

UNE ADAPTATION DE LA PCH AIDE HUMAINE QUI CONDITIONNE L'ACCES EFFECTIF A UNE SOCIETE INCLUSIVE

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées garantit un **droit à compensation à toute personne en situation de handicap quels que soient l'origine et la nature de la déficience**, l'âge ou le mode de vie.

Cette loi fait de l'Etat le **garant de l'égalité de traitement sur l'ensemble du territoire pour l'accès au droit à compensation**, mais les limites et incohérences de la PCH conduisent à des **iniquités de traitement importantes** entre les personnes handicapées et entre les territoires¹.

Le non accès à la PCH et ses limites sont en contradiction avec le cadre de la convention internationale relative aux droits des personnes en situation de handicap (article 19 « Autonomie de vie et inclusion dans la société ») et la volonté de déploiement d'une politique inclusive portée par le gouvernement français².

¹ HANDEO, Diversité de fonctionnement des MDPH : un accès à l'aide humaine à géométrie variable. Handéo : Paris, 2017

- « L'inclusion des personnes en situation de handicap constitue une des priorités du quinquennat. Les personnes en situation de handicap et celles qui les accompagnent ont droit à la solidarité nationale. » (Édouard Philippe, discours de Politique générale, 4 juillet 2017).
- La « ligne directrice sera de partir des besoins individuels des personnes handicapées pour bâtir des solutions [...] visant à simplifier leur vie quotidienne, leur accès aux droits, leurs démarches [...] » (Sophie CLUZEL, audition par la commission des affaires sociales à l'Assemblée nationale, 25 juillet 2017).
- « Cette société du vivre ensemble s'incarnera à travers la prochaine Conférence nationale du handicap [...] C'est à cette occasion que nous ouvrirons le chantier très attendu de la prestation de compensation du handicap tant pour les enfants que pour les adultes, notamment pour mieux [...] prendre en charge les besoin de compensation [...] ». (Sophie CLUZEL, audition en séance publique au Sénat, 31 octobre 2018).

La réalité des difficultés rencontrées et des besoins des personnes en situation de handicap psychique, mental, cognitif, neurodéveloppemental ou neurodégénératif n'est pas prise en compte dans la PCH. Ce qui **exclut aujourd'hui une grande partie des personnes handicapées de la compensation de leur handicap, qui pourtant leur est due.**

La rédaction d'un nouveau décret s'avère indispensable pour garantir une égalité de traitement dans l'accès à la compensation.

L'UNAFAM, Santé Mentale France et l'Unapei s'associent pour formuler des pistes de réflexion et propositions qui devront se poursuivre dans le cadre d'un groupe de travail spécifique.

I. LIMITES ET INCOHERENCES DE LA PCH AIDE HUMAINE

A. Une prestation inadaptée aux besoins des personnes en situation de handicap psychique, mental, cognitif, neurodéveloppemental ou neurodégénératif

La rigueur et la souplesse sont exigées simultanément pour accompagner des personnes avec un handicap psychique, mental, cognitif, neurodéveloppemental ou neurodégénératif. Il faut un **cadre d'intervention solide et fixe** (PCH) pour rassurer les personnes et construire un projet sur le long terme, mais aussi de la **souplesse** dans l'accompagnement (modularité de l'aide humaine), pour s'adapter aux changements de l'état de la personne, à ses comportements, ses attentes et capacités relationnelles. Ces spécificités des besoins relèvent à la fois des fonctions de communication, d'interactions sociales, cognitives (problème de mémoire, de concentration, de planification, d'attention, etc.), sensori-motrices (organisation, exécution et coordination des gestes), de perceptions sensorielles, les capacités exécutives (abstraction, compréhension de l'implicite, prise d'initiative, organisation et planification, gestion de l'espace et du temps flexibilité cognitive, prise de décision, etc.) émotionnelles, comportementales (humeur instable, manque de contrôle de soi, défaut d'esprit critique, perte de motivation, désinhibition, etc.), d'autonomie, etc.

