

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

1 7 ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission d'enquête sur les défaillances des politiques publiques de prise en charge de la santé mentale et du handicap et les coûts de ces défaillances pour la société

- Audition, ouverte à la presse, de Mme Anne-Carole Bensadon et M. Franck Le Morvan, inspecteurs généraux des affaires sociales, et de Mme Sarah Bartoli, inspectrice des affaires sociales..... 2
- Présences en réunion..... 13

Mercredi
1^{er} octobre 2025
Séance de 14 heures

Compte rendu n° 24

SESSION ORDINAIRE DE 2025-2026

**Présidence de
Mme Nicole Dubré-Chirat,
Présidente**



La séance est ouverte à quatorze heures.

La commission auditionne Mme Anne-Carole Bensadon et M. Franck Le Morvan, inspecteurs généraux des affaires sociales, et Mme Sarah Bartoli, inspectrice des affaires sociales.

Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat. Nous recevons les représentants de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas).

Je souhaite la bienvenue à Mme Anne-Carole Bensadon, inspectrice générale des affaires sociales, médecin et professeure d'économie de la santé, qui a contribué au rapport de l'Igas sur la prévention primaire dans les établissements de santé, à M. Franck Le Morvan, inspecteur général, qui a participé à la rédaction du récent rapport de l'Igas intitulé « Handicap : comment transformer l'offre sociale et médico-sociale pour mieux répondre aux attentes des personnes ? », ainsi qu'à Mme Sarah Bartoli, inspectrice, qui a contribué au rapport de l'Igas de 2024 sur les MDPH (maisons départementales des personnes handicapées).

Je vous remercie de nous déclarer tout autre intérêt public ou privé de nature à influencer vos déclarations.

L'article 6 de l'ordonnance du 17 novembre 1958 relative au fonctionnement des assemblées parlementaires impose aux personnes auditionnées par une commission d'enquête de prêter le serment de dire la vérité, toute la vérité, rien que la vérité.

(Mme Anne-Carole Bensadon, M. Franck Le Morvan et Mme Sarah Bartoli prêtent successivement serment.)

M. Franck Le Morvan, inspecteur général des affaires sociales. Je suis également président d'une association qui gère une structure psychiatrique et, accessoirement, quelques établissements médico-sociaux. Néanmoins, il n'y aura pas de problème déontologique puisque je n'interviendrai pas sur la santé mentale.

Mme Anne-Carole Bensadon, inspectrice générale des affaires sociales. J'ai été professeure associée non pas en économie mais en management des structures sanitaires et médico-sociales ; néanmoins, j'ai beaucoup travaillé sur les questions économiques.

La santé mentale a fait l'objet de nombreux rapports de l'Igas. Je pense en particulier à celui auquel j'ai récemment collaboré sur la situation de la psychiatrie dans le département de la Haute-Garonne, qui corrobore des travaux plus anciens – malheureusement, sur certains points, la situation n'a pas évolué depuis.

J'évoquerai, pour commencer, les difficultés d'accès aux soins en santé mentale. En 2019 déjà, on relevait des besoins majeurs dans ce domaine : un quart des Français étaient concernés par des troubles psychiques, directement ou par l'intermédiaire de leurs proches. L'étude de la situation en Haute-Garonne a montré une forte augmentation des besoins liée à la crise du covid – comme partout en France –, mais aussi, en particulier à Toulouse, à l'évolution démographique.

Les CMP constituent un pilier essentiel du dispositif, alliant proximité, pluridisciplinarité et accessibilité. Toutefois, des délais d'attente trop longs avant la prise en charge, voire l'absence de réponse, conduisent parfois à la décompensation d'une pathologie qui était pourtant bien contrôlée par la thérapeutique, entraînant, de fait, le passage aux urgences.

L'augmentation de la file active des services d'urgences constitue un premier écueil. Outre que ces derniers sont déjà saturés, le secteur public fait face à un réel problème de recrutement des soignants et des psychiatres : le fait de devoir assurer des gardes et de collaborer à la permanence des soins nuit à l'attractivité des services psychiatriques et explique que les professionnels privilégient le mode d'exercice libéral. À Toulouse, nous avons constaté une augmentation de 30 % entre 2019 et 2024 du nombre de prises en charge dans les services d'urgences en psychiatrie, qui représentent 32 % des passages aux urgences en 2024.

L'insuffisance de l'offre d'hospitalisation pour les patients en soins sans consentement est également un problème essentiel, malheureusement récurrent – nous avons pu comparer les données sur des séries longues –, qui conduit à une saturation des services d'urgences, d'autant que ces patients requièrent une surveillance constante et régulière, ce qui est très compliqué pour les établissements concernés, y compris privés : un patient en soins sans consentement n'est pas égal à un autre. En outre, c'est toujours difficile de trouver une place d'hospitalisation en sortie d'urgences, que ce soit pour un patient en soins sans consentement ou non.

