

ASSEMBLÉE NATIONALE
7 novembre 2025

PROJET DE LOI DE FINANCES POUR 2026 - (N° 1906)

Adopté

AMENDEMENT N ° II-AS103

présenté par
M. Arnaud Bonnet, M. Amirshahi, Mme Arrighi, Mme Autain, Mme Balage El Mariky,
Mme Belluco, M. Ben Cheikh, M. Biteau, M. Nicolas Bonnet, Mme Chatelain, M. Corbière,
M. Davi, M. Duplessy, M. Fournier, Mme Garin, M. Damien Girard, M. Gustave,
Mme Catherine Hervieu, M. Iordanoff, Mme Laernoës, M. Lahais, M. Lucas-Lundy, Mme Ozenne,
M. Peytavie, Mme Pochon, M. Raux, Mme Regol, M. Roumégas, Mme Sandrine Rousseau,
M. Ruffin, Mme Sas, Mme Sebaihi, Mme Simonnet, Mme Taillé-Polian, M. Tavernier, M. Thierry
et Mme Voynet

ARTICLE 49

ETAT B

Mission « Santé »

Modifier ainsi les autorisations d'engagement et les crédits de paiement :

(en euros)		
Programmes	+	-
Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	10 000 000	0
Protection maladie	0	10 000 000
Reversement à la sécurité sociale des recettes de la Facilité pour la Relance et la Résilience (FRR) européenne au titre du volet « Ségur investissement » du plan national de relance et de résilience (PNRR)	0	0
TOTAUX	10 000 000	10 000 000
SOLDE	0	

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'inceste et, plus largement, les violences sexuelles subies dans l'enfance constituent un enjeu majeur de santé publique. Dans notre pays, on dénombre 7,4 millions de victimes, ce qui représente plus de 10% de la population et en fait un sujet pour l'ensemble de notre société. Les travaux de la CIIVISE ont documenté, depuis 2021, l'ampleur des faits, la chronicité des traumatismes et les ruptures de parcours de soins. Son rapport public de novembre 2023 synthétise trois années d'auditions et de contributions et formule des recommandations structurantes pour garantir un accès effectif aux soins, dont la mise en place d'un parcours coordonné et la levée des barrières financières, en particulier pour la santé mentale. Un rapport d'étape publié en octobre 2024 confirme la nécessité d'opérationnaliser ces préconisations, faute de quoi persistent la minimisation et l'errance thérapeutique des familles.

Les conséquences sanitaires de ces violences sont multiples, durables et coûteuses pour la collectivité. Sur le plan psychique, les victimes présentent des taux élevés de trouble de stress post-traumatique, de dépression, d'anxiété et de conduites suicidaires. Pour preuve, 52% des victimes d'inceste ont fait ou vont faire une tentative de suicide. L'Organisation mondiale de la santé rappelle que la prévalence du TSPT est particulièrement élevée après des violences sexuelles et que la maltraitance dans l'enfance est associée à de lourdes comorbidités tout au long de la vie (troubles de santé mentale, addictions, comportements à risque, atteintes somatiques). Ces effets se traduisent aussi par des pertes éducatives et économiques mesurables. Autrement dit, l'absence de soins précoces ne prolonge pas seulement la souffrance : elle accroît le coût social et sanitaire durablement voire tout au long de la vie. .

Du point de vue clinique, l'inceste expose à des traumatismes spécifiques (sidération, dissociation, troubles de l'attachement) qui nécessitent des prises en charge pluridisciplinaires et continues. Les synthèses cliniques et de victimologie convergent : sans soins adaptés et accessibles, le risque d'auto-agression, de ré-exposition à la violence et de troubles chroniques augmente sensiblement. Les dispositifs de droit commun, centrés sur des consultations isolées, ne suffisent pas à répondre à l'intensité et à la durée des besoins.

