

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 Florence Magne, présidente de l'association des directrices et directeurs de MDPH, maisons départementales des personnes handicapées (ADMDPH)..... 2
- Présences en réunion..... 17

Jeudi

25 septembre 2025

Séance de 15 heures

Compte rendu n° 21

SESSION 2024-2025

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



La séance est ouverte à quinze heures.

La commission auditionne Mme Florence Magne, présidente de l'association des directrices et directeurs de MDPH, maisons départementales des personnes handicapées (ADMDPH).

Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat. Madame la présidente de l'association des directrices et directeurs de maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), vos propos sont très attendus. Je vous rappelle que 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 serment de dire la vérité, toute la vérité, rien que la vérité.

(Mme Florence Magne prête serment.)

Mme Florence Magne, présidente de l'association des directrices et directeurs de maisons départementales des personnes handicapées (ADMDPH). Je suis directrice générale adjointe autonomie au département du Nord et directrice de la MDPH du Nord. Je suis ici en qualité de présidente de l'ADMDPH, qui comme son nom l'indique, réunit les directeurs et directeurs adjoints de MDPH. Association professionnelle créée en 2007, dans le prolongement de la loi de 2005, l'ADMDPH a un double objet : diffuser l'expertise des directeurs et directeurs adjoints de MDPH auprès des instances décisionnelles et consultatives dans la mise en œuvre de la loi de 2005 ; faire connaître et mutualiser les expériences des directeurs. L'association compte une centaine d'adhérents, toutes les MDPH y sont représentées. Elle favorise l'échange de pratiques et fait remonter les difficultés de terrain auprès d'instances nationales. En revanche, elle n'a pas de mission de coordination, celle-ci étant dévolue à la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) dans le cadre de la cinquième branche de la sécurité sociale.

Les MDPH sont un service public qui concerne tous les Français. Leur activité a fortement augmenté ces dernières années ; en 2022, 4,3 millions de demandes ont été déposées et plus de la moitié d'entre elles étaient de nouvelles demandes. Cela représente une hausse de 80 % par rapport à 2009.

Il a fallu instruire et évaluer les demandes, prendre une décision et la notifier. Je me permets d'insister sur ce chiffre de 4,3 millions de demandes, car les MDPH doivent combiner un travail de dentelle – chaque évaluation est individuelle, à 360 degrés comme l'a prévu la loi de 2005 ; elle porte non pas sur le handicap de la personne mais bien sûr le retentissement de celui-ci sur sa vie – et une approche industrielle – il faut pouvoir traiter le volume de demandes.

Le directeur de la CNSA vous a donné des chiffres significatifs sur le nombre de bénéficiaires de prestations. Derrière chacun d'eux, il y a des professionnels des MDPH qui ont instruit les demandes et parfois aussi les ont rejetées. Les MDPH, qui comptent un peu plus de 5 900 ETP, ont un volume très important à traiter.

S'agissant des délais, qui font l'objet de critiques récurrentes, aucun directeur, aucun professionnel de MDPH n'a un quelconque intérêt à les allonger : la lenteur aboutit souvent à des évaluations plus complexes à mener, fondées sur des documents moins récents ; elle suscite des relances légitimes de la part des usagers, qui veulent savoir où en est leur dossier – certains

vont même jusqu'à déposer un nouveau dossier, de peur que le précédent ait été perdu. Les directeurs de MDPH ont à cœur de diminuer au maximum les délais.

Ces délais résultent de l'effet ciseaux entre la hausse des demandes adressées au MDPH, la diversification des droits, des situations de plus en plus complexes dont l'évaluation demande du temps et une faible progression des moyens des MDPH, à laquelle s'ajoutent des difficultés de recrutement, comme dans nombre de structures publiques.

Je souhaite mettre en valeur les nombreuses bonnes pratiques des MDPH dans la relation à l'usager : le conventionnement avec des lieux d'accueil généralistes tels que les relais autonomie ; les permanences décentralisées ; les webinaires – je pense à celui de la MDPH de Paris qui permet aux personnes d'entrer directement en contact avec elle – ; le guide d'aide au remplissage de la demande, proposé par la MDPH de Haute-Garonne. Par ailleurs, à la différence d'autres organismes de sécurité sociale, les MDPH accueillent sans rendez-vous les personnes qui le souhaitent.

Pour terminer, j'aimerais souligner un point qui n'est pas souvent mis en avant : le bon taux de satisfaction des usagers à l'égard des MDPH, taux qui est mesuré en permanence par la CNSA. En 2024, 93 000 personnes ont été interrogées : deux usagers sur trois se disent satisfaits ou très satisfaits de leur MDPH ; plus de 86 % jugent les agents très accueillants ; 82 % considèrent qu'ils ont pu exprimer leurs besoins et leurs souhaits. La relation à l'usager est ainsi bien au cœur des préoccupations des MDPH, qui s'efforcent de proposer le meilleur service public possible aux personnes.

Je ne dis pas que tout est parfait, beaucoup de choses restent à améliorer, pour les personnes concernées, pour les usagers mais aussi pour les professionnels de MDPH. Nos intérêts convergent vers la simplification, une plus grande fluidité des parcours et des délais plus courts. Beaucoup de pistes ont été tracées pour y parvenir, notamment dans le rapport de l'Igas (Inspection générale des affaires sociales) de l'année dernière. Nombre d'entre elles concernent la simplification du droit. Plus la réglementation est complexe et plus elle est compliquée à manier et à expliquer – lorsqu'il faut expliquer à des parents le droit d'option entre PCH (prestation de compensation du handicap) et AEEH (allocation d'éducation de l'enfant handicapé), cela prend un petit peu de temps.

Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat. Nous remercions les MDPH pour le travail qu'elles effectuent. Elles sont le guichet unique pour les familles qui peinent à s'y retrouver.