Vous nous demandez dans votre questionnaire si la coordination des soins en matière de santé mentale apparaît suffisamment lisible pour garantir une orientation et une prise en charge efficace des patients. Le médecin généraliste joue un rôle majeur dans le repérage et la prise en charge des malades ; néanmoins, il doit être appuyé et relayé si besoin. Il existe dans certains départements – nous l'avons étudié en particulier s'agissant de la Haute-Garonne – un dispositif de soins partagés en psychiatrie, le DSPP, qui est très intéressant. La coordination entre professionnels de santé implique de connaître l'ensemble des modalités de prise en charge dans un territoire donné, c'est-à-dire, au-delà des noms et des types de structures, les modalités réelles d'accueil des patients et les spécificités de chaque établissement.

En ce qui concerne l'organisation sectorielle des soins psychiatriques, nous avons constaté que la définition des secteurs devait être modifiée au cas par cas, pour tenir compte non seulement des évolutions démographiques mais aussi des différences de vulnérabilité entre les patients.

Pour en revenir aux centres médico-psychologiques, le fait d'accueillir des patients aux pathologies lourdes avec des ressources en personnel inadaptées aux besoins et à la longue file active liée aux délais d'attente contraint les professionnels à trier les patients pour traiter en priorité les cas les plus graves. Outre que le tri est compliqué à opérer, les professionnels préféreraient être en mesure d'accueillir tous ceux qui en ont besoin. Cette situation participe sans doute aussi au manque d'attractivité du secteur – alors qu'auparavant exercer dans un CMP était très prisé. La question de l'évaluation du risque est également très importante. Au-delà du phénomène de décompensation déjà évoqué pour ceux qui ne sont pas pris en charge rapidement, certains patients ne sont même pas suivis par un psychiatre ; dans ces conditions, il est possible, même quand on est très bon, de se tromper en toute bonne foi sur les risques potentiels, ce qui peut conduire à des événements dramatiques.

Par conséquent, les tensions en matière de ressources humaines représentent un facteur aggravant des difficultés d'accès aux soins. J'ajoute que les patients atteints de troubles psychiatriques sont plus difficiles à prendre en charge. Les personnels sont donc davantage exposés, ils disposent de moins de temps pour le travail d'équipe et exercent dans des conditions de plus en plus tendues sur le plan des moyens.

Enfin, vous nous demandez si l'offre de soins en psychiatrie est caractérisée par une surspécialisation. De nombreux dispositifs ont été créés, tous intéressants, mais je ne vais pas les énumérer ici. En tout cas, il est certain qu'un psychiatre choisira plus volontiers de s'installer au sein d'une structure dotée de moyens que de rejoindre les urgences en psychiatrie.

M. Franck Le Morvan, inspecteur général des affaires sociales. Je vais essayer de répondre à la dernière question de votre questionnaire, sur l'état d'avancement de la transformation de l'offre médico-sociale et les freins éventuels à cette transformation – je me concentrerai sur ceux qui sont à la main du législateur et à propos desquels nous avons formulé des recommandations.

En raison du manque de données, il est difficile d'avoir une vision fine et exhaustive de cette transformation. Nous disposons néanmoins d'indicateurs intéressants, parmi lesquels le nombre d'établissements capables de couvrir la palette complète des besoins – hébergement, accueil de jour et accompagnement en milieu ordinaire – et d'apporter une offre coordonnée. En 2021, dans le cadre d'un précédent rapport, nous avons dressé un constat intermédiaire, réévalué en 2024 : la modularité de l'offre ne concerne encore que 25 % des établissements pour enfants et 3 % des établissements pour adultes – c'est dire si nous sommes loin du compte si nous voulons généraliser le modèle.

Pourtant, de nombreux organismes gestionnaires sont capables d'assurer la modularité recherchée, mais dans le cadre de structures juridiques distinctes. Nous avons calculé qu'en permettant à ces organismes ou aux personnes morales de regrouper au sein d'une seule structure l'ensemble des établissements et services qu'ils gèrent par département, nous pourrions multiplier par trois au moins le taux de 25 % que je viens de citer – vous trouverez dans le rapport une cartographie à ce propos. Par conséquent, de fortes potentialités existent ; mais, en raison du poids de l'histoire, les autorités publiques semblent réticentes – plus que les établissements – à sauter le pas, alors même que c'est juridiquement possible depuis 2017. Si nous voulons, comme l'a souhaité la CNH (Conférence nationale du handicap) en 2023, fournir aux personnes en situation de handicap une offre de services coordonnés d'ici à 2030, il faut que le législateur inscrive dans la loi un droit au regroupement des établissements et simplifie les procédures pour que cette transformation ne nécessite aucun appel à projets. C'est faisable rapidement.

