

MESURE DE LA SATISFACTION DES USAGERS DE LA MDPH - Maisons Départementales des Personnes Handicapées -

Votre avis est essentiel !

La MDPH a un réel besoin de retours sur son action au profit de la personne en situation de handicap, son entourage familial ou la personne de son choix.

Afin d'améliorer ses services, n'hésitez pas à lui faire connaître votre avis, notamment pour qu'elle soit en mesure de :

- ↕ *Bien vous accueillir*
- ↕ *Bien comprendre votre situation personnelle et vos attentes*
- ↕ *Bien définir les solutions correspondant à vos besoins et à l'évolution de votre situation*
- ↕ *Bien expliquer la marche à suivre dans le cheminement de votre demande*
- ↕ *Bien vous informer sur l'avancée du dossier et des solutions qui vous seront proposées*
- ↕ *Bien vous informer des possibilités de recours*

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

Grâce à vos réponses à ce questionnaire, le service sera amélioré à votre profit et à celui des autres personnes en situation de handicap s'adressant à votre MDPH.

Quelques conseils pour bien remplir le questionnaire

Ce questionnaire concerne uniquement la ou les démarches que vous avez effectuées auprès de votre MDPH **au cours du dernier trimestre**.

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

Merci de répondre directement en ligne à l'adresse suivante : <http://satisfactionmdph.fr>

Vous pouvez également retourner le questionnaire rempli au format papier à l'adresse suivante :

**LINCOLN – Service enquête MDPH
4 rue DANJOU – 92 517 Boulogne Billancourt Cedex**

Explication des sigles utilisés

ACTP – Allocation Compensatrice Tierce Personne

AEEH – Allocation d'Education pour l'Enfant handicapé

CDAPH – Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes handicapées

MDPH – Maison Départementale des Personnes Handicapées

PPC – Plan Personnalisé de Compensation

PPS – Plan Personnalisé de Scolarisation pour les enfants

QUALITE DE LA PERSONNE QUI RÉPOND

1- Date de remplissage du questionnaire : / /

2- Vous êtes ...

- La personne concernée
- Famille
- Autre aidant

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

..... an(s) (*moins d'un an inscrire 0*)

4- Quel est le handicap de la personne concernée ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Handicap mental | <input type="checkbox"/> Handicap auditif |
| <input type="checkbox"/> Handicap moteur | <input type="checkbox"/> Handicap cognitif spécifique, troubles des apprentissages |
| <input type="checkbox"/> Handicap psychique | <input type="checkbox"/> Troubles précoces du développement |
| <input type="checkbox"/> Polyhandicap et grande dépendance, handicaps associés | <input type="checkbox"/> Handicaps rares |
| <input type="checkbox"/> Handicap visuel | |

5- Pour quelles raisons vous êtes-vous adressé à la MDPH ? (*plusieurs réponses possibles*)

- Recherche d'informations et de conseils
- Première demande
- Renouvellement
- Réclamation

6- Quel est le numéro du département de la MDPH à laquelle vous vous êtes adressé ?

.....

A - Votre avis sur L'INFORMATION donnée par la MDPH

7- L'information reçue vous a aidé à :

- Préciser vos demandes oui non
- Préciser les missions de la MDPH..... oui non
- Obtenir des précisions sur votre handicap oui non
- Obtenir des informations sur les associations utiles..... oui non
- Remplir un formulaire..... oui non
- Préciser vos droits..... oui non
- Vous orienter vers des lieux adaptés susceptibles de mieux répondre à vos demandes oui non

8- La personne qui vous a répondu vous a-t-elle proposé de vous apporter des informations complémentaires (exemple : continuité des soins, ressources, hébergement, accompagnement, activité, protection juridique, autres ...) ?

- oui non

9- Comment évaluez-vous l'information que vous avez reçue ?

- | | Tout à fait d'accord | Plutôt d'accord | Pas d'accord | Pas du tout d'accord |
|--|----------------------|-----------------|--------------|----------------------|
|--|----------------------|-----------------|--------------|----------------------|

B - Votre avis sur L'ACCUEIL à la MDPH

10- Combien de contacts (téléphoniques, mail, fax, courriers, visites ...) avez-vous eu avant d'obtenir la réponse que vous cherchiez ?

- Un Deux Trois Plus de trois

11- Les besoins liés à votre situation de handicap ou à votre maladie ont-ils été compris lors de l'accueil (exemple : présence d'un tiers aidant, aides techniques, autre...) ?

- oui non

12- Comment évaluez-vous l'accueil de la MDPH au regard des points suivants ?

