

VIOLENCES SEXUELLES FAITES AUX ENFANTS : LE COÛT DU DÉNI

« Ce que je voudrais dire, c'est que je témoigne pour tous ceux qui en sont morts, qui se sont jetés d'un pont sous un train. Je voudrais témoigner pour tous ceux qui ont choisi de mourir plutôt que de vivre dans le néant. Tous ceux qui en sont devenus fous, malades, réellement fous. Tous ceux qui n'ont pas pu sortir le chaos de leurs entrailles, tous ceux qui ont fini par mourir de leur belle mort, mais en même temps découpés en deux et dévastés. Tous ceux qui ont passé leur vie murés dans le silence. Et, avec tous ceux-là, donc, je témoigne pour tous ceux qui n'ont pas cette voix. Je veux juste dire ce que nous avons vécu, c'est l'horreur, c'est la solitude extrême. C'est un froid, c'est une incompréhension. C'est le fin fond de l'humanité à l'endroit où tout est dévasté. Ça n'a pas de mots, c'est un enfer. Et nous sommes une multitude. Nous sommes terrés dans le silence et la peur, mais nous sommes là et nous sommes aussi un des visages de l'humanité. Et ce que je voudrais dire, c'est que tous ceux-là ils aspirent à la lumière. Et qu'au-delà de mes mots, ma parole, elle est aussi pour eux. »

Remerciements

Le présent rapport a été réalisé par la CIIVISE avec le concours d'experts extérieurs. Que ces personnes en soient remerciées.

- Dr Karen Sadlier, docteure en psychologie clinique, ancienne directrice du centre de psychotraumatisme de l'institut de victimologie de Paris, ancienne secrétaire générale de la Société européenne du stress et trauma, membre de la CIIVISE
- Dr Muriel Salmona, psychiatre, présidente-fondatrice de l'association Mémoire traumatique et victimologie, membre de la CIIVISE
- Mme Linda Tromeleue, Psychologue Clinicienne, Thérapeute Familiale - Praticienne EMDR Europe, membre de la CIIVISE
- Dr Mélanie Voyer, médecin légiste et psychiatre au CHU de Poitiers, responsable du Centre régional du psychotraumatisme (CRP) Nord Nouvelle Aquitaine

Sommaire

Introduction générale.....	1
Partie 1. Les agresseurs coûtent au moins 9,7 milliards d'euros à la société chaque année.....	5
I. Les dépenses publiques engagées pour traiter les conséquences immédiates et ponctuelles des violences sexuelles faites aux enfants.....	11
Urgences et hospitalisations.....	11
Aide et accompagnement des victimes.....	12
Police et gendarmerie.....	13
Justice pénale.....	14
Prévention.....	16
II. Les dépenses engagées par l'Etat et le manque à gagner des répercussions des violences sexuelles dans l'enfance tout au long de la vie.....	17
Impact sur la santé physique.....	17
Impact sur la santé mentale.....	18
Suicides liés aux violences sexuelles dans l'enfance.....	19
Perte de productivité.....	20
Amplification des conduites à risque.....	21
Partie 2. Les victimes ont droit à bénéficier de soins spécialisés du psychotraumatisme.....	23
I. Le psychotraumatisme.....	26
Définition du psychotraumatisme.....	26
Les critères diagnostiques.....	27
Les symptômes du psychotraumatisme.....	28
Les troubles associés au psychotraumatisme.....	31
II. Le parcours de soins modélisé par la CIIVISE.....	32
Une offre de soins actuellement inadaptée.....	32
Des soins spécialisés indispensables et urgents.....	33
Une prise en charge holistique.....	33
Modélisation d'un parcours de soin.....	35
Des soins accessibles.....	39
Partie 3. La CIIVISE répond à une nécessité et doit être maintenue.....	41
I. Le recueil de témoignages des victimes de violences sexuelles dans leur enfance.....	44
II. L'évaluation et le renforcement des politiques publiques de lutte contre les violences sexuelles faites aux enfants.....	45
III. La formation des professionnels.....	45
IV. Le soutien et l'accompagnement des professionnels.....	47
Références bibliographiques.....	49

Introduction générale

La CIIVISE, avec d'autres, a déjà mis en évidence l'ampleur des violences sexuelles faites aux enfants par leur nombre et par leur gravité. 160 000 enfants sont victimes de violences sexuelles chaque année. 5,5 millions de femmes et d'hommes adultes ont été victimes de violences sexuelles dans leur enfance, le plus souvent au sein de leur famille. Les conséquences sur leur santé et toutes les sphères de leur existence sont d'une extrême gravité et durent toute leur vie.

D'un certain point de vue, c'est leur vie. C'est leur problème.

D'un autre, nos vies sont interdépendantes. C'est ce que les humains appellent la solidarité. C'est donc aussi notre problème.

Pourtant, cela ne suffit pas à mobiliser pleinement et durablement les institutions et le corps social.

L'impunité dont bénéficient les agresseurs sexuels s'appuie notamment sur le déni massif dont les violences sexuelles faites aux enfants font l'objet dans notre société depuis toujours. L'une des causes de ce déni est que nous pensons que les viols et les agressions sexuelles sont avant tout une affaire privée plutôt qu'un problème politique.

C'est un problème politique parce qu'il met en question l'ordre public, c'est-à-dire la tranquillité publique, la sécurité publique et la santé publique.

Pourtant, cela ne suffit pas à mobiliser pleinement et durablement les institutions et le corps social.

9,7 milliards d'euros, c'est ce que les agresseurs nous coûtent chaque année.

La CIIVISE, se référant aux travaux menés dans la lutte contre les violences faites aux femmes, a souhaité déterminer le coût économique annuel des violences sexuelles faites aux enfants.

9,7 milliards d'euros, c'est ce que coûtent, chaque année, les violences sexuelles faites aux enfants.

9,7 milliards d'euros, c'est ce que les agresseurs nous coûtent chaque année.

9,7 milliards d'euros, c'est le prix collectif que nous consentons à payer.

Formulé ainsi, cela contribuera peut-être plus efficacement à mobiliser les institutions et le corps social.

Ce chiffre n'est pas avancé pour produire un effet de sidération. Il doit être un levier pour renforcer les politiques publiques de protection des enfants et de lutte contre l'impunité des agresseurs.

Il est possible de réduire ce coût annuel, d'abord par la prévention des passages à l'acte : c'est l'un des quatre axes fondamentaux de l'action de la CIIVISE depuis sa création. Sur ce plan, un engagement de grande ampleur est indispensable. Or, ce poste de coût est si minime qu'il n'a pu être pris en compte dans l'estimation du coût annuel des violences sexuelles faites aux enfants.

Le coût des conséquences à long terme des violences sexuelles sur la santé des victimes est de 6,7 milliards d'euros par an, soit 69,2% du coût total. L'absence de prise en charge adaptée du psychotraumatisme est la cause principale de ces conséquences à long terme [1]. Le présent perpétuel de la souffrance, dont la CIIVISE parle incessamment, doit être pris en compte d'abord par respect pour les victimes elles-mêmes, mais aussi pour son impact social et économique.

Réduire ces conséquences à long terme est donc une priorité de politique publique.

Pour cela, il faut repérer au plus vite les enfants victimes – c'est la première préconisation que la CIIVISE a formulée dans ses conclusions intermédiaires – les mettre en sécurité, et leur donner des soins adaptés.

Cet engagement sera aussi une reconnaissance pour les adultes qui ont été victimes de violences sexuelles dans leur enfance et qui ont confié leur témoignage à la CIIVISE. Leur parole aura été entendue lorsque les enfants seront réellement protégés.

En effet, la reconnaissance qui est due à ces femmes et à ces hommes et qui a conduit à la création de la CIIVISE comporte un double engagement : recueillir leurs témoignages et, ainsi, reconnaître leur dignité mais aussi, indissociablement, agir contre le déni par des politiques publiques et des pratiques professionnelles plus protectrices.

Ce double engagement est l'identité de la CIIVISE. Elle remplit sa mission en étant l'espace de solidarité des victimes et en leur étant fidèle par la formulation de préconisations réalistes, réalisables et engagées.

C'est pourquoi deux préconisations sont formulées dans cet avis :

- **Organiser un parcours de soins spécialisés du psychotraumatisme pour les enfants victimes de violences sexuelles et les adultes qu'ils deviennent.**

- **Maintenir la CIIVISE pour continuer de lutter contre l'invisibilisation des enfants victimes, lutter contre l'impunité des agresseurs, et promouvoir une culture de la protection.**

*« Ce que je voudrais dire, c'est que je témoigne pour tous ceux qui en sont morts, qui se sont jetés d'un pont sous un train. Je voudrais témoigner pour tous ceux qui ont choisi de mourir plutôt que de vivre dans le néant. Tous ceux qui en sont devenus fous, malades, réellement fous. Tous ceux qui n'ont pas pu sortir le chaos de leurs entrailles, tous ceux qui ont fini par mourir de leur belle mort, mais en même temps découpés en deux et dévastés. Tous ceux qui ont passé leur vie murés dans le silence. Et, avec tous ceux-là, donc, je témoigne pour tous ceux qui n'ont pas cette voix. Je veux juste dire ce que nous avons vécu, c'est l'horreur, c'est la solitude extrême. C'est un froid, c'est une incompréhension. C'est le fin fond de l'humanité à l'endroit où tout est dévasté.»
Monsieur D.*

La définition d'un parcours de soins spécialisés est d'abord un impératif collectif à l'égard de chaque victime.

L'intensité des souffrances endurées par les enfants violés ou agressés sexuellement, qui impactent leur développement et donc aussi leur vie d'adulte, impose l'organisation de soins adaptés à la spécificité du psychotraumatisme résultant des violences sexuelles.

Dans ses conclusions intermédiaires [2] du 31 mars 2022, la CIIVISE avait préconisé que ces soins spécialisés soient garantis pour les enfants victimes comme pour les adultes ayant été victimes de violences sexuelles dans leur enfance.

L'existence de soins spécialisés est largement décrite dans la littérature scientifique et fait l'objet d'un consensus international. Pourtant, les victimes de violences sexuelles n'en bénéficient pas ou de façon trop aléatoire, selon la formation du thérapeute vers lequel elles sont orientées, ou l'état des dispositifs institutionnels susceptibles de les dispenser. La définition d'un parcours de soins spécialisés est d'abord un impératif collectif à l'égard de chaque victime. C'est aussi un objectif de santé publique compte tenu des coûts à long terme mis en évidence par la CIIVISE dans le présent avis, soit 6,7 milliards d'euros par an.

L'engagement dans une telle politique publique implique une programmation réaliste et ambitieuse pour former, spécialiser et certifier un plus grand nombre de professionnels de santé et thérapeutes au premier rang desquels les psychologues, psychiatres et pédopsychiatres. La spécialisation des soins du psychotraumatisme résultant des violences sexuelles s'applique aux techniques thérapeutiques spécifiques reconnues par la communauté scientifique et implique plus largement une posture thérapeutique protectrice centrée indissociablement sur la violence subie par la victime et le besoin de sécurité de celle-ci.

La CIIVISE est consciente au moment où elle présente ce parcours de soins spécialisés que cette attente à l'égard des thérapeutes a des implications plus larges.

La première est la reconnaissance qui est due aux victimes elles-mêmes, par la garantie d'une prise en charge intégrale des coûts de ces soins spécialisés.

La seconde est la conscience que les soins dispensés aux enfants victimes de violences sexuelles et aux adultes qu'ils sont devenus n'est possible que dans le cadre d'un accompagnement et d'une réparation dits holistiques. En effet, les besoins des victimes ne sont pas seulement des besoins de soins. Ils le sont à l'évidence. Mais ils sont aussi sociaux, éducatifs et judiciaires. La pertinence des soins spécialisés implique d'abord la mise en sécurité de la victime, dès la révélation des violences et de façon durable. C'est la raison pour laquelle la CIIVISE a déjà fait plusieurs préconisations pour renforcer le traitement judiciaire des violences sexuelles faites aux enfants et en présentera à nouveau dans son rapport final.

Instance publique et indépendante, la CIIVISE est le lieu où s'incarne cet espoir, « je témoigne pour moi et pour que les enfants ne vivent pas ce que j'ai vécu ».

Cruciale, urgente, cette mesure n'est cependant pas suffisante. Les victimes le disent : elles ont aussi « besoin vraiment de témoigner, de parler, de dire ce qu'il en est » et d'entendre leurs récits résonner au-delà des tribunaux et des cabinets médicaux.

Pour elles-mêmes, d'abord. Pour pouvoir enfin raconter librement ce qu'elles ont subi. Pour pouvoir enfin être entendues par une société qui a trop longtemps ignoré leurs appels au secours, étouffé leurs cris, récusé leurs récits.

Mais aussi pour les autres.

« Ça n'a pas de mots, c'est un enfer. Nous sommes une multitude. Et nous sommes terrés dans le silence et la peur, mais nous sommes là et nous sommes aussi un des visages de l'humanité. Et ce que je voudrais dire, c'est que tous ceux-là ils aspirent à la lumière. Et qu'au-delà de mes mots, ma parole, elle est aussi pour eux. » Monsieur D.

Parce que les agresseurs brisent la confiance en l'autre et imposent le silence, les violences sexuelles subies dans l'enfance isolent. Mais de #metoinceste aux rencontres de la CIIVISE, la brèche dans le déni a permis à celles et ceux qui se sont longtemps crus seuls de se découvrir légion. Et ainsi de se reconnaître, de se rencontrer, de se réunir et, ensemble, de faire front.

*« En réalité, je ne suis pas ici vraiment pour moi. Non, mon but, c'est vraiment de dire que ce n'est pas parce qu'on a l'impression que tout va bien, que tout va bien. »
Monsieur C.*

En recueillant les récits des victimes, la CIIVISE atteste de leur reconnaissance par la société française. En ce sens, le rassemblement des témoignages personnels produit un effet qui a une dimension collective, politique même.

Cela ne peut pas être refermé. La CIIVISE ne peut pas « éteindre la lumière ».

« Quand on est reconnu comme victime, on est réintégré au corps social. Si on n'arrive pas à condamner les coupables, au moins qu'on nous reconnaisse comme victimes ». Madame V.

Les récits recueillis ne peuvent rester lettre morte. La mise en œuvre des préconisations de la CIIVISE attestera de l'engagement des pouvoirs publics à lutter contre les violences sexuelles faites aux enfants.

*« La parole tue quand elle est libérée et qu'elle n'est pas entendue et qu'elle n'est pas écoutée. »
Madame T.*

En effet, si parfois elle « libère », la parole coûte toujours ; qui la recueille contracte une dette à l'égard de celles et ceux qui acceptent de revivre, en le racontant, un peu de ce qu'ils ont subi – souvent pour en protéger les autres.

« Je cherchais à pouvoir faire quelque chose pour aider, que ça serve à quelque chose et surtout pour les enfants et les générations futures. Pour moi, ça aide un peu à avoir un sens. » Madame R.

Ce serait aussi nier que la société est partie prenante de ces récits, qu'elle y a sa part de responsabilité. Ces femmes et ces hommes ne sont pas les victimes malchanceuses d'individus déviants. Ils sont les proies d'agresseurs qui savent, en passant à l'acte, que leur crime a peu de chance d'être révélé et encore moins d'être puni.

Instance publique et indépendante, la CIIVISE est le lieu où s'incarne cet espoir, « je témoigne pour moi et pour que les enfants ne vivent pas ce que j'ai vécu ». 25 000 témoignages ont été confiés à la commission. C'est le signe qu'elle est un espace de confiance. Cette confiance résulte de l'accueil inconditionnel de la parole des victimes et de l'engagement de la commission dans la culture de la protection par les préconisations qu'elle a formulées.

Ce qui a été commencé ne doit pas être interrompu.