En ce qui concerne la gestion des dossiers, Sophie Cluzel et moi avons mené en 2018 une enquête auprès des MDPH pour identifier les moyens de raccourcir les délais : je pense à la suppression de l'obligation de présenter une nouvelle demande périodiquement pour les handicaps stabilisés. Ces mesures ont-elles permis de gagner du temps, malgré le volume croissant des dossiers ? Comment aller plus loin pour faciliter la vie des professionnels et celle des usagers ?

Il est difficile d'obtenir des informations et des chiffres au niveau national sur la caractérisation des handicaps. Comment savoir si celle-ci est harmonisée sur le territoire national ? Les solutions apportées sont-elles identiques ? Quels sont les taux d'invalidité retenus ? Comment s'opère la répartition des aides ?

Mme Florence Magne. Le fait de pouvoir désormais octroyer des droits sans limitation de durée pour les handicaps non évolutifs a un effet évident, mais celui-ci sera visible

dans le temps. Les MDPH se sont emparés de cette possibilité puisque, au quatrième trimestre 2024, 59 % des attributions d'AAH (allocation aux adultes handicapés) correspondaient à des droits sans limitation de durée. Cette évolution est bénéfique pour la personne qui n'a plus à déposer une demande tous les cinq ans. Elle le sera aussi à terme pour notre activité, même si elle risque d'être contrebalancée par une hausse des demandes au fur et à mesure de l'élargissement des compensations du handicap ou des besoins de la population.

Comment faciliter les choses ? Certains directeurs de MDPH font d'ores et déjà des pas de côté dans leur application des procédures pour épargner des lourdeurs aux usagers. Je pense à l'obligation de fournir une copie de la pièce d'identité dans le cas d'un renouvellement : lorsqu'elles l'ont déjà dans leurs fichiers et en cours de validité, certaines MDPH ne la redemandent pas. Il en est de même de la signature des parents : on pourrait se dispenser de demander celle des deux lorsqu'ils vivent sous le même. La réglementation pourrait consacrer certaines de ces souplesses et ainsi homogénéiser ce que je considère comme des bonnes pratiques sur le territoire national.

Dans les cas de renouvellement à l'identique, on peut aussi s'interroger sur l'envoi systématique du PPC (plan personnalisé de compensation) puisque cela implique un délai de quelque trois semaines avant de pouvoir passer en CDAPH (commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées), le temps que la personne donne ou pas son accord sur le plan. On pourrait aussi envisager, dans les cas les plus simples, de ne pas solliciter l'équipe pluridisciplinaire proprement dite – ce point ne fait pas non plus consensus.

Voilà ce que j'appelle les pas de côté qui visent à fluidifier les procédures. Contrairement à l'image qui en est parfois renvoyée, les MDPH ne sont pas insensibles aux délais. Guidés par la satisfaction de l'utilisateur, les directeurs essaient au maximum d'accélérer quand c'est possible.

En ce qui concerne les remontées nationales, toutes les données qui figurent dans les systèmes d'information des MDPH remontent systématiquement à la CNSA et alimentent son entrepôt de données, dans lequel elle peut se servir directement. C'est assez récent mais c'est opérationnel. S'il manque des données, il faudrait les ajouter dans les éléments à renseigner dans l'outil informatique.

Je me permets de vous alerter s'agissant des données : plus on demande aux MDPH de saisir dans leur système d'information des données qui ne sont pas directement utiles à l'évaluation, plus on risque, à moyen constant, d'allonger les délais d'évaluation. Je comprends parfaitement l'objectif d'évaluation de politique publique, mais il faut prendre garde à ce que le mieux ne devienne pas l'ennemi du bien. C'est un point qui nous préoccupe dans le déploiement du système d'information pour l'évaluation.

M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur. La commission d'enquête porte sur les défaillances de prise en charge du handicap et de la santé mentale. Les MDPH sont des victimes collatérales de la promesse faite en 2005 de délais de traitement de quatre mois et d'une augmentation du volume de dossiers, sans y dédier les effectifs nécessaires, ainsi que d'une certaine complexification – nous n'avons pas évoqué la magnifique littérature des guides barème de la CNSA. Soyez assurés de notre pleine et entière considération pour le travail mené par les MDPH.

Si elles concentrent tant les critiques, notamment sur les délais, c'est notamment parce que nos collègues reçoivent dans leur permanence des personnes confrontées à des difficultés

pour leurs enfants, et qui ignorent le fait qu'un dossier PCH prend beaucoup plus de temps qu'une demande de RQTH (reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé). Tous les dossiers ne se valent pas, non pas pour l'attention qu'on leur porte mais pour le temps qu'ils demandent. J'ai eu l'honneur de présider une CDAPH pendant six ans donc je connais un peu le sujet.

Je souhaiterais soumettre à votre appréciation plusieurs points liés à l'évolution du cadre réglementaire. Le Tour de France des solutions de Mme la ministre et le rapport Igas s'inscrivent dans une logique d'amélioration du traitement des flux mais ne questionnent pas assez le cadre normatif, qui pourrait pourtant faire l'objet de nombreuses améliorations.

L'ouverture des droits à vie est un point très important, dont on ne mesure pas encore toutes les conséquences. Il y a sans doute d'autres domaines dans lesquels des évolutions pourraient être intéressantes.

Ainsi, vous avez évoqué spontanément le droit d'option entre PCH enfant et AEEH. J'ai le sentiment que la première est un peu inadaptée aux problématiques des familles puisqu'elle est calquée sur le modèle adulte et centrée sur les actes essentiels de la vie quotidienne. Elle ne prend pas en considération la parentalité et la liste des dépenses éligibles est assez rigide, contrairement à l'AEEH. Il serait souhaitable de moderniser la loi de 2005 sur ce point. Qu'en pensez-vous ?

Ensuite, je souhaite souligner les difficultés liées au Geva-sco (guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation). L'éducation nationale n'est pas toujours au rendez-vous pour le remplir.

