

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 M. Philippe Gouet, président du conseil départemental du Loir-et-Cher, et président du groupe de travail « Santé » de l'association Départements de France, et Mme Sylvie Clerc-Cuvelier, vice-présidente du Département du Nord en charge du Handicap..... **Erreur ! Signet non défini.**
- Présences en réunion..... 13

Mardi

16 septembre 2025

Séance de 14 heures

Compte rendu n° 8

SESSION DE 2024-2025

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



La séance est ouverte à quatorze heures.

La commission auditionne M. Philippe Gouet, président du conseil départemental du Loir-et-Cher, et président du groupe de travail « Santé » de l'association Départements de France, et Mme Sylvie Clerc-Cuvelier, vice-présidente du conseil départemental du Nord en charge du handicap.

Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat. Monsieur Gouet, madame Clerc-Cuvelier, soyez les bienvenus.

Je vous remercie de déclarer tout 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.

(M. Philippe Gouet et Mme Sylvie Clerc-Cuvelier prêtent successivement serment.)

M. Philippe Gouet, président du conseil départemental du Loir-et-Cher et président du groupe de travail « santé » de l'association Départements de France. En introduction, je dresserai un état des lieux de la santé mentale en France. Le système de santé se dégrade chaque année : en dix ans, nous sommes passés de la cinquième à la quinzième place du classement de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui estime qu'un adulte sur quatre souffre ou souffrira de troubles psychologiques ou psychiatriques. Dans un sondage Odoxa mené pour la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF) en septembre 2024, 41 % des Français déclarent avoir déjà été affectés par un problème de santé mentale au cours de leur vie – dépression, burn-out, pensées suicidaires, etc. La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) estime qu'un sixième des mineurs âgés de 3 à 16 ans présentent des troubles psychologiques ou psychiatriques graves. Le suicide constitue la deuxième cause de mortalité des jeunes.

Depuis cinq ans, le taux de suicide augmente fortement dans le secteur de la santé et du médico-social. Dans les services de psychiatrie, 4 600 lits ont fermé entre 2003 et 2022, et 400 autres en 2024 ; quelque 1 000 postes sont vacants. Le Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) dénombre moins de 700 pédopsychiatres, dont près d'un tiers a au moins 60 ans. Vingt départements en France n'en ont aucun et trente-deux en ont un seul alors que, selon la Société française de psychiatrie de l'enfant, avant 14 ans, 35 % des pathologies nécessitent le suivi d'un pédopsychiatre.

Pour tous les départements, et pour Départements de France, le problème est aigu. De plus en plus d'enfants sont confiés à l'aide sociale à l'enfance (ASE) : ils sont 540 000 en 2025, contre 377 000 en 2021. Or un nombre croissant présente des troubles psychologiques ou psychiatriques graves : ils sont 22 % environ, et 40 % d'entre eux connaissent également des troubles de l'apprentissage. Il n'y a pas assez de professionnels de santé pour les prendre en charge : il faut en moyenne entre six mois et un an pour obtenir un rendez-vous chez un pédopsychiatre. Il est donc très compliqué d'instaurer un suivi dans l'urgence, alors que certains enfants souffrent de troubles sévères.

En outre, avec moins de 900 médecins, la médecine scolaire est très défaillante. Elle ne dépiste pas les troubles psychologiques ou psychiatriques. En effet, l'éducation nationale prévoit deux visites obligatoires, au CP et en sixième, mais seule une petite partie des élèves concernés en bénéficie – 26 % et 18 % respectivement en 2024.

Le groupe de travail consacré à la santé que j'ai l'honneur de présider propose plusieurs mesures visant à améliorer la prise en charge des patients.

Étant donné le manque de pédopsychiatres et de psychiatres, nous recommandons de développer la formation des infirmiers en pratique avancée (IPA) en santé mentale et celle des psychologues cliniciens, et de créer un diplôme d'État de psychologue : trop de courants théoriques et méthodologiques coexistent et se livrent des guerres de chapelle, de sorte que la prise en charge change complètement d'un enfant ou d'un adulte à l'autre.

Dans la formation des médecins généralistes, il faut améliorer le module clinique de psychiatrie.

Le dépistage précoce doit être plus efficace, en particulier en sixième. L'an dernier, les assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant ont défini vingt mesures phares, notamment la création d'un bilan de santé mentale pour tous les enfants à l'entrée au collège, mais on n'observe aucune avancée en la matière.

Il faudrait diffuser des campagnes d'informations à l'intention des jeunes de 15 à 25 ans et des professionnels de santé ; mobiliser les maisons des adolescents ; favoriser l'implication des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et des maisons de santé pluriprofessionnelles, qui sont les portes d'entrée d'une prise en charge de proximité.