PARTIE 1

**Les agresseurs coûtent au moins
9,7 milliards d'euros à la société
chaque année**

En estimant le coût économique annuel des violences sexuelles subies dans l'enfance, la CIIVISE entend contribuer à la prise de conscience de l'ampleur et de la gravité des violences sexuelles faites aux enfants.

Chaque chiffre, chaque poste de coût doit d'abord être lu comme révélateur des souffrances endurées par les enfants victimes.

Pour parvenir à déterminer le coût annuel des violences sexuelles faites aux enfants, la CIIVISE a confié cette étude au cabinet PSYTEL qui avait réalisé l'évaluation du coût annuel des violences conjugales et remercie Marc Nectoux, Lucile Peytavin et Romain Charlassier [3].

Cette étude rigoureuse éclaire aussi l'étendue des conséquences des violences sexuelles pour les enfants victimes et les adultes qu'ils deviennent. En effet, l'évaluation des coûts met en lumière que les violences sexuelles subies dans l'enfance ont des conséquences graves non seulement immédiatement après le viol ou l'agression sexuelle mais aussi à long terme. Ces conséquences principalement liées au psychotraumatisme affectent non seulement la santé des victimes mais aussi leur vie intime, familiale, sociale et professionnelle.

Les conséquences à long terme des violences sexuelles subies dans l'enfance et du psychotraumatisme qui en résulte ont un coût financier. Seules les dépenses publiques et la richesse non créée sont évaluées et représentent plus des deux-tiers du coût total annuel, soit 6,7 milliards d'euros chaque année.

Cet argent doit être investi dans la prévention des violences, la lutte contre l'impunité des agresseurs et les soins spécialisés pour les victimes.

Méthodologie

Un important travail de collecte de données a été réalisé à partir de données officielles des services de l'Etat (Service statistique ministériel de la sécurité intérieure, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, etc.), à partir d'enquêtes en population générale ou de victimation (ENVEFF, Evènements de Vie et Santé EVS, Contexte de la Sexualité en France CSF, Mémoire traumatique et victimologie, appel à témoignages de la CIIVISE, etc.), et, enfin, à partir des études de recherches statistiques menées par des laboratoires de recherche ou des organismes experts français ou internationaux.

Un premier tri a été effectué permettant **d'isoler les conséquences pour lesquelles les coûts peuvent faire l'objet d'une valorisation monétaire**, à partir d'une liste exhaustive des conséquences des violences sexuelles pour les victimes (santé physique et psychique, études et vie professionnelle, vie familiale et affective, bien-être, conséquences transgénérationnelles et conséquences pour l'entourage), les structures de la société civile (associations et entreprises) et l'Etat (santé, justice, sécurité).

Les **coûts relatifs aux conséquences immédiates et ponctuelles** des violences sexuelles dans l'enfance (prise en charge immédiate des victimes, aide et accompagnement qui peuvent leur être apportés à la suite des faits, intervention des forces de sécurité intérieure et de la justice) ont été distingués des **coûts relatifs aux conséquences à long terme** (répercussions tout au long de la vie des victimes, en termes de santé physique et mentale, de perte de productivité, de bien-être, etc).

Par prudence et rigueur méthodologique, les estimations basses ont été systématiquement retenues.

Le coût global des violences sexuelles est ainsi largement sous-estimé. Le coût retenu pour la perte de productivité des victimes, tout particulièrement, est très inférieur au coût réel. Seuls les coûts relatifs aux sur-dépenses du système de protection sociale ont été pris en compte. Par manque de données disponibles ou par impossibilité de les monétariser, n'ont pu être estimés les coûts indirects relatifs aux pertes de richesse engendrées entre autres par l'impossibilité de travailler décrite par les victimes, les nombreux arrêts maladie, ainsi que les impôts non-prélevés. C'est également le cas de l'impact sur la vie familiale (liens familiaux détériorés, renoncement à la maternité, etc.), de l'impact sur la vie affective et sexuelle (absence de sexualité, hypersexualité, baisse de libido, troubles de l'érection, etc.), de l'atteinte au bien-être (confiance en soi dégradée, sensation d'être en danger), des conséquences transgénérationnelles ou encore des conséquences pour l'entourage. Néanmoins, ces limites font l'objet de préconisations pour la recherche.

Principaux résultats

Les agresseurs coûtent au moins 9,7 milliards d'euros par an à la société.

Une très large part de ce coût correspond aux **dépenses publiques** (Etat, collectivités territoriales, Sécurité sociale) pour prendre en charge les victimes de violences sexuelles dans l'enfance (7,0 milliards d'euros de coûts directs, soit 72,3% du coût total) ; le reste correspond à la **perte de richesse engendrée** par l'impact des violences sexuelles sur la vie des victimes (2,7 milliards d'euros de coûts indirects, soit 27,3% du coût total).

Les répercussions des violences sexuelles dans l'enfance tout au long de la vie (6,7 milliards d'euros, soit 69,2% du coût total), au premier rang desquelles celles liées à la santé physique et mentale des victimes, **représentent pour la société des coûts plus de deux fois plus importants que toutes les dépenses engagées en réponse immédiate et ponctuelle** – police / gendarmerie, urgences / hospitalisations, justice / administration pénitentiaire (3,0 milliards d'euros, soit 30,2% du coût total).

Parmi les **conséquences immédiates et ponctuelles**, les contributions les plus significatives sont celles relatives à :

- **L'accompagnement des victimes** représentant 17,3% du coût total ;
- **Les services de police et de gendarmerie** représentant 8,5% du coût total ;
- **Les dépenses de justice** représentant 4,6% du coût total ;
- **La prise en charge médicale immédiate** représentant 0,4% du coût total.

Parmi les **conséquences à long terme**, les contributions dominantes sont celles relatives à :

- **La dégradation de la santé physique et mentale tout au long de la vie** représentant 32,7% du coût total ;
- **L'amplification des conduites à risque et au coût des vies perdues** correspondant à 27,0% du coût total ;
- **La perte de productivité** correspondant à 8,7% du coût total.

Coût annuel	Typologie des coûts	Coût annuel	Part du coût global
Conséquences immédiates et ponctuelles	Coût des urgences et des hospitalisations	34 millions d'euros/an	0,4%
	Accueil et accompagnement des victimes	1676 millions d'euros/an	17,3%
	Police et gendarmerie	821 millions d'euros/an	8,5%
	Justice pénale	447 millions d'euros/an	4,6%
	Prévention des VSE	Non comptabilisé < 10 millions d'euros/an	-
	Sous-total conséquences immédiates et ponctuelles	2 978 millions d'euros/an	30,8%
Conséquences à long terme	Suicide	73 millions d'euros/an	0,8%
	Perte de productivité	844 millions d'euros/an	8,7%
	Sur-consultations médecine générale et spécialisée	1061 millions d'euros/an	11,0%
	Traitement des troubles mentaux	2101 millions d'euros/an	21,7%
	Amplification des conduites à risque	2609 millions d'euros/an	27,0%
	Sous-total conséquences à long terme	6 688 millions d'euros/an	69,2%
Coût global		9 665 millions d'euros soit 9,7 milliards d'euros par an	

QUELQUES DONNÉES

Les violences sexuelles faites aux enfants en France

Chaque année, 160 000 enfants sont victimes de violences sexuelles, parmi lesquels 85% de filles et 15% de garçons. 5,5 millions de femmes et d'hommes adultes ont été victimes de violences sexuelles dans leur enfance.

Les violences sexuelles surviennent majoritairement au sein de la famille ou de l'entourage proche : 60% des femmes et 37,5% des hommes rapportant des violences sexuelles avant leur majorité mettent en cause des membres de la sphère familiale ou de l'entourage proche.

Quelle que soit la sphère de vie où s'exercent les violences et quel que soit le sexe de la victime, dans 95,2% des cas, les auteurs de violences sexuelles sont des hommes.

En 2021, 43 531 faits de violences sexuelles sur mineur ont été constatés par la police et la gendarmerie nationale.

Moins de 7% des plaintes pour violences sexuelles sur mineur aboutissent à une condamnation de l'auteur.

Références

Bajos, Nathalie, Julie Ancian, Josselin Tricou, et al. *Sociologie des violences sexuelles au sein de l'Église catholique en France (1950-2020)*. Inserm-CIASE, 2021.

Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. *La lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes*. N°18, Novembre 2022

I. Les dépenses publiques engagées pour traiter les conséquences immédiates et ponctuelles des violences sexuelles faites aux enfants

Urgences et hospitalisations

Coût total

Dépenses de l'Etat liées aux passages aux urgences pour VSE	18,40 millions d'euros/an
Dépenses de l'Etat liées aux hospitalisations pour VSE	15,76 millions d'euros/an
Dépenses globales de l'Etat liées aux urgences et hospitalisations pour VSE	Soit 34,2 millions d'euros/an
Part du coût global des VSE	0,4%

34,2 millions d'euros par an

Répartition des coûts

Sont compris les coûts associés aux passages aux urgences et aux hospitalisations d'enfants à la suite de violences sexuelles.

Méthode de calcul

- **Pour les passages aux urgences :**

Il est possible d'évaluer la fraction d'enfants victimes de violences sexuelles par rapport au nombre d'enfants accueillis au total par le service des urgences établi à partir des données disponibles pour un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) jugé représentatif. En multipliant cette fraction par le coût moyen d'un passage aux urgences pour violences sexuelles faites aux enfants, établi à partir de données publiées par les pouvoirs publics, on obtient l'estimation du coût annuel.

- **Pour les hospitalisations :**

Le coût des hospitalisations liées aux violences sexuelles faites aux enfants est calculé à partir de la même méthodologie que celle utilisée pour le coût des urgences.

Références

Hiquet, J., E. Christin, F. Tovagliari, et al. « Évaluation des coûts directs de la prise en charge en urgence d'une victime de violences sexuelles », Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 1 mars 2018, vol.66 no 2. p. 99-105.

Aide et accompagnement des victimes

Coût total

Dépenses de l'ASE en lien avec VSE	1 668 millions d'euros/an
Dépenses protection de l'enfance en lien avec VSE	7,65 millions d'euros/an
Dépenses globales aide et accompagnement des victimes	Soit 1 676 millions d'euros/an
Part du coût global des VSE	17,3%

1 676 millions d'euros par an

Répartition des coûts

Sont compris les coûts associés à la prise en charge des enfants victimes de violences sexuelles par les services d'Aide sociale à l'enfance (ASE) des conseils départementaux ainsi que la part du budget de l'Etat (programme budgétaire 304) allouée au repérage et à l'accompagnement des enfants victimes de violences sexuelles.

Méthode de calcul

- **Aide sociale à l'enfance :**

A partir de l'estimation de la fraction d'enfants bénéficiaires de l'ASE en conséquence de violences sexuelles, l'estimation du coût annuel correspond au budget de l'ASE multiplié par cette fraction.

- **Protection de l'enfance :**

Le programme budgétaire 304 finance, entre autres :

- Le GIP enfance en danger, gestionnaire notamment du service national d'accueil téléphonique de l'enfance en danger (SNATED) ;
- Le soutien des associations œuvrant dans le domaine de la protection de l'enfance ;
- Le plan de lutte contre les violences faites aux enfants 2021-2022 qui prévoit notamment le déploiement des unités d'accueil pédiatriques enfant en danger (UAPED) et l'accompagnement des travaux de la CIIVISE.

Seul 50% du montant total engagé dans le programme 304 a été retenu forfaitairement, pour tenir compte du fait que la lutte contre les violences faites aux enfants ne concerne pas exclusivement les violences sexuelles. L'intégralité du budget alloué à la CIIVISE a toutefois été comptabilisé.

Références

Observatoire national de la protection de l'enfance.
Chiffrer les maltraitances infantiles intrafamiliales. Quels enjeux pour quelles données?
Observatoire national de la protection de l'enfance, 2022.

Police et gendarmerie

Coût total

Dépenses de l'Etat pour la police	295,65 millions d'euros/an
Dépenses de l'Etat pour la gendarmerie	524,98 millions d'euros/an
Dépenses globales de l'Etat pour la sécurité	Soit 820,6 millions d'euros/an
Part du coût global des VSE	8,5%

820,6 millions d'euros par an

Répartition des coûts

Sont compris les coûts associés au traitement des faits constatés de violences sexuelles faites aux enfants par la police et la gendarmerie nationales.

Méthode de calcul

Le coût moyen de traitement des crimes et délits par la police et la gendarmerie nationales peut être établi à partir de l'annexe au projet de loi de finances. L'estimation des ratios du coût de traitement des crimes et délits attribuables aux violences sexuelles faites aux enfants par rapport au coût moyen de traitement peut être établie à partir d'études internationales.

Enfin, il est possible d'appliquer ces ratios au nombre exact de faits de violences sexuelles faites aux enfants constatés par la police et la gendarmerie en 2021.

Références

Heeks, Matthew, Sasha Reed, Mariam Tafsiri, et al. *The economic and social costs of crime. Second edition.* Home Office, 2018.

Justice pénale

Coût total

Traitement des affaires	50 millions d'euros/an
Protection judiciaire de la jeunesse	33 millions d'euros/an
Dépenses de l'Etat pour les services pénitentiaires	363,8 millions d'euros/an
Dépenses globales de l'Etat pour la justice pénale	Soit 446,8 millions d'euros/an
Part du coût global des VSE	4,6%

446,8 millions d'euros par an

Répartition des coûts

Sont compris les coûts associés au traitement des affaires liées aux violences sexuelles faites aux enfants par la justice (phase pré-sentencielle), les coûts associés aux activités de la Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (DPJJ) ainsi que les coûts associés à la prise en charge des détenus emprisonnés pour violences sexuelles faites aux enfants. Ne sont pas compris les frais de procédure pour les victimes.

Méthode de calcul

- **Traitement des affaires :**

Le temps passé et les ressources consacrées (expertises, etc.) à une procédure type de violences sexuelles faites aux enfants sont nécessairement plus importants que dans le cadre d'une affaire dite « moyenne », à savoir un cambriolage.

A partir de facteurs utilisés pour l'estimation des coûts relatifs à la sécurité et des échanges informels menés avec des juges à l'occasion d'entretiens, des coefficients de temps de ressources consacrées aux violences sexuelles faites aux enfants par rapport aux affaires moyennes ont été établis.

Hypothèses retenues pour les coefficients de temps de ressources consacrées par rapport aux affaires moyennes	Median (hypothèse basse à haute)
Viols sur mineurs	8 (6 à 10)
Agressions sexuelles sur mineurs	4 (2 à 6)
Autres atteintes aux mœurs sur mineurs	2 (1 à 3)

Ces coefficients ont été appliqués au nombre de condamnations (viols sur mineurs, agressions sexuelles sur mineurs avec ou sans circonstance aggravante, autres atteintes aux mœurs sur mineurs, agression sexuelle par ascendant ou personne ayant autorité), relativement au nombre total de condamnations prononcées en 2021 et au budget « conduite de la politique pénale et jugement des affaires pénales ».

- **Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse :**

Si les données statistiques de la DPJJ ne permettent pas de connaître le nombre de mineurs auteurs d'infractions à caractère sexuel (MAICS), le choix a été fait de retenir une estimation conservatrice établie à l'occasion d'une enquête menée à la PJJ en 2002 qui évalue la part des MAICS par rapport à la population totale de mineurs suivis par la DPJJ à 4%.

- **L'administration pénitentiaire :**

A partir de l'estimation de la fraction de détenus emprisonnés pour violences sexuelles faites aux enfants par rapport à la population carcérale totale, l'estimation du coût annuel correspond au budget des services pénitentiaires multiplié par cette fraction.

Références

Ministère de la justice. *Les chiffres clés de la justice 2021*. Ministère de la justice, 2021.

Favre, Florent. « Les durées de traitement des affaires pénales en 2018 », *Infostat Justice*. 2019 no 172.

