

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 Amandine Buffiere,
pédopsychiatre, présidente de la Fédération des centres
médico-psycho-pédagogiques 2
- Présences en réunion..... 12

Mardi

23 septembre 2025

Séance de 16 heures

Compte rendu n° 14

SESSION DE 2024-2025

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



La séance est ouverte à seize heures dix.

La commission auditionne Mme Amandine Buffiere, pédopsychiatre, présidente de la Fédération des centres médico-psycho-pédagogiques.

Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat. Nous auditionnons Mme Amandine Buffiere, pédopsychiatre et présidente de la Fédération des CMPP (centres médico-psycho-pédagogiques).

Je vous demande 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.

(Mme Amandine Buffiere prête serment.)

Mme Amandine Buffiere, pédopsychiatre, présidente de la Fédération des centres médico-psycho-pédagogiques. Pédopsychiatre depuis une vingtaine d'années, j'ai exercé environ dix ans en Normandie et je travaille en région parisienne depuis 2021. Je suis directrice médicale du centre Claude-Bernard et par ailleurs présidente de la Fédération des CMPP. Le conseil d'administration de la fédération s'étant tenu vendredi, j'ai pu discuter avec mes collègues qui m'ont donné des éléments d'actualité intéressants, notamment sur les listes d'attente.

Il existe environ 300 CMPP en France. Ces structures publiques s'occupent de pédopsychiatrie ambulatoire, c'est-à-dire des enfants de 0 à 20 ans. Contrairement aux CMP (centres médico-psychologiques), qui dépendent de l'hôpital et relèvent donc du sanitaire, les CMPP sont rattachés au médico-social. Leur création, en 1946, résulte de la volonté commune de l'éducation nationale et des pédopsychiatres – la pédopsychiatrie était naissante à l'époque – de prendre soin des enfants à l'issue de la guerre. Le CMPP Claude-Bernard a été le premier d'entre eux. Ce modèle s'est développé de 1946 à 1970 ; les CMP sont nés ensuite.

Par ailleurs, il existe une quinzaine de Bapu (bureaux d'aide psychologique universitaires) qui, en lien avec certains CMPP, proposent des soins psychiques aux étudiants. C'est une offre originale puisque les étudiants peuvent être suivis par des psychiatres et des psychologues et bénéficier de psychothérapies. Malheureusement, le nombre de structures est faible.

Nous disposons de peu de chiffres globaux – il y a un véritable problème d'épidémiologie en France – mais l'Igas (Inspection générale des affaires sociales) a rendu un rapport très sérieux, en 2018, dans lequel elle dresse un état des lieux des CMP, des CMPP et des Camsp (centres d'action médico-sociale précoce), c'est-à-dire de l'offre ambulatoire de pédopsychiatrie en France.

Selon l'Igas, les CMPP couvrent à peu près un tiers de l'offre ambulatoire en France, les deux tiers restants étant assurés par les CMP enfants adolescents. Les CMP et les CMPP reçoivent à peu près les mêmes types de patients. Lorsque la densité des structures le permet, nous nous répartissons les patients, les cas les plus lourds étant traités à l'hôpital et les plus légers, ou moyens, par le CMPP. Ce n'est pas vrai partout : dans certaines zones, nous recevons

strictement les mêmes types de patients. Il existe toutefois de véritables variations entre les territoires concernant les délais d'attente, la composition des équipes et le type de patients que l'on reçoit.

La principale difficulté concerne les listes d'attente, qui sont très importantes et ne cessent d'augmenter du fait de l'accroissement de la demande. Les parents, les écoles et la politique du handicap poussent à une augmentation du nombre de consultations, de diagnostics et de prises en charge. C'est très bien mais malheureusement les moyens d'accompagnement et de soins n'ont jamais suivi. Seuls le diagnostic et l'évaluation ont été beaucoup soutenus dernièrement. Comment peut-on faire du diagnostic sans renforcer également le soin ? Cela pose un problème car beaucoup d'enfants arrivent des PCO (plateformes de coordination et d'orientation) ou même du libéral avec de très beaux diagnostics puis attendent leur prise en charge pendant des mois, voire des années.

