

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 Céline Greco, professeure de médecine, cheffe du service de médecine de la douleur et de médecine palliative à l'hôpital Necker-Enfants malades, présidente de l'association Im'pactes 2
- Présences en réunion..... 15

Mardi

21 octobre 2025

Séance de 9 heures 30

Compte rendu n° 33

SESSION ORDINAIRE DE 2025-2026

**Présidence de
M. David Magnier,
Vice-président,**



La séance est ouverte à neuf heures trente.

La commission entend Mme Céline Greco, professeure de médecine, cheffe du service de médecine de la douleur et de médecine palliative à l'hôpital Necker-Enfants malades, présidente de l'association Im'pactes.

M. David Magnier, président. Nous recevons aujourd'hui la professeure Céline Greco, qui préside également l'association Im'pactes, qui œuvre pour la protection de l'enfance, fonction au titre de laquelle nous avons principalement souhaité l'entendre. Son histoire personnelle l'a conduite à s'engager pour améliorer la prise en charge des enfants placés à l'aide sociale à l'enfance (ASE), enfants particulièrement vulnérables qui connaissent, dans des proportions nettement supérieures aux autres enfants, des troubles de santé mentale et de handicap.

Madame, je vous demanderai de nous livrer votre analyse sur la prise en charge de la santé mentale et du handicap des enfants suivis par l'ASE ainsi que sur les améliorations que vous jugez nécessaires.

Je vous prie préalablement de nous déclarer tout intérêt public ou privé de nature à influencer vos déclarations et vous invite, conformément à l'article 6 de l'ordonnance du 17 novembre 1958, à prêter serment de dire la vérité, toute la vérité, rien que la vérité.

(Mme Céline Greco prête serment.)

Mme Céline Greco, professeure de médecine, cheffe du service de médecine de la douleur et de médecine palliative à l'hôpital Necker-Enfants malades. J'exerce effectivement les fonctions de chef de service de médecine de la douleur à l'hôpital Necker et préside l'association Im'pactes, que j'ai fondée en 2022 après un long engagement en protection de l'enfance. Je siége également au bureau du Conseil national de la protection de l'enfance (CNPE) où je copréside la commission santé de l'enfant en protection de l'enfance. Mon engagement trouve sa source dans mon expérience personnelle, ayant moi-même été victime de violences intrafamiliales durant mon enfance et confiée à l'aide sociale à l'enfance à l'âge de 14 ans. J'ai ainsi pu observer les failles du système des deux côtés.

L'association Im'pactes prend en charge la santé, la scolarité, l'accès à la culture et l'insertion professionnelle des enfants, adolescents et jeunes majeurs jusqu'à 25 ans confiés à l'ASE. Il est tout d'abord nécessaire de rappeler que ces jeunes ne présentent pas uniquement des problèmes de santé mentale mais rencontrent des problèmes de santé globale, incluant des problèmes somatiques et psychiques qui demeurent aujourd'hui insuffisamment pris en charge et mal connus. En médecine de la douleur, nous considérons l'être humain dans sa globalité, sans dissocier le corps de l'esprit et cette approche holistique s'avère essentielle, même si votre commission se concentre spécifiquement sur la santé mentale.

Concernant précisément la santé mentale des jeunes confiés à l'aide sociale à l'enfance, les données sont alarmantes puisqu'un jeune sur deux présente des troubles psychiques. Près de 40 % d'entre eux souffrent de troubles du sommeil et plus de 55 % manifestent des troubles du comportement. Nous constatons une aggravation progressive de ces troubles non pris en charge qui, combinés aux problèmes somatiques, entraînent une perte d'espérance de vie de 20 ans.

Les études françaises sur ce sujet demeurent malheureusement rares, nous contraignant à nous référer aux recherches internationales, notamment anglo-saxonnes. Ces dernières analysent les conséquences des ACE (*Adverse Childhood Events*), qui désignent les événements de vie négatifs durant l'enfance. Les dix principaux types d'ACE identifiés sont les violences sexuelles, les violences physiques, les violences psychiques, les carences affectives, les carences physiques, avoir un parent souffrant d'une maladie mentale, avoir un parent souffrant d'addiction, avoir un parent incarcéré, la séparation parentale et l'exposition aux violences conjugales. Les études internationales qui examinent les répercussions à l'âge adulte de ces événements traumatiques vécus durant l'enfance démontrent que ce phénomène est comparable aux radiations : plus la dose est importante et la durée d'exposition prolongée, plus les conséquences à l'âge adulte s'avèrent sévères. Le fait d'avoir subi plus de quatre ACE multiplie par deux le nombre d'anxiolytiques prescrits à l'âge adulte, par trois celui des antidépresseurs, par dix celui des antipsychotiques et par dix-sept celui des thymorégulateurs. Le taux de tentatives de suicide est quant à lui multiplié par trente-sept. Ces chiffres illustrent l'impact considérable de ces événements négatifs sur la santé mentale future.

Les dernières études françaises révèlent que 20 % des nourrissons placés présentent des syndromes dépressifs et que les enfants confiés à l'ASE sont hospitalisés en pédopsychiatrie 120 fois plus fréquemment que les enfants en population générale. Leurs hospitalisations sont huit fois plus nombreuses et durent deux fois plus longtemps. Les conséquences psychiques apparaissent donc dramatiques. Cette situation engendre également un coût sociétal majeur, estimé à 38 milliards d'euros par an pour la France. Ce montant, qui représente le coût des conséquences à long terme des violences faites aux enfants non prises en charge précocement, démontre qu'une intervention précoce permettrait de réaliser des économies substantielles.

