

Qu'est-ce que la prévention des violences sexuelles ? Quels sont ses outils, méthodes, cibles, acteurs et lieux ? Quels sont les facteurs de risque accessibles à la prévention et les facteurs de protection retrouvés dans la littérature scientifique ? Comment les utiliser pour la prévention universelle, sélective et ciblée et pour la promotion de la santé ? Quelle évaluation est aujourd'hui réalisée sur cette prévention ?

1

Mathieu Lacambre

Psychiatre Hospitalier

Responsable Équipe de Psychiatrie Légale, CHU Montpellier

Fondateur du projet BOAT® (BOîte A ouTil de prévention des violences à caractère sexuel et/ou sexiste)

Co-président Section Psychiatrie Légale AFPBN

Vice-président Fédération Française des Soins Psychiatriques Intensifs

RESUME

La prévention des violences sexuelles des mineurs est un enjeu majeur de santé publique qui implique des interventions structurée et articulée des différents types de prévention (primaire, secondaire, tertiaire et quaternaire), à différents niveaux (individuel, interpersonnel, communautaire et sociétal) dans différents domaines (éducation, santé, justice). Depuis l'information, la sensibilisation, la promotion, l'éducation et la prévention, c'est un processus global qui peut être mobilisé, pour et à partir de chaque individu, afin de renforcer les facteurs de protection et de réduire les facteurs de risque identifiés, mais aussi d'agir sur l'environnement (facteurs aggravant, précipitant ou déclenchant) dans une démarche de prévention situationnelle. Afin de garantir son efficacité, la prévention doit être intégrative, opportune et proportionnée, fondée sur la théorie et respecter les référentiels culturels des participants, avec des interventions variées qui favorisent les relations positives. Elle est mise en œuvre par des professionnels formés et elle est évaluée. Sur ces critères, nous avons créé une boîte à outils de prévention des violences sexuelles et sexiste pour les mineurs âgés de 5 à 18 ans (la BOAT®). Afin d'évaluer ses effets, une étude nationale prospective multicentrique randomisée et contrôlée a été déployée. Mais au-delà des ressources évaluées et validées, la prévention ne peut exister qu'à condition de la satisfaction préalable des besoins élémentaires de la populations et d'une volonté politique affirmée, fondée sur une stratégie de santé publique éprouvée.

1. INTRODUCTION

Les violences sexuelles sont principalement subies par des mineurs (de sexe féminin) avec une part relative importante de mineur dans la population de délinquants sexuels condamnés pour des violences sexuelles sur mineurs (environ 30% en France) (1). Les mineurs agresseurs sexuels représentent une population hétérogène exerçant des violences sexuelles sur des mineurs et des majeurs le plus souvent vulnérables (personnes âgées, personnes en situation de handicap....). Plus le sujet à l'origine des violences sexuelles est jeune, plus il faudra le considérer d'abord comme une victime potentielle d'une exposition à des contenus sexuels inappropriés (pornographie, témoin de relation sexuelle entre tiers...) ou à des violences sexuelles (inceste adelphique, viol, ...). Au regard de la fréquence et des conséquences de ces violences, c'est un enjeu de Santé Publique que d'engager des stratégies (et des politiques) efficaces en matière de prévention des violences sexuelles (2). Les outils théoriques sont ceux de la Santé Publique avec des nuances et des déclinaisons importantes, les violences sexuelles n'étant pas une maladie mais un comportement problématique en lien (ou pas) avec un trouble, à l'origine d'une souffrance (le trouble et les violences) significative, mortifère. Un

panel d'interventions s'offre depuis la promotion de la santé sexuelle et des comportements prosociaux, l'éducation à la vie affective, relationnelle et à la sexualité, et la prévention de la répétition des violences sexuelles sanctionnées par l'intervention de la Justice. Prévention se conjugue alors avec probation, pour prévenir la récidive.