Toutes ces fonctions ont un impact sur les besoins de compensation des personnes. Ces besoins ne sont pas toujours faciles à identifier car ils ne se donnent pas toujours à voir spontanément. Cela demande des **temps d'observation prolongés** que les MDPH ne sont pas en mesure de réaliser.

Or la PCH, telle qu'elle a été construite en 2005, n'a pas été pensée en tenant compte de ces publics pour lesquels les besoins d'aide humaine, parfois fluctuants, relèvent davantage d'un accompagnement global, d'une présence quotidienne, de stimulation dans les actes de la vie courante et de soutien dans la construction de projets à courts et longs termes.

- **Les critères d'éligibilité à la PCH ne sont pas adaptés à leurs besoins et déconnectés de la situation effective de ces personnes³.** La cotation des difficultés dans les actes de la vie quotidienne pour accéder à la PCH, à savoir une difficulté absolue pour la réalisation d'une activité ou une difficulté grave pour la réalisation de deux activités (annexe 2-5 du CASF), ne correspond pas à la réalité des difficultés d'une grande partie des personnes handicapées, présentant des **difficultés qualifiées plutôt de modérées tout en ayant besoin d'un accompagnement constant ne leur permettant pas de vivre seules.**
- **La notion de surveillance prévue par défaut dans les textes réglementaires est floue, complexe à appréhender et à appliquer.**
- Pour les personnes éligibles, **les plafonds de 6h05 et de 3h (pour la surveillance) sont loin de couvrir la réalité des besoins des personnes.** Les plans déplafonnés sont peu nombreux.
- **L'approche actuelle de la PCH par actes avec des calculs de temps d'aide minutés n'a pas de sens eu égard aux besoins de ces publics.**
- **Les réponses apportées sont figées et non modulables :** il y a un manque de souplesse dans l'attribution et l'utilisation des heures allouées et les contrôles d'effectivité sont stricts.
- De plus, **les grilles d'évaluation ne permettent pas aujourd'hui de rendre compte des besoins réels et globaux de ces personnes⁴.**

B. Les conséquences de cette inadaptation pour les personnes

La PCH aide humaine est pourtant un levier fondamental du « virage inclusif » porté par le gouvernement. **Ne pas y accéder réduit très fortement les possibilités de choisir son lieu de vie.** De nombreuses personnes handicapées restent dépendantes d'un établissement d'hébergement, d'un maintien inadéquat en hôpital ou dans la famille quand il y en a une. Pire encore, c'est la rue ou la prison.

³ CEDIAS Ile-de-France. Quels services d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap d'origine psychique ? Rapport final. Paris : Cédias, CNSA. 2010

⁴ HANDEO – Cekoïa Conseil, Recensement d'outils d'évaluation des besoins de compensation en aides humaines : pour les personnes autistes et/ou avec un trouble psychique, cognitif et/ou une déficience mentale. Handeo : Paris, 2019

L'absence de PCH aide humaine participe de l'isolement, voire de la mort sociale, de la marginalisation et de l'exclusion de certaines personnes en situation de handicap⁵.

La loi Elan a instauré un forfait pour l'habitat inclusif, de nouvelles formes d'habitats intermédiaires se développent sur l'ensemble du territoire et vont être amenées à se développer de plus en plus dans le cadre de la transformation de l'offre médico-sociale à venir. Ces dispositifs offrent un cadre solide et permanent (présence + relation d'écoute + activités quotidiennes assurées), indispensable à la stabilisation et à l'accompagnement des personnes. Les personnes handicapées revendiquent de plus en plus de vouloir vivre comme tout le monde tout en sachant qu'elles ont besoin d'aide. **La non éligibilité à la PCH empêche un certain nombre de personnes handicapées d'accéder à ces formes d'habitat.** En effet, l'accompagnement effectué par des services d'aide à domicile dans le cadre de ces habitats est **majoritairement déployé par la mise en commun de la PCH.**