Nous manquons actuellement cruellement de structures adaptées à la prise en charge de ces enfants, qui ne sont prioritaires nulle part. À titre d'exemple, le délai d'attente pour accéder à un Centre médico-psychologique (CMP) varie entre 18 et 36 mois, durée supérieure au temps moyen de séjour d'un enfant dans une maison d'enfants. Le système étant sectorisé, un enfant placé initialement dans une maison d'enfants A fait l'objet d'une demande au CMP A. Lorsqu'une place se libère enfin au CMP A, l'enfant a souvent déjà été transféré dans une maison d'enfants B, nécessitant une nouvelle demande au CMP B, perpétuant ainsi un cycle sans fin. Par conséquent, ces enfants n'ont pratiquement aucune chance d'être suivis en CMP. Les statistiques confirment cette réalité puisque seulement 2 % des enfants placés à l'aide sociale à l'enfance bénéficient d'une prise en charge en CMP, tandis que 85 % ne sont orientés vers les services d'urgence pédiatriques ou pédopsychiatriques qu'au moment d'états de crise. Ce défaut majeur de suivi et de prise en charge de la santé mentale contribue directement à la diminution de leur espérance de vie et explique le taux particulièrement élevé de tentatives de suicide et de suicides à l'âge adulte.

M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur. Je souhaiterais que vous nous communiquiez les sources appuyant les chiffres que vous avez présentés, ceux-ci étant essentiels pour illustrer les travaux de notre commission d'enquête. Ces données démontrent en effet que la prévention et la prise en charge précoce, malgré l'investissement initial qu'elles nécessitent, génèrent des économies considérables tant sur le plan humain que financier, comparativement aux coûts ultérieurs de réparation.

Votre parcours personnel fait de vous une experte d'usage, et il me semble que votre cas illustre l'importance cruciale de la médecine scolaire comme point de départ. Cette dimension reste insuffisamment appréhendée alors qu'elle paraît fondamentale. Ne devrions-nous pas réinvestir plus massivement dans ce domaine ? Au-delà du strict champ de l'aide

sociale à l'enfance, la médecine scolaire ne constitue-t-elle pas le cadre le plus propice pour aborder simplement ces enjeux de santé auprès de l'ensemble de la population concernée ?

Je suis particulièrement interpellé par le fait que seulement 2 % des enfants relevant de l'aide sociale à l'enfance soient suivis en CMP. Ce chiffre me semble paradoxal car nous pourrions logiquement penser que les enfants pris en charge dans un cadre institutionnel, que ce soit en maison d'enfants à caractère social (Mecs) ou dans d'autres structures, bénéficient d'un accompagnement renforcé facilitant l'accès aux soins puisque ces établissements disposent de professionnels connaissant les dispositifs existants. Comment expliquez-vous ce pourcentage incroyablement faible ? Pourquoi n'existe-t-il pas de procédures prioritaires pour ces enfants, à l'image des dispositifs « réponse accompagnée pour tous » ou des groupes opérationnels de synthèse mis en place par les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) pour les situations de handicap ?

Concernant la coordination des professionnels existants, quel serait selon vous l'équilibre optimal à trouver ? Nous constatons la saturation des CMP, la pénurie de pédopsychiatres, tandis que d'autres ressources comme les psychologues du dispositif Mon soutien psy, les ergothérapeutes ou les équipes mobiles hospitalières demeurent insuffisamment mobilisées. Comment structurer efficacement cette offre de soins, sachant que nous ne pourrions pas former des pédopsychiatres supplémentaires à court terme ? Quelle vision avez-vous de cette situation et comment faciliter l'accès aux soins dans une logique préventive ?

Mme Céline Greco. Concernant la médecine scolaire, j'ai personnellement été repérée grâce à une infirmière présente dans mon lycée, au sein d'un service de promotion de la santé en faveur des élèves. Il est révélateur que ce repérage n'ait pu intervenir qu'en classe de seconde. Auparavant, dans les écoles primaires et le collège que j'ai fréquentés en Auvergne, nous ne disposions ni d'infirmière, ni d'assistante sociale, ni de médecin scolaire, ce qui explique ce repérage tardif.

Alors que les enfants victimes de violences ont la plus grande probabilité d'être repérés par l'éducation nationale, puisqu'ils y passent l'essentiel de leur temps, nous faisons aujourd'hui face à une pénurie criante d'infirmières et de médecins scolaires. Certaines infirmières ne peuvent consacrer qu'une heure à une école primaire car elles doivent en couvrir dix, vingt ou parfois trente. Replacer la médecine scolaire au cœur du dispositif de repérage des enfants, d'identification des facteurs de risque et de prise en charge précoce apparaît donc absolument fondamental.

Si la faible attractivité de ces postes, en particulier sur le plan de la rémunération, constitue un frein majeur, la ministre de la santé encourage néanmoins le développement des infirmières en pratique avancée, appelées à devenir des référentes santé. Cette approche, qui fonctionne dans de nombreux pays, pourrait être saisie comme une occasion de revitaliser la médecine scolaire, à condition que nous sachions tirer parti des professionnels disponibles, ce qui est loin d'être le cas aujourd'hui. Un tel renforcement permettrait de repérer beaucoup plus tôt les enfants exposés aux violences, à condition de garantir une présence effective dans les écoles primaires et les collèges. Les conséquences de ces violences sont en effet comparables aux radiations, car elles dépendent à la fois de la dose et de la durée d'exposition. Une médecine scolaire robuste favoriserait ainsi un repérage précoce et réduirait considérablement l'ampleur des séquelles à traiter. Les solutions passent donc sans doute par une revalorisation de ces métiers et par l'intégration d'un module de pédiatrie sociale dans le diplôme d'infirmière en pratique avancée, afin que ces professionnelles puissent s'engager dans cette filière et contribuer à reconstruire un système de médecine scolaire aujourd'hui moribond.

