

1. Qui répond à cette enquête ? *Cocher une seule réponse*

- Vous-même seul(e)
- Vous-même avec aide (vous dictez vos réponses à quelqu'un car vous n'êtes pas en mesure de les inscrire seul).
- Vous êtes un aidant familial et répondez pour la personne dont vous vous occupez, qui n'est pas en capacité de donner une réponse fiable.  
 Merci de préciser votre lien avec la personne concernée : .....
- Vous êtes un aidant professionnel et répondez pour la personne dont vous vous occupez (qui n'est pas en capacité de donner une réponse fiable).  
 Merci de préciser votre profession : .....

2. Age : .....

3. Sexe :  Masculin  Féminin

4. Dans quel environnement résidez-vous ?  En milieu rural  En ville  Autre, préciser : .....

5. Quel est votre lieu de résidence principal ?

- Domicile seul  Domicile avec conjoint  Domicile avec autre  Domicile parents
- Établissement, préciser : .....
- Autre, préciser : .....

6. Situation matrimoniale :  Célibataire  En couple/marié/pacsé  Autre, préciser : .....

7. Avec enfants :  Oui  Non *Si oui, indiquer le nombre et l'âge des enfants : .....*

8. Quel est votre niveau d'étude ?  BAC+2 et plus  BAC  Lycée  Collège  Autre.....

9. Exercez-vous une activité professionnelle ?  Oui  Non

*Si oui,*

- Dans quel milieu ?  Milieu ordinaire  ESAT(CAT) /Atelier protégé  Autre, préciser : .....
- Quel est votre temps de travail ?  Temps plein  Entre mi-temps et temps plein  Moins d'un mi-temps

10. Avez-vous une atteinte motrice des membres inférieurs ?  Oui  Non

- Si oui, préciser s'il s'agit d'une atteinte :*  Partielle d'un membre  Partielle des deux membres  
 Totale d'un membre  Totale des deux membres

11. Avez-vous une atteinte motrice des membres supérieurs ?  Oui  Non

- Si oui, préciser s'il s'agit d'une atteinte :*  Partielle d'un membre  Partielle des deux membres  
 Totale d'un membre  Totale des deux membres

12. Avez-vous une atteinte motrice du tronc ?  Oui  Non



13. Avez-vous une atteinte visuelle ?  Oui  Non

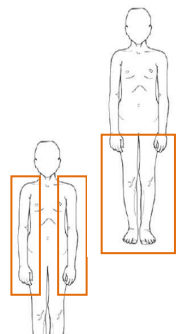
14. Avez-vous des troubles auditifs ?  Oui  Non

15. Avez-vous des troubles cognitifs ?  Oui  Non

16. Avez-vous des troubles autistiques ?  Oui  Non

17. Avez-vous des troubles psychiques ?  Oui  Non

18. Avez-vous d'autres troubles de santé ?  Oui  Non *Si oui, préciser .....*



**19. Quel est votre moyen de déplacement principal au quotidien ?** *Une seule réponse possible*

- Marche                       Canne simple                       Canne anglaises/béquilles                       Déambulateur/rollator  
 Fauteuil manuel                       Fauteuil électrique                       Fauteuil déplacé par une autre personne  
 Autre, préciser : .....

**20. Quel est votre moyen de transport pour les longues distances ?** *Plusieurs réponses possibles*

- Fauteuil électrique                       Transports en commun                       Transports adaptés TPMR  
 Conduite automobile                       Scooter /trporteur                       Autre, préciser : .....

**21. Par quel type de pathologie êtes-vous concerné(e) ?**

- Sclérose en plaques                       Myopathie                       Parkinson                       Accident vasculaire cérébral  
 Infirmité motrice cérébrale / Paralysie Cérébrale                       Polyhandicap                       Traumatisme crânien  
 Séquelles de poliomyélite                       Paraplégique                       Tétraplégique                       Amputation  
 Difficultés liées à l'âge                       Autre, préciser : .....

**22. Comment communiquez-vous ?** *Plusieurs réponses possibles*

- Je parle sans aucune difficulté                       Je parle avec des difficultés d'articulation  
 Je communique avec des aides techniques                       Je communique avec des expressions faciales ou des gestes  
 Autre, préciser : .....