En France, les référentiels existent pour repérer et orienter les enfants en danger, mais le maillon faible demeure l'organisation concrète des soins et le financement du suivi psychologique. La Haute Autorité de santé a formalisé depuis 2017 des guides de repérage et de conduite à tenir face à la maltraitance, utiles à l'entrée du parcours ; pour autant, l'aval – coordination entre ville et hôpital, continuité du suivi, articulation avec la pédopsychiatrie, absence d'avance de frais – reste hétérogène selon les territoires.

Le présent amendement vise à combler cette lacune en confiant aux Agences régionales de santé (ARS) l'organisation de réseaux de soins « ville-hôpital » dédiés aux enfants victimes d'inceste et de violences sexuelles, sur le modèle éprouvé des parcours coordonnés mis en place pour certaines pathologies chroniques. La France a déjà déployé, sous pilotage des ARS et de l'Assurance maladie, des parcours structurés pour l'obésité infantile ou d'autres maladies chroniques, articulant la prévention, les soins somatiques et le soutien psychologique, sans avance de frais et avec une prise en charge à 100 %. Les guides de la HAS et les dispositifs type « Mission : retrouve ton cap » en donnent le cadre opérationnel : coordination, équipes pluri-professionnelles, forfaits dédiés et indicateurs d'évaluation. Il s'agit d'appliquer ce savoir-faire organisationnel à la santé des enfants victimes d'inceste.

Dans ce schéma, les ARS contractualisent avec les centres hospitaliers (pédiatrie, pédopsychiatrie, unités d'accueil pédiatrique) et les professionnels de ville (médecins généralistes, pédiatres, psychologues, orthophonistes, infirmiers), afin d'assurer : une évaluation initiale standardisée ; un plan de soins coordonné intégrant le suivi psychologique et, si besoin, psychiatrique ; l'orientation vers des services sociaux et éducatifs ; l'absence d'avance de frais et la prise en charge intégrale par l'Assurance maladie ; un suivi de résultats (symptômes, scolarité, qualité de vie) à 6, 12 et 24 mois. Cette architecture répond directement aux recommandations de la CIIVISE en matière de parcours, d'accessibilité financière et de continuité des soins.

L'intérêt médico-économique est double. D'une part, la mise en place de réseaux de soins évite l'errance thérapeutique, réduit les hospitalisations évitables, les réorientations tardives et la répétition d'examens, donc les coûts induits. D'autre part, la prise en charge précoce de la santé mentale des enfants victimes améliore les trajectoires éducatives et sociales, ce qui se traduit par des bénéfices macro-économiques (réduction de l'absentéisme scolaire, amélioration des perspectives d'emploi, baisse des coûts sociaux liés aux comorbidités). Les analyses de santé publique disponibles au niveau international et les observations françaises convergent sur ce point : investir tôt dans une prise en charge coordonnée des enfants victimes de violences est efficace en termes de coûts à moyen terme.

Enfin, cet amendement s'inscrit dans le Plan 2023-2027 de lutte contre les violences faites aux enfants et vient outiller la réponse sanitaire attendue par les familles et les professionnels. Il ne crée pas une nouvelle strate institutionnelle : il mobilise les ARS dans leur cœur de mission, s'appuie sur des références et circuits connus des soignants, et généralise des standards d'accès aux soins déjà éprouvés dans d'autres parcours. L'objectif est simple : garantir à chaque enfant victime un parcours de soins coordonné, continu et intégralement pris en charge, partout sur le territoire.

L'amendement augmente donc les crédits de la mission «Santé» de 10 000 000 euros (en AE et CP), comme suit :

- Le programme 204 «Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins» est crédité de 10 000 000 d'euros (en AE et CP)

Afin de respecter la règle de recevabilité financière, il prévoit une baisse du même montant (10 000 000 d'euros, en AE et CP) sur les crédits du programme 183 «Protection maladie».

Les auteurs de cet amendement n'ont pas l'intention de diminuer les crédits de ce programme et appellent le Gouvernement à lever le gage.

Cet amendement a été travaillé avec l'association Face à l'Inceste.