Dans un second temps, les établissements et services regroupés exerceraient dans le cadre d'une responsabilité populationnelle territorialisée, comme pour les secteurs de la psychiatrie ou de l'hospitalisation à domicile. Cela existe déjà, mais seulement à titre expérimental ; pour généraliser ce modèle, il faut définir un cadre législatif, et ce dès maintenant afin qu'en attendant la généralisation, les structures qui le peuvent le fassent sans complication administrative.

Ensuite, il faudrait repenser la gouvernance de l'offre médico-sociale. Une mesure simple, parmi d'autres, consisterait à fusionner les documents d'orientation et de programmation établis pour l'heure à la fois par les ARS (agences régionales de santé) et les départements, au lieu de travailler sur la base de documents distincts qui concernent l'un le champ des enfants, l'autre celui des adultes. En l'absence d'un schéma unique, il est difficile de coordonner, par exemple, le passage d'un établissement pour enfants à une structure pour adultes.

Nous nous sommes également penchés sur la tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS). Les règles en la matière ont été nettement assouplies et il est possible de faire beaucoup de choses dans le cadre des EPRD (états des prévisions de recettes et de dépenses), dès lors qu'un CPOM (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens) a été conclu. Néanmoins, quelques obstacles demeurent à la prise en compte de la modularité des accompagnements, parmi lesquels la nécessité pour un établissement, même capable de moduler l'accueil entre hébergement et accompagnement en milieu ordinaire, de calculer un

prix de journée pour certains publics : par exemple dans les cas d'application de l'amendement Creton ou lorsqu'une personne est accueillie dans un département distinct de celui de son domicile de secours, la prise en charge incombant au département du lieu de domicile. Pourtant, l'objectif est plutôt d'arrêter l'hébergement au profit d'un accompagnement à domicile. Il faut donc revoir les textes à ce sujet.

Il faudrait aussi se projeter vers l'avenir et réfléchir à un nouveau modèle de financement, reposant sur un budget personnalisé, attaché à la personne accompagnée, et non plus calculé au niveau de l'établissement.

Un autre domaine de réflexion concerne l'accompagnement des acteurs. Il faudrait en finir avec le contrat de séjour prévu dans le code de l'action sociale et des familles, qui renvoie à la notion d'hébergement et d'accueil, pour le remplacer par un contrat d'accompagnement qui vaudrait pour l'ensemble du parcours, c'est-à-dire depuis l'hébergement à temps plein jusqu'à l'accompagnement en milieu ordinaire – qui devrait être de plus en plus privilégié. Il y a sans doute une part symbolique dans cette mesure, mais pas seulement.

De même, il faut réaffirmer le principe premier de l'autodétermination : l'accompagnement ne doit pas être subi par la personne, mais voulu. Il faut donc former tous les acteurs à la transformation de l'offre vers un système modulaire, tant lors de la formation initiale – grâce à une refonte des référentiels des diplômes d'État, qui est en cours – qu'ensuite, lorsque le personnel est en poste – or ce n'est pas toujours le cas, loin de là ! D'après nos estimations, cela représenterait un coût de l'ordre de 200 millions d'euros qui ne sont pas, pour l'instant, prévus dans les plans de transformation.

Il ne peut pas y avoir de transformation de l'offre sans prise en compte des droits individuels des personnes en situation de handicap, qui doivent bénéficier d'un droit d'absence et d'un double droit à l'essai et au retour. Selon les règlements départementaux de l'aide sociale, une personne qui s'absente de son établissement d'accueil pour tester un mode d'accompagnement en milieu ordinaire est pénalisée financièrement, car elle doit continuer à assumer, pour partie, le coût de l'hébergement. Il faudrait, par une disposition législative, renverser la règle et ouvrir un droit à l'absence, sans frais, assorti d'un droit au retour – comme cela se fait dans les Esat (établissements et services d'aide par le travail). Car le vrai frein qui empêche les personnes de tenter un mode plus inclusif, c'est la crainte, tout à fait légitime, de perdre leur place et de ne plus pouvoir revenir.