De la même manière, du fait de la défaillance de certains partenaires de la MDPH, les dossiers qu'elle a à étudier ne sont pas toujours le reflet de la situation de la personne. Le caractère incomplet ou imparfait de certaines pièces justificatives biaise l'évaluation et empêche l'ouverture d'un droit conforme à la réalité des besoins des personnes. Je pense aux certificats médicaux notamment. C'est d'autant plus problématique que les visites médicales sur place sont devenues rares dans les MDPH faute de moyens. Partagez-vous ce constat ? Quelles évolutions peut-on envisager pour y remédier ?

S'agissant de l'AAH, la commission a évoqué à plusieurs reprises les limites de la RSDAE (restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi) et de l'arbre de décision. Dans ce domaine, il faut sans doute revoir le guide barème de la CNSA. J'imagine la difficulté pour les MDPH à analyser finement la RSDAE, qui conditionne l'AAH catégorie 2.

En ce qui concerne la RQTH, confirmez-vous que certaines MDPH automatisent l'ouverture de droit ? Il semble que le taux d'ouverture avoisine 95 %.

Mme Florence Magne. Je n'ai pas en tête tous les taux de toutes les MDPH, mais, je peux vous confirmer que ce droit est en effet ouvert assez facilement.

M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur. Nous avons noté des disparités d'appréciation, en particulier dans la prise en charge du handicap psychique au titre de la PCH. Certaines MDPH sont plus en avance que d'autres dans ce domaine. Êtes-vous capables de recenser et d'analyser les divergences d'appréciation entre les territoires ? L'harmonisation est-elle une préoccupation pour vous ?

Enfin, en matière d'ouverture des droits à la retraite, vous devez faire de la spéléologie administrative pour reconstituer l'historique des droits acquis avec la RQTH pour que les personnes concernées puissent bénéficier d'un départ à la retraite anticipée notamment. Le cadre légal est assez incompréhensible. C'est une source de difficulté pour ceux qui veulent faire valoir leur droit à la retraite. Nous devons vraiment nous interroger sur les normes que nous produisons.

Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat. En raison du délai entre la fin de l'AAH et le versement de la pension de retraite, certains citoyens sont contraints de demander le RSA. Ensuite, on leur réclame des indus. Le passage d'un statut à un autre est une source de complexité supplémentaire.

Mme Florence Magne. La MDPH fait partie d'un écosystème. Il faut donc que l'ensemble de ses composantes joue le jeu.

En ce qui concerne les délais, pour les directeurs de MDPH, il s'agit du temps entre le dépôt du dossier complet et la décision de la CDAPH ; pour la personne concernée, le point de départ se situe bien en amont – lorsque le handicap survient et qu'arrivent les premiers examens et les diagnostics – et le terme se situe bien en aval – lorsque le droit est effectif. L'effectivité peut être simple à obtenir – je pense aux droits financiers tels que l'AAH ou la PCH – mais cela peut être bien plus compliqué dans certains cas. Il arrive très souvent que les personnes se tournent vers les MDPH alors que le problème ne relève pas de leur compétence. Nous nous efforçons malgré tout de les accompagner.

Pour ce qui est du délai entre l'interruption de l'AAH et la retraite, la MDPH ouvre un droit pour une certaine durée, qui est notifiée à la personne. À l'âge légal de départ à la retraite, la CAF (caisse d'allocations familiales) arrête de payer. Dans certains cas, des personnes reçoivent une notification d'AAH mais son montant est de zéro car leurs ressources sont supérieures au plafond d'âge. C'est la raison pour laquelle il est très important d'expliquer à la personne l'évolution de son droit.

À l'occasion d'un travail sur le SPDA (service public départemental de l'autonomie) dans le Nord, nous avons été alertés par les CCAS (centres communaux d'action sociale) sur le problème de la rupture de l'AAH avant que le versement de la pension n'ait commencé. En tirant la pelote, il s'avère que le problème provient du transfert du RIB (relevé d'identité bancaire) de la CAF à la Carsat (Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail). La ministre en a pris note lors de son tour de France des solutions et une évolution réglementaire devrait suivre pour autoriser ce transfert. Cela changerait beaucoup de choses dans la vie des gens. Vous avez raison, la complexité du droit a un impact majeur sur les délais de traitement, sur la compréhension par les personnes et sur la réalité de la compensation du handicap.

Je ne peux que souscrire à vos propos sur la RSDAE. Elle est très difficile à manier pour les évaluateurs et très difficile à comprendre pour les personnes concernées. Parfois, l'AAH catégorie 2 n'est pas renouvelée alors que la situation de la personne n'a pas changé, mais parce que la recherche d'emploi n'a pas eu lieu.

On constate aussi une interdépendance entre des dispositifs de politiques publiques. On sait qu'il y a des reports ou des tentatives de report entre le RSA et l'AAH, qui ont un impact sur les MDPH.

Ce que vous dites sur les certificats médicaux est très vrai. L'Igas l'a pointé, certains certificats médicaux ne permettent pas d'évaluer le retentissement du handicap sur la personne. Cela oblige à demander aux usagers des pièces complémentaires et pendant ce temps, le délai continue de courir. J'ai fait une étude dans ma MDPH : la demande de pièces allonge facilement d'un mois le délai de la prise de décision – alors même que nous contactons les gens par téléphone pour leur rappeler que nous attendons les pièces.

Nous avons besoin que tout l'écosystème soit mobilisé, notamment les médecins. Le certificat médical ne peut être signé que par un médecin mais des expérimentations sont en cours pour confier ce rôle à d'autres professionnels de santé. Cela faciliterait l'évaluation et ferait gagner du temps aux usagers.

M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur. Vous faites avec les règles du jeu qui vous sont imposées.

Les délais sont un sujet de préoccupation en matière de scolarisation, mais aussi pour éviter les ruptures de droit et la dégradation de situations dans le cas de la PCH. On peut considérer qu'ils sont moins pénalisants dans le cas de la RQTH dans certains cas. Ils n'ont pas la même portée dans toutes les situations. En conséquence, est-il possible de différencier les circuits de traitement au sein des MDPH ? La délivrance d'une carte mobilité inclusion (CMI) stationnement peut être assez rapide de même qu'une RQTH tandis que les demandes liées à la scolarisation obéissent aux cycles scolaires. On pourrait imaginer des circuits pour optimiser les processus de décision selon la nature de la situation à traiter – selon sa complexité et le regard circonstancié ou pas qu'elle appelle. La réorganisation des MDPH permet-elle de hiérarchiser les situations ?