En psychiatrie, on pourrait développer les équipes mobiles de consultation et la télémédecine. Une plateforme téléphonique et un site internet de télé-expertise faciliteraient le dialogue entre les psychiatres et les médecins généralistes pour orienter ces derniers, souvent perdus, dans les diagnostics. Il faudrait développer une politique de recherche en santé mentale, en favorisant les partenariats entre les secteurs public et privé.

L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a mis au jour un nouveau problème : quatorze psychotropes sont en tension ou en rupture de stock, de sorte que certains patients, qui ne sont plus suivis médicalement, risquent de décompenser.

Deux dispositifs ont été mis en expérimentation dans une quinzaine de départements : Pegase, le protocole de santé standardisé appliqué aux enfants ayant bénéficié avant l'âge de 5 ans d'une mesure de protection de l'enfance, et Santé protégée. Après en avoir discuté avec Thomas Fatôme, le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam), François Sauvadet et moi-même avons décidé que Départements de France soutiendrait ce projet. Thomas Fatôme s'était engagé à en généraliser le financement, qui relève de l'assurance maladie.

Pour conclure, le retard de diagnostic et de prise en charge thérapeutique en santé mentale constitue un véritable drame de santé publique. Souvent, les maladies deviennent chroniques, entraînant un handicap majeur ainsi qu'une désinsertion sociale, familiale et professionnelle. Le coût pour la société est considérable : l'Institut Moutaigne l'estime à plusieurs milliards d'euros annuels, soit presque 5 % du PIB.

Mme Sylvie Clerc-Cuvelier, vice-présidente du conseil départemental du Nord, chargée du handicap. Avec plus de 2,6 millions d’habitants, le Nord est un département hors norme. Ma formation d’éducatrice m’aide à défendre au mieux les personnes en situation de handicap.

En France, près de 11 % des personnes ont au moins un droit ouvert par une maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Les MDPH gèrent treize prestations différentes : je vous laisse imaginer l’ampleur de leur champ d’intervention.

La première difficulté que j’identifie, en tant que représentante de Départements de France, est le manque d’attractivité du secteur médico-social. On peut toujours ouvrir des places et imaginer des solutions, mais des professionnels formés sont indispensables pour satisfaire au mieux les besoins spécifiques des personnes accueillies, qu’il s’agisse d’enfants, d’adultes ou de personnes vieillissantes. En effet, l’espérance de vie des personnes en situation de handicap aussi s’allonge : il faut pouvoir répondre aux besoins depuis la détection du handicap jusqu’aux 1 000 derniers jours.

Nous le disons depuis plusieurs années, les « métiers du cœur » – assistant de vie, éducateur spécialisé, aide-soignant, accompagnant d’élèves en situation de handicap (AESH) par exemple – peinent à recruter et à employer dans la durée, alors que les personnes que ces professionnels aident et accompagnent ont besoin de stabilité émotionnelle pour se sentir en sécurité et pour s’épanouir.

Plusieurs facteurs expliquent cette situation. Les conditions de travail sont difficiles. Le secteur est en pleine mutation ; les prestations à domicile et l’école inclusive, qui s’ajoutent au travail en établissement, se développent. Eu égard aux responsabilités et aux compétences requises, la rémunération est parfois jugée insuffisante. Enfin, le secteur souffre d’un manque de reconnaissance, de la part de la société comme des institutions.

La pénurie de personnel qualifié compromet la capacité des départements à garantir une offre de service adaptée, en particulier à développer les services d’aide à domicile, l’accompagnement scolaire et les structures spécialisées.

Deuxième difficulté, l’offre est insuffisante. Le nombre des places dans les instituts spécialisés est limité, qu’il s’agisse des établissements médico-sociaux, des instituts médico-éducatifs (IME), des maisons d’accueil spécialisées (MAS), des foyers d’accueil médicalisés (FAM) ou des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (Itep) – les sigles font partie de la mission ! Or les besoins augmentent, en raison d’un meilleur dépistage – dans ce domaine, des efforts sont à noter –, de l’allongement de l’espérance de vie et de l’évolution des pathologies. L’accompagnement doit être sur mesure.

Les places sont inégalement réparties. Selon que les départements sont plus ou moins peuplés, plus ou moins urbanisés, leur situation diffère. Départements de France a participé au déploiement des 50 000 solutions annoncées par le président de la République lors de la Conférence nationale du handicap (CNH) de 2023. Ce plan tend à soulager des tensions territoriales et à répondre à des besoins non satisfaits. Il vise en priorité des personnes nécessitant un accompagnement renforcé, notamment celles en situation de polyhandicap, celles qui souffrent d’un trouble du spectre de l’autisme (TSA), les enfants relevant de l’ASE, pour lesquels on parle de double vulnérabilité, et les personnes en situation de handicap vieillissantes.

