

LIVRE BLANC

*Conséquences en matière de santé publique
des violences sexuelles faites aux mineurs*



EDITO

Nous sommes heureux de vous présenter ce livre blanc, fruit d'une réflexion collective entre acteurs engagés pour la cause des enfants.

Les violences sexuelles sur mineurs représentent un fléau dans notre société que nous ne pouvons plus minimiser. Ces événements traumatiques engendrent des souffrances psychiques et somatiques qu'il est ensuite difficile de prendre en charge.

Depuis près d'un an, France Assos Santé Ile-de-France, qui regroupe un ensemble d'associations d'usagers du système de santé, s'est entouré d'une équipe pluridisciplinaire afin de porter à l'attention du plus grand nombre, les conséquences de la maltraitance sexuelle vécue dans l'enfance sur le parcours de santé et de vie des victimes.

La démarche a dans un premier temps été impulsée grâce à un plaidoyer, publié en début d'année, qui préconisait des propositions afin de faciliter et améliorer les prises en charge.

Les réflexions issues de ce livre blanc, s'inscrivent dans la continuité de ce plaidoyer. Elles nous ont amené à proposer des actions concrètes à mettre en oeuvre pour donner possibilité aux victimes de se rétablir.

Par ce projet, France Assos Santé Ile-de-France répond à sa mission première de faire valoir les besoins de toute personne en situation de vulnérabilité.



Vincent CLUZAUD,
Président de France Assos Santé Ile-de-France

France Assos santé Ile-de-France

Forte d'une mission officiellement reconnue par son inscription dans le code de la santé publique via la loi du 26 janvier 2016, France Assos Santé Ile-de-France a été créée en 2017 dans la continuité d'une mobilisation de plus de 20 ans pour construire et faire reconnaître une représentation des usagers interassociative forte. Notre volonté est ainsi de permettre que s'exprime la vision des usagers sur les problématiques de santé qui les concernent au premier chef, par une voie puissante, audible et faisant la synthèse des différentes sensibilités afin de toujours viser au plus juste de l'intérêt commun.

Cette dimension interassociative caractéristique de France Assos Santé s'inscrit dans la continuité de la dynamique progressivement instaurée par les associations intervenant dans le champ de la santé depuis 1996 et qui a participé à l'éclosion de ce qu'on appelle la démocratie sanitaire. Cette dynamique s'est notamment caractérisée par la constitution du Collectif Interassociatif Sur la Santé, actif pendant plus de 20 ans et qui a fusionné au sein de France Assos Santé lors de sa création.

France Assos Santé Ile-de-France est une union régionale de plus de 50 associations qui regroupent : des malades chroniques, des personnes en situation de handicaps, des personnes âgées, des familles, des consommateurs, des personnes en situation de précarité et des associations agissant pour la sécurité et la qualité de la prise en charge des patients.

Notre Union est une association nationale qui dispose aussi de représentations en région via les Unions Régionales des Associations Agréées d'Usagers du Système de Santé, délégations régionales de France Assos Santé.

La délégation Ile-de-France œuvre à représenter et défendre les intérêts communs de tous les usagers du système de santé. Nous menons au quotidien des actions au niveau national ainsi qu'à l'échelle des régions et des territoires qui se répartissent autour de 4 axes prioritaires.



Informer



**Observer
et veiller**



Former



Communiquer

Objectifs du livre blanc

Les dernières années ont permis d'assister à une libération de la parole des victimes de violences sexuelles dans l'enfance. Les récentes affaires médiatiques mises au grand jour témoignent de l'ampleur du phénomène, au sein d'une société qui les a longtemps minimisée voire excusée.

Les violences sexuelles dans l'enfance représentent pourtant un véritable problème de santé publique au regard des conséquences qu'elles engendrent tant sur la santé physique et psychique que sur le bien-être global de la personne qui les subies. Au cours des dernières années, de nombreuses études scientifiques ont su démontrer cet impact, très lourd, entraînant un véritable effet boule de neige avec des répercussions non seulement sur les victimes, mais aussi auprès de l'entourage proche.

Au traumatisme déjà engendré par l'acte en lui-même, s'ajoutent des facteurs qui concourent à créer une véritable omerta autour des victimes. L'ignorance de leur réalité, de leur fréquence, de leur ampleur et de leurs conséquences instaure une non reconnaissance du traumatisme vécu et contribue au déni de la société face à au phénomène.

A cela s'ajoutent les nombreux obstacles pour obtenir protection et justice. D'autre part, la prise en charge trop souvent tardive, représente une perte de chance pour les victimes de se reconstruire.

En absence de repérage des situations de mal-être et d'éventuelles violences subies, les chances pour les victimes d'accéder à des soins adaptés diminuent. Il en va également du rôle des acteurs judiciaires, de favoriser une écoute bienveillante et la prise en compte de leur parole.

Au regard de ce constat, France Assos Santé Ile-de-France et ses associations membres se sont emparées du sujet à l'aide d'une équipe pluri professionnelle pour analyser l'impact des violences sexuelles sur le parcours de santé de ces jeunes victimes et améliorer leur prise en charge. Cette dynamique a dans un premier temps été impulsée par la publication d'un plaidoyer en janvier dernier qui a permis de formuler certaines préconisations d'action en lien avec 3 axes prioritaires : **la prévention auprès des enfants et de l'entourage proche, la formation des professionnels et le parcours de santé des victimes.**

Ce livre blanc a donc pour objectif de proposer des pistes d'actions concrètes vis-à-vis des dysfonctionnements actuels qui persistent dans les prises en charge. Il est le fruit d'un travail collectif impliquant les associations, les professionnels de santé, du social, les accompagnants, les acteurs juridiques, mais également les anciennes victimes, œuvrant tous pour la cause des enfants.

Nous espérons que nos propositions pourront inspirer les acteurs de terrain à œuvrer afin de porter davantage attention aux enfants victimes de violences sexuelles et les aider à surmonter le traumatisme vécu.

SOMMAIRE

I. Violences sexuelles sur mineurs : un constat alarmant

II. Impact sur la santé

Conséquences psychiques
Conséquences somatiques
Parcours de santé dégradé

III. Propositions d'action

Formation

Des professionnels de première ligne
Des magistrats et des acteurs de la sphère judiciaire

Prévention

Auprès des enfants pour éviter la survenue des violences
Auprès des familles pour faciliter le recueil de la parole

Parcours de Santé

Penser un parcours de santé des victimes dans sa globalité

Permettre le remboursement des pratiques de soins complémentaires utiles dans les prises en charge

Développer des dispositifs innovants de rupture et d'accompagnement pour adolescents à la sexualité dysfonctionnelle

Remerciements

Annexes

Bibliographie

I. Violences sexuelles sur mineurs : un constat alarmant

Incontestablement, les violences sexuelles sur mineurs constituent un phénomène répandu à l'échelle mondiale. Le Conseil de l'Europe considère que 1 enfant sur 5 est victime de violences sexuelles. Sur le territoire, les récents rapports indiquent que 1 Français sur 10 a subi ce type de violences durant sa minorité, soit 5,5 millions de personnes concernées par ce fléau [1].

Par ailleurs, **8000 enfants** seraient victimes d'exploitation sexuelle, le plus souvent des jeunes filles entre 13 et 16 ans. Les estimations montrent que **plus de la moitié des violences sexuelles déclarées par les femmes et les deux tiers de celles déclarées par les hommes se produisent ou débutent avant 18 ans** [2]. Une part de ces violences concernent également les mineurs en situation de handicaps, du fait de leur multiple vulnérabilité [3].

Le phénomène ne se limite pas à une sphère en particulier et concerne tous les lieux et les espaces de vie pouvant accueillir les mineurs.

