

Audition publique
« Auteurs de violences sexuelles :
prévention, évaluation, prise en charge »

Rapports des experts
et du groupe bibliographique

Tome 2 : Prévention

Préface : Mathieu LACAMBRE, Sabine MOUCHET-MAGES

Auteurs : Marie CHOLLIER, Marie-Hélène COLSON, Kevin DUFRESNE,
Fabienne LEMONNIER, Frédéric GALTIER, Marie-Laure GAMET, Olivier
PLANCADE, Cindy PRUDHOMME

Suivi de
« Synthèse du rapport de la commission d'audition.
35 propositions concrètes pour lutter efficacement
contre les violences sexuelles »

Edition collector à l'occasion du
10^{ème} Congrès International Francophone sur l'Agression Sexuelle
(CIFAS, Montpellier, 2019)

ISBN : 978-2-491142-01-8
© FFCRIAVS - 2019

Audition publique
« Auteurs de violences sexuelles :
prévention, évaluation, prise en charge »
Paris, juin 2018

Préface

Dans le champ des violences sexuelles, nous disposons en France d'un héritage clinique, théorique et conceptuel particulièrement riche ainsi que de dispositifs législatifs inédits (injonction de soins, contrainte pénale...) mais aussi institutionnels permettant une articulation étroite entre la Santé et la Justice autour du patient-condamné. Ainsi, des équipes pluriprofessionnelles originales ont vu le jour à partir de 2006¹ au sein de Centres Ressources pour les intervenants auprès d'Auteurs de Violences Sexuelles (CRIAIVS). Près de 200 professionnels de tout horizon (secrétaire, documentaliste, juriste, sociologue, criminologue, psychologue, éducateur, assistant de recherche clinique, psychiatre, sexologue...) se sont réunis dans chaque région pour incarner les CRIAIVS et porter haut nos missions : la prévention, la formation, la documentation, l'information, le soutien aux équipes de terrain, la recherche et l'animation des réseaux Santé-Justice. Fin 2009, les CRIAIVS se sont associés au sein de la Fédération Française des CRIAIVS (FFCRIAIVS) pour développer collectivement des projets d'envergure nationale et internationale.

Interrogés au quotidien par les patients, les familles et les professionnels de la santé, de la justice, mais aussi du secteur éducatif, sur les évolutions de l'expression des violences sexuelles (sur internet, entre jeunes mineurs...), interpellés, intéressés, mais aussi préoccupés par la société qui, découvrant l'ampleur du phénomène, se saisit de l'immédiateté des réseaux sociaux pour « balancer » sa colère dans des hashtags² là où prendre du temps s'avère indispensable pour accueillir les victimes et traiter les auteurs, et enfin inquiets de l'absence de volonté d'engager une politique volontariste de prévention primaire, les professionnels des CRIAIVS ont décidé, via la FFCRIAIVS d'engager un nécessaire processus de réflexion et de mise à jour des repères en perpétuelle évolution³ pour la prévention, l'évaluation, et la prise en charge des auteurs violences sexuelles.

Aussi, avons-nous établi les premiers contacts avec la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2016 pour garantir un cadre éthique que nous voulions rigoureux.

Plusieurs modèles s'offraient à nous : la conférence de consensus, les recommandations d'experts et l'audition publique. Nous voulions adresser un message complet et solide à l'attention des professionnels, des patients, des familles, mais aussi de toute la société – en particulier des personnes en charge des politiques de santé, judiciaire, criminelle, pénitentiaire –, basé sur des faits scientifiques validés (haut niveau de preuve), et intégrant la société civile. C'est pourquoi, naturellement, notre choix s'est porté sur l'audition publique, à une date symbolique (17 juin 2018 pour les 20 ans de la loi du 17 juin 1998⁴), avec une diffusion en streaming en direct afin d'assurer un accès public le plus large.

1. Circulaire DHOS/DGS/02/6C n°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 et circulaire DHOS/F2/F1/DSS/AI/2008/264 du 8 août 2008 relative à la campagne tarifaire 2008 des établissements de santé.

2. #balancetonporc, #metoo

3. Notamment au plan législatif. Depuis l'audition publique, la loi du 3 août 2018 a d'ailleurs amendé certaines définitions des violences sexuelles.