**23. Vous arrive-t-il de faire des fausses routes ?**  Oui    Non    Ne sait pas

- ↳ *Si oui, à quelle fréquence :*    Tous les jours                       Au moins une fois par semaine  
 Au moins une fois par mois                       Moins d'une fois par mois

**24. Votre alimentation nécessite-t-elle des adaptations ?**  Oui    Non    Ne sait pas

- ↳ *Si oui, quelle adaptation ?*    Hachée (*viande hachée et légumes non transformés*)  
 Moulinée (*tous les aliments sont moulinés : texture purée*)  
 Lisse (*tous les aliments sont mixés : texture purée*)  
 Par sonde / gastrostomie  
 Autre, préciser : .....

**25. Est-ce que vous vous-brossez les dents ?**  Oui    Non

- ↳ *Si oui, à quelle fréquence :*    2 fois par jour, au minimum                       Une fois par jour  
 Plusieurs fois par semaine                       Une fois par semaine  
 Autre, préciser : .....

- ↳ *Si oui, avec quel type de brosse à dents :*    Brosse à dents standard                       Brosse à dents électrique

**26. Réalisez-vous d'autres soins d'hygiène bucco-dentaire ?**  Oui    Non

- ↳ *Si oui, avec quels supports ?*    Produit bain de bouche                       Fils et bossettes dentaires                       Gratte langue  
 Bâtonnet/ coton-tige                       Autre, préciser .....

- ↳ *Si oui, à quelle fréquence ?*    2 fois par jour, au minimum                       Une fois par jour  
 Plusieurs fois par semaine                       Une fois par semaine  
 Autre, préciser : .....

**27. Comment s'effectue votre hygiène bucco-dentaire (brossage de dents, autres soins) ?**

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

**28. Rencontrez-vous des difficultés pour votre hygiène bucco-dentaire ?**  Oui    Non

- ↳ *Si oui, à quel niveau : plusieurs réponses possibles*

- Ouverture de bouche limitée                       Douleurs  
 Mouvements involontaires                       Matériel non adapté  
 Autre (préciser:.....)

- ↳ *Si oui, avez-vous déjà bénéficié de conseils/ recommandations adaptés à ces difficultés ?*    Oui    Non

**29. Bénéficiez-vous d'un suivi dentaire ?**  Oui ( *passez directement à la question 32*)    Non

**SI NON Vous ne bénéficiez pas d'un suivi dentaire**

**30. Pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)**

- 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
- Autre (préciser : .....) )

**31. 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  Cabinets non accessible
- Matériel / équipement inadapté  Méconnaissance de mon handicap
- Autre, préciser : .....

*Passez à la question 44*

**SI OUI Vous bénéficiez d'un suivi dentaire**

**32. Où se déroule ce suivi ? Plusieurs réponses possibles**

- Dans un cabinet de ville  A l'hôpital
- Dans un établissement de santé  Autre (préciser : .....)

**33. A quelle fréquence ?**  1 fois par an  Plus d'une fois par an (préciser : .....)

Moins d'une fois par an (préciser : .....)

**34. Préciser la date de votre dernière consultation :** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**35. Des adaptations sont-elles nécessaires ?**  Oui  Non

↳ **Si oui, à quel niveau ? Plusieurs réponses possibles**

- Préparation de la consultation (visite blanche)  Matériel / équipement adapté
- Soins réalisés sous sédation consciente (par exemple : hypnose, masque de MEOPA...)
- Soins réalisés sous anesthésie générale
- Présence nécessaire d'une tierce personne (aide aux transferts, aide au positionnement lors de l'examen...)
- Autres (préciser : .....)

**36. Avez-vous besoin d'être accompagné ?**  Oui, j'en ai besoin  Non, je n'en ai pas besoin

**37. L'accompagnement de votre choix est-il accepté ?**  Oui  Non

**38. Lors des consultations, rencontrez-vous des difficultés ?**  Oui  Non

↳ **Si oui, dans quel(s) domaine(s) : plusieurs réponses possibles**

- La communication  Les transferts
- Le positionnement sur le siège d'examen  La durée de la consultation (trop courte,...)
- L'accompagnement nécessaire par un tiers  L'accessibilité du lieu de consultation
- Autres (préciser : .....)