Au regard de la complexité des approches et des enjeux, nous proposons de préciser les principaux concepts et modèles indispensables pour concevoir et agir efficacement la prévention des violences sexuelles des mineurs. Puis nous aborderons les critères d'évaluation et les qualités requises nécessaires pour garantir l'efficacité d'un programme de prévention des violences sexuelles des mineurs. Afin d'illustrer notre propos, nous présenterons brièvement la BOite A ouTils de Prévention (la BOAT®) des violences sexuelles et sexiste créée au sein du Centre Ressource pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles du CHU de Montpellier (CRIA-VS-LR) ainsi qu'une étude permettant d'évaluer ses effets : the BOAT® effect. Enfin nous discuterons du cadre et des opérateurs formels en prévention afin d'esquisser quelques perspectives pour l'avenir.

2. DEFINITIONS

3

De manière générale, la prévention concernent l'ensemble des mesures ou actions visant à anticiper et à empêcher l'événement de risques ou de dangers potentiels. En santé publique, « *la prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps* » (OMS, 1948).

Selon les objectifs proposées et leur temporalité, les mesures de prévention se répartissent et s'organisent en :

- Prévention primaire : dont l'objectif est de réduire l'incidence d'une maladie dans une population et réduire les risques d'apparition de nouveaux cas (comme la vaccination par exemple).
- Prévention secondaire : dont l'objectif est de réduire la prévalence d'une maladie dans une population et agir au tout début de l'apparition du trouble ou de la pathologie afin de s'opposer à son évolution (comme le régime chez des sujets en surpoids pour prévenir le diabète).

- Prévention tertiaire : dont l'objectif est de réduire la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans une population et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie pour améliorer la qualité de vie.
- Prévention quaternaire : dont l'objectif est de réduire l'impact négatif des dispositifs d'intervention de prévention et de postvention (iatrogénie intrinsèque).

Au-delà d'une approche par objectif, RS Gordon a proposé une structuration de la prévention selon la cible (3) en distinguant :

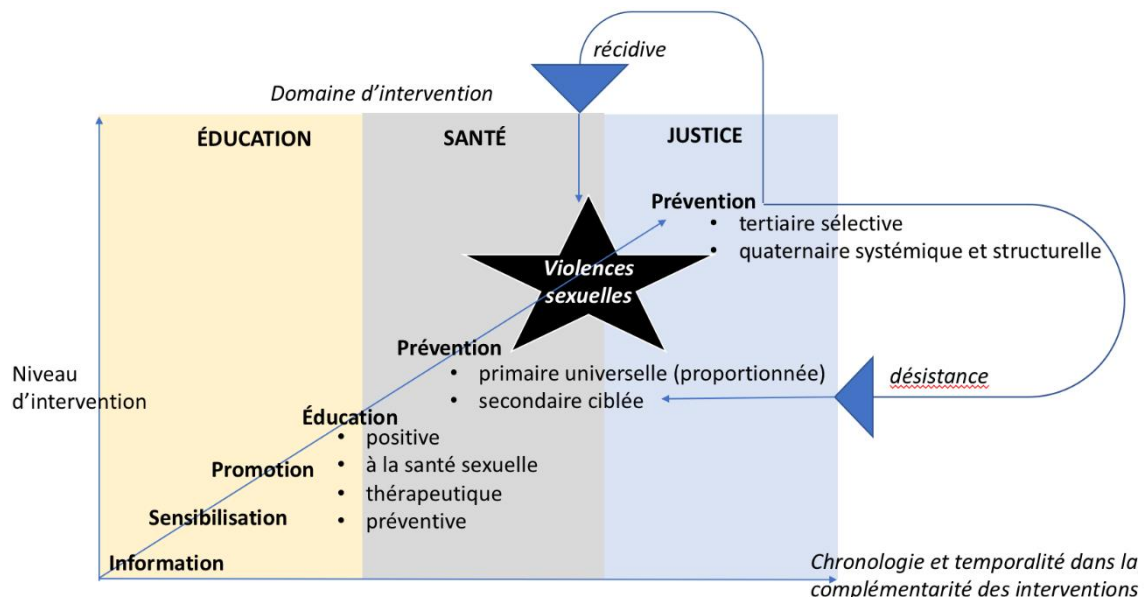
- Prévention universelle : destinée à l'ensemble de la population, quel que soit son état de santé (par exemple la vaccination contre le Covid19 pendant la pandémie de 2020).
- Prévention sélective : s'exerce en direction de sous-groupes de population spécifique : jeunes femmes mineures, travailleurs de nuit, etc.
- Prévention ciblée : est non seulement fonction de sous-groupes de la population mais aussi et surtout fonction de l'existence de facteurs de risque spécifiques à cette partie bien identifiée de la population (usagers de drogues, mineurs présentant des comportements sexuels problématiques,...).