L'accès aux soins de ces enfants est lui-même entravé par de nombreux facteurs. Le bilan de santé obligatoire lors de l'admission dans le dispositif de protection de l'enfance, instauré par la loi de 2016 et renforcé par celle de 2022, n'est réalisé que dans 28 % des cas. Or, lorsqu'on ne cherche pas, on ne trouve rien. Comme pour un cancer dont l'existence est ignorée, les séquelles somatiques et psychiques de ces enfants ne sont pas identifiées et évoluent jusqu'à compromettre toute prise en charge adéquate. Si ce bilan est si rarement effectué, c'est parce que l'accès aux soins est difficile. Contrairement aux situations de handicap, ces enfants ne bénéficient d'aucune priorité dans les CMP, déjà saturés, et les professionnels libéraux (médecins traitants, pédiatres, pédopsychiatres ou psychologues) ne sont ni suffisamment formés au trauma complexe pédiatrique ni suffisamment valorisés pour prendre en charge ces jeunes. Les consultations, longues et exigeantes, sont peu reconnues, ce qui alimente la réticence de praticiens qui redoutent de ne pas disposer des compétences nécessaires. L'accès à la médecine de ville s'en trouve d'autant plus restreint que le nombre de médecins généralistes, déjà en diminution, baisse encore davantage en zone urbaine.

Les instituts et centres de psychotraumatisme, également saturés, ne priorisent pas ces enfants et ne peuvent assurer les suivis prolongés dont ils auraient besoin. Même les dispositifs spécifiques tels que Mon soutien psy, bien que pertinents, demeurent très limités, puisqu'ils ne proposent que huit consultations, voire douze ou vingt à terme, mais toujours en nombre insuffisant pour des enfants profondément traumatisés. Ces consultations sont en outre peu valorisées, ce qui limite la participation des psychologues. Or aucun équilibre psychique durable ne peut être rétabli avec un nombre de séances aussi restreint, car ces situations exigent un accompagnement long et intensif.

À l'opposé, l'expérimentation Pegase, conduite dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS), qui s'adresse aux enfants de zéro à sept ans confiés en pouponnière ou à l'aide sociale à l'enfance et propose un suivi intensif dès les premiers mois, illustre l'efficacité d'une prise en charge précoce et soutenue. J'ai ainsi pu observer le cas d'une petite fille placée à l'âge de quatre mois, présentant plus de six ACE et affichant des résultats alarmants sur toutes les échelles de développement. Grâce aux bilans complets et réguliers du dispositif, son évolution a pu être suivie et, après vingt-quatre mois, elle avait déjà retrouvé des paramètres normaux, malgré un décrochage momentané lié à la reprise des visites médiatisées avec sa mère. Lorsqu'il fut décidé de mettre fin à ces visites, la courbe de développement a repris une progression positive. Après trente-six mois de suivi, cette enfant ne présentait plus aucun trouble du neurodéveloppement. L'expérimentation Pegase démontre ainsi, pour la première fois en France, que des enfants pris en charge tôt et accompagnés pendant une durée suffisamment longue de vingt-quatre à trente-six mois peuvent retrouver des trajectoires comparables à celles d'enfants sans parcours traumatique. Ce constat confirme que le retard d'accès aux soins s'avère particulièrement préjudiciable d'autant que, comme je l'ai souligné, 85 % de ces enfants présentant des troubles psychiques ne sont examinés qu'en situation d'urgence.

La situation se dégrade encore lorsque le bilan de santé à l'admission n'est pas réalisé et que l'accès aux soins demeure problématique, puisque le fort taux de rotation du personnel dans les maisons d'enfants aggrave la discontinuité des prises en charge. Lorsqu'un seul éducateur reste disponible en raison d'absences ou d'arrêts maladie, les consultations psychologiques prévues sont systématiquement annulées, l'unique éducateur devant prioriser les soins essentiels pour l'ensemble des enfants, si bien qu'à force d'absences consécutives les professionnels de santé finissent par ne plus programmer de rendez-vous et que la pénurie d'éducateurs spécialisés dans les structures d'accueil se transforme en obstacle supplémentaire à l'accès aux soins.

Nous travaillons parallèlement sur la distinction entre actes usuels et non usuels. L'autorisation parentale demeure en effet nécessaire aujourd'hui pour le suivi sanitaire des enfants placés, et une simplification administrative permettrait de faciliter considérablement le travail des professionnels en définissant la prise en charge de la santé comme un acte usuel pouvant être délégué aux structures d'accueil ou aux familles d'accueil, ce qui fluidifierait l'ensemble des parcours.

À ces freins s'ajoutent des obstacles d'ordre assurantiel puisque les procédures d'affiliation à la couverture maladie universelle (CMU), qui devraient être rapides, prennent parfois plusieurs mois, ce qui laisse des enfants sans aucun suivi faute de couverture sociale. Certains départements traitent ainsi ces affiliations très rapidement tandis que d'autres requièrent six à huit mois, période pendant laquelle aucun suivi sanitaire n'est possible.

La question des moyens se pose enfin avec une acuité particulière pour les unités d'accueil pédiatrique des enfants en danger (Uaped), dont la ministre de la santé a affirmé vouloir soutenir le déploiement. Il faut rappeler qu'une Uaped reçoit une dotation de 160 000 euros alors que, depuis la loi Ségur, un praticien hospitalier coûte 135 000 euros, ce qui interroge sur la manière dont une unité pourrait, avec une enveloppe aussi contrainte, disposer de professionnels en nombre suffisant pour assurer simultanément le repérage des enfants à l'hôpital, leur prise en charge, leur audition, la rédaction des informations préoccupantes et des signalements ainsi que leur suivi. Cette situation est dommageable puisque même si nous disposons aujourd'hui de structures bien implantées et déployées sur le territoire français, elles demeurent insuffisamment dotées pour assurer correctement le suivi de ces enfants, avec toutes les conséquences qui en découlent.

M. David Magnier, président. Vos données sur les taux de suicide sont particulièrement alarmantes. La prévention constitue un enjeu fondamental et nos précédentes auditions ont mis en évidence d'importantes lacunes dans ce domaine au sein de l'éducation nationale, particulièrement auprès des plus jeunes enfants.