Le Caisne, Léonore et Bénédicte Kail. *Les violences sexuelles commises ou subies. Les auteurs et les victimes accueillis à la protection judiciaire de la jeunesse*. Ministère de la justice, 2002.

Prévention

Coût total

Non comptabilisé, car inférieur à 10 millions d'euros.



Non
comptabilisé

Répartition des coûts

Seules ont été prises en compte les politiques publiques de prévention mises en place avant la survenue des violences, afin de limiter le risque de passage à l'acte.

Méthode de calcul

Une liste de postes de coûts non exhaustive a été établie :

- Le Service Téléphonique d'Orientation et de Prévention (STOP), permettant d'évaluer et orienter si nécessaire les personnes attirées sexuellement par des enfants, vers les dispositifs d'évaluation et de soins adaptés – porté par la FFCRIAVS ;
- Les séances d'éducation à la sexualité dispensées à l'école, au collège et au lycée portées par le ministère de l'Éducation nationale ;
- Le contrôle des antécédents judiciaires du personnel exerçant dans le champ social et médico-social (professionnels de la PMI, assistants sociaux, etc).

Il n'est toutefois pas possible de calculer les dépenses allouées à la prévention car elles ne font pas l'objet de budgets fléchés et sont comprises dans les missions de divers organismes ou politiques publiques.

II. Les dépenses engagées par l'Etat et le manque à gagner des répercussions des violences sexuelles dans l'enfance tout au long de la vie

Impact sur la santé physique

Coût total

Surconsommation médecine générale induite par VSE	416,87 millions d'euros/an
Surconsommation médecine spécialisée induite par VSE	376,18 millions d'euros/an
Surconsommation soins dentaires induite par VSE	267,73 millions d'euros/an
Dépenses liées à l'impact sur la santé physique	Soit 1 060,79 millions d'euros/an
Part du coût global des VSE	11,0%

**1 060,79
millions
d'euros
par an**

Références

Guha, Ahona, Stefan Luebbers, Nina Papalia, et al. « Long-term healthcare utilisation following child sex abuse: A follow-up study utilising five years of medical data », Child Abuse & Neglect. 1 août 2020, vol.106.

Folayan, Morenike Oluwatoyin, Maha El Tantawi, Nourhan M. Aly, et al. « Associations between a history of sexual abuse and dental anxiety, caries experience and oral hygiene status among adolescents in sub-urban South West Nigeria », BMC Oral Health. 19 avril 2021, vol.21 no 1.

Répartition des coûts

Sont compris les coûts liés au fait que les victimes de violences sexuelles dans l'enfance ont, tout au long de leur vie, un besoin plus important de soins de médecine générale, de médecine spécialisée (hors psychiatrie) et de soins dentaires.

Méthode de calcul

Des études internationales ont déterminé des « rapports de chance » quant au sur-recours annuel à différents types de soins médicaux pour les victimes de violences sexuelles dans l'enfance par rapport à la population générale.

A partir de ces rapports de chance et de la fraction de la population victime de violences sexuelles dans l'enfance et des dépenses de santé, il est possible d'estimer les dépenses de l'Etat liées aux violences sexuelles pour chaque secteur de santé : médecine générale, médecine spécialisée, soins dentaires.

Impact sur la santé mentale

Coût total

Surtraitement des troubles psychiatriques induits par VSE	2 101,25 millions d'euros/an
Part du coût global des VSE	21,7%

2 101,25
millions
d'euros
par an

Répartition des coûts

Sont compris les coûts liés au fait que les victimes de violences sexuelles dans l'enfance ont, tout au long de leur vie, un besoin plus important de soins de nature psychologique ou psychiatrique.

Méthode de calcul

Selon la même méthodologie que pour le calcul du coût de l'impact sur la santé physique, les dépenses de l'Etat en matière de santé mentale liées aux violences sexuelles dans l'enfance sont établies à partir du rapport de chance de connaître un épisode dépressif caractérisé sur les 12 derniers mois pour les victimes par rapport à la population générale.

Références

Léon, Christophe, Christine Chan Chee, Enguerrand du Roscoät, et al. « La dépression en France chez les 18-75 ans : résultats du Baromètre santé 2017 », Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2018, vol.32-33. p. 637-644.

Association Mémoire Traumatique et Victimologie / Ipsos. *Violences sexuelles dans l'enfance, enquête auprès des victimes*. AMTV / Ipsos, 2019.

Suicides liés aux violences sexuelles dans l'enfance

Coût total

Coût des « sur-suicides » liés aux VSE	73 millions d'euros/an
Part du coût global des VSE	0,8%

73 millions d'euros par an

Répartition des coûts

Sont compris les coûts liés au fait que les victimes de violences sexuelles dans l'enfance ont, tout au long de leur vie, un risque plus important de se suicider.

Méthode de calcul

Il est possible de calculer le taux de « sur-tentative de suicide » des victimes de violences sexuelles dans l'enfance en comparant le pourcentage des victimes qui déclarent avoir fait une tentative de suicide à celui de la population générale.

Appliqué au nombre de tentatives de suicides ainsi qu'au nombre de suicides effectifs par an, il est ainsi possible d'obtenir le nombre de « sur-suicides » annuel liés aux violences sexuelles faites aux enfants. Ce chiffre peut ensuite être multiplié par la valeur de la vie statistique (VVS), prenant en compte les frais médicaux et sociaux (premiers secours, convalescence), les frais généraux (d'expertise, de justice) mais aussi la perte de productivité des personnes tuées ou blessées.

Références

Baumstark, Luc, Benoît Dervaux, et Nicolas Treich. *Éléments pour une révision de la valeur de la vie humaine*. Commissariat général à la stratégie et à la prospective. Cabinet du Premier Ministre, 2013.

Association Mémoire Traumatique et Victimologie / Ipsos. *Violences sexuelles dans l'enfance, enquête auprès des victimes*. AMTV / Ipsos, 2019.

Perte de productivité

Coût total

Surcoût chômage induit par VSE	344 millions d'euros/an
Surcoût RSA induit par VSE	201 millions d'euros/an
Surcoût AAH induit par VSE	299 millions d'euros/an
Coût de la perte de productivité	Soit 844 millions d'euros/an
Part du coût global des VSE	8,7%

844
millions
d'euros
par an

Références

Salmona, Laure et Muriel Salmona. *Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte (IVSEA)*. Association Mémoire Traumatique et Victimologie, 2015.

Aubert, Patrick, Louis kuhn et Gwennaël Solard. *Invalidité et minima sociaux : quels effets du passage de la retraite de 60 à 62 ans ?*. Les dossiers de la DRESS. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Octobre 2016. N°6.

Répartition des coûts

Sont compris les coûts liés au fait que les victimes de violences sexuelles dans l'enfance ont, tout au long de leur vie, un risque plus important de bénéficier des allocations chômage, du RSA ou de l'allocation adulte handicapé (AAH). Faute de données disponibles, ne sont pas compris les coûts liés aux arrêts maladie et les coûts induits par la richesse « non créée », à savoir les coûts liés aux impôts non collectés et à la perte de bien-être pour les victimes.

Méthode de calcul

Il est possible d'estimer si, à sexe et à tranche d'âge égaux, les victimes de violences sexuelles dans l'enfance sont plus susceptibles d'être bénéficiaires de l'assurance chômage, des allocations RSA ou de l'AAH. Appliqué au budget total alloué aux allocations chômage et au RSA, ce « rapport de chance » permet d'estimer le coût global de la sur-représentation des victimes de violences sexuelles faites aux enfants parmi les bénéficiaires du chômage, du RSA et de l'AAH.

L'amplification des conduites à risque

Coût total

Coût de la surconsommation d'alcool liée aux VSE	1787 millions d'euros/an
Coût de la surconsommation de tabac liée aux VSE	376,18 millions d'euros/an
Coût de la surconsommation de drogues illicites liée aux VSE	240 millions d'euros/an
Coût des conduites à risque – perte espérance de vie	Soit 2 609 millions d'euros/an
Part du coût global des VSE	28,0%

2 609
millions
d'euros
par an

Références

Kopp, Pierre. *Le coût social des drogues en France*.

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), 2015.

Tonmyr, Lil et Margot Shields. « Childhood sexual abuse and substance abuse: A gender paradox? », *Child Abuse & Neglect*. 1 janvier 2017, vol.63. p. 284-294.

Répartition des coûts

Faute de données disponibles, seuls sont compris les coûts induits par la surconsommation de drogues par les victimes de violences sexuelles dans l'enfance tout au long de la vie : alcool, tabac et substances illicites. Ainsi, ne sont pas compris les coûts relatifs aux conduites délinquantes et violentes contre autrui, aux automutilations, aux sports extrêmes, etc.

Méthode de calcul

S'il est possible d'établir le sur-risque qu'ont les victimes de violences sexuelles de consommer des drogues par rapport à la population générale, il serait incorrect de l'appliquer au coût global de la consommation de drogue en France, qui inclut notamment les coûts induits pour la santé des victimes ou ceux relatifs à la perte de productivité, qui ont déjà été comptabilisés par l'étude par ailleurs. Seul est donc comptabilisé le « coût de vies perdues », c'est-à-dire le coût de la perte d'espérance de vie engendrée par la consommation de drogues.

PARTIE 2

**Les victimes ont droit à bénéficier
de soins spécialisés du
psychotraumatisme**

Depuis le début de l'appel à témoignage de la CIIVISE, le 21 septembre 2021, les victimes témoignent des conséquences à long terme des violences subies sur leur santé physique et psychique, ainsi que dans les sphères de leur vie sociale, affective, sexuelle, familiale ou encore professionnelle. Mais par leur ampleur et leur intensité, les conséquences des violences sur la vie des victimes dépassent les catégories énumérées.

Les victimes témoignent de souffrances présentes dans « tous les interstices de l'existence ». D'une part, elles s'inscrivent de manière concrète dans le quotidien des victimes. Ainsi, en raison du psychotraumatisme, des actes banals, des odeurs, des sons, peuvent déclencher des souvenirs des violences subies qui viennent envahir les victimes. D'autre part, les violences ont des répercussions plus intimes encore. Cette résonance au plus profond de l'être révèle la part incommensurable des conséquences des violences sexuelles dans l'enfance.

« C'est comme une fêlure, une cassure qui est tout le temps là. » Madame V.

« On m'avait un peu barbouillé l'âme. » Monsieur L.

« J'ai l'impression que c'est comme si c'était gravé dans mon ADN – je ne sais pas comment dire –, comme si les cellules de mon corps aujourd'hui n'étaient pas les cellules du départ. » Madame X.

Par nature, les violences sexuelles subies dans l'enfance sont infligées à un être en développement. Le passage à l'acte de l'agresseur est une rupture irrémédiable. Quelle aurait été ma vie s'il ne m'avait pas agressé ? Quelle aurait été ma vie s'il ne m'avait pas violée ? Dans les témoignages que nous avons reçus, cette interrogation nous a beaucoup marquées.

« Dans ma souffrance, il y a une fracture entre celle que j'étais devenue et celle que j'aurais dû devenir. » Madame K.

« Jusqu'à maintenant je cherchais plutôt celle que j'aurais pu être, s'il n'y avait pas eu ça. J'ai passé mon temps à chercher qui j'aurais pu être, qui j'aurais pu être et forcément cette personne-là elle était mieux. » Madame D.

Cette souffrance doit être reconnue afin que cesse le sentiment « d'être en parallèle de la vie des autres » et « d'avoir une sorte de mur qui s'est dressé entre [soi] et les autres ». Cette reconnaissance doit se matérialiser par l'organisation des soins spécialisés du psychotraumatisme et des violences.

Le psychotraumatisme

Définition du psychotraumatisme

Les violences sexuelles infligées aux enfants ont sur eux un impact psychotraumatique d'une extrême gravité.

Les termes « traumatisme », « traumatique » ou « traumatisant » font aujourd'hui partie du vocabulaire courant et sont fréquemment employés pour qualifier diverses situations difficiles ou douloureuses. Toutefois, cet usage large peut faire écran à notre compréhension de ce que recouvrent réellement ces termes. Etymologiquement, le mot « traumatisme » est issu du grec « trauma » qui signifie « blessure ». Il a d'abord été utilisé en médecine pour désigner une blessure provoquée par une effraction externe ainsi que ses conséquences ; transposé au champ psychologique, on peut le définir comme un « phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses [4] », provoqué par un événement extérieur qui vient menacer la vie, l'intégrité physique et/ou psychique.

L'exposition à un tel événement peut se faire « d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

1. En étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatiques.
2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.
3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche.
Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.
4. En étant exposés de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p. ex. intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites de [violences] sexuelles d'enfants) [5] ».

Deux grandes catégories d'événements traumatiques sont généralement distinguées : les événements traumatiques intentionnels et non-intentionnels. Les événements traumatiques non-intentionnels désignent les catastrophes naturelles (ouragans, inondations, séismes...) et les accidents (accident domestique, routier, de travail...). Les événements traumatiques intentionnels désignent les violences physiques, psychologiques, sexuelles, les agressions, les guerres, les attentats... [6] L'événement traumatique peut être unique, ou se répéter dans le temps.

Au moment de l'événement traumatique, la victime peut être comme pétrifiée, en état de choc, incapable de bouger, de se défendre ou de fuir : il s'agit d'un mécanisme psychique automatique, la sidération. Peut aussi s'activer un mécanisme de dissociation : la personne se retrouve comme coupée de ce qu'elle est en train de vivre, anesthésiée émotionnellement et physiquement. Elle peut avoir l'impression d'assister à la scène de l'extérieur [7].

Une attention particulière doit être accordée aux victimes présentant des troubles du spectre de l'autisme (TSA). Celles-ci présentent du fait de leurs troubles d'intégration et de contrôle émotionnel des phénomènes de sidération et de dissociation bien plus marqués lors des violences [8].

Le psychotraumatisme est défini comme l'ensemble des troubles psychiques provoqués par l'exposition d'une personne « à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure ou à des violences sexuelles [9] », donc à un ou des événement(s) traumatique(s). Trois formes de psychotraumatismes sont identifiées : le trouble de stress post-traumatique (TSPT) dit « simple », le TSPT complexe et le TSPT développemental.

Plusieurs facteurs augmentent le risque de développer un TPST complexe ou développemental [10] :

- Le jeune âge de la victime ;
- Le caractère intentionnel du fait traumatique (des violences versus une catastrophe naturelle) ;
- La répétition des violences ;
- La nature des violences sexuelles (viol, agression sexuelle) ;
- Le cumul de différentes formes de violences (physiques, psychologiques, sexuelles) ;
- Le lien de confiance et/ou d'autorité entre la victime et l'agresseur (parent, membre de la famille ou de l'entourage proche, professeur...);
- La réaction de l'entourage proche (absence de protection ou de soutien).

A l'évidence, les violences sexuelles faites aux enfants cumulent tous ces facteurs de risque.

- L'agresseur est un **membre de la famille ou de l'entourage proche** pour six filles sur dix et près de quatre garçons sur dix [11].
- Une victime sur deux est âgée de **moins de dix ans au début des violences** quand l'agresseur n'est pas un membre de la famille. Dans les cas d'inceste, c'est le cas pour trois quarts des victimes [12].
- Quand l'agresseur n'est pas un membre de la famille, **les violences sont répétées** pour un tiers des victimes. Dans les cas d'inceste, c'est le cas pour plus de six victimes sur dix [13].
- Plus de 8 victimes sur 10 rapportent avoir subi une agression sexuelle (attouchements) tandis que près d'1 victime sur 3 rapporte avoir subi un viol. Lorsque l'agresseur est un membre de la famille ou de l'entourage proche, les victimes rapportent davantage de viols : c'est le cas de plus de 4 victimes sur 10 [14].
- Lorsque les violences sexuelles ont lieu au sein de la famille et de l'entourage proche, les victimes sont plus à risque de rapporter des violences sexuelles en dehors de la sphère familiale : 1 victime sur 3 rapporte d'autres faits de violences sexuelles ; ce n'est le cas que de 4% des victimes en dehors de la sphère familiale [15].

