

Santé Orale et Handicap

Ce questionnaire, à destination des établissements hébergeant des personnes en situation de handicap, a pour objectif de réaliser un état des lieux des pratiques professionnelles concernant le suivi bucco-dentaire des résidents.

Merci de votre participation.

* Indique une question obligatoire

1. Adresse e-mail *

INFORMATIONS GENERALES SUR L'ETABLISSEMENT

2. Typologie de l'ESMS : *

Plusieurs réponses possibles.

IME

FAM

MAS

ESAT-SAESAT

Autre : _____

3. Catégorie d'âge des personnes accueillies : *

Plusieurs réponses possibles.

0-6 ans

6-12 ans

12-18 ans

Adultes

Personnes âgées

4. **Type d'accueil : ***

Plusieurs réponses possibles.

- Internat
- Semi-internat
- Externat
- Accueil temporaire

5. **Nombre de places : ***

6. **Type(s) de handicap des personnes accueillies : ***

Plusieurs réponses possibles.

- Handicap auditif
- Handicap cognitif
- Handicap moteur
- Handicap psychique
- Handicap visuel
- Polyhandicap
- Trouble du développement intellectuel (TDI)
- Trouble du neuro-développement
- Autre : _____

LA SANTE BUCCO-DENTAIRE AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT

1. Organisation des soins dentaires dans votre structure

7. **Avez-vous des professionnels de santé présents dans votre structure ? ***

Plusieurs réponses possibles.

- Médecin
- Cadre de santé
- Cadre éducatif
- Infirmier
- Educateur
- AS et AMP
- Aucun professionnel de santé
- Autre : _____

8. **Avez-vous un ou plusieurs référent(s) bucco-dentaire(s) au sein de votre établissement ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Ne sait pas

9. **Si oui, de quel(s) professionnel(s) s'agit-il ?**

Plusieurs réponses possibles.

- Directeur de l'établissement
- Médecin
- Cadre de santé
- Cadre éducatif
- Infirmier
- Educateur
- AS et AMP
- Autre : _____

10. **Des professionnels de votre établissement ont-ils reçu une formation spécifique à l'hygiène bucco-dentaire (hors formation initiale)?** *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Ne sait pas

11. **La santé-bucco-dentaire est-elle inscrite dans le projet d'établissement de votre structure ?** *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

12. **Existe t-il des procédures/protocoles de soins relatifs à la santé bucco-dentaire au sein de votre établissement ?** *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Ne sait pas

13. **Votre structure a-t-elle mis en place un partenariat effectif avec un centre de soin dentaire ?** *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Ne sait pas

14. Si oui, précisez avec qui :

15. **Avez-vous mis en place des séances de dépistage dentaire ? ***

Une seule réponse possible.

Oui

Non

16. Si oui, comment sont-elles organisées (fréquence, protocole) ?

17. **Y a-t-il un fauteuil dentaire au sein de votre établissement ? ***

Une seule réponse possible.

Oui

Non

18. Si oui, quelle utilisation en faites-vous ?

Plusieurs réponses possibles.

- Séance d'habituatation
- Dépistage
- Soins
- Autre : _____

19. **Adressez-vous de façon préférentielle vos résidents à certains chirurgiens-libéraux libéraux?** *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

20. Si oui, à quel rythme interviennent-ils ?

Plusieurs réponses possibles.

- Régulièrement dans le cadre d'un suivi planifié
- Ponctuellement, en cas de nécessité

21. Précisez les noms des chirurgiens-dentistes :

22. **Existe-t-il un partenariat avec un ou plusieurs établissement(s) sanitaire(s) ? ***

Une seule réponse possible.

Oui

Non

Autre : _____

23. Si oui, précisez le(s) nom(s) :

24. **Qui organise la prise de rendez-vous ? ***

Plusieurs réponses possibles.

L' établissement

La famille/le tuteur/ l'aidant familial

Autre : _____

25. **Quel est le délai moyen pour obtenir un rendez-vous ? ***

Une seule réponse possible.

Moins de 15 jours

De 15 jours à 1 mois

De 1 mois à 3 mois

Plus de 3 mois

26. Si délai supérieur à 1 mois, précisez les raisons qui, selon vous, expliqueraient ce délai ?

Une seule réponse possible.

