

# ENQUETE REGIONALE

## Prise en charge de la santé bucco-dentaire en service et établissement médico-social en Ile-de-France



L'Agence Régionale de Santé Ile-de-France, en lien avec le réseau en soins bucco-dentaire régional RHAPSODIF, lance une enquête régionale afin de réaliser un diagnostic sur la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap accueillies en établissement médico-social en Île-de-France.

Ce questionnaire a pour objet de recenser les besoins, les difficultés rencontrées mais aussi les actions mises en place autour de la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap que vous accueillez.

**Votre avis et votre expérience sur ce sujet nous intéressent.**

**Nous vous remercions par avance de répondre aux questions suivantes qui ne devraient vous prendre que quelques minutes.**

### Remarques importantes

Avant de commencer, merci de vous munir des informations suivantes relatives à votre établissement :

- Coordonnées
- Nombre de résidents accueillis
- Age moyen des résidents
- Nom des partenaires avec lesquels vous collaborez (notamment dentistes, et établissement sanitaire en cas d'intervention chirurgicale programmée)

Si vous rencontrez des difficultés pour remplir ce questionnaire, vous pouvez nous contacter à l'adresse courriel suivante :

[ARS-IDF-ENQ-DENTS@ars.sante.fr](mailto:ARS-IDF-ENQ-DENTS@ars.sante.fr)

### Consignes de remplissage

- . L'accès aux pages suivantes n'est possible qu'une fois **la totalité des champs obligatoires remplis**.
- . Le questionnaire est modifiable jusqu' à la date de clôture du questionnaire en cliquant de nouveau sur le lien.
- . Si la connexion n'est pas utilisée, elle sera interrompue automatiquement au bout de 30 mn. Reconnectez-vous en cliquant de nouveau sur le lien qui vous a été transmis.
- . L'impression du questionnaire se fait page par page en cliquant sur l'icône « Impr. la page ». Il n'est pas possible d'imprimer l'intégralité du questionnaire en une seule fois.

Commencer

ENQUETE REGIONALE  
Prise en charge de la santé bucco-dentaire en service  
et établissement médico-social en Ile-de-France



Les questions suivies d'une \* sont obligatoires

I - Informations générales sur votre service/établissement

Finess : \*

@FINESS

Nom de l'établissement : \*

@NOM\_ETAB

Nom de l'organisme gestionnaire : \*

Adresse postale de l'établissement ou du service : \*

Téléphone : \*

Courriel : \*

Quelle est la catégorie de votre établissement ? \* (une seule réponse possible)

- |                           |                              |
|---------------------------|------------------------------|
| <input type="radio"/> IME | <input type="radio"/> ESAT   |
| <input type="radio"/> IEM | <input type="radio"/> SAMSAH |
| <input type="radio"/> FAM | <input type="radio"/> SESSAD |
| <input type="radio"/> MAS | <input type="radio"/> Autre  |

Si Autre, préciser : \*

Suivant

ENQUETE REGIONALE  
Prise en charge de la santé bucco-dentaire en service  
et établissement médico-social en Ile-de-France



Les questions suivies d'une \* sont obligatoires

I - Informations générales sur votre service/établissement

Nombre de résidents accueillis à ce jour : \*

Age moyen des résidents :

Modalités d'accueil au sein de votre établissement ? \* (Plusieurs réponses possibles)

- Externat
- Internat uniquement
- Semi-Internat uniquement
- Internat et Semi-Internat
- Accueil Séquentiel en internat
- Accueil Séquentiel en semi-internat
- Accueil Temporaire en internat
- Accueil Temporaire en semi-internat
- Autre

Si Autre, préciser : \*

Nombre d'usagers accueillis en internat (déjeuner du midi et du dîner pris dans l'établissement) : \*

Nombre d'usagers accueillis en semi-internat (déjeuner du midi pris dans l'établissement) : \*

Nombre d'usagers accueillis en externat (aucun repas pris dans l'établissement) : \*

Quels sont les types de handicap des usagers accueillis ? \* (plusieurs réponses possibles)

- Handicap auditif
- Handicap visuel
- Handicap moteur
- Handicap psychique
- Handicap cognitif
- Handicap mental (ou déficience intellectuelle)

Polyhandicap (déficience intellectuelle et trouble moteur)

Handicap rare (association rare et simultanée de déficits sensoriels, moteurs, cognitifs ou psychiques).