Handicap et psychotraumatisme

L'impact psychotraumatique des violences sexuelles est plus sévère pour les enfants en situation de handicap. [16]

Rappelons que les enfants en situation de handicap ont un risque 2,9 fois plus élevé d'être victimes de violences sexuelles et que ce risque est 4,6 fois plus élevé si le handicap est lié à des déficiences cognitives.

Les critères diagnostiques

TSPT dit « simple »

Les critères diagnostiques du TSPT dit « simple » sont les suivants :

- La personne est exposée à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles [17] ;
- Elle présente les catégories de symptômes suivants : reviviscences du ou des événement(s) traumatique(s) ; évitements des stimuli évoquant le ou les événement(s) traumatique(s) ; altérations négatives des cognitions et de l'humeur ; activation neurovégétative. Elle peut également présenter des symptômes dissociatifs (dépersonnalisation, déréalisation) [18] ;
- Les symptômes doivent entraîner « une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants[19] », ne pas être imputables à une autre maladie ou à la prise de substances psychoactives, et durer plus d'un mois. En effet, lorsque les symptômes persistent entre trois jours et un mois après l'événement traumatique, on parle de trouble de stress aigu [20].

TSPT complexe

On parle de TSPT complexe lorsqu'à ces critères diagnostiques s'ajoutent :

- Des problèmes dans la régulation des affects ;
- Des croyances négatives sur soi accompagnées de sentiments de honte, de culpabilité ou d'échec en lien avec les événements traumatiques ;
- Des difficultés à maintenir des relations avec les autres et à s'en sentir proche.

Ces symptômes sont graves et persistants. Ils causent des troubles importants dans le fonctionnement personnel, familial, social, scolaire, professionnel, etc [21].

TSPT développemental

L'entité diagnostique de TSPT développemental est également proposée pour spécifier les tableaux cliniques que peuvent présenter les enfants victimes de violences. En effet, elle permet de mettre en exergue les atteintes au développement de l'enfant que peuvent produire des événements traumatiques intentionnels répétés, prolongés ou multiples [22].

Il s'agit dans la majorité des cas de violences – physiques, psychologiques, sexuelles – infligées à l'enfant par des figures d'attachement (parent(s), membre(s) de la famille, proche(s)...) [23]. Ces événements se produisent généralement dans un contexte plus large de « danger constant, de maltraitance et de soins inappropriés [24] ».

Ces altérations du développement des enfants se caractérisent notamment par des troubles de l'attachement qui affectent leur représentation d'eux-mêmes, des autres et du monde, leur apprentissage de la régulation des émotions, et leur développement social et relationnel présent et futur [25].

Plus concrètement, cet impact sur le développement se traduit par un ensemble de manifestations symptomatiques diverses : états dissociatifs, incapacité à identifier et à contrôler ses émotions, conduites à risque, agressivité envers les autres ou envers soi, méfiance, qui viennent s'ajouter aux symptômes du TSPT [26].

La grande diversité des symptômes présentés par les enfants qui en souffrent conduit souvent à des diagnostics erronés privant les victimes d'une prise en charge adaptée [27]. C'est pourquoi l'ensemble des professionnels de santé doivent être formés au psychotraumatisme.

Les symptômes du psychotraumatisme

Les psychotraumatismes consécutifs aux violences sexuelles subies dans l'enfance sont caractérisés par un ensemble de symptômes : reviviscences ; comportements d'évitement ; activation neurovégétative ; altération négative des cognitions et de l'humeur ; dissociation.

Ces symptômes sont encore trop méconnus alors qu'ils causent aux enfants victimes de violences sexuelles des souffrances extrêmement importantes qui peuvent durer toute leur vie et avoir un impact sur l'ensemble de leur existence.

Les reviviscences

Les reviviscences correspondent à des « souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques [28] ». C'est ce que l'on appelle aussi la mémoire traumatique [29]. L'enfant ou l'adulte qu'il est devenu a l'impression que les violences vont se produire à nouveau et peut même les revivre à l'identique, éprouvant les mêmes sensations et émotions et le même niveau de détresse qu'au moment des violences sexuelles [30].

Ces reviviscences ne sont pas seulement visuelles, mais peuvent aussi prendre une forme auditive, olfactive ou sensorielle.

Elles peuvent se manifester par des pensées intrusives, par des flash-backs, c'est-à-dire des images mentales de l'événement qui envahissent soudain la conscience [31], par des cauchemars répétitifs liés à l'événement traumatique, ou par des jeux répétitifs, au cours desquels l'enfant retranscrit de manière automatique la scène traumatique [32].

« Il y a peut-être des choses, une odeur, je ne sais pas... une paire de claquettes, parce que mon frère portait des claquettes, une personne qui lui ressemble qui vient et, d'un coup, en fait, je tombe dans une sorte de période où je vais très, très mal, où je n'arrive plus à manger. »

Madame W.

« Mais pour vous dire à quel point c'est présent, le matin, c'est vraiment si jamais il y a un souffle trop près de mon oreille à cause de mon conjoint, ça me repose tout de suite dans cet état-là et je sens encore ses mains. Je sens encore l'odeur. C'est terrible. »

Madame R.

Les comportements d'évitement

En réaction à la violence des reviviscences, les victimes développent de façon consciente ou inconsciente des comportements pour éviter tout ce qui pourrait réveiller le souvenir de l'événement traumatique. Toutefois, il est important de noter que les évitements ne parviennent pas à empêcher toutes les reviviscences, qui surgissent parfois de manière incontrôlable ou inattendue.

Ces comportements peuvent être tournés vers l'extérieur : évitement de lieux, de personnes ou d'activités. Cela peut par exemple se traduire par le développement de stratégies pour ne pas se retrouver dans certains endroits liés à l'événement, ou en présence de personnes qui pourraient parler des violences subies, ou bien par le fait de renoncer à certains examens médicaux (dentiste, gynécologue...), de ne pas avoir de rapports sexuels [33]...

Ils peuvent aussi se manifester par une forme de contrôle « interne » : évitement des souvenirs, des pensées ou des sentiments liés à l'événement traumatique. Ces évitements peuvent produire un émoussement des affects et une sensation de détachement émotionnel, voire un sentiment d'étrangeté par rapport à soi-même [34].

« Pour vous dire quel enfer je vis depuis trois ans, je suis devenue agoraphobe, je ne savais plus sortir de chez moi tellement j'avais peur. M'éloigner de mon domicile... Parce que c'est ça qui me fait peur. »

Madame P.

L'activation neurovégétative ou l'état d'alerte constant

Les reviviscences peuvent aussi provoquer une activation neurovégétative, c'est-à-dire un état d'alerte constant, qui n'est pas justifié par la présence d'une menace effective.

Cet état se traduit par une hypervigilance et des réactions de sursaut. Il peut rendre le sujet irritable ou colérique, le pousser à adopter des comportements irréflechis voire (auto-)agressifs. Il peut aussi susciter des troubles de la concentration et des problèmes de sommeil (difficultés d'endormissement, réveils nocturnes...), l'attention étant accaparée par la peur d'une menace potentielle [35].

« J'ai aussi une phobie sociale. J'ai peur des êtres humains. Je n'ai confiance en personne. Je suis constamment en alerte, sur mes gardes. Je suis insomniaque, je n'arrive pas à dormir. »

Madame A.

L'altération négative des cognitions et de l'humeur

L' « altération négative des cognitions et de l'humeur » regroupe un ensemble de symptômes :

- Une incapacité à se souvenir d'un aspect important du ou des événements traumatiques (amnésie traumatique) ;
- L'apparition de croyances négatives par rapport à soi, par rapport aux autres ou par rapport au monde (« je suis une mauvaise personne », « le monde entier est dangereux ») ;
- Une attribution faussée de la responsabilité des violences à soi-même ou aux autres ;
- Un sentiment de détachement vis-à-vis des autres et du monde ;
- Un état émotionnel négatif, marqué par le fait d'éprouver de façon persistante de la crainte, de la colère, de la culpabilité ou de la honte ;
- Une incapacité persistante à éprouver des émotions positives [36].

« On a l'impression d'être en parallèle de la vie des autres. Moi, c'est ce que j'ai vécu toute ma vie.

C'est-à-dire que, à la fois on ne veut pas se mélanger aux autres parce qu'on ne veut pas qu'ils sachent ce que vous avez vécu, et en même temps on veut se protéger parce qu'on ne veut pas qu'ils s'approchent, parce qu'on a l'impression qu'ils vont nous faire du mal. Donc c'est une vie en parallèle. »

Madame B.

La dissociation

La dissociation est un mécanisme neuropsychologique qui met la victime à distance, la « coupe » du souvenir des violences sexuelles subies ou des émotions et sensations qu'elles ont provoquées. Il existe plusieurs manifestations de la dissociation : l'oubli, partiel ou total, du ou des événement(s) traumatique(s) – c'est l'amnésie traumatique ; l'absence de sensations physiques à certains endroits du corps, notamment au niveau des zones sur lesquelles se sont concentrées les violences commises ; l'absence d'émotions à l'évocation des violences [37].

La dissociation traumatique peut se produire au moment des violences. Comme l'explique la docteure Muriel Salmona, elle peut également perdurer au-delà, notamment si les violences, le contexte dans lequel elles se sont déroulées et/ou les contacts avec l'agresseur se poursuivent, ou si la victime reste dans l'incompréhension totale vis-à-vis du ou des événements traumatiques [38].

« En fait, ce qui s'est passé, c'est que j'étais un peu dans le déni. Je savais que ce qui était arrivé c'était grave, mais je n'en ressentais pas les émotions.

Intellectuellement, je savais, mais émotionnellement, il n'y avait rien. J'avais des éducateurs qui s'improvisaient psychologues. Ils faisaient que me dire « mais c'est grave. Il t'est arrivé ça ». Après, c'est arrivé. Je l'ai pris comme un tsunami. Ça a été hyper brutal. Je l'ai réalisé comme ça, d'un coup. »

Madame V.

Les troubles associés au psychotraumatisme

En plus du psychotraumatisme, les violences sexuelles causent aux victimes des troubles associés (ou comorbidités). Parce qu'ils peuvent être à l'origine d'erreurs de diagnostics, la pratique professionnelle du repérage des violences par le questionnement systématique est essentielle.

Les conduites à risque

Les conduites à risque doivent être comprises comme des « stratégies de survie » adoptées par la victime pour se protéger des reviviscences traumatiques en provoquant un état dissociatif [39] : conduites addictives (alcool, drogues, médicaments), mises en danger de soi-même (jeux dangereux, fugues, conduites sexuelles à risque, automutilations...) ou d'autrui. Le besoin vital de mettre à distance ces reviviscences et la souffrance traumatique peut ainsi conduire à des actes extrêmes pouvant aller jusqu'au suicide.

Ces conduites à risque peuvent être majorées par les comportements menaçants de l'agresseur, puisque tout son fonctionnement est de pousser la victime à se sacrifier.

*« J'ai fait deux tentatives de suicide. Une en automédication, quatorze heures de coma, et la deuxième, trois mois après, je me suis ouvert le ventre. Et avant ça, je me scarifiais, des coups de couteau sur tout le corps. Et je suis tombée dans l'alcoolisme chronique. Je me brûlais aussi la peau. »
Madame A.*

Les troubles psychiques

Les troubles psychotraumatiques sont associés à de nombreuses comorbidités psychiatriques : dépression majeure, état dépressif chronique, idées suicidaires, risque de passages à l'acte suicidaire, troubles anxieux (crises d'angoisse, phobies, TOC), troubles de la personnalité, troubles du comportement alimentaire [40]...

*« Quand je devais prendre le bus, il fallait que je me pince pendant tout le trajet pour penser à autre chose, parce que j'étais dans une anxiété, une attaque de panique tout le temps. Je me demandais combien d'arrêts il y avait avant que je ne sorte, je chronométrais tout, j'avais des tocs de propreté, je détestais l'eau, il fallait qu'il n'y ait rien de mouillé sur moi... Compliqué. »
Madame T.*

Les troubles physiques

On retrouve fréquemment des manifestations somatiques en association avec les troubles psychotraumatiques : douleurs chroniques, troubles digestifs, énurésie, encoprésie, troubles dermatologiques, troubles respiratoires [41]...

Le fait d'avoir été victime de violences sexuelles dans l'enfance est associé à un risque plus élevé de développer des maladies auto-immunes, du diabète, des troubles endocriniens ou encore des maladies cardio-vasculaires [42].

Dans le champ de la santé sexuelle et génésique, on retrouve aussi un risque accru de contracter le VIH ou d'autres infections sexuellement transmissibles, de développer des troubles gynécologiques et obstétricaux, ainsi qu'un risque plus important de grossesse non désirée [43]. On constate également une puberté précoce chez les enfants ayant été victimes de violences sexuelles [44].

*« Je pense que j'avais mille symptômes, de l'eczéma. On ne saura jamais si c'est vraiment ça ou pas, mais quand même, l'eczéma est lié à l'anxiété et puis j'ai des crises quand je suis plus stressée, une espèce de fatigue monumentale depuis toujours, j'ai besoin de dix heures de sommeil en permanence. »
Madame J.*

Le parcours de soins modélisé par la CIIVISE

La gravité des symptômes qui viennent d'être décrits, l'intensité des souffrances endurées par les enfants violés ou agressés sexuellement impactent leur développement et donc aussi leur vie d'adulte, dans tous les domaines : scolaire, professionnel, familial, affectif...

Les psychotraumatismes consécutifs aux violences sexuelles subies dans l'enfance constituent en outre un facteur de risque d'être de nouveau victime de violences. L'Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (Enveff) a en effet montré que le risque d'être victime de violences dans le couple à l'âge adulte était trois fois supérieur pour les femmes victimes de violences sexuelles dans l'enfance [45].

Ces conséquences, qui sont reconnues comme un problème de santé publique majeur par l'Organisation mondiale de la santé, imposent l'organisation de soins adaptés à la spécificité du psychotraumatisme résultant des violences sexuelles [46].

Une offre de soins actuellement inadaptée

« Si j'avais rencontré des psychologues, enfin, la psychologue et la psychiatre qui me suivent aujourd'hui, il y a 10, 15 ans, j'aurais gagné 10, 15 ans de ma vie. » Madame F.

Un constat s'impose : l'accès à des soins spécialisés du psychotraumatisme est trop insuffisant. C'est ce que reflètent les témoignages des victimes de violences sexuelles dans leur enfance : elles mettent en moyenne entre 10 et 13 ans pour trouver un suivi médical spécialisé ; 79% des professionnels de santé ne font pas le lien entre l'état de santé de leurs patients et les violences qu'ils et elles ont subies [47].

Certes, des praticiens dispensent déjà ces soins spécialisés, à commencer par les experts que la CIIVISE a auditionnés, ou des établissements tels que l'Institut de victimologie de Paris, ou Women Safe & Children.

Pour autant, l'offre de soins actuelle apparaît insatisfaisante à plusieurs égards. En premier lieu, les professionnels de santé, notamment les psychiatres et les psychologues, sont encore très peu formés à la psychotraumatologie et aux thérapies spécialisées. Ils n'identifient donc souvent pas les symptômes dont souffrent leurs patients comme des troubles psychotraumatiques, et ne les interrogent pas sur la possibilité qu'ils aient subi des violences sexuelles. Cela entraîne de mauvais diagnostics, et des traitements symptomatiques qui, s'ils sont efficaces pour faire cesser une partie des troubles psychotraumatiques, n'ont pas d'action durable et peuvent produire ou accentuer les symptômes dissociatifs [48].

