



VIOLENCES SEXUELLES ENVERS LES ENFANTS HANDICAPÉS

Actes du colloque médico-social - 11 et 12 juin 2025

CNAPE
LA PROTECTION DE L'ENFANT

En France, alors qu'elles sont longtemps restées dans l'ombre, les violences sexuelles subies par les enfants ont été mises en lumière par la Ciivise.

Selon son rapport publié en 2023, 160 000 enfants en sont victimes. Parmi eux, nombreux sont en situation de handicap puisqu'ils sont jusqu'à cinq fois plus exposés aux violences sexuelles que leurs pairs non handicapés. Cette surexposition peut s'expliquer par le manque de repérage et par le doute porté sur la parole des victimes.

La CNAPE a mis ce sujet à l'ordre du jour, et a organisé pour cela un colloque intitulé : « Violences sexuelles envers les enfants handicapés : voir, écouter et agir, enfin ». Il visait à révéler l'apathie de la société face à ces drames humains et à proposer des solutions pour mieux protéger ces enfants et agir rapidement, à destination des professionnels, notamment.

SOMMAIRE

1^{ÈRE} SÉQUENCE	4
Comprendre le déni face aux violences sexuelles subies par les enfants en situation de handicap	5
Libérer la parole pour accompagner les enfants victimes en situation de handicap	9
2^{ÈME} SÉQUENCE	13
Repérer les signaux physiques et psychiques (intervention magistrale)	14
Table ronde : recueillir la parole de chaque enfant dans les meilleures conditions	17
3^{ÈME} SÉQUENCE	21
Comprendre les manifestations traumatiques de l'enfant et y répondre	22
4^{ÈME} SÉQUENCE	27
Développer l'éducation à la sexualité auprès des enfants en situation de handicap	29

DISCOURS D'OUVERTURE DE DIDIER TRONCHE, PRÉSIDENT DE LA CNAPE

« Bonjour à toutes et à tous,

Je tiens d'abord à vous remercier chaleureusement d'être présents pour ces deux journées de réflexion consacrées à un sujet aussi grave qu'essentiel : les violences sexuelles faites aux enfants en situation de handicap.

Je remercie tout particulièrement l'ensemble des intervenants – chercheurs, professionnels de terrain, représentants associatifs et institutionnels, et parents – qui ont accepté de contribuer à ces échanges. Votre mobilisation est précieuse, car ce sujet reste encore trop souvent tabou, étouffé, ou relégué dans l'ombre.

Aujourd'hui encore, alors que l'on sait que près de 160 000 enfants sont victimes chaque année de violences sexuelles, et que les enfants en situation de handicap sont cinq fois plus exposés, on en parle trop peu.

Ce colloque marque donc une étape importante. La CNAPE est souvent perçue comme un acteur de la protection de l'enfance, mais il s'agit avant tout de défendre tous les enfants, sans distinction. Se mettre à hauteur d'enfant, c'est être en devoir de veiller à son regard, à sa dignité et à la manière dont la société l'accueille.

Ces deux journées entièrement consacrées à la question des violences sexuelles subies par les enfants handicapés sont une nécessité. Une réalité douloureuse, trop souvent invisibilisée, qui exige un engagement fort, au-delà des discours politiques. Parce que la protection des enfants ne peut pas attendre que la parole publique se décide à agir.

Les violences subies par les enfants en situation de handicap sont encore trop peu reconnues, trop peu traitées. Ces enfants sont plus vulnérables, plus exposés, moins écoutés, moins crus, moins protégés. Les professionnels, souvent démunis, manquent d'outils adaptés pour identifier ces violences, recueillir la parole, et accompagner la reconstruction.

Ce n'est pas seulement une question de formation. C'est aussi une question de regard. Comment percevoir les signaux faibles, souvent non verbaux ? Comment repérer ce qui se joue dans des milieux isolés, qu'ils soient ruraux ou urbains ? Comment accueillir une parole sans jugement, et permettre à l'enfant de se sentir sujet, et non objet ?

Ce colloque s'inscrit dans une démarche collective : comprendre pourquoi notre société reste si silencieuse, et surtout construire ensemble des réponses concrètes pour mieux prévenir, repérer et accompagner.

L'action sociale en France est trop souvent curative. Or, en matière de violences sexuelles, le préventif est vital. Les traumatismes précoces laissent des traces profondes, durables, sur tout le parcours de vie.

J'espère que ces échanges nourriront nos réflexions, renforceront nos pratiques et nous donneront envie d'agir, d'expérimenter, de partager. Pour bâtir des outils concrets, et surtout, pour protéger ces enfants.

Je ne serai pas plus long : place maintenant aux travaux, aux témoignages et aux échanges.

Je vous souhaite à toutes et à tous deux journées intenses, riches et humaines. »

1^{ÈRE} SEQUENCE

D'UNE PRISE DE CONSCIENCE TARDIVE À UNE PAROLE COMMUNE

*Pierre BRASSEUR,
professeur en sociologie à l'Université Libre de Bruxelles*

*Alice CASAGRANDE,
secrétaire générale de la CIIVISE*

*Marilyn POUETO,
administratrice ISAAC francophone, engagée sur la question des violences sexuelles*

*Céline POULET,
secrétaire générale du Comité interministériel du handicap*

*Claire SIXDENIER,
chargée de mission violences, médecine légale, psycho traumatisme, à la Direction Générale de l'offre de soins*

Intervention magistrale

COMPRENDRE LE DÉNI FACE AUX VIOLENCES SEXUELLES SUBIES PAR LES ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP

Par Pierre BRASSEUR, professeur en sociologie à l'Université Libre de Bruxelles

Cette intervention vise à comprendre les fondements et mécanismes collectifs qui participent au déni des violences sexuelles subies par les enfants en situation de handicap. L'objectif n'est pas d'aborder le déni sous un angle individuel ou psychologique – dimensions pourtant essentielles – mais bien de l'envisager comme une construction sociale, un phénomène structuré.

Les travaux du sociologue Stanley Cohen proposent d'analyser le déni comme un processus collectif, institutionnalisé et profondément ancré dans les rapports sociaux. Le déni ne relève pas d'un simple défaut de perception : il est structuré, transmis, renforcé par les institutions elles-mêmes.

Dans ce sens, le déni des violences sexuelles sur les enfants handicapés peut être appréhendé comme le produit de l'articulation de trois rapports sociaux :

- le rapport social d'âge, dans lequel les enfants occupent une position dominée et de dépendance du fait de la différence d'âge ;
- le rapport social lié au handicap, qui amène aussi systématiquement les personnes handicapées à se situer dans un rapport social bien particulier, souvent un rapport social de domination ;
- le stigmate de la victimisation sexuelle, qui tend à les placer dans un rapport social particulier du fait de leur qualité de victime.

LES FONDEMENTS SOCIOLOGIQUES DU DÉNI

Une première manière d'aborder la question des violences sexuelles faites aux enfants consiste à interroger le déni social qui les entoure. De nombreux travaux, en particulier dans le champ du travail social, ont documenté la manière dont certaines institutions peuvent choisir de fermer les yeux face à ces violences.

Dans les établissements accueillant des enfants handicapés, se mettent parfois en place de véritables « pactes du silence ». Le psychosociologue Alain Giami a montré, à partir d'entretiens avec parents et

éducateurs, que les représentations sociales de la sexualité des enfants handicapés alimentent ce déni. Deux figures contradictoires émergent de ces discours :

- la première est celle de « l'ange », une représentation fréquemment portée par les parents, qui tend à nier toute sexualité à leur enfant ;
- la seconde figure est celle de « la bête », davantage évoquée par certains professionnels de terrain : des enfants, souvent adolescents ou jeunes adultes, perçus comme porteurs d'une sexualité incontrôlable, voire bestiale, jugée inéducable. Ces représentations extrêmes rendent difficile toute approche éducative, préventive ou protectrice, et nourrissent un climat d'invisibilisation.

Selon Alain Giami, cette dynamique est renforcée par des mécanismes collectifs de justification au sein des institutions. Il s'agit, par exemple, de renvoyer la responsabilité de l'éducation à la sexualité exclusivement aux familles, de prétendre n'avoir jamais été confronté à ce type de situation, ou encore d'affirmer que ce n'est pas le rôle des professionnels d'agir dans ce domaine. Ce faisceau d'arguments contribue à neutraliser la question, à minorer les faits, et *in fine* à organiser un déni collectif.

Un autre levier d'explication du déni réside dans la manière dont le corps des personnes handicapées est socialement construit. De nombreuses recherches en sociologie, notamment anglo-saxonnes, ont mis en lumière une tendance à l'infantilisation persistante du corps, y compris à l'âge adulte.

Le sociologue britannique Tom Shakespeare a analysé cette dynamique à partir d'un vaste *corpus* d'entretiens avec des personnes handicapées. Il montre que ces dernières sont fréquemment perçues comme des « éternels enfants » sur le plan sexuel, comme si leur développement n'atteignait jamais un stade de maturité comparable à celui des personnes valides.

Cette perception, ancrée dans les discours professionnels, influence directement le regard porté sur les enfants handicapés : considérés comme ne suivant pas les trajectoires classiques de développement, ils sont souvent maintenus dans l'ignorance ou exclus des dispositifs d'éducation à la sexualité. Cette exclusion repose sur l'idée fautive selon laquelle ces enfants ne seraient pas « prêts », ni même destinés à pratiquer une sexualité autonome. Des données issues de pays anglo-saxons permettent de documenter ces mécanismes. En Australie, une

étude a révélé que seulement 7 % des enfants présentant une déficience intellectuelle avaient reçu une séance d'éducation à la sexualité, au sein d'une cohorte institutionnalisée. Les contenus dispensés étaient fréquemment inadaptés, soit à l'âge, soit aux capacités des enfants concernés.

Cette absence de socialisation sexuelle est encore plus prononcée chez les enfants de moins de 12 ans, systématiquement perçus comme relevant d'une innocence qu'il conviendrait de préserver. Ce présupposé, bien qu'intentionné, les prive d'outils essentiels de protection. Or, les études de victimisation montrent que les enfants handicapés de cette tranche d'âge sont parmi les plus exposés aux violences sexuelles.

L'effet cumulé de plusieurs vulnérabilités – être enfant, être handicapé, être victime – contribue à un effacement progressif, voire total, de ces situations de violences. Être enfant, c'est déjà être dans une position de domination face aux adultes ; être handicapé, c'est faire l'objet d'un regard normatif voire discriminant ; être victime, enfin, c'est souvent remettre en question un ordre social que beaucoup préfèrent préserver.