Seriez-vous prêts à externaliser l'ouverture de certains droits ? À la déléguer à des établissements médico-sociaux ou hospitaliers pour des cas un peu spécifiques qui sont bien identifiés et qui sont suivis par des professionnels ? Dans ces cas de contractualisation, la CDAPH n'aurait qu'à apposer son tampon pour valider.

Mme Florence Magne. Vous avez raison, le délai n'est pas le même selon les droits qui sont ouverts puisque la complexité de la situation varie.

La difficulté vient de ce que la réglementation ne prévoit pas les multiples circuits qui existent de fait dans les MDPH. Elle impose par exemple la consultation d'une équipe pluridisciplinaire à chaque fois. L'association est assez sensible à la recommandation de l'Igas d'assouplir l'interprétation de la notion d'équipe pluridisciplinaire – autrement dit, y recourir à l'échelle de la MDPH plutôt que pour chaque dossier. Dans les faits, c'est ainsi que les choses se passent pour gagner du temps – on ne consacre pas le même temps à une primo-demande de PCH qu'à un renouvellement de CMI. La PCH est la prestation qui nous demande l'évaluation la plus complexe mais son nom est un peu trompeur, tout le monde la demande pensant qu'il s'agit d'une prestation de droit commun. Or son taux de rejet dépasse 70 %. Si la PCH était mieux circonscrite, on pourrait limiter les instructions inutiles puisque les demandes sont vouées à l'échec.

Oui, il existe au sein des MDPH une hiérarchisation des situations, des circuits différenciés et des circuits d'urgence, qui sont prévus par les textes. Mais il est difficile de repérer les urgences dans les dizaines de caisses de courriers que les MDPH reçoivent tous les jours. C'est la raison pour laquelle nous sommes liés par convention à des centres ressources, qui font ce travail pour nous. L'association ne s'est pas prononcée sur une éventuelle délégation

de l'évaluation que vous évoquez. En revanche, les MDPH développent les partenariats avec des structures, qui leur apportent des dossiers complets et bien ficelés, notamment pour certaines pathologies évolutives qui nécessitent d'aller très vite.

Quant à l'externalisation de l'ouverture des droits, le sujet est sur la table, notamment pour la RQTH. Les directeurs de MDPH n'y sont pas opposés mais ils alertent sur les effets rebond d'une telle mesure : si l'on confie aux médecins du travail la possibilité de délivrer des RQTH, il faudra s'assurer que les intéressés ne se retournent pas vers les MDPH pour connaître leur taux d'incapacité lors de leur départ en retraite. Dans le cas contraire, on passerait d'une démarche à deux, ce qui n'est pas vraiment de la simplification.

En ce qui concerne la scolarisation, on l'a vu dans certains départements qui ont expérimenté les PAS (pôles d'appui à la scolarité), la notification par l'éducation nationale du matériel pédagogique adapté est une piste intéressante pour accélérer la procédure.

Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat. Vous avez mentionné un taux de rejet des demandes de PCH de 70 %. C'est énorme ! Quelles en sont les raisons ? Par ailleurs, l'association a-t-elle connaissance des différences d'appréciation d'une MDPH à une autre ? Comment les expliquez-vous ?

Mme Florence Magne. Le taux de rejet est lié aux critères d'éligibilité, qui sont restrictifs. Elle s'appelle prestation de compensation du handicap, mais elle vient compenser des besoins très spécifiques. La plupart des personnes en situation de handicap ne sont donc pas éligibles à la PCH. Or elles sont très nombreuses à en faire la demande. Nous avons donc à l'instruire – c'est alors assez rapide puisque les critères ne sont manifestement pas remplis. Il n'en reste pas moins que cela représente une charge supplémentaire pour les MDPH et suscite un espoir déçu chez les personnes. Ce malentendu est dommageable.

S'agissant des disparités entre les MDPH, il faudrait les examiner dans le détail. Pour un certain nombre de droits, la réglementation est très claire donc pas sujette à interprétation. Elle ne peut pas être source de disparités, même si cela peut arriver.

Sur des dossiers plus complexes comme l'orientation médico-sociale, l'orientation scolaire ou la RSDAE, des disparités sont possibles. Il faut toutefois distinguer si celles-ci concernent l'ouverture du droit ou sa mise en œuvre. Pour ce qui concerne la seconde, les MDPH sont dépendantes de l'offre de services et d'accompagnement, qui varie d'un territoire à l'autre.

Nous n'avons pas aujourd'hui de système d'information unique, mais chaque MDPH ne fait pas tout à fait ce qu'elle veut. J'ai entendu cette affirmation dans une précédente audition, ce n'est pas vrai. Les quatre éditeurs de système d'information doivent respecter un cahier des charges national ; ils le font tous à leur manière ; les MDPH peuvent être contraintes par ces systèmes, ce qui peut expliquer les différences dans les notifications. Il faudrait creuser ce point. Les remontées de données doivent faciliter le travail d'analyse des éventuelles disparités, lequel prescrira des mesures correctives si nécessaire.

M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur. Toute RQTH n'est pas assortie d'un taux d'incapacité mais, pour bénéficier de la retraite anticipée pour salariés handicapés, il faut être atteint d'une incapacité au moins égale à 50 %. C'est incompréhensible. Par la faute du législateur, le cadre légal est inopérant.

Nous avons évoqué les PAS. C'est bien que l'éducation nationale soit plus réactive, notamment pour octroyer du matériel pédagogique adapté, comme des ordinateurs, aux enfants qui ont des troubles de l'apprentissage. Le problème vient de la pluridisciplinarité de l'évaluation, qui peut jeter une ombre sur sa sincérité. En effet, l'équipe compte un représentant de l'éducation nationale. Certaines familles soupçonnent les partenaires de la MDPH, comme les représentants de l'éducation nationale, de freiner les notifications pour des raisons budgétaires, par exemple lorsque l'affectation d'un accompagnant d'élèves en situation de handicap (AESH) est mutualisée. Il en va de même pour le département, dont la voix est prépondérante pour l'ouverture d'une PCH.