De plus, l'offre de soins spécialisés existante – notamment au sein des centres proposant une prise en charge pluridisciplinaire dispensée par des professionnels formés (Centres régionaux du psychotraumatisme (CRP)) – est encore rare et peu accessible, tant d'un point de vue géographique (un seul centre par région ou au maximum deux antennes par région) qu'en termes de délai de prise en charge. Au-delà des CRP, le suivi s'organise généralement en Centre médico-psychologique (CMP) pour tous les publics, en Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) spécifiquement pour les enfants et les adolescents ou en milieu hospitalier. Il se déroule également en ville auprès de psychiatres, de pédopsychiatres ou de psychologues cliniciens. Or, les délais d'attente en CMP, CMPP ou en milieu hospitalier peuvent varier de 3 à 18 mois environ. Rien ne garantit par ailleurs la spécialisation des praticiens. De plus, les psychiatres et psychologues libéraux formés aux soins spécialisés du psychotraumatisme ne sont pas répartis de manière égale sur le territoire, et il y a un déficit de pédopsychiatres tant en institutions qu'en libéral [49].

Plusieurs chantiers d'amélioration sont toutefois en cours : d'une part, le réseau des CRP est toujours en développement sur le territoire. Le Centre national de ressources et de résilience (Cn2r), qui coordonne les CRP, mène des missions de sensibilisation et d'information autour du psychotraumatisme, de ses symptômes et de la nécessité des soins, et propose notamment une cartographie des CRP et des établissements offrant une prise en charge spécialisée [50].

Des soins spécialisés indispensables et urgents

Les victimes de violences sexuelles doivent pouvoir bénéficier de soins spécifiques adaptés au trouble du stress post-traumatique et aux troubles associés.

Ces soins doivent être dispensés le plus rapidement possible après les violences sexuelles ou leur repérage. C'est une urgence médicale qui doit être traitée sans délai. Il est donc primordial d'organiser le repérage systématique des violences sexuelles auprès de tous les enfants par tous les professionnels, comme l'a préconisé la CIIVISE dans ses conclusions intermédiaires du 31 mars 2022 [51].

Néanmoins, même lorsqu'ils sont dispensés plusieurs années après les violences, ces soins spécialisés ont toujours un effet efficace sur la santé des victimes, par la réduction de l'expression des symptômes du psychotraumatisme. Un suivi spécialisé permet d'en diminuer la fréquence, la durée et l'intensité, et d'agir sur la détresse que ces symptômes sont susceptibles de provoquer [52]. Mais leur réalisation dans les mois suivants les violences permet d'agir plus efficacement sur ces symptômes, d'éviter que ceux-ci ne s'intensifient et ne deviennent chroniques voire de les faire disparaître [53].

Enfin, prendre en charge et soigner les psychotraumatismes des enfants victimes de violences sexuelles constitue également une action de prévention : dispenser des soins spécialisés permet de réduire le risque de subir de nouvelles violences. Cela permet aussi de prévenir la reproduction des violences de la part de personnes ayant elles-mêmes été victimes. En effet, si la violence reste toujours un choix, avoir subi des violences sexuelles dans l'enfance augmente le risque d'en commettre par la suite [54].

En conséquence, ne pas organiser efficacement un parcours de soins spécialisés constitue, pour les victimes, une perte de chance inacceptable et représente, pour la société, un coût social et économique majeur.

La spécialisation des soins du psychotraumatisme résultant des violences sexuelles s'applique non seulement aux techniques thérapeutiques spécifiques reconnues par la communauté scientifique, mais elle implique plus largement une posture thérapeutique protectrice centrée indissociablement sur la violence subie par la victime et le besoin de sécurité de celle-ci.

Une prise en charge holistique

Soigner les blessures d'un enfant victime de violences sexuelles implique un préalable évident mais, dans les faits, trop rare : protéger cet enfant de son agresseur et plus largement, lui permettre de vivre à nouveau en sécurité.

Or, si la victime n'est pas en sécurité, à la fois physiquement et psychiquement, c'est-à-dire si l'enfant est toujours exposé à son agresseur, évolue dans un contexte de danger et/ou auprès de personnes qui lui disent qu'il est responsable des violences qu'il subit ou a subi, les troubles psychotraumatiques sont plus difficiles à soigner et risquent même de s'aggraver en dépit des soins [55].

Des soins efficaces impliquent donc en premier lieu des décisions judiciaires et sociales cohérentes et protectrices. C'est particulièrement le cas dans les situations d'inceste. La CIIVISE a déjà fait plusieurs préconisations pour garantir la protection des enfants victimes et celle des parents protecteurs [56]. Parmi celles-ci, la suspension de plein droit de l'exercice de l'autorité parentale dès le stade des poursuites permet aussi de garantir le fait que le parent accusé ne puisse pas s'opposer à ce que son enfant bénéficie de soins spécialisés.

Cette cohérence nécessite aussi une coordination renforcée entre les différents professionnels intervenant auprès d'un enfant victime. Cette coordination implique, pour le professionnel, une charge de travail conséquente en parallèle du suivi médical : communication avec l'éducateur de l'enfant, son avocat, son kinésithérapeute, ...

La spécialisation des professionnels de santé aux soins des victimes de violences sexuelles inclut aussi, pour eux, d'avoir connaissance de la loi, des numéros et plateformes d'urgence, des conduites à tenir pour protéger les victimes, et des obligations de signalement pour les victimes mineures, vulnérables et/ou en grand danger.

L'ensemble de ces obligations doit être pris en compte dans la rémunération des professionnels spécialisés.

Modélisation d'un parcours de soin

La CIIVISE a conscience que la clinique s'ajuste toujours à la situation particulière liée aux besoins de chaque patient. Ainsi, l'âge du patient, sa symptomatologie et donc le type de psychotraumatisme dont il souffre (« simple », complexe, développemental), le contexte dans lequel il évolue ou encore la présence de troubles associés éventuels sont autant de variables susceptibles d'infléchir les modalités de la prise en charge psychothérapeutique [57].

Cette exigence est compatible avec la formalisation d'étapes dans la mise en œuvre des soins spécialisés du psychotraumatisme. Une telle modélisation est nécessaire à l'engagement d'une politique publique.

La CIIVISE préconise la mise en place et le financement d'un parcours de soins spécialisés du psychotraumatisme de 20 à 33 séances réparties sur une année et renouvelables selon les besoins des victimes.

Quatre étapes peuvent ainsi être identifiées pour spécialiser le parcours de soins :

- **L'évaluation clinique** : 1 à 3 séances ;
- **La stabilisation** : 10 à 12 séances ;
- **Les séances centrées sur le trauma** : 10 à 15 séances ;
- **La consolidation** : 1 à 3 séances.

La psychoéducation, une nécessité transversale et constante

La psychoéducation – ou éducation thérapeutique – aide la victime à comprendre les mécanismes du psychotraumatisme et à identifier ses réactions émotionnelles, physiques et mentales. Par la psychoéducation, les thérapeutes expliquent à la personne souffrant d'un psychotraumatisme l'impact et le caractère traumatogène des violences sexuelles dans l'enfance, décrivent l'ensemble des symptômes du psychotraumatisme, et transmettent des informations sur les différentes manières de les traiter [58].

Concernant les psychotraumatismes consécutifs à des violences, la psychoéducation doit aussi inclure le rappel de la loi, en clarifiant la responsabilité de l'agresseur et en éclairant les stratégies que celui-ci a mis en place pour faire subir les violences [59].

Ce temps de psychoéducation permet aux personnes de mieux comprendre ce qui leur arrive, et d'identifier les troubles dont elles souffrent comme des manifestations du psychotraumatisme causé par les violences. Cela peut permettre de se défaire de la sensation que l'on « est le problème », du sentiment d'être fou ou folle, ou de l'idée qu'« on n'ira jamais mieux » [60].

Pour les enfants victimes, les adultes protecteurs doivent être associés à la psychoéducation pour les aider à mieux comprendre leur souffrance, leurs réactions et leurs besoins.

Ces adultes protecteurs (le ou les parents, la personne à qui l'enfant victime est confié, les éducateurs) contribuent à la sécurité nécessaire aux soins. Ils doivent être soutenus pour y parvenir. Il est donc nécessaire que le thérapeute s'assure du fait que ces adultes vont apporter un soutien de qualité, et prenne en compte la possibilité qu'ils soient eux-mêmes traumatisés [61].

L'évaluation clinique : 1 à 3 séances

L'évaluation clinique doit permettre de saisir la spécificité de la situation, et de définir des modalités de prise en charge psychothérapeutique adaptées [62].

Après l'identification du ou des événements traumatiques, l'évaluation doit permettre au thérapeute de délimiter toutes les conséquences psychologiques et somatiques spécifiques et non spécifiques aux psychotraumatismes, leur intensité et leur impact sur l'ensemble des domaines de la vie.

D'un point de vue méthodologique, les évaluations s'effectuent via des entretiens cliniques et par le biais d'outils – questionnaires, inventaires ou échelles. A titre d'exemple, pour le TSPT, peuvent être utilisés la *Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5* (PCL-5), une échelle d'auto-évaluation, ou le *Clinician-Administered PTSD Scale* (CAPS-5), un entretien structuré administré par un clinicien ; pour le TSPT complexe, il est possible de s'appuyer sur le *International Trauma Questionnaire* (ITQ), développé après l'intégration du diagnostic dans la CIM-11. Des échelles plus spécifiques – permettant d'évaluer d'autres troubles comorbides comme la dépression ou les conduites addictives, de mesurer le niveau de dissociation... – peuvent aussi être utilisées [63].

Il est important que cette évaluation soit réalisée dans de bonnes conditions, d'un point de vue humain comme matériel : en effet, celle-ci confronte les personnes aux souvenirs du ou des événements traumatiques qu'elles ont subi(s) et à leurs conséquences ; il s'agit donc d'un moment qui peut être très difficile émotionnellement. Le lieu dans lequel l'évaluation se déroule doit être sécurisant et explicitement dédié à la pratique médicale [64].

La stabilisation : 10 à 12 séances

Pour supporter la confrontation aux souvenirs traumatiques lors de la thérapie, la victime a besoin au préalable d'acquérir certains outils et certaines ressources qui lui seront transmises par le thérapeute. C'est l'étape de la stabilisation qui permet aussi de traiter dans un premier temps les symptômes spécifiques au TSPT complexe – perception négative de soi, perturbations relationnelles et problèmes de régulation des affects –, les troubles dissociatifs et éventuellement certaines comorbidités, comme le risque suicidaire [65].

La phase de stabilisation vise à élaborer et à identifier des ressources internes et externes sur lesquelles la personne peut s'appuyer pour se sécuriser. Elle comprend un travail de psychoéducation tel que décrit plus haut.

Elle permet de travailler sur l'identification des émotions, et d'apprendre des techniques visant à les réguler : cela peut consister par exemple en des exercices de respiration ou de relaxation musculaire progressive. La stabilisation comprend également un travail sur l'estime de soi et la confiance en soi, sur le rapport au corps... Elle vise aussi à travailler sur les relations avec les autres, sur la possibilité d'établir des liens de confiance et d'identifier des soutiens extérieurs. La stabilisation donne aux personnes des outils mobilisables au quotidien, et prépare la phase suivante de thérapie : en effet, ces techniques permettent de minimiser le risque d'une dissociation provoquée par l'angoisse que peut générer l'évocation du ou des souvenirs traumatiques [66].

Pour l'enfant victime, la stabilisation doit inclure la participation des adultes protecteurs qui sont ses figures de sécurité : le ou les parents ou des adultes à qui l'enfant est confié. Ces derniers doivent donc eux aussi être informés, outillés et sécurisés pour comprendre ce que l'enfant traverse et a traversé, et soutenir son apaisement et son apprentissage de la régulation émotionnelle. Plusieurs programmes proposent ainsi d'impliquer les figures de sécurité de l'enfant dans la stabilisation : le programme *Stepped Care Cognitive Behavioral Therapy for Children after Trauma* (SC-CBT-CT), le programme *Attachement, Régulation et Compétences* (ARC), ou encore la *Dyadic Developmental Psychotherapy* [67].

A l'issue de cette phase de stabilisation, une seconde évaluation est réalisée ; celle-ci permet de délimiter s'il est possible pour la personne de passer à la thérapie spécialisée centrée sur le trauma.

Les séances centrées sur le psychotraumatisme : 10 à 15 séances

Les séances centrées sur le psychotraumatisme constituent le cœur du traitement des psychotraumatismes. Elles permettent le traitement du ou des souvenir(s) traumatique(s), par une réinscription du ou des événement(s) traumatique(s) « dans l'histoire du sujet et dans son économie psychique [68] » qui vise à en diminuer l'impact. Cela permet in fine de faire disparaître ou de diminuer la fréquence, la durée et/ou l'intensité des symptômes psychotraumatiques que provoquent ces souvenirs.

Les thérapies centrées sur le psychotraumatisme sont l'ensemble des thérapies « utilisant des techniques cognitives, émotionnelles ou comportementales pour faciliter le traitement d'une expérience traumatisante, et dans laquelle la focalisation sur le traumatisme est un élément central du processus thérapeutique [69] ».

Plusieurs recommandations internationales récentes pour le traitement du TSPT, à destination des enfants, adolescents et/ou des adultes, préconisent en première intention le recours à une psychothérapie structurée centrée sur le traitement du traumatisme, celles reconnues actuellement comme les plus efficaces étant les thérapies comportementales et cognitives (TCC) centrées sur le psychotraumatisme et l'EMDR : celles de l'*American Psychological Association* (APA) [70] ; des *U.S. Departments of Veterans Affairs and Defence* (VA/DoD) [71] ; de l'*International Society for Traumatic Stress Studies* (ISTSS) [72] ; du *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) au Royaume-Uni [73] ; enfin, du *National Health and Medical Research Council* (NHMRC) en Australie [74]. La Haute Autorité de Santé préconisait également dès 2007 les TCC centrées sur le traumatisme et l'EMDR pour le traitement du TSPT [75]. Elle prévoit la publication prochaine de recommandations de bonnes pratiques cliniques « pour le diagnostic, l'évaluation et la prise en charge des syndromes psychotraumatiques [76] ».

Les thérapies comportementales et cognitives

Les thérapies comportementales et cognitives centrées sur le psychotraumatisme reposent sur un principe fondamental : repérer et modifier les pensées, les croyances et/ou les comportements relatifs à ou aux événement(s) traumatique(s) [77].

Elles consistent en un travail de restructuration cognitive, c'est-à-dire de modification des représentations de soi, des autres et du monde produites par le ou les événements traumatiques (« je suis responsable des violences que j'ai subies » ; « chaque personne est un danger »...), et en une exposition progressive aux souvenirs du ou des événement(s) traumatique(s), visant à en diminuer la charge émotionnelle par un phénomène d'habituation. Les techniques d'exposition incluent l'exposition en imagination – par exemple via la lecture ou l'écoute du récit du ou des souvenir(s) traumatique(s) – et/ou l'exposition in vivo, par la réalisation d'actions évitées ou craintes jusqu'alors. Ces différents aspects sont plus ou moins présents selon la thérapie suivie ; en effet, peuvent être distinguées plusieurs TCC centrées sur le trauma, comme la thérapie d'exposition prolongée (TEP), la thérapie des processus cognitifs (TPC), la thérapie cognitive [78].

L'EMDR

La thérapie EMDR, de l'anglais *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* ou désensibilisation et retraitement par les mouvements des yeux, est centrée sur l'intégration du ou des souvenir(s) traumatique(s) ; elle repose en effet sur l'idée que ceux-ci n'ont pas pu être bien assimilés par le cerveau, et que c'est ce qui provoque les symptômes psychotraumatiques [79].

