



BILAN ESMS Adulte

Version juin 2025

Le bilan du service ou de l'établissement constitue un support à la démarche d'évaluation de la situation et des besoins de compensation de la personne. Il vient compléter d'autres sources d'information (dossier MDPH avec projet de vie, bilans médicaux et paramédicaux...).

Ce document est à compléter par l'équipe de l'établissement d'accueil ou service d'accompagnement. Cette pièce fait partie du dossier MDPH de l'utilisateur, consultable à sa demande.

Date de l'évaluation : ---

Nom, fonction et contact du professionnel chargé de l'évaluation : ---

J'atteste avoir obtenu l'accord de l'utilisateur ou de ses représentants légaux pour transmettre ce document à la MDPH.

NOM ---	Prénom ---
Date de naissance ---	N° dossier MDPH ---
Identité du responsable légal le cas échéant ---	Téléphone de l'utilisateur ou du responsable légal ---
Mesure de protection juridique ---	Adresse de l'utilisateur ou du responsable légal ---
Précision : ---	

CONTEXTE DU BILAN :

[Choisissez un élément.](#)

SITUATION ACTUELLE

Etablissement ou service fréquenté : ---

Date d'entrée ---:

Modalité d'accueil si établissement : [Choisissez un élément.](#)

Fréquence d'accueil

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jéudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Matinée							
Après midi							
Soirée							
Nuit							

BILAN GENERAL

Décrivez en quelques lignes en quoi votre service ou établissement répond ou non au projet et aux besoins de la personne (maintien des acquis, développement de compétences, ...).

ELEMENTS CONCERNANT LE PROJET D'ORIENTATION

Selon l'équipe de l'ESMS, quelle serait la ou les orientations souhaitables pour la personne ?

Dans le cadre d'une première demande d'orientation vers le secteur adulte

- Choisissez un élément.
- Choisissez un élément.

Spécificité recherchée (déficience intellectuelle, TSA, épilepsie...) : ---

Dans les autres cas

Choisissez un élément.

- Précisions : Choisissez un élément.
- Spécificité recherchée (unité PHV, TSA...) : ---

Environnement familial et cadre de vie

La personne a-t-elle de l'entourage en proximité géographique ? Choisissez un élément.

Précisez si besoin :

Avez-vous des remarques concernant le cadre de vie de la personne (isolement, inadaptation du logement, ...) ?

Quel est le lien de l'équipe de l'ESMS avec le représentant de l'utilisateur et/ou sa famille ?

Choisissez un élément.

Le représentant de l'utilisateur et/ou sa famille partage-t-il l'avis de l'équipe concernant le projet d'orientation de la personne ? Choisissez un élément.

Précisez obligatoirement : ---

Vie professionnelle (uniquement si travailleur ESAT ou demande d'orientation ESAT)

Quotité de travail actuelle et envisagée : ---

Types d'ateliers exercés actuellement : ---

Types d'ateliers envisagés : ---

	Maitrisé	Acquis	En cours d'acquisition	Non acquis
Capacité d'intégration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacité à demander de l'aide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect des règles de sécurité et des consignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Résistance à l'effort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1 = très faible – 10 = Très fort	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Motivation au travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rythme de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autonomie dans le travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Précisez si besoin :

Si demande de fin d'accompagnement ou de réorientation, joindre le bilan ESAT complet.

BESOINS DE LA PERSONNE (HORS ESAT)

La personne est-elle autonome pour... ?

	Complètement	Avec aide partielle	Avec aide totale
Prendre soin de son hygiène (se laver, se coiffer...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habiller, se déshabiller, choisir ses vêtements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendre ses repas, boire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser les toilettes et assurer l'hygiène lors de l'élimination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si concerné.e	Faire ses repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Entretenir son logement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La personne est-elle autonome en termes de mobilité ?

	Complètement	Avec aide partielle	Avec aide totale
Se déplacer à l'intérieur d'un lieu connu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'extérieur, dans un lieu connu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'extérieur, dans un lieu inconnu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendre des transports en commun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La personne est-elle capable de gérer sa sécurité personnelle ?

Choisissez un élément.

Précisez si besoin :

	Complètement	Partiellement	Non	Commentaires
L'accueil de la personne pose-t-elle des difficultés de réponses en termes d'autonomie dans la vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La personne participe-t-elle aux activités de l'établissement ou du service ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La personne peut-elle s'occuper seule ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La personne est-elle en capacité d'exprimer ses besoins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L'accueil de la personne pose-t-elle des difficultés de réponses en termes éducatifs, sanitaires et sociaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Précisez si besoin :

SIGNALEMENTS D'INCIDENTS

Événements indésirables simples

Années (les 3 dernières)	Nombre d'incidents	Précisions si nécessaire

Événements indésirables graves

Années (les 3 dernières)	Nombre d'évènements	Précisions si nécessaire

Quels sont les autres besoins que vous identifiez ?