La deuxième difficulté tient au recrutement. Ces structures, régies par la convention de 1966, proposent des salaires très bas aux orthophonistes et aux psychomotriciens ; ceux des psychologues commencent à poser un problème. Recruter des orthophonistes en CMPP et en CMP est devenu une gageure : il n'en reste que dans des équipes exceptionnelles, où les gens viennent travailler parce qu'il s'y passe des choses, avec un climat de travail très favorable. En dehors de ces cas, il est très difficile pour nos structures de trouver des orthophonistes.

Il en va de même pour les pédopsychiatres. Certaines structures ont désormais recours non pas à des pédopsychiatres mais à des psychiatres pour adultes, à des pédiatres, à des médecins généralistes, voire à des personnes qui font de l'intérim ou consultent en visio. Ces dernières ne font que remplir des certificats ou signer des prises en charge, ce qui n'est pas du tout l'esprit de la fonction médicale en CMPP, à savoir proposer un accueil permettant de faire un diagnostic et d'assurer le suivi des enfants. Mais la situation est particulièrement dégradée. À la fédération, nous recevons très régulièrement des appels de personnes nous demandant comment faire dans un CMPP sans médecin. C'est la chronique d'un désastre annoncé puisque les chiffres de la démographie des pédopsychiatres et des psychiatres sont connus depuis bien longtemps.

Par ailleurs, les fonds dédiés à la santé mentale des enfants et des adolescents ont été attribués au sanitaire. Les CMPP, qui relèvent du médico-social, ne pouvaient donc pas candidater aux appels à projet. Je l'ai mesuré lors de la Commission nationale de psychiatrie, lorsque je coanimais un groupe de travail avec un collègue du sanitaire : les quelques propositions qui avaient été faites ne concernaient pas les CMPP. Ainsi, dans la réalité, nous effectuons un travail sanitaire mais nous ne pouvons pas bénéficier des crédits correspondants. C'est dommage car le tissu est tellement fragile qu'il paraîtrait efficace de soutenir les équipes qui fonctionnent encore – il y en a quelques-unes. Or celles qui pourraient participer à des projets ne le peuvent pas si elles exercent dans le cadre d'un CMPP.

Autre point important, les CMPP employaient auparavant du personnel « prêté » par l'éducation nationale, notamment des directeurs administratifs et pédagogiques et des psychopédagogues. Dans le CMPP dans lequel je travaille, nous sommes une quarantaine d'équivalents temps plein ; huit psychopédagogues ainsi que le directeur administratif et pédagogique venaient de l'éducation nationale. Petit à petit, celle-ci a retiré tout son personnel, soit neuf personnes en moins pour la même charge de travail, sans la moindre compensation par les agences régionales de santé (ARS). Sur l'ensemble des quelque 300 CMPP, un millier de postes ont été perdus. Cela s'ajoute aux postes vacants avec, parallèlement, une

augmentation des demandes et des besoins en santé mentale des enfants et des adolescents. Le paysage n'est donc pas très joyeux.

Cela étant, les équipes, quand elles fonctionnent bien, restent très investies. C'est un travail passionnant, un peu particulier, assez généraliste. Nous sommes des spécialistes non pas de tel ou tel trouble mais du suivi au long cours : nous accompagnons des familles ayant des difficultés multiples – ne viennent pas chez nous des familles dont l'enfant a un simple trouble du langage oral, qui sera réglé par une consultation en orthophonie. Ces difficultés peuvent être d'ordre social ou familial ; elles peuvent tenir à la présence de maladies mentales dans la famille, ou à diverses pathologies – troubles psychiques, du neurodéveloppement... – qui se mélangent.

Nous sommes faits pour cela : nos équipes sont pluridisciplinaires et comportent généralement des pédopsychiatres, des psychologues, des orthophonistes, des psychomotriciens, des assistants sociaux ainsi que du personnel administratif ; auparavant, il y avait des psychopédagogues. Notre plateau technique correspond assez bien à des enfants et à des familles rencontrant des difficultés multiples, nécessitant souvent plusieurs soins, avec des accompagnements à moyen et à long terme. Cela peut certes être perçu comme un problème, parce que le turnover est moins grand, mais cela permet d'éviter que les enfants décrochent de l'école et d'apporter des améliorations sur le plan de la parentalité.