Le non accès à la PCH est un **frein à la prévention et au processus de rétablissement** de certaines personnes. Il en résulte une absence d'amélioration de la qualité de vie et de l'état de santé de la personne, voire une dégradation. Pour certains publics, le risque est de multiplier les hospitalisations ou d'augmenter leur durée. Pourtant des travaux commencent à montrer les **gains économiques et l'impact social positif** de penser la PCH dans un processus plus large de **qualité de vie et de promotion de la santé des personnes** : réduction des coûts, renforcement de l'auto-détermination et de la possibilité de faire des choix, renforcement de la continuité de parcours et limitation des ruptures d'accompagnement, etc.⁶

Les conséquences d'une absence de PCH sont également très lourdes pour les **proches aidants**. Les besoins importants de surveillance de certaines personnes en situation de handicap conduisent certains aidants à être continuellement sollicités et en veille. Cela peut avoir pour conséquences un épuisement important, une réduction de la vie sociale, une altération de la vie privée, etc. Le maintien d'une activité professionnelle ou la reprise d'une activité des proches aidants peuvent également devenir très compliqués, voire impossibles sans la PCH aide humaine. Les proches aidants peuvent également avoir des difficultés de santé accrues s'ils ne disposent pas de temps de suppléance, de répit ou de relai facilités par la PCH aide humaine. Il peut s'agir, par exemple, du manque de sommeil qui a des conséquences sur la concentration, la fatigue, l'irritabilité, l'épuisement psychique, entre autres.

⁵ HANDEO- ANCREAI, « Étude sur l'accompagnement à domicile des personnes adultes en situation de handicap psychique », Handéo, 2016

⁶ HANDEO, Les effets pour les usagers d'un SAAD « renforcé » handicap psychique. Handéo : Paris, 2018 ; HANDEO, État des lieux pour définir un cadre d'expérimentation des dispositifs combinés et intégrés SAAD – SAMSAH/SAVS (SPASAD handicap adulte). Handéo, 2017

C. Des évolutions nécessaires de la PCH aide humaine : les enjeux

Un cadre solide et permanent est nécessaire pour tenir face à des situations souvent fragiles et fluctuantes. L'importance de l'accompagnement au domicile ne réside pas seulement dans les activités quotidiennes, mais surtout dans la présence, dans la relation et l'écoute, de façon continue. Les interventions doivent être régulières, sans rupture dans le temps. La personne a besoin de sentir que l'aidant est présent et réactif, qu'elle peut être réconfortée à tout moment. L'aidant fait souvent office de « contenant ». Mais ce besoin est le plus souvent invisible car il s'inscrit dans des micro-actions permanentes du quotidien.

La souplesse de l'intervention est également un élément clé. Les professionnels et aidants doivent être attentifs aux souhaits et réticences de la personne, et doivent aller en même temps « au-devant d'elle », sans attendre l'expression d'une demande claire et précise. Une partie de l'accompagnement auprès de ce public consiste à susciter ce lien et à le maintenir. La relation doit être ajustée régulièrement ; rien n'est acquis, rien n'est figé. **Elle peut être relativement intense pendant une période, puis se distendre.** De nombreux événements peuvent être des facteurs de stress et de déstabilisation. Cette souplesse doit donc s'exprimer à travers les pratiques professionnelles, mais aussi à travers l'organisation des interventions et des plannings (flexibilité des modalités d'interventions selon l'état de la personne).

La PCH aide humaine doit **offrir des modalités d'accompagnement favorisant le lien de confiance avec ce public, et le rendant acteur de sa propre vie.**

Les solutions proposées ne peuvent jamais être standardisées ni figées, car ce qui est adapté pour une personne ne l'est pas pour une autre, en fonction de la diversité des troubles et de leurs répercussions sur la vie quotidienne.