Les chiffres terrifiants du rapport Sauvé publié en octobre 2021 estiment que **330 000 mineurs** ont été victimes d'agressions sexuelles au sein de l'église catholique entre 1950 et 2020 [1]. Dans le cadre familial, **4,6 % des femmes et 0,7 % des hommes** déclarent avoir subi au moins une violence sexuelle avant 18 ans.[4]

Les domaines scolaires, sportifs ou artistiques sont également concernés. Fille ou garçon, **1 sportif sur 7** a connu une agression sexuelle avant ses 18 ans et **30% des athlètes de haut niveau** seraient concernés par ces violences. Le sénat appelle également à avoir une vigilance particulière dans l'univers des enseignements culturels et artistiques notamment dans les conservatoires de musique [5]. Un rapport de la mairie de Paris sur le sujet proposait des mesures de protection pour les mineurs suivant des cours de musiques [6].

Internet et l'accès à la technologie offrent également un espace propice au phénomène de violences sexuelles chez les mineurs. En 2020, la fondation e-enfance souligne une augmentation de **57%** du nombre d'appel liée à des cyberviolences à caractère sexuel [7].

Focus



Ile de France

En **Ile-de-France**, près de **4387** plaintes pour viols et agressions sexuelles sur mineurs ont été enregistrées en 2019 [8]. Malgré les données parcellaires, les violences sexuelles concernent plus de **10%** des jeunes franciliens de 15 à 25 ans [9].

Bien que très importants, ces chiffres restent pour les spécialistes largement sous-estimés face à la réalité des faits, dans la mesure où peu d'agressions aboutissent à des plaintes.

II. Quel impact sur la santé ?



Une personne mineure confrontée à des violences sexuelles **peut être lourdement impactée tout au long de sa vie**. Ces conséquences perdurent très souvent pendant des années en l'absence de dépistage et de bonne prise en charge. Ces violences, lorsqu'elles surviennent dans l'enfance, peuvent constituer l'un des principaux déterminants de santé et de nombreuses enquêtes scientifiques mettent en évidence des liens étroits avec le développement de problèmes physiques et psychiques ultérieurs [10]. Plus les violences ont été répétées et assorties de circonstances aggravantes, plus les conséquences sont importantes .

A cela peut s'ajouter **des difficultés relationnelles et sociales**, ainsi qu'un **impact global sur le bien-être de la personne**. Les victimes de violences sexuelles et psychologiques, sont davantage victimes de harcèlement scolaire ou professionnel ensuite, ce qui les rend davantage vulnérables à d'autres abus, comme d'autres agressions sexuelles et viols.

Les conséquences développées suite à des violences sexuelles varient d'un individu à l'autre et peuvent être influencées par plusieurs facteurs (caractéristiques de la victime, personnalité, circonstances du dévoilement, réaction de l'entourage...).

Ces traumatismes peuvent avoir un impact immédiat dans l'enfance et à l'adolescence ou se manifester plus tard à l'âge adulte, sur la santé et sur l'environnement social.

II. Quel impact sur la santé ?

Conséquences psychologiques

Le risque de développer des problèmes de santé mentale à l'âge adulte après une agression sexuelle dans l'enfance a plusieurs fois été démontré. Des symptômes peuvent faire écho à la présence de violences dans l'enfance :

- Symptômes dépressifs et anxiété
- Symptôme de dissociation
- Tentatives de suicide et idées suicidaires
- Troubles du développement psychomoteur
- Troubles addictifs (drogues, alcool, somnifères, antidépresseurs...)
- Automutilation
- Troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie)
- Comportement sexuel à risque (multiples partenaires sexuels, rapports sexuels non protégés, prostitution)
- Faible estime de soi
- Troubles de la personnalité borderline

Conséquences somatiques

Au-delà des affections psychiatriques liées aux violences sexuelles dans l'enfance, des conséquences somatiques peuvent survenir à long terme et se chroniciser en absence d'une prise en charge adaptée :

- Pathologies génito-urinaires (infections urinaires, incontinences, cancers de l'utérus)
- Endométriose
- Dysfonctions sexuelles
- Pathologies gastro-intestinales (Recto-Colite Hémorragique...)
- Pathologies pulmonaires
- Pathologies Cardio Pulmonaire
- Douleurs chroniques (fibromyalgie, migraines)

Conséquences sociales

Selon l'âge, l'environnement et les interactions sociales de la personne peuvent être également perturbés suite à la survenue de ces violences :

- Repli sur soi et isolement social
- Problèmes relationnels avec la famille
- Impact sur la vie professionnelle (mauvaises performances, absentéisme)
- Problème d'adaptation en milieu scolaire
- Vie affective, sentimentale ou conjugale (frigidité) impactée
- Impact sur la périnatalité et parentalité (dénier de grossesse, dépression post-partum...)
- Reproduction des violences à l'encontre d'autres personnes

Impact sur le parcours de santé

Les traumatismes sexuels vécus dans l'enfance peuvent engendrer un parcours de santé discontinu, voire dégradé chez les personnes qui en sont victimes. Ces freins peuvent concerner :

- Le recours à certains types de soins (ex: gynécologiques)
- La relation avec les professionnels de santé
- L'adhésion aux traitements
- La perte de chance et l'accès tardif à des soins qui pourraient être efficaces, notamment en raison d'une libération tardive de la parole

* Cette liste est non exhaustive. Elle est issue d'une revue de la bibliographie scientifique dont les extraits sont disponibles en annexe 3 de ce document. Les sources établissent **une association** entre les conséquences précitées et les violences sexuelles survenues dans l'enfance et **non un lien de cause à effet**.

III. Préconisations d'action

L'ampleur des conséquences engendrées par les traumatismes sexuels vécus dans l'enfance impose une véritable remise en question des acteurs de terrain et plus largement, de l'ensemble des adultes qui accompagnent au développement des enfants. L'amélioration des différentes pratiques et une meilleure articulation des approches entre les domaines médical, social et judiciaire pourraient offrir à ces êtres vulnérables une possibilité de se reconstruire.

Face à ce constat et dans la continuité des travaux impulsés par le **plaidoyer-action sur les conséquences en matière de santé publique des violences sexuelles faites aux personnes mineures**, 7 groupes de travail composés d'acteur des champs médical, social, judiciaire et associatif se sont réunis au cours des derniers mois afin de réfléchir à des actions permettant d'améliorer les prises en charge.

Les actions retenues s'inscrivent dans une volonté de faciliter l'intégration des victimes dans un parcours de santé global et de prévenir ces violences dès le plus jeune âge.

Formation

L'absence de formation des professionnels intervenant auprès des enfants est souvent soulignée comme l'un des nombreux manquements dans la protection de l'enfance. Le premier aspect de ce livre blanc concerne donc l'amélioration de leurs compétences afin qu'ils soient en mesure de repérer, alerter et offrir une écoute bienveillante aux victimes.



1. Formation des professionnels au repérage et aux aspects judiciaire

Plus de 30% des enfants victimes de violences sexuelles ne manifestent pas de symptômes au moment des faits [11] et une libération tardive de la parole entraîne des retards dans l'accès et le recours au soins. **Le repérage précoce des situations de violences sexuelles paraît donc essentiel pour intégrer au plus tôt les victimes dans un parcours de santé global.**



Les professionnels de premier recours directement en contact avec les publics concernés occupent une place privilégiée dans le repérage de ces maltraitances. Ils exercent dans les domaines médical, para-médical, éducatif, social et médico-social et peuvent constituer le point de départ pour signaler les cas de violences, orienter vers les acteurs de la prise en charge. Ce dépistage peut porter sur une situation de maltraitance récente ou terminée au moment du repérage [12].

Toutefois, force est de constater que ceux-ci ne repèrent ou n'alertent pas systématiquement lorsqu'une situation se présente. En 2018, seuls 6.9% des entretiens téléphoniques recueillis auprès du Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance en Danger (SNATED-119) et relatifs à la rédaction d'une Information Préoccupante (IP) étaient des appels émis par des professionnels [13]. Par ailleurs, sur 27 départements étudiés en France, 18 déclarent que les professionnels de l'éducation nationale sont les premiers pourvoyeurs d'IP. La part de signalement venant du secteur médical représente seulement 2 à 5% [5].

