

COMMENT UTILISER LE QUESTIONNAIRE ?

Objectif et finalité de la démarche

Ce questionnaire s'adresse à tous les usagers de la maison départementale des personnes handicapées qui souhaitent exprimer leur opinion sur le service qui leur a été rendu.

Il a été co-construit par des représentants d'associations de personnes handicapées et des représentants de M.D.P.H. Il est anonyme, facultatif et ne comporte aucune donnée personnelle. Une absence de réponse de votre part n'entraînerait aucune conséquence.

L'utilisation des résultats a pour but d'instaurer un dialogue constructif et continu qui devrait permettre d'améliorer le service proposé au travers des 8 missions confiées aux M.D.P.H. :

- Information,
- Accueil,
- Aide à la formulation du projet de vie,
- Evaluation,
- Elaboration du plan personnalisé de compensation,
- Décisions de la commission des droits et de l'autonomie (droits et orientation) ,
- Suivi des plans personnalisés de compensation (une fois ceux-ci attribués) ,
- Conciliation /Médiation.

Quelques conseils pour bien remplir le questionnaire

Pour répondre à une question, cochez les cases correspondant à vos réponses.

Si vous n'êtes pas concerné par une question, n'y répondez pas.

Ce questionnaire concerne uniquement la ou les démarches que vous avez effectuées auprès de votre M.D.P.H. au cours du dernier trimestre.

Toutes ces questions ont été formulées en direction de la personne handicapée elle-même. Les familles, aidants, accompagnants ou les professionnels s'attacheront à répondre aux questions posées au nom de la personne qu'ils représentent le cas échéant.

Merci de veiller àagrafer les pages du questionnaire avant de restituer celui-ci rempli à la personne qui vous l'a remis ou directement à l'adresse suivante :

SODIFRANCE - Service enquête M.D.P.H. - BP 72438 - 44324 Nantes Cedex 3

Vous pouvez également répondre directement à ce questionnaire via Internet à l'adresse suivante :

<http://enquetemdph.sodifrance.fr>

Explication des sigles utilisés

La M.D.P.H. – Maison Départementale des Personnes Handicapées remplace :

- les **CDES** – Commissions Départementales d'Education Spéciale,
- les **COTOREP** – Commissions Techniques d'Orientat ion et de Reclassement Professionnel,
- les **SVA** – Sites pour la Vie Autonome.

La M.D.P.H. pourra s'appuyer, pour offrir un service de proximité aux usagers sur :

- les **CCAS** – Centres Communaux d'Action Sociale,
- les **CLIC** – Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologique,
- d'autres entités.

La C.D.A. – Commission des Droits et de l'Autonomie de la M.D.P.H. décide de l'attribution et du versement des prestations à la personne pour mise en œuvre de son **PPC** - Plan Personnalisé de Compensation.

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION DES USAGERS DES M.D.P.H. - Maisons Départementales des Personnes Handicapées -

Merci du temps que vous consacrez à remplir ce questionnaire. Vous contribuez ainsi à nous aider à améliorer le dispositif.

1. Avez-vous déjà rempli ce questionnaire au cours de ce trimestre ?

- 1 Oui 2 Non

2. Vous êtes...

- | | |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> La personne directement concernée par le handicap | 6 <input type="checkbox"/> Un professionnel du social ou du médico-social |
| 2 <input type="checkbox"/> Un membre de la famille | 7 <input type="checkbox"/> Un professionnel de la vie scolaire |
| 3 <input type="checkbox"/> Un aidant | 8 <input type="checkbox"/> Un professionnel de la vie professionnelle |
| 4 <input type="checkbox"/> Un accompagnant | 9 <input type="checkbox"/> Autre |
| 5 <input type="checkbox"/> Un professionnel du sanitaire | |

3. Quel est l'âge de la personne pour laquelle est rempli ce questionnaire ?

ans (*moins d'un an inscrire 0*)

4. Quel est le handicap de la personne concernée ?

- | | |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Handicap mental | 6 <input type="checkbox"/> Handicap auditif |
| 2 <input type="checkbox"/> Handicap moteur | 7 <input type="checkbox"/> Handicaps rares |
| 3 <input type="checkbox"/> Handicap psychique | 8 <input type="checkbox"/> Handicap cognitif, troubles des apprentissages |
| 4 <input type="checkbox"/> Handicaps associés, polyhandicap et grande dépendance | 9 <input type="checkbox"/> Troubles précoces du développement |
| 5 <input type="checkbox"/> Handicap visuel | 10 <input type="checkbox"/> Autres |
- (Plusieurs réponses possibles)*