Les violences subies pendant l'enfance ont un impact considérable sur la vie adulte, réduisant l'espérance de vie de près de 20 ans, avec le développement de maladies respiratoires et l'affaiblissement du système immunitaire. Pouvez-vous chiffrer précisément le nombre d'enfants victimes, y compris ceux dont les cas ne sont pas déclarés ? Pourriez-vous également détailler votre estimation de 38 milliards d'euros d'argent public que vous avez évoquée précédemment ?

La détection et la prise en charge des cas de maltraitance apparaissent extrêmement préoccupantes, avec des lacunes manifestes dans la formation des professionnels en contact avec les enfants, la crainte de représailles exprimée par les médecins traitants isolés dans leur cabinet, ainsi que les défaillances dans la prise en charge malgré les alertes données. Identifiez-vous une cause principale à ces carences ? Comment pourrions-nous agir efficacement à court terme, dans un contexte budgétaire contraint, pour limiter ces problèmes ?

Votre association développe le programme Ambition, qui vise à accompagner les jeunes dans leur insertion professionnelle et leurs démarches administratives. Pourriez-vous nous présenter concrètement le fonctionnement de ce dispositif ? Aidez-vous ces jeunes à démarcher les entreprises ou à préparer leurs entretiens d'embauche ? Enfin, quel est le profil type des jeunes qui sollicitent l'aide de votre association ?

Mme Céline Greco. La France souffre d'un déficit majeur de données fiables concernant les violences faites aux enfants et nous ignorons même avec précision combien d'enfants décèdent sous les coups de leurs parents chaque année. Une étude de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) avait estimé ce chiffre à un enfant par jour, puis sont apparues des estimations évoquant un tous les cinq jours, parfois un tous les trois jours. En réalité, nous ne disposons d'aucune certitude, faute de croisement entre les données de la police, de la justice et des services d'urgence lorsqu'un enfant décède à domicile. La littérature scientifique internationale estime qu'environ 15 % des enfants sont victimes de violences dans les pays à haut niveau de revenu tels que la France. Ces chiffres correspondent aux résultats d'enquêtes menées auprès d'adultes, notamment d'un récent sondage réalisé par Harris Interactive qui révèle que 22 % des adultes déclarent avoir subi des violences durant l'enfance et que 16 à 17 % rapportent avoir été exposés à plus de quatre ACE durant cette période. Ces études rétrospectives confirment ainsi les estimations internationales.

Si nous estimons donc à 15 % la proportion d'enfants victimes de violences, force est de constater que les 400 000 enfants confiés à l'ASE ne représentent que 2 % des mineurs de moins de 18 ans. Nous n'abordons aujourd'hui que la partie émergée de l'iceberg alors même qu'un repérage plus précoce permettrait d'éviter un grand nombre de placements, lesquels surviennent précisément parce que les situations sont découvertes dans un état déjà extrêmement dégradé, bien trop tardivement. Mon propre parcours en témoigne, puisque j'ai été placée à l'âge de 14 ans alors qu'une intervention anticipée aurait peut-être permis d'éviter cette mesure.

Les carences en matière de détection des violences et la méconnaissance des facteurs de risque constituent un obstacle majeur. Lorsque j'étais étudiante en médecine, je n'ai reçu qu'une heure de formation consacrée au syndrome de Silverman, qui correspond aux cas où un nourrisson présente des fractures d'âges différents sur les radiographies, alors que ce syndrome ne représente pas la forme de maltraitance la plus répandue. J'ai reçu exactement le même volume d'enseignement sur cette question que sur la maladie de Takayasu, pathologie vasculaire extrêmement rare. Nous faisons donc l'impasse sur l'évidence, qui serait de former correctement tous les professionnels amenés à travailler auprès d'enfants afin qu'ils soient capables d'identifier les signaux d'alerte. Or sans ce travail de détection en amont, il sera impossible d'améliorer réellement la santé de ces enfants. L'absence de recherche fiable entretient également cette impasse. L'exemple de la sécurité routière illustre parfaitement cette logique. Nous connaissons avec précision le nombre de blessés et de tués sur les routes chaque année, ce qui permet de bâtir des politiques de prévention adaptées et d'en mesurer ensuite l'efficacité. Tant que nous ne disposerons pas de données chiffrées et incontestables sur le nombre d'enfants victimes ou tués par les violences, nous ne serons pas en mesure de construire des politiques de prévention efficaces.

C'est dans cette perspective que s'inscrit le programme Découverte Ambition Avenir porté par l'association Im'pactes, dont l'objectif est d'offrir à ces enfants un avenir choisi et non subi en ravivant leur ambition scolaire. Santé et scolarité étant indissociables, un enfant en bonne santé sera généralement en mesure de s'investir dans son parcours scolaire et, inversement, un enfant qui réussit à l'école bénéficiera souvent d'un meilleur équilibre psychique et physique. C'est pourquoi Im'pactes a fait le choix d'aborder conjointement ces deux dimensions.

Les chiffres concernant la scolarité sont tout aussi préoccupants que ceux relatifs à la santé, qu'il s'agisse des 20 années d'espérance de vie perdues ou des 2 % seulement qui accèdent aux CMP. Les enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance sont orientés 31 fois plus

souvent que les autres vers l'éducation spécialisée médico-sociale et présentent 32 fois plus de troubles des apprentissages, conséquence directe des violences subies. Comme je l'ai expliqué lors d'une précédente commission d'enquête, le stress chronique, devenu toxique lorsqu'il s'installe au quotidien, affaiblit les systèmes endocrinien, neurologique, métabolique et immunitaire, et altère l'architecture cérébrale elle-même. Ces modifications structurelles entraînent des troubles sévères des fonctions cognitives.

