



Accès à la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap en Bretagne

Ce questionnaire est à destination des personnes concernées.

Nous vous invitons à compléter ce questionnaire qui permettra de faire un état des lieux de la prise en charge bucco-dentaire des personnes en situation de handicap en Bretagne.

Pour toute question : contact@breizh-sante-handicap.fr

Merci de votre participation.

QUI REpond A L'ENQUETE ?

- ☐ Vous-même de façon autonome.
- ☐ Vous- même avec de l'aide (vous dictez vos réponses à quelqu'un).
- ☐ Un aidant familial et la personne dont vous vous occupez n'est pas en capacité de donner une réponse fiable.

Merci de préciser votre lien avec la personne concernée :

.....

- ☐ Un aidant professionnel (vous donnez des informations sur la personne aidée).

Merci de préciser votre profession :

.....

- ☐ Autre : préciser

.....

INFORMATIONS GENERALES

1. Age :

- ☐ 0- 10 ans
- ☐ 11- 20 ans
- ☐ 21- 40 ans
- ☐ 41- 60 ans
- ☐ 61- 80 ans
- ☐ Plus de 80 ans

2. Sexe :

- ☐ Féminin
- ☐ Masculin

3. Lieu de résidence :

- ☐ Logement individuel, seul
- ☐ Logement individuel, dans ma famille
- ☐ Milieu ordinaire avec un accompagnement médico-social (SAMSAH, SESSAD...)
- ☐ Etablissement médico-social
- ☐ Autre

Si établissement médico-social, préciser :

.....

.....

4. Commune de résidence :

.....

5. Par quel(s) type(s) de handicap(s) êtes-vous concerné ?

- ☐ Moteur
- ☐ Auditif
- ☐ Visuel*Cognitif
- ☐ Psychique
- ☐ Intellectuel
- ☐ Troubles du Spectre Autistique (TSA)
- ☐ Maladies invalidantes
- ☐ Autre(s)

➤ Si « Autre handicap », préciser :

.....

.....

.....

HABITUDES D'HYGIENE DENTAIRE

6. Est-ce que vous vous brossez les dents ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

➤ Si oui, à quelle fréquence ?

- ☐ 2 fois par jour minimum
- ☐ Une fois par jour
- ☐ Une fois par semaine
- ☐ Autre

7. Comment s'effectue votre hygiène bucco-dentaire (brossage, bains de bouche, fil dentaire ...) ?

- ☐ Seul (e)
- ☐ Avec l'aide d'une tierce personne
- ☐ Totalement réalisée par une tierce personne
- ☐ Autre

8. Rencontrez-vous des difficultés pour votre hygiène bucco-dentaire ?

- ☐ Pas du tout de difficulté
- ☐ Un peu difficile
- ☐ Difficile
- ☐ Très difficile

➤ *Si oui, à quel niveau ?*

- ☐ Ouverture de bouche limitée
- ☐ Douleurs
- ☐ Mouvements involontaires
- ☐ Matériel non adapté
- ☐ Autre

SUIVI DENTAIRE

9. Consultez-vous un chirurgien-dentiste ?

- ☐ Oui, régulièrement (une à plusieurs fois par an)
- ☐ Oui, de temps en temps (tous les 2 ou 3 ans)
- ☐ Oui, rarement (+ 3 ans)
- ☐ Non o
- ☐ Ne sais pas
- ☐

Vous n'êtes pas suivi par un chirurgien-dentiste

10. Pour quelle raison ? (plusieurs possibilités)

- ☐ Vous estimez ne pas en avoir besoin.
- ☐ Vous avez peur des soins dentaires.
- ☐ Vous craignez que les soins dentaires ne soient pas adaptés à votre situation.
- ☐ Vous n'avez pas trouvé de professionnel pour effectuer ce suivi.
- ☐ Pour des raisons financières
- ☐ Problème de mobilité
- ☐ Pas de personne pour m'accompagner
- ☐ Autre

11. Si vous n'avez pas trouvé de professionnel pour effectuer ce suivi, pourquoi ? Plusieurs réponses possibles

- ☐ Pas de cabinet à proximité de mon lieu de vie
- ☐ Refus de prise en charge par le professionnel
- ☐ Cabinets non accessibles
- ☐ Matériel / équipement inadapté
- ☐ Autre

Vous êtes suivi par un chirurgien-

12. Où se déroule ce suivi ?

- ☐ Dans un cabinet de ville
- ☐ Dans un établissement de santé (hôpital, clinique ...)
- ☐ A la faculté dentaire
- ☐ Autre