5. Aviez-vous déjà fait appel au S.V.A. , à la C.D.E.S. ou à la C.O.T.O.R.E.P. de votre département ?

- 1 Oui 2 Non

6. Dans votre département, avez-vous déjà fait appel à la M.D.P.H. ?

- 1 Oui 2 Non

7. Pour quelles raisons vous êtes-vous adressé à la M.D.P.H. ?

- | | |
|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Recherche d'informations et de conseils | 4 <input type="checkbox"/> Demande d'orientation |
| 2 <input type="checkbox"/> Demande d'une prestation | 5 <input type="checkbox"/> Réclamation |
| 3 <input type="checkbox"/> Renouvellement d'une prestation | 6 <input type="checkbox"/> Autres |
- (Plusieurs réponses possibles)*

8. Combien de fois vous êtes-vous rendu physiquement à la M.D.P.H. ou à l'une de ses antennes ?

- | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Jamais | 3 <input type="checkbox"/> Deux fois | 5 <input type="checkbox"/> Plus de trois fois |
| 2 <input type="checkbox"/> Une fois | 4 <input type="checkbox"/> Trois fois | |

9. Combien de contacts (téléphoniques, fax, Internet...) avez-vous eu avec la M.D.P.H. ?

- | | | |
|---------------------------------------|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Aucun | 3 <input type="checkbox"/> Deux contacts | 5 <input type="checkbox"/> Plus de trois contacts |
| 2 <input type="checkbox"/> Un contact | 4 <input type="checkbox"/> Trois contacts | |

10. **Période de remplissage de ce questionnaire ?**

Entrez le mois et l'année : (Mois/Année)

11. **Quel est le numéro du département de la M.D.P.H. à laquelle vous vous êtes adressé ?**

(2 caractères pour la France métropolitaine et 3 caractères pour les DOM)

12. **Ce questionnaire vous a été communiqué par...**

- 1 Une association de personnes handicapées ? 4 Des professionnels médico-sociaux et sociaux ?
2 Une M.D.P.H. ? 5 Une école ou un lieu d'accueil de la petite enfance ?
3 Des professionnels médicaux, l'hôpital ? 6 Une mairie, un C.C.A.S., un C.L.I.C. ?

A - VOTRE AVIS SUR LA MISSION INFORMATION DE VOTRE M.D.P.H.

13. **L'information reçue de la M.D.P.H. vous a permis ou vous a aidé à :**

- a. Préciser vos demandes ? 1 Oui 2 Non
b. Préciser les missions de la M.D.P.H. ? 1 Oui 2 Non
c. Obtenir des précisions sur votre handicap ? 1 Oui 2 Non
d. Obtenir des informations sur les associations utiles ? 1 Oui 2 Non
e. Remplir un formulaire ? 1 Oui 2 Non
f. Préciser vos droits ? 1 Oui 2 Non
g. Vous orienter vers des lieux adaptés susceptibles de mieux répondre à vos demandes ? 1 Oui 2 Non

14. **La M.D.P.H. vous a-t-elle proposé de vous apporter des informations complémentaires** (exemple : continuité des soins, ressources, hébergement, accompagnement, activité, protection juridique, autre) ?

- 1 Oui 2 Non

15. **Comment évaluez-vous l'information que vous avez reçue de la M.D.P.H. ?**

<i>Notation de 0 «Pas du tout d'accord» à 5 «Totalemment d'accord»</i>	0	1	2	3	4	5
a. Accessible (supports adaptés, aide humaine...) ?						
b. Utile ?						
c. Complète ?						
d. Claire ?						

B - VOTRE AVIS SUR LA MISSION ACCUEIL DE VOTRE M.D.P.H.

16. **Combien de démarches (téléphonique, e-mail, fax, courrier, visite...) avez-vous effectuées avant d'obtenir la réponse que vous cherchiez ?**

- 1 Une démarche 2 Deux démarches 3 Trois démarches 4 Plus de trois démarches

17. **Les besoins liés à votre maladie et/ou à votre situation de handicap ont-ils été pris en compte lors de l'accueil** (présence d'un tiers aidant, aides techniques, autre...) ?