DES MÉCANISMES DE DÉNI MULTIPLES

Plusieurs mécanismes, relevant de différentes logiques institutionnelles, culturelles et cognitives contribuent au maintien du déni collectif concernant les violences sexuelles sur les enfants handicapés.

L'un des premiers ressorts du déni repose sur l'idée selon laquelle les enfants handicapés ne seraient pas en mesure de témoigner des violences qu'ils subissent. Cette croyance, profondément ancrée, contribue à justifier l'inaction des institutions. Elle se traduit concrètement dans le traitement différencié des auditions en justice.

Une étude suédoise, publiée en 2008, a comparé 40 auditions judiciaires d'enfants handicapés à 40 auditions d'enfants non handicapés. Les chercheurs ont constaté des différences notables dans le type de questions posées. Les enfants sans handicap se voyaient majoritairement poser des questions ouvertes – du type « Raconte-moi ce qui s'est passé » ou « Comment t'es-tu senti ? » – tandis que les enfants handicapés faisaient face à des questions fermées, à réponse binaire, telles que « Est-ce que X t'a touché ? »

Cette différence de traitement, souvent justifiée par le manque de temps ou les capacités présumées limitées des enfants, a un impact direct sur la recevabilité de leur témoignage : 67 % des auditions d'enfants sans handicap ont été jugées exploitables, contre seulement 12 % pour celles d'enfants handicapés.

DES VIOLENCES SITUÉES, SOUVENT COMMISES PAR DES PROFESSIONNELS

Les violences sexuelles sur les enfants handicapés se produisent fréquemment dans des contextes institutionnels. Une étude néerlandaise de 2015 portant sur 127 cas a révélé que :

- 34 % des violences ont lieu lors des soins corporels (toilette, douche, change) ;
- 28 % aux toilettes ;
- 19 % au moment du coucher ou du lever ;
- 12 % lors d'activités éducatives individuelles.

Dans 78 % des cas analysés, l'agresseur était un professionnel de l'établissement. Ces données mettent en lumière l'existence de situations à haut risque, souvent liées à la dépendance physique des enfants handicapés à l'égard des adultes encadrants.

Au-delà de la révélation des faits, la gestion institutionnelle des signalements constitue un obstacle majeur. De nombreux travaux, notamment anglo-saxons, ont montré la lenteur, la dilution des responsabilités et la complexité du traitement des cas.

Un article de 2005 retrace l'itinéraire d'un signalement de violence sexuelle présumée sur une fillette autiste de 9 ans en Australie. Il a fallu 124 jours pour que le dossier soit classé sans suite, faute de preuves. En comparaison, les dossiers concernant des enfants sans handicap étaient instruits en moyenne en 42 jours. Ce délai est en partie expliqué par l'absence de professionnels formés à recueillir la parole de jeunes enfants handicapés.

Enfin, une autre forme de déni s'exerce à travers la lecture des symptômes. Une étude britannique de 2011 a soumis des cas cliniques identiques à deux groupes de professionnels, en variant uniquement une variable : la présence ou non d'un handicap chez l'enfant.

Les symptômes décrits incluaient des troubles du sommeil soudains, des refus d'activités, une régression du langage, une énurésie secondaire et la production de dessins à caractère sexuel. Lorsque l'enfant était décrit comme non handicapé, 68 % des professionnels évoquaient un possible abus sexuel. Ce chiffre tombait à 31 % lorsque l'enfant était présenté comme en situation de handicap.

DES PISTES CONCRÈTES POUR AGIR

A partir des années 1990, des pistes d'action concrètes ont été explorées et expérimentées. Ce tournant s'explique en partie par une prise de conscience liée à la prévalence du VIH au sein d'institutions accueillant des personnes handicapées, y compris en France. Plusieurs pays ont alors mis en place des programmes d'éducation à la sexualité adaptés, accompagnés d'évaluations scientifiques visant à en mesurer les effets concrets.

Le programme britannique SAFE (Sexual Awareness For Everyone) a été conçu pour agir simultanément à quatre niveaux :

1. **Après des enfants** : par des ateliers précoces sur la notion de consentement, encore largement absente des programmes d'éducation à la sexualité avant le collège.
2. **Après des familles** : en les formant à la reconnaissance des signaux d'alerte.
3. **Après des professionnels** : avec des formations spécifiques sur la manière d'aborder et d'écouter la parole des enfants handicapés.
4. **Au sein des institutions** : par la révision des protocoles de recueil de la parole et de signalement, fondée sur une meilleure connaissance des obligations juridiques.

Trois ans après sa mise en œuvre, l'évaluation du programme SAFE montrait des résultats probants :

- +43 % de signalements
- +70 % de confirmations lors des enquêtes
- -28 % de récidives

En France, le programme conçu par la sexopédagogue Catherine Acté-Disran, comprenant 15 séances sur 6 mois, a été mené auprès de 135 jeunes en situation de handicap. Utilisant pictogrammes, jeux de rôles et

groupes de parole, ce programme a permis de constater :

- +27 % d'enfants capables de reconnaître une situation inappropriée
- +34 % capables d'exprimer un refus
- +40 % prêts à signaler une situation problématique
- 73 % ayant conservé ces compétences six mois après la fin de la formation

De son côté, le programme québécois « Entendre et comprendre » s'est centré sur la formation des professionnels. Après 40 heures de formation, les intervenants affichaient un taux de détection des violences supérieur à 60 %, associé à une hausse significative des signalements dans les établissements partenaires.

Ces expériences démontrent qu'un changement est possible, à condition de reconnaître que le déni des violences sexuelles sur les enfants handicapés relève d'une construction sociale et institutionnelle. Ce déni peut ainsi être déconstruit par l'action collective, la formation, la mise en place de protocoles adaptés et l'écoute attentive de la parole des enfants afin de transformer notre système de représentations et de pratiques.



Pour aller plus loin

- **Stanley Cohen**, *States of Denial: Knowing about Atrocities and Suffering*, Cambridge: Polity Press, 2001.
- **Alain Giami, Chantal Humbert, Dominique Laval**, *L'Ange et la Bête : Représentations de la sexualité des handicapés mentaux par les parents et les éducateurs*, 1983
- **Tom Shakespeare**, *The Sexual Politics of Disability, twenty years on*, 1996
- **Hughes et al.**, «Prevalence of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies», *The Lancet*, 2012



QUESTION / RÉPONSE

Salle : « *Je voulais savoir s'il existait des lectures spécifiques sur les entretiens avec des enfants polyhandicapés non-verbaux. On parle souvent des enfants capables de répondre, mais peu de ceux qui n'ont pas accès à la parole.* »

Pierre BRASSEUR : *Il existe effectivement quelques travaux sur le sujet, mais la littérature scientifique reste encore peu développée. Les publications disponibles proviennent majoritairement de la recherche anglo-saxonne. Elles abordent les difficultés majeures du recueil de la parole chez les enfants polyhandicapés non-verbaux, tout en proposant certains outils ou pistes méthodologiques adaptés. Toutefois, ces ressources restent rares et souvent peu diffusées en contexte francophone.*

UN TÉMOIGNAGE DE TERRAIN

Salle : Une psychologue exerçant à l'Office des mineurs a témoigné des adaptations nécessaires dans les protocoles d'audition : « *Ces enfants ne peuvent pas répondre à des questions ouvertes, et leur temps de concentration est limité.* »

Elle a souligné la complexité des auditions judiciaires, notamment :

- la limitation de compréhension, rendant inopérantes les méthodes classiques,
- la nécessité de temps d'audition plus courts,
- l'obligation d'une adaptation très fine des dispositifs utilisés.

Plusieurs intervenants ont plaidé pour une préparation approfondie en amont, une adaptation du questionnement aux moyens de communication de l'enfant, et le refus d'une approche unique et rigide.

Pierre BRASSEUR : *Les exigences actuelles de preuve en matière judiciaire sont rarement compatibles avec les modalités de témoignage possibles chez les enfants en situation de handicap, posant ainsi une question centrale d'égalité juridique.*



Intervention croisée

LIBÉRER LA PAROLE POUR ACCOMPAGNER LES ENFANTS VICTIMES EN SITUATION DE HANDICAP

Par Alice CASAGRANDE, secrétaire générale de la CIIVISE et Marilyn POUÉYTO, administratrice ISAAC francophone, engagée sur la question des violences sexuelles



LA CIIVISE, C'EST QUOI ?

La commission indépendante sur l'inceste et les violences sexuelles faites aux enfants (CIIVISE) a pour mission de recueillir la parole des victimes, de comprendre les mécanismes des violences et de proposer des politiques publiques plus protectrices. Depuis sa création en 2020, elle a réalisé de nombreux travaux :

- ▶ le rapport « Violences sexuelles faites aux enfants : on vous croit » publié en 2023 et qui comprend 82 recommandations adressées aux pouvoirs publics ;
- ▶ l'outil de formation concret « Melissa et les autres », composé d'un livret et d'un court métrage ;
- ▶ l'appel à témoignages reste ouvert via la ligne du Collectif Féministe contre le Viol (0 800 05 95 95).



Quelles actions pour les enfants handicapés ?

Alice CASAGRANDE : Beaucoup d'enfants en situation de handicap n'appellent jamais les lignes d'écoute. Ils ne témoignent pas, ou ne peuvent pas le faire. C'est pourquoi nous avons choisi une approche différente : l'aller-vers. Nous savons que les dispositifs traditionnels ne suffisent pas. Il faut adapter les moyens de communication, les lieux d'accueil, la formation des professionnels.

Nous avons commencé à rendre nos supports accessibles en Facile à Lire et à Comprendre (FALC). Ce travail d'adaptation a eu des effets très concrets : lors d'un premier test, un enfant a révélé avoir été victime de violences sexuelles simplement en reconnaissant un pictogramme. Ce moment a été pour nous un choc, une évidence.

« Rendre un message accessible, c'est déjà ouvrir une porte à la parole. »

Alice Casagrande

Nous poursuivons donc ce travail d'accessibilité avec l'objectif de permettre à tous les professionnels, éducateurs, enseignants, soignants, d'utiliser ces supports dans leurs structures.

En parallèle, nous menons un partenariat avec le Comité interministériel du handicap (CIH) pour équiper les centres Intimagir de poupées pédagogiques afin d'aborder la notion d'intimité dès le plus jeune âge. Ces outils servent à parler d'intimité et de respect du corps. Ils sont destinés à instaurer une pédagogie du consentement, du respect du corps.

