





Ce questionnaire fait **4 pages**. Selon votre parcours de soin, vous serez redirigé(e) vers les questions vous concernant. Sauf indication contraire, toutes les questions qui vous concernent sont **obligatoires**.

Les réponses suivies du symbole  renvoient à des **questions flashes**, qui sont des questions temporaires d'actualité qui sont **facultatives**. Elles se trouvent à la suite et sont marquées du même symbole .

Les réponses précédées du symbole  indiquent la présence de **sous-questions** pour détailler cette information. Elles se trouvent à la suite et sont marquées du symbole .

Les réponses suivies du symbole sont à **choix unique**, celles précédées du symbole sont à **choix multiple**.

Ce questionnaire est **évolutif**. Afin de vous assurer de disposer de la dernière version, rendez-vous sur handifaction.fr.

Avez-vous eu besoin de soins médicaux et paramédicaux ?

- Oui, j'en ai eu besoin Non, je n'en ai pas eu besoin

Avez-vous rencontré un problème dans votre recherche de soins ?

- Non, j'ai pu effectuer mes soins Oui, j'ai subi un refus de soin Oui, j'ai abandonné ma recherche


 Allez au bloc N°3 de couleur bleue

 Allez au bloc N°1 de couleur orange

 Allez au bloc N°2 de couleur rouge

N°1 Si vous avez subi un refus de soin - partie 1/2

Dans quel lieu de soin avez-vous subi ce refus ?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> En ville, généraliste | <input type="radio"/> À l'hôpital : Aux urgences | <input type="radio"/> À domicile : Soins médicaux |
| <input type="radio"/> En ville, spécialiste  | <input type="radio"/> À l'hôpital : Dans les services | <input type="radio"/> À domicile : Soins d'accompagnement |
| <input type="radio"/> En ville, en pharmacie | <input type="radio"/> En hospitalisation à domicile | <input type="radio"/> En établissement social et médico-social |
| <input type="radio"/> En maison de santé de proximité | <input type="radio"/> En soin à distance | |

QUESTION FLASH (facultative) : Quelle est la spécialité du soignant qui vous a refusé ?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> Cancérologie (soins du cancer) | <input type="radio"/> Kinésithérapie (soins de rééducation) | <input type="radio"/> Orthopédie (soins des os) |
| <input type="radio"/> Cardiologie (soins du cœur) | <input type="radio"/> Odontologie (soins des dents) | <input type="radio"/> Psychiatrie ou psychologie |
| <input type="radio"/> Dermatologie (soins de la peau) | <input type="radio"/> Ophtalmologie (soins des yeux) | <input type="radio"/> Rhumatologie (soins des douleurs) |
| <input type="radio"/> Gynécologie (soins des organes génitaux) | <input type="radio"/> ORL (soins de l'audition) | <input type="radio"/> Urologie (soins urinaires) |
| | <input type="radio"/> Orthophonie (soins de la parole) | <input type="radio"/> Autre |

Quel a été le motif de ce refus ?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Le lieu n'était pas accessible | <input type="radio"/> Le délai d'attente dépassait 6 mois |
| <input type="radio"/> Je n'avais pas assez d'argent | <input type="radio"/> Le lieu était fermé |
| <input type="radio"/> On n'a pas voulu de moi | <input type="radio"/> Je ne sais pas |

Avez-vous abandonné vos soins ?

- Oui, j'ai abandonné mes soins Non, je suis allé dans un autre service Non, je cherche un autre lieu de soin 

 Allez au bloc N°2 rouge

 Allez au bloc N°3 bleu

N° 1 ➔ Si vous avez subi un refus de soin – partie 2/2

➔ Si vous cherchez un autre lieu de soin, vers quel autre lieu de soin allez-vous vous orienter ?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> En ville, généraliste | <input type="radio"/> À l'hôpital : Aux urgences | <input type="radio"/> À domicile : Soins médicaux |
| <input type="radio"/> En ville, spécialiste | <input type="radio"/> À l'hôpital : Dans les services | <input type="radio"/> À domicile : Soins d'accompagnement |
| <input type="radio"/> En ville, en pharmacie | <input type="radio"/> En hospitalisation à domicile | <input type="radio"/> En établissement social et médico-social |
| <input type="radio"/> En maison de santé de proximité | <input type="radio"/> En soin à distance | |

➔ Si vous cherchez un autre lieu de soin, quel(s) type(s) de soins recherchez-vous ?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Soins urgents | <input type="checkbox"/> Soins des dents | <input type="checkbox"/> Soins quotidiens de vie et d'hygiène |
| <input type="checkbox"/> Soins habituels | <input type="checkbox"/> Soins des yeux | <input type="checkbox"/> Soins psychologiques ou psychiatriques |
| <input type="checkbox"/> Soins pour une maladie connue | <input type="checkbox"/> Soins pour maladies d'autres parties du corps | <input type="checkbox"/> Renouvellement d'ordonnance ou autre dossier administratif |
| <input type="checkbox"/> Soins pour une nouvelle maladie | <input type="checkbox"/> Soins liés au handicap | <input type="checkbox"/> Soins liés à la Covid-19 |
| <input type="checkbox"/> Accident | <input type="checkbox"/> Rééducation | <input type="checkbox"/> Vaccination contre la Covid-19 |

N° 2 ➔ Si vous avez abandonné votre recherche de soins ou abandonné vos soins suite à un refus

Pour quelle raison avez-vous abandonné vos soins ?