- 1 Oui 2 Non

18. **Comment évaluez-vous l'accueil de la M.D.P.H. au regard des points suivants...**

Notation de 0 «Pas du tout satisfait» à 5 «Totalemt satisfait»	0	1	2	3	4	5
a. Humain ?						
b. Disponible ?						
c. Compétent ?						
d. Accessible, adapté et prenant en compte la spécificité de votre handicap ?						
e. Respectueux de la confidentialité ?						
f. Vraie mobilisation pour répondre à votre demande ?						
g. Environnement apaisant ?						

C - VOTRE AVIS SUR LA MISSION AIDE À LA FORMULATION DE VOTRE PROJET DE VIE

19. **Avez-vous rédigé par écrit votre projet de vie ?**

- 1 Oui 2 Non

20. **Dans le cas où vous avez sollicité une aide auprès de la M.D.P.H. pour formuler votre projet de vie, cette aide vous a-t-elle été proposée ?**

- 1 Oui 2 Non (Si «Non», passez à la question 22)

21. **Comment évaluez-vous l'aide de la M.D.P.H. pour vous permettre d'exprimer votre projet de vie ...**

Notation de 0 «Pas du tout satisfait» à 5 «Totalemt satisfait»	0	1	2	3	4	5
a. Humaine ?						
b. Objective ?						
c. Compétente ?						
d. Accessible, adaptée et prenant en compte la spécificité de votre handicap ?						
e. Respectueuse de la confidentialité ?						

D - VOTRE AVIS SUR LA MISSION ÉVALUATION

Si vous n'avez pas encore fait l'objet d'une évaluation, passez à la question 25.

22. **Quel délai a-t-il été nécessaire pour réaliser l'évaluation à compter de l'accusé de réception de la demande ?**

- 1 Moins d'un mois 3 Deux mois 5 Quatre mois 7 Ne sait pas
 2 Un mois 4 Trois mois 6 Plus de quatre mois

23. **Dans le cas où vous avez demandé une évaluation sur votre lieu de vie, cette évaluation a-t-elle eu lieu ?**

- 1 Oui 2 Non

24. **Comment qualifiez-vous l'évaluation conduite au regard des points suivants...**

Notation de 0 «Pas du tout satisfait» à 5 «Totalemt satisfait»	0	1	2	3	4	5
a. Humaine ?						
b. Compétente ?						
c. Accessible, adaptée et prenant en compte la spécificité de votre handicap ?						
d. Respectueuse de la personne, de votre intimité et de vos choix ?						
e. Attentive à votre projet de vie ?						
f. Attentive aux évolutions de votre situation ?						
g. Complète ?						

E - VOTRE AVIS SUR LA MISSION ÉLABORATION DE VOTRE P.P.C. (plan personnalisé de compensation)

Si votre plan personnalisé de compensation n'a pas encore été élaboré, passez à la question 28.

25. **Avez-vous été associé à l'élaboration du P.P.C. jusqu'à ce que vous le validiez ?**

- 1 Oui 2 Non

26. **Des préconisations sur les points suivants apparaissent-elles dans votre P.P.C.**

- | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------------|
| a. Continuité des soins ? | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 2 <input type="checkbox"/> Non |
| b. Ressources mobilisables ? | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 2 <input type="checkbox"/> Non |
| c. Hébergement (autonome, en établissement ou dans la famille) ? | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 2 <input type="checkbox"/> Non |
| d. Accompagnement (services et établissements médico-sociaux) ? | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 2 <input type="checkbox"/> Non |
| e. Activité (éducative, scolaire, professionnelle, médico-sociale, loisirs...) ? | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 2 <input type="checkbox"/> Non |
| f. Protection juridique (si nécessaire) ? | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 2 <input type="checkbox"/> Non |
| g. Aides, humaines, techniques, animalières ou spécifiques ? | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 2 <input type="checkbox"/> Non |
| h. Autonomie ? | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 2 <input type="checkbox"/> Non |
| i. Autres ? | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 2 <input type="checkbox"/> Non |

27. **Avez-vous le sentiment que les spécificités de votre situation sont prises en compte dans votre P.P.C. ?**

Notation de 0 «Pas du tout d'accord» à 5 «Totalemt d'accord» 0 1 2 3 4 5

--	--	--	--	--	--	--

F - VOTRE AVIS SUR LA MISSION DÉCISIONS DE LA C.D.A. (Commission des Droits et de l'Autonomie)

Si la commission des droits et de l'autonomie ne s'est pas prononcée pour vos demandes, passez à la question 31.