Les MDPH sont aussi des observatoires. Or les données sont nombreuses mais elles ne sont pas toujours très bien qualifiées. Nous avons auditionné avant-hier des représentants de la direction générale de l'enseignement scolaire (Dgesc) ; ils étaient en difficulté pour nous dire spontanément quelle était l'effectivité des droits. Or ce n'est pas parce que la MDPH ouvre un droit qu'il sera effectif, ce qui est difficile à comprendre pour le grand public.

Enfin, s'agissant de la simplification, toutes les MDPH proposent-elles une téléprocédure ? Est-il souhaitable d'emprunter le chemin de l'intelligence artificielle ?

Mme Florence Magne. La loi de 2005 a créé les MDPH afin de distinguer l'évaluation de la mise en œuvre, justement pour garantir qu'on évalue en fonction des besoins et non en fonction des moyens. Les acteurs, en particulier l'éducation nationale et France Travail, s'emparent de la question de la compensation pour favoriser l'inclusion. Cette évolution est intéressante mais il faut se souvenir qu'on n'a pas séparé par hasard les MDPH des organismes payeurs.

Les MDPH remplissent une mission d'observatoire. Elles ont investi ce rôle de manière variable selon les territoires, en fonction des moyens dont elles disposaient – eu égard à l'importance des délais, les moyens et l'énergie sont d'abord consacrés à notre cœur de métier, c'est-à-dire à l'évaluation.

Que les droits ouverts ne soient pas systématiquement mis en œuvre est très difficile à comprendre. Souvent, les personnes se tournent vers les MDPH pour qu'on les éclaire.

Même s'il est reconnu, le rôle d'observatoire et d'ensemblier est fragile. En effet, les MDPH dépendent aussi d'autres outils numériques. Je pense en particulier à ViaTrajectoire, qui doit nous permettre de connaître les places disponibles dans les établissements quasiment en temps réel. Or son déploiement varie selon les territoires – chez moi, il n'est pas complètement opérationnel. Déploiement et pilotage ont été confiés aux ARS (agences régionales de santé) : les MDPH ne peuvent exercer seules le rôle d'observatoire. On en revient à la notion d'écosystème : il est essentiel que tous les acteurs s'impliquent et visent les mêmes objectifs.

S'agissant des retraites, la situation est d'autant plus complexe que les MDPH ne peuvent délivrer rétroactivement une notification pour des périodes pendant lesquelles la notification ne mentionnait pas de taux. Je n'ai pas la solution. Les personnes s'adressent à nous, mais nous ne pouvons pas leur répondre.

J'ignore si toutes les MDPH offrent un téléservice, mais ce doit être facile à savoir. En tout cas, ce sera le cas, puisque la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) les y oblige. On ne peut que s'en réjouir : c'est un peu le B-A, BA de la relation avec les usagers. En revanche, il faut se poser la question de l'efficacité. Si le service est plutôt ergonomique

pour les personnes, je n'en dirais pas autant pour les professionnels – certaines MDPH l'ont déployé depuis un moment déjà. En effet, le téléservice ne nous fait pas gagner de temps. D'une part, il y a beaucoup de re-saisie, d'autre part, il ne bloque pas l'envoi de dossiers incomplets. Certes, les personnes peuvent envoyer des courriers sans joindre les pièces justificatives, mais on aurait pu imaginer que le téléservice nous aide à lutter contre les demandes lacunaires.

L'intelligence artificielle, ou l'automatisation des tâches de routine – n'étant pas informaticienne, je préfère employer les termes avec prudence – peuvent présenter des avantages. Elles peuvent faciliter le travail des équipes, le rendre plus fiable et amoindrir les tâches à faible valeur ajoutée, afin que les collègues puissent se concentrer sur les relations avec les usagers et sur les tâches à forte valeur ajoutée. Les autres administrations disposent de beaucoup d'outils utiles, d'aide au remplissage des dossiers par exemple, que les MDPH n'ont pas. Ce serait une bonne chose de hisser ces dernières au niveau attendu par les usagers et les professionnels.

Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat. Quels droits pourraient être simplifiés pour vous soulager ?

Mme Florence Magne. Il est très difficile de simplifier dans le champ du handicap. Il faut brasser l'ensemble des situations, or chaque droit ouvert répond à une situation singulière ; les situations sont diverses et de plus en plus complexes.

S'agissant des enfants, le mécanisme du droit d'option, avec le complément de l'AEEH, est difficile à comprendre. Il faut peut-être le réviser.

Vous avez évoqué la PCH pour les personnes atteintes de troubles mentaux, psychiques, cognitifs ou du neurodéveloppement. Pour les équipes, le handicap psychique est compliqué à évaluer.

Il n'est donc pas facile de vous répondre. Ce serait déjà une bonne chose de limiter les droits d'option. Par ailleurs, un travail sur la RSDAE faciliterait grandement la vie des équipes et améliorerait la compréhension des personnes.

M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur. Je vous rejoins. Pour l'AEEH, l'évaluation repose sur le temps de travail scolaire d'un enfant ordinaire. C'est très restrictif et en décalage avec la réalité que vivent les familles, de sorte que les refus de complément provoquent parfois de l'incompréhension.

La relation avec les usagers est cruciale. Quand le diagnostic de handicap est posé, les parents doivent apprendre une langue nouvelle, découvrir des parcours très complexes et les freins. Il est vrai que la MDPH fait beaucoup, mais en fin de compte on attend le courrier dans la boîte aux lettres qui dira si un droit a été ouvert ou non. Cela soulève la question du nombre d'assistantes sociales présentes dans les MDPH, pour accompagner les décisions. Peut-être faut-il aussi moderniser la relation aux usagers. La qualité de service des impôts, par exemple, a bondi.