Un comité a été créé en juin 2025, afin de permettre à l'État et aux agences régionales de santé (ARS) de suivre les déclinaisons du plan dans tous les départements. Il s'agit de prévenir d'éventuelles difficultés, notamment dans la coconstruction des appels à projet. Le dialogue est nécessaire aussi dans la mesure où les enveloppes financières sont abondées à la fois par les ARS, par l'État et par les départements – certaines structures sont cofinancées, d'autres relèvent exclusivement de la compétence départementale.

Le manque de moyens alloués au fonctionnement des MDPH constitue une troisième difficulté. Départements de France constate que leur reste à charge, qu'il incombe aux départements de financer, est de plus en plus fort. Or, si nous voulons une prise en charge homogène dans le territoire, nous devons veiller au bon fonctionnement des MDPH : l'accès aux droits et les délais en dépendent. Il y va également du suivi des notifications, qui peinent un peu.

Le montant que la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) alloue aux MDPH dépend du nombre de dossiers qui aboutissent à une ouverture de droits. Les dossiers qui font l'objet d'un refus ne sont pas pris en compte, alors que les professionnels les ont évalués de la même façon. Une juste reconnaissance du travail des MDPH nécessiterait de prendre en considération l'ensemble de leurs fonctions.

La quatrième difficulté vient de la non-compensation des dépenses engagées par les départements. L'État prend des décisions qui s'imposent aux départements sans leur allouer les moyens nécessaires. Je ne dis pas qu'il ne leur octroie pas de financements, mais que le montant ne couvre pas les besoins chiffrés par les départements. On pourrait citer la prime Ségur ou l'avenant 43.

Nous agissons. Chacun constate le manque d'accessibilité des établissements publics et des sites internet. Avec la délégation interministérielle à l'accessibilité, Départements de France a contribué à l'élaboration d'une boîte à outils inédite pour sensibiliser les élus locaux et pour les aider dans l'exercice de leurs compétences, en leur fournissant des ressources pratiques, accessibles et immédiatement mobilisables.

Nous prenons aussi des résolutions. Le groupe de travail qui s'est consacré à l'autonomie et au handicap pour préparer la Conférence nationale des financeurs a suggéré de conditionner l'octroi de crédits à la rénovation énergétique, versés dans le cadre du fonds Vert, à la mise en accessibilité des bâtiments concernés. Départements de France a décidé de soutenir la proposition.

Je finirai mon intervention en évoquant l'école inclusive. Aujourd'hui, on parle d'autodétermination ; chaque enfant a le droit de prétendre à une scolarisation en milieu ordinaire. S'il profite à tous, ce progrès connaît des limites. On ne peut se contenter d'une compensation. Pourtant, il arrive qu'une notification d'aide humaine remplace un dispositif de droit commun.

Il faut redéfinir l'articulation entre l'accès universel et les moyens de compensation individuelle, et travailler sur la mise en accessibilité. L'État doit se rappeler ses missions, notamment en ce qui concerne la formation des équipes pédagogiques et l'adaptation des programmes scolaires. Il faut aussi développer des unités d'enseignement adaptées à tous les types de handicap et donner aux élèves concernés la possibilité d'intégrer progressivement une classe ordinaire – cela concerne l'autonomie autant que les savoirs. Enfin, il faut développer l'offre médico-sociale pour accompagner l'enfant en dehors du temps scolaire, notamment avec

les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad), et mieux articuler les environnements, en favorisant l'intervention des professionnels du secteur médico-social à la fois auprès des enfants et dans les établissements scolaires.

La formation d'une équipe pluridisciplinaire est essentielle pour la réussite de la scolarité : les besoins de l'enfant doivent être considérés dans leur globalité, ce qui ne peut reposer sur les seuls AESH. On pourrait concevoir des plateaux techniques pour l'intervention en milieu scolaire, sur le modèle de ceux des IME. Avec le concours des MDPH, les départements et les ARS pourraient développer dans chaque territoire des pôles rassemblant des établissements scolaires du premier et du second degré et des établissements médico-sociaux – IME, Sessad.

Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat. Je crois que tout le monde s'accorde sur le diagnostic et sur les mesures à prendre. Bien que la santé mentale ait été déclarée grande cause nationale, les avancées n'ont pas été suffisantes pour pallier l'augmentation des besoins et la baisse du nombre de professionnels de santé.

Monsieur Gouet, pourriez-vous revenir sur le suivi psychologique et psychiatrique des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance, dont la prise en charge et le suivi posent des problèmes spécifiques, notamment en raison des ruptures de soin ?

Si le nombre des professionnels en psychiatrie reste très insuffisant, on peut organiser des parcours de soins différenciés. Vous avez cité les expériences Pegase et Santé protégée, qui ont donné lieu à une évaluation positive. L'État a annoncé la généralisation du service public départemental de l'autonomie (SPDA), qui avait été expérimenté dans plusieurs départements, dont le Loir-et-Cher faisait partie. Que pouvez-vous nous en dire ?