28. **Avez-vous été informé de :**

- | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------------|
| a. La date d'examen de votre dossier par la C.D.A. ? | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 2 <input type="checkbox"/> Non |
| b. La possibilité d'être entendu par la C.D.A. ? | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 2 <input type="checkbox"/> Non |
| c. La possibilité d'être accompagné par une personne de votre choix ? | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 2 <input type="checkbox"/> Non |

29. **Dans le cas où les décisions de la C.D.A. n'ont pu être mises en oeuvre, quelles raisons ont été données ?**

- | | |
|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Refus par la personne elle-même | 5 <input type="checkbox"/> Insuffisance de moyens |
| 2 <input type="checkbox"/> Insuffisance de places | 6 <input type="checkbox"/> Insuffisance de service à la personne |
| 3 <input type="checkbox"/> Insuffisance de places imposant une orientation par défaut | 7 <input type="checkbox"/> Autre |
| 4 <input type="checkbox"/> Insuffisance de professionnels qualifiés | |

30. **Si vous avez été reçu par la C.D.A., comment qualifiez-vous cette rencontre...**

Notation de 0 «Pas du tout d'accord» à 5 «Totalemt d'accord» 0 1 2 3 4 5

a. Humaine ?						
b. Compétente ?						
c. Accessible, adaptée et prenant en compte la spécificité de votre handicap ?						
d. Respectueuse de la personne, de votre intimité et de vos choix ?						
e. Attentive à votre projet de vie ?						
f. Attentive aux évolutions de votre situation ?						

G - VOTRE AVIS SUR LA MISSION SUIVI DE VOTRE P.P.C. (plan personnalisé de compensation)

Si vous ne disposez pas encore d'un plan personnalisé de compensation. Merci de passez à la question 34.

31. Des réponses aux décisions de la C.D.A. ont-elles été trouvées ? 1 Oui 2 Non
32. Avez-vous un interlocuteur unique identifié pour le suivi de votre dossier ? 1 Oui 2 Non
33. Comment évaluez-vous le suivi de votre P.P.C. au regard des points suivants...

Notation de 0 «Pas du tout d'accord» à 5 «Totalemt d'accord»	0	1	2	3	4	5
a. Humain ?						
b. Compétent ?						
c. Accessible, adapté et prenant en compte la spécificité de votre handicap ?						
d. Respectueux de la personne, de votre intimité et de vos choix ?						
e. Attentif à votre projet de vie ?						
f. Attentif aux évolutions de votre situation ?						
g. Respect du calendrier de mise en oeuvre proposé ?						

H - VOTRE AVIS SUR LA MISSION CONCILIATION ET MEDIATION

34. Avez-vous été informé de la possibilité d'avoir recours à :
- a. La conciliation en cas de désaccord avec une décision de la C.D.A. ? (Si non passez à la question 37) 1 Oui 2 Non
- b. La personne ressource de la M.D.P.H. pour toutes autres difficultés ? 1 Oui 2 Non
35. Si vous avez sollicité la conciliation, cela a-t-il permis de trouver un accord ? 1 Oui 2 Non
36. Estimez-vous que la conciliation a été menée dans un délai satisfaisant ?

Notation de 0 «Pas du tout d'accord» à 5 «Totalemt d'accord»	0	1	2	3	4	5

I - VOTRE APPRECIATION GLOBALE

Merci de rédiger votre appréciation en MAJUSCULES et en quelques mots...

37. Qu'avez-vous apprécié dans le service rendu par la M.D.P.H. ?

.....

.....

.....

38. Qu'est-ce qui vous a gêné ou déplu dans le service rendu par la M.D.P.H. ?

.....

.....

.....

39. Quelles suggestions aimeriez-vous faire à l'équipe de la M.D.P.H. pour améliorer le service rendu ?

.....

.....

.....