Ces enfants encourent également un risque de déscolarisation sept fois supérieur à la moyenne. Seuls 5 % des adolescents placés de 15 ans suivent ainsi aujourd'hui un cycle secondaire général ou technologique, tandis que moins de 4 % peuvent envisager des études supérieures. Les statistiques liées aux bourses d'études confirment cette réalité, puisque les jeunes de l'aide sociale à l'enfance, bien qu'éligibles automatiquement à une bourse du centre régional des œuvres universitaires et scolaires (Crous) au plus haut échelon, ne représentent que 3 000 bénéficiaires sur 700 000, soit à peine 0,4 % du total.

À mesure que leur scolarité avance, les enfants marqués par des troubles des apprentissages sont progressivement exclus du système, jusqu'à ce que 45 % des jeunes de 18 à 25 ans issus de l'aide sociale à l'enfance se retrouvent sans abri et que 70 % sortent sans diplôme. L'association Im'pactes s'efforce donc de briser ce cycle en restaurant l'ambition scolaire de ces enfants et en leur montrant qu'un accompagnement jusqu'à 25 ans est possible. La fin de prise en charge à 18 ans par l'aide sociale à l'enfance constitue en effet un écueil majeur, car elle impose aux jeunes d'atteindre une autonomie complète dès leur majorité, sous peine de se retrouver à la rue. Cette perspective dissuade fortement les plus motivés d'entre eux d'envisager des études supérieures exigeantes. Les éducateurs, redoutant que les jeunes se retrouvent sans solution, les orientent très tôt vers des filières professionnalisantes courtes et ces enfants s'engagent alors dans des parcours qu'ils n'ont pas véritablement choisis, ce qui conduit inévitablement à des abandons. Avec l'association Im'pactes, nous avons voulu rompre ce déterminisme en instaurant du tutorat scolaire hebdomadaire dès le primaire dans les maisons d'enfants que nous accompagnons. Nous proposons également des activités d'expression artistique et de bibliothérapie, afin de leur offrir ce que des familles disposant de moyens procureraient naturellement à leurs enfants pour favoriser leur épanouissement.

En 2023, nous avons en outre constitué une coalition d'entreprises mobilisées pour l'enfance protégée, dont la charte d'engagement a été signée le 2 juillet au ministère de la santé, du travail, des solidarités et des familles. Ces entreprises se sont engagées à accueillir des jeunes en stages de troisième ou de seconde, en alternance, à leur proposer des CDD, des emplois saisonniers ou à leur offrir du mentorat. Grâce à cette coalition, nous avons pu constituer un réseau de nombreux mentors qui permettent aux jeunes de comprendre qu'ils sont les futurs collaborateurs de ces entreprises et qu'ils ont une véritable valeur à leurs yeux.

Pour les jeunes de 18 à 25 ans, nous organisons des séminaires de préparation à l'autonomie qui abordent des questions essentielles telles qu'effectuer une demande de logement, gérer un budget quotidien contraint, se nourrir correctement ou prendre en charge sa santé. Nous leur remettons également des kits comprenant un ordinateur, un téléphone, l'accès à des services bancaires et un coffre-fort numérique. Nous finançons en outre le permis de conduire, des bourses d'études et des aides à l'installation.

Notre démarche vise à faire comprendre très tôt aux enfants que s'ils souhaitent entamer des grandes études, ils doivent persévérer, car Im'pactes les accompagnera à leur majorité, tant en termes de logement que de soutien financier, afin qu'ils puissent réellement réaliser leur ambition. J'ai moi-même pu suivre des études de médecine et de recherche grâce

à la Fondation Bettencourt-Schueller qui, lorsque je me suis engagée dans un double cursus médecine-sciences, m'a soutenue financièrement et permis de me consacrer entièrement à mes études sans devoir travailler parallèlement. Aujourd'hui, je m'efforce de rendre ce que j'ai reçu en soutenant à mon tour les jeunes qui souhaitent poursuivre des études supérieures, au moins jusqu'à 25 ans, et je constate que mentalités évoluent progressivement. Chaque année, à l'occasion de notre arbre de Noël, des jeunes me confient qu'ils n'avaient jamais cru pouvoir poursuivre des études supérieures et qu'ils réalisent désormais, grâce à notre accompagnement, qu'il leur est possible de mener à bien des projets ambitieux après leur majorité.

Je considère toutefois que cette mission ne devrait pas relever uniquement de ma responsabilité. Une réponse structurelle consisterait à prolonger la prise en charge des jeunes majeurs jusqu'à 25 ans car, si l'âge moyen de départ du domicile parental en France se situe à 25 ans, nous exigeons paradoxalement une autonomie totale à 18 ans de la part de jeunes particulièrement vulnérables. La priorité devrait donc être d'améliorer significativement leur accompagnement jusqu'à cet âge, ce qui transformerait leurs perspectives et leur permettrait de rêver sereinement à leur avenir dès l'école primaire. C'est précisément ce que nous accomplissons avec Im'pactes et les programmes Découverte Ambition Avenir, grâce également à l'engagement croissant des entreprises mobilisées pour l'enfance protégée.

M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur. Je tiens à exprimer ma profonde admiration pour l'énergie que vous déployez et les résultats remarquables que vous obtenez. Hélas, tous les enfants concernés ne bénéficient pas de ces dispositifs, et c'est précisément à ces jeunes laissés pour compte que vous consacrez votre action, ce qui mérite d'être salué. Mon propos vise à interroger le rôle de la puissance publique dans ce domaine. Votre intervention met en lumière la question des barrières d'âge, qui se chevauchent et s'entremêlent dans une infinie complexité.