Nous recevons aussi nombre d'enfants de l'aide sociale à l'enfance (ASE). Des collègues m'ont indiqué qu'on repérait de plus en plus de situations de maltraitance et que les informations préoccupantes étaient de plus en plus nombreuses. Il n'est pas simple de savoir si l'on signale plus parce qu'on repère mieux ou parce que la maltraitance s'aggrave. Il faudrait interroger des démographes.

Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat. Les tranches d'âge ne sont les mêmes nulle part : le suivi commence à la naissance mais il peut s'arrêter à 15 ans, à 16 ans, à 18 ans ou à 20 ans. Cela pose un problème de lisibilité car on ne sait pas vers qui se diriger ni à quel âge on est considéré comme un adulte.

Quant aux délais d'attente, ils sont de douze à dix-huit mois au mieux, parfois plus. Cela a des conséquences sur la prise en charge initiale mais aussi sur les ruptures de soins. En effet, les enfants sont dépistés et orientés de plus en plus tôt mais doivent ensuite attendre un, deux ou trois ans avant d'être pris en charge, ce qui aggrave leurs troubles. Des équipes mobiles peuvent-elles venir en renfort pour diminuer les délais d'attente ?

Vous avez évoqué l'absence de lien entre le médical et le médico-social. Comment peut-on y remédier, pour éviter les cloisonnements et travailler en harmonie ?

Savez-vous si les psychopédagogues et le directeur administratif et pédagogique que vous avez perdus ont réintégré leur place à l'éducation nationale ? Ou bien se consacrent-ils à d'autres activités ? Nous avons en effet constaté que les psychologues de l'éducation nationale étaient employés davantage à l'orientation qu'à l'accompagnement des jeunes en difficulté.

Concernant les enfants de l'aide sociale à l'enfance, le repérage est encore insuffisant, notamment le dépistage de la prostitution chez les mineurs, qui est majorée chez ce public. Recevez-vous de l'aide des maisons des adolescents dans la prise en charge des jeunes ?

Mme Amandine Buffiere. Oui mais pas partout. Les maisons des adolescents se trouvent surtout dans les grandes villes. La dimension territoriale joue beaucoup. Ainsi, à Rouen, cette structure fonctionne parfaitement mais les adolescents de Barentin ne se rendent pas à Rouen. Il aurait fallu renforcer le CMPP sur ce sujet ou bien créer une antenne de la maison des adolescents à Barentin.

Les tranches d'âge varient en effet selon les territoires : dans certaines régions, les enfants sont suivis de 0 à 20 ans, dans d'autres ils le sont de 3 à 18 ans, ou de 0 à 18 ans. Il faudrait homogénéiser les règles en la matière. Toutefois, plus les structures sont débordées, plus elles auront tendance à orienter tôt, par exemple à partir de 16 ans, vers d'autres structures comme la maison des adolescents ou le secteur des adultes. Les solutions peuvent être différentes selon les situations : si un enfant qui allait bien fait une décompensation à l'adolescence, il me paraît légitime qu'il soit pris en charge par la maison des adolescents. En revanche, si un enfant a des problèmes depuis qu'il est tout petit et que nous l'accompagnons depuis longtemps, je trouve plus légitime que nous continuions à le suivre. Beaucoup de maisons des adolescents fonctionnent d'ailleurs ainsi.

Il me semble un peu rude d'envoyer des jeunes de 18 ans dans le secteur adulte parce que celui-ci pratique beaucoup de psychiatrie lourde et n'offre que peu d'accès à la psychothérapie. L'expérience du Bapu m'a montré qu'il était pertinent de recourir à des pédopsychiatres pour accompagner des jeunes adultes car ils ont encore en tête leurs difficultés à se séparer de leur famille et à se lancer dans une nouvelle vie. Il serait nécessaire de créer des structures adaptées et de consacrer des moyens spécifiques aux étudiants. En effet, quand ils décrochent, cela fait beaucoup de dégâts, parce qu'ils ne peuvent plus poursuivre leurs études. Les pertes de chance sont terribles, alors que les étudiants ont de grandes capacités à suivre des psychothérapies. Je trouve dommage qu'on ne puisse pas leur en proposer.