Madame Clerc-Cuvelier, vous soulignez l'importance des MDPH. Néanmoins, les données qui en sont issues sont départementales et non nationales, ce qui rend plus difficile le recensement des besoins. Un autre problème concerne la gestion des dossiers. Une enquête menée en 2018 a relevé l'obligation de remplir un dossier chaque année, y compris pour un handicap stabilisé. On pourrait économiser du temps.

Vous avez évoqué l'école inclusive. Peut-on développer à moindre coût des modes de scolarisation différenciés, adaptés aux besoins ?

Avez-vous des propositions pour améliorer les liens entre le secteur médical et le secteur médico-social ?

M. Philippe Gouet. Le Loir-et-Cher a participé à l'expérimentation du SPDA, mais il est un peu tôt pour en analyser précisément l'efficacité.

La formation des pédopsychiatres, qui avait été interrompue, a repris il y a deux ans seulement. Étant donné qu'il faut dix ans pour former un psychiatre et qu'une formation complémentaire est nécessaire pour la pédopsychiatrie, nous ne sommes pas près d'avoir un nombre suffisant de pédopsychiatres.

Les départements sont parfois impuissants à garantir la prise en charge des enfants confiés à l'ASE qui souffrent de troubles psychiatriques ou psychologiques graves ; la nécessité de les soutenir est absolue. Il faut parfois jusqu'à cinq personnes pour surveiller un enfant. Je pense à une jeune fille de 15 ans qui coûte au département 175 000 euros par an ; elle ne peut pas être prise en charge, sauf en cas de délire ou de tentative de suicide : elle est alors hospitalisée trois ou quatre jours, puis remise dans le circuit – je peux vous assurer que de telles situations surviennent quotidiennement dans certains départements.

En attendant d'avoir assez de pédopsychiatres, formons plus d'IPA en santé mentale et développons le recours aux psychologues cliniciens, pour répondre à l'urgence. Il faudrait également étoffer le module consacré à la psychiatrie dans la formation initiale des médecins généralistes. Sur l'ensemble de leurs études, ils y consacrent environ cinquante heures, et les infirmières dix-sept heures. On sait que, en France en particulier, la santé mentale constitue un problème : nous sommes le pays d'Europe qui compte le plus de déprimés et de gens présentant des troubles psychologiques. Il faut adapter les études médicales à la situation.

En outre, on manque de moyens. Les structures sont insuffisantes. Le Loir-et-Cher va créer un village d'enfants de soixante places, qu'il financera à 80 %. Or nos finances ne sont pas extensibles ; les restrictions budgétaires sont de plus en plus fortes et nous ne savons pas ce qui nous attend dans le budget pour 2026 : certains projets ne pourront pas être menés à bien, ce qui pose un vrai problème. J'alerte la commission sur l'asphyxie des départements, qui ne pourront plus investir dans ces dossiers.

Nous avons évoqué le problème des délais dans les MDPH. Il faut entre trois et six mois en moyenne pour obtenir une réponse. Le problème vient notamment du manque de médecins : les dossiers nécessitent des expertises médicales, ce qui ralentit leur traitement. L'intelligence artificielle (IA) facilitera peut-être la gestion administrative. Je suis d'accord avec vous, madame la présidente : si on est amputé d'un membre inférieur, il n'aura pas repoussé l'année suivante. Sans doute y a-t-il matière à optimiser l'examen des dossiers.

Mme Sylvie Clerc-Cuvelier. Vous nous interrogez sur les données chiffrées. Chaque département dispose des siennes et la CNSA centralise l'ensemble. L'Association des directeurs de MDPH a également la main sur le fonctionnement des maisons ; elle met en commun les remontées départementales et analyse les bonnes pratiques.

La loi prévoit l'ouverture de droits permanents. La mesure commence à s'appliquer. Dans le Nord par exemple, quand un dossier arrive à échéance, on devance la demande d'ouverture de droits pérennes en cherchant dans les fichiers les éléments nécessaires. On pensait que la création de droits permanents améliorerait les délais. L'évaluation montrera probablement que c'est le cas. Mais, par ailleurs, on a banalisé l'accès aux droits et les personnes identifient mieux les guichets de demande : l'afflux de dossiers neutralise l'effet positif de la création de droits permanents, que toutes les MDPH reconnaissent comme une avancée.

J'ajoute que nous avons besoin de médecins formés. Il faut qu'à l'extérieur, les médecins sachent remplir le certificat médical du dossier de demande, et il faut des médecins dans les MDPH. Nous avons des infirmiers et des ergothérapeutes, mais nous manquons de médecins, en particulier capables de mener les évaluations.