Pour des raisons de moyens, les MDPH n'ont pas accompli tous les progrès possibles en la matière. Vous avez cité des exemples positifs, comme les webinaires ; un travail remarquable est accompli ; on a territorialisé et rapproché le service des usagers mais le volume est tel que les gens se retrouvent souvent devant une boîte noire : ils déposent une demande puis ils attendent la notification ; entre les deux, c'est l'inconnu. Quand la procédure est

informatisée, le suivi est faible. On a un vrai problème de pédagogie, qui suscite de la crispation et de l'angoisse dans les familles. Un saut qualitatif devrait être possible. Qu'en pensez-vous ?

Mme Florence Magne. Je ne peux qu'être d'accord. Les MDPH délivrent un service public qui concerne beaucoup de Français, sinon tous, or les moyens attribués n'en tiennent pas toujours compte – je parle ici des outils qui facilitent la relation à l'utilisateur, numériques notamment. Vous avez raison de prendre l'exemple des impôts : dans ce domaine, beaucoup de démarches sont facilitées. Au regard des attentes en matière de relations à une administration ou à un service public, nous sommes clairement à la traîne. Des outils plus performants nous aideraient pour développer des relations aux usagers plus directes et à les informer, par mail par exemple.

Vous avez raison, les personnes déposent leur dossier et ignorent ce qui se passe ensuite. Beaucoup de MDPH déploient des outils pour y remédier. Paris a créé un film expliquant le parcours du dossier. Mais c'est dommage : nous dépensons tous du temps et de l'énergie à trouver des idées, à monter des films ou des tutos, alors qu'on pourrait mutualiser ce travail et fournir à chaque MDPH un kit. Celles qui souhaiteraient faire plus le pourraient mais, au moins, nous disposerions d'un socle un peu plus moderne. La Haute-Garonne a développé un outil d'aide au remplissage du dossier ; on pourrait imaginer qu'il soit disponible dans toutes les MDPH. C'est quelque chose que les usagers comme les professionnels attendent.

J'ajoute que, dans ce domaine, nous avons aussi des points forts : nous accueillons les personnes sans rendez-vous, ce qui est précieux et de plus en plus rare. Pour que les gens soient accompagnés, nous travaillons beaucoup, par conventionnement notamment, avec les CCAS et d'autres relais de proximité.

Prenons l'annonce des rendez-vous pour les primo-demandeurs. Les membres de notre association partagent l'idée mais s'inquiètent quant aux moyens : je ne vois pas, dans les MDPH, où sont les personnes sous-occupées qui attendent d'organiser ces rendez-vous.

Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat. L'intelligence artificielle permettrait-elle de donner un premier retour, lors du dépôt de dossier, en attendant que ce dernier soit instruit, ou de demander automatiquement les pièces complémentaires ? De tels outils soulageraient le personnel de l'envoi de certains mails ; ils rythmeraient l'attente entre le dépôt du dossier et la réception de la réponse.

Mme Florence Magne. Oui, on pourrait l'imaginer. Aujourd'hui, le téléservice oblige les professionnels à re-saisir les données et à vérifier chaque pièce : le travail n'est pas plus rapide. Or quand on dépose un dossier numérique, on attend une réponse immédiate. Dans ma MDPH, et je pense que c'est pareil dans les autres, vous recevez un accusé de réception qui ne signifie pas que le dossier soit complet ; la complétude n'est pas plus rapide que pour les dossiers déposés ou envoyés par courrier, ce qui est difficilement compréhensible pour les personnes.

Le PPC, le plan personnalisé de compensation, est nécessairement envoyé par courrier. On pourrait imaginer une interface, un espace famille, sur le modèle de l'espace particulier des impôts. Ce serait intéressant de disposer d'autres modes de communication avec les usagers durant le traitement du dossier. Même des collègues dont le délai ne dépasse pas deux mois et demi s'entendent dire que c'est trop long. Il est vrai que c'est toujours trop long, mais quand on comprend ce qui se passe, on accepte mieux le temps que ça prend. Savoir qu'une visite à domicile est organisée permet de comprendre à quoi le temps est employé. Or nous peinons à

donner aux usagers cette visibilité ; il faudrait appeler les gens pour leur expliquer, ce que la masse de dossiers à traiter rend difficile.

Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat. Quel est le délai moyen de traitement ?

Mme Florence Magne. En 2023, il était de 4,7 mois ; pour 2024, les rapports d'activité ne sont pas encore consolidés mais il devrait s'établir autour de 4,5 mois.

M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur. On en revient à nos précédents propos : la loi prévoit quatre mois. Si nous voulons que les gens puissent comprendre, il ne faut pas que le législateur inscrive quatre mois. Cela étant, je suis d'accord, l'examen d'une demande de PCH, qui implique une évaluation à domicile et, par exemple, l'établissement de devis pour l'aménagement d'une salle de bains, peut durer plus longtemps.

Vous nous avez dit que 4,9 millions de demandes, dont la moitié étaient nouvelles, avaient été déposées en 2022.

Mme Florence Magne. Oui. Cela concernait 1,8 million de personnes, en 2023, une même personne formulant souvent plusieurs demandes. Il serait logique que, là aussi, la moitié soient primo-demandeurs.

M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur. Vous auriez donc quelque 1 million de rendez-vous à assurer. Encore une fois, la parole politique n'est pas crédible. On annonce une mesure qui ne sera jamais mise en œuvre : on ne peut que décevoir. Il aurait mieux valu construire une organisation commune avec les associations, qui sont de puissantes alliées des MDPH, en particulier pour aider les familles à constituer les dossiers.

De bonnes pratiques existent. Certains s'interrogent d'ailleurs sur l'opportunité de donner plus de place au monde associatif dans la gouvernance des MDPH. En tout cas, il doit être plus stimulé, mieux reconnu, peut-être davantage soutenu financièrement. Les associations organisent beaucoup de permanences et leur aide fait gagner un temps significatif aux MDPH : grâce à leur expertise, les dossiers sont mieux préparés. Pourrait-on envisager d'aller plus loin pour faciliter le travail des MDPH ? Une telle externalisation serait-elle acceptable ?