La prise en charge génère deux temps d'attente. Le premier concerne la rencontre avec un consultant – psychologue ou médecin psychiatre. L'Île-de-France est la mieux lotie avec un délai de quatre à six mois, contre dix-huit mois en région. Le deuxième concerne l'accompagnement : il faut par exemple patienter six mois, un an, deux ans avant de pouvoir consulter un orthophoniste. Mes collègues du Grand Est, où le délai s'élevait à dix-huit mois, ont dû arrêter de prendre des nouveaux patients pendant un an. Ils ont signalé la situation à l'ARS, qui n'a pas réagi. À Rouen, sur deux sites, les premiers rendez-vous ont été totalement suspendus pendant six mois. Les soignants, qui se sentaient coupables de ne pas recevoir de nouveaux enfants – c'est une responsabilité lourde – ont signalé un événement indésirable grave à l'ARS ; là encore, il n'y a eu aucun retour. Ne pas pouvoir absorber le flux est une préoccupation des soignants.

À Saint-Étienne, ils donnent la priorité aux enfants sortant des Camsp et des PCO, et à ceux qui sortent d'hospitalisation ou ont fait une tentative de suicide. Pour eux, l'attente dure six mois à un an ; pour tous les autres enfants, elle dure deux à trois ans – avec une équipe au complet, dynamique et qui fonctionne bien.

Beaucoup de délais s'établissent entre douze et dix-huit mois pour un diagnostic, et dix-huit mois pour un suivi. Certains collègues m'ont indiqué qu'ils ne faisaient plus de suivi en orthophonie : avec 0,5 orthophoniste, ils ne peuvent faire que des bilans pour alimenter un dossier MDPH (maison départementale des personnes handicapées) ou une demande d'aménagement à l'école. De plus, vous vous doutez bien qu'il n'est pas passionnant pour des orthophonistes de ne faire que des bilans, alors que l'intérêt, pour un soignant, c'est de suivre un enfant après avoir établi un diagnostic. Ils ne restent donc pas très longtemps.

Les délais moyens entre l'inscription et la prise en charge sont de trois ans pour la psychomotricité, de deux ans pour une psychothérapie et d'un an pour les consultations. La région la mieux lotie est l'Île-de-France car, étant la plus dense, elle compte plus de structures et une plus grande offre libérale. En Normandie, où j'ai travaillé, il n'y avait pas d'offre libérale, seulement le CMPP ; de plus, son secteur ne comptait pas de CMP, donc pas de sanitaire. Cette situation est assez courante.

Vous m'avez demandé ce que sont devenus les professionnels récupérés par l'éducation nationale. Dans le cadre de la politique d'inclusion, une partie d'entre eux exerce maintenant dans les classes spécialisées comme les Ulis (unités localisées pour l'inclusion scolaire) et les UEMA (unités d'enseignement en maternelle autisme).

Les Rased (réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté), qui ont été fermés, constituaient un premier niveau de prévention, les enfants pouvant être dépistés et pris en charge à l'école pour des difficultés légères. Les psychopédagogues des CMPP travaillaient beaucoup avec leurs collègues des Rased, qui leur adressaient les enfants dont ils pensaient que la situation n'évoluerait pas suffisamment dans ce cadre. Ce n'est plus le cas, d'une part parce que les Rased ont disparu de la plupart des écoles – même s'il en reste encore quelques-uns – et, d'autre part, parce qu'il n'y a plus de psychopédagogue en CMPP.

De ce fait, nous assistons à une médicalisation de l'échec scolaire. Certains enfants souffrent non pas de troubles du neurodéveloppement mais de difficultés à s'investir dans les apprentissages. Celles-ci, qui sont la conséquence de difficultés affectives, sont désormais beaucoup moins bien accompagnées et risquent de s'aggraver, alors qu'il est tout à fait possible d'infléchir les évolutions et les profils. Certains enfants, avec des soins, pourront aller mieux assez vite et reprendre une scolarité satisfaisante pour eux et pour l'école.