Pour vous répondre sur l'école inclusive, il existe des classes Ulis (unité localisée pour l'inclusion scolaire), des Segpa (section d'enseignement général et professionnel adapté), ou encore des classes spécifiques destinées aux jeunes présentant des troubles du spectre de l'autisme. Certains IME proposent également des unités d'enseignement externalisées : les enfants qu'ils accueillent sont scolarisés partiellement au sein de classes ordinaires, dans une école ou un collège, tout en étant accompagnés par des éducateurs spécialisés. Enfin, les dispositifs d'autorégulation, déployés conjointement avec les ARS et pilotés par ces dernières, permettent de scolariser les élèves de manière autonome, dans des classes ordinaires, tout en mettant à leur disposition une salle spécifique dans laquelle ils peuvent se rendre pour ajuster leur comportement lorsque le besoin s'en fait sentir. Ce sont cette proximité, ce relais, ce va-

et-vient entre l'équipe pédagogique – les enseignants – et les équipes médico-sociales et médico-éducatives intervenant dans les Sessad ou les IME qui permettent une meilleure inclusion des élèves porteurs de handicap et leur meilleure acceptation par les autres élèves.

Quant aux liens à développer entre accompagnement médico-social et accompagnement médical, s'il est vrai que les éducateurs – je parle d'expérience – souhaiteraient qu'il y ait davantage de places en Itep ou en IME, je tiens à mettre un bémol : il ne faut pas imaginer que la démarche éducative puisse être la réponse à tout. Dans les structures médico-sociales, la composante médicale a son importance – on parle d'ailleurs bien d'instituts médico-éducatifs ou de foyers d'accueil médicalisé. On ne peut se contenter d'un accompagnement éducatif, assuré par des éducateurs, des AMP (aides médico-psychologiques), ou des moniteurs-éducateurs : il faut y adjoindre le concours d'infirmiers, d'aides-soignants ou de médecins. Par exemple, dans certaines structures, le psychiatre n'intervient qu'à hauteur de 0,10 ETP (équivalent temps plein), un temps de présence trop réduit pour lui permettre de connaître parfaitement les besoins de chaque personne – sans compter que de multiples tâches administratives lui incombent également. Il faudrait donc renforcer cette présence, pour permettre une meilleure connaissance des besoins. Dans le même ordre d'idées, les conventions passées avec les services de pédopsychiatrie ou de psychiatrie au sein des hôpitaux tendent à disparaître ou à se raréfier, alors même qu'elles constituaient un soutien très important pour prendre la personne en charge dans sa globalité et qu'elles apportaient de l'expertise aux équipes en poste dans les structures médico-sociales.

M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur. Cette commission d'enquête a aussi pour objet la question des coûts évités. J'ai d'ailleurs été assez surpris de la retenue avec laquelle vous avez évoqué les transferts de charges et les carences de l'État dans certains champs relevant de sa responsabilité. Dans le domaine de l'aide sociale à l'enfance, notamment, les enfants souffrent à la fois d'un manque de places dans les établissements médico-sociaux et d'un nombre de professionnels insuffisant. Disposez-vous de chiffres en la matière ? Combien d'enfants, par exemple, continuent d'être pris en charge dans une maison d'enfants à caractère social (Mecs) malgré une notification MDPH ?

On constate également des carences dans la prise en charge sanitaire. Dans le domaine psychiatrique, elles se manifestent par des sorties sèches de l'hôpital, qui nécessitent la mobilisation de plans PCH (prestation de compensation du handicap) parfois importants. La PCH, censée correspondre au projet de vie des personnes concernées, peut ainsi être perçue, dans certains cas, comme une réponse au manque de places en établissement pour adultes. Disposez-vous de chiffres concernant ces PCH mobilisées par défaut ?

Plus globalement, s'agissant de la double tutelle, quelles sont vos relations avec les ARS en matière d'ouverture d'établissements pour adultes ? À l'heure de la désinstitutionnalisation, on voit bien que ces questions ne progressent pas, alors qu'il serait peut-être temps d'inventer de nouveaux modèles. Vous avez évoqué le vieillissement des personnes en situation de handicap. À titre d'exemple, une personne accueillie dans un foyer d'hébergement et ayant travaillé en Esat (établissement et service d'aide par le travail) toute sa vie ne souhaitera pas forcément quitter son cadre de vie une fois arrivé l'âge de la retraite. Il y a là un impensé de nos politiques publiques. Ces sujets font-ils partie de ceux que vous traitez ?

Enfin, comment appréhendez-vous la question des jeunes relevant de l'amendement Creton, qui embolissent aussi les IME, et à qui on peine à apporter des réponses efficaces ?

M. Philippe Gouet. Les politiques d'aide sociale à l'enfance, assurées par les départements, représentent chaque année un peu plus de 10 milliards d'euros. Les enfants souffrant de troubles psychiatriques ou psychologiques formant 22 % de la population concernée, on peut estimer à plus de 2 milliards l'investissement dans ce domaine.