Mme Florence Magne. Les associations font partie des MDPH : elles participent à la gouvernance et aux décisions, puisqu'elles siègent en CDAPH (commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées). Je suis d'accord avec votre analyse : nous devons travailler main dans la main au bénéfice des personnes. C'est vrai, les personnes qu'elles ont aidées déposent souvent des dossiers mieux adaptés aux critères d'évaluation. Il serait donc utile de renforcer cette mission. L'idée est toujours celle de l'écosystème. Mon analyse sera peut-être un peu différente s'agissant de l'accompagnement des situations complexes. Pour elles, on assiste depuis plusieurs années à un émiettement discutable du point de vue de l'efficacité de l'action et du bon usage des fonds publics.

En tout cas, si on concentre dans les MDPH l'aide au remplissage de dossiers, on risque un effet d'engorgement. Nous parlons des délais de décision ; je ne voudrais pas que, dans quelque temps, on parle des délais de prise de rendez-vous – nous n'aurions pas gagné grand-chose. Les personnes demandent à être reçues et accompagnées, pour mieux comprendre ce qui va se passer. Je le répète : il faut embarquer tout l'écosystème pour développer l'accompagnement. Les associations jouent dans ce domaine un rôle essentiel, qui doit

certainement être renforcé et revalorisé pour qu'elles puissent le remplir encore mieux – il faudrait leur poser la question.

M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur. Pourrait-on déléguer certaines tâches aux établissements médico-sociaux ? Les professionnels des IME (instituts médico-éducatifs), des Itep (instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques) et des Sessad (services d'éducation spéciale et de soins à domicile), par exemple, accompagnent quotidiennement les enfants qui leur sont confiés et connaissent bien les différentes possibilités ; on les consulte souvent pour évaluer les dossiers. Ils connaissent aussi des problèmes de personnel, mais on pourrait leur confier plus de responsabilités s'agissant des ouvertures de droits et de l'accompagnement des familles.

J'insiste sur l'externalisation : tout ce qui permettrait d'améliorer la qualité des dossiers, donc d'éviter des allers-retours administratifs, fluidifierait le travail des MDPH.

Mme Florence Magne. Tout processus à même de donner l'explication la plus complète possible de la situation, afin que les évaluateurs appréhendent le mieux possible le retentissement du handicap, est le bienvenu. Cependant, confier l'évaluation à d'autres acteurs soulève de nouvelles questions. Souvent, on nous renvoie les difficultés d'harmonisation et d'homogénéisation ainsi que l'obligation de l'équité de traitement. Plus on multipliera les acteurs, plus il sera compliqué de garantir cette équité, le respect de la norme, et de parvenir au droit juste. De plus, les acteurs concernés pourraient avoir des intérêts divergents. Il faut y travailler, mais je ne suis pas sûre qu'une délégation, pour reprendre votre terme, soit souhaitable. En revanche, on peut certainement renforcer l'articulation pour faciliter l'évaluation.

Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat. Il faut que tous les évaluateurs respectent les mêmes critères pour éviter les écarts. C'est ce qui rend la répartition des tâches difficile. Au bout du compte, vous serez responsables de la décision.

M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur. On ne peut être juge et partie. On ne demandera pas à un Sessad qui accompagne la scolarité d'un enfant de lui ouvrir un autre droit lié à un Sessad. Néanmoins, pensé finement, un dispositif impliquant des professionnels qui connaissent les problèmes du secteur apporterait de la fluidité.

Vous avez évoqué le problème du transfert de RIB de la CAF vers la Carsat. Hormis ce point, avez-vous des difficultés à signaler concernant les mises en paiement des droits ?

Mme Florence Magne. Nous utilisons des flux automatisés : les décisions d'ouverture de droit sont directement envoyées aux CAF pour déclencher la mise en paiement. Ce qu'on pourrait certainement améliorer, c'est l'information de l'usager. Lorsque la MDPH ouvre un droit, il est possible qu'aucun versement n'intervienne. En effet, la CAF prend en considération de nouveaux éléments, relatifs aux ressources.

Je ne suis pas assez technicienne pour bien en parler, mais l'enrichissement des flux pose encore des problèmes : les CAF doivent souvent redemander des pièces, notamment d'identité, parce qu'il est compliqué de les transmettre par le flux MDPH – cela dépend peut-être des éditeurs. En revanche, la mise en paiement est fluide et automatique. C'est également le cas pour la PCH, qui dépend des départements.

M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur. Que pensez-vous des barrières d'âge ? Je comprends que votre devoir de réserve vous oblige à limiter votre réponse aux incidences. Je pense en particulier aux problèmes liés au passage de l'enfance à l'âge adulte. Les régimes sont totalement différents et on constate parfois une frilosité à ouvrir pour des jeunes des droits à l'AAH, l'allocation aux adultes handicapés. On peut en effet être tenté de penser que verser une telle allocation à un jeune de 20 ou 22 ans risque de ne pas l'inciter à chercher un emploi. Vous allez me dire que non, que ce n'est pas le bon raisonnement, mais l'idée est prégnante.

Le problème de la PCH se pose aussi, à l'autre bout du spectre, pour les personnes de plus de 60 ans. Identifiez-vous là un point de crispation dans l'instruction des dossiers ou une incompréhension du public ? Des évolutions sont-elles nécessaires ?

Mme Florence Magne. Je n'ai pas d'avis précis. C'est assez technique. La ministre Parmentier-Lecocq a annoncé des mesures concernant le passage de l'enfance à l'âge adulte. Il est compliqué notamment parce que les dispositifs respectifs n'ont rien à voir les uns avec les autres. On pourrait anticiper certaines ouvertures de droit pour le faciliter. Un travail est certainement possible.