La littérature identifie de nombreux freins liés à ces difficultés et propres aux intervenants potentiels. Parmi les raisons identifiées, **la méconnaissance des signaux et des procédures d'alerte relève un manque de formation de l'ensemble des professionnels.**

Les enseignements sur le repérage et la prise en charge des violences sexuelles restent encore insuffisants. **Plus des 2/3 des médecins généralistes** interrogés déclarent n'avoir reçu aucun enseignement sur les maltraitances et le signalement. Lorsqu'une formation était dispensée, celle-ci est jugée insatisfaisante [14]. Parmi les nombreux sujets abordés dans la formation initiale des médecins généralistes, seuls quelques thèmes concernent la maltraitance et les violences faites aux enfants. Le nombre d'heures consacrées à cette thématique varie selon les facultés de médecine. Le même constat est fait chez les professionnels de l'éducation nationale, où les formations proposées sur le sujet diffèrent d'un INSPE (Institut National Supérieur du Professorat et de l'Education) à l'autre [15].

Dans le cadre de la formation continue, des efforts d'enseignements sont cependant réalisés avec des formations du type DU ou des stages individuels de quelques jours pouvant être suivi à l'initiative et aux frais des professionnels concernés. Toutefois, ces offres sont dispensées la plupart du temps par des organismes à but lucratif les rendant difficile d'accès pour certains. Par ailleurs, le contenu proposé n'est pas systématiquement standardisé et l'offre de formation est quasi-inexistante dans certains départements.

Nos propositions

Au regard des éléments pré-cités, la mise en œuvre d'une formation spécifique pluri-professionnelle et pluridisciplinaire, accessible à tous les acteurs en situation de protéger les enfants victimes de violences apparaît comme étant primordiale. Il importerait que ce module de formation spécifique puisse s'inscrire dès la formation initiale et continue des professionnels concernés, avec un socle commun à adapter selon les publics.

Nous proposons qu'un cahier des charges national avec des objectifs pédagogiques soit établi, afin que les différents intervenants puissent à long terme :

- Repérer des situations de violences sexuelles dans l'enfance;
- Alerter et enclencher les procédures relatives à la protection du mineur;
- Comprendre le suivi administratif, social et judiciaire qui se met en place après l'alerte.

Ce cahier des charges national pourrait intégrer deux principaux programmes de formation : **le repérage des violences chez l'enfant et les procédures d'alerte**. Les éléments constitutifs du **premier module d'enseignement** permettraient d'informer sur :

- La réalité des violences sexuelles chez les mineurs: données scientifiques disponibles, analyse des enquêtes populationnelles sur le sujet, définitions légales...;
- La persistance des mythes, les réalités et les représentations sociales associés aux violences sexuelles dans l'enfance;

- L'ensemble des signaux d'alertes et des conséquences du traumatisme identifiés par la littérature scientifique internationale;
- Face aux professionnels, les comportements et les signaux qui peuvent alerter, lorsque le mineur est accompagné d'un proche;
- La dissociation et les symptômes qui lui sont liés pour que les acteurs aient conscience du phénomène et soient en mesure de prendre en considération toute réminiscence ou souvenir lié au traumatisme vécu, sans les minimiser;
- Les acteurs de la prise en charge et leur rôle pour accompagner et orienter les victimes;
- Les numéros d'appel d'urgence et les associations d'aide aux victimes reconnues.

Un **deuxième module d'enseignement** viserait à acquérir des compétences sur la transmission de l'information aux autorités administratifs, sociales et/ou judiciaires afin d'alerter sur les situations de violences. Il importe également que les professionnels soient en mesure d'assurer un suivi de l'enfant après le signalement, étant donné que les mesures de protection mises en place peuvent avoir un impact sur la reconstruction de la personne. Ce module permettrait entre autre de :

- Connaître les obligations et les sanctions légales liées au devoir de signalement;
- Former sur le secret professionnel, les obligations, les droits et les devoirs qu'il implique;
- Connaître les interlocuteurs ressources et les services de protection de l'enfance au niveau local;

Nos propositions

- Connaître les éléments nécessaires à la rédaction d'une information préoccupante (IP) et d'un signalement;
- Former sur le parcours de la plainte : comprendre le circuit d'une IP/d'un signalement, les enjeux et les suites de l'intervention judiciaire, administrative ou sociale, les décisions de justice...

En raison de la diversité des acteurs concernés, tout personnel médical, para-médical, social, éducatif de premier recours ainsi que les divers services travaillant auprès des mineurs seraient des interlocuteurs privilégiés. Parmi ces nombreux acteurs, nous pouvons citer entre-autre :

- Les professionnels de santé : médecins généralistes, pédiatres, pédopsychiatre, psychiatres, psychologues, gynécologues, médecins urgentistes, infirmières scolaires, psychomotriciens, orthophonistes, puériculteurs, Kinésithérapeutes, pharmaciens, dentistes, psychologues...
- Les professionnels de l'éducation : Enseignants, Conseillers principaux de l'éducation (CPE), surveillants scolaires, Directeurs d'établissement...
- Les intervenants sociaux et médico-sociaux : assistantes sociales, éducateurs spécialisés dans les structures d'accueil type ASE ou Foyer...

Une méthode d'animation participative pourrait être privilégiée en terme de pédagogie, avec une mise en situation réelle des professionnels.

Il s'agirait d'une formation pluriprofessionnelle et les échanges entre les différents acteurs concernés pourraient permettre d'assurer un transfert de connaissances ou de compétences entre différentes disciplines.

Afin de représenter chaque branche des métiers concernés par la protection de l'enfance, les **professionnels du médical et du para-médical issus de services spécialisés** : Unité médico Judiciaire (UMJ) , Centre Régionaux de Psycho traumatisme, services de pédopsychiatrie,...pourraient être mobilisés pour dispenser cette formation.

Le **domaine socio-administratif** (assistance sociale, membre de Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP)), des représentants de l'autorité judiciaire (juge des enfants, avocat...) et **des associations de protection de l'enfance ou d'aide aux victimes reconnues comme organisme de formation** pourraient également apporter leur expertise.

Exemple d'action



Des **Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)** émergent de plus en plus sur tout le territoire. La CPTS regroupe des professionnels d'un même territoire qui souhaitent s'organiser pour répondre à des problématiques communes. Constitué de l'ensemble des acteurs de santé (professionnels de santé de ville, exerçant à titre libéral ou salarié ; établissements de santé, acteurs de la prévention ou promotion de la santé, établissements et services médico-sociaux, sociaux...) qui souhaitent se coordonner sur un territoire, le dispositif vise à faciliter leur exercice et à améliorer l'organisation des prises en charge des patients. En Ile-de-France, 26 CPTS opérationnelles étaient dénombrées au 31 Août 2021.

Du fait de leur travail en réseau, les CPTS pourraient constituer des lieux à privilégier pour le déploiement de ces formations, notamment au titre d'une expérimentation.

Après avoir identifié le besoin de prise en charge au sein d'un territoire spécifique, les éléments de formation cités plus haut et constitutifs du cahier des charges national pourront être transmis aux CPTS, afin de dispenser ces enseignements aux acteurs volontaires et motivés pour se former à la question. Une procédure d'évaluation pourrait être ensuite mise en place pour étudier l'efficacité du dispositif.



2. Sensibiliser les magistrats sur l'écoute et le recueil de la parole des victimes

Au traumatisme déjà vécu, peuvent s'ajouter des difficultés liées au parcours judiciaire du mineur victime de violences sexuelles. L'expérience avec la justice est pour certaines d'entre elles vécue comme une double peine. Une enquête quantitative menée auprès d'anciennes victimes de violences sexuelles dans l'enfance montre que **81% des répondant-e-s pensent que la justice n'a pas joué son rôle, 82% estiment ne pas avoir été protégé-e-s et 70% ne se sont pas senti-e-s reconnu-e-s en qualité de victime** [16].