Dernier point : il faut revoir l'articulation avec les prestations individualisées. Nous avons constaté qu'un changement de mode d'accompagnement entraîne souvent une rupture dans le paiement des prestations durant le temps d'instruction du dossier, même quand leur montant est appelé à augmenter – celui de l'AAEH (allocation d'éducation de l'enfant handicapé), par exemple, est plus élevé quand l'enfant est accompagné à domicile que lorsqu'il est accueilli dans un établissement. C'est un frein majeur aux essais que je viens d'évoquer. Il faudrait donc, au minimum – et sans préjudice d'une réforme plus profonde qui n'est pas de notre ressort –, prévoir une période transitoire de six mois durant laquelle la prestation antérieure serait maintenue. Il faut mieux articuler les questions d'organisation des établissements et d'accès aux droits individuels.

Mme Sarah Bartoli, inspectrice des affaires sociales. Je vais être très rapide, parce qu'il est difficile de résumer en cinq minutes un rapport sur les MDPH qui comporte trente-et-une recommandations.

Pour rédiger ce rapport, qui ne répond pas à une commande ministérielle mais qui figurait dans le programme de travail de l'Igas, nous étions quatre inspecteurs aux profils variés. Nous avons essayé d'analyser le cœur de l'activité des MDPH : l'accueil, l'instruction des dossiers, l'évaluation et la décision. Nous l'avons fait avant la CNH. Notre but était de réaliser un diagnostic aussi objectif que possible. Pour ce faire, nous nous sommes déplacés dans sept MDPH, nous avons pris le temps de rencontrer les équipes en menant des entretiens ciblés et nous avons exploité toutes les données disponibles à l'échelle nationale. Nous avons aussi examiné des dossiers individuels. Les investigations ont eu lieu d'octobre 2023 à février 2024.

On trouve des choses bien connues parmi les éléments clés qui figurent dans le rapport : l'augmentation de l'activité, les délais et la complexité de l'exercice d'évaluation, mais aussi le caractère perfectible de la relation avec les usagers ou la qualité des outils de travail des MDPH. Les personnes que vous avez déjà auditionnées vous ont probablement parlé de ces sujets.

Nous avons aussi abordé le rôle de la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) pour gérer la cinquième branche de la sécurité sociale, ainsi que le cadre partenarial dans lequel s'inscrit localement l'action des MDPH, qui est absolument décisif quels que soient les choix de gouvernance.

Enfin, comme les cabinets ministériels nous y avaient invité, nous avons émis quelques hypothèses de transformation du modèle sur lesquelles nous pourrions revenir si vous le souhaitez.

Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat. Merci pour cette présentation rapide et précise.

Vous avez évoqué l'organisation sectorielle des soins psychiatriques, à laquelle sont attachés la majorité des personnels. On sait cependant que certaines populations vulnérables un peu à part, telles que les sans-domicile fixe ou les immigrés en attente de papiers, ont des difficultés d'accès aux soins ou subissent des ruptures dans leur parcours de soins. Cela a des effets aggravants sur leur maladie.

Je ne peux qu'être d'accord avec vous sur le droit au regroupement des structures.

La multiplication des appels à projets a permis d'innover et de mettre en place un certain nombre de dispositifs, mais ces derniers sont devenus totalement illisibles pour les patients et les familles. En outre, ils ne sont pas forcément pérennes, ce qui a des conséquences sur la prise en charge des patients devant être suivis. Votre rapport fournit des pistes assez intéressantes, notamment en ce qui concerne les modifications législatives qu'il faudrait envisager.

Je m'interroge aussi sur l'articulation entre les différentes aides. Nous avons reçu récemment des personnes qui sont en rupture de droits entre l'AAH (allocation aux adultes handicapés) et la retraite, qui passent par le RSA et à qui on demande ensuite de rembourser des trop-perçus, ce qui entraîne des difficultés financières. En outre, cette situation d'insécurité leur ôte toute visibilité et les empêche de se projeter dans l'avenir. C'est l'un des effets majeurs de défaillances de politiques publiques sur la vie quotidienne des patients.

L'augmentation des délais de traitement des dossiers par les MDPH a été étudiée en 2018 ; après une légère amélioration, les difficultés sont réapparues en raison de la hausse du nombre de demandes. Comment peut-on aider les MDPH à faire mieux ? La mise en place de guichets uniques et l'attribution de droits à plus long terme pourrait éviter de devoir refaire des demandes, ce qui offrirait un gain de temps et d'effort.

Il est très difficile d'obtenir des données consolidées à l'échelle nationale. Y avez-vous eu accès ? En particulier, dispose-t-on d'une évaluation des effets de la cessation d'activité des mères ou conjointes du fait des délais d'instruction des demandes de prise en charge de personnes handicapées ? Cela permettrait d'inciter à bousculer certains fonctionnements administratifs. Peut-on simplifier et mieux coordonner l'activité des différents organismes ?