La refonte de la PCH aide humaine pour les personnes avec un handicap psychique, mental, cognitif, neurodéveloppemental ou neurodégénératif doit au moins répondre à trois enjeux majeurs :

- **Tendre vers plus d'équité dans l'accès à la compensation : adapter les critères d'accès à la PCH qui au départ n'ont pas été envisagés dans un cadre de pensée qui incluait véritablement ce type de public.**
- **Prendre en compte les « angles morts » comme les temps de coordination, l'environnement de la personne, le processus et le sens des actions** (par exemple être autonome pour l'alimentation ne signifie pas seulement porter la cuillère à sa boucle pour manger des aliments préparés, mais comprend un ensemble d'actes indispensables pour pouvoir réaliser l'activité : faire les courses, choisir les aliments, préparer le repas etc...)

- **Introduire plus de flexibilité dans l'utilisation de la PCH pour s'adapter à la fluctuation des besoins particulièrement prégnante pour une partie de ces publics.**

Pour **faire du domicile le centre de gravité des parcours de vie**, il est proposé de s'appuyer sur un **travail de redéfinition en profondeur de la PCH**.

Toutefois, il n'est pas question de remettre en cause les acquis et les éléments de la PCH, telle qu'elle est envisagée actuellement, adaptés à certains profils de handicap. Par exemple, la DREES avait montré que le passage de l'ACTP à la PCH apparaissait plus avantageux pour les personnes qui ont des **besoins importants aussi bien en aides humaines qu'en aides matérielles**⁷. Cependant les personnes ayant une déficience principale intellectuelle, psychique ou visuelle ont eu davantage tendance à conserver l'ACTP lorsqu'elles bénéficiaient du droit d'option avec la PCH⁸. On connaît les limites de l'ACTP et il paraît inenvisageable de revenir sur ce type d'aide : pour les personnes en situation de grande dépendance, l'ACTP à taux plein ne permettait pas de rémunérer la présence d'une aide à domicile à plus de quatre heures et demie par jour en 1982 ou à plus de deux heures en 2004. Aussi « dans le cas des handicaps les plus lourds, exigeant la présence continue d'une aide à domicile [les montants de l'ACTP étaient] donc largement déconnectés des besoins réels »⁹.

Une réforme ambitieuse est nécessaire pour élaborer et mettre en œuvre une prestation de compensation adaptée aux besoins de chaque personne.

II. PROPOSITIONS

A moyen terme

A. Pour la création d'une « compensation pour l'autonomie ou l'autodétermination »

A l'instar des travaux coordonnés par Monsieur Daniel Lenoir sur l'articulation entre l'AEEH et la PCH enfant, il faudrait envisager un scénario beaucoup plus ambitieux de cette réforme de la PCH aide humaine adulte en proposant un **programme de refonte sur deux ans qui se fasse en cohérence avec la PCH aide humaine enfant**. Comme pour la PCH enfant, **il est nécessaire de revoir les conditions d'éligibilité** à la situation particulière des personnes avec un handicap psychique, mental, cognitif, neurodéveloppemental ou neurodégénératif. Plusieurs voies d'évolutions sont à étudier.

⁷ DREES, Les bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne et de la prestation de compensation du handicap : deux populations bien différentes. Études et résultats, n° 772, 2011

⁸ DREES, Les bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne et de la prestation de compensation du handicap : deux populations bien différentes. Études et résultats, n° 772, 2011

⁹ Blanc P., Rapport n°210, Sénat, session ordinaire de 2003-2004. Rapport fait au nom de la Commission des Affaires Sociales sur le projet de loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. 11 février 2004. Voir également Beyrie A., Vivre avec le handicap. L'expérience de l'incapacité motrice majeure. PUR : Rennes, 2015. p.64

A plus court terme

Il serait primordial d'envisager une modulation temporelle des contrôles d'effectivité ainsi que plus de flexibilité dans la notification des plans de compensation et l'utilisation des heures allouées.