Sous l'impulsion de Marie Rabatel, notre prochaine rencontre annuelle sera entièrement consacrée à ce thème. Nous voulons continuer à rendre visible l'invisible, à dire ce qui dérange, à proposer des réponses concrètes.



Comment la CIIVISE va-t-elle vers les enfants ?

Alice CASAGRANDE : La CIIVISE se rend régulièrement dans les écoles et les lycées pour rencontrer les enfants et adolescents. Nous échangeons avec eux sur ce qu'ils aimeraient apprendre, ce qu'ils comprennent du consentement, des relations, du respect du corps.

Lors d'une de ces rencontres, un adolescent en situation de handicap nous a raconté qu'il avait été harcelé sexuellement sur les réseaux sociaux, avant de se retrouver lui-même entraîné dans des comportements violents envers d'autres. Cette superposition de la victime et de l'auteur nous interroge profondément. Elle montre à quel point la vulnérabilité, la méconnaissance des limites et l'absence de soutien peuvent transformer la souffrance en violence.

« *Rendre visible l'invisible,
c'est déjà commencer à réparer.* »

Alice Casagrande

La protection des enfants en situation de handicap exige de croiser accessibilité, écoute, formation et engagement collectif. Nous avons désormais les outils, mais ils ne prendront sens que si nous avons le courage, ensemble, de regarder en face ce que nous ne voulons pas voir.

TEMOIGNAGE DE MARILYN POUEYTO

Hugo, a révélé en 2021 avoir été victime de violences sexuelles. Aujourd'hui, je veux témoigner, non pas comme experte, mais comme mère, pour briser le silence qui entoure ces violences, en particulier lorsqu'elles concernent des enfants en situation de handicap.

Quand Hugo a parlé, j'ai découvert la réalité des chiffres, de ces violences invisibles et tues, particulièrement fréquentes chez les enfants handicapés. J'ai aussi découvert un double tabou : celui du handicap et celui de la sexualité, deux sujets que notre société peine encore à affronter.

« *Les violences sexuelles ne sont pas qu'une question de sexualité : ce sont avant tout des violences, des rapports de domination.* »

Marilyn Poueyto

Lorsque mon fils a révélé les faits, c'était un mardi soir. Par chance, le lendemain était un jour sans auxiliaire, c'est elle qui l'avait agressé. Si elle avait dû venir, que faire ? Hugo a besoin d'un accompagnement permanent. Comment laisser son enfant entre les mains de celle qui l'a détruit ?

Depuis ce jour-là, ma vie professionnelle s'est arrêtée. Je suis restée auprès de lui. Et je sais que toutes les familles n'ont pas cette possibilité.

DES VIOLENCES ENRACINEES DANS UN CONTINUUM

Les violences ne surgissent pas de nulle part. Elles s'enracinent dans un continuum de maltraitements, parfois éducatifs, parfois institutionnelles.

Notre système valorise trop souvent la conformité, l'obéissance, la docilité. Comme l'écrit Marie Rabatel, cela fabrique des « petits soldats de soumission ». Dans ce contexte, le consentement devient flou, la parole impossible.

Le handicap accentue cette dépendance. Le corps devient objet de soin, d'intervention, parfois de possession. L'intime est sans cesse franchi. Si l'on n'y prend garde, on glisse d'une attention nécessaire à un climat incestuel, sans même s'en rendre compte.

Ancienne enseignante, je suis convaincue qu'il faut apprendre à nos enfants à penser par eux-mêmes, pas seulement à obéir. Il faut instruire les enfants, pas les éduquer à la soumission. Développer leur libre arbitre, leur esprit critique, leur droit à dire "non".

Hugo, avant de parler, exprimait son mal-être autrement : des troubles du sommeil, de l'alimentation, des douleurs. Ces signaux faibles, nous devons apprendre à les lire. C'est un devoir collectif.

Nous devons tous être vigilants. Alerter, accompagner, écouter.

Nous devons surtout changer notre regard sur les personnes handicapées : les considérer comme des sujets de droits, non des objets de soin.



**LES CENTRES INTIMAGIR :
UNE RESSOURCE ESSENTIELLE**

Les centres ressources Intimagir proposent des interventions préventives en direction des enfants, des familles et des professionnels. Leur mission principale est de prévenir les violences, envers les enfants et les personnes en situation de handicap. En leur apportant des outils, ils leur permettent de bénéficier d'une éducation à la vie affective, intime et sexuelle.

**MON PARCOURS HANDICAP : UNE PORTE
D'ENTRÉE EN LIGNE**

Le site Mon Parcours Handicap permet de savoir où trouver les ressources, à travers deux rubriques dédiées :

- ▶ l'une sur la vie intime, affective et sexuelle,
- ▶ l'autre sur les violences.

Par exemple, si vous cherchez le centre Intimagir à côté de chez vous, vous allez sur Mon Parcours Handicap et vous le trouverez.

Le site mettra aussi bientôt en ligne quatre modules d'auto-formation, déjà disponibles sur le site de l'association Mémoire Traumatique de Muriel Salmona. Ils abordent des questions pratiques (« Que faire si je suis témoin ? ») mais aussi des explications sur le psychotraumatisme.

CONSTRUIRE UNE POLITIQUE PUBLIQUE DE PRÉVENTION ET DE LUTTE CONTRE LES VIOLENCES SEXUELLES (INTERVENTION CROISÉE)

Par Céline POULET, secrétaire générale du Comité interministériel du handicap et Claire SIXDENIER, chargée de mission violences, médecine légale, psycho-traumatisme, à la direction générale de l'offre de soins

Céline POULET et Claire SIXDENIER ont dressé un large panorama des ressources existantes pour aider les professionnels à mieux prévenir et prendre en charge les violences faites aux enfants et aux personnes en situation de handicap. Un fil conducteur revient sans cesse : faire connaître ce qui existe déjà et créer des ponts entre ces ressources.

La France n'est pas en manque de ressources. Ce qui manque, c'est leur diffusion, leur appropriation par les équipes et la mise en lien entre elles.

Il faut une mobilisation collective, interministérielle, qui associe les professionnels, les enfants, les familles, et les personnes en situation de handicap elles-mêmes. Car, elles sont « les boussoles de nos politiques publiques ».

LA RECOMMANDATION DE BONNES PRATIQUES « ACCOMPAGNER LA VIE INTIME, AFFECTIVE ET SEXUELLE DES PERSONNES EN ESSMS »

Cette recommandation de bonnes pratiques propose des pistes de travail afin de favoriser la prise en compte des souhaits, désirs et inspirations des personnes accompagnées, notamment des enfants en situation de handicap.

FOCUS SANTÉ : HANDICAP GYNÉCO

Le dispositif Handicap Gynéco est en cours de généralisation. Ce sont des sages-femmes qui viennent dans les établissements, formées pour accompagner les femmes en situation de handicap. Parfois, c'est la première fois qu'une femme voyait un gynécologue. On mesure le retard accumulé.

Ce dispositif vise donc à la fois l'accès aux soins, la prévention des violences, et la formation des professionnels.

FOCUS : LES UAPED, UN MAILLON ESSENTIEL, ENCORE TROP MÉCONNU

Lorsqu'un enfant est victime de violence ou de viol, le psychotraumatisme peut bouleverser sa vie entière. Sans accompagnement, l'enfant risque de rester enfermé dans un rôle de victime ou, à l'inverse, de devenir agresseur.

C'est pourquoi les Unités d'Accueil Pédiatriques Enfants en Danger (UAPED), qui prennent en charge de manière globale et pluridisciplinaire les enfants victimes ou susceptibles de l'être, sont si importantes.

D'où la nécessité de petites fiches pratico-pratiques, en cours de construction, pour outiller les professionnels à préparer et conduire ces entretiens.

« Quand nous avons rencontré les UAPED, ils nous ont dit : des enfants en situation de handicap, non, on n'en voit pas. Pourquoi ? Parce qu'on n'a pas le réflexe de les y adresser. Et quand ils y arrivent, rien n'est préparé : pas d'interprète en langue des signes, pas d'outils adaptés... alors l'entretien ne peut pas avoir lieu. »

« On crée sans cesse de nouveaux dispositifs, mais on ne laisse pas le temps que les précédents irriguent. Avant d'inventer encore, stabilisons la connaissance et utilisons ce qui existe. »

LA CIRCULAIRE DE 2021 : UN CADRE ÉCLAIRANT MAIS MÉCONNU

Un autre outil existe, mais reste trop peu connu : la circulaire de 2021. Elle ne se limite pas aux violences : elle aborde aussi la vie intime, affective et sexuelle, et précise la responsabilité pénale des professionnels.

+
En savoir plus : circulaire du 5 juillet 2021 « relative au respect de l'intimité, des droits sexuels et reproductifs des personnes accompagnées dans les établissements et services médico sociaux relevant du champ du handicap et de la lutte contre les violences »

LA MIPROF : DÉTECTER LES PRÉDATEURS

La MIPROF (Mission interministérielle de protection contre les violences et la traite des êtres humains) propose des modules de formation, dont un particulièrement utile sur la détection des prédateurs.

C'est un outil essentiel pour protéger à la fois les enfants et les équipes.

DE LA PAROLE COLLECTIVE À LA PAROLE INDIVIDUELLE

*Mélanie DUPONT,
présidente de l'Association « Contre les violences sur mineurs », psychologue au
sein de l'unité médico-judiciaire de Paris à l'Hôtel Dieu, et membre de la CIIVISE*

*Anne-Lise LAVAUUR,
chargée de mission de l'Association « Contre les violences sur mineurs »*

*Hélène POHU,
sociologue de l'Association « Contre les violences sur mineurs »*

*Christelle TCHIEMOU,
éducatrice spécialisée au DITEP « Le petit prince*

*Séverine BARATAUD,
infirmière au DITEP « Le petit prince »,*

*Marylin POUETO,
formatrice en CAA*

Intervention magistrale

REPÉRER LES SIGNAUX PHYSIQUES ET PSYCHIQUES

Par **Mélanie DUPONT**, présidente de l'association « Contre les violences sur mineurs », psychologue au sein de l'unité médico-judiciaire de Paris à l'Hôtel Dieu, et membre de la CIIVISE.

L'ASSOCIATION CONTRE LES VIOLENCES SUR MINEURS



L'association CVM, fondée en 2008, œuvre à la prévention des violences faites aux enfants. Elle concentre aujourd'hui ses actions autour de trois missions principales :
l'amélioration des connaissances à travers la recherche,
la création d'outils et de ressources pédagogiques numériques,
la sensibilisation et la formation sur de nombreux sujets liés aux violences.