Enfin certaines approches combinées permettent d'affiner les stratégies d'intervention et les politiques de prévention en Santé Publique. Le concept d'universalisme proportionné proposé en 2010 par Michaël Marmot (4), combine des approches universelles et des approches ciblées pour réduire l'influence des inégalités sociales en matière de santé : une action de prévention plus intense sera nécessaire pour les personnes les plus défavorisées sur le plan social et économique (plus exposées à des facteurs de risque et moins susceptibles de mobiliser des ressources), alors que concentrer uniquement une action sur les plus défavorisés ne réduirait pas le gradient de santé. L'intérêt de cette approche, en matière de prévention des violences sexuelles, est évident.

Cependant, bien qu'ayant en commun leur capacité morbide destructrice, les violences sexuelles recouvrent des comportements très hétérogènes, regroupant « *Tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail* » (OMS). La prévention de ces comportements mobilise, en particulier chez des auteurs mineurs âgés de 0 à 18 ans, et selon les âges, les profils et les objectifs : des ressources éducatives (parents, fratrie, famille, école, club,...) mais aussi sociales, médicales, psychologiques, psychiatriques voire judiciaire. Or, la prévention n'est pas structurée de la même manière dans le

champs de la Santé (éviter la maladie et ses conséquences), de l'Éducation (éviter l'échec scolaire et l'exclusion éducative) et de la Justice (éviter la récidive et la répétition des violences).

C'est pourquoi, dans une approche synchrétique et holistique de prévention globale des violences sexuelles de (et sur) mineurs, nous proposons de considérer un continuum depuis l'information et la sensibilisation, la promotion puis l'éducation, jusqu'à la prévention, dans une articulation étroite et permanente des trois domaines en jeu : Éducation-Santé-Justice. A des fins didactiques, nous proposons la représentation de ce continuum de prévention globale des violences sexuelles des mineurs de la manière suivante (chaque domaine pouvant être décliné à chaque niveau) :



Organisation de la prévention globale des violences sexuelles des mineurs

En effet, pour la prévention des violences sexuelles des mineurs, l'information adaptée à l'âge et au degré de maturité du mineur sur la sexualité et les risques de dérapage est la première étape. La sensibilisation aux violences en générale et aux violences sexistes et sexuelles en particulier participe de la réduction de ces comportements, puis la promotion des comportements sexuels harmonieux (dont le recueil du consentement) et de l'égalité fille-garçon contribue à la réduction des violences sexistes qui feront plus tard le lit des violences sexuelles. Vient ensuite l'éducation positive (générale, elle vise l'autonomie de l'enfant à l'écoute de ses besoins), l'éducation à la santé sexuelle (développement de connaissances biologiques et juridiques, et de compétences spécifiques psycho-émotionnelles en matière de sexualité), l'éducation thérapeutique (qui vise l'acquisition et le maintien de compétences de patients malades pour gérer leur vie au mieux avec une maladie chronique) et à la

frontière avec la prévention, on trouve l'éducation préventive (5) qui mobilise des processus pédagogiques dans un environnement éducatif à des fins de réduction des risques auprès de populations spécifiques (comme apprendre aux enfants à se laver les mains dans un contexte épidémique infectieux).

En matière de prévention, une approche dynamique et pragmatique du processus à empêcher (prévenir ou ralentir), consiste à considérer l'effet de l'association (et pas seulement de la somme) de facteurs de risque, pondéré par l'association de facteurs de protection dans un environnement et des circonstances données (facteurs favorisant, limitant, précipitant, stabilisant). Conformément au modèle écologique de prévention proposé par Urie Bronfenbrenner (6), ces facteurs se déclinent au niveau individuel, interpersonnel (ou relationnel), communautaire et sociétal.