Je souhaite revenir sur la santé mentale érigée en grande cause nationale pour 2025 et sur les annonces ministérielles que vous avez évoquées. Les mesures concrètes paraissent décevantes, comme l'illustre l'objectif restreint consistant à former seulement deux personnes par établissement scolaire à la sensibilisation aux problématiques de santé mentale. Une telle ambition demeure très éloignée des enjeux réels et nous avons le sentiment d'assister à une « grande causerie nationale » plus qu'à un plan d'action véritablement opérationnel, alors que les chiffres que vous avez cités au sujet de l'ASE se révèlent préoccupants. Quel regard portez-vous sur ce décalage manifeste entre un discours politique volontariste dans sa formulation mais rarement suivi d'effets concrets, alors même que de nombreuses études démontrent l'ampleur des coûts évités grâce à une intervention précoce et appropriée ?

Mme Céline Greco. Je dois avouer mon désenchantement face aux grandes causes nationales, qui ne se traduisent généralement pas par des actions concrètes significatives. Si je ne dispose pas, pour autant, de solutions concrètes à apporter, je constate, dans ma pratique en consultation douleur, une dégradation préoccupante de la santé mentale des jeunes. Vous évoquez l'explosion du taux de suicide chez les jeunes filles et je reçois désormais des enfants de huit ans ayant fait des tentatives de suicide, phénomène totalement inédit jusqu'alors.

Le problème fondamental réside dans l'accès aux soins. Même si nous manquons indéniablement de pédopsychiatres, nous disposons en revanche de psychologues compétents et, pourtant, nous ne permettons pas le remboursement des consultations psychologiques en pédiatrie. Or ces professionnels exerçant en libéral doivent assumer leurs charges, ce qui implique nécessairement un coût pour leurs consultations, non remboursé par la sécurité sociale. Je souhaite ici mettre en perspective les 5 milliards d'euros de bons de transport avec l'absence

de remboursement des consultations psychologiques car, en tant que médecin, j'observe des incohérences manifestes dans notre système. Les personnes ayant réellement besoin de bons de transport doivent naturellement continuer à en bénéficier, mais il faut reconnaître que ce dispositif n'est pas exempt d'abus. Il conviendrait donc de rééquilibrer les ressources et d'investir davantage dans l'avenir de notre société, c'est-à-dire dans nos enfants, en envisageant notamment des forfaits de santé mentale pris en charge par la sécurité sociale pour ceux qui souffrent actuellement.

L'étude récente publiée dans *The Lancet* évalue à 38 milliards d'euros par an le coût sociétal des violences faites aux enfants pour la France, tandis qu'en Amérique du Nord il atteint 1 300 milliards de dollars, ce qui représente des montants colossaux. De son côté, l'étude Pegase démontrait qu'un enfant placé précocement et bénéficiant d'une prise en charge rapide et adaptée représente pour la collectivité un coût de 1 million d'euros sur 22 ans. En revanche, un bébé placé trop tard, déjà porteur de troubles fixés, coûtera 4 millions d'euros sur la même période. Nous disposons donc de données précises et chiffrées qui viennent confirmer ce constat. De même, les études anglo-saxonnes établissent qu'une prise en charge précoce des troubles psychiques chez les enfants victimes de violences permet d'économiser 11 dollars pour chaque dollar investi.

Notre mode de fonctionnement politique privilégie des résultats visibles à court terme qui permettent de communiquer sur les actions entreprises, alors que cette temporalité est assurément trop courte. Il demeure ainsi très difficile d'engager aujourd'hui des dépenses dont les bénéfices ne se matérialiseront que dans 15 à 18 ans, lorsque ces jeunes seront devenus des adultes en meilleure santé. Le temps politique ne joue donc absolument pas en faveur d'investissements dont les retombées, pourtant certaines, ne se manifesteront qu'à long terme, malgré les chiffres éloquentes que je viens d'évoquer. Alors que nous cherchons actuellement à réaliser 40 milliards d'euros d'économies, nous disposons d'éléments fiables démontrant que les violences faites aux enfants coûtent déjà 38 milliards à notre société. Aux États-Unis, il a également été établi que les conséquences de ces violences représentent un coût trois fois supérieur à celui de la dépendance liée au grand âge. Nous possédons toutes ces données, mais elles ne déclenchent aucune action concrète précisément parce que les bénéfices se situent dans un horizon jugé trop lointain. Le temps politique demeure donc un frein à l'action.

Mme Sylvie Ferrer (LFI-NUPES). Les problématiques que vous soulevez révèlent des défis structurels et systémiques considérables, comme l'attestent les chiffres que vous venez de présenter. J'ai particulièrement relevé le manque criant de ressources et de soutien financier, l'application incohérente des lois existantes, l'absence de suivi et d'évaluation efficace, ainsi que le besoin urgent d'améliorer la formation et la reconnaissance des travailleurs sociaux. Des lois visant à garantir la protection continue des enfants placés jusqu'à l'âge de 21 ans, donc au-delà de leur majorité, ont été votées en 2016 et 2022, mais ces dispositions ne sont pas systématiquement appliquées, certains départements refusant délibérément de les mettre en œuvre. Nous avons ainsi constaté le placement d'enfants dans des environnements totalement inadaptés tels que des hôtels ou des campings.

J'aimerais donc recueillir votre avis sur la politique des départements qui, d'un territoire à l'autre, conduit à des prises en charge radicalement différentes pour ces enfants placés, la protection de l'enfance relevant de la compétence départementale.

Mme Céline Greco. Nous sommes effectivement confrontés à un problème majeur d'hétérogénéité dans la prise en charge des enfants d'un département à l'autre. Certains départements accordent automatiquement le contrat jeune majeur jusqu'à 21 ans, tandis que

d'autres refusent catégoriquement de mettre en place ce dispositif. De même, certains territoires recourent facilement au placement en hôtel quand d'autres s'efforcent d'éviter cette solution.