13. Comment vous y rendez-vous ?

- ☐ A pied
- ☐ En voiture
- ☐ En transport en commun
- ☐ Par service de transport adapté (type HANDISTAR, ACCEMO ...)
- ☐ Par Véhicule Sanitaire Léger (VSL)
- ☐ Autre

14. Quelle est la distance pour vous y rendre ?

- ☐ Moins de 10 kms
- ☐ De 10 à 20 kms
- ☐ De 20 à 50 kms
- ☐ Plus de 50 kms
- ☐ Autre

15. Des adaptations sont-elles nécessaires pour votre prise en charge chez le dentiste ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

➤ *Si oui, à quel niveau ?*

- ☐ Préparation de la consultation (visite blanche)
- ☐ Matériel/ équipement
- ☐ Soins réalisés sous sédation consciente (hypnose, MEOPA ...)
- ☐ Soins réalisés sous anesthésie générale
- ☐ Présence nécessaire d'une tierce personne (aide au transfert, aide au positionnement lors de l'examen)
- ☐ Autre

16. Lors des consultations, rencontrez-vous des difficultés ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

➤ *Si oui, à quel niveau ?*

- ☐ La communication
- ☐ Les transferts
- ☐ Le positionnement sur le siège d'examen
- ☐ LA durée de l'examen
- ☐ LA durée de consultation
- ☐ L'accompagnement nécessaire par un tiers
- ☐ L'accessibilité au lieu de consultation
- ☐ Autre

17. Etes- vous satisfait de l'accueil ?

- ☐ Très satisfait
- ☐ Satisfait
- ☐ Peu satisfait
- ☐ Pas du tout satisfait

➤ **Si vous n'êtes peu ou pas satisfait, pourquoi ?**

.....

.....

.....

18. Etes-vous satisfait du suivi et des soins ?

- ☐ Très satisfait
- ☐ Satisfait
- ☐ Peu satisfait
- ☐ Pas du tout satisfait

➤ **Si vous n'êtes peu ou pas satisfait, pourquoi ?**

.....

.....

Examens bucco-dentaires

19. Avez-vous eu besoin des examens suivants ?

- ☐ Soins dentaires, extraction ...
- ☐ Pose de prothèses dentaires (couronnes, dentier ...)
- ☐ Soins d'orthodontie (appareil pour aligner les dents)
- ☐ Radiographie panoramique (radio de toutes les dents)
- ☐ Scanner ou autres examens d'imagerie dentaire
- ☐ Autre

20. Avez-vous rencontré des difficultés pour réaliser certains de ces actes ?

- ☐ Soins dentaires, extraction ...
- ☐ Pose de prothèses dentaires (couronnes, dentier ...)
- ☐ Soins d'orthodontie (appareil pour aligner les dents)
- ☐ Radiographie panoramique (radio de toutes les dents)
- ☐ Scanner ou autres examens d'imagerie dentaire
- ☐ Autre

21. Pour quelles raisons avez-vous rencontré ces difficultés ?

- ☐ Difficulté à trouver un professionnel
- ☐ Difficulté d'accès aux locaux du professionnel (d'ordre architectural)
- ☐ Difficulté d'accès au soin (positionnement, ouverture de la bouche, mouvements involontaires...)
- ☐ Refus de soin de la part du professionnel
- ☐ Difficulté de mobilité
- ☐ Difficulté financière
- ☐ Autre

22. De quoi auriez-vous besoin pour améliorer votre accès aux soins dentaires ?

- ☐ Informations/ Fiches de prévention sur l'hygiène bucco-dentaire
- ☐ Formations / Education Thérapeutique sur l'apprentissage des gestes d'hygiène bucco-dentaire
- ☐ Possibilité d'un accompagnement personnalisé (avant, pendant et après une consultation)
- ☐ Liste des professionnels / structures ressources
- ☐ Autre

23. Y-a-t-il d'autres domaines de soins pour lesquels vous rencontrez des difficultés liées à votre handicap ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

➤ *Si oui, préciser :*

- ☐ Médecine générale
- ☐ Gynécologie
- ☐ Dermatologie
- ☐ Ophtalmologie
- ☐ Radiologie (autre que dentaire)
- ☐ Autre :

.....

COMMENTAIRES

Avez-vous quelque chose à ajouter ?

.....

.....

.....

Merci de votre participation.

Vous pouvez nous indiquer votre adresse mail si vous souhaitez être destinataire des résultats de cette enquête :

.....