Ainsi, en matière de prévention des violences sexuelles de mineurs, les interventions de prévention peuvent se structurer et s'articuler en différents types de prévention (primaire, secondaire, tertiaire et quaternaire), différents niveaux (individuel, interpersonnel, communautaire et sociétal) dans différents domaines (éducation, santé, justice) afin de renforcer les facteurs de protection et de réduire les facteurs de risque, mais aussi tenter d'agir sur l'environnement dans une démarche de prévention situationnelle (facteurs aggravant, précipitant ou déclenchant).

PREVENTION		Primaire	Secondaire	Tertiaire	Quaternaire
Individuelle	FDR	Négligence, mauvais traitements Exposition précoce à VS Dysrégulation émotionnelle Absence d'empathie	Conduites à risque Distorsions cognitives Trouble paraphilique (chez mineur > 15 ans)	Conduites à risque, toxiques Maintien des interactions victime-auteur Trouble paraphilique (chez mineur > 15 ans)	Isolément social Exclusion
	FDP	Compétences psycho-sociales Capacité de discernement	Compétences psycho-sociales Discernement Bonne santé mentale	Compétences psycho-sociales Bonne santé mentale Discernement	Compétences psycho-sociales Agentivité

Interpersonnelle	FDR	Trouble de l'attachement Froideur affective (sur)Exposition aux écrans Trouble des interactions sociales	Relation d'emprise Comportements sexuels problématiques Troc sexuel Addiction aux écrans	Relation d'emprise, de soumission ou de domination Psychotrauma Prostitution	Climat incestuel Absence de cadre
	FDP	Compétences psycho-sociales Assertivité Consentement Cybercitoyenneté Compétences parentales	Compétences psycho-sociales Parentalité fonctionnelle harmonieuse (protection et supervision)	Compétences psycho-sociales Parentalité fonctionnelle harmonieuse (protection et supervision)	Individuation Autonomie
Communautaire	FDR	Climat incestuel Insécurité émotionnelle, sexuelle, psychique et physique	Climat incestuel Fréquentation de pairs antisociaux	Climat incestuel Isolement social et repli identitaire sur valeurs sexistes	Fusion identitaire communautaire Climat incestuel Absence de cadre
	FDP	Compétences psycho-sociales Égalité fille-garçon Communication et identification de personnes ressources	Compétences psycho-sociales Compréhension et respect de la Loi Accès aux soins	Compétences psycho-sociales Accès aux soins Justice Restaurative	Individuation Autonomie
Sociétal	FDR	Sexisme Culture du viol LGBTphobie	Stéréotypes de genre Culture du viol LGBTphobie	Stéréotypes de genre Culture du viol LGBTphobie	Déni social

	FDP	Marketing social	Dépistage précoce	Signalement et Information préoccupante	Culture de l'évaluation Accès à l'information et aux ressources

Tableau synoptique des cibles d'intervention de prévention en matière de violences sexuelles de (et sur) mineur selon le type et le niveau de prévention (non exhaustif)

FDR = Facteur de risque (à réduire)

FDP = Facteur de protection (à développer et renforcer)

Bien que les différents types de prévention puissent s'envisager sur toutes les types de population cible, à des fins didactiques nous proposons un cadre de référence structuré (type, niveau, domaine) pour une prévention graduée des violences sexuelles adaptée au stade de développement du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent. Cette prévention structurée et graduée des violences sexuelles des mineurs doit prendre en considération :

- le développement intellectuel, cognitif, émotionnel, psycho-social et sexuel des mineurs qui peut être dysharmonieux, en particulier chez des enfants souffrant d'un handicap neuropsychiatrique (retard mental, déficience intellectuelle, trouble du spectre autistique...) constitutif d'une véritable vulnérabilité aux violences sexuelles (d'abord en qualité de victime puis d'auteurs).
- Les périodes critiques de la vie d'un sujet, qui favorise la mise en tension des différents facteurs cibles de prévention (entrée dans l'adolescence, puberté, premier téléphone portable avec connexion internet....).
- L'environnement culturel, social et économique des mineurs.