M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur. Je culpabilise presque : la carence est telle que chaque seconde que vous ne passez pas auprès des enfants et des familles est perdue. Faisons en sorte que votre audition soit utile.

Nous ne découvrons pas le tableau que vous présentez et votre lassitude transparaît. Quand on exerce des responsabilités, on se sent comptable de la situation.

La commission d'enquête s'intéresse aux coûts évités, non pour faire des économies, mais pour prévenir l'incidence d'un déficit de prise en charge : une déscolarisation ou une hospitalisation sont infiniment plus budgétivores qu'une prise en charge précoce.

Pour pallier les carences, de psychiatres notamment, les CMP tendent à réorganiser les services de manière moins rigide, par exemple en resserrant les liens avec la médecine générale et la psychiatrie libérale. Les CMPP essaient-ils de se réinventer pour offrir des réponses aux enfants et aux familles ou, arrivés au bout du système, sommes-nous dépourvus de marge de progrès ?

Souvent, tout commence à l'école. Vous avez cité les Rased : une prise en charge précoce peut éviter beaucoup de choses. Faut-il consolider la médecine scolaire ? Renforcer la culture de la prévention permettrait d'économiser ailleurs des montants bien supérieurs.

Mme Amandine Buffiere. Les médecins scolaires, à l'instar de ceux de la protection maternelle et infantile (PMI), jouaient un rôle essentiel en matière de prévention. Il faudrait leur redonner plus de place, dans les Rased en particulier.

Bien sûr, il faut travailler en lien avec la médecine de ville et avec le secteur libéral en général. Mais cela prend du temps or, comme vous le dites, nous regrettons toute heure passée loin des patients. En fait, nous entretenons davantage de liens avec l'extérieur quand nous étions moins submergés. C'est un peu le serpent qui se mord la queue...

Quoi qu'il en soit, les structures comme les CMP et les CMPP sont indispensables pour les enfants qui rencontrent des difficultés complexes. La prévention est essentielle, en particulier pour les tout-petits, et on peut faire beaucoup en aidant les parents. Mais pour certains enfants, il faut une équipe solide. Le professeur Guillaume Bronsard et moi avons le projet de créer un diplôme universitaire, à l'université de Brest, pour former au travail ambulatoire les médecins qui ne sont pas pédopsychiatres et les jeunes pédopsychiatres qui n'en ont pas l'expérience. Cela permettrait à des médecins généralistes, à des pédiatres ou à des médecins de PMI de travailler en CMPP ou en CMP. Notre idée consistait donc plutôt à proposer une formation continue pour recruter des médecins.

Vous me demandez si nous sommes arrivés au bout du système. Selon moi, c'était un très beau système, qui fonctionnait assez bien, mais qui a décroché quand les demandes ont augmenté et que les structures se sont réduites comme une peau de chagrin.

Le rapport de l'Igas évaluait le coût moyen d'une année de suivi par un CMPP à 1 600 euros environ, à peine plus qu'une journée d'hospitalisation. Le raisonnement est simple : puisque le suivi des enfants évite des hospitalisations, cela coûte beaucoup plus cher de les laisser sans soins. Pourtant, on méconnaît cette réalité et on mésestime l'importance du suivi ambulatoire. Des études récentes ont montré qu'un suivi par des professionnels constituait la meilleure prise en charge possible après un passage à l'acte suicidaire. Dans la pratique courante, on s'inquiète très souvent du risque de passage à l'acte suicidaire chez des adolescents, mais c'est peu fréquent dans la population que nous suivons : parce que nous sommes inquiets, nous faisons le travail nécessaire pour l'éviter, notamment en mobilisant leurs parents. En revanche, il y a pas mal de passages aux urgences d'enfants non suivis.

Mme Chantal Jourdan (SOC). L'état des lieux est dramatique. Vous soulignez les délais d'attente ; on sait ce que donne l'absence de prise en charge.