Sortir du silence, dévoiler et dénoncer les faits en justice s'avère particulièrement complexe pour les enfants victimes de violences sexuelles [17]. Savoir recueillir, interpréter et écouter cette parole fait donc partie intégrante de leur reconstruction. De nombreuses victimes dénoncent pourtant des enquêtes et des procédures judiciaires vécues comme « **traumatisantes** » [18]. Selon un sondage quantitatif, 82% des victimes rapportent avoir mal vécu leur dépôt de plainte et 77%, l'ensemble des enquêtes policières, auditions et des procédures judiciaires.

Au regard de la vulnérabilité des mineurs victimes, la phase d'audition permet de s'assurer que le recueil des éléments nécessaires à l'enquête ne soit pas traumatisant pour l'enfant et que cela n'entraîne pas une aggravation des difficultés qu'il rencontre suite à son agression. Au cours des dernières années la recherche internationale a démontré l'efficacité des techniques d'audition spécifiques au recueil de la parole chez l'enfant, s'assurant ainsi de la qualité du témoignage et de son bien-être : salles spécialisées, auditions filmées, questions ouvertes etc... Toutefois, l'ensemble des acteurs intervenants dans les phases de recueil de la parole et du suivi judiciaire ne sont pas systématiquement formés à la mise en pratique de ces méthodes.



Par ailleurs, on assiste encore aujourd'hui à l'utilisation et la promotion de certaines théories dites antivictimaires très contestées scientifiquement qui conduisent à la décrédibilisation de la parole des victimes (ex : Syndrome d'Aliénation Parentale, faux souvenirs...). Ces idéologies, sans réel fondement scientifique, font en sorte que la parole de l'enfant soit non entendue par la police et la justice. En 2018, une fiche qui proscrivait l'utilisation de ces concepts et déplorait leur introduction abusive dans les milieux judiciaires par la formation, avait d'ailleurs été diffusée sur le site du ministère de la justice [19].

Nos propositions

Nous proposons l'élaboration d'un cahier des charges national destiné aux acteurs judiciaires qui s'appliquerait dès leur formation initiale .

Les objectifs pédagogiques de la formation pourraient être standardisés et permettraient à long terme aux professionnels de :

- Comprendre les spécificités comportementales du mineur victime de violences sexuelles;
- Fournir une écoute bienveillante lors du recueil de sa parole;
- Prendre en compte les besoins du mineur victime dans le cadre de son parcours judiciaire.

Par ailleurs, le programme de la formation pourrait permettre plus spécifiquement de :

- Comprendre et interpréter les émotions de l'enfant victime et les comportements non verbaux;
- Comprendre les expressions de l'enfant lorsqu'il est accompagné d'un parent ou d'un proche;
- Prendre en compte les mécanismes liés à la répétition de la parole chez l'enfant pour ne pas constamment remettre en doute sa parole;
- Connaître et appliquer les protocoles d'audition reconnu;
- Informer sur la réalité des théories anti-victimaires.

Tout acteur juridique pouvant être amené au cours de son exercice à recueillir la parole de l'enfant victime dans le cadre d'affaires de violences sexuelles serait concerné par cette formation : juges des enfants, juges aux affaires familiales, juge d'instruction, juge pénal, acteurs de la police judiciaire (policiers, gendarmes) , avocats.

La formation visée pourrait privilégier l'intervention de professionnels préalablement formés à l'écoute : psychologue, professionnels du psychotrauma, pédopsychiatre, expert issus de services spécialisés (ex : UMJ), acteurs associatifs reconnus comme organisme de formation. L'approche pratique, à partir de situation réelle, en complément d'apport théorique pourrait être privilégiée. En dehors du seul cadre de la formation initiale, ces enseignements pourraient s'inscrire en continu avec une sensibilisation lors des stages de changement de fonction. Des stages au sein d'associations d'aide aux victimes ou d'organismes œuvrant pour la protection de l'enfance pourraient également venir compléter cette action de formation.

D'autres **propositions complémentaires** à l'action de formation nous paraissent essentielles:

- **Mettre en place des référents spécialisés dans l'écoute et la compréhension psychologique de l'enfant en appui des acteurs judiciaires** pour que tout intervenant confronté au recueil de la parole puisse être orienté et aiguillé dans cette mission;
- **Sensibiliser les acteurs judiciaires sur l'utilisation abusive des théories dites anti-victimaires** afin de repérer leur présence et veiller à ce que la parole de l'enfant ne soit pas constamment remise en cause.

Prévention

Un autre aspect fondamental de la lutte contre les violences sexuelles dans l'enfance consiste à mettre l'accent sur la prévention primaire.

Il apparaît donc crucial de développer et de faciliter le déploiement de messages de prévention adaptés à destination non seulement des enfants directement, mais également de l'ensemble des adultes qui les aident à grandir .



1. Auprès des enfants pour lutter contre la survenue des violences sexuelles dans l'enfance



La prévention dans le domaine de la protection de l'enfance est un enjeu majeur important dans la lutte contre les violences sexuelles qui reste encore insuffisamment développée en France. Aujourd'hui, plusieurs associations de promotion des droits des enfants interviennent directement dans les écoles pendant le temps scolaire et/ou périscolaire afin de les sensibiliser aux bonnes pratiques d'auto-protection et de défense.

Par ailleurs, plus d'un quart des violences sexuelles sur mineurs a lieu dans diverses structures d'accueil pour enfants : écoles, garderies, clubs de loisirs, clubs de sports, institutions religieuses...

En l'absence de mesures ou d'informations précises en matière de prévention, le phénomène perdure au sein de ces différents lieux. De nombreux acteurs institutionnels devraient s'approprier ce rôle de prévention primaire [20].

En complément de ces efforts de prévention, les textes de loi prévoient des séances obligatoires d'éducation à la sexualité pendant l'année scolaire. Toutefois, leur mise en pratique paraît pour le moment insatisfaisante comme le démontre le « *Rapport relatif à l'éducation à la sexualité* » du Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes : **25% des écoles élémentaires, 11% des lycées et 4% des collèges n'ont mis en place aucune action ou séance d'éducation sexuelle.** Par ailleurs, ce même rapport dénonce le manque de formation des personnels chargés de dispenser les cours d'éducation à la sexualité et le faible nombre d'heures consacré aux notions de consentement, de protection et de défense contre les violences sexuelles [21].

Malgré l'effort du tissu associatif en matière de sensibilisation sur le sujet, le manque de pilotage et de coordination suscite des interrogations tant sur le contenu que sur la méthode employée, dans certaines des interventions mises en place.

Nos propositions

Quelle que soit la tranche d'âge, il importe que toute action de prévention soit élaborée grâce à un **cadre de référence stabilisé** dont les messages principaux permettraient de :

- Fournir des notions sur le respect du corps;
- Expliquer et éclairer la notion de consentement;
- Rappeler la définition des violences sexuelles selon la loi;
- Reconnaître les situations de violences sexuelles permettant d'identifier le danger et de prévenir le passage à l'acte;
- Reconnaître les situations d'emprise psychologique;
- Nommer les personnes de confiance vers qui se tourner et souligner la possibilité de contacter un autre adulte quand la parole n'est pas entendue une première fois;
- Sensibiliser les enfants aux différentes formes de cyberviolences;
- Renvoyer les publics vers des lignes d'écoute ou des associations d'aides aux victimes;
- Illustrer le sujet en associant une image positive envers le public cible (ex : messages d'espoir, non culpabilisation, non stigmatisation de la victime par rapport à son vécu, détachement du statut de victime...).

Les établissements scolaires restent des lieux privilégiés au contact des enfants et des familles. De ce fait, des supports d'information et des outils pédagogiques permettant de comprendre et de prévenir les violences sexuelles devraient y être davantage déployés.