ACCUEILLIR LA PAROLE DE L'ENFANT

Les professionnels évoluent dans un système institutionnel et social qui influence leur manière de travailler et d'écouter les enfants. En tant que psychologue, je m'intéresse à ce que ces systèmes font vivre aux professionnels : quels blocages ? quelles résistances ? quelles difficultés à être disponibles ? Car même si les jeunes essaient de s'exprimer, encore faut-il être en mesure de recevoir ce qu'ils disent.

Le concept d'injustice testimoniale forgé par la philosophe Miranda Fricker est particulièrement éclairant. Il désigne la situation où un individu subit un déficit injustifié de crédibilité du seul fait de son identité ou de son statut. Cette notion résonne avec les réalités vécues par les enfants en situation de handicap ou en difficulté : ils sont souvent perçus comme moins crédibles, moins capables de dire vrai, simplement parce qu'ils sont enfants et porteurs de troubles ou en situation de vulnérabilité.

À cela s'ajoutent des biais éducatifs, culturels et professionnels ancrés. Il ne s'agit pas de culpabiliser les professionnels, mais d'inviter chacun à prendre conscience de ces déterminants invisibles qui façonnent nos perceptions et modèlent notre manière de voir et de réagir. Pour dépasser ces automatismes, une posture contre-intuitive est nécessaire : faire ce fameux pas de côté, interroger ses réflexes, ses jugements hâtifs, ses interprétations.

L'INFANTISME ET LES MULTIPLES VULNÉRABILITÉS

Les travaux de Leïla BENOÎT, pédopsychiatre, sur l'infantisme, montrent comment, dans la culture éducative dominante, les enfants sont maintenus dans une posture de dépendance. Ce rapport d'infériorité affecte la manière dont les adultes reçoivent leur parole.

Le croisement entre plusieurs facteurs de vulnérabilité – enfant, situation de handicap, isolement – fragilise la possibilité de dire et la capacité de l'adulte à entendre.

De plus, une étude synthétique montre que les troubles cognitifs, la mémoire, la difficulté de repérage dans le temps et l'espace, les troubles de compréhension ou d'expression – qu'ils soient verbaux ou non – viennent compliquer la perception de la crédibilité de l'enfant.

Mélanie DUPONT : *Les données sont sans équivoque : les enfants en situation de handicap sont deux à quatre fois plus exposés aux violences sexuelles. Ces violences sont souvent plus graves, plus répétées, et le risque de revictimisation est plus élevé. Pourtant, les révélations restent rares, tardives et très difficiles à formuler, en particulier pour les enfants ayant des troubles cognitifs ou de langage. Parfois même, l'enfant ne parvient pas à identifier ce qu'il vit comme une violence.*

REPÉRER LES SIGNES DE VIOLENCES SEXUELLES

Le traumatisme ne s'exprime pas d'abord par les pensées ou les émotions, mais par les sensations qui prennent le dessus, surtout lorsqu'il s'agit de violences sexuelles. C'est pourquoi il faut être attentif aux signes, parfois très discrets, que le corps et les comportements peuvent révéler, aussi bien chez les jeunes victimes que chez les professionnels qui les accompagnent.

Il n'existe pas de signe unique, ni même de signe spécifique, permettant de conclure à l'existence de violences sexuelles. Ce sont des faisceaux d'indices, des signaux faibles, des modifications subtiles qui, ensemble, peuvent alerter.

Une étude irlandaise de 2011, toujours d'actualité, insiste sur l'importance d'être attentif aux signes comportementaux, aux plaintes somatiques récurrentes, aux régressions, aux changements brusques d'attitude.

Parmi les signes physiques, sont évoqués les maux de ventre, de tête, irritations cutanées, douleurs, troubles gynécologiques ou anaux, infections, grossesse... Autant de signaux qui doivent alerter.

Les mécanismes de dissociation, fréquents en contexte de traumatisme, se traduisent parfois par une anesthésie émotionnelle ou une déconnexion corporelle et peuvent se manifester parfois par une plainte somatique répétée, comme « j'ai mal au ventre ». Ces plaintes corporelles répétées sont souvent les seuls moyens d'expression possibles pour les enfants les plus en difficulté.

S'agissant des signes comportementaux, certains enfants peuvent être invisibles, hyper-adaptés, d'autres bruyants, provocateurs. Les changements de comportements sont souvent évoqués comme signaux d'alerte. D'où l'intérêt de prendre en compte :

- les troubles du sommeil et de l'alimentation ;
- l'agressivité, l'isolement, les nouvelles peurs ;
- les comportements sexualisés (avec prudence : tout comportement de ce type ne renvoie pas à une violence) ;
- les tentatives de suicide, y compris chez des enfants très jeunes ;
- les régressions, les phobies soudaines, les refus de voir certaines personnes ou d'aller dans certains lieux.

Il importe de ne pas avoir une interprétation trop littérale ou trop hâtive : aucun comportement ne signifie à lui seul l'existence d'une violence. C'est dans leur contexte, dans leur répétition, dans leur incohérence avec le développement de l'enfant qu'ils doivent être pensés.

Certains enfants, notamment ceux dont les violences sont anciennes ou chroniques, ne présenteront aucun changement de comportement, car ils n'ont jamais connu d'« avant ». Ce sont ces situations à bas bruit, invisibles, qui nécessitent le plus d'attention.

Les interactions avec les autres sont également un indicateur : proximité excessive, gentillesse extrême, recherche constante d'attention peuvent révéler des troubles d'attachement.

Les publications centrées sur les spécificités du repérage chez les enfants handicapés sont extrêmement rares, même si les études montrent que les conséquences du trauma sont comparables à

celles vécues par d'autres enfants, avec des expressions différentes.

Face à cette complexité, une posture clinique, patiente, fine, individualisée doit être adoptée : celle de la « dentelle ». Il s'agit de construire une lecture de chaque situation à partir du jeune lui-même, de son histoire, de son fonctionnement, de son environnement. Et surtout, de ne pas cloisonner les symptômes dans des catégories trop rigides. Une fiche du CN2R qui croise les manifestations du trouble de stress post-traumatique avec celles du trouble du spectre de l'autisme, montre à quel point les signes peuvent se recouper et brouiller les repères.

Le diagnostic différentiel, emprunté à la médecine, doit devenir une posture réflexe : face à un comportement inhabituel ou un symptôme, poser l'hypothèse que cela pourrait être lié à une situation de violence, et non automatiquement à une manifestation du handicap ou d'un trouble connu.

Les professionnels doivent se méfier des certitudes et des réflexes de pensée : « Ce jeune-là, je le connais, il est comme ça ». C'est justement parce qu'il est bien connu qu'un changement ou un signal faible mérite d'autant plus d'attention.

Les violences sexuelles peuvent être parfaitement compatibles avec un quotidien routinier, sans manifestations spectaculaires. Il n'est pas rare que l'on découvre a posteriori que des enfants ou des adolescents ont subi des violences sans que leur entourage, pourtant vigilant, n'en ait eu le moindre soupçon.

ERIGER UN CADRE INSTITUTIONNEL SOUTENANT

Il est nécessaire de réfléchir collectivement, au sein des équipes, des institutions, aux mécanismes de réception et de traitement de la parole.

Les recommandations du rapport irlandais de 2011 sont intéressantes à prendre en compte :

- former au repérage et à la réception de la parole ;
- adapter les outils à la personne ;
- créer des espaces sécurisés de parole ;
- prendre toute révélation au sérieux, même floue ;
- impliquer activement les personnes en situation de handicap dans les politiques de prévention.

Afin de soutenir les professionnels, une différence entre recueil et accueil de la parole doit être opérée. Le recueil de la parole appartient aux forces de l'ordre, dans un cadre judiciaire. A contrario, les professionnels du soin ou de l'accompagnement doivent accueillir, sans chercher à investiguer. L'objectif est de transmettre les éléments en leur possession aux autorités compétentes via un signalement, sans entrer dans une démarche d'enquête.

Chaque professionnel peut devenir un maillon essentiel de la protection. Cela passe par la posture, l'écoute, la vigilance, la collaboration interdisciplinaire, et surtout, par le fait de ne jamais renoncer à poser la question du danger, même dans les contextes où l'on pense que l'enfant est déjà protégé.



Pour aller plus loin

- la philosophe Miranda Fricker
- travaux de Leïla Benoît sur l'infantisme,
- fiche du CN2R



QUESTION / RÉPONSE

Salle : « Quelles sont les alertes qui doivent nous amener sur le traitement du trauma ? Si le traumatisme n'est pas reconnu, ou que l'affaire est classée sans suite, comment peut-on travailler ensuite ? »

Mélanie DUPONT : *Ce qui compte avant tout, c'est la relation thérapeutique, le fait qu'il y ait de l'humain en face. Même si la personne en face ne comprend pas tout, mais qu'elle est vraiment présente, rien que ça, c'est déjà réparateur. Bien sûr, on peut passer à côté, et c'est alors une perte de chance, parce que l'accompagnement ne sera peut-être pas aussi adapté qu'il le faudrait pour améliorer l'état de la personne et l'aider à se libérer de la trace traumatique. Mais s'il y a de la présence humaine, c'est déjà beaucoup. La fonction éducative, c'est aussi de ne rien fermer. Parfois, il faut simplement être un « enregistreur » : accueillir ce qui est dit sans vouloir reformuler ou éduquer, sans chercher à mettre d'autres mots à la place. C'est un positionnement difficile, car on a souvent tendance à vouloir expliquer. Mais si on ferme la parole, cela renforce le refoulement, ce qui prolonge la souffrance. Et plus cela dure, plus la personne traumatisée s'épuise.*

C'est pourquoi nous sommes tous collectivement responsables de l'accueil et de la transmission de la parole, pas du recueil, mais bien de l'accueil. Il s'agit de se mettre à hauteur d'enfant, de sortir de nos logiques d'adultes pour essayer de comprendre ce que l'enfant vit et perçoit.



Table ronde

RECUEILLIR LA PAROLE DE CHAQUE ENFANT DANS LES MEILLEURES CONDITIONS

Anne-Lise LAVAU, chargée de mission, et Hélène POHU, sociologue, de l'association « Contre les violences sur mineurs », Christelle TCHIEMOU, éducatrice spécialisée, et Séverine BARATAUD, infirmière au DITEP « Le petit prince », Marylin POUETO.



Pouvez-vous nous présenter le projet de mallette pédagogique menée par l'association CVM ?

Anne-Lise LAVAU, chargée de mission, et Hélène POHU : Le cœur du projet, que nous allons vous présenter aujourd'hui est la création d'une mallette pédagogique en lien avec la mesure 5B du Plan de lutte contre les violences faites aux enfants 2023-2027.