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Je n'ai plus envie de me soigner car c'est trop difficile | <input type="radio"/> Mon accompagnant n'est pas disponible pour m'accompagner |
| <input type="radio"/> Je n'ai pas trouvé de soignant qui m'accepte | <input type="radio"/> Je n'ai pas trouvé de moyen de transport |
| <input type="radio"/> Je ne savais pas où me rendre pour me faire soigner dans ma ville | <input type="radio"/> Je n'ai pas d'argent pour payer mon transport |
| <input type="radio"/> Je n'ai pas trouvé de personne pour m'accompagner | |

Quel(s) type(s) de soins avez-vous abandonné ?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Soins urgents | <input type="checkbox"/> Soins des dents | <input type="checkbox"/> Soins quotidiens de vie et d'hygiène |
| <input type="checkbox"/> Soins habituels | <input type="checkbox"/> Soins des yeux | <input type="checkbox"/> Soins psychologiques ou psychiatriques |
| <input type="checkbox"/> Soins pour une maladie connue | <input type="checkbox"/> Soins pour maladies d'autres parties du corps | <input type="checkbox"/> Renouvellement d'ordonnance ou autre dossier administratif |
| <input type="checkbox"/> Soins pour une nouvelle maladie | <input type="checkbox"/> Soins liés au handicap | <input type="checkbox"/> Soins liés à la Covid-19 |
| <input type="checkbox"/> Accident | <input type="checkbox"/> Rééducation | <input type="checkbox"/> Vaccination contre la Covid-19 |

N° 3 ➔ Si vous avez pu effectuer vos soins – partie 1/2

Dans quel lieu de soin avez-vous effectué vos soins ?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> En ville, généraliste | <input type="radio"/> À l'hôpital : Aux urgences ⬇ | <input type="radio"/> À domicile : Soins médicaux |
| <input checked="" type="radio"/> En ville, spécialiste 🗨 | <input type="radio"/> À l'hôpital : Dans les services ⬇ | <input type="radio"/> À domicile : Soins d'accompagnement |
| <input type="radio"/> En ville, en pharmacie | <input type="radio"/> En hospitalisation à domicile | <input type="radio"/> En établissement social et médico-social |
| <input type="radio"/> En maison de santé de proximité | | |

+ QUESTION FLASH (facultative) : Quelle est la spécialité du soignant que vous avez consulté ?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> Cancérologie (soins du cancer) | <input type="radio"/> Kinésithérapie (soins de rééducation) | <input type="radio"/> Orthopédie (soins des os) |
| <input type="radio"/> Cardiologie (soins du cœur) | <input type="radio"/> Odontologie (soins des dents) | <input type="radio"/> Psychiatrie ou psychologie |
| <input type="radio"/> Dermatologie (soins de la peau) | <input type="radio"/> Ophtalmologie (soins des yeux) | <input type="radio"/> Rhumatologie (soins des douleurs) |
| <input type="radio"/> Gynécologie (soins des organes génitaux) | <input type="radio"/> ORL (soins de l'audition) | <input type="radio"/> Urologie (soins urinaires) |
| | <input type="radio"/> Orthophonie (soins de la parole) | <input type="radio"/> Autre |

➔ Si vous vous êtes fait(e) soigné(e) à l'hôpital, par quel(s) service(s) êtes-vous passé(e) ?

- Les urgences Les services hospitaliers Les deux

➔ Si vous vous êtes fait(e) soigné(e) à l'hôpital, pour quelle raison vous êtes-vous rendu(e) à l'hôpital ?

- Pour une consultation, un examen et/ou un traitement Pour une hospitalisation

➔ Si vous vous êtes fait(e) soigné(e) à l'hôpital, aux urgences, selon vous, avez-vous bien été soigné(e) ?

- Pas du tout satisfait(e) 0 1 2 3 Très satisfait(e)

➔ Si vous vous êtes fait(e) soigné(e) à l'hôpital, dans les services, selon vous, avez-vous bien été soigné(e) ?

- Pas du tout satisfait(e) 0 1 2 3 Très satisfait(e)

➔ Si vous vous êtes fait(e) soigné(e) à l'hôpital, Combien de temps avez-vous attendu ?