Ainsi, d'autres **propositions complémentaires** nous paraissent essentielles :

- **Faciliter le déploiement d'actions de prévention dans les établissements scolaires et permettre aux associations, dont les outils et les méthodes sont reconnus, d'intervenir auprès des mineurs;**
- **Développer les enseignements sur les violences sexuelles et plus particulièrement, la notion de consentement au sein des programmes d'éducation à la sexualité proposé par l'éducation nationale tout au long du primaire et secondaire.**

Exemple d'action



Pour permettre aux enfants de comprendre dès le plus jeune âge les notions de consentement et de reconnaître les situations de violences sexuelles, nous proposons que les acteurs de prévention participent à la promotion de bandes dessinées illustratives ou de contes audios pour les enfants âgés de 4 à 10 ans.

Ceux-ci pourraient illustrer les épisodes de vie d'un enfant de la même tranche d'âge confronté à des situations de violences sexuelles et reprendraient l'essentiel des informations citées plus haut. Il s'agirait également d'aider les enfants à identifier rapidement les personnes de confiance vers qui se tourner.

Ce support préventif pourrait être diffusé par les mairies via le bulletin municipal destiné aux habitants de la commune et accessible gratuitement dans de nombreux lieux (boîtes aux lettres, mairies de quartiers, commerces de proximité...).

Un autre moyen de diffusion serait d'intégrer ce support de prévention dans le carnet de liaison des enfants fourni par les établissements scolaires.



Exemple d'action



Les adolescents âgés de 11 à 16 ans sont particulièrement exposés aux violences sexuelles [22]. Leur présence sur les réseaux sociaux les expose plus particulièrement à différentes formes de cyberharcèlement ou cyberviolence.

Pour atteindre cette cible, nous proposons que les acteurs de prévention produisent davantage de vidéos à visée informative sous forme de court métrage ou de web-série, qui reprendraient les éléments du cadre référentiel cité plus haut.

Aller-vers le public ciblé via des médias conçus pour les réseaux sociaux (ex : Brut, Kombini, Vice, Melty...) permettrait de diffuser et rendre visibles ces supports.



2. Auprès des familles pour faciliter le recueil de la parole de l'enfant victime

Les membres de la famille et de l'entourage proche peuvent avoir un rôle essentiel auprès de l'enfant victime de violences sexuelles. Ceux-ci occupent une place privilégiée dans le recueil de la parole et l'accompagnement face au traumatisme vécu. Leur présence peut faciliter la reconstruction.

Cependant trop de témoignages démontrent que les familles ne sont pas suffisamment informées quant au bon recueil de la parole de l'enfant victime de violences sexuelles. Face à la gravité de telles révélations, les familles se sentent parfois démunies et n'adoptent pas systématiquement un comportement adapté. Ceci pouvant entraîner ainsi un isolement et une frustration chez le mineur ayant vécu le traumatisme.



Lorsque les victimes décident de s'exprimer sur leur traumatisme, celles-ci doivent se sentir en confiance. Un comportement et une écoute inadaptés peuvent entraîner leur isolement. La réaction des personnes réceptrices de cette parole est donc primordiale.

Nos propositions

Au regard des difficultés émises par les familles, nous proposons de **renforcer les interventions de prévention déjà existantes en intégrant des messages à destination des familles** pour :

- Informer sur les changements de comportements chez l'enfant afin d'améliorer le repérage des signaux d'alerte;
- Informer sur les conséquences en santé engendrées par ces violences;
- Informer sur le recueil de la parole : Quelle écoute fournir? Quelle posture/réaction adopter? Vers qui me tourner ?
- Expliciter les différents facteurs pouvant entretenir le déni des familles : culpabilité, peur d'être jugée, statut social...;
- Déconstruire les représentations sociales sur l'agresseur et la victime auprès des familles;

- Sensibiliser sur les situations d'emprise psychologique et de manipulation, notamment lorsque l'auteur est proche de la famille;
- Sensibiliser afin de responsabiliser les familles sur les risques liés aux cyberviolences;
- Informer sur les violences sexuelles commises sur des enfants de bas âge

Par ailleurs, au regard de leur lien privilégié avec les familles, il conviendrait également de **mobiliser les instances et les institutions familiales pour faire passer régulièrement des messages sur le sujet : Caisses d'allocations familiales, Associations de familles, Assurance Maladie, Mutuelles, Mairies (Bulletin municipal).**

Exemple d'action



Le carnet de santé peut constituer un véritable vecteur de messages de prévention contre la survenue des violences sexuelles dans l'enfance. Il peut être également mobilisable pour sensibiliser les familles sur le recueil de la parole des victimes mineures. En outre, il donne la possibilité à tous parents, professionnels de santé et enfant de commencer à aborder le sujet.

Nous proposons d'intégrer dans le carnet de santé des messages à destination des parents et des enfants qui pourront se matérialiser sous la forme d'un marque-page. D'une part, il s'agirait de permettre à l'enfant de reconnaître les situations de violences et les personnes de confiance vers qui se tourner et d'autre part, de permettre aux parents d'adopter une posture bienveillante lors du recueil de cette parole.

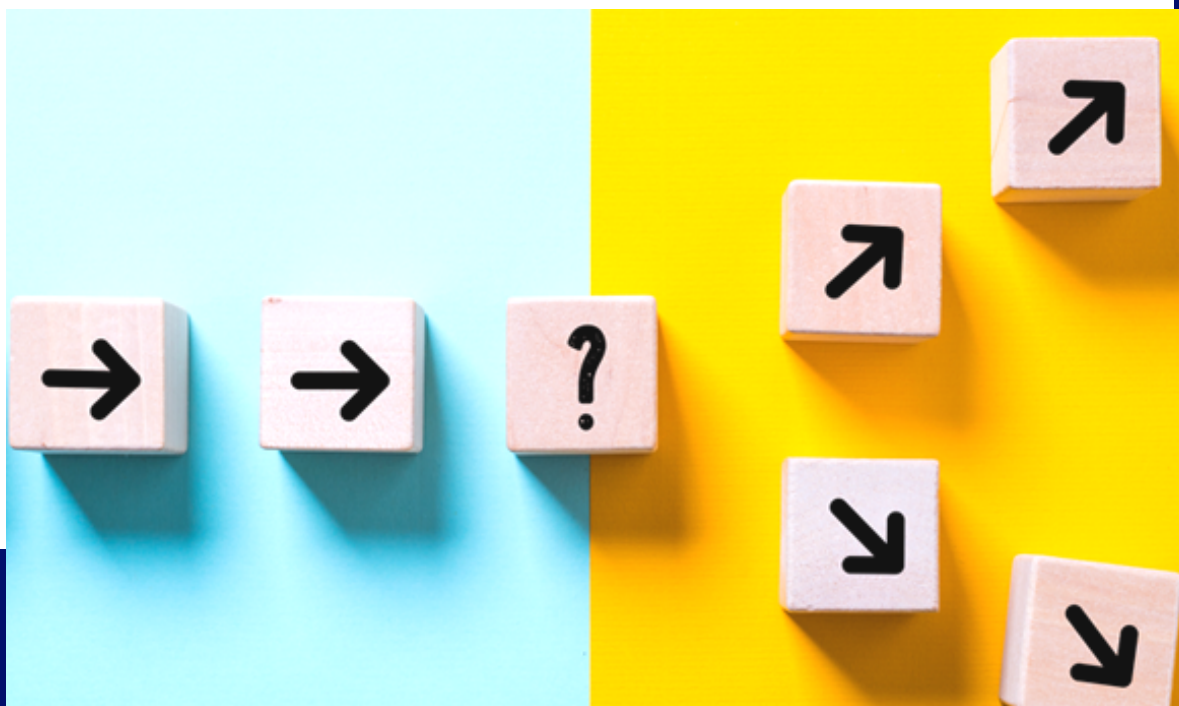
Découvrez en annexe un exemple de marque-page (annexe 2) .



Parcours de santé

Les conséquences d'un parcours de santé dégradé s'ajoutent aux effets délétères des violences sexuelles sur mineurs.

Mieux repérer, orienter et accompagner la victime est urgent afin de faciliter son rétablissement.