Autisme / TSA (Troubles du Spectre de l'Autisme)

Autre(s)

Si Autre(s), préciser : \*

Suiva

ENQUETE REGIONALE  
Prise en charge de la santé bucco-dentaire en service  
et établissement médico-social en Ile-de-France



Les questions suivies d'une \* sont obligatoires

II- L'organisation de la santé buccodentaire au sein de votre service ou établissement

II.1. Organisation générale par votre service/établissement

A ce jour, votre service/établissement dispose des **professionnels suivants** : \*

	Oui	Non
Médecin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cadre de santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cadre éducatif	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infirmière(s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Educateur(s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AS (aide-soignant), AMP (Aide Médico-Psychologique)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si **Autre type de professionnels, préciser** :

Si Oui, ce personnel est-il **présent à plein temps** ?

	Oui	Non
Médecin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cadre de santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cadre éducatif	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infirmière(s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Educateur(s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AS (aide-soignant), AMP (Aide Médico-Psychologique)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si **Autre type de professionnels, préciser** ceux qui sont présents à plein temps

Existe-t-il un ou plusieurs référents **bucco-dentaires** au sein de votre service/établissement ? \*

Oui  Non

Si vous avez répondu Oui à la question précédente, merci de préciser de quel(s) professionnel(s) il s'agit : \* (plusieurs réponses possible)

- Directeur de l'établissement
- Cadre de santé
- Médecin
- Infirmier(e)
- Aide-soignant(e)
- Educateur
- Aide Médico Psychologique (AMP)
- Accompagnant Educatif et Social (AES)

Les professionnels de votre service/établissement sont formés à l'**hygiène bucco-dentaire** : \*

	Oui	Non
Infirmière(s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AS (aide-soignant), AMP (Aide Médico-Psychologique)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Educateur(s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre(s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si Autre, préciser le type de professionnels formés : \*

Suivant

ENQUETE REGIONALE  
Prise en charge de la santé bucco-dentaire en service  
et établissement médico-social en Ile-de-France



Les questions suivies d'une \* sont obligatoires

II- L'organisation de la santé buccodentaire au sein de votre service ou établissement

II.1. Organisation générale par votre service/établissement

Inscription de la santé bucco-dentaire dans le **projet d'établissement** ?

Oui  Non

Inscription de la prise en charge bucco-dentaire dans le **projet de soins** de l'établissement ?

Oui  Non

Existence de **procédures/protocoles** de soins relatifs à la « santé bucco-dentaire » au sein de l'établissement ?

Oui  Non

Partenariat effectif avec **un réseau** de soins dentaires ?

Oui  Non

Si Oui, citer le(s) nom(s) de (des) réseau(x) :

Possibilité d'effectuer des soins dentaires au sein de l'établissement : local **dédié adapté** ?

Oui  Non

Partenariat effectif avec des **dentistes libéraux** :

Oui  Non

Si Oui, préciser le nombre de dentistes partenaires :

Si Oui, citer les noms des dentistes partenaires :

Nom 1	<input type="text"/>
Nom 2	<input type="text"/>
Nom 3	<input type="text"/>
Nom 4	<input type="text"/>
Nom 5	<input type="text"/>
Nom 6	<input type="text"/>

Nom 7

Nom 8

Nom 9

Nom 10

---

Partenariat(s) effectif(s) avec un (des) **établissement(s) sanitaire(s)**, notamment en cas de nécessité d'intervention chirurgicale programmée :

Oui  Non

Si Oui, citer les noms des établissement(s) sanitaire(s) :

Nom 1

Nom 2

Nom 3

Nom 4

Nom 5

Nom 6

Suivant

ENQUETE REGIONALE  
Prise en charge de la santé bucco-dentaire en service  
et établissement médico-social en Ile-de-France



Les questions suivies d'une \* sont obligatoires

II- L'organisation de la santé buccodentaire au sein de votre service ou établissement

II.1. Organisation générale par votre service/établissement

Les **rendez-vous** dentaires sont organisés : \* (plusieurs réponses possibles)

	Oui	Oui, pour certains	Non
Par votre service et/ou établissement médico-social	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Par les familles (et ou tuteurs) elles-mêmes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Par le chirurgien-dentiste qui suit habituellement la personne handicapée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Par le service d'odontologie (si le suivi est effectué en secteur sanitaire)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre modalité d'organisation des rendez-vous dentaires (préciser)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si Autre modalité d'organisation, préciser : \*

**Temps moyen** pour obtenir une consultation chez un dentiste : \* (Plusieurs réponses possibles selon les actes effectués)

- Moins de 15 jours
- Entre 15 jours et 1 mois
- Entre 1 et 3 mois
- Plus de 3 mois

Si vous avez coché des délais au-delà d'un mois, **préciser les raisons de ces délais importants (si connues)** :