Mme Anne-Carole Bensadon. Votre question sur la sectorisation est essentielle. Je n'ai pas assez étudié le sujet pour vous répondre et il s'agit d'une question complexe. Comme vous l'avez souligné, les psychiatres sont très attachés à cette organisation. Mais il conviendra de vérifier au cas par cas si les secteurs sont toujours d'actualité et s'ils correspondent à l'évolution de la population.

Les situations sont très variées. Dans certains secteurs, l'essor de la population a été très important et l'on a remarqué qu'il se cumulait avec un accroissement des facteurs de vulnérabilité. C'est ce que nous avons constaté dans deux secteurs en Haute-Garonne. Les travaux menés par l'ORSM (observatoire régional de santé mentale) montraient de manière impressionnante combien l'ensemble des facteurs de vulnérabilité y avaient augmenté. Un secteur n'est pas seulement une population. L'évolution démographique est un critère, mais il doit être complété par les caractéristiques et les besoins particuliers de la population.

Mme Sarah Bartoli. S'agissant de la question de la simplification et de celle consistant à savoir comment on peut aider les MDPH, il faut tout d'abord souligner que beaucoup de choses ont été faites. La CNSA s'est beaucoup investie et les MDPH également. L'accompagnement de celles-ci par l'échelon national a été récemment renforcé.

On dispose de données sur l'ensemble de l'activité des MDPH, même si elles sont un peu difficiles à reconstituer. Le nombre des demandes déposées est passé de 2,5 millions en 2009 à 4,9 millions en 2023, soit un quasi-doublement en une quinzaine d'années. Je pourrai vous fournir des éléments plus détaillés sur les raisons de cette progression si vous le souhaitez. Les délais d'instruction restent trop longs, mais ils sont contenus au regard de l'accroissement du nombre de demandes.

S'agissant des pistes d'amélioration, il faut rester modeste. Notre rapport est peut-être un peu décevant, car il ne propose pas une solution miracle mais un bouquet de solutions. On peut également réfléchir à une transformation radicale du modèle. Mais il faut se souvenir qu'avant 2005 également, les délais d'instruction des demandes étaient longs.

Parmi les solutions que nous proposons figure l'assouplissement du caractère pluridisciplinaire de l'instruction des demandes. Même s'il s'agit d'une caractéristique essentielle des MDPH dans la loi de 2005, en pratique, certaines d'entre elles ont déjà décidé de confier l'instruction d'une partie des dossiers à une seule personne. On peut envisager la généralisation de cette mesure s'agissant de certains droits.

Nous avons une deuxième piste de simplification qui concerne le formulaire de demande auprès d'une MDPH. Celui-ci avait été conçu pour être dématérialisé, mais il est utilisé sous forme papier. Il est extrêmement compliqué. En outre, il n'existe pas de formulaire-type simplifié pour les renouvellements de demande. Nous proposons d'en établir un, véritablement simplifié, et de supprimer un certain nombre de rubriques du formulaire de première demande.

Un dossier bien complété indique généralement que le demandeur a été accompagné, soit par un membre d'une association, soit par une personne travaillant dans une MDPH ou un CCAS (centre communal d'action sociale). L'accompagnement des usagers en matière d'utilisation des outils numériques est très peu pratiqué au sein des MDPH. Aussi avons-nous proposé de le développer à l'occasion de la mise en place du SPDA (service public départemental de l'autonomie), par exemple en instaurant un label accueil pour les MDPH.

Enfin, nous formulons une proposition assez technique consistant à mettre en place une stratégie pluriannuelle de déploiement de flux de données entrants en provenance des partenaires des MDPH. Actuellement, à part le dossier de demande, le système d'information des MDPH comprend uniquement des flux sortants, par exemple vers la CAF (caisse d'allocations familiales). Le dossier de demande est compliqué, mais on sait que de nombreuses informations sont disponibles auprès d'autres organismes. On peut donc envisager de les importer dans le système d'information des MDPH, ce qui suppose un très grand changement dans la conception de ce dernier.

Vous nous avez interrogés par écrit sur les avantages éventuels d'un système d'information national. La mission n'a pas pris position sur cette question, mais nous avons à cœur que de l'information soit poussée vers les MDPH. Cela aiderait leurs équipes – dont la taille est parfois très réduite – à mieux faire face à la massification des demandes. Toute information préalablement transmise sera utile.

Ces quatre pistes ne répondent pas à tous les problèmes, mais nous plaçons nos espoirs en elles.