1. Penser le parcours de santé des victimes dans sa globalité

La prise en charge des mineurs victimes de violences sexuelles nécessite une coordination des acteurs intervenant auprès de ce public, et en mesure de repérer, signaler et protéger.

Malheureusement, les obstacles restent encore nombreux dans leur parcours de santé : professionnels insuffisamment formés, manque de coordination entre les différents secteurs, absence d'accompagnement des victimes sur le long terme,... tant de freins qui empêchent leur rétablissement.



Des efforts en matière d'orientation et de prise en charge ont cependant été fait au cours des dernières années. Sur l'ensemble du territoire, des dispositifs de prise en charge en santé mentale permettent l'orientation des victimes de violence sexuelles dans l'enfance. Toutefois, les délais d'attentes au sein de ces plateformes semblent très importants et leur visibilité auprès des professionnels de premier recours reste à améliorer. Par ailleurs, peu de personnels impliqués sont formés au repérage et à la prise en charge spécifique des mineurs victimes de violences sexuelles.

En cas de suspicion de maltraitance sexuelle, les professionnels impliqués dans la prise en charge du mineur devraient être systématiquement en capacité de s'assurer de la protection immédiate de l'enfant en danger. Toutefois, la mise en commun d'informations permettant de confirmer ou d'infirmer un signalement semble parfois difficile en raison du cloisonnement entre les différents acteurs de la prise en charge. Ces difficultés d'interactions et de mise en lien peuvent constituer un énième frein pour les professionnels dans leur démarche de signalement, par crainte d'encourir de possibles répercussions disciplinaires ou pénales en cas de signalement abusif.

Par ailleurs, le partage du vécu et les savoirs expérientiels d'anciennes victimes paraissent essentiels à mobiliser au regard de la complexité du traumatisme vécu. Cet accompagnement par les pairs, reste encore insuffisamment développé en France alors qu'il permettrait aussi d'enrichir l'intervention des différents professionnels.

Nos propositions

Nous proposons la création **d'une plateforme spécifique dédiée à l'accueil, à l'orientation et l'accompagnement des victimes de violences sexuelles dans l'enfance**. Il s'agirait d'un dispositif qui permettrait d'orienter les publics vers des intervenants spécifiquement formés.

Elle pourrait également offrir une orientation vers des professionnels du judiciaire spécifiquement formés à l'écoute des victimes. La création de ce réseau pourrait faciliter la coordination entre ville et hôpital et intégrerait des acteurs de la santé, du social, du médico-social et le savoir expérientiel d'anciennes victimes.

La mise en place d'un tel dispositif implique :

- **L'établissement d'un protocole de prise en charge spécifique des victimes de violences sexuelles dans l'enfance.** Ce protocole pourrait inclure le repérage des violences, l'ensemble des soins pouvant correspondre aux besoins de la victime et la liste des acteurs concernés par la prise en charge. Il permettrait de définir la porte d'entrée au sein de la plateforme et serait connu de tous les professionnels en lien direct avec les enfants.
- **La construction d'un réseau pluriprofessionnel et pluridisciplinaire spécifiquement formé aux violences sexuelles dans l'enfance.** Pour cela, il serait envisageable de recenser au sein d'un territoire donné, les professionnels de la santé, du social ou du médico-social ayant bénéficié d'une formation basée sur un cahier des charges reconnu au niveau national;
- **Le recensement des acteurs juridiques formés à l'écoute pour proposer un accompagnement juridique aux victimes;**
- **Le recensement d'associations d'aides aux victimes reconnues,** et ce afin d'identifier des pairs pouvant avoir un rôle dans l'accompagnement des personnes;
- **La mise en œuvre d'un système d'information partagé pour organiser et faciliter la coordination des soins** tout en respectant les principes de protection des données;
- **La mise en place d'une cellule spécifique pour accompagner les professionnels de la plateforme dans les démarches de signalement;**
- **Des moyens de diffusion multiples pour rendre visible le dispositif** auprès tous les acteurs en première ligne de contact avec les mineurs, sur le territoire et à l'international.

2. Intégrer et permettre le remboursement des pratiques de soins complémentaires

Les violences sexuelles exposent les mineurs à de nombreuses conséquences somatiques et psychologiques. Il apparaît donc essentiel que toute victime ayant subi ce type de maltraitance puisse accéder à des interventions efficaces permettant de minimiser l'apparition de ces symptômes.

Les victimes de violences sexuelles dans l'enfance peuvent bénéficier d'une prise en charge à 100% de leurs frais médicaux par l'assurance maladie et ce tout au long de leur vie. Ce dispositif, souvent méconnu des professionnels, reconnaît la gravité des crimes subis et révèle leur impact à long terme sur la santé. Ces remboursements ne concernent que le panier de soins des actes remboursables par la sécurité sociale et incluent les conséquences physiques et psychologiques des agressions sexuelles subies dans l'enfance. Il conviendrait que ce dispositif puisse s'élargir à des soins actuellement non remboursés, comme certaines thérapies complémentaires pouvant être efficaces auprès des victimes.

Les thérapies complémentaires et alternatives regroupent des approches et des pratiques de santé qui ne sont pas considérées comme faisant partie de la médecine conventionnelle [23]. L'organisation mondiale de la Santé (OMS) recense plus de 400 disciplines dont de nombreuses publications ont mis en évidence leur efficacité auprès des victimes de psycho traumatisme. Par exemple, les thérapies comportementales et cognitives (TCC) ont prouvé leur efficacité dans le traitement du syndrome de stress post-traumatique (SSPT).



Encore peu reconnues par le monde médical, ces techniques pourraient permettre d'observer des améliorations symptomatiques importantes chez les victimes ou anciennes victimes de violences sexuelles dans l'enfance. L'EMDR (*eye movement desensitization and reprocessing*), l'hypnose ou l'art-thérapie sont des formes de pratiques qui peuvent parfois compléter l'accompagnement des victimes vers une reconstruction de soi.

Aujourd'hui l'accès à un moindre coût à l'ensemble de ces pratiques est conditionné dans un premier temps par une reconnaissance de leur efficacité auprès des victimes de violences sexuelles dans l'enfance. Cette reconnaissance passe par le développement de travaux scientifiques sur le sujet. Mais de manière générale, la thématique reste encore insuffisamment étudiée en France au regard du problème de santé publique qu'il représente.

Nos propositions

- **Développer des travaux de recherche qui évalueraient scientifiquement l'efficacité des thérapies complémentaires pouvant être utiles chez les mineurs victimes de violences sexuelles.**

Ces travaux d'évaluation pourraient être réalisés par des organismes de recherche public tels que l'INSERM ou par d'autres sociétés savantes, en complément d'un avis par la Haute Autorité de Santé (HAS) ou le Haut Conseil de la Santé publique (HCSP).

Il conviendrait, dans un premier temps, d'étudier cette efficacité avec des thérapies déjà reconnues dans le psycho traumatisme telles que les TCC par exemple et dans un second temps, d'évaluer toute forme de pratique qui semblerait prometteuse chez ce public à partir des remontées de terrain (hypnose, art-thérapie...).

Une fois les preuves d'efficacité apportées, un recensement de l'ensemble des soins complémentaires reconnus pourrait être établi afin d'encadrer leur prescription et d'éviter toute forme de dérives sectaires.

- **Mobiliser les acteurs de terrain pour impulser le remboursement des thérapies utiles dans la prise en charge**

Le remboursement de ces pratiques pourrait être appuyé par les acteurs de la prise en charge. Ces derniers pourraient communiquer sur les bénéfices liés à leur utilisation auprès d'organisme pourvoyeur de financements comme la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) ou la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

Un dispositif de prise en charge spécifique qui mobiliserait des fonds destinés au remboursement des thérapies complémentaires efficaces chez les personnes ayant vécu ce type d'évènement traumatique pourrait être ainsi mis en place.