Comme dans les TCC, il s'agit d'une exposition aux souvenirs du ou des événement(s) traumatique(s), visant à en diminuer la charge émotionnelle et à opérer dans le même mouvement un travail de restructuration cognitive. Toutefois, la méthode diffère : l'EMDR repose sur la stimulation bilatérale alternée visuelle, auditive ou tactile par les mouvements des doigts du thérapeute, simultanément à la réactivation de la mémoire traumatique [80].

D'autres approches psychothérapeutiques, au nombre desquelles les thérapies intégratives et les thérapies par exposition à la narration, peuvent également être envisagées, notamment dans le cadre du traitement du TSPT complexe [81].

Les thérapies intégratives

Les thérapies intégratives mobilisent les apports de plusieurs courants théoriques en psychologie : thérapies comportementales et cognitives, thérapies humanistes, thérapies psychocorporelles, thérapies systémiques, thérapies analytiques, etc. Il s'agit de définir les méthodes et les pratiques les plus adaptées à la situation spécifique du patient, et de s'appuyer sur celles-ci. Il s'agit d'une thérapie qui montre des résultats prometteurs pour le traitement du TSPT complexe [82].

La thérapie narrative

La thérapie narrative apparaît elle aussi prometteuse pour le traitement du TSPT complexe. Cette thérapie repose sur la construction d'un récit autobiographique chronologique, qui intègre à la fois les souvenirs heureux et les souvenirs du ou des événement(s) traumatique(s). L'objectif est, par l'exposition narrative à ces événements, de les décrypter et de diminuer leur charge émotionnelle [83].

La maîtrise de protocoles thérapeutiques validés scientifiquement, si elle est essentielle, ne saurait être suffisante : pour être bénéfiques, ces protocoles doivent être maniés par des thérapeutes formés à la victimologie ainsi qu'aux mécanismes des violences et à la stratégie des agresseurs, et attentifs à établir une alliance thérapeutique de qualité sécurisante pour le patient.

La consolidation : 1 à 3 séances

Une dernière étape dite de consolidation est nécessaire, plus particulièrement pour les personnes présentant un TSPT complexe/développemental. Celle-ci se rapproche d'une psychothérapie de soutien classique.

Après que les séances centrées sur le psychotraumatisme ont permis de diminuer la charge émotionnelle des scènes de violences et de permettre à la victime d'en reprendre le contrôle par un passage de la mémoire traumatique à la mémoire autobiographique, il faut que la victime puisse intégrer ce changement positif dans toutes les sphères de sa vie. On peut appeler consolidation le travail thérapeutique sur le quotidien – les relations amicales, la vie scolaire ou professionnelle, les relations intimes... – visant à renforcer les ressources de la personne [84].

« Le temps d'un viol, le monsieur de l'escalier, s'est immiscé dans le repli de mon cerveau, il a laissé sa haine et sa perversité macérer dans l'antichambre de ma mémoire, et jour après jour, elles m'ont dégoûlé au-dedans, elles ont colonisé chacune de mes pensées, elles ont contaminé ma vie. »

Adélaïde Bon, La petite fille sur la banquise

Par le passage à l'acte sexuel, l'agresseur fait effraction dans la vie de l'enfant victime ; il cause une rupture radicale, violente et durable. Plus rien ne sera comme avant. Il envahit aussi tout l'espace émotionnel, mental et social de la vie de la personne qu'il agresse. L'agresseur viole, vole et colonise. L'écriture du parcours de soins spécialisés du psychotraumatisme montre qu'il est possible de mettre l'agresseur à distance, de le chasser de son existence par le détachement, de se libérer de son pouvoir. Plus rien ne sera comme avant, mais il est possible de se libérer de son emprise.

« Séance après séance, solidement arrimée à ma psychiatre, Muriel Salmona, j'avance vers un mot inattendu, la guérison. J'apporte au cabinet les instants flous et les moments de pénombre ; mes ombres sont des balises, elles sont le signe d'une mémoire enfouie, une mémoire à exhumer, d'une mémoire à désamorcer. Et de séance en séance, les murs s'écartent et je découvre comme aimer est immense quand on se méfie moins de soi. »

Adélaïde Bon, La petite fille sur la banquise

Des soins accessibles

« Jusqu'alors je n'avais jamais fait de thérapie parce qu'il faut payer. Je n'avais pas assez d'argent. » Monsieur L.

*« Les soins que je me paie, la société ne les reconnaît pas, la Sécurité sociale non plus et pourtant ... Je ne sais pas comment font les gens qui n'ont pas ce que je gagne. »
Madame A.*

Chaque année, les agresseurs qui commettent des violences sexuelles contre les enfants coûtent au moins 9,7 milliards d'euros à la société. En effet, le coût annuel que la CIIVISE a présenté est une estimation basse volontairement conservatrice des dépenses publiques et de la perte de richesse. En outre, cette estimation ne prend pas en compte les coûts ni les pertes supportées par les victimes elles-mêmes.

L'impunité des agresseurs a donc un impact financier réel, élevé et néfaste.

Le coût extrêmement élevé des conséquences à long terme sur la santé des victimes représente 69,2% du coût total annuel des violences sexuelles faites aux enfants soit 6,68 milliards d'euros par an. Seule la délivrance de soins spécialisés du psychotraumatisme permettra de réduire ce coût.

La CIIVISE préconise que l'intégralité du coût du parcours de soins spécialisés du psychotraumatisme, incluant les soins somatiques, psychologiques / psychiatriques, et psycho-corporels, soit pris en charge par la Solidarité nationale.

Elle a pleinement conscience qu'il s'agit d'un investissement collectif conséquent mais c'est le seul moyen de réduire à moyen et long termes le coût considérable des conséquences pour la société tout entière de l'absence de soins. Ce qui coûte de l'argent à la société, c'est l'impunité des agresseurs.

Trois dispositifs peuvent à ce stade être envisagés :

Le nouveau dispositif de prise en charge des consultations de psychologue dit « Mon Parcours Psy »

La France était l'un des rares pays d'Europe occidentale dans lequel les consultations auprès des psychologues libéraux n'étaient pas pris en charge par les mécanismes d'assurance maladie ou de protection sociale. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 a prévu que les consultations de psychologues pourraient faire l'objet d'un remboursement par l'Assurance maladie, à hauteur de 8 séances de 30 minutes par an.

Ce dispositif a l'avantage de créer une prise en charge intégrale des consultations de psychologues libéraux, salariés en centre de santé ou en maison de santé, ou en exercice mixte.

Ce modèle ne pourrait répondre aux besoins des victimes de violences sexuelles. Outre l'extension au psychotraumatisme, il faudrait aussi modifier les critères de sélection des praticiens pour garantir leur spécialisation, adapter le nombre, la durée et les tarifs des séances thérapeutiques.

Le dispositif de soins consécutifs à des viols et agressions sexuelles commis sur mineurs (art. L 322-3-15 du code de la sécurité sociale)

Le bénéfice de ce dispositif spécifique aux enfants victimes de violences sexuelles est une exonération du ticket modérateur de la sécurité sociale, soit du reste à charge au regard des tarifs servant de base au calcul des prestations de celle-ci, donc une prise en charge à 100% des tarifs remboursables.

Les violences sexuelles sont le critère d'entrée dans le dispositif.

La CIIVISE identifie plusieurs limites à ce dispositif : il n'inclut pas les soins dispensés par les psychologues libéraux ; il ne garantit pas la spécialisation des thérapeutes pour le psychotraumatisme ; il implique le repérage par le médecin des violences sexuelles. Il reste méconnu des professionnels ; peu de victimes de violences sexuelles dans l'enfance en bénéficient [85]. Enfin, si le texte prévoit que l'exonération se poursuive avec les soins à l'âge adulte, une lecture stricte exclut qu'une personne adulte débutant des soins pour des violences sexuelles subies lorsqu'elle était enfant en bénéficie également.

Le dispositif « affection longue durée » (ALD)

Ce dispositif donne droit à l'exonération du ticket modérateur pour tous les soins en rapport avec l'affection. L'affection est le critère d'entrée dans le dispositif, contrairement au dispositif précédent.

30 affections longue durée sont listées dans ce dispositif au nombre desquelles les « affections psychiatriques de longue durée » parmi lesquelles les troubles anxieux graves au sein desquels est mentionné l'état de stress post-traumatique [86].

Comme le dispositif précédent, celui-ci n'inclut pas les soins dispensés par les psychologues libéraux, ni ne garantit pas la spécialisation des thérapeutes. Il est rarement mobilisé. Ainsi, seulement 6,9% des victimes ayant renseigné le questionnaire en ligne de la CIIVISE en ont bénéficié.

Il est possible d'envisager la création d'une 31ème ALD spécifique au psychotraumatisme pour mieux l'identifier. Le recours à l'ALD aurait l'avantage de permettre aux professionnels de santé de bénéficier de la tarification prévue pour les consultations complexes et très complexes.

Quel que soit le dispositif, il devra inclure la prise en charge intégrale des séances dispensées par des psychologues libéraux.

PARTIE 3.
**La CIIVISE répond à une nécessité
et doit être maintenue**

La CIIVISE a été créée dans un contexte politique et social particulier. Le travail de la CIASE, présidée par Jean-Marc Sauvé, et la publication de *La Familia Grande* par Camille Kouchner ont permis une prise de conscience plus nette de l'ampleur des violences sexuelles faites aux enfants, de l'inceste particulièrement, et ont imposé cette réalité comme problème politique urgent dans toutes ses dimensions, judiciaires, sanitaires et culturelles.

Héritière ou point de jonction des mouvements féministes et des associations de protection de l'enfance, la commission a crée un espace inédit répondant à un besoin qui reste et restera actuel.

Inédit, cet espace l'est par la nature de son objet: les violences sexuelles faites aux enfants.

La stratégie des agresseurs, les mécanismes des violences, le psychotraumatisme et l'urgence de la mise en sécurité des victimes sont communs à toutes les violences de l'intime, qu'il s'agisse des violences conjugales, des violences sexuelles et notamment de l'inceste, ou de toutes les formes de violences faites aux enfants.

Cependant, les violences sexuelles faites aux enfants doivent faire l'objet d'une politique publique et de pratiques professionnelles spécifiques du fait de la sidération qu'elles provoquent et du déni massif, ancien et durable dont elles font l'objet, qui recouvre non seulement leur existence, mais aussi leurs conséquences.

Alors que les violences sexuelles faites aux enfants doivent faire l'objet d'une préoccupation particulière, le risque est grand que l'attention qui a été portée aux enfants violés se détourne. Et que faiblisse la mobilisation pour lutter contre leurs agresseurs. Instance publique et indépendante, la CIIVISE est, par son originalité et sa posture militante, la garantie du contraire.

La CIIVISE a d'abord reçu la mission de recueillir les témoignages des femmes et des hommes qui avaient été victimes de violences sexuelles dans leur enfance. Cette mission est indissociable de la protection des enfants aujourd'hui. C'est pourquoi la commission est, depuis le 23 janvier 2021, une commission d'action. Nous avons écoulé et réfléchi, certes, mais nous devons aussi commencer de transformer les politiques publiques et les pratiques professionnelles. Les préconisations qui ont été formulées, le livret de formation sur le repérage et le signalement, les formations dispensées se sont imposées en fidélité à la confiance des victimes qui ont rejoint l'appel à témoignages.

La CIIVISE est en effet dépositaire d'une confiance qui l'oblige. Au-delà de la CIIVISE, cette confiance oblige la société tout entière. C'est pourquoi cet espace inédit et spécifique doit être maintenu pour :

- **Le recueil de témoignages des victimes de violences sexuelles dans leur enfance ;**
- **L'évaluation et le renforcement des politiques publiques de lutte contre les violences sexuelles faites aux enfants ;**
- **La formation des professionnels ;**
- **Le soutien et l'accompagnement des professionnels.**

Le recueil de témoignages des victimes de violences sexuelles dans leur enfance

*« Quand je dis « Je vous remercie », ce n'est pas par politesse, c'est parce que je le ressens, au fond. Je suis... enfin entendue. En fait, j'ai envie de dire ça : enfin entendue officiellement. »
Madame A.*

*« Cette commission, elle est un symbole aussi pour la société, pour l'avenir de nos enfants, elle est importante pour nous les adultes. C'est une forme de reconnaissance de la part de l'État, de vous, la commission. C'est une forme de respect entre vous et nous les victimes. »
Madame E.*

Le recueil de témoignages des victimes n'a fait que commencer. Ce processus d'une ampleur et d'une dignité exceptionnelles doit se poursuivre.

Le 21 septembre 2021, la CIIVISE a ouvert la plateforme téléphonique de témoignage « Violences Sexuelles dans l'Enfance » confiée au Collectif féministe contre le viol (CFCV) et à SOS Kriz et proposé quatre autres modalités de témoignages : les auditions individuelles à la commission, les échanges écrits, le questionnaire en ligne sur son site internet, et les réunions publiques.

A ce jour, 25 000 témoignages ont été recueillis. Ce nombre exceptionnel exprime à quel point cet espace répondait à un besoin de reconnaissance et de solidarité. De reconnaissance, d'abord. Être écoutée, être crue et respectée, sans condition ni justification. Le plus souvent, ces témoins ne l'avaient pas été jusqu'à présent. De solidarité, ensuite. Chaque témoignage est unique mais il rejoint les autres constituant ainsi une force mobilisée pour renforcer la culture de la protection. Cette solidarité s'exprime magnifiquement lors des réunions publiques de la CIIVISE.

25 000 témoignages ont été recueillis, mais 5,5 millions de femmes et d'hommes ont été victimes de violences sexuelles dans leur enfance. Ce nombre exceptionnel exprime aussi à quel point cet espace répond encore à un besoin de solidarité et de reconnaissance.

La CIIVISE est une instance publique et indépendante. A ce titre, elle reçoit les témoignages des victimes et contribue aux politiques publiques de protection des enfants, indissociablement. C'est pour cette raison qu'elle est un espace de reconnaissance spécifique. Il existait déjà des espaces d'écoute et de soutien, principalement associatifs, à commencer par le Collectif féministe contre le viol. L'appel à témoignages ouvert par la CIIVISE, incluant la ligne téléphonique « Violences sexuelles dans l'enfance », répond à un autre besoin, systématiquement exprimé par les victimes : « je témoigne pour moi, et pour que les enfants ne vivent pas ce que moi j'ai vécu ».

Il faut à l'évidence maintenir les modalités de témoignages qui ont été créées le 21 septembre 2021. Mais en continuant de les associer à la préconisation de politiques publiques et à l'évaluation de leur mise en œuvre.

L'évaluation et le renforcement des politiques publiques de lutte contre les violences sexuelles faites aux enfants

Fidèle aux témoignages qui lui sont confiés et éclairée par les experts qu'elle consulte, la CIIVISE a orienté ses travaux sur quatre axes fondamentaux : le repérage des enfants victimes, le traitement judiciaire, la réparation incluant le soin, et la prévention. Dès l'avis du 27 octobre 2021 sur l'inceste parental puis dans les conclusions intermédiaires du 31 mars 2022, plusieurs préconisations ont été formulées sur chacun de ces axes. Cinq d'entre elles ont déjà fait l'objet d'annonces du Gouvernement. La CIIVISE restera attentive à la mise en œuvre de celles-ci mais aussi de toutes les autres.

D'autres préconisations seront formulées dans le rapport attendu pour le mois de novembre 2023.

Il sera nécessaire d'évaluer la mise en œuvre de ces préconisations et plus largement de toutes les politiques publiques liées aux violences sexuelles faites aux enfants et à la protection des victimes.

