

Questionnaire Usagers/Bénéficiaires du réseau HANDIDENT La Réunion

Handident La Réunion est une nouvelle association sur le territoire réunionnais.

En partenariat avec l'ARS, elle est destinée à faciliter et coordonner l'accès à la santé orale pour tous, et a pour objectifs de :

- développer un réseau de soins de qualité adaptés aux besoins spécifiques (situation de dépendance, de handicap et de perte d'autonomie) ;
- structurer des actions de prévention, de formation et de coordination avec les acteurs du territoire ;
- favoriser le lien entre les usagers, les professionnels de santé et médico-sociaux et les familles
- participer aux missions de santé publique, nationales, régionales et départementales, d'accès aux soins des personnes ayant des besoins spécifiques.

OBJECTIF :

Mieux connaître la personne accompagnée afin d'adapter l'accueil, la communication, les soins et le parcours global de santé orale.

INFORMATIONS GENERALES DE L'USAGER DU RESEAU

1. Nom / Prénom :

Adresse :

Téléphone :

2. Qui répond au questionnaire ?

- ☐ Vous-même, directement concerné.
- ☐ Vous-même, avec de l'aide (vous dictez vos réponses à quelqu'un).
- ☐ Proche aidant, famille (la personne dont vous vous occupez n'est pas en mesure de répondre).
- ☐ Aidant professionnel (vous communiquez des informations sur la personne)
- ☐ Autre précisez.....

3. Vivez-vous :

- ☐ Dans un logement individuel
- ☐ Dans ma famille
- ☐ En établissement médico-social
- ☐ Autre précisez.....

4. Etes-vous suivi par des professionnels de structures Médico-Sociale ?

Si oui, préciser NOM et Prénom de la personne référente :

.....

CONCERNANT VOTRE HYGIENE BUCCO-DENTAIRE

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

- ☐ Seul
- ☐ Avec l'aide d'une tierce personne
- ☐ Totalement réalisé par une tierce personne.

6. Quelle est la fréquence du brossage dentaire ?

- ☐ 2 à 3 fois par jour
- ☐ 1 fois par jour
- ☐ Pas tous les jours

7. Etes-vous satisfait de votre hygiène bucco-dentaire ?

- ☐ Tout à fait satisfaisait
- ☐ Moyennement
- ☐ Pas du tout
- ☐ Je ne sais pas

8. Quels difficultés rentrez-vous ?

- ☐ Ouverture de bouche limitée
- ☐ Douleur
- ☐ Hypersensibilité orale ou faciale
- ☐ Peur
- ☐ Mouvements involontaires
- ☐ Matériel non adapté
- ☐ Absence d'aide
- ☐ Trouble de l'oralité
- ☐ Autre précisez :

CONCERNANT VOTRE SUIVI DENTAIRE ACTUEL

9. Consultez-vous un dentiste ?

- ☐ Oui, régulièrement (une à plusieurs fois par an)
- ☐ Oui, de temps e, temps (tous les 2-3 ans)
- ☐ Rarement (+de 4 ans)
- ☐ Non, jamais.

10. Si vous êtes rarement ou pas suivi par un dentiste, pourquoi ?

- ☐ Je n'ai pas besoin d'être suivi par un dentiste
- ☐ Je crains d'avoir mal
- ☐ Je ne trouve pas de cabinet adapté à mes besoins
- ☐ Les soins qu'on me propose ne sont pas adaptés
- ☐ Pour des raisons financières
- ☐ Je n'ai pas de transport
- ☐ Je n'ai personne pour m'accompagner, m'aider à communiquer
- ☐ Je ne supporte pas l'attente avant les soins
- ☐ Un professionnel à refuser de me prendre en charge
- ☐ Autre, précisez :

11. Si vous êtes suivi par un dentiste, où se déroule vos soins ?

- ☐ Dans un cabinet de ville
- ☐ Dans un établissement de santé (hôpital, clinique...)
- ☐ Le dentiste se déplace dans mon établissement

AMELIORER VOTRE SANTE BUCCO DENTAIRE

12. Comment améliorer votre santé bucco-dentaire ? Voici une liste de propositions. Cocher celles qui vous conviennent.

- ☐ Séances d'habituations aux soins (en dehors du cabinet)
- ☐ Consultation blanche (familiarisation des soins/préparation aux soins, en cabinet dentaire)
- ☐ Cabinet/équipement dentaire adapté PMR
- ☐ Soins réalisés sous sédation douce (hypnose, Méopa, prémédication)
- ☐ Soins réalisés sous anesthésie générale
- ☐ Accompagnement par une tierce personne (aide au transfert, aide au positionnement, soutien émotionnel, interprète).
- ☐ Adapter la durée de l'examen des soins
- ☐ Pouvoir recevoir des explications sur les soins avant le rendez-vous
- ☐ Pouvoir parler de mes spécificités et des besoins particuliers avant ma prise en charge
- ☐ Avoir des informations sur la prévention à la santé orale (hygiène bucco-dentaire)
- ☐ Avoir un accompagnement personnalisé (avant, pendant et après une consultation et les soins)
- ☐ Être orienté vers les professionnels ou des structures ressources
- ☐ Autre, précisez :

13. Mode de communication préféré :

- ☐ Oral
- ☐ Écrit
- ☐ Gestes/pictogrammes
- ☐ Langue des signes
- ☐ Autre

CONNAISSANCE DU HANDICAP / BESOINS SPECIFIQUES

14. Type de handicap :

- ☐ Moteur
- ☐ Visuel
- ☐ Auditif
- ☐ Intellectuel
- ☐ Trouble du Spectre de l'Autisme
- ☐ Psychique
- ☐ Trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H)
- ☐ Maladie invalidante
- ☐ Maladie rare
- ☐ Maladie cardiaque
- ☐ Diabète
- ☐ Polyarthrite rhumatoïde
- ☐ Cancer
- ☐ Trouble de la coagulation
- ☐ Autre, précisez :

15. Particularités importantes :

- ☐ Difficulté de compréhension
- ☐ Difficulté d'élocution
- ☐ Trouble de l'oralité
- ☐ Trouble de la perception sensorielle
- ☐ Fatigabilité
- ☐ Anxiété
- ☐ Besoin d'accompagnant
- ☐ Autre, précisez :

ADAPTATION LIEE A LA MOBILITE

16. Je me déplace :

- ☐ Seule
- ☐ Avec de l'aide
- ☐ Fauteuil roulant
- ☐ Déambulateur
- ☐ Autre

17. J'ai besoin d'aide pour m'installer :

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Parfois

RENDEZ-VOUS / SOINS

18. Est-ce que je me sens capable de rester allongé sur le fauteuil du dentiste :

- ☐ 15 min maximum
- ☐ 30 maximum
- ☐ 1 heure maximum

19. Mauvaises expériences de soins ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui précisez :

Nom du répondant :

Lien avec la personne :

Date :

Signature :

Merci de nous retourner le formulaire complété :

- soit par courriel à : contact@handident.re
- soit par courrier postal à l'adresse suivante : Association HANDIDENT La Réunion
1 rue Jean Jaurès
97410 Saint-Pierre