Je suis convaincue de la nécessité de l'approche généraliste. Vous l'avez dit, vous êtes plus souvent amenés à intervenir pour des troubles anxio-dépressifs ou qui ne relèvent pas d'une classification précise. Dans le cadre des politiques publiques, on a voulu identifier des troubles qui devaient donner lieu à des interventions spécifiques ; cela a sans doute son intérêt, mais conduit à oublier les enfants qui souffrent de troubles plus globaux. Il faut revenir à une approche généraliste. Ce n'est pas par hasard que les délais d'attente deviennent énormes.

Vous avez parlé des tentatives de suicide. Quelles sont les autres conséquences, pour eux-mêmes et pour leur entourage, de la non-prise en charge des enfants ?

Mme Amandine Buffiere. Les effets du suivi dépendent largement de sa qualité. En Normandie, quand je recevais pour la première fois un patient qui avait attendu son rendez-vous pendant un an ou un an et demi et que sa situation était grave, je disais à la secrétaire qu'il fallait que je le revoie rapidement mais elle me répondait qu'il fallait attendre deux mois. Ça, ce n'est pas possible. Les risques sont variables. Outre les troubles anxio-dépressifs et le risque suicidaire, des situations de harcèlement peuvent cristalliser ; une absence de diagnostic, donc d'adaptation, peut provoquer un décrochage scolaire. Lorsque des troubles du comportement perdurent, la famille entière en souffre ; parfois, l'école, à bout de souffle, déscolarise les

enfants et les parents sont obligés de diminuer leur temps de travail. Donc, oui, les conséquences sont multiples : pour les enfants eux-mêmes, pour les adolescents et les adultes qu'ils deviendront, ainsi que pour leur entourage, y compris scolaire. On peut parler de difficultés systémiques.

Vous avez raison : tous les enfants n'entrent pas dans des catégories clairement définies. En pédopsychiatrie, l'idée qu'on pourrait résoudre les problèmes à l'aide d'une équation « un trouble, un diagnostic, un traitement » correspond rarement à la réalité – pourtant, on aimerait bien que ce soit le cas ! Les problèmes sont souvent mêlés : on peut par exemple avoir un trouble du neurodéveloppement et des difficultés sociales et de la violence intrafamiliale. Les cas de cette nature, les plus fréquents, imposent à la fois d'avoir une connaissance fine des troubles du neurodéveloppement et de savoir travailler avec une famille où surviennent des violences. Or ce sont des compétences différentes. À mon sens, c'est ce qui fait la noblesse et la difficulté de ce travail : il faut disposer aussi bien des connaissances scientifiques précises que des compétences psychothérapiques nécessaires pour accompagner les patients et leur famille. Il faut savoir détecter et évaluer, et savoir comment transformer la situation.

Les formations aujourd'hui ne vont peut-être pas suffisamment dans ce sens ; on a tendance à former des spécialistes du dépistage et moins des gens capables d'accompagner, en prenant le temps qu'il faut. Il n'est pas simple de se former à la psychothérapie en France car celle-ci ne fait pas toujours partie du cursus de base de psychiatrie ni de psychologie. Les jeunes professionnels ont donc parfois besoin de beaucoup de formation continue, en particulier pour exercer dans les CMP et les CMPP, qui sont très généralistes. D'ailleurs, les gens sont demandeurs – ils en sont même très friands.

Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat. On relève en effet plus souvent des cas de difficultés multiples que de troubles psychiatriques ou psychologiques isolés.

M. David Magnier (RN). De nombreuses personnes auditionnées ont confirmé les constats préoccupants que nous faisons sur le terrain, en particulier concernant les délais, qui varient selon les départements et les secteurs.

Disposez-vous de chiffres plus précis, par centre par exemple ? S'agissant des délais comme des types de prise en charge, constatez-vous des écarts significatifs entre les territoires ruraux et urbains ? Les pathologies sont-elles comparables ou existe-t-il des spécificités liées au contexte géographique ou social ?

Mme Amandine Buffiere. Je vous ai donné les chiffres que m'ont transmis les membres du conseil d'administration. Par ailleurs, nous répondons aux enquêtes de l'Anap (Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux) et de la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) – le travail administratif aussi nous prend beaucoup de temps. Ces organismes devraient donc pouvoir vous fournir des données nationales précises. Toutefois, je ne sais pas si les chiffres sont extraits : nous les avons plusieurs fois demandés mais nous ne les avons jamais reçus.