Pour la première fois, une mesure concerne à la fois le médico-social, la protection de l'enfance et la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ). Et c'est une avancée majeure : reconnaître la transversalité du parcours des enfants. Un enfant vulnérable aujourd'hui, c'est un enfant qui passe de l'Institut médicoéducatif (IME) à la famille d'accueil, de l'école externalisée au rendez-vous thérapeutique, du taxi au retour chez ses parents le week-end. Ces parcours multiples rendent d'autant plus nécessaire une approche commune, une continuité dans la protection et dans l'écoute.

Cette mallette vise à outiller à la fois les enfants et les professionnels pour que les structures deviennent des lieux sécurisants et contenant, où la parole peut circuler. L'enfant doit pouvoir parler, déposer ce qu'il vit, quel que soit l'endroit où il se trouve : en famille d'accueil, en établissement, à l'école. Cela suppose que nous soyons tous autour de lui, reliés par un langage et des pratiques communes.

Les travaux, et les témoignages de terrain issus des entretiens sociologiques que nous avons menés auprès de professionnels, ont montré à quel point le repérage reste difficile. On sait intellectuellement que ces violences existent, mais on ne les pense pas toujours concrètement. Et quand les enfants ne parlent pas, quand ils ont des difficultés de communication, le risque d'aveuglement est encore plus fort.

« Ce qui a été d'une grande violence pour moi, c'est la découverte des violences sexuelles. C'était impensable. »

(Témoignage de terrain)

« Nous n'avons pas les signaux. Nous voyons des troubles du comportement, mais nous ne pensons pas à la violence. »

(Témoignage de terrain)

C'est précisément ce que nous cherchons à changer avec la mallette pédagogique : aider à voir, à penser, à repérer.

Nous avons cherché à recenser les pratiques existantes, les outils déjà utilisés localement, pour ne pas tout recréer mais plutôt adapter et mutualiser. Nous avons réalisé deux grands questionnaires :
- l'un à destination des professionnels (1 000 réponses) ;
- l'autre pour les jeunes de 15 à 21 ans (500 réponses).

Ces contributions nourrissent notre réflexion. Elles montrent une vraie mobilisation, y compris de la part de services sans hébergement comme l'action éducative en milieu ouvert (AEMO), la prévention spécialisée ou l'accueil de jour. Cela prouve que la question du repérage des violences dépasse largement les murs des établissements.

Notre constat, aujourd'hui, c'est qu'il existe une multitude d'outils, une sorte de puzzle aux mille pièces, mais sans cadre commun. Beaucoup de professionnels nous disent :

« Nous n'avons pas d'outil, nous fonctionnons à l'observation, au ressenti, à l'échange entre collègues. »

(Témoignage de terrain)



Parmi les outils permettant de libérer la parole, pouvez-vous nous présenter la communication alternative et améliorée ?

« Comment accuser les agresseurs de ceux qui ne peuvent pas parler ? »

Verbatim d'Hugo

Marilyn POUEYTO : Cette phrase résume à elle seule toute la nécessité de mon engagement. Elle illustre combien la communication alternative et améliorée (CAA) peut jouer un rôle essentiel pour donner une voix à ceux qui n'en ont pas et, par là même, lutter contre les pratiques déshumanisantes.

LA COMMUNICATION ALTERNATIVE ET AMÉLIORÉE, C'EST QUOI ?



La CAA regroupe tous les moyens humains et matériels qui permettent de communiquer autrement ou mieux que par les modes habituels, lorsqu'ils sont absents ou altérés. Elle repose avant tout sur l'humain, la relation : des personnes qui possèdent des savoir-faire, des savoir-être et des outils servant de médiation. C'est donc une démarche relationnelle, et non un simple dispositif technique. Elle s'appuie sur une idée fondamentale : présumer des compétences de la personne, même lorsqu'elle n'est pas en mesure de parler.

Depuis quatre ans, je travaille sur la question du lien entre CAA et violences sexuelles. Et je constate que cette démarche est pertinente à chaque étape du parcours d'une personne victime :

- dans la prévention,
- dans l'accueil et le recueil de la parole,
- dans l'accompagnement thérapeutique et la prise en compte du traumatisme.

La CAA repose sur plusieurs principes essentiels. Le premier est la multimodalité : l'usage de plusieurs supports de communication. Parce que les mots ne suffisent pas toujours, il faut pouvoir s'appuyer sur des pictogrammes, des gestes, des tablettes, des images, des objets, des signes. Cette diversité est précieuse car elle s'adapte aux capacités, à la fatigue, à l'émotion ou au contexte de chaque personne.

Le second principe est celui du modèle de participation : on reconnaît que toute personne a droit à un accès à la communication, quel que soit son

niveau de compétence. Et cela prend tout son sens face aux violences sexuelles : ces violences peuvent toucher tout le monde, et chacun doit pouvoir être entendu.

Dans cette démarche, le partenaire de communication occupe une place essentielle. C'est la personne, parent, professionnel, éducateur, qui partage au quotidien le lien avec la personne non-oraisante.

C'est souvent à lui que la révélation de la violence parvient en premier. Il devient alors un maillon central, à la fois dans la prévention, l'accueil de la parole et l'accompagnement post-traumatique.

Mais cette place est difficile. Recevoir la parole d'un enfant victime, c'est être soi-même bouleversé.

«Le déni est un mécanisme de défense contre la peur. Prendre au sérieux un enfant qui révèle un viol, c'est accepter d'avoir dans sa pensée des images de l'insoutenable.»

Edouard Durand

Ce rôle de témoin et de relais de la parole suppose donc un soutien collectif. Personne ne doit être seul face à ce tsunami émotionnel. C'est pourquoi il est indispensable de travailler en maillage serré, entre familles, institutions, soignants, éducateurs, enseignants, psychologue.

Sur quel outils pratiques s'appuyer ?



Marilyn POUEYTO : Pour agir, il faut des outils concrets. J'en ai conçu plusieurs, à partir de ma pratique et des ressources existantes comme le podcast et le livre de Johanna Schmitt, Protéger son enfant des violences sexuelles. Ses recommandations sont simples et fondamentales :

- nommer les choses,
- recadrer les situations,
- parler du consentement,
- apprendre à dire non et à faire des choix,
- créer des temps d'échanges libres où la parole peut circuler sans tabou.

Ces principes m'ont guidée pour élaborer des supports adaptés à la CAA. Par exemple, j'ai conçu un tableau de communication pour la salle de bain, avec des pictogrammes permettant de nommer les parties du corps et de poser la question : « Est-ce que j'ai le

droit de te laver les oreilles ? ». Ce type d'outil sert à travailler le consentement, à identifier les zones intimes et à différencier un toucher approprié d'un toucher inapproprié.

Beaucoup d'adultes en situation de handicap ne savent pas nommer leurs parties génitales ; c'est dire l'importance de ce travail. Ces pictogrammes changent tout : il place la personne dans une position de décision. Elle peut dire non. Elle existe comme sujet.

J'utilise aussi des scénarios sociaux, co-construits avec la personne, pour établir des repères clairs : par exemple, dans le cadre de la toilette, on peut décider qu'on ne touche pas le corps de l'autre à main nue, mais avec un gant. Ces repères, une fois intégrés, permettent de signaler un manquement.

Il est essentiel de partager ces supports. Les nommer et les afficher, c'est aussi une manière d'alerter : cela signifie aux adultes présents, y compris à d'éventuels agresseurs, que la question des violences est travaillée, que les enfants sont informés, et donc moins vulnérables.

J'ai également expérimenté un outil de bilan de la journée, qui aide à instaurer un rituel de parole régulier. Chaque jour ou chaque semaine, on invite la personne à indiquer comment s'est passée sa journée, grâce à une échelle visuelle : « Super journée », « bonne journée », « journée moyenne », « mauvaise journée », « journée pourrie ».

Ensuite, on cherche à comprendre pourquoi : avec qui, à quel moment, dans quel contexte. Ces échanges réguliers tissent la confiance et permettent d'identifier plus tôt les situations à risque.

Enfin, il existe les Talking Mats, des tapis de communication pour aborder des sujets sensibles, notamment les violences sexuelles. Ils reposent sur des séries de pictogrammes que la personne place selon ce qu'elle ressent. Ce n'est pas tant le résultat qui compte que le processus de dialogue : les échanges, les hésitations, les émotions exprimées.

La communication alternative et améliorée est bien plus qu'un outil : c'est une philosophie de la relation. Elle repose sur la conviction que toute personne a quelque chose à dire, et que notre responsabilité, en tant qu'adultes, est de lui en donner les moyens.

Donner la parole à ceux qui ne peuvent pas parler, c'est leur redonner leur humanité, leur pouvoir d'agir, leur dignité. Et c'est, au fond, la meilleure manière de prévenir et de combattre les violences sexuelles.



Pour aller plus loin

Joanna SMITH, « Protéger son enfant des violences sexuelles », Dunod, 2024

En réalité, les outils existent, mais ils sont dispersés. Notre mission est donc de construire ce socle commun, ce langage partagé qui permettra à chacun de savoir quel outil mobiliser au bon moment, selon la situation et l'enfant concerné.

La future mallette ne sera pas une « Bible » figée, mais un outil agile et évolutif, conçu avec les enfants et pour eux. Elle proposera des ressources adaptées par tranche d'âge, de la petite enfance à l'adolescence, et des supports concrets pour aider les professionnels à repérer, accueillir et signaler les situations de violence.

QUELQUES OUTILS DÉJÀ RECENSÉS :

- ▶ la Charte des droits et libertés de la personne accueillie ;
- ▶ le violentomètre en FALC ;
- ▶ les cartes mentales de repérage des signaux ;
- ▶ les fiches Andy Connect qui permettent de questionner la nature des violences observées.



Pour aller plus loin

- Plan de lutte contre les violences faites aux enfants 2023-2027



BONNE PRATIQUE : LE REPÉRAGE DES SITUATIONS DE DANGER DANS LE DITEP LE PETIT PRINCE (GROUPE SOS)

Mettre en place un repérage systématique des situations de danger (violences, conduites à risque) auprès des jeunes accompagnés, afin d'assurer une prévention précoce et une meilleure protection.