Pour illustrer ce propos par mon expérience personnelle, je rappelle qu'à l'âge de 15 ans, j'ai d'abord été placée à l'hôpital, puis en famille d'accueil d'urgence, avant d'intégrer un service d'accueil d'urgence. J'y suis restée trop longtemps, si bien que l'étape suivante envisagée fut un hôtel dans le dix-huitième arrondissement de Paris. J'ai alors expliqué à mon assistante sociale référente qu'il me serait impossible de survivre dans un tel environnement. L'alternative proposée consistait en un foyer situé en Normandie, ce qui aurait impliqué l'abandon de ma scolarité en classe de première S. J'ai finalement été orientée vers un foyer de semi-liberté, structure où je n'avais sans doute pas véritablement ma place mais qui représentait la seule option disponible. J'ai donc moi-même frôlé le placement en hôtel.

Depuis la loi de 2022, qui interdit théoriquement ce type de solution, nous observons des contournements inacceptables. Des hôtels de piètre qualité sont encore utilisés, avec un algéco installé dans la cour et un éducateur présent seulement en journée, ce qui permet de ne plus les qualifier officiellement d'hôtels. L'association Im'pactes constate notamment ce phénomène dans le Val-d'Oise tandis que dans certains départements, l'idée de loger des jeunes exclusivement dans ces structures modulaires est envisagée. Comment pouvons-nous espérer accompagner ces adolescents dans la construction de leur avenir si nous en sommes réduits à de telles solutions ?

Cette hétérogénéité départementale pose plusieurs questions. Faut-il sanctionner financièrement ceux qui ne s'investissent pas suffisamment dans la protection de l'enfance ? Faut-il envisager une recentralisation de l'aide sociale à l'enfance ? Le débat demeure complexe et suppose une analyse approfondie, mais je constate chaque jour les effets concrets de cette disparité.

Si notre association ne peut malheureusement pas prendre en charge l'ensemble des enfants relevant de l'ASE, nous sommes néanmoins solidement implantés en Île-de-France et venons d'ouvrir une antenne dans les Hauts-de-France. Mon ambition est de créer, dans les dix prochaines années, un centre d'appui à l'enfance par région et de déployer le volet scolarité d'Im'pactes sur l'ensemble du territoire national. Cette évolution prendra du temps, mais elle constitue mon objectif prioritaire.

L'hétérogénéité est d'ailleurs manifeste au sein même des huit départements franciliens, puisque certains se montrent particulièrement proactifs tandis que d'autres demeurent totalement inactifs. La qualité de la prise en charge dépend donc, à ce jour, de la chance de naître dans le bon département, ce qui est profondément injuste. La question de la recentralisation mérite donc d'être posée, à condition que des moyens suffisants soient alloués afin d'accompagner correctement ces jeunes. Je me suis récemment rendue au Crous de Versailles, particulièrement proactif dans les départements des Yvelines, des Hauts-de-Seine, de l'Essonne et du Val-d'Oise et ai pu, à cette occasion, constater que l'approche diffère considérablement d'un Crous à l'autre. Dans certains cas, il est exigé que les bénéficiaires d'un contrat jeune majeur et d'une bourse reversent 20 % de leur allocation tandis que, dans d'autres, l'obtention d'une bourse entraîne la suppression automatique du contrat jeune majeur, comme si cette aide suffisait à couvrir à elle seule la scolarité, les transports, l'alimentation et l'ensemble des autres frais. Dans certains départements franciliens, les jeunes ayant trouvé un job doivent reverser 20 % de leur revenu en contrepartie du maintien de leur contrat jeune majeur.

Je partage donc entièrement votre constat selon lequel il est indispensable d'harmoniser par le haut les modalités de prise en charge des jeunes de l'ASE. Je reconnais que la recentralisation demeure un débat complexe, mais cette question doit néanmoins être posée.

M. Serge Muller (RN). Vous avez évoqué un accompagnement des jeunes jusqu'à l'âge de 25 ans. Pourriez-vous préciser le nom exact de ce dispositif et indiquer s'il relève du financement de votre organisation ? Si j'ai connaissance du contrat jeune majeur, qui s'étend jusqu'à 21 ans, j'ignore en revanche la dénomination de ce programme spécifique. Ma seconde interrogation porte sur les ACE, ces événements de vie négatifs qui sont au nombre de dix. Le placement est-il lui-même considéré comme l'un de ces ACE ?

Mme Céline Greco. L'association Im'pactes finance le programme Avenir qui assure l'accompagnement des jeunes jusqu'à 25 ans. La coalition des entreprises mobilisées pour l'enfance protégée nous aide financièrement à soutenir ces jeunes avec le permis de conduire, les bourses d'études et les aides à l'installation, et nous menons actuellement une réflexion sur la question du logement. D'autres associations accompagnent également les jeunes majeurs jusqu'à 25 ans, mais ces initiatives relèvent entièrement du secteur associatif. Ne pas abandonner prématurément ces jeunes relève de notre volonté, sachant que les jeunes français quittent le domicile familial en moyenne à 24 ou 25 ans. Les associations qui peuvent assurer ce suivi sont celles qui parviennent à obtenir des subventions privées qu'elles doivent chercher avec acharnement, alors que cette démarche devrait incomber à l'État.

Concernant votre question sur le déracinement, les ACE ont été conceptualisés pour décrire les expériences traumatiques vécues par les enfants dans leur milieu familial. Initialement au nombre de dix, ces événements sont désormais considérés de façon plus exhaustive et le déracinement constitue indéniablement l'un de ces ACE, ce qui signifie que ces enfants subissent un double traumatisme : celui des violences et négligences graves et celui du déracinement lui-même.

Pour illustrer mon propos avec mon expérience personnelle, mon placement à l'aide sociale à l'enfance a représenté un véritable tsunami dans ma vie. Lorsque vous subissez des violences pendant 14 ans, la routine, aussi terrible soit-elle, devient rassurante. Vous connaissez exactement ce qui vous attend à chaque heure de la journée puis, brutalement, vous vous retrouvez à la brigade des mineurs, en placement secret à l'hôpital et en famille d'accueil d'urgence. Ce placement provoque un bouleversement total. Néanmoins, sans cette intervention, je serais morte. Je ne serais donc pas devant vous aujourd'hui avec cette énergie, je n'aurais pas créé cette association et je ne serais pas devenue médecin. Le déracinement constitue donc un traumatisme qu'il est nécessaire de mieux accompagner mais, quand rester à domicile met en danger votre vie, il devient salvateur.