- Pas de personnel pour accompagner le résident au rendez-vous
- Peu de chirurgiens-dentistes formés au handicap
- Cabinet dentaire peu équipé pour accueillir les personnes en situation de handicap
- Autre : _____

2. Organisation du suivi et de l'hygiène bucco-dentaire dans votre établissement

27. **Le nom du chirurgien-dentiste traitant est-il demandé lors de l'arrivée d'un résident ?** *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Ne sait pas

28. **Le suivi bucco-dentaire est-il inscrit dans chaque dossier médical ?** *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Ne sait pas

29. Si oui, précisez les éléments inscrits :

Plusieurs réponses possibles.

- La fréquence des rendez-vous
- Les soins réalisés
- Les compte-rendus et courriers
- Les besoins en soins
- La date du prochain rendez-vous
- Autre : _____

30. **Des séances d'habituations aux soins sont-elles mises en place par votre établissement ?** *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

31. Si oui, comment et par qui sont-elles organisées ?

32. **L'établissement assure-t-il l'accompagnement au cabinet dentaire ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

33. Si non, qui accompagne le résident au cabinet ?

34. **A quels moments de la journée le brossage des dents est-il effectué dans votre établissement pour les personnes dépendantes?** *

35. **Le schéma dentaire du patient est-il connu du personnel (dent saine, prothèse fixe, prothèse mobile, implant en bouche,...) ?** *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

36. **Des protocoles de brossage adaptés au schéma dentaire sont-ils mis en place pour chaque usager ?**

Une seule réponse possible.

Oui

Non

37. Si oui, ces protocoles sont-ils facilement accessibles par le personnel ?

Une seule réponse possible.

Oui

Non

38. **Si le patient n'est pas autonome, qui assure le brossage des dents ? ***

Plusieurs réponses possibles.

Le personnel

La famille

Autre : _____

39. **Des ateliers de sensibilisation à l'hygiène dentaire sont-ils parfois organisés au sein de votre structure ? ***

Une seule réponse possible.

Oui

Non

40. Si oui, pour qui :

Plusieurs réponses possibles.

les usagers

les aidants familiaux

les professionnels

Autre : _____

41. Qui anime ces ateliers de sensibilisation (professionnel de votre établissement, association, organisme de formation,...) ?

42. **Des ateliers de technique du brossage sont-ils parfois organisés ? ***

Une seule réponse possible.

Oui

Non

43. Si oui, pour qui :

Plusieurs réponses possibles.

les résidents/ usagers

les aidants familiaux

Autre : _____

44. Qui anime ces ateliers de brossage (professionnel de votre établissement, association, organisme de formation,...) ?

3. Organisation de la santé bucco-dentaire de vos usagers

45. **Rencontrez-vous des difficultés pour organiser la prise en charge en soins buccodentaires de vos usagers ?** *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

46. Si oui, quelles sont, selon votre expérience, les principales difficultés d'accès ?

Plusieurs réponses possibles.

- Manque de chirurgiens-dentistes sur votre territoire
- Manque de formation au handicap des chirurgiens-dentistes
- Locaux et matériel peu ou pas adaptés à une prise en soins adaptée
- Difficulté de collaboration des personnes en situation de handicap
- Troubles de la communication
- Difficultés pour déplacer les usagers en dehors de l'établissement
- Manque de temps pour l'établissement pour organiser cette prise en soins
- Manque de participation des proches aidants
- Autre : _____

47. **Parmi les 4 volets suivants, quelle priorité identifiez-vous pour optimiser la santé bucco-dentaire des usagers accueillis dans votre établissement ?** *

Une seule réponse possible.

- Prévention
- Soins dentaires
- Formation du personnel
- Amélioration des pratiques en hygiène

48. **Avez-vous quelque chose à ajouter ?**

Merci pour votre participation.

Si vous souhaitez compléter le formulaire en format papier, merci de renvoyer ce dernier par mail à l'adresse suivante : contact@breizh-sante-handicap.fr

Ou par courrier à l'adresse suivante :

Association Breizh Handicap
54 rue Saint-Hélier
35000 RENNES