Ainsi, à travers une approche structurée et articulée de la prévention des violences sexuelles des mineurs, nous proposons de considérer :

- La prévention primaire universelle : destinée à l'ensemble de la population mineure, elle agit en amont à tous les niveaux, dans tous les domaines, en privilégiant (de manière

chronologique au regard du développement de l'enfant) : la protection, l'éducation, la santé puis la justice (intégration de la limite et de l'interdit puis responsabilisation). Le développement et le renforcement des compétences psycho-sociales sur la base d'un attachement précoce harmonieux, constitue le socle de cette prévention universelle, et proportionnée auprès de populations vulnérables.

- La prévention secondaire sélective : concerne des populations de mineurs en difficulté avec des comportements sexuels problématiques ou inadaptés, des fantasmes paraphiles, une surconsommation d'écran (réseaux sociaux, contenus sexuels et pornographiques), une sexualité dysharmonieuse sans agression ni violence. La santé sexuelle (et reproductive), dans une approche positive et bienveillante, offre de grandes potentialités pour proposer aux mineurs en difficulté des alternatives à des schémas de pensée dysfonctionnels et des comportements à risque qui se répètent et favorisent l'émergence des violences.
- La prévention tertiaire ciblée : recouvre toutes les interventions qui participent de la réduction du risque de répétition et/ou de récurrence après des violences sexuelles agies ou subies. L'intervention réelle et symbolique de la Loi est indispensable pour reconnaître la victime et sanctionner l'auteur, mais aussi et surtout apporter les soins utiles et nécessaires dans un cadre sécurisé, à l'ensemble des protagonistes. Nous suggérons d'intervenir systématiquement auprès de la victime, de l'auteur et du système (famille, paroisse, école, club sportif, association...) qui a favorisé l'émergence ou la répétition des violences sexuelles.
- La prévention quaternaire structurelle : elle concerne la réduction des conséquences néfastes des contre-mesures mises en œuvre (préjudices iatrogènes) en réaction aux violences sexuelles (traumatisme secondaire du dépôt de plainte ou de l'expertise, traumatisme vicariant des professionnels, exclusion sociale et isolement...). Par extension, nous considérons qu'elle concerne les dispositifs (socio-judiciaires, éducatifs,...) et les organisations humaines (famille, communauté...) qui majorent les facteurs de risque (ou déclenchant), dégradent les facteurs de protection et aggravent la souffrance (et le risque de violences sexuelles !).

3. ÉVALUATION DES PROGRAMMES DE PREVENTION DES VIOLENCES SEXUELLES DES MINEURS

La difficulté, pour l'étude des effets des interventions de prévention, consiste à mesurer l'impact de mesures qui, si elles sont efficaces, empêchent l'avènement de l'événement indésirable dans une population. Comment démontrer alors le lien (valeur et puissance) entre la mesure de prévention et un événement absent? Heureusement, comme le risque zéro n'existe pas, il reste toujours un peu

d'événement indésirable dont on peut évaluer l'évolution de l'incidence dans une population après exposition aux mesures de prévention pendant une période donnée (continue ou intermittente). On peut aussi utiliser un design d'étude prospective randomisée cas-contrôle en comparant dans chaque groupe l'évolution de l'incidence et de la prévalence des événements que l'on souhaite éviter, après exposition aux mesures de prévention mises en œuvre uniquement dans un groupe tiré au hasard, l'autre groupe assurant la mesure du niveau de base habituel de l'événement indésirable en vie réelle (groupe contrôle). Mais plus les interventions de prévention sont complexes plus il est difficile de démontrer de manière significative ce qui participe d'un effet (7).

En matière de prévention des violences sexuelles des mineurs, de nombreux programmes ciblent uniquement le milieu scolaire (8), le risque de victimisation de certaines violences (9) et utilisent des critères de jugement partiel de certains facteurs de risque/protection (identification par les mineurs des différents types de violences, égalité fille-garçon ...) ou indirect (IVG, fausses couches, ...).