Il faut s'interroger sur le thermomètre : honnêtement, je ne sais pas si tout le monde veut qu'on dispose de chiffres précis. Nous remplissons des rapports d'activité, donc il est possible d'extraire ces données. Nous pouvons les reconstituer en interrogeant les collègues, mais l'Anap et la CNSA ne nous les adressent pas ; ils ne nous font pas de rapport uniformisé de la situation en France.

La densité des soins et des soignants constitue la principale variable. Autrement dit, Paris et les grandes villes se distinguent des autres zones, où les soignants sont moins nombreux. Les troubles peuvent varier, notamment dans les zones plus rurales ; des déterminants sociaux peuvent jouer un rôle. Cependant, avec les réseaux sociaux, les scarifications, par exemple, s'observent partout. C'est vrai aussi de troubles plus spécifiques, comme les questionnements liés à l'identité de genre. La pédopsychiatrie est aussi traversée par ce qui se passe dans la société. Au début, les demandes en lien avec l'identité de genre n'arrivaient que dans les villes ; maintenant, il y en a partout en France. Globalement, les discussions entre collègues montrent que nos patients se ressemblent, que ce soit dans les villes ou ailleurs. Par contre, ils n'ont pas tous accès aux mêmes soins.

Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat. Dans tous les secteurs, les gens recensent leurs actions, mais les chiffres ne remontent pas. Nous ne disposons jamais de chiffres nationaux, ce qui rend très difficile l'objectivation des difficultés.

Mme Chantal Jourdan (SOC). Vous avez distingué l'attente de la première réponse du délai nécessaire au déploiement d'une prise en charge adaptée. Pouvez-vous détailler ?

Mme Amandine Buffiere. Aux délais s'ajoutent parfois des difficultés d'accès. J'en ai fait l'expérience en Normandie, avec les orthophonistes. Trente enfants étaient inscrits sur la liste d'attente, pour six places. Comment choisir quels enfants seraient inscrits à la rentrée ? Nous avons fini par organiser des réunions avec les orthophonistes qui avaient établi les bilans, pour définir des paramètres. Quelles sont les situations les plus graves ? Pour quels enfants les soins seront-ils les plus efficaces ? Lesquels pourront suivre régulièrement les séances ? Si la famille a du mal à venir pour les consultations, elle aura peut-être du mal à venir pour l'orthophonie. Comme les réanimateurs ont dû faire des choix pendant le covid, nous devons, dans certains endroits, gérer la pénurie. Normalement, il y a une liste d'attente mais, dans beaucoup d'endroits, c'est ainsi que cela fonctionne.

Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat. Il y a une différence entre établir temporairement des priorités et travailler de cette manière à l'année.

M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur. En cas de pénurie, il faut se réorganiser, ce qui implique malheureusement de remettre en question des pratiques, parfois jusqu'aux limites de l'éthique – laquelle prescrit d'assurer un accueil inconditionnel et une prise en charge de qualité. La dégradation impose d'opérer des choix, ce qui doit être très complexe.

Il existe des solutions, comme la guidance parentale en orthophonie, qui permet d'accompagner plusieurs familles en même temps. L'intelligence artificielle (IA) et d'autres outils peuvent susciter des espoirs. Comment voyez-vous l'avenir ? J'espère que nous pourrions optimiser les moyens et améliorer les coordinations mais il faut peut-être changer les façons de faire. Êtes-vous condamnés à ne prendre en charge que les cas les plus difficiles et à proposer aux autres des solutions de moindre qualité ?

Mme Amandine Buffiere. En tant que soignante, j'ai du mal à m'y résoudre. Je place mon espoir dans la politique. Il y a de l'argent ; il faut se demander s'il est bien orienté. Il est vrai qu'une mise à niveau était nécessaire dans le domaine du diagnostic, mais ce n'est plus nécessaire : maintenant, il faut arrêter ça, il faut que les moyens aillent au soin. On le voit, parfois l'État se saisit de certains sujets et, quand une volonté politique forte se manifeste, des choses s'améliorent.