OBJECTIFS

OUTILS ÉLABORÉS

Un questionnaire interne en direction des jeunes, constitué de plusieurs parties :

- Conduites à risque : consommation de substances, comportements dangereux, sexualité précoce
Ces échanges sont l'occasion d'une prévention directe (effets, risques, alternatives).
- Violences physiques, psychologiques ou sexuelles avec des questions adaptées selon l'âge et la compréhension du jeune. Par exemple : « Est-ce qu'on t'a déjà fait faire des choses qui t'ont mis mal à l'aise ? »

ENTRETIEN IDENTIFIÉ ET DÉDIÉ

ENJEUX ET RETOMBÉES

Favoriser l'expression des jeunes, y compris en dehors de l'entretien (repas, ateliers).

- Développer des ateliers de prévention sur la sexualité, les addictions, les médias et le consentement.
- Soutenir une culture commune de la protection au sein de l'équipe.
- En cas de situation à risque, signalement immédiat par la direction aux autorités compétentes.

- Un entretien est conduit par un éducateur référent (choisi selon le lien de confiance du jeune) et l'infirmière. Il vise à déculpabiliser, encourager la parole et rappeler l'importance du signalement, quel que soit le lieu des faits. Ces échanges permettent de déployer une prévention directe.
- Il se déroule dans un espace sécurisé, dans les quatre premiers mois d'accueil, puis est renouvelé chaque année.
- Les données sont archivées dans un logiciel interne

DU MANQUE DE SOLUTIONS À L'ÉMERGENCE DE RÉPONSES EFFICACES

*Dr Sandrine BONNETON,
pédopsychiatre, au sein d'un CRIAVS (Centres Ressources pour les Intervenants auprès des
Auteurs de Violences Sexuelles)*

*Karine POUILLEN,
responsable juridique de l'ARSEAA*

*Céline DILANGU,
ARSEAA*

*Rosine CERES,
ARSEAA*

*Laurine ZERKA,
ARSEAA*

*Jeanne DUBOIS,
ARSEAA*

Intervention croisée **COMPRENDRE LES MANIFESTATIONS TRAUMATIQUES DE L'ENFANT ET Y RÉPONDRE 1/2**

Dr Sandrine BONNETON, pédopsychiatre, au sein d'un Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIAVS)

Aujourd'hui, je vais vous partager une réflexion sur les comportements sexuels problématiques (CSP) observés chez des enfants et adolescents en situation de handicap, et sur la manière de les comprendre comme manifestations possibles d'expériences traumatiques.

Les situations que je vais évoquer concernent des enfants présentant un handicap cognitif ou psychique, accompagnés par l'Aide sociale à l'enfance, suivis en IEM ou en pédopsychiatrie. Ces situations illustrent à la fois des enjeux cliniques, mais aussi institutionnels et familiaux.

LA NOTION DE COMPORTEMENTS SEXUELS PROBLÉMATIQUES (CSP)

La recherche nord-américaine sur les CSP remonte aux années 1980, mais ce n'est que récemment que la question a gagné en visibilité en France.

On parle de CSP lorsqu'un enfant manifeste des comportements sexuels inappropriés sur le plan développemental et potentiellement néfastes pour lui-même ou pour autrui. Ils se distinguent des jeux sexuels ordinaires, spontanés et mutuels tels que le jeu du docteur par exemple. Les CSP sont fréquents chez les enfants vulnérables suivis par l'ASE, la PJJ ou le médico-social (entre 10 et 30 % des situations). Les CSP peuvent être réactionnels, mutuels ou agressifs, selon leur intensité, leur contexte et leur intentionnalité. Les situations les plus préoccupantes sont celles où les CSP sont fréquents, intenses et interfèrent avec le développement social, affectif ou cognitif de l'enfant.

Action du CRIAVS :

Lors des entretiens de thérapie familiale, il révèle rapidement avoir été exposé très jeune à la sexualité de son frère aîné (pornographie, masturbation). Dès la première consultation de thérapie familiale, les CSP cessent. Pourtant le CRIAVS est de nouveau sollicité par l'IME, qui ne conçoit pas que Lucas puisse passer de manifestations sexuelles inadaptées à une psycho-sexualité normale. Cette situation souligne la part persistante des fantasmes et représentation professionnels face aux CSP.

Les mineurs représentent aujourd'hui près de la moitié des mises en cause pour des faits de violences sexuelles sur mineurs.

La majorité ne présente ni troubles psychiatriques ni comportements de prédation, et les plus jeunes (moins de 13-14 ans) posent la question du discernement, souvent altéré, particulièrement en cas de handicap.

Les CSP chez ces jeunes s'inscrivent souvent dans des contextes traumatiques, faits de négligences, maltraitements ou expositions précoces à la sexualité.

Ils ne relèvent donc pas d'une seule causalité mais un modèle multifactoriel, où se croisent les dimensions individuelles, relationnelles, familiales et institutionnelles.

L'enjeu pour nous, au CRIAVS, est d'aider les équipes à penser ces comportements sans les réduire à la dangerosité, à travailler le sens des actes et à ne pas reproduire l'exclusion que ces enfants ont souvent déjà subie.

Penser les comportements sexuels problématiques, c'est avant tout penser la souffrance, la confusion et la solitude de ces enfants.

Notre rôle est d'offrir un cadre clinique et institutionnel contenant, permettant à la fois la protection, la compréhension et la reconstruction psychique.

LES CRIAVS, C'EST QUOI ?



Les CRIAVS (Centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles) sont des structures de services publics, rattachées à des établissements hospitaliers. Ils se composent d'équipes pluridisciplinaires à dominante soignante, mais aussi de juristes et de sociologues. Ils mènent des actions de formation, de recherche, d'appui aux professionnels et proposent des évaluations cliniques et des soins spécialisés, en complément des dispositifs de droit commun.

Même si les CRIAVS n'ont pas été initialement pensés pour les enfants présentant des CSP, ils sont de plus en plus sollicités pour accompagner ces situations complexes, notamment lorsqu'elles concernent des jeunes en situation de handicap.

Louis

Bref exposé de la situation : Louis a 16 ans et est accompagné en IME. Il présente des CSP depuis dix ans qui se sont accentués à l'adolescence. Il n'a pour le moment jamais bénéficié d'une mesure de protection de l'enfance. En raison des CSP, l'IME a saisi en urgence le CRIAVS et Louis a été exclu sur le plan institutionnel. Son accompagnement à l'IME a été remplacé par un accompagnement sur le SESSAD, deux demi-journées par semaine.

L'environnement familial de Louis est marqué par la violence et les abus sexuels : père pédocriminel, mère en difficulté cognitive, grand frère pouvant commettre des actes de violences psychologiques ou verbales. Lorsque le CRIAVS est saisi, Louis vit avec sa mère et son grand frère. Louis s'isole. Plus il est isolé, plus ses CSP augmentent.

Action du CRIAVS :

Notre intervention a permis de mettre en place un placement à domicile et d'aider l'équipe à penser la situation autrement que par l'exclusion. Nous travaillons souvent avec les équipes sur leur positionnement psychique : peuvent-elles encore penser la situation ? rester en empathie avec le jeune ? ou au contraire sont-elles sidérées, clivées ? Ces questionnements permettent de repérer comment les CSP révèlent parfois des dysfonctionnements institutionnels.

QUELQUES VIGNETTES CLINIQUES D'ENFANTS ACCOMPAGNÉS PAR LE CRIAVS

Dr Sandrine BONNETON : Je vais vous présenter différentes vignettes cliniques d'enfants ou de jeunes rencontrés par le CRIAVS afin d'illustrer l'accompagnement que nous pouvons proposer mais aussi la persistance de certaines représentations professionnelles.

Lucas

Bref exposé de la situation : Lucas ayant un trouble du spectre autistique est accueilli en IME, où il a présenté de nombreux CSP. L'IME se pose la question d'une exclusion de Lucas.

Esteban

Bref exposé de la situation : Esteban a commis plusieurs passages à l'acte sur plusieurs jeunes au sein de l'IME. Les CSP amenaient évidemment un regard assez négatif sur ce jeune. L'hypothèse a pu être posée que les CSP étaient liées aux dysfonctionnements familiaux auxquels il était soumis le week-end (traitement non donné, condamnation du père pour violence sur Esteban).

Action du CRIAVS :

Face aux adversités auxquelles étaient confronté Esteban dans sa famille, le CRIAVS a proposé une prise en charge à temps plein alors que l'exclusion était demandée. Un an plus tard, le CRIAVS a de nouveau été saisi en urgence pour la situation d'Esteban, dont les CSP avaient réitéré. Rapidement, le centre a pu observer que les préconisations faites en amont n'avaient pas été suivies et qu'un retour à domicile avait eu lieu sur un temps de weekend, ayant conduit à des CSP dès le lundi soir.

COMPRENDRE LES MANIFESTATIONS TRAUMATIQUES DE L'ENFANT ET Y RÉPONDRE (2/2)

Par Karine POUILLEN, responsable juridique, Céline DILANGU, directrice pôle social, Rosine CERES, directrice adjointe pôle enfance, Laurine ZERKA, pédopsychiatre, et Jeanne DUBOIS, éducatrice spécialisée, de l'ARSEAA

Karine POUILLEN : Les enfants victimes de violences sexuelles ont souvent été confrontés à des trahisons majeures de la part d'adultes censés les protéger. Dans les établissements comme les MECS, ces problématiques prennent une dimension traumatique supplémentaire. L'adolescence, que nous observons régulièrement, constitue un moment clé de réactivation des traumatismes : les comportements de survie tels que les fugues, le repli, l'hypersexualisation, et parfois la prostitution, deviennent plus fréquents.

DES PRINCIPES QUI ONT GUIDÉ NOTRE ACTION

Karine POUILLEN : Notre démarche inter-secteurs au niveau de l'association s'est fondée sur plusieurs principes. D'abord, l'importance de la prévention sur les relations entre filles et garçons dès le plus jeune âge dans nos établissements. Il ne s'agit pas seulement de parler de vie affective et sexuelle, mais d'évoquer clairement les relations entre enfants. Même si certains comportements, comme le « touche-pipi » chez les tout-petits, ne posent pas de problème en eux-mêmes, il est crucial de discuter des interactions filles-garçons pour poser les bases du respect et du consentement.

Ensuite, il est indispensable d'explicitier les règles sur l'intimité et les interactions sociales dans le quotidien des enfants. Il faut leur permettre d'exprimer leurs émotions, de jouer de manière symbolique, avec des outils et supports adaptés à leur âge et à leur handicap. Cela nécessite un travail partenarial fort.