M. Franck Le Morvan. Nous n'avons pas étudié l'ensemble des prestations, mais nous avons pris quelques exemples.

S'agissant de l'AEEH, lorsqu'un enfant est accueilli dans une structure, l'accompagnement dont il bénéficie peut être modulé en fonction de l'évolution de sa situation. Pour cela, son dossier n'a pas à être étudié de nouveau par la CDAPH (commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées). En revanche, si le montant de l'AEEH est susceptible d'être affecté par l'évolution des modalités d'accompagnement, une décision de la CDAPH est nécessaire. On a allégé seulement le premier versant de la procédure, alors que le second est essentiel pour la famille d'un point de vue financier. Il faudrait donc aller au bout de la démarche de simplification.

La nature de l'accompagnement est l'un des paramètres du calcul de l'AEEH. D'une certaine manière, cela revient à accorder une importance démesurée à quelque chose de secondaire, puisque l'essentiel est d'accompagner la personne en fonction de ses besoins et de ses souhaits. Il faudrait modifier en profondeur les règles de calcul de l'AEEH.

Comme nous n'étions pas en mesure de présenter une refonte complète, nous avons recommandé qu'au moins il n'y ait pas de modification du montant de cette prestation à la suite d'une évolution du mode d'accompagnement. Mais il faudrait aller plus loin, en évitant que la MDPH ait à se prononcer de nouveau, car il s'agit d'une prestation dont les conditions d'attribution sont bien définies. Il est toujours possible pour la famille de former un recours devant la CDAPH lorsqu'elle n'est pas d'accord avec l'accompagnement proposé par l'établissement. Comme je le disais, il faudrait prévoir une période minimale pendant laquelle la prestation versée ne change pas.

M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur. Je voudrais vous faire part d'une triple frustration.

La première résulte du fait que nous n'ayons pas plus de temps, parce que vos rapports sont passionnants, éclairants, exigeants et rigoureux. C'est précieux pour les députés que nous sommes.

Deuxième frustration : vous énoncez – pardon – des évidences, révélatrices du fait que les politiques ne font pas bouger les lignes. Vous avez évoqué les équipes pluridisciplinaires d'évaluation, qui ne sont pas du tout adaptées à la simplicité de certains dossiers et à la nécessité de traiter certaines demandes de manière pour ainsi dire industrielle, afin de fluidifier. La question ne devrait même pas se poser. Je suis également désolé que, vingt ans après la loi de 2005, vous soyez obligés de rappeler que la transformation de l'offre doit respecter l'autodétermination et le projet de vie souhaité par les personnes. Ce n'est pas l'Igas qui en est responsable ; ce sont les pouvoirs publics et les responsables politiques, qui sont parfois à côté de la plaque.

Ma troisième frustration est relative à l'objet de cette commission d'enquête. Elle doit se pencher sur les coûts évités et avoir une approche médico-économique. Vous avez estimé à 200 millions le montant nécessaire pour accompagner la transformation de l'offre – il me semble que le chiffre qui figure dans votre rapport s'élève à 177 millions, mais je vous fais confiance. Il existe des transformations de l'offre qui sont à la fois plus respectueuses de l'expression du projet de vie et moins coûteuses que les dispositifs existants. C'est le cas de l'habitat inclusif, qui est entre 20 et 30 % moins cher.

Vous avez évoqué les rigidités de calcul de l'AEEH – nos procédures sont très médicocentrées. Mais il me semble que vous n'avez pas abordé la grande complexité de l'attribution du complément de l'AEEH, alors qu'il permet au parent d'un enfant handicapé de poursuivre son activité professionnelle et coûte moins cher aux finances publiques.

Tout en respectant pleinement l'autodétermination et l'expression du projet de vie, ne doit-on pas inciter plus fortement à privilégier des solutions d'accueil et des dispositifs d'accompagnement qui sont vertueux d'un point de vue économique ? Les CPOM étaient un outil de transformation très centré sur les aspects financiers, alors qu'ils auraient pu constituer un levier bien plus général.

Je souhaite connaître votre avis sur l'approche médico-économique. Il me semble qu'elle est insuffisamment prise en compte. Elle est pourtant essentielle dans le contexte actuel si l'on souhaite accentuer l'effort en matière de prévention et respecter davantage les projets de vie des personnes.

M. Franck Le Morvan. Je comprends votre frustration, liée au fait que nous n'avons pas répondu à votre première question écrite sur les coûts évités. Il se trouve que notre lettre de mission ne mentionnait pas cet angle d'attaque – et je crois qu'il en est de même pour mes deux collègues.

Nous devons pour notre part nous pencher en quelque sorte de manière morale sur la transformation de l'offre, en mettant l'accent sur le devoir d'adapter les établissements aux besoins et aux attentes. Si nous avons rappelé des évidences sur le principe d'autodétermination, c'est aussi parce que les acteurs nous en ont fait part. On sait que sa mise en œuvre est complexe.