**39. Lors des consultations, estimez-vous que votre douleur est prise en compte ?**  Oui  Non

↳ **Si oui, la prise en charge proposée est-elle adaptée ?**  Oui  Non

↳ **Si non, préciser pourquoi :** .....  
.....

**40. Lors des consultations, posez-vous des questions ?**  Oui  Non

↳ **Si oui, avez-vous obtenu les réponses à vos questions ?**  Oui  Non

↳ **Si oui, les réponses vous ont-elles semblé adaptées ?**  Oui  Non

**41. Etes-vous satisfait de l'accueil ?** *Très satisfait* 1  2  3  4  Pas du tout satisfait

**42. Etes-vous satisfait des soins ?** *Très satisfait* 1  2  3  4  Pas du tout satisfait

**43. Etes-vous satisfait de votre suivi dentaire ?** *Très satisfait* 1  2  3  4  Pas du tout satisfait

44. Si vous n'êtes pas satisfait de votre suivi, précisez pourquoi :

45. Avez-vous déjà bénéficié d'informations / de recommandations pour votre hygiène bucco-dentaire ?

Oui  Non  Ne sait pas

↳ Si oui, sous quelle forme ? Plusieurs réponses possibles

- Conseils lors d'une consultation  Fiche/plaquette d'information  
 Site internet (préciser : .....)  
 Autre (préciser:.....)

↳ Si oui, quelle était la thématique de ces recommandations ? Plusieurs réponses possibles

- Brossage de dents / hygiène bucco-dentaire  Suivi dentaire / consultation  
 Dépistage /pathologies (carie / gingivite/ parodontite...)  
 Autre (préciser:.....)

46. Avez-vous déjà bénéficié des examens suivants ?

- |  |                              |                              |                                      |
|--|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| ➤ Soins dentaires courants (soins de caries, détartrage, ...) :      | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| ➤ Soins chirurgicaux (extractions dentaires, ablation de kyste, ...) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| ➤ Soins d'orthodontie (appareil dentaire) :                          | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| ➤ Radiographie panoramique (radio de toutes les dents):              | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| ➤ Scanner ou autres examens d'imagerie                               | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| ➤ Soins de prothèse (couronne, dentier, ...)                         | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| ➤ Autres examens (préciser : .....)                                  |                              |                              |                                      |

47. Avez-vous rencontré des difficultés pour réaliser ces examens ?  Oui  Non

↳ Si oui, précisez : Plusieurs réponses possibles

- Difficulté à trouver un interlocuteur  
 Difficulté d'accès aux locaux du dentiste (d'ordre architectural)  
 Difficulté d'accès au soin (positionnement, ouverture de la bouche, mouvements involontaires...)  
 Refus de soin de la part d'un dentiste  
 Autre, précisez : .....

48. Lors de ces examens, avez-vous eu besoin d'un accompagnement ?  Oui  Non

↳ Si oui, cet accompagnement a-t-il été possible ?

Oui  Non

↳ Si oui, cet accompagnement a été réalisé par :

Votre accompagnant  L'assistant du cabinet

Autre, précisez : .....

↳ Si non, précisez pourquoi : .....

49. Lors de ces examens, estimez-vous que votre douleur a été prise en compte ?  Oui  Non

↳ Si oui, la prise en charge proposée a-t-elle été, selon vous, adaptée ?  Oui  Non

50. De quoi auriez-vous besoin, pour améliorer votre accès aux soins dentaires ? Plusieurs réponses possibles

- Informations  Formations / Education Thérapeutiques  Fiches de prévention  
 Possibilité d'un accompagnement personnalisé (avant, pendant et après une consultation)  
 Liste des professionnels / structures ressources  
 Autre, précisez : .....

51. Y-a-t-il d'autres domaines de soins pour lesquels vous rencontrez des difficultés ?  Oui  Non

↳ Si oui, précisez les domaines :

Visuel  Gynécologique  Dermatologique

Radiologique  Autre, précisez : .....

Commentaires : .....

**Merci pour votre participation !**