Quel que soit la stratégie de prévention déployée, les critères d'efficacité des programmes de prévention en Santé Publique sont clairement identifiés (10) :

- La prévention doit être intégrative : Elle comprend des interventions multi-composantes s'adressant à des cibles pertinentes (p. ex., famille, pairs, communauté) qui influencent l'émergence, le développement et le renforcement des comportements à prévenir.
- Les méthodes d'intervention doivent être variées : Les programmes font appel à diverses méthodes pédagogiques axées sur la sensibilisation et la compréhension des comportements problématiques, ainsi que sur l'acquisition ou le renforcement des compétences.
- Le programme est suffisamment proportionné : Les programmes offrent une intervention suffisante pour produire les effets souhaités et assurent un suivi (entretien, renforcement) si nécessaire pour maintenir leurs effets.
- La prévention est fondée sur la théorie : Les programmes ont une justification théorique, reposent sur des informations précises et sont appuyés par des recherches empiriques.
- La prévention favorise les relations positives : Les programmes offrent une exposition aux adultes et aux pairs de manière à favoriser des relations solides (groupe de pairs, réseaux de soutien, communauté d'acteurs de prévention) et à soutenir des résultats positifs.
- La prévention est opportune, elle est mise en œuvre au moment approprié : Les programmes sont initiés suffisamment tôt pour avoir un impact sur l'émergence et le développement du comportement problématique et sont sensibles aux besoins développementaux des participants.

- La prévention respecte et s'appuie sur les référentiels socioculturels pertinents : Les programmes sont adaptés aux normes communautaires et culturelles des participants et s'efforcent d'inclure le groupe cible dans la planification et la mise en œuvre du programme.
- La prévention est évaluée, ses effets sont mesurés et ses résultats sont diffusés : Les programmes ont des buts et objectifs clairs et s'efforcent de documenter systématiquement leurs résultats par rapport à ces objectifs.
- Les personnels sont bien formés : Le personnel impliqué soutient le programme et reçoit une formation suffisante et adaptée sur la mise en œuvre des interventions.

Afin de proposer des outils efficaces de prévention des violences sexuelles aux professionnels exerçant auprès de mineurs âgés entre 5 et 18 ans, sur la base d'un recensement des outils et programmes de prévention francophones existants évalués et validés, nous avons créé avec les acteurs locaux de prévention et le soutien de l'ARS Occitanie, une BOîte A ouTils de Prévention (la BOAT®) des violences sexuelles et sexiste. Nous avons respecté le cahier des charges suivant pour proposer une ressource :

- structurée selon les stades de développement cognitif, affectif, psycho-sexuel et émotionnel des enfants,
- facile d'utilisation (après réalisation d'une formation aux bonnes pratiques et à l'accueil de révélation au cours des interventions) et ne nécessitant aucun équipement particulier,
- ajustable : en utilisation ponctuelle ou intégrative, répétée et progressive,
- adaptable directement à l'environnement écologique des professionnels et à tous les environnements,
- ciblée sur les facteurs de protection (à renforcer) et les facteurs de risque (à réduire),
- transversale sur les violences sexistes et sexuelles afin que les mineurs ne deviennent ni victime, ni auteur,
- basée sur des données probantes : validé et évaluable pour chaque intervention,
- pertinente pour la prévention primaire, secondaire et tertiaire des violences sexuelles sur/par les mineurs,
- impliquant tous les professionnels travaillant avec les enfants et les adolescents, ainsi que les parents.

11

La BOAT® est composée de plusieurs guides (animateur, parent, de formation) et de 134 fiches activités, déclinées en 5 thématiques et 34 sous-thématiques, pour quatre tranches d'âges (5-7 ans/ 8-10 ans/ 11-13 ans/ 14-18 ans) et nécessite une formation pour son utilisation.

Les 5 thématiques cibles de la BOAT® sont :

- Les compétences psychosociales afin de favoriser la connaissance de soi, de ses besoins, la prise de conscience de ses difficultés et de ses aptitudes.
- Le respect et les différences afin de valoriser les relations respectueuses et égalitaires.
- La relation et la sexualité afin d’informer sur les notions de respect, de différence, d’intimité et de pudeur, de sexualité.
- Du virtuel au réel, afin de développer l’esprit critique auprès des nouvelles techniques d’information et de communication (Internet, réseaux sociaux...).
- La compréhension et le respect de la loi afin de comprendre, respecter et intégrer les règles et les normes qui régissent la société.