Il est évident qu'il faut mettre en place des observatoires territoriaux qui permettent d'avoir une véritable connaissance des besoins. Du fait du non-recours, on ne connaît pas le nombre exact des personnes susceptibles de saisir les MDPH.

De la même façon, nous avons estimé qu'il était nécessaire de procéder à une réévaluation des files actives. Il faut commencer par une expérimentation, car on ne peut pas effectuer du jour au lendemain une tâche aussi massive.

Les expériences de responsabilité populationnelle territorialisée qui sont en cours doivent être évaluées. C'est ainsi que l'on pourra faire des études sur les coûts évités. Nous avons un peu abordé ce sujet dans notre précédent rapport, publié en 2021, qui analysait la transformation sous un angle un peu particulier, puisqu'il faisait suite au covid. Nous avons alors noté que, selon les peu nombreuses études internationales sur ce sujet, l'accompagnement en milieu ordinaire, plus inclusif, ne coûtait en fait pas moins cher. Le droit allemand prévoit d'ailleurs que les personnes peuvent choisir leur accompagnement mais aussi que, lorsque l'accompagnement individualisé coûte trop cher, c'est celui en structure qui prime.

J'avais arrondi à 200 millions notre évaluation du montant nécessaire pour accompagner la transformation de l'offre, mais vous avez raison : celui qui figure dans le rapport s'élève bien à 177 millions. Je vois que vous l'avez lu avec grande attention.

Lorsque c'est possible et pertinent, et notamment à l'occasion des expérimentations en cours, il faut une évaluation des coûts évités.

M. David Magnier (RN). Les auditions nous ont montré que les acteurs ne travaillent pas suffisamment ensemble, ce qui réduit l'information dont ils disposent pour mener une action structurée. Quelle évaluation faites-vous de l'application des feuilles de route qui ont été lancées, dans le domaine de la santé mentale, depuis 2018 ? La santé mentale repose en grande partie sur des professionnels en situation précaire. N'est-ce pas une fragilité majeure du système ? Cela ne favorise-t-il pas les ruptures de parcours ?

Mme Anne-Carole Bensadon. Nous n'avons pas évalué la feuille de route de santé mentale car on ne nous a pas confié de mission en ce sens ; je ne dispose donc pas des éléments nécessaires pour répondre à votre première question.

À l'Igas, nous sommes particulièrement soucieux de la dimension médico-économique. On entend souvent dire que la prévention coûte très cher. Dans le cadre du rapport consacré à la prévention primaire dans les établissements de santé, nous nous sommes référés à une étude anglaise extrêmement précise, qui a évalué l'effet d'une action de prévention menée selon des méthodes très particulières et impliquant de l'activité physique : on y apprend que, pour 1 livre investie, 32 sont récupérées.

Dans notre rapport, nous avons pris en compte quatre déterminants de santé, parmi lesquels l'alcool et le tabac. Nous avons beaucoup discuté de la question de savoir s'il fallait inclure la santé mentale, mais nous ne l'avons pas fait car nous avons souhaité proposer des mesures très concrètes et opérationnelles que les établissements de santé pourraient appliquer en articulation avec d'autres acteurs, dont les collectivités territoriales. Si les aspects médico-économiques sont peut-être moins saillants dans ce rapport que dans d'autres travaux de l'Igas, ils ont toutefois été très présents dans notre réflexion.

Dans le cadre de notre mission sur l'évaluation de la psychiatrie en Haute-Garonne, nous avons étudié les aspects médico-économiques, mais n'avons pas voulu nous prononcer sur le chiffrage des projets, faute d'avoir tous les éléments en main. Compte tenu de l'ampleur du rapport, nous ne pouvions pas expertiser l'ensemble des calculs.

Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat. Dans un établissement médico-social, dès qu'une place se libère, on la propose à une autre personne. Dès lors, comment appliquer le droit au retour, s'agissant par exemple d'un enfant ?

M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur. Les critères d'attribution des compléments d'AEEH – par exemple, la réduction de l'activité professionnelle des parents – sont calés sur le temps scolaire. Or la réalité est plus complexe : même si l'enfant est scolarisé à temps plein, il peut y avoir des difficultés, par exemple, pour l'accès aux activités périscolaires. Par ailleurs, l'arbre décisionnel de la CNSA est inadapté à certains types de handicap, notamment le handicap psychique. Dans le cas de l'AAH avec RSDAE (réduction substantielle et durable de l'accès à l'emploi), lorsqu'on dépasse un mi-temps, on perd le bénéfice de l'AAH. Cette règle incompréhensible désincite au travail. Quel est votre avis sur cet arbre décisionnel, qui, à mon sens, est incohérent ?