- **Mettre en place des formations universitaires encadrées dans le cadre de l'utilisation de ces pratiques**

La question de la formation est également à souligner dans le cadre de l'exercice de ces pratiques. En effet, certaines d'entre elles sont délivrées au sein d'organismes privés sans aucun contrôle des institutions publiques quant à leur contenu. Ce travail de reconnaissance s'accompagne de la mise en place de formations adéquates et encadrées. Des formations universitaires de type Master ou DU sous la responsabilité d'universités françaises ou européennes pourraient être proposées aux professionnels de santé souhaitant se former sur le sujet.

3. Développer des dispositifs innovants de rupture et d'accompagnement pour les adolescents à la sexualité dysfonctionnelle

La prévention de la récidive est un enjeu majeur dans la lutte contre les violences sexuelles faites aux enfants. En 2009, un quart des mis en cause pour des crimes et délits de violences sexuelles avaient moins de 18 ans [24]. En 2017, parmi les 22 300 personnes mises en cause pour ce type d'acte, un auteur sur dix avait moins de 13 ans [25].

L'adolescence représente une période de transition qui entraîne des bouleversements chez les adultes en devenir. Ces bouleversements et les différents facteurs issus de l'environnement social de l'adolescent (fréquentation, suivisme, nouvelles expériences...) peuvent perturber son développement et influencer des comportements déviants. Des conduites négatives et délinquantes peuvent alors émerger, menant parfois à différentes formes de passage à l'acte telles que les violences sexuelles commises sur des mineurs.

Par ailleurs, commettre ces actes répréhensibles à l'adolescence, peut être dans certains cas, la conséquence d'un mal-être vécu dans l'enfance [26]. Selon une étude, le taux de victimisation sexuelle durant l'enfance est de 75% chez les auteurs de violences sexuelles [27].

Le repérage et la prise en charge précoce de l'adolescent deviennent alors primordiaux pour l'aider à ne pas reproduire les actes commis, plus tard, à l'âge adulte.

Pour autant, l'observation de terrain indique que les solutions pénales, éducatives ou thérapeutiques habituellement proposées semblent parfois incomplètes.

Il apparaît donc important de développer de nouveaux dispositifs d'accompagnement spécifiques.



Nos propositions

L'adolescence étant une période d'apprentissage privilégiée, il importe d'intégrer à tout dispositif destiné aux mineurs auteurs de violences sexuelles, une dimension sociale, éducative et familiale qui pourrait permettre une réelle prise de conscience des actes commis.

Depuis une trentaine d'années, le concept de séjour de rupture semble constituer un modèle d'accompagnement prometteur qui s'inscrit dans les dimensions précitées. En France ou à l'étranger, leur mise en œuvre auprès de population d'enfants ou d'adolescents en grande difficulté indique une amélioration globale de leur situation sur les plans éducatifs ou comportementaux. L'objectif étant de proposer un éloignement temporaire de l'environnement connu du jeune, le plus souvent en pleine nature, et de valoriser ses capacités individuelles.

En France, les évaluations scientifiques sur ce type de dispositifs expérimentaux indiquent une amélioration globale des troubles de la conduite et de l'estime de soi. D'autres méthodes comparables aux USA, en Allemagne et en Belgique, menées auprès d'adolescents auteurs d'actes délinquants, ont montré une amélioration sur le plan social et un faible taux de récurrence [28].

Nous proposons donc le développement de dispositifs similaires qui offriraient un espace de réflexion à des adolescents ayant commis des actes de violences sexuelles.

L'objectif étant de susciter chez eux une réelle compréhension et prise de conscience des actes commis.

Les adolescents accueillis au sein de cet espace pourraient être orientés par des institutions telles que l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) ou encore l'Education nationale. Ceci, afin de repérer et prendre en charge au plus tôt les adolescents sexuellement attirés par des enfants pour éviter le passage à l'acte.

Exemple d'action



Au sein d'un environnement situé en pleine nature, le séjour élaboré pour ces adolescents s'inscrirait dans une dimension familiale. Ceux-ci seraient amenés à vivre ensemble et à participer à des activités qui feraient partie intégrante de leur rétablissement : médiation animale, sportive, artistique, groupe de parole...etc.

Les adolescents pourraient être suivis en parallèle, par un référent médical, social ou médico-social. Des professionnels du psycho traumatisme pourraient également être mobilisés.

Afin de privilégier les échanges, le lieu d'accueil pourra être ouvert à des personnes issus d'horizons différents, avec d'autres difficultés sociales, ce qui permettrait aux adolescents de reconstruire un véritable lien social et affectif.



Source image : Haras de Karsalaun

Remerciements

Nous remercions les personnalités qui nous ont apporté leur expertise et nous ont consacré du temps et de l'attention pour l'élaboration de ce Livre Blanc.

Dr ABRAMOVICI Francis

Médecin Généraliste – Secrétaire Général du Collège de Médecine Générale (CMG)

Dr ARNAU Fernandez

Pédiatre et Pédopsychiatre – Centre Hospitalier et Universitaire (CHU) de Nice

Pr. ASKENAZY Florence

Présidente Fédération ALTER – Professeure de pédopsychiatrie, Fondation Lénval – Spécialiste du Psychotraumatisme

Dr BAUDRY Hélène

Médecin généraliste, Membre du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (Morbihan) et de l'Union Régionale des Professionnels de Santé Libéraux de Bretagne

Dr BEN KEMOUN Jean-Marc

Psychiatre, pédopsychiatre et médecin légiste

BRIGNOU Anne Charlotte

Ancienne victime et parent de victime de violences sexuelles

BIHAN Nicolas

Magistrat (ancien Juge des enfants)

CHRISTINAT Jean-David

Poète et ex-victime de viols et d'agressions sexuelles

DE BRINON Kathya

Journaliste, Présidente de l'association SOS Violences, ancienne victime d'inceste

DESAI LEBRAS Marguerite

Magistrat – Juge aux affaires familiales

DEVOS Corrine

Membre de France Assos Santé Ile-de-France

GUEDJ BENAYOUN Myriam

Avocat

GUEDMI Jeannette

Membre de France Assos Santé Ile-de-France

GUILLAMS Isabelle

Orthophoniste

HERY Marc

Représentant des Usagers – Membre du bureau de France Assos Santé Ile-de-France

JEAN Patric

Auteur réalisateur

KWIECIEN Guylaine

Représentante des Usagers

LATOURNERIE Simon

Directeur adjoint – Intervenant régional Ile-de-France Association Colosses aux Pieds d'Argile

MAURIN Corinne

Psychomotricienne et membre de l'Association Psychomotricité et Psychotrauma (APP)

NEVEU Pascal

Psychanalyste

PONTVIANNE Elisabeth

Avocate honoraire, Association SOS Violence et Innocence en danger

PUGNOTTI Claude

Ancien Avocat Pénaliste

RHEVA LEVY Anne

Professeure de pédopsychiatrie, Université de Paris, Centre hospitalier Argenteuil

REBUFFAT Caroline

Psychomotricienne membre de l'Association Psychomotricité et Psychotrauma (APP)

ROUSSEAU Agnès

Secrétaire générale de la Ligue Contre le Cancer

ROSENSVEIG Jean-Pierre

Magistrat, ancien Président du Tribunal pour enfants de Bobigny

SULTANA Sophie

Psychologue

TOMASSO Stéphane

Educateur Spécialisé, Patient Expert

ANNEXES

Annexe 1 - Définitions

Le terme « violences sexuelles » employé dans ce livre blanc désigne tous types de violences à caractère sexuel dont peuvent être victimes les mineurs et pouvant porter atteinte à leur intégrité physique et psychologique. Elles comprennent notamment, mais pas seulement :

- Les viols
- Les agressions sexuelles
- Les violences dans le cadre de l'inceste
- L'exploitation sexuelle et la prostitution
- Le harcèlement sexuel
- Le cyber harcèlement sexuel
- La publication non consensuelle d'images intimes
- L'exposition à du contenu pornographique
- L'exhibitionnisme
- ...

