériques du parcours de santé des personnes en situation de handicap*

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 :**
- |   |   |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Moins de 18 ans | <input type="checkbox"/> Entre 63 et 80 ans |
| <input type="checkbox"/> Entre 18 et 30 ans         | <input type="checkbox"/> Plus de 80 ans     |
| <input type="checkbox"/> Entre 31 et 62 ans         |   |
- 3. Vous vivez :**
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> En milieu rural | <input type="checkbox"/> 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)**
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Moteur                          | <input type="checkbox"/> Polyhandicap              |
| <input type="checkbox"/> Psychique                       | <input type="checkbox"/> Cognitif                  |
| <input type="checkbox"/> Auditif                         | <input type="checkbox"/> Maladies invalidantes     |
| <input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme | <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle |
| <input type="checkbox"/> Visuel                          |  |

#### **Accès aux soins :**

---

- 1. Selon vous, auriez-vous besoin d'être aidé dans vos démarches liées à la santé ?**
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Oui, j'en aurai besoin | <input type="checkbox"/> Non, je n'en ai pas besoin |
|---|---|
- 2. Avez-vous déjà rencontré une difficulté dans la recherche d'un professionnel de santé ?**
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Non, j'ai pu effectuer mes soins       | <input type="checkbox"/> Oui, j'ai abandonné ma recherche |
| <input type="checkbox"/> 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 (télé médecine)
- 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 : .....
- Véhicule Sanitaire Léger (VSL)

**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
- La connaissance du handicap
- L'adaptation du matériel
- L'adaptation du discours du praticien
- Autre : .....

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
- La connaissance du handicap
- L'adaptation du matériel
- L'adaptation du discours du praticien
- Autre : .....

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](mailto:dd.02@apf.asso.fr)

(Ce questionnaire est également disponible en ligne)

Ils nous accompagnent :