M. Franck Le Morvan. Dans le cadre de nos rapports, nous creusons un sujet, en allant plus loin que l'administration n'a le temps de le faire habituellement, mais sans aller au-delà de la commande qui nous est adressée. Aussi n'avons-nous pas passé en revue l'ensemble des règles relatives aux prestations et notamment à l'AAH, qui ne présente pas le même lien avec les établissements que l'AEEH. Les exemples que j'ai évoqués montrent la nécessité de revoir l'AEEH dans son ensemble.

Il nous semble nécessaire de coupler le droit à l'essai ou, autrement dit, le droit au retour avec le développement de l'accueil temporaire. Lorsque l'enfant n'est pas là, on ne peut pas attribuer sa place à titre définitif, mais on peut la proposer de manière provisoire, au moins à des personnes accompagnantes. Cela suppose que tous les établissements aient le droit – et même l'obligation – de pratiquer ce type d'accueil, dans le cadre d'un projet spécifique. Nous en sommes encore loin. Si l'on couple l'accueil temporaire et le droit au retour, on pourra répondre à la demande tout en atténuant le risque économique auquel s'exposent l'établissement et le financeur.

Mme Sarah Bartoli. L'AAH, en particulier l'AAH 2, faisaient partie des angles d'attaque que nous avons retenus dans le cadre de notre rapport. Nous avons assisté à de nombreuses CDAPH et commissions d'évaluation préalable. L'arbre décisionnel est plutôt approprié à l'activité des MDPH, dont il constitue un outil de travail quotidien, même s'il a ses limites.

Nous avons été frappés par le fait que le service public de l'emploi n'était pas suffisamment associé à l'appréciation de la RSDAE. Au mieux, ce sont des conseillers d'insertion professionnelle travaillant au sein de MDPH ou issus des services sociaux départementaux qui s'y consacrent. Très peu de conseillers France Travail et Cap emploi participent à l'évaluation, font part de leur expertise sur le marché du travail et l'employabilité. Aussi avons-nous recommandé de les associer, en tant que de besoin, à l'évaluation de la RSDAE, car ils sont les mieux à même d'expertiser et d'évaluer les compensations engagées en milieu professionnel.

Par ailleurs, il conviendrait de proposer aux personnes qui disposent d'une RQTH et qui perçoivent en même temps l'AAH 2 – laquelle ne peut être versée que pour une courte durée – un accompagnement adapté en lien avec les opérateurs. Une idée déjà ancienne, que défendait la DGCS (direction générale de la cohésion sociale), consistait à proposer à ces personnes un accompagnement socioprofessionnel visant à leur permettre de travailler sur leur projet, sans conditionnalité. Nous avons constaté avec intérêt que des associations proposaient ces services, notamment dans le Finistère.

L'Igas a publié, en 2017, un rapport sur l'AEEH. Le droit applicable à cette prestation, comme à la PCH (prestation de compensation du handicap), se caractérise par sa complexité. Toutes les familles auxquelles vous parlerez du droit d'option entre l'AEEH et la PCH vous diront qu'il faut mener une réforme structurelle de la compensation pour les enfants. Celle-ci est pensée de deux manières différentes : dans le cas de l'AEEH, le raisonnement se fonde sur le taux d'incapacité, tandis que la PCH repose sur le droit à la compensation. Pour les équipes d'évaluation, ce n'est absolument pas le même exercice que de raisonner à partir des potentialités de la personne, dans une logique de compensation, ou en fonction d'un taux d'incapacité fixé par un guide-barème fondé sur le cas des invalides de guerre. Ce constat a été dressé de longue date. Ni le rapport de Franck Le Morvan ni le nôtre n'ont approfondi cette question, mais Daniel Lenoir l'avait expertisée en 2019.

Les MDPH passent beaucoup de temps à expliquer aux familles le droit d'option entre l'AEEH et la PCH. Elles doivent avoir recours, pour ce faire, à un spécialiste du sujet. Il faut prendre en compte cet aspect des choses si l'on veut simplifier leur action.

Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat. Je vous remercie pour ces échanges. N'hésitez pas à nous faire parvenir par mail toute information complémentaire que vous jugeriez utile.

La séance s'achève à quatorze heures cinquante-cinq.

Membres présents ou excusés

Présents. – Mme Nicole Dubré-Chirat, Mme Sylvie Ferrer, M. David Magnier, Mme Lisette Pollet, M. Sébastien Saint-Pasteur

Excusé. – M. Charles Fournier