Depuis que je préside le groupe de travail « santé » de Départements de France, j'ai rencontré cinq ministres de la santé. Chaque fois, je les alerte sur la situation de la prise en charge de ces enfants et, plus largement, de l'ASE. Les départements ne peuvent pas être laissés seuls pour financer ces actions : nous devons absolument recevoir un soutien et une compensation de l'État. Nous sommes entendus par les différents ministres, mais nous ne recevons pas de réponses concrètes. Le même constat vaut pour les directeurs ou directrices d'ARS, auprès de qui nous abordons ces questions : on nous rétorque qu'il n'y a pas d'argent.

Des solutions sont bien proposées, comme autant de petits sparadraps, mais il n'y a pas de politique forte en la matière. On aurait pu espérer que le souhait de Michel Barnier de placer l'année 2025 sous le signe d'une plus grande préoccupation pour la santé mentale – idée d'ailleurs reprise par François Bayrou – nous permette d'avancer sur ces sujets, mais ce ne fut pas le cas. Je m'inquiète d'ailleurs d'entendre notre nouveau premier ministre concentrer son propos sur le réseau France Santé et l'objectif de permettre à chacun de trouver une consultation à moins de trente minutes de son domicile – ce qui est une excellente idée, même si elle n'est pour l'heure accompagnée d'aucune piste de financement –, sans un mot pour le problème de la santé mentale dans notre pays, qui est pourtant un véritable motif de préoccupation.

Si vous avez créé cette commission d'enquête, c'est que vous avez bien perçu la grande difficulté dans laquelle nous sommes. Il est absolument indispensable d'accompagner financièrement les départements dans la prise en charge des enfants qui leur sont confiés. Les chiffres montrent que les besoins sont en forte expansion. Il viendra un moment où nous ne saurons plus comment prendre en charge correctement ces enfants, y compris et surtout pour garantir leur santé.

Mme Sylvie Clerc-Cuvelier. D'après les données de Départements de France, le montant total de la PCH et de l'ACTP (allocation compensatrice pour tierce personne) atteignait 276,71 millions d'euros en 2012 ; il s'élève désormais à 444,042 millions. En dix ans, le reste à charge pour les départements est par ailleurs passé de 61 % à 70 %.

Cette dynamique se poursuit, d'abord parce qu'on veut fixer la PCH au niveau le plus juste pour les personnes – il n'est pas question de remettre cela en question –, mais aussi du fait de l'arrivée de nouvelles prestations. Je pense à la PCH psy ou encore à la PCH parentalité – même si je n'aime pas ces appellations. On nous avait assuré qu'elles seraient totalement compensées, mais tel n'est pas le cas, puisqu'elles sont incluses dans le fonds commun versé aux départements. Cela vient grever d'autant les ressources. Dans le département du Nord, la délégation handicap représente ainsi un budget de 460 millions d'euros, pour seulement 60 millions d'euros de recettes transférées par l'État. J'imagine que la proportion est comparable dans les autres départements.

Les dépenses liées à la PCH sont en constante augmentation car de plus en plus de personnes ont accès à cette aide, que nous nous efforçons toujours de calibrer au plus juste. Certains évoquent l'hypothèse d'une forfaitisation, mais cette solution ne permettrait pas, à mon sens, de répondre finement aux besoins : la PCH doit être définie en fonction d'une incapacité fonctionnelle et de ses conséquences dans le quotidien de la personne. Chaque situation est par définition individuelle. Elle dépend du lieu de vie, de l'encadrement, ou encore de l'environnement socio-familial de la personne. Il n'empêche que nous avons besoin que l'État soit à nos côtés et nous verse une juste compensation.

Quant aux créations de places dans les établissements pour adultes, on assiste plutôt à des extensions de structures qu'à des créations, même si de nouveaux dispositifs émergent pour favoriser la prise en charge des situations les plus complexes. Nous avons recensé plus de trente départements s'étant doté d'une commission chargée d'examiner les cas complexes, qui sont le plus souvent ceux dans lesquels les personnes sont confrontées à des ruptures de parcours, quel que soit leur âge. De nouveaux modèles se développent également, comme les UVCP, les unités de vie pour personnes à comportement problème. Mais, outre qu'elles sont très récentes et ne peuvent accueillir que six à huit personnes à la fois, ce qui laisse forcément des personnes en attente, ces structures sont censées n'assurer qu'un accueil transitoire, le temps de stabiliser les comportements et de permettre à la personne d'intégrer un foyer d'accueil médicalisé ou un autre établissement. On peut craindre que les sorties ne soient pas prononcées, que ce roulement n'ait pas lieu et que ces unités se trouvent engorgées.