ROSINE CERES : Il est également essentiel d'instaurer un cadre de sécurité affective et physique, avec des repères clairs, des routines et des règles constantes. Les adultes doivent être identifiables et fiables, ce qui n'est pas toujours simple à garantir dans nos structures. Il faut aussi articuler des temps de vie en groupe, en sachant qu'une maison d'enfants accueille généralement 10 à 12 enfants par groupe. La transformation de l'offre n'a pas été totalement au rendez-vous, faute de moyens, ce qui rend ces temps privilégiés avec les enfants encore plus essentiels.

Il existe aussi un enjeu de fidélisation des professionnels. La continuité de l'accompagnement est cruciale, et les moyens alloués aujourd'hui sont souvent insuffisants. Je tiens à saluer les équipes pour leur ingéniosité et créativité, car leur première mission est de tenir face aux situations complexes et aux traumatismes qu'absorbent ces enfants. Ces professionnels sont exposés à des traumatismes secondaires, ce que Karine aborde sous le terme de trauma vicariant, et c'est un point essentiel à garder en tête.

Prendre soin des professionnels est donc incontournable. Cela passe par des temps de recul réguliers, des dispositifs de soutien et d'accompagnement des pratiques, ainsi que des formations adaptées et régulières. Au sein de notre organisation, nous favorisons le décroisement et l'expérimentation d'innovations agiles, afin de partager expertise et expérience entre les directions de Pôle.

L'ACCOMPAGNEMENT DES ENFANTS PRÉSENTANT DES TROUBLES DU NEURODÉVELOPPEMENT

Céline DILANGU : Nous accueillons environ 300 enfants dans différents établissements et services : IME, SESSAD, unités d'enseignement intégrées en milieu scolaire. Dans le cadre de la lutte contre la maltraitance, notamment les violences sexuelles, plusieurs constats ont émergé.

Premièrement, le prisme de lecture des besoins de l'enfant est souvent centré sur le diagnostic et le soin, et moins sur la prévention des risques de maltraitance. Deuxièmement, les tabous autour des violences sexuelles persistent, renforcés par le silence sur la vie affective et sexuelle des enfants en situation de handicap. Aussi, certaines réticences à agir apparaissent, par peur de rompre la relation de confiance ou l'alliance thérapeutique. Enfin, une méconnaissance du champ de la protection de l'enfance, combinée à des représentations parfois négatives, crée un sentiment d'isolement chez les professionnels médico-sociaux.

Les enfants en situation de handicap sont particulièrement vulnérables, souvent moins protégés, et ont difficilement accès aux dispositifs classiques de protection de l'enfance. Il est donc impératif de faire de nos établissements des lieux de prévention et d'apprentissage des droits, favorisant l'expression et la communication.

NOS TROIS LEVIERS D'ACTION

- ❶ Former et outiller les professionnels : à la culture de la protection de l'enfance, à la prévention et au repérage des situations de violence, à l'écoute active adaptée aux capacités de communication des enfants, et à l'évaluation des symptômes spécifiques de traumatisme.
- ❷ Faire évoluer les pratiques : inscrire systématiquement la prévention des maltraitances dans les projets d'établissement et individualisés, et associer les familles dans ce processus.
- ❸ Mieux accompagner les victimes : soutenir la parole des enfants, même non verbale, et renforcer la coopération entre acteurs médico-sociaux, sanitaires, judiciaires et de protection de l'enfance.

CONNAÎTRE LES BESOINS DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE POUR CRÉER UNE INTERVENTION CROISÉE :

Jeanne DUBOIS : En milieu ouvert, nous repérons les violences à domicile via des visites, entretiens individuels et familiaux, et un maillage partenarial avec les centres sociaux, PMI, associations parents-enfants. Les réunions de synthèse permettent de croiser les observations et de suivre les évolutions comportementales, malgré la fréquence limitée des interventions (une fois toutes les trois semaines).

Toutefois, nous rencontrons des limites dans notre intervention : la communication altérée chez certains enfants, les difficultés de discernement, et le risque de confondre symptômes de psychotraumatisme et troubles liés au handicap. Dans certaines situations, nous avons pu utiliser des outils adaptés. Ils ont permis la révélation d'attouchement par des enfants, puis un signalement rapide et sécurisé.

LES OUTILS CRÉÉS PAR L'ARSEA

Laurine ZERKA : Des ateliers et des outils ont été développés dans un IME pour travailler sur la vie intime, affective et sexuelle. Pour moi, il est essentiel de nommer correctement toutes les parties du corps, de développer l'autodétermination et la notion de consentement, et de créer un espace sécurisé pour les professionnels.

L'atelier « C'est mon corps », que nous avons développé, permet aux enfants en groupe de 3-4 de comprendre ce qui est normal ou pas, d'exprimer leur

consentement et d'apprendre à se protéger, avec l'aide de pictogrammes, jeux de rôle et scénarios sociaux.

Des grilles d'évaluation permettent ensuite de suivre la progression des enfants : leur connaissance du vocabulaire, le respect de l'intimité, leur capacité à demander ou refuser un contact, à alerter un adulte. Ces ateliers ont permis d'avoir des résultats concrets sur certaines situations. Par exemple, ils ont permis pour une adolescente victime de violences multiples dans l'enfance de distinguer ses troubles liés au psycho traumatisme et ceux liés à sa déficience intellectuelle. Pour une autre jeune les symptômes traumatiques ont pu être progressivement identifiés malgré la présence des troubles neurodéveloppementaux.

Karine POUILLEN : Ces échanges et réflexions nous ont permis de mutualiser les regards, de favoriser l'appropriation des connaissances et de renforcer l'action contre les violences sexuelles et la maltraitance. Malgré le déni et les représentations médiatiques souvent simplifiées, le dialogue et la coopération entre professionnels restent essentiels pour protéger les enfants.





QUESTIONS / RÉPONSES

Salle : Comment évaluer le traumatisme lorsque l'enfant est non-oralisant ?

Laurine ZERKA : Il existe des outils adaptés, à condition que les professionnels soient formés. Par exemple, sur l'IME nous utilisons le SON-R, initialement conçu pour les jeunes sourds, qui est aujourd'hui utilisé pour les personnes ayant un trouble du spectre autistique ou présentant une déficience intellectuelle non-oralisante.

Salle : Dans les vignettes cliniques que vous avez mentionnées, les situations concernaient exclusivement des garçons. Est-ce que les symptômes peuvent être différents pour les filles ?

Sandrine BONNETON : Il est vrai que nous sommes davantage sollicités pour des garçons. Il y a une certaine invisibilisation des filles. Il n'existe pas à ma connaissance

de travaux sociologiques croisant la question des CSP et du handicap. De mon expérience, les jeunes filles qui présentent des CSP, les tournent davantage sur elles-mêmes.

Salle : Comment accompagner un enfant ayant commis une agression sans l'exclure, tout en protégeant les autres ?

Sandrine BONNETON : Chaque situation doit être évaluée individuellement. Ensuite, il faut éviter d'appliquer mécaniquement la logique « agresseur/victime ». Des aménagements peuvent également être réalisés pour éviter les rencontres entre auteur présumé et victime présumée. Les jeunes concernés sont souvent en situation de handicap et peu discernants. L'objectif est de comprendre les causes, accompagner et préserver le collectif. Les parents ne doivent pas être oubliés et doivent aussi être soutenus et associés.

4^{ÈME} SÉQUENCE

D'OBJET DE SOINS À SUJET DE DROITS, AU SERVICE D'UNE PRÉVENTION DES VIOLENCES

*Christine ROCHE,
psychologue, ADAPEI de la Meuse*

*Annabelle BIELAK,
éducatrice spécialisée, ADAPEI de la Meuse*

*Cyril HADAD,
directeur adjoint du pôle enfance, ADAPEI de la Meuse*

*Sylvie SANCHEZ,
fondatrice de l'association Créative Handicap*

*Lydie GIBEY,
coordinatrice du Centre Intimagir Ile-de-France*

Intervention magistrale ACCOMPAGNER L'ENFANT DANS LA CONSTRUCTION DE SON INTIMITÉ

Par **Christine ROCHE**, psychologue, **Annabelle BIELAK**, éducatrice spécialisée et **Cyril HADAD**, directeur adjoint du pôle enfance, ADAPEI de la Meuse

QUELS ONT ÉTÉ LES CONSTATS QUI VOUS ONT CONDUITS À MENER CE PROJET ?

Nous constatons que les jeunes disposaient de connaissances très limitées, voire erronées, sur la sexualité, ce qui renforçait leur vulnérabilité et entraînait des maladresses dans les relations ainsi que des attitudes inadaptées. Le sujet était tabou, notamment au sein des familles, mais aussi chez les professionnels, souvent mal à l'aise face à ces questions, qui renvoient également à des enjeux de responsabilité. Il y avait donc très peu de lieux d'expression : on ne parlait de sexualité que lorsqu'un problème survenait. La sexualité faisait l'objet de signalements, de surveillance, d'actions coercitives plutôt que d'actions préventives ou éducatives. Pourtant, dans des établissements où les jeunes vivent en collectivité 365 jours par an, la sexualité ne peut pas être tue. Les professionnels étaient alors en proie à de nombreuses interrogations : « comment articuler consentement et déficience intellectuelle ? » « Comment promouvoir l'autonomie et l'accès à leurs droits tout en assurant leur protection ? »

POUVEZ-VOUS REVENIR SUR LA CONSTRUCTION DE CE PROJET ?

Christine ROCHE et **Annabelle BIELAK** : Un groupe de travail a été créé afin de lancer la démarche, avec la volonté d'être le plus représentatif possible. Y participaient psychologues, infirmiers, éducateurs spécialisés, direction et parents. Tous les sujets ne faisaient pas consensus et de nombreuses questions sont restées en débat, mais cela a permis à chacun d'exprimer son avis et de participer à la démarche.

Afin de lever les doutes et de remplacer les représentations par des connaissances validées, l'association a fait appel à un organisme de formation qui est intervenu pendant deux jours pour répondre à toutes les questions. Pour asseoir cette démarche et inscrire une base commune au sein de l'association, une charte a été rédigée sur le droit à la vie affective et sexuelle qui s'applique à tous les établissements. Elle a été intégrée dans le livret de fonctionnement et remise à chaque enfant, parents et nouveau salarié.

À partir d'un programme belge, l'équipe a mis en place des ateliers obligatoires, une fois par semaine, en groupes de niveau, le plus souvent non mixtes.

L'animation est assurée par trois professionnels : une éducatrice, une psychologue et une infirmière, permettant ainsi un regard global sur les sujets abordés, avec des réponses complémentaires.

L'enjeu est de partir de la parole des jeunes, en restant à leur écoute, et d'aborder chaque année des thématiques variées avec des outils adaptés à leur niveau de compréhension.