Au cours de sa création, nous avons évalué l’acceptabilité et la faisabilité des interventions BOAT® dans différents environnements (école, Institut Médico-Educatif, Quartier Mineur de prison,...), ainsi que l’efficacité des 134 fiches intervention. Afin de mesurer auprès de collégiens ses effets en vie réelle, nous avons lancé en 2024 dans le cadre d’un appel à projet financé par la Direction Générale de l’Organisation des Soins, une étude nationale observationnelle prospective multicentrique contrôlée en ouvert avec randomisation en cluster : The BOAT-effect (11). 60 collèges participent à l’étude, répartis sur 6 sites (Lille, Lyon, Montpellier, Nancy, Paris, Toulouse). Il s’agit de comparer sur trois ans l’évolution de l’incidence des comportements violents mesurés par les conseils de discipline, entre 30 collèges avec des équipes éducatives formées à la BOAT® versus 30 collèges témoins (équipes non formés). Les objectifs secondaires permettent d’évaluer l’impact des interventions de prévention BOAT® au sein de la communauté éducative sur :

- Le bien-être des élèves, leurs consommations de substances (tabac, alcool, boissons énergisantes, drogues), leurs comportements sexuels à risque et les idées de violences dirigées contre des tiers (agression) ou contre soi (suicide).
- Le stress perçu par les enseignants.
- Le climat scolaire évalué par les enseignants.
- La fréquence des révélations par les élèves de violences ou d’abus au cours des interventions afin de les orienter dans un parcours de soins adapté (Informations Préoccupantes et signalements).

Créer des outils et des ressources, puis les valider et les évaluer avant de les mettre à disposition ne garantit pas leur diffusion et leur (bonne) utilisation. Le processus d’appropriation par l’implication

active et complémentaire des populations et des professionnels nécessite une volonté et un engagement politique net et massif.

4. DES STRATEGIES AUX POLITIQUES DE PREVENTION, UNE LENTE EVOLUTION FAUTE DE REVOLUTION FRANÇAISE

En France, la prévention est confiée depuis 1988 selon l'article L. 262-1 du code de la sécurité sociale (CSS) à des opérateurs publics (caisses primaires d'assurance maladie et les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail), qui se doivent d'exercer « *une action de prévention, d'éducation et d'information sanitaires ainsi qu'une action sanitaire et sociale destinées en priorité aux populations exposées au risque de précarité dans le cadre de programmes définis par l'autorité compétente de l'Etat* ». Le deuxième alinéa de l'article L.262-1 du CSS évoque la mise en « *œuvre des actions de promotion et d'accompagnement de la prévention* ».

De la « promotion de la prévention », à la « promotion de la santé », il faut attendre la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades pour que soit définie les buts de la prévention et qu'émerge dans la loi, la promotion de la santé : « *améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident. A travers la promotion de la santé, cette politique donne à chacun les moyens de protéger et d'améliorer sa propre santé* ». ».

Peu de temps avant, la loi du 4 juillet 2001, a inscrit dans le Code de l'éducation, l'éducation à la sexualité : « *Une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène* » (article L. 312-16 du code de l'éducation). Le contenu des programmes d'éducation à la vie affective et relationnelle, et à la sexualité (EVAR-S) a été publié le 6 février 2005, soit près de 15 ans plus tard.

C'est la circulaire N°DHOS/DGS/O2/6C/2006/168 du 13 avril 2006, relative à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles et à la création de centres de ressources interrégionaux, qui donne aux CRIAVS comme premier objectif de « *développer la prévention (primaire, secondaire ou tertiaire) et être l'interface des acteurs qui mènent déjà ou souhaitent mener des actions de prévention dans ce domaine* ». Bien que les équipes des CRIAVS organisent un maillage solide sur l'ensemble du territoire, en l'absence de pilotage stratégique et de feuille de route pour la lutte contre les violences sexuelles des mineurs, de nombreuses initiatives locales existent sans véritable évaluation, valorisation,

planification et coordination. A l'échelle nationale, la FFCRIAVS pourrait structurer une offre dédiée (dont le dispositif STOP adressé aux mineurs en lien avec le 119, pour la prévention secondaire et tertiaire) et contribuer à l'élaboration d'une politique nationale de prévention des violences sexuelles des mineurs, absente des feuilles de route des différents plans nationaux de santé publique.