Im'pactes inaugure en outre le premier centre d'appui à l'enfance en France, qui ouvrira le 3 novembre pour l'équipe de soins et accueillera les enfants franciliens dès le 10 novembre. Ce centre de santé, pionnier en son genre et spécifiquement dédié aux enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance, assurera leur prise en charge somatique et psychique sur une durée suffisamment longue pour permettre leur rétablissement. L'objectif est de réaliser les bilans de santé de tous les enfants intégrant le dispositif de protection de l'enfance dans la région. Dans ces centres, nous pourrions donc également traiter le traumatisme lié au déracinement car, même si nous ne pouvons pas l'empêcher, nous pouvons l'accompagner et le prendre en charge pour en minimiser les séquelles.

Il est également impératif de concentrer nos efforts sur la scolarisation et l'ambition scolaire pour ces jeunes, ce qui implique de les accompagner jusqu'à 25 ans. L'ambition consiste également à déployer ces structures de soins dédiées afin que, pour une fois dans leur vie, ces enfants deviennent prioritaires et bénéficient d'une prise en charge complète, tant sur le plan somatique que psychique.

M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur. Cette commission d'enquête n'a pas vocation à traiter spécifiquement de l'aide sociale à l'enfance. Un excellent rapport a été réalisé, notamment par Mme Isabelle Santiago, et nous espérons tous qu'il sera suivi d'effets concrets.

Concernant la faisabilité, quelle est la mesure qui vous paraît prioritaire ? Nous constatons que votre approche est globale, intelligente et en adéquation avec les besoins réels, ce qui explique son efficacité mais, s'il fallait établir une hiérarchie des priorités parmi la réussite éducative, l'accès aux soins et les prises en charge précoces que vous avez évoquées, laquelle privilégieriez-vous, compte tenu du contexte particulièrement complexe qui limite notre capacité d'action ?

Mme Céline Greco. La priorité absolue est la mise en place de forfaits de santé mentale pour les enfants et les jeunes adultes souffrant de troubles de santé mentale qui rendraient accessibles les soins de psychologie, de psychomotricité et d'ergothérapie.

M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur. Que contiendrait ce forfait et quelle serait la durée d'accompagnement en fonction des professionnels disponibles ?

Mme Céline Greco. L'objectif est de rendre accessibles les consultations auprès des psychologues exerçant en libéral, car nous disposons d'un nombre suffisant de ces professionnels pour prendre en charge les enfants souffrant de troubles de santé mentale. Le problème réside dans le coût puisqu'à Paris, par exemple, les consultations s'élèvent à 70 ou 80 euros, ce qui signifie que seules les familles aisées peuvent assurer le suivi psychique de leurs enfants. Nous devons donc mettre en place des forfaits, que nous avons évalués avec le CNPE à 1 500 euros par an et par enfant, qui permettent de couvrir les consultations de psychologues remboursées par la sécurité sociale et d'inclure du temps de coordination des soins. Le forfait comprendrait également une part dédiée à l'outillage numérique pour assurer le suivi de ces enfants.

Pour la population générale, il s'agirait d'étendre et d'améliorer le dispositif Mon soutien psy. À l'instar des affections de longue durée (ALD), nous pourrions mettre en place un forfait de santé mentale établi sur cinq ans, permettant de consulter un psychologue mensuellement avec une prise en charge intégrale par la sécurité sociale. Afin d'encourager l'adhésion des psychologues à ce dispositif, il est essentiel de les rémunérer à la hauteur de leurs prestations.

Le dispositif existant pourrait ainsi être élargi aux enfants, en autorisant davantage de consultations sur trois ou cinq ans, selon ce qui sera défini, et en revalorisant cette consultation de manière plus digne pour les psychologues. Tant que ces enfants n'auront pas accès à des psychologues en ville, nous ne parviendrons pas à résoudre le problème.

M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur. Une première analyse du dispositif Mon soutien psy révèle que si les familles apprécient sa facilité d'accès, nous sommes encore loin du compte en termes d'allocation optimale des ressources par rapport aux besoins. Les psychologues eux-mêmes préconisent une réorientation de ces moyens vers les CMP et le

milieu scolaire afin d'accroître l'efficacité du dispositif. Cela pourrait également constituer un axe de réaffectation des ressources, si nous ne parvenons pas à intégrer intelligemment ces coûts évités dans notre réflexion.

Mme Céline Greco. Il est certain qu'une seule mesure ne résoudra pas l'ensemble des problèmes de santé mentale des jeunes en France. Si, du fait de mon expérience, je considère que le remboursement sans condition des soins psychologiques représente la véritable priorité, cela doit nécessairement s'accompagner d'une amélioration de l'accès aux CMP et d'une renaissance de la médecine scolaire. Une mesure isolée reste insuffisante, et c'est tout un système qui doit évoluer. Néanmoins, comme pour les centres d'appui, nous devons bien amorcer le changement, et cela pourrait passer par ces forfaits de santé mentale.

M. David Magnier, président. Je vous remercie et vous propose de compléter nos échanges par écrit. Le secrétariat vous transmettra un récapitulatif des questions posées par monsieur le rapporteur, auxquelles vous pourrez répondre. Je vous invite également à nous faire parvenir tout document que vous jugerez utile à la commission d'enquête.

La séance s'achève à dix heures trente.

Membres présents ou excusés

Présents. – Mme Sylvie Ferrer, M. David Magnier, Mme Joséphine Missoffe,
M. Serge Muller, M. Sébastien Saint-Pasteur

Excusée. – Mme Nicole Dubré-Chirat