B. Pour une modulation temporelle des contrôles d'effectivité

Les personnes avec un handicap psychique, cognitif, neurodéveloppemental ou neurodégénératif, et certains profils de personnes avec une déficience intellectuelle, ont des besoins fluctuants. Cependant, la PCH aide humaine ne permet pas toujours d'être modulée en fonction de la variabilité de ces besoins.

Une des complexités qui vient impacter les marges de liberté est la **modalité de contrôle de la PCH mise en place par le département**¹⁰.

Dans les quelques départements visités par la mission [IGAS-IGA de 2011 sur la PCH], ce contrôle a posteriori s'effectue avant tout sur pièce. Ce dernier est d'une périodicité variable : mensuel dans deux départements, semestriel dans un troisième ou annuel dans un quatrième¹¹.

L'enquête Handéo de 2018 indique que 38 % des départements ont un contrôle d'effectivité mensuel pour les services prestataires. Ce taux est à 23 % concernant les particuliers employeurs¹².

Le vade-mecum de la DGAS rappelle dans ce sens que « si pour certains besoins l'appréciation est quotidienne, pour d'autre elle est mensuelle avec possibilité de capitalisation sur l'année (participation à la vie sociale) ou annuelle (déplacement, et frais supplémentaires liés à l'exercice d'une activité professionnelle) »¹³. Aussi il recommandait dès 2007 un contrôle d'effectivité au moins trimestriel, voire annuel.

¹⁰ L'article D. 245-58 du CASF prévoit que : « le président du conseil [départemental] peut à tout moment procéder à un contrôle **sur place ou sur pièces** en vue de vérifier si [...] le bénéficiaire de la PCH a consacré la prestation à la compensation des charges pour lesquelles elle lui a été attribuée ».

¹¹ Joseph-Jeanneney B., Laloue F., Leconte T., Haddouche N., O'Mahony P., Évaluation de la prestation de compensation du handicap (PCH). Rapport IGAS/IGA, 2011

¹² HANDEO, Prestation de Compensation du Handicap (PCH) « aide humaine » et Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). 2018

¹³ DGAS, Prestation de compensation. Vade-Mecum, 2007. p.58

En outre, selon les départements, l'ensemble des heures du plan d'aide (et pas uniquement les heures liées à la participation à la vie sociale, aux déplacements ou frais supplémentaires liés à l'exercice d'une activité professionnelle comme le prévoit l'annexe 2-5 du CASF) peuvent être définies pour le mois ou lissées sur le mois suivant. **Ce rythme trimestriel ou annuel faciliterait ce lissage des heures et donc l'ajustement des plans de compensation.**

La proposition 20 du rapport « Plus Simple la Vie » d'Adrien Taquet et Jean-François Serres de 2018 insistait de nouveau sur ce point et préconisait un contrôle annuel.

C. Pour une flexibilité des plans de compensation et « l'octroi d'un crédit-temps »

Ces possibilités d'ajustement sont également dépendantes de la précision du plan qui sera envoyé à la personne et/ou au service par la MDPH : certains plans précisent le nombre d'heures prévues pour la vie sociale, les actes essentiels ou la surveillance, d'autres indiquent juste une enveloppe d'heures globales. Pour les MDPH qui précisent le nombre de minutes par type d'acte dans le plan de compensation, il y a une difficulté pour les services prestataires à domicile de mettre en place un projet individualisé d'aide et d'accompagnement tel que prévu par l'article D. 312-6 du CASF¹⁴.