Car même si la prévention devient une priorité dans la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (avec son titre I^{er} : renforcer la prévention et la promotion de la santé), puis dans la Stratégie Nationale de Santé (SNS) 2018-2022 et ses déclinaisons à travers la création du premier Plan national de santé publique (PNSP) suivi du plan « Ma santé 2022 », aucune mention n'est faite sur la santé sexuelle et la prévention des violences sexuelles des mineures. Une tache aveugle que l'on retrouve à l'international malgré la Charte d'Ottawa (12) avec l'absence de texte spécifique dans les référentiels proposés par l'OMS, l'ONU, l'UNESCO et l'UNICEF (13).

5. CONCLUSION

Quelques soient les concepts et les outils utilisés, la prévention des violences sexuelles des mineurs nécessitent prudence, rigueur, compétences (élaboration, mise en œuvre, suivi et évaluation) mais aussi et surtout l'engagement de tou-te-s (parent, éducateur, enseignant, soignant, ...) pour favoriser le développement harmonieux de l'enfant et éviter qu'il ne devienne victime ou auteur de violences sexuelles. Information, sensibilisation, promotion, éducation et prévention des violences sexuelles sont possibles sur le plan individuel avec des ressources solides accessibles et pertinentes, à condition de s'en saisir ! Sur le plan collectif, des améliorations sont possibles depuis la veille sanitaire jusqu'au déploiement de programmes nationaux structurés, impliquant l'ensemble des opérateurs institutionnels (Education-Santé-Justice).

14

BIBLIOGRAPHIE :

1. Bouhoute M. (2023) les violences sexuelles, près d'une condamnation sur six relève du viol. Infos rapides Justice n°9, novembre 2023.
<https://www.justice.gouv.fr/documentation/etudes-et-statistiques/violences-sexuelles-pres-dune-condamnation-six-releve-du-viol>
2. Letourneau, E. J., & Assini-Meytin, L. C. (2025). Mapping the unseen: global prevalence of childhood sexual violence. *The Lancet*.

3. Gordon Jr, R. S. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public health reports*, 98(2), 107.
4. Department of Health. (2010). *Healthy lives, healthy people: Our strategy for public health in England* (Vol. 7985). The Stationery Office.
5. Markman, H. J., Stanley, S. M., Jenkins, N. H., Petrella, J. N., & Wadsworth, M. E. (2006). Preventive education: Distinctives and directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20(4), 411-434.
6. Bronfenbrenner, U. (2005). Théorie des systèmes écologiques (1992). Dans *Making human beings human : Bioecological perspectives on human development* (pp. 106-173). Sage Publications Ltd.
7. Campbell, M., Fitzpatrick, R., Haines, A., Kinmonth, A. L., Sandercock, P., Spiegelhalter, D., & Tyrer, P. (2000). Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *Bmj*, 321(7262), 694-696.
8. Topping KJ, Baron IG. School-based child sexual abuse prevention programs: A review of effectiveness. *Review of Educational Research*. 2009; 79:431–463.
9. Taylor BG, Stein ND, Mumford EA, Woods D. (2013). Shifting boundaries: An experimental evaluation of a dating violence prevention program in middle schools. *Prevention Science*. 14:64–76.
10. Nation, M., Crusto, C., Wandersman, A., Kumpfer, K. L., Seybolt, D., Morrissey-Kane, E., & Davino, K. (2003). What works in prevention: Principles of effective prevention programs. *American psychologist*, 58(6-7), 449.
11. Poitau M., Montalti E., Abderrahmane N., Baudry C., Bonneton S., Canale N .. & Lacambre M. (2023). La BOAT : un dispositif original de prévention des tempêtes liées aux violences à caractère sexuel et sexiste. *Forum*, 170, 70-78.
12. Ferron, C., & Deschamps, J. P. (2016). Charte d'Ottawa: traduction ou trahison?. *Santé publique*, 28(6), 715-716.
13. Miele, C., Maquigneau, A., Joyal, C. C., Bertsch, I., Gangi, O., Gonthier, H., ... & Lacambre, M. (2023). International guidelines for the prevention of sexual violence: A systematic review and perspective of WHO, UN Women, UNESCO, and UNICEF's publications. *Child abuse & neglect*, 146, 106497.