- Je n'ai pas attendu 3 heures Plus de 10 heures
 Une demi-heure 6 heures
 1 heure 10 heures

De quel(s) type(s) de soins avez-vous eu besoin ?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Soins urgents | <input type="checkbox"/> Soins des dents | <input type="checkbox"/> Soins quotidiens de vie et d'hygiène |
| <input type="checkbox"/> Soins habituels | <input type="checkbox"/> Soins des yeux | <input type="checkbox"/> Soins psychologiques ou psychiatriques |
| <input type="checkbox"/> Soins pour une maladie connue | <input type="checkbox"/> Soins pour maladies d'autres parties du corps | <input type="checkbox"/> Renouvellement d'ordonnance ou autre dossier administratif |
| <input type="checkbox"/> Soins pour une nouvelle maladie | <input type="checkbox"/> Soins liés au handicap | <input type="checkbox"/> Soins liés à la Covid-19 |
| <input type="checkbox"/> Accident | <input type="checkbox"/> Rééducation | <input type="checkbox"/> Vaccination contre la Covid-19 |

Avez-vous été satisfait(e) de l'accueil ?

- Pas du tout satisfait(e) 0 1 2 3 Très satisfait(e)

Avez-vous été satisfait(e) des soins ?

- Pas du tout satisfait(e) 0 1 2 3 Très satisfait(e)

Avez-vous besoin d'être accompagné(e) ?

- Oui, j'en ai besoin ⬇️ Non, je n'en ai pas besoin

➔ Si vous avez besoin d'être accompagné(e), l'accompagnant(e) de votre choix a-t-il/elle été accepté(e) ?

- Oui, il l'a été Non, il ne l'a pas été

➔ Si vous avez besoin d'être accompagné(e), qui a été votre accompagnement ?

- Un membre de ma famille Un de mes amis Un professionnel du soin

Avez-vous posé des questions ?

- Oui, j'en ai posé ⬇️ Non, je n'en ai pas posé

➔ Si vous avez posé des questions, avez-vous obtenu les réponses à vos questions ?

- Oui, je les ai obtenues Oui, mais je n'ai pas compris la réponse Non, je ne les ai pas obtenues

A-t-on tenu compte de la douleur ?

- Oui, on en a tenu compte Non, on n'en a pas tenu compte Je ne suis pas concerné(e)

Selon vous, avez-vous bien été soigné(e) ?

- Pas du tout satisfait(e) 0 1 2 3 Très satisfait(e)

Vous vivez :

- Je vis en établissement médico-social Je vis en milieu ordinaire, dans ma famille
 Je vis en milieu ordinaire, avec un accompagnement médico-social Je vis en milieu ordinaire, seul

Vous êtes :

- Un homme Une femme

Vous avez :

- Moins de 10 ans Entre 19 et 45 ans Entre 66 et 80 ans
 Entre 11 et 18 ans Entre 46 et 65 ans Plus de 81 ans

Quel est votre handicap ?

- Moteur Cognitif Trouble du spectre de l'autisme
 Auditif Déficience intellectuelle Polyhandicap
 Visuel Psychique Maladies invalidantes

Avez-vous un médecin traitant ?

- Oui, j'ai un médecin traitant Non, je n'en ai pas

QUESTION FLASH (facultative) : **Connaissez-vous "Mon Espace Santé" ?**

- Oui, je sais ce que c'est Non, je ne sais pas ce que c'est

Si vous connaissez "Mon Espace Santé", l'avez-vous ouvert ?

- Oui, je l'ai ouvert Non, je ne l'ai pas ouvert

Êtes-vous un répondant régulier au questionnaire ?

- Oui, j'y réponds régulièrement Non, j'y réponds pour la première fois

Où habitez-vous ?

Pays | | Département (en chiffres) | _ _ _ |

- Dans une ville Autour d'une ville Loin d'une ville (à plus de 50 kilomètres), en campagne

Si vous avez pu effectuer vos soins, où avez-vous été soigné(e) ?

Pays | | Département (en chiffres) | _ _ _ |

Avez-vous ressenti des progrès dans votre accès aux soins ?

Aucun progrès 0 1 2 3 Beaucoup de progrès

Ce questionnaire est-il rempli par une autre personne ?

- Oui, on répond à ce questionnaire à ma place Non, je réponds pour moi-même

J'accepte l'utilisation de mes réponses dans le cadre des activités de de la CRAMIF et de l'Assurance Maladie, précisées dans la politique de confidentialité (consultable sur notre site internet).

Veuillez adresser vos réponses à l'adresse suivante :

Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile-de-France
Direction de l'action sanitaire et sociale et du handicap
Département HandiAction
17-19 avenue de Flandre
75954 PARIS CEDEX 19