Pour ce qui est de l'amendement Creton, le plan 50 000 solutions devrait contribuer à débloquer des situations. L'école inclusive, en accueillant en milieu ordinaire un certain nombre de jeunes des IME qui ne pouvaient pas prétendre à une scolarisation par le passé, doit aussi permettre de libérer des places. Ensuite, vient le rôle des MDPH. Dans le département du Nord, par exemple, si la demande est toujours acceptée la première année, les renouvellements sont systématiquement examinés en commission. L'orientation se prépare dès 16 ans : même si cela peut paraître tôt – rares sont les enfants qui, à cet âge, savent à quelles études supérieures ou à quel métier ils voudront se consacrer –, la réflexion sur la sortie d'établissement, l'autonomie, le logement et la mobilité doit être engagée plusieurs années en amont. L'objectif est de voir avec les parents désireux que leur enfant reste admis en établissement quelle est leur stratégie : où ont-ils inscrit leur enfant ? Souhaitent-ils rester près de chez eux ou sont-ils prêts à aller plus loin ? Bon nombre de familles inscrivent leur enfant dans plusieurs établissements sans que les MDPH le sachent ; nous déplorons que les jeunes qui trouvent une place quelque part restent inscrits sur les listes d'attente des autres établissements, sauf si eux-mêmes ou leurs proches demandent qu'ils en soient retirés. Dans ce domaine, une meilleure concertation permettrait véritablement d'éviter une explosion des coûts pour les finances publiques.

M. David Magnier (RN). Chacun connaît l'intérêt, pour les enfants présentant un TSA ou un trouble dys, d'être accompagné par une AESH individualisée. Malheureusement, il est parfois difficile d'obtenir cette aide : cela peut prendre des mois, si bien que des enfants peuvent être contraints de commencer l'année scolaire sans AESH individualisée, ce qui est problématique non seulement pour eux, mais aussi pour leurs parents. Quelles solutions pourrait-on apporter pour éviter ces situations, notamment au sein des commissions des MDPH, qui ne lisent peut-être pas tous les dossiers jusqu'au bout et n'ont pas toujours pleinement connaissance des difficultés de l'enfant ?

La région Centre-Val de Loire présente un indice de vieillissement supérieur de plus de 12 points à la moyenne nationale. Son gérontopôle a vocation à jouer le rôle de centre de compétences et de ressources régionales, en proposant notamment des formations innovantes. Même si la formation professionnelle est une compétence régionale, ne serait-il pas pertinent d'envisager une mutualisation des ressources avec d'autres régions, voire une reprise en main par l'État, afin de dégager des marges de manœuvre et de se concentrer sur d'autres enjeux, comme l'amélioration de la qualité de l'offre ?

Mme Sylvie Clerc-Cuvelier. Les évaluateurs qui travaillent dans les MDPH s'appuient sur le Geva-Sco (guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation) pour tous les enfants scolarisés qui entrent dans le champ du handicap, qu'ils soient ou non porteurs de troubles du spectre de l'autisme. Ils procèdent à un premier examen

des dossiers, indiquent une intention et assurent la traçabilité. La CDAPH (commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées), où siègent à titre bénévole des représentants des usagers, de l'ARS, de la CPAM (caisse primaire d'assurance maladie) et de tous les autres acteurs qui gravitent dans le champ du handicap, rend ensuite une décision collégiale.

Lorsqu'elle juge l'intervention d'une AESH nécessaire, la MDPH rend une notification. La difficulté vient de ce que nous ne parvenons pas à aller plus loin dans le suivi de ces notifications, comme nous le souhaiterions et comme cela nous est demandé. Les AESH ne dépendent pas des MDPH, ni même de leur ministère de tutelle, mais du ministère de l'éducation nationale, d'où la dysharmonie parfois constatée entre les notifications rendues et leur exécution. On se heurte au même écueil lorsque nous recommandons qu'un enfant soit admis en établissement spécialisé et qu'il faut, en pratique, attendre trente mois pour qu'il obtienne une place. Il faut donc bien dissocier le rendu des notifications, qui renvoie à l'accès aux droits, et l'exécution desdites notifications, qui n'incombe pas à la MDPH.

Tous les présidents de département estiment que les MDPH doivent garder leur indépendance, précisément pour garantir l'accès aux droits des personnes. Seulement, nous ne pouvons pas agir efficacement sans soutien de l'État, et encore moins aller plus loin à moyens constants, alors que nous n'avons pas la main sur le suivi et l'exécution des notifications. De la même façon que nous avons commencé à travailler avec l'ARS sur les sujets qui nous ont été confiés conjointement, il faudrait travailler à une meilleure articulation avec les équipes de l'éducation nationale.