A cette fin, la CIIVISE pourra impulser et suivre des programmes de recherche sur les différents champs théoriques et disciplinaires concernés par les violences sexuelles faites aux enfants. Les travaux qu'elle a menés et les auditions d'experts auxquelles elle a procédé lui ont permis non seulement de rassembler les connaissances pour préconiser des changements législatifs, des dispositifs et des pratiques professionnelles plus protectrices, mais aussi d'identifier les questions pour la résolution desquelles des recherches seront nécessaires.

La formation des professionnels

Pour chaque enfant, et particulièrement pour chaque enfant victime, le repérage, le traitement judiciaire des violences sexuelles, la réparation et la prévention reposent avant tout sur la mise en œuvre de pratiques professionnelles protectrices par les professionnels. La formation est donc un enjeu fondamental.

La formation initiale et continue de tous les professionnels œuvrant auprès des enfants ou luttant contre les violences sexuelles est en effet un levier essentiel dans la culture de la protection. C'est un besoin constant tant pour assurer la solidité de la chaîne de la protection entre les différents champs professionnels et institutionnels que pour adapter les pratiques professionnelles aux connaissances nouvelles et aux changements.

Loin de se borner à préconiser de former les professionnels, la CIIVISE a conçu, avec le concours de plusieurs ministères, un outil de formation sur le repérage et le signalement des violences sexuelles faites aux enfants. Cet outil se compose d'un court-métrage *Mélissa et les autres*, réalisé par Johanna Bedeau, et d'un livret de formation interprofessionnel.

Un plan de formation interministériel est en cours de préparation à l'initiative de la commission, en partenariat avec le Secrétariat d'Etat à l'enfance, afin de :

- **Garantir la spécialisation des professionnels** amenés à repérer et protéger les enfants victimes de violences sexuelles dans toutes leurs spécificités ;
- **Garantir la cohérence de leurs interventions** par le partage d'une doctrine nationale, source d'égalité de traitement sur tout le territoire et d'efficacité de la chaîne de protection ;

C'est précisément dans cet objectif que le livret de formation a été préparé en concertation avec un certain nombre de ministères (intérieur, justice, éducation nationale, solidarités, sports) et écoles de service public concernés (ENM, ENPJJ).

-
- **Soutenir les professionnels** en leur donnant des repères structurants et directement utilisables dans leur pratique quotidienne.

La protection est une chaîne d'intervention de professionnels de métiers différents. Le renforcement des compétences par une formation spécialisée doit concerner tous les professionnels dont les fonctions les mettent en contact direct avec des enfants et des adolescents, soit :

- **Les agents de l'Etat** (ou de la fonction publique hospitalière) rattachés aux ministères ayant participé à l'élaboration du livret ou ayant rejoint ces derniers lors de la première réunion interministérielle organisée le 3 février pour concevoir son déploiement (santé et prévention, solidarité, autonomie et handicap, jeunesse et SNU) ;
- **Les agents des collectivités territoriales** dont les services sont concernés (directeurs d'établissements sociaux et médicaux sociaux, éducateurs pour jeunes enfants, éducateurs spécialisés, éducateurs techniques spécialisés, assistant de service social, ATSEM, mais aussi sapeurs-pompiers), en lien notamment avec l'ADF et le CNFPT ;
- **Les intervenants des associations partenaires du service public** (secteurs associatif habilité de la PJJ et de l'ASE, secteur du handicap, mouvements d'éducation populaire, fédérations sportives)
- **Les autres professionnels du secteur privé** (tels que les professionnels de santé en exercice libéral).

La CIIVISE a déjà identifié 73 catégories de professionnels à cibler en formation initiale et 63 en formation continue. Son outil de formation permet de séquencer celle-ci en cinq modules dont le contenu et le volume horaire est d'ores et déjà précisé. En formation initiale, la formation nécessite un totale de 24h. En formation continue, s'y ajoute un module de retours d'expérience, soit un maximum de 30h de formation.

La CIIVISE pourra poursuivre le chantier qu'elle a initié en créant des outils de formation complémentaires et, forte de son expertise, assurer la formation des formateurs pour garantir la mise en œuvre de cet objectif essentiel de politique publique.

Même formés, les professionnels auront besoin d'être accompagnés, éclairés et soutenus, dans certaines situations concrètes de violences sexuelles sur mineurs. C'est la raison pour laquelle la CIIVISE a, dès ses conclusions intermédiaires de mars 2022, préconisé la création d'une cellule de soutien des professionnels, notamment comme la contrepartie de leur responsabilité dans le repérage de ces violences et de leur obligation de signalement. Cette cellule de soutien doit relever de sa compétence.

Le soutien et l'accompagnement des professionnels

160 000 enfants sont victimes de violences sexuelles chaque année. Le repérage de ces enfants est la condition de leur mise en sécurité. Dans les conclusions intermédiaires du 31 mars 2022, la CIIVISE a formulé 5 préconisations pour renforcer le repérage par le questionnement systématique. L'une d'elles est la création d'une cellule de soutien pour les professionnels.

Quel que soit le contexte institutionnel dans lequel il intervient mais particulièrement dans celui d'un exercice isolé, tout professionnel qui reçoit la révélation de violences sexuelles commises contre un enfant se trouve dans une situation de stress important.

La mise en sécurité de l'enfant implique une réponse pluridisciplinaire médicale, psychologique, socio-éducative et juridique qui doit le plus souvent être donnée dans l'urgence. Dans ces circonstances, tout professionnel doit être assuré de trouver sans délai les conseils dont il a besoin.

Cette cellule de soutien pour les professionnels doit être unique et nationale, porteuse d'une doctrine claire, cohérente et affirmée pour soutenir le repérage par le questionnement systématique, le signalement et la mise en sécurité des enfants victimes. La CIIVISE a formalisé cette doctrine et l'incarne.

Références bibliographiques

- [1] Hillis, Susan, James Mercy, Adaugo Amobi, et al. « Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates », *Pediatrics*. mars 2016, vol.137 no 3.
- [2] Commission indépendante sur l'inceste et les violences sexuelles faites aux enfants. *Violences sexuelles : protéger les enfants. Conclusions intermédiaires*. Commission indépendante sur l'inceste et les violences sexuelles faites aux enfants, 2022. En ligne : https://www.ciivise.fr/wp-content/uploads/2022/03/CCI-inter_2803_compressed.pdf.
- [3] Albagly, Maïté, Catherine Cavalin, Claude Mugnier, et al. *Étude relative à l'actualisation du chiffrage des répercussions économiques des violences au sein du couple et leur incidence sur les enfants en France en 2012*. Psytel, 2014.
- [4] Crocq, Louis. *Traumatismes psychiques. Prise en charge psychologique des victimes*. Elsevier Masson, 2007. 353 p.
- [5] American Psychiatric Association. *DSM-5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2015. 1114 p.
- [6] Josse, Evelyne. *Le traumatisme psychique chez le nourrisson, l'enfant et l'adolescent*. De Boeck Supérieur, 2019. 244 p.
- [7] Voyer, Mélanie. « Le soin aux victimes de violences conjugales » in Ernestine Ronai et Edouard Durand (eds.). *Violences conjugales. Le droit d'être protégée*. Malakoff : Dunod, 2017, p. 75-84. ; Salmona, Muriel. « Prendre en compte le psychotraumatisme du viol pour rendre justice aux victimes » in Ernestine Ronai et Edouard Durand (eds.). *Violences sexuelles : en finir avec l'impunité*. Malakoff : Dunod, 2021, p. 31-49. ; Centre national de ressources et de résilience. « La dissociation et la sidération ». En ligne : https://cn2r.fr/wp-content/uploads/2022/09/Dissociation_sideration.pdf.
- [8] Salmona, Muriel. « Violences sexuelles faites aux personnes TSA et psychotraumatismes », *Association Francophone de Femmes Autistes*. 2018. En ligne : <https://femmesautistesfrancophones.com/2018/01/25/violences-sexuelles-faites-aux-personnes-tsa-psychotraumatismes-dre-m-salmona/>.
- [9] American Psychiatric Association. *DSM-5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Op. cit.*
- [10] Haute Autorité de Santé. *Évaluation et prise en charge des syndromes psychotraumatiques - Enfants et adultes*. Haute Autorité de Santé, 2020. ; Santiago, Patcho N., Robert J. Ursano, Christine L. Gray, et al. « A Systematic Review of PTSD Prevalence and Trajectories in DSM-5 Defined Trauma Exposed Populations: Intentional and Non-Intentional Traumatic Events », *PLoS ONE*. 11 avril 2013, vol.8 no 4. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3623968/> ; Josse, Evelyne. *Le traumatisme psychique chez le nourrisson, l'enfant et l'adolescent. Op. cit.* ; Salmona, Muriel. « Prendre en compte le psychotraumatisme du viol pour rendre justice aux victimes ». *Op. cit.* ; Audition du Dr Olivier Fossard par la CIIVISE le 8 novembre 2021 ; Audition du Dr Nicolas Gaud par la CIIVISE le 14 mars 2023.
- [11] Bajos, Nathalie, Julie Ancian, Josselin Tricou, et al. *Sociologie des violences sexuelles au sein de l'Église catholique en France (1950-2020)*. Inserm-CIASE, 2021.
- [12] Service statistique ministériel de la sécurité intérieure (SSMSI). *Panorama des violences en France métropolitaine*. Enquête Genese 2021. Service statistique ministériel de la sécurité intérieure, 2022.
- [13] *Ibid.*
- [14] Bajos, Nathalie, Julie Ancian, Josselin Tricou, et al. *Sociologie des violences sexuelles au sein de l'Église catholique en France (1950-2020)*. *Op. cit.*
- [15] Service statistique ministériel de la sécurité intérieure (SSMSI). *Panorama des violences en France métropolitaine*. Enquête Genese 2021. *Op. cit.*
- [16] Audition du Dr Nicolas Gaud par la CIIVISE le 14 mars 2023.
- [17] American Psychiatric Association. *DSM-5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Op. cit.*
- [18] *Ibid.* ; Sabouraud-Séguin, Aurore. « Trouble de stress post-traumatique » in Marianne Kédia et Aurore Sabouraud-Séguin (eds.). *Aide-mémoire - Psychotraumatologie*. Dunod, 2020, p. 217-223.

-
- [19] American Psychiatric Association. *DSM-5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Op. cit.*
- [20] *Ibid.*
- [21] Organisation mondiale de la Santé. *Classification internationale des maladies (Onzième révision)*. Organisation Mondiale de la Santé, 2018.
- [22] Haute Autorité de Santé. *Évaluation et prise en charge des syndromes psychotraumatiques - Enfants et adultes. Op. cit.* ; van der Kolk, Bessel et Wendy d'Andrea. « Towards a developmental trauma disorder diagnosis for childhood interpersonal trauma » in Clare Pain, Eric Vermetten et Ruth A. Lanius (eds.). *The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease: The Hidden Epidemic*. Cambridge : Cambridge University Press, 2010, p. 57-68. ; D'Andrea, Wendy, Julian Ford, Bradley Stolbach, et al. « Understanding Interpersonal Trauma in Children: Why We Need a Developmentally Appropriate Trauma Diagnosis », *The American journal of orthopsychiatry*. 1 avril 2012, vol.82. p. 187-200. ; Ford, Julian D., Damion Grasso, Carolyn Greene, et al. « Clinical significance of a proposed developmental trauma disorder diagnosis: results of an international survey of clinicians », *The Journal of Clinical Psychiatry*. août 2013, vol.74 no 8. p. 841-849.
- [23] Haute Autorité de Santé. *Évaluation et prise en charge des syndromes psychotraumatiques - Enfants et adultes. Op. cit.* ; Gaud, Nicolas. « La question du traumatisme complexe et développemental. Comprendre pour mieux appréhender », *Les Cahiers dynamiques*. 2022, vol.2 no 80. p. 20-26. ; Audition du Dr Nicolas Gaud par la CIIVISE le 14 mars 2023.
- [24] van der Kolk, Bessel. *Le corps n'oublie rien. Le cerveau, l'esprit et le corps dans la guérison du traumatisme*. Paris : Albin Michel, 2018. 590 p.
- [25] Haute Autorité de Santé. *Évaluation et prise en charge des syndromes psychotraumatiques - Enfants et adultes. Op. cit.* ; Lloret, Bertrand. « Trouble de stress post-traumatique chez l'enfant » in Marianne Kédia et Aurore Sabouraud-Séguin (eds.). *Aide-mémoire - Psychotraumatologie*. Dunod, 2020, p. 224-240. ; van der Kolk, Bessel. « Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories », *Psychiatric Annals*. 2005, vol.35 no 5. p. 401-408.
- [26] van der Kolk, Bessel. *Le corps n'oublie rien. Le cerveau, l'esprit et le corps dans la guérison du traumatisme. Op. cit.* ; Gaud, Nicolas. « La question du traumatisme complexe et développemental ». *Op. cit.* ; Audition du Dr Nicolas Gaud par la CIIVISE le 14 mars 2023.
- [27] van der Kolk, Bessel. *Le corps n'oublie rien. Le cerveau, l'esprit et le corps dans la guérison du traumatisme. Op. cit.*
- [28] American Psychiatric Association. *DSM-5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Op. cit.*
- [29] Salmona, Muriel. « Mémoire traumatique » in Marianne Kédia et Aurore Sabouraud-Séguin (eds.). *Aide-mémoire - Psychotraumatologie*. Dunod, 2020, p. 44-58.
- [30] *Ibid.* ; Sabouraud-Séguin, Aurore. « Trouble de stress post-traumatique ». *Op. cit.*
- [31] American Psychiatric Association. *DSM-5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Op. cit.*
- [32] *Ibid.* ; Gaud, Nicolas. « La question du traumatisme complexe et développemental ». *Op. cit.*
- [33] American Psychiatric Association. *DSM-5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Op. cit.* ; Sadlier, Karen. « Les violences sexuelles sur les enfants: mécanismes, conséquences et soins » in Ernestine Ronai et Edouard Durand (eds.). *Violences sexuelles: en finir avec l'impunité*. Malakoff : Dunod, 2021, p. 175-187. ; Salmona, Muriel. « Mémoire traumatique ». *Op. cit.*
- [34] American Psychiatric Association. *DSM-5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Op. cit.* ; Sabouraud-Séguin, Aurore. « Trouble de stress post-traumatique ». *Op. cit.*
- [35] Sabouraud-Séguin, Aurore. « Trouble de stress post-traumatique ». *Op. cit.* ; American Psychiatric Association. *DSM-5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Op. cit.*
- [36] *Ibid.*