Cette obligation réglementaire demande que les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) mettent en place des prestations personnalisées qui s'inscrivent dans un **projet d'individualisé d'aide et d'accompagnement élaboré à partir d'une évaluation globale des besoins de la personne.**

Pour rappel, « le travail des professionnels consiste à aider la personne à affiner sa compréhension de sa situation, exprimer ses attentes et construire avec elle le cadre d'un accueil et d'un accompagnement personnalisés » (Anesm 2008, p. 14). Ce travail a pour objectif d'accroître la qualité de vie des personnes, leur autonomie et leur inclusion dans la société. Pour faciliter ce travail, les professionnels s'appuient sur ce projet individualisé d'aide et d'accompagnement.

¹⁴ Article D312-6 du CASF : « Conformément aux dispositions des 6° et 7° du I de l'article [L. 312-1](#), les services d'aide et d'accompagnement à domicile concourent notamment : 1° Au soutien à domicile ; 2° A la préservation ou la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne ; 3° Au maintien et au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage. Ils assurent au domicile des personnes ou à partir de leur domicile des prestations d'aide à la personne pour les activités ordinaires de la vie et les actes essentiels lorsque ceux-ci sont assimilés à des actes de la vie quotidienne [...] Ces prestations s'inscrivent dans **un projet individualisé d'aide et d'accompagnement élaboré à partir d'une évaluation globale des besoins de la personne.** Elles sont réalisées par des aides à domicile, notamment des auxiliaires de vie sociale ou des accompagnants éducatifs et sociaux. »

Ce projet individualisé devrait permettre, notamment, de prendre en compte l'environnement de la personne et la manière dont elle peut diversement « vivre chez elle » (logement individuel de la famille, hébergement temporaire, établissement en alternance ou « hors les murs », etc.) à travers différents rythmes (jour, nuit, weekend, vacances, etc.) et avec un degré plus ou moins structuré d'accompagnement social, médico-social et sanitaire.

Le service peut mettre jusqu'à 6 mois pour établir ce projet (D. 311 du CASF). Or l'évaluation de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH est sur une durée beaucoup plus courte et moins quotidienne. Il paraît donc important de pouvoir donner de la souplesse aux services à domicile pour répondre à leur exigence réglementaire, mais aussi et surtout être au plus près des besoins de compensation réels des personnes.

Cette souplesse pourrait passer par des notifications moins contraignantes, mais également par un « crédit temps » qui serait ajustable.

D. Pour une différenciation de l'évaluation des besoins et de l'usage des heures allouées

Cette flexibilité serait facilitée si le législateur différenciait plus nettement l'évaluation des besoins avérés liés au handicap (qui permet au financeur de disposer d'un outil de régulation) de la manière dont le plan d'aide sera utilisé par la personne.

En outre, aujourd'hui de nombreux services réalisent des actes qui ne sont pas officiellement couverts par la PCH aide humaine : aide à la parentalité, aides domestiques, mais également aide informatique et accès à internet, aide à la prise de médicaments, stimulation sensorielle, aide dans les interactions sociales, etc. Si l'on reprend l'exemple des aides dans les activités domestiques (qui incluent l'aide au ménage, mais également l'aide à la préparation des repas, l'aide aux courses, l'aide administrative, etc.), ces aides ne sont pas nécessairement des prestations de confort permettant d'accomplir une tâche que la personne ou la famille pourrait faire, mais qu'elle décide de déléguer. Elles peuvent relever d'autres fonctions qui s'inscrivent dans l'esprit de la loi de 2005.

- **Pour certaines personnes les aides domestiques peuvent être envisagées comme des activités essentielles de la vie de la personne qui n'a pas les possibilités physiques ou psychiques de réaliser ces tâches.**
- **On peut aussi envisager ces actes dans une fonction « d'éducation », « d'autonomisation » ou « d'empowerment » de la personne.**
- **Ils peuvent aussi être des actes « transitoires » pour entrer en relation avec la personne, ou la famille, et ainsi établir une relation de confiance autour d'actes émotionnellement et intimement peu engageants.**

- **L'aide dans les activités domestiques peut aussi venir en soulagement et en répit des proches aidants leur évitant de réaliser certaines tâches du quotidien au profit de la personne en situation de handicap ou d'autres membres de la famille.**

L'utilisation du plan d'aide devrait donc pouvoir permettre de penser les actes en fonction de leur objectif. Son utilisation devrait également permettre de prendre en compte les « angles morts » actuels comme les temps de coordination, l'environnement de la personne et l'action dans tout son processus (pas exclusivement le moment de sa réalisation) si l'on veut parler de prise en compte réelle des besoins individuelles de la personne.