M. Philippe Gouet. La région Centre-Val de Loire était effectivement l'une des dernières régions, avec la Corse, à ne pas être dotée d'un gérontopôle. C'est chose faite depuis le mois de mars dernier. Le département du Loir-et-Cher fait d'ailleurs partie des cofondateurs de ce gérontopôle, avec l'ARS et la région. Celle-ci présente effectivement un indice de vieillissement important : une personne sur quatre y a plus de 60 ans ; à l'horizon 2045 ou 2050, ce sera une personne sur trois. D'après l'impulsion donnée à l'époque par le ministère, la mission initiale du gérontopôle était de développer la recherche clinique, l'innovation et la formation, mais aussi de favoriser les partenariats avec la *silver economy*, le marché des seniors, afin que le financement de cette structure ne soit pas laissé à la seule charge de l'État, des régions, des départements et de ses cofondateurs.

Il y a effectivement un travail important à faire en matière de formation. Le gérontopôle est ainsi en train de répertorier l'ensemble des formations aux professions liées au vieillissement, pour voir comment elles se déroulent, vérifier si elles sont pertinentes et de qualité et définir comment les accompagner si des améliorations sont nécessaires. Tel n'était cependant pas l'objet initial de la structure, qui était d'encourager la recherche clinique afin de trouver comment vieillir dans de meilleures conditions.

M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur. Je tiens à m'arrêter sur le risque d'agencification des conseils départementaux par l'État. Quand l'hôpital psychiatrique n'est plus capable de prendre en charge les patients, quelqu'un d'autre doit le faire. Ce sont les conseils départementaux qui s'en chargent. Seulement, contrairement à l'État, ils doivent voter des budgets en équilibre. Alors que les dépenses de PCH et d'ASE explosent depuis plusieurs années, contrairement aux droits de mutation à titre onéreux, je crains que plusieurs collectivités ne parviennent bientôt à un point de rupture, au point d'être contraintes de réaliser des économies, soit sur l'aide sociale à l'enfance, soit sur le montant des PCH. Partagez-vous cette préoccupation ?

Vous avez fait référence aux groupes opérationnels de synthèse, conçus pour traiter des cas complexes, mêlant souvent ASE et handicap. La dimension sanitaire en est souvent absente, ce qui crée des dysfonctionnements majeurs. J'ai réellement le sentiment que nous sommes parvenus à un point critique. Les conseils départementaux étant appelés à répondre à ces situations en dernier ressort, êtes-vous aussi inquiets que moi ?

Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat. Face à la hausse des dépenses sociales des départements, une meilleure répartition des besoins permettrait-elle de réaliser des économies ? Le secteur de la formation, par exemple, implique parfois de nombreux acteurs, pour un contenu pas toujours adapté.

M. Philippe Gouet. Je partage totalement l'analyse du rapporteur : les départements sont arrivés à une situation critique en matière de dépenses de solidarité. Or, contrairement à l'État, nous sommes tenus d'adopter des budgets équilibrés. En 2025, quarante départements seront en grande difficulté pour boucler leur budget à la fin de l'année. Nous serons donc obligés de trouver des sources d'économies, y compris dans le domaine des solidarités : ce qui était absolument impensable va devenir une réalité si nous voulons équilibrer nos budgets. Il y a donc urgence à soutenir les départements, ou au moins à ne pas les asphyxier budgétairement.

Mme Sylvie Clerc-Cuvelier. Voilà déjà plusieurs années que nous disons que les départements souffrent de l'augmentation des AIS (allocations individuelles de solidarité), sur laquelle ils n'ont aucune maîtrise – quarante d'entre eux sont effectivement en grande souffrance. Le pragmatisme est donc de mise depuis longtemps. Les discussions et les économies ont d'abord porté sur les solidarités territoriales et les compétences non obligatoires de chaque département, ainsi que sur nos propres modes de fonctionnement. Désormais, le risque est effectivement d'en venir à abîmer notre fil rouge – les solidarités humaines. Nous espérons bien ne pas en arriver là, car ce ne serait conforme ni à nos prérogatives ni à nos missions.

M. Philippe Gouet. Il y a dix ans, les AIS étaient compensées à hauteur de 70 % par l'État. Cette proportion atteint désormais à peine 50 %.

Mme Sylvie Clerc-Cuvelier. Elle tombe même à 30 % pour la PCH.

Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat. Merci pour vos retours. N'hésitez pas à nous faire parvenir tout document supplémentaire qui vous paraîtrait utile.

La séance s'achève à quinze heures.

Membres présents ou excusés

Présents. – Mme Sandra Delannoy, Mme Nicole Dubré-Chirat, Mme Élise Leboucher, M. David Magnier, Mme Joséphine Missoffe, Mme Natalia Pouzyreff, M. Sébastien Saint-Pasteur

Excusés. – Mme Sylvie Bonnet, Mme Anne-Cécile Violland