- | | Tout à fait d'accord | Plutôt d'accord | Pas d'accord | Pas du tout d'accord |
|--|----------------------|-----------------|--------------|----------------------|
|--|----------------------|-----------------|--------------|----------------------|

C - Votre avis sur l'aide apportée pour L'EXPRESSION DE VOS ATTENTES ET BESOINS (PROJET DE VIE)

13- Avez-vous exprimé vos attentes et besoins, c'est-à-dire votre propre Projet de vie ?

oui non

14- Si vous avez demandé une aide à la MDPH pour exprimer votre Projet de vie, cette aide vous a-t-elle été apportée ?

oui non

15- Si OUI, cette aide vous a-t-elle semblé :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
• Humaine.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Objective.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Compétente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Adaptée et prenant en compte la spécificité de votre handicap.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Respectueuse de la confidentialité.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D - Votre avis sur L'ÉVALUATION de vos besoins

16- Le délai d'évaluation de votre situation vous a-t-il paru :

Court Plutôt court Plutôt long Long

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

oui non non demandée

18- Comment qualifiez-vous l'évaluation conduite ?

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
• Humaine.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Compétente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Accessible, adaptée et prenant en compte la spécificité de votre handicap.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Respectueuse de la personne, de votre intimité et de vos choix.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Attentive à votre projet de vie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Attentive aux évolutions de votre situation.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Complète - prenant en compte la globalité de votre situation.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E - Votre avis sur L'ÉLABORATION DE VOTRE PLAN PERSONNALISÉ DE COMPENSATION (PPC) *

* Qui inclut le plan personnalisé de scolarisation (PPS) pour les enfants

19- Avez-vous reçu une proposition de PPC avant qu'il ne soit présenté à la CDAPH ?

oui non

20- Avez-vous été informé de la possibilité de choisir entre :

- AEEH et Compléments et PCH oui non
- ACTP et PCH oui non

21- Des préconisations sur les points suivants apparaissent-elles dans votre PPC ?

- Hébergement (autonome, en établissement ou dans la famille) oui non
- Ressources financières mobilisables oui non
- Aides humaines, techniques, spécifiques, exceptionnelles, animalières oui non
- Accompagnement (services, établissements médico-sociaux...) oui non
- Activité (éducative, scolaire, professionnelle, loisirs...) oui non
- Continuité des soins oui non
- Démarches pour favoriser l'autonomie oui non
- Protection juridique – si nécessaire oui non
- Autres oui non

22- Avez-vous le sentiment que les spécificités de votre situation sont prises en compte dans votre PPC ?

Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

F - Votre avis sur LES DÉCISIONS DE LA COMMISSION DES DROITS ET DE L'AUTONOMIE DES PERSONNES HANDICAPEES

23- Avez-vous été informé de :

- La date d'examen de votre dossier par la CDAPH oui non
- La possibilité d'être entendu par la CDAPH et d'être accompagné par une personne de votre choix oui non

24- Avez-vous demandé à être reçu par la CDAPH ?

oui non

25- Si OUI, avez-vous été reçu par la CDAPH ?

oui non

26- Si OUI, comment qualifiez-vous cette rencontre ?

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
• Humaine.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Compétente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Accessible, adaptée et prenant en compte la spécificité de votre handicap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Respectueuse de la personne, de votre intimité et de vos choix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Attentive à votre projet de vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Attentive aux évolutions de votre situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G - Votre avis sur LE SUIVI DE VOTRE PLAN PERSONNALISÉ DE COMPENSATION

27- Votre PPC a-t-il été mis en œuvre ?

- Entièrement À peu près Pas vraiment Pas du tout

28- S'il n'a pu être mis en œuvre intégralement, pourquoi ?

- Parce que la décision de la CDAPH ne me convient pas ou ne me convient plus
 Problème avec l'établissement ou service médico-social préconisé
 Problème avec le système éducatif
 Problème avec le marché du travail
 Problème d'accès aux soins
 Autre

H - VOTRE AVIS SUR LES VOIES DE RECOURS – Conciliation et Médiation

29- Avez-vous été informé des différentes voies de recours à l'encontre des décisions de la CDAPH ?

- oui non

30- Avez-vous contesté une décision de la CDAPH ?

- oui non

Si OUI de quelle manière :

- Recours gracieux (courrier à la MDPH)
 Demande de conciliation à la MDPH

Par ailleurs, avez-vous engagé :

- Une demande de médiation
 Une action en justice

31- Si vous avez sollicité ces voies de recours, comment qualifiez-vous le résultat de cette démarche ?

- Tout à fait satisfaisante Plutôt satisfaisante Pas satisfaisante Pas du tout satisfaisante

I - Votre appréciation globale

32- Avez-vous un interlocuteur unique désigné pour le suivi de votre dossier ?

oui non Ne sais pas

33- Qu'avez-vous apprécié dans le service rendu par la MDPH ?

34- Qu'est-ce qui vous a gêné ou déplu dans le service rendu par la MDPH ?

35- Quelles suggestions aimeriez-vous faire à la MDPH pour améliorer le service rendu ?