CONCLUSION

Au vu des constats posés, des propositions et premières pistes de réflexion formulées au sein de cette contribution, nous suggérons la mise en place urgente d'un groupe de travail spécifique indispensable pour mener une réforme de grande ampleur, telle qu'attendue. Nos associations s'engagent à contribuer à ce groupe de travail pour élaborer la refonte et la rénovation de la PCH afin qu'elle réponde aux besoins des personnes en situation de handicap psychique, mental, cognitif, neuro-développemental ou neurodégénératif. L'ouverture de ce chantier serait le complément des travaux menés pour l'élaboration du volet 3 du certificat médical des MDPH pour les personnes ayant des altérations des fonctions mentales, cognitives et psychiques, et pourrait faire l'objet d'une annonce lors de la conférence nationale du handicap de début juillet.

BIBLIOGRAPHIE

CEDIAS Jean-Yves Barreyre : recherche-action « l'évaluation des situations de handicap d'origine psychique » CNSA . 2008

CEDIAS Ile-de-France. Quels services d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap d'origine psychique ? Rapport final. Paris : Cédias, CNSA. 2010

DGCS : l'habitat inclusif pour les personnes en situation de handicap : modalités de mise en commun de la prestation de compensation du handicap. CIH du 2/12/2016

Desjeux C., « Réformer la prestation de compensation du handicap pour une meilleure prise en compte des besoins des personnes ». In Puech I., Touahria-Gaillard A. (sous la dir.), l'accompagnement du handicap à domicile. PUG : Grenoble, 2018a. pp 43-60

HANDEO – Cekoïa Conseil, Recensement d'outils d'évaluation des besoins de compensation en aides humaines : pour les personnes autistes et/ou avec un trouble psychique, cognitif et/ou une déficience mentale. Handeo : Paris, 2019

HANDEO, Diversité de fonctionnement des MDPH : un accès à l'aide humaine à géométrie variable. Handéo : Paris, 2017

HANDEO- ANCREAI, « Étude sur l'accompagnement à domicile des personnes adultes en situation de handicap psychique », Handéo, 2016

HANDEO, Les effets pour les usagers d'un SAAD « renforcé » handicap psychique. Handéo : Paris, 2018

HANDEO, État des lieux pour définir un cadre d'expérimentation des dispositifs combinés et intégrés SAAD – SAMSAH/SAVS (SPASAD handicap adulte). Handéo, 2017

HANDEO, Participation à la vie sociale des personnes en situation de handicap : les accompagnements hors du domicile réalisés par les services d'aide à la personne, Handéo : Paris, 2017

Haut conseil de santé publique, L'évaluation des besoins des personnes handicapées et l'élaboration des réponses au sein des MDPH. Avis émis le 11 mai 2015

IGAS, L'évaluation de la prise en charge du handicap psychique, 2011

IGAS, L'évolution de la PCH. Rapport 2016

Contacts

UNAFAM :

Roselyne Touroude : rose.touroude@orange.fr

Santé Mentale France (SMF) :

Jacques Marescaux : j.marescaux@santementalefrance.fr

Marie Delaroque : m.delaroque@vivre-devenir.fr

Unapei :

Pauline DESCHAMPS : p.deschamps@unapei.org

Hélène LE MEUR : h.le_meur@unapei.org

Bruno LE MAIRE : b.lemaire@unapei.org