Je refuse donc de me résoudre à espérer, par exemple, que la situation s'améliorera peut-être en orthophonie grâce à l'IA. C'est vrai, certains adolescents parlent à ChapGPT entre deux consultations. Mais une famille en crise, avec un adolescent suicidaire et des parents super angoissés, a besoin de travailler avec un psychiatre ou un psychologue qui va les rencontrer et contenir la crise.

J'ai peut-être l'air désabusé parce que j'ai répondu à de nombreuses enquêtes et participé à de nombreuses auditions sans voir de changement, mais je ne perds pas l'espoir que l'intérêt qu'on porte à l'avenir de nos enfants, à leur santé mentale, nous conduise, nous adultes, à nous saisir de la question et à orienter les moyens dans le bon sens.

J'ai récemment discuté avec un collègue du domaine sanitaire. Il avait reçu de l'argent, pas mal, pour créer un hôpital de jour, mais il n'arrivait pas à recruter les professionnels. Pourquoi donner de l'argent quand on sait que les recrutements ne seront pas possibles ? Il faudrait envisager de confier les moyens à des structures solides, capables de recruter. Certes, on risque de renforcer des équipes qui vont bien, mais ce serait plus efficace : certaines institutions fonctionnent mieux que d'autres, parce qu'elles ont eu la chance d'être dans un environnement plus favorable par exemple. Lorsque les structures sont en difficulté, il arrive que personne ne postule, même si des moyens ont été alloués.

Le délégué interministériel à la santé mentale et à la psychiatrie soulignait que l'État avait donné de l'argent mais ne parvenait pas à recruter des orthophonistes. Évidemment : ce sera le cas tant qu'on les paiera au smic. Il faut augmenter les salaires. Certaines solutions sont simples, il est dommage de ne pas prendre les mesures adéquates.

Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat. C'est toute la difficulté : il faut choisir entre créer des dispositifs nouveaux et renforcer ceux qui existent pour diminuer les délais. Il est vrai que pour les orthophonistes, la différence de salaire entre le libéral et le salariat pose un problème, même si l'activité en CMPP présente un intérêt spécifique, en raison du temps partagé. Par ailleurs, le nombre de gens formés est insuffisant.

Mme Amandine Buffiere. Je pense qu'en rehaussant de 30 ou 40 % les salaires des orthophonistes dans les centres, ces derniers y reviendraient – les rémunérations n'ont pas besoin d'être les mêmes qu'en libéral.

M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur. Le résultat, c'est que faute de pouvoir recruter des orthophonistes, certains établissements médico-éducatifs font intervenir des professionnels exerçant en libéral dans leur structure. Le système est dévoyé.

Mme Amandine Buffiere. Le problème, c'est que la situation pousse à la libéralisation des soins. À l'origine, les Sessad (services d'éducation spéciale et de soins à domicile) offraient un suivi thérapeutique au plus près du patient, à son domicile ou à l'école. Maintenant, comme ils sont nombreux à ne plus employer que des éducateurs, on demande aux orthophonistes et aux psychologues des CMPP de continuer à suivre les enfants. Donc, avant, les enfants qui entraient en Sessad ou en IME libéraient une place en CMPP, mais ce n'est plus le cas. On nous demande de coopérer et de passer des conventions ; parfois, c'est une manière d'habiller des évolutions discutables.

Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat. Merci. Vous pouvez nous transmettre tout complément que vous jugerez utile.

Mme Amandine Buffiere. Nous avons envoyé à nos adhérents un questionnaire pour les interroger sur la qualité de leurs relations avec l'ARS sur les postes vacants, etc. Je vous ai apporté un document dans lequel nous avons renseigné les chiffres obtenus.

Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat. Merci.

La séance s'achève à dix-sept heures dix.

Membres présents ou excusés

Présents. – Mme Nicole Dubré-Chirat, Mme Chantal Jourdan, Mme Élise Leboucher, M. David Magnier, Mme Lisette Pollet, Mme Natalia Pouzyreff, M. Sébastien Saint-Pasteur

Excusée. – Mme Anne-Cécile Violland