- Pas de personnel pour accompagner les usagers aux rendez-vous (externes)
- Peu de chirurgiens-dentistes formés au handicap sur le territoire
- Délai de prise en charge long notamment pour des actes de chirurgie dentaire nécessitant une anesthésie générale
- Autre raison

Si Autre raison, préciser :

Suivant

ENQUETE REGIONALE  
Prise en charge de la santé bucco-dentaire en service  
et établissement médico-social en Ile-de-France



Les questions suivies d'une \* sont obligatoires

II- L'organisation de la santé buccodentaire au sein de votre service ou établissement

II.2. Prestations destinées aux usagers accueillis

Chaque usager de votre service ou établissement médicosociaux dispose d'un **dossier médical** : \*

Oui  Non

Le **suivi buccodentaire** est inscrit dans le dossier médical : \*

	Oui	Oui, pour certains	Non
La fréquence des rendez-vous est notée dans le dossier médical	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les soins réalisés sont notés dans le dossier médical	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le besoins en soins est mentionné dans le dossier par le médecin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un suivi dentaire est assuré après le bilan initial du médecin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'établissement accompagne les externes pour les soins bucco-dentaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Le **brossage des dents** est assuré au sein de votre établissement : \*

	Oui	Oui, pour certains	Non
Le matin AVANT le petit-déjeuner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le matin APRES le petit-déjeuner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le midi AVANT le déjeuner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le midi APRES le déjeuner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le soir AVANT le dîner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le soir APRES le dîner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un atelier est organisé pour ceux dont le brossage est difficile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Suivant

ENQUETE REGIONALE  
Prise en charge de la santé bucco-dentaire en service  
et établissement médico-social en Ile-de-France



Les questions suivies d'une \* sont obligatoires

III. Difficultés rencontrées pour organiser la santé buccodentaire de vos usagers

**AVANT LA CRISE COVID-19**, aviez-vous des difficultés pour organiser la prise en charge en soins bucco-dentaire de vos usagers ? \*

Oui  Non

Si vous avez répondu Oui à la question précédente quelles sont les principales difficultés d'accès aux soins bucco-dentaires rencontrées ? \*  
(plusieurs réponses possibles)

- Manque de chirurgiens-dentistes sur le territoire
- Chirurgiens-dentistes non formés au handicap
- Locaux et matériel des chirurgiens-dentistes non adaptés à l'accueil des personnes en situation de handicap
- Délais longs pour obtenir un rendez-vous pour des soins bucco-dentaires
- Difficultés de collaboration des personnes en situation de handicap
- Troubles de la communication des personnes en situation de handicap (mal ou non communicantes)
- Difficultés pour déplacer les usagers à l'extérieur de l'établissement
- Manque de temps pour organiser la prise en charge bucco-dentaire dans les service/établissement
- Refus des usagers de se brosser les dents eux-mêmes (ou par les professionnels)
- Autre

Si Autre, préciser : \*

**DEPUIS LA CRISE COVID-19**, rencontrez-vous des difficultés organiser la prise en charge en soins bucco-dentaire de vos usagers ? \*

Oui  Non

Si vous avez répondu Oui à la question précédente quelles sont les principales difficultés d'accès aux soins bucco-dentaires rencontrées ? \*  
(plusieurs réponses possibles)

- Manque de chirurgiens-dentistes sur le territoire
- Chirurgiens-dentistes non formés au handicap
- Locaux et matériel des chirurgiens-dentistes non adaptés à l'accueil des personnes en situation de handicap
- Délais longs pour obtenir un rendez-vous pour des soins bucco-dentaires
- Difficultés de collaboration des personnes en situation de handicap
- Troubles de la communication des personnes en situation de handicap (mal ou non communicantes)
- Difficultés pour déplacer les usagers à l'extérieur de l'établissement
- Manque de temps pour organiser la prise en charge bucco-dentaire dans les service/établissement
- Refus des usagers de se brosser les dents eux-mêmes (ou par les professionnels)
- Autre

Si Autre, préciser : \*

**A ce jour, parmi les 3 volets suivants, quelles sont les priorités que vous identifiez pour optimiser la santé bucco-dentaire des usagers accueillis au sein de votre service / établissement ? \***

	Oui	Non
Volet prévention	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Volet soins dentaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Volet formation du personnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Autres commentaires/avis/expériences dont vous souhaitez nous faire part :

Commentaires :

Suivant

ENQUETE REGIONALE  
Prise en charge de la santé bucco-dentaire en service  
et établissement médico-social en Ile-de-France



**L'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France vous remercie pour votre participation.**

**Vos réponses ont été enregistrées.**

**Vous pouvez maintenant fermer la page.**

Vous pouvez modifier ou compléter vos réponses jusqu'à la date de clôture en cliquant de nouveau sur le lien.