-
- [37] Sadlier, Karen. « Les violences sexuelles sur les enfants : mécanismes, conséquences et soins ». *Op. cit.*
- [38] Salmona, Muriel. « La mémoire traumatique ». *Op. cit.*
- [39] Salmona, Muriel. « Prendre en compte le psychotraumatisme du viol pour rendre justice aux victimes ». *Op. cit.* ; Audition du Dr Nicolas Gaud par la CIIVISE le 14 mars 2023.
- [40] Alonso, J., M. C. Angermeyer, S. Bernert, et al. « 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project », *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*. 2004 no 420. p. 28-37. ; Breslau, N., G. C. Davis, E. L. Peterson, et al. « A second look at comorbidity in victims of trauma: the posttraumatic stress disorder-major depression connection », *Biological Psychiatry*. 1 novembre 2000, vol.48 no 9. p. 902-909. ; Sabouraud-Séguin, Aurore et Valérie de Foucault. « Comorbidité » in Marianne Kédia et Aurore Sabouraud-Séguin (eds.). *Aide-mémoire - Psychotraumatologie*. Dunod, 2020, p. 280-287. ; Sareen, Jitender, Brian J. Cox, Murray B. Stein, et al. « Physical and mental comorbidity, disability, and suicidal behavior associated with posttraumatic stress disorder in a large community sample », *Psychosomatic Medicine*. avril 2007, vol.69 no 3. p. 242-248. ; de Foucault, Valérie. « Suicide » in Marianne Kédia et Aurore Sabouraud-Séguin (eds.). *Aide-mémoire - Psychotraumatologie*. Dunod, 2020, p. 288-290. ; Kessler, R. C., A. Sonnega, E. Bromet, et al. « Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey », *Archives of General Psychiatry*. décembre 1995, vol.52 no 12. p. 1048-1060. ; Kédia, Marianne. « Addictions » in Marianne Kédia et Aurore Sabouraud-Séguin (eds.). *Aide-mémoire - Psychotraumatologie*. Dunod, 2020, p. 291-298. Kédia, Marianne. « Troubles du comportement alimentaire » in Marianne Kédia et Aurore Sabouraud-Séguin (eds.). *Aide-mémoire - Psychotraumatologie*. Dunod, 2020, p. 299-304. ; Turner, Sarah, Tamara Taillieu, Kristene Cheung, et al. « The relationship between childhood sexual abuse and mental health outcomes among males: Results from a nationally representative United States sample », *Child Abuse & Neglect*. avril 2017, vol.66. p. 64-72.
- [41] Salmona, Muriel. « Chapitre 19. Impact des violences sexuelles sur la santé des victimes : la mémoire traumatique à l'œuvre » in Cyril Tarquinio, Marie-Jo Brennsthul, Ludwig Cornil, et al. (eds.). *Pratique de la psychothérapie EMDR*. Dunod, 2019, p. 207-218. ; Sadlier, Karen. « Les violences sexuelles sur les enfants : mécanismes, conséquences et soins ». *Op. cit.*
- [42] D'Elia, Ana T. D., Camila T. Matsuzaka, Jair B. B. Neto, et al. « Childhood Sexual Abuse and Indicators of Immune Activity: A Systematic Review », *Frontiers in Psychiatry*. 2018, vol.9. p. 354. ; Chen, Yinxian, Yifei Shan, Kehuan Lin, et al. « Association Between Child Abuse and Risk of Adult Coronary Heart Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis », *American Journal of Preventive Medicine*. 5 mars 2023. ; Goodwin, Renee D. et Murray B. Stein. « Association between childhood trauma and physical disorders among adults in the United States », *Psychological Medicine*. avril 2004, vol.34 no 3. p. 509-520. ; Eid, Karine, Øivind Torkildsen, Jan Aarseth, et al. « Association of adverse childhood experiences with the development of multiple sclerosis », *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*. juin 2022, vol.93 no 6. p. 645-650.
- [43] Felitti, V. J., R. F. Anda, D. Nordenberg, et al. « Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study », *American Journal of Preventive Medicine*. mai 1998, vol.14 no 4. p. 245-258. ; Organisation mondiale de la Santé. *INSPIRE: sept stratégies pour mettre fin à la violence à l'encontre des enfants*. Organisation mondiale de la Santé, 2017. En ligne : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254627>. ; Salmona, Muriel. « Agressions sexuelles » in Marianne Kédia et Aurore Sabouraud-Séguin (eds.). *Aide-mémoire - Psychotraumatologie*. Dunod, 2020, p. 79-95.
- [44] Noll, Jennie G., Penelope K. Trickett, Jeffrey D. Long, et al. « Childhood Sexual Abuse and Early Timing of Puberty », *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*. janvier 2017, vol.60 no 1. p. 65-71. ; Sadlier, Karen. « Les violences sexuelles sur les enfants : mécanismes, conséquences et soins ». *Op. cit.*

-
- [45] Jaspard, Maryse, Elizabeth Brown, Stéphanie Condon, et al. *Les violences envers les femmes en France. Une enquête nationale*. Paris : La Documentation française, 2003. 374 p.
- [46] Organisation mondiale de la Santé. *Rapport de situation 2014 sur la prévention de la violence dans le monde: résumé d'orientation*. Organisation mondiale de la santé, 2014. En ligne : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/145088/WHO_NMH_NVI_14.2_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y ; Organisation mondiale de la Santé. *INSPIRE: sept stratégies pour mettre fin à la violence à l'encontre des enfants*. *Op. cit.*
- [47] Salmona, Laure et Muriel Salmona. *Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte (IVSEA)*. Association Mémoire Traumatique et Victimologie, 2015. En ligne : <https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/campagne2015/2015-Rapport-enquete-AMTV.pdf> ; Association Mémoire Traumatique et Victimologie / Ipsos. *Violences sexuelles dans l'enfance, enquête auprès des victimes*. AMTV / Ipsos, 2019.
- [48] Salmona, Muriel. « Agressions sexuelles ». *Op. cit.* ; Haute Autorité de Santé. *Évaluation et prise en charge des syndromes psychotraumatiques - Enfants et adultes*. *Op. cit.*
- [49] Salmona, Muriel. « Agressions sexuelles ». *Op. cit.* ; Audition de la Dr Karen Sadlier par la CIIVISE le 13 septembre 2021.
- [50] Cn2r. « Localiser les structures de soin ». En ligne : <https://cn2r.fr/jai-besoin-daide/localiser-les-structures-de-soin/>.
- [51] Commission indépendante sur l'inceste et les violences sexuelles faites aux enfants. *Violences sexuelles : protéger les enfants. Conclusions intermédiaires*. *Op. cit.*
- [52] Salmona, Muriel. « Prendre en compte le psychotraumatisme du viol pour rendre justice aux victimes ». *Op. cit.* ; Audition de la Dr Karen Sadlier par la CIIVISE le 13 septembre 2021.
- [53] Sadlier, Karen. « Les violences sexuelles sur les enfants : mécanismes, conséquences et soins ». *Op. cit.* ; Haute Autorité de Santé. *Évaluation et prise en charge des syndromes psychotraumatiques - Enfants et adultes*. *Op. cit.* ; National Institute for Health and Care Excellence. *Guideline for Post-traumatic Stress Disorder*. National Institute for Health and Care Excellence, 2018. ; Edinburgh, Laurel, Elizabeth Saewyc, et Carolyn Levitt. « Caring for young adolescent sexual abuse victims in a hospital-based children's advocacy center », *Child Abuse & Neglect*. décembre 2008, vol.32 no 12. p. 1119-1126. ; Salmona, Muriel. « Mémoire traumatique ». *Op. cit.* ; Bradley, Rebekah, Jamelle Greene, Eric Russ, et al. « A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD », *The American Journal of Psychiatry*. février 2005, vol.162 no 2. p. 214-227.
- [54] Audition de Stéphane Joulain par la CIIVISE le 4 octobre 2021 ; Audition de la Dr Florence Thibaut par la CIIVISE le 16 janvier 2023 ; Salmona, Muriel. « Les traumatismes des enfants victimes de violences : un problème de santé publique majeur », *Rhizome*. 2018, vol.3-4 no 69-70. p. 4-6.
- [55] Sadlier, Karen. « Les violences sexuelles sur les enfants : mécanismes, conséquences et soins ». *Op. cit.*
- [56] Commission indépendante sur l'inceste et les violences sexuelles faites aux enfants. *A propos des mères en luttés*. Commission indépendante sur l'inceste et les violences sexuelles faites aux enfants, 2021. En ligne : <https://www.ciivise.fr/wp-content/uploads/2021/10/Avis-meres-en-lutte.pdf> ; Commission indépendante sur l'inceste et les violences sexuelles faites aux enfants. *Violences sexuelles : protéger les enfants. Conclusions intermédiaires*. *Op. cit.*
- [57] Voyer, Mélanie. « Le soin aux victimes de violences conjugales ». *Op. cit.*
- [58] Psycom. « Trouble de stress post-traumatique ». 2023. En ligne : <https://www.psycom.org/comprendre/la-sante-mentale/les-troubles-psy/trouble-de-stress-post-traumatique/>. ; Organisation mondiale de la Santé. *Évaluation et prise en charge des affections spécifiquement liées au stress: Module Guide d'intervention mhGAP*. Organisation mondiale de la Santé, 2013.
- [59] Voyer, Mélanie. « Le soin aux victimes de violences conjugales ». *Op. cit.*
- [60] Psycom. « Trouble de stress post-traumatique ». *Op. cit.* ; Voyer, Mélanie. « Le soin aux victimes de violences conjugales ». *Op. cit.*

-
- [61] Association Mémoire Traumatique et Victimologie. « Conduite à tenir si vous êtes témoin ou proche d'une victime de violences sexuelles ». En ligne : https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Documents-pdf/Fiche_a_destination_de_l_entourage_des_victimes_de_violences_sexuelles.pdf. ; Audition de la Dr Mélanie Voyer par la CIIVISE le 11 avril 2023.
- [62] Ait Aoudia, Malik. « Evaluations cliniques en psychotraumatologie » in Marianne Kédia et Aurore Sabouraud-Séguin (eds.). *Aide-mémoire - Psychotraumatologie*. Dunod, 2020, p. 185-207. ; El-Hage, Wissam. « Prise en charge des troubles post-traumatiques », *Rhizome*. 2018, vol.3-4 no 69-70. p. 10-11.
- [63] Phoenix Australia - Centre for Posttraumatic Mental Health. « Trauma and trauma reactions » *Australian guidelines for the prevention and treatment of Acute Stress Disorder, Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder*. Melbourne : Phoenix Australia, 2020. ; Ait Aoudia, Malik. « Evaluations cliniques en psychotraumatologie ». *Op. cit.* ; Cloitre, M., M. Shevlin, C. R. Brewin, et al. « The International Trauma Questionnaire: development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD », *Acta Psychiatrica Scandinavica*. décembre 2018, vol.138 no 6. p. 536-546. ; Audition du Dr Olivier Fossard par la CIIVISE le 8 novembre 2021 ; Audition du Dr Nicolas Gaud par la CIIVISE le 14 mars 2023.
- [64] Ait Aoudia, Malik. « Evaluations cliniques en psychotraumatologie ». *Op. cit.*
- [65] Kédia, Marianne. « Trauma complexe » in Marianne Kédia et Aurore Sabouraud-Séguin (eds.). *Aide-mémoire - Psychotraumatologie*. Dunod, 2020, p. 241-252. ; Phoenix Australia - Centre for Posttraumatic Mental Health. « Complex PTSD ». *Australian guidelines for the prevention and treatment of Acute Stress Disorder, Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder*. Melbourne : Phoenix Australia, 2020. ; Cloitre, Marylene, K. Chase Stovall-McClough, Kate Noonan, et al. « Treatment for PTSD related to childhood abuse: a randomized controlled trial », *The American Journal of Psychiatry*. août 2010, vol.167 no 8. p. 915-924. ; Cloitre, Marylene, Christine A. Courtois, Anthony Charuvastra, et al. « Treatment of complex PTSD: results of the ISTSS expert clinician survey on best practices », *Journal of Traumatic Stress*. décembre 2011, vol.24 no 6. p. 615-627. Audition du Dr Nicolas Gaud par la CIIVISE le 14 mars 2023 ; Audition de la Dr Mélanie Voyer par la CIIVISE le 11 avril 2023.
- [66] Kédia, Marianne. « Trauma complexe ». *Op. cit.* ; Voyer, Mélanie. « Le soin aux victimes de violences conjugales ». *Op. cit.* ; Organisation mondiale de la Santé. *Évaluation et prise en charge des affections spécifiquement liées au stress : Module Guide d'intervention mhGAP*. *Op. cit.* ; Audition du Dr Nicolas Gaud par la CIIVISE le 14 mars 2023 ; Audition de la Dr Mélanie Voyer par la CIIVISE le 11 avril 2023.
- [67] Audition de la Dr Mélanie Voyer par la CIIVISE le 11 avril 2023 ; Attachment, Regulation and Competency. En ligne : <https://arcframework.org/> ; Hughes, Daniel. « Dyadic Developmental Psychotherapy (DDP): An Attachment-focused Family Treatment for Developmental Trauma », *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*. 2017, vol.38 no 4. p. 595-605.
- [68] Voyer, Mélanie. « Le soin aux victimes de violences conjugales ». *Op. cit.*
- [69] Schnurr, Paula P. « Focusing on trauma-focused psychotherapy for posttraumatic stress disorder », *Current Opinion in Psychology*. 1 avril 2017, vol.14. p. 56-60. ; Department of Veterans Affairs et Department of Defense. *VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder*. VA/DoD, 2017.
- [70] American Psychological Association. *Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults*. American Psychological Association, 2017.
- [71] Department of Veterans Affairs et Department of Defense. *VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder*. *Op. cit.*
- [72] International Society for Traumatic Stress Studies. « Posttraumatic Stress Disorder Prevention and Treatment Guidelines: Methodology and Recommendations ». En ligne : https://istss.org/getattachment/Treating-Trauma/New-ISTSS-Prevention-and-Treatment-Guidelines/ISTSS_PreventionTreatmentGuidelines_FNL-March-19-2019.pdf.aspx.

-
- [73] National Institute for Health and Care Excellence. *Guideline for Post-traumatic Stress Disorder*. *Op. cit.*
- [74] Phoenix Australia - Centre for Posttraumatic Mental Health. *Australian guidelines for the prevention and treatment of Acute Stress Disorder, Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder*. Melbourne : Phoenix Australia, 2020.
- [75] Haute Autorité de Santé. *Affections psychiatriques de longue durée - Troubles anxieux graves*. Haute Autorité de Santé, 2007.
- [76] Haute Autorité de Santé. *Évaluation et prise en charge des syndromes psychotraumatiques - Enfants et adultes*. *Op. cit.*
- [77] International Society for Traumatic Stress Studies. « Posttraumatic Stress Disorder Prevention and Treatment Guidelines: Methodology and Recommendations ». *Op. cit.* ; Department of Veterans Affairs et Department of Defense. *VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder*. *Op. cit.*
- [78] Sanchez, Marianne et Damien Fouques. « Thérapies comportementales et cognitives » in Marianne Kédia et Aurore Sabouraud-Séguin (eds.). *Aide-mémoire - Psychotraumatologie*. Dunod, 2020, p. 440-457. ; Voyer, Mélanie. « Le soin aux victimes de violences conjugales ». *Op. cit.* ; Schnurr, Paula P. « Focusing on trauma-focused psychotherapy for posttraumatic stress disorder ». *Op. cit.* ; Department of Veterans Affairs et Department of Defense. *VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder*. *Op. cit.*
- [79] Psycom. « Trouble de stress post-traumatique ». *Op. cit.* ; Voyer, Mélanie. « Le soin aux victimes de violences conjugales ». *Op. cit.*
- [80] Voyer, Mélanie. « Le soin aux victimes de violences conjugales ». *Op. cit.*
- [81] Audition de la Dr Muriel Salmona par la CIIVISE le 18 octobre 2022 ; El-Hage, Wissam. « Prise en charge des troubles post-traumatiques ». *Op. cit.* ; Phoenix Australia - Centre for Posttraumatic Mental Health. « Complex PTSD ». *Op. cit.* ; Psycom. « Trouble de stress post-traumatique ». *Op. cit.*
- [82] *Ibid.*
- [83] *Ibid.*
- [84] National Institute for Health and Care Excellence. *Guideline for Post-traumatic Stress Disorder*. *Op. cit.* ; Kédia, Marianne. « Trauma complexe ». *Op. cit.*
- [85] Mercier, Marie. *Rapport d'information. Protéger les mineurs victimes d'infractions sexuelles. Rapport 289*. Sénat, 2017-2018. En ligne : <https://www.senat.fr/rap/r17-289/r17-2891.pdf>.
- [86] Haute Autorité de Santé. *Actes et prestations - Affection de longue durée n°23. Troubles anxieux graves*. Haute Autorité de Santé, 2017. En ligne : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/liste_ald_troubles_anxieux.pdf.

COMMISSION
INDÉPENDANTE
SUR L'**INCESTE** ET
LES **VIOLENCES**
SEXUELLES
FAITES AUX **ENFANTS**

CIVISE