Annexe 2 - Marque-page à intégrer dans le carnet de santé (1-recto)

**Protégez votre enfant !
Apprenez-lui à faire respecter son corps,
sans exception!**



Apprenez-lui à se laver seul le plus tôt possible.

Il est important d'en parler.

Source image : Hélène Baudry

Annexe 2 - Marque page à intégrer dans le carnet de santé (2-verso)



Chers Parents,

Le moment de la toilette est sans doute le plus propice pour aborder ce sujet vraiment difficile.

C'est l'occasion de parler des parties sexuelles et du respect du corps, à un âge où les enfants commencent à avoir un vocabulaire qui leur permet d'échanger, et une capacité d'autonomie qui s'accroît.

Dès qu'il en sera capable, c'est-à-dire à un âge autour de 3 ou 4 ans vous pourrez apprendre à votre enfant à dire « NON » contre des gestes déplacés ou interdits que peuvent avoir les plus grands (parents, frères et sœurs, encadrants scolaires, entourage...) envers lui.

Concernant l'hygiène intime, il faut savoir que très peu de choses nécessitent une intervention d'un tiers. Sauf raisons particulières, les professionnels de santé n'ont pas de raison de toucher le sexe des enfants.

Si votre enfant vous fait des révélations, discutez avec lui en restant à l'écoute, mettez-le en confiance et ne remettez pas en doute sa parole.

En cas de problème, vous pourrez aussi lui dire de se tourner vers une personne de confiance à qui il pourra en parler et de ne pas se décourager si sa parole n'est pas entendue une première fois.

Vous pouvez également lui parler des lignes d'écoute comme le 119 ou celles fournies par des associations d'aide aux victimes*.



Bonjour petit chat,

Ton corps n'est rien qu'à toi. Tu vas apprendre à te laver et à t'habiller toi-même, des pieds à la tête ou de la tête au pieds !

Visage, bouche, poitrine, ventre, sexe, fesses, constituent des parties de ton corps qui est à toi. Les parties intimes comme ton sexe, tes fesses, ta poitrine, ta bouche sont des parties privées qui ne peuvent être touchées que par toi et à protéger des autres.

Tu peux donner la main à une grande personne ou un autre enfant pour te promener. Tu peux te blottir contre ta maman ou ton papa, ou quelqu'un que tu aimes très fort, tu peux les embrasser, les serrer dans tes bras, si tu le veux.

Mais ils n'ont pas le droit de mettre ni leur main, ni leur bouche, ni d'autres parties de leur corps sur tes parties privées.

Ils n'ont pas le droit de te dire que c'est un secret entre vous.

Ils n'ont pas le droit de te menacer.

Tu auras tout le temps, quand tu seras grand, de découvrir cela avec une personne que tu aimeras, comme un amoureux, une amoureuse.

Si quelqu'un veut te faire cela, même si tu l'aimes, même s'il te dit qu'il t'aime, tu lui dis NON !

Et tu vas en parler ou l'exprimer à quelqu'un qui t'aime et qui te respecte vraiment : papa, maman, maîtresses, tante, oncle...et tout autre adulte de confiance jusqu'à ce que ta parole soit entendue.

Au besoin, tu peux appeler le 119 ou d'autres lignes d'écoute fournies par des associations d'aide aux victimes*.

* La liste des associations d'aide aux victimes reconnues pourrait être fournie dans le carnet de santé

Annexe 3 - Extrait des références bibliographiques - Conséquences des violences sexuelles chez les mineurs

- Afifi et al. Child abuse and physical health in adulthood. Health Reports. 2016 o Benarous et al., Abus, maltraitance et négligence : épidémiologie et retentissements psychiques, somatiques et sociaux. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. 2014
- Brown et al., Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. 1999
- Fergusson et al. , Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand, 2013
- Clark et al., Physical and sexual abuse, depression and alcohol use disorders in adolescents: onsets and outcomes. Drug and alcohol Dependence. 2003
- Felitti et al. Long-term medical consequences of incest, rape, and molestation. South. Med. J.1991 o Gauthier-Duchesne et al, Culpabilité chez les enfants victimes d'agression sexuelle: Le rôle médiateur des stratégies d'évitement sur l'anxiété et l'estime de soi, 2017
- Gibson et al. Childhood sexual abuse and adult loneliness and network orientation. Child Abuse & Neglect.1996 o Harris et al, Early life abuse and risk of endometriosis. Human Reproduction. 2018
- Meyerson et al. The influence of childhood sexual abuse, physical abuse, family environment, and gender on the psychological adjustment of adolescents. Child Abuse & Neglect. 2002
- Rodriguez-srednicki et al. , Childhood Sexual Abuse, Dissociation, and Adult Self-Destructive Behavior. 2002
- Sullivan et al. The Significance of a History of Childhood Sexual Abuse in Bulimia Nervosa. ProQuest. 1995
- Talley et al. Self-reported abuse and gastrointestinal disease in outpatients: association with irritable bowel-type symptoms. The American Journal of Gastroenterology. 1995
- Vézina-Gagnon et al. Genitourinary Health of Sexually Abused Girls and Boys: A Matched-Cohort Study. The Journal of Pediatrics. 2018
- Walker et al. Adult health status of women with histories of childhood abuse and neglect. The American Journal of Medicine. 1999
- Zlotnick et al. The relationship between dissociative symptoms, alexithymia, impulsivity, sexual abuse, and selfmutilation. Comprehensive Psychiatry. 1996
- ...

Annexe 4 - Bibliographie du Livre blanc

- [1] Commission Indépendante sur les abus sexuel dans l'église (CIASE) , Rapport de la Commission indépendante sur les abus sexuels dans l'Église, Octobre 2021
- [2] Santé publique France, 2019
- [3] Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) , 2020
- [4] Institut National d'Etude Démographique (INED) , Enquête Virage, 2015
- [5] Sénat - Rapport d'information, 2019
- [6] Mairie de Paris, Juin 2015
- [7] Fondation e-e-enfance, 2020
- [8] Ministère de l'intérieur, Chiffres départementaux mensuels relatifs aux crimes et délits enregistrés par les services de police et de gendarmerie depuis janvier 1996
- [9] ORS Ile-de-France, 2019
- [10] Santé publique France, 2019
- [11] Association Mémoire Traumatique et Victimologie, 2015
- [12] Haute Autorité de Santé (HAS) , Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur, 2011
- [13] Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED) , enquête nationale informations préoccupantes, 2011
- [14] El Hanaoui-Atif H. Le signalement des maltraitances à enfants par les médecins généralistes. Grenoble; 2012
- [15] Syndicat National des Lycées et des Collèges, 2019
- [16] Association Mémoire traumatique et victimologie, Muriel Salmona 2015
- [17] Antonowicz, 2002
- [18] Sénat - Rapport d'information, 2021
- [19] Libération, Tribune « Que la parole de l'enfant se libère » , 2021
- [20] Fondation de France, « Lutter contre les violences sexuelles faites aux enfants par la prévention primaire, 2021
- [21] Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCE), Rapport relatif à l'éducation à la sexualité, 2016
- [22] Intestats, « Rapport violences sexuelles » 2017
- [23] National center for complementary and alternative medicine
- [24] INHES O. Les mineurs et les majeurs mis en cause en 2009 par les services de police et les unités de gendarmerie. 2010
- [25] Interstats.Insécurité et délinquance en 2017 : premier bilan statistique
- [26] Ducro & Pham, 2017
- [27] Nicolas GILLES, Revue de la littérature et étude descriptive clinique autour d'une population d'auteurs suivis en soins, 2020
- [28] JEUDEVI et Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED), Séjours de rupture, adolescents en crise, et cheminement des parents. Mai 2014

Rédaction et conception graphique :
Fouraha Said Soilihi - France Assos Santé Ile-de-France
Jean-Luc Plavis

FRANCE ASSOS SANTÉ ILE-DE-FRANCE
28 boulevard Pereire 75017 PARIS
TEL. 01 43 29 92 38
ile-de-france@france-assos-sante.org