Quant à la barrière des 60 ans, il est vrai qu'elle n'est pas toujours comprise. Nous recevons des primo-demandes de PCH pour des personnes de plus de 60 ans. Il faut réussir à expliquer que ce n'est possible que dans certains cas très spécifiques. De plus en plus, le lien est fait avec les services chargés d'instruire les demandes d'APA, d'allocation personnalisée d'autonomie : on ne laisse pas la personne sans réponse. Mais les dispositifs sont tellement différents que la réponse n'est pas la même.

Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat. Pour les jeunes, les barrières d'âge peuvent varier, notamment en cas de troubles psychiatriques. Pour vous, le changement a-t-il lieu à 18 ans ?

Mme Florence Magne. Il a lieu à 20 ans.

M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur. Cela pose des problèmes, en particulier pour les jeunes entrés en insertion professionnelle avant 20 ans. On constate des incohérences.

Nous avons auditionné ce matin le délégué général de l'Union nationale des entreprises adaptées (Unea), notamment pour parler des orientations en Esat (établissement et service d'aide par le travail). Comment s'opère l'évaluation ? Les différences sont très ténues entre un foyer d'accueil médicalisé (FAM) et une maison d'accueil spécialisée (MAS). Parfois, pour répondre aux besoins des personnes, des multinotifications sont rendues – non sans crispier certains organismes. L'orientation en Esat évolue-t-elle ? L'ouverture du droit dépend-elle uniquement de la situation ou la réalité de l'offre dans le territoire peut-elle avoir une incidence ?

Mme Florence Magne. Il est difficile de répondre pour l'ensemble du pays – je ne sais pas s'il existe beaucoup de données consolidées en la matière. Dans mon territoire, on oriente en fonction des besoins de la personne ; on peut aussi être amené à proposer des orientations secondaires, pour que la personne ait le plus de chances possibles que l'ouverture de droits soit suivie d'une mise en œuvre effective. L'orientation FAM ou MAS pose effectivement une difficulté, d'autant que les payeurs ne sont pas les mêmes – le dossier est parfois renvoyé comme relevant de l'un et non de l'autre. Dans ce cas, la mise en œuvre est

compliquée. On fait valoir aux territoires la nécessité de se coordonner. À mon sens, c'est souvent moins la coordination qui manque que les solutions adaptées.

S'agissant de l'orientation en Esat, je n'ai pas de commentaire particulier à faire.

M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur. Vous êtes également directrice générale adjointe du département du Nord, donc vous avez un double regard. Diriez-vous que la forte augmentation de la PCH reflète l'évolution du projet de vie des personnes ou qu'elle est la conséquence de la carence de places en institution ? On sait que cela arrive ; c'est source de tensions. Êtes-vous en mesure d'analyser la situation ?

Mme Florence Magne. Non, je ne le suis pas. Il faudrait une étude exhaustive des situations. Dans le Nord, nous avons repris contact avec des personnes vivant à domicile avec un plan PCH très lourd, pour leur demander si elles restaient à domicile par choix ou par défaut. Dans le cadre du plan 50 000 solutions, il nous avait paru intéressant de faire un zoom sur leur situation. De fait, elles étaient à domicile par choix. Toutefois, je ne dispose pas de travaux étayés suffisants pour formuler une réponse à une échelle macro. Il faut creuser la question.

Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat. Avons-nous davantage de données chiffrées sur le nombre d'enfants qui n'accèdent pas à un IME, par exemple ? On sait que l'application de l'amendement Creton a provoqué une embolie ; l'attente peut durer quatre ans.

Mme Florence Magne. Je n'ai pas non plus d'éléments statistiques probants à même d'étayer un raisonnement. En tant que représentante des directeurs de MDPH, je peux dire que l'amendement Creton suscite une attention particulière. Dans le Nord, toutes les personnes relevant de ce dispositif sont revues chaque année et la CDAPH les reçoit pour s'assurer que le projet de vie adulte a été élaboré et que les démarches sont accomplies.

Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat. Savez-vous combien de personnes sont concernées dans le département ?

Mme Florence Magne. Je n'ai pas le chiffre en tête, mais je pourrai le trouver. Personne ne conteste le manque de places dans le secteur enfants, mais il est compliqué de le quantifier. Les 50 000 solutions devaient y pourvoir en partie. On en revient à la difficulté que nous avons déjà évoquée : l'écart entre l'ouverture de droits et sa traduction effective. Les directeurs de MDPH peuvent mener des analyses, lancer des alertes et interpellier les partenaires mais ils n'ont pas le pouvoir de forcer des admissions et d'ouvrir des places – ni les compétences nécessaires.

M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur. Les logiques territoriales ne prennent pas suffisamment en considération la réalité de l'offre. Les MDPH ne devraient pas s'en préoccuper mais elles le font, pour trouver des solutions. Or, d'un département à l'autre, les réalités sont très différentes. En Gironde, les Itep sont surreprésentés, au détriment des IME ; nous avons quatre fois moins d'établissements médico-sociaux pour adultes que la Corrèze, qui n'est pas très loin. Forcément, cela influence l'instruction des dossiers. La Gironde a longtemps été le département qui ouvrait les plus gros plans PCH individuels, à cause du manque de places pour adultes. On ne réfléchit pas assez à cette question. On a confié aux MDPH un rôle d'observatoire, mais elles n'ont jamais été dotées des moyens pour remplir cette mission. Il faudrait sans doute resserrer les liens avec les ARS. Il est difficile de coordonner tous les acteurs, mais les propositions sont parfois déconnectées des réalités des familles. Les MDPH n'en sont pas responsables : ce sont les élus que je critique.

Je remercie les MDPH pour leur travail : s'il est évidemment perfectible, il n'en est pas moins remarquable – je peux en attester personnellement.

Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat. Merci. Si vous avez des éléments d'information complémentaires, vous pouvez nous les envoyer.

La séance s'achève à seize heures trente.

Membres présents ou excusés

Présents. – Mme Nicole Dubré-Chirat, M. Sébastien Saint-Pasteur

Excusée. – Mme Anne-Cécile Violland