LES CIBLES DU PROJET

Le projet s'adresse à la fois aux enfants et adolescents, aux familles et aux professionnels avec des objectifs adaptés à ces trois publics.

Pour les enfants et adolescents :

- ❶ Intégrer leurs vulnérabilités pour qu'elles ne soient pas un obstacle à leur épanouissement affectif et sexuel.
- ❷ Les accompagner dans leur vie affective par une approche positive, respectueuse d'eux-mêmes et des autres.
- ❸ Faire vivre leur droit à une éducation sexuelle adaptée à leurs préoccupations et besoins, contribuant ainsi à la promotion de la santé.

Pour les familles et représentants légaux :

- ❶ Intégrer le fait que les enfants en situation de handicap ont une vie affective et sexuelle. Faire accepter qu'un enfant, quelle que soit sa vulnérabilité, puisse aussi avoir des envies et s'épanouir sexuellement.
- ❷ Être soutenues dans l'accompagnement de la vie affective et sexuelle de leur enfant.

Pour les professionnels :

- ❶ Étayer et outiller les pratiques pour les harmoniser, notamment à travers la diffusion d'un référentiel de bonnes pratiques dans l'ensemble des établissements de l'association, tout en veillant à l'adaptation à la spécificité de chaque structure.
- ❷ Légitimer la nécessité de mettre en œuvre des pratiques d'accompagnement à la vie affective et sexuelle, qui doivent faire partie intégrante du projet personnalisé des enfants.

Les ateliers traitent notamment du corps, de la puberté, de l'orientation sexuelle, des infections sexuellement transmissibles, de la contraception, du harcèlement, du consentement. Sont également abordées des questions de société à l'échelle internationale (interdiction de l'avortement, excision, etc.).

Afin de s'adapter à tous les jeunes, l'établissement a formé l'ensemble des professionnels en contact avec le public à la CAA (Communication Alternative et Améliorée). Ainsi, les ateliers sont conçus pour répondre aux besoins de chacun, afin que tous puissent accéder à l'information et exprimer leurs idées. Les jeunes participent à la construction de ces ateliers en partageant leurs questionnements et les thématiques qu'ils souhaitent explorer.

Aujourd'hui, les équipes observent une baisse significative des comportements inadaptés (environ 75 % de réduction). Les ateliers ont permis de libérer la parole et sont souvent le point de départ d'un accompagnement individuel plus approfondi.

Suite à la mise en œuvre de ces ateliers, les équipes réfléchissent désormais à la poursuite du projet, notamment à la création d'espaces de vie intime, en s'inspirant d'autres établissements.



QUESTIONS / RÉPONSES

Salle : *Comment les parents ont-ils accueilli cette initiative ?*

Christine ROCHE : *Les parents, associés dès le départ à la démarche, ont très bien accueilli le projet. Ces ateliers permettent d'aborder des sujets sur lesquels ils se sentaient parfois démunis. Ces temps collectifs représentent une première étape, qui peut ensuite être prolongée plus facilement dans le cadre familial. En effet, chaque jeune dispose d'un cahier, servant de lien avec les parents. Ce support constitue un outil essentiel pour favoriser les échanges au sein du cercle familial.*

Salle : *Ce projet a-t-il permis de libérer la parole concernant d'éventuelles violences subies en dehors de l'établissement ?*

Christine ROCHE : *L'équipe de l'IME a mis en avant le rôle essentiel de ces ateliers dans la remise en question de certaines situations. L'apprentissage de notions centrales telles que le consentement s'est révélé déterminant dans la mise en œuvre de mécanismes de protection.*

Table ronde

DÉVELOPPER L'ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ AUPRÈS DES ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP

Par Sylvie SANCHEZ, fondatrice de l'association Créative Handicap et Lydie GIBEY, coordinatrice du Centre Intimagir Ile de France

Lydie GIBEY et Sylvie SANCHEZ : Avant toute chose, il est essentiel de s'appuyer sur des programmes d'intervention reconnus et utiliser des outils existants (Sous les draps, poupées Anatole, etc.) mais aussi de se créer un réseau de soutien (Intimagir, Handigynéco, Association contre les violences faites aux mineurs, etc.).

Sylvie SANCHEZ : L'association Créative Handicap, que j'ai fondée, a récemment lancé la plateforme gratuite Sous les draps, acronyme de Droit, Rencontre, Autonomie, Prévention et Sexualité. Aujourd'hui, plus de 2 000 personnes sont abonnées à cette plateforme qui aborde, sans tabou, l'ensemble des thématiques liées à la vie affective et sexuelle, avec des contenus écrits par et pour les personnes en situation de handicap.

ASSOCIATION CRÉATIVE HANDICAP, C'EST QUOI ?

L'association Créative Handicap existe depuis 2004. Elle vise à rendre accessibles à tous l'art, la culture et le numérique à travers de nombreux projets : ateliers de médiation artistique, atelier de sensibilisation au handicap ou encore formation professionnelle aux métiers d'avenir dans le jeu vidéo et le design graphique, etc.

Le travail a débuté il y a quatre ans par un état des lieux de l'existant, qui a révélé de nombreux outils particulièrement segmentés selon les handicaps. L'objectif a donc été de construire une plateforme accessible à tous, en s'appuyant sur des formats inclusifs : FALC, CAA, cinématiques sous-titrées, Langue des Signes Française (LSF), textes alternatifs, et modules vocaux pour les personnes non voyantes ou malvoyantes.

Aujourd'hui en accès libre, la plateforme se compose de multiples modules où les visiteurs peuvent découvrir des vidéos interactives, des témoignages

« On s'est rendu compte qu'il n'existait pas de matériel pour aborder la sexualité. La diversité des corps et des relations n'était pas représentée, et les rares contenus existants étaient souvent très infantilisants. Or, ces lacunes ont des conséquences : le tabou alimente des pratiques à risque, des agressions sexuelles, et une difficulté pour ce public à exprimer ou faire respecter leur consentement. »

Sylvie Sanchez

« On a des familles complètement démunies, souvent dans des situations problématiques où leur jeune est lui-même en danger, ou bien met en danger d'autres. Elles n'ont aucune réponse, elles ne savent pas vers qui se tourner. Le fait d'avoir une première écoute les aide beaucoup. Ensuite, notre travail, c'est de mobiliser notre réseau pour leur proposer les bons contacts et les accompagner. »

Lydie Gibey

sous forme de podcasts, ou encore des avatars 3D imprimables.

L'objectif : partir de situations simples et concrètes issues du quotidien, afin de répondre aux besoins du public. Les témoignages proviennent directement de jeunes, ou ont été transmis par des partenaires de terrain tels que les centres Intimagir.

UN CENTRE INTIMAGIR, C'EST QUOI ?

Lydie GIBEY : les centres Intimagir sont des centres de ressources avec et pour les personnes en situation de handicap.

Ils s'adressent :

aux personnes en situation de handicap, quel que soit leur âge,
à leurs proches aidants : familles, frères, sœurs, conjoints, etc.,

aux professionnels des structures du droit commun non spécialisées, pour les aider à monter en compétences, ainsi qu'aux équipes et associations du secteur médico-social.

L'objectif est de rappeler l'existence de la circulaire du 5 juillet 2021 afin d'encourager la mise en place de projets de prévention et d'interventions éducatives sur les enjeux d'intimité et de droit à la sexualité.



Lydie GIBEY : Au centre Intimagir d'Ile de France, nous proposons plusieurs actions. Premièrement, une permanence téléphonique et des rendez-vous en présentiel. Assurés par un éducateur spécialisé sexologue et une éducatrice, ces temps permettent de répondre aux questions des personnes en situation de handicap, de leurs parents et des professionnels.

Des sessions de trois jours pour outiller les professionnels à la mise en œuvre de projets dans leurs structures sont également proposées. Ces formations permettent de diffuser l'information au sein des équipes et de créer des actions pertinentes auprès des enfants et adultes accompagnés au sein des institutions.

Enfin, nous mettons en œuvre des formations en direction des proches aidants. Destinée à leur donner les clés pour animer des groupes de parole, l'objectif est de permettre à des personnes en situation de handicap de mener des actions de prévention par les pairs.



QUESTIONS / RÉPONSES

Salle : Les actions réalisées par les Centres Intimagir sont-elles identiques sur tout le territoire ?

Lydie GIBEY : « Certaines missions peuvent être spécifiques à un centre, par exemple, la formation proposée par le Centre Intimagir Ile de France lui est propre. Toutefois, les autres centres orientent et proposent sélection de formations adaptées aux demandes des professionnels ».



Pour aller plus loin

- Les podcasts, « Parisienne Jolie » ; « Dis-moi oui » de Mickaël Jeremiasz, « Grandicap »
- Le livre « Chut, c'est un secret » de Virginie Père & Géraldine Point
- Le film « Cassée Debout » de Marie Rabatel
- Trouver un centre intimagir : www.monparcourshandicap.gouv.fr/vie-intime-et-parentalite/ou-trouver-un-centre-ressource-intimagir

Créée en **1948**, la CNAPE est une fédération nationale dans le domaine de la protection de l'enfant, qui regroupe **171 associations, 13 fédérations et mouvements**, des personnes qualifiées et une association nationale d'usagers. Ce sont près de **8 000 bénévoles** et **28 000 professionnels** qui accueillent et accompagnent chaque année plus de **250 000 enfants**, adolescents et jeunes adultes en difficulté.

L'action de la CNAPE s'inscrit dans le respect de la Convention internationale des droits de l'enfant et dans le cadre des politiques publiques relatives à l'enfance et à la jeunesse.

Les champs d'intervention de la CNAPE concernent la prévention, la protection de l'enfance, la justice pénale des mineurs, l'enfance et la jeunesse en situation de handicap et de vulnérabilité, la jeunesse confrontée à des difficultés d'insertion. Ils portent également sur l'environnement des enfants et des jeunes qui peut influencer sur leur développement et leur bien-être, comme par exemple, l'accompagnement des familles.

Sé référant à l'expérience et au savoir-faire de ses membres, la CNAPE est leur porte-parole et les représente auprès des pouvoirs publics. Force de propositions, elle s'engage activement dans le débat public.

La CNAPE est reconnue d'utilité publique par décret du 17 septembre 1982.



33, avenue d'Italie 75013 Paris - Tél. 01 45 83 50 60 - E-mail : contact@cnap.e.fr

www.cnap.e.fr

Association Reconnue d'Utilité Publique par décret du 17 septembre 1982
Siret 784 411 951 000 22 - Organisme de formation n° 11 75 03 94 775