4. Loi n°98-468 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles et à la protection des mineurs

Et comme il fallait être bien accompagné, nous avons eu la chance de bénéficier du soutien d'un méthodologiste de la HAS ainsi que d'une documentaliste. La légitimité du projet s'est construite avec la constitution du comité d'organisation, représentatif de toutes les instances impliquées dans la problématique des auteurs de violences sexuelles, et qui a lui-même choisi non pas un, mais deux présidents pour la commission d'audition, instance indépendante en charge de la rédaction de recommandations à l'issue des débats : Jean Marie Delarue, conseiller d'Etat, ancien contrôleur général des lieux de privation de liberté (2008-2014), président de la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme, et Charles Alezrah, psychiatre hospitalier, président du Centre régional d'étude, d'action et d'information en faveur des personnes en situation de vulnérabilité - Observatoire régional de la santé (CREAI-ORS OCCITANIE).

Une mystérieuse alchimie s'est alors déclenchée : pendant que le comité d'organisation poursuivait l'élaboration des questions qui allaient structurer la production scientifique, la commission d'audition a été créée, ainsi que le groupe bibliographique, lecteurs aguerris, pour analyser, évaluer et synthétiser toute la littérature dans le domaine. Oui, TOUTE la littérature. Et pour nourrir ce groupe bibliographique, le réseau documentaire de la FFCRIAVS a tourné à plein régime pendant de longs mois. En parallèle les meilleurs experts nationaux ont été sollicités pour écrire leur rapport et le synthétiser à l'oral en 10 minutes lors de deux jours de marathon cognitif au Ministère des Solidarités et de la Santé les 14 et 15 juin 2018, pendant lequel un public trié sur le volet (obligation de représentativité) a pu participer et interagir avec l'ensemble des intervenants.

Conformément au référentiel méthodologique de la HAS, la commission d'audition s'est enfin retirée pour rédiger en huis clos son rapport complet remis le 17 juin 2018, et dont la synthèse est confiée à votre lecture à la fin de cet ouvrage.

A l'automne 2018, le collège de la HAS n'a pas souhaité endosser le rapport de la commission d'audition en raison de son caractère transversal. En effet, pour aborder la problématique des auteurs de violences sexuelles l'implication des champs judiciaire, pénitentiaire et sanitaire est nécessaire. La HAS n'ayant de compétence que dans le champ de la Santé, il lui était évidemment impossible de se prononcer hors de ce champ. A ce titre, en regard des pratiques professionnelles de terrain au quotidien, nous suggérons la création d'une articulation fonctionnelle interministérielle Santé-Justice au plus haut niveau. Ainsi le rapport de la commission d'audition aurait peut-être pu connaître un autre sort, et participer à réduire l'inflation législative, outil de communication politique partiellement efficace pour réduire les angoisses sociétales, mais facteurs de confusion sur le terrain.

Et pourtant, grâce à la pugnacité, la volonté et l'implication féline de quelques un-e-s, vous avez la chance de détenir une édition collector, spécialement parue pour le X^{ème} Congrès International Francophone sur l'Agression Sexuelle (CIFAS 2019, Montpellier). Les croquis insérés avant la synthèse de la commission d'audition sont des dessins originaux réalisés par un de ses membres dont les talents ont été découverts lors des deux jours de claustration nécessaires pour rédiger le rapport.

C'est un honneur pour nous de nous savoir aujourd'hui dans vos mains.

Que ces textes vous permettent d'enrichir vos pratiques en apportant des repères pérennes, solides et fiables.

Mathieu LACAMBRE, président FFCRIAVS (2013-2019)
Sabine MOUCHET-MAGES, présidente du Comité d'Organisation de
l'Audition Publique du 17 juin 2018 : Auteurs de Violences sexuelles :
prévention, évaluation, prise en charge.

Considérations méthodologiques

L'audition publique est une méthode de concertation définie par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour faire émerger des propositions d'amélioration sur un sujet déterminé. Cette méthode implique soignants, chercheurs, et prescripteurs concernés, mais aussi politiques, usagers, grand public, médias... C'est une méthode particulièrement adaptée aux sujets de santé comportant une forte dimension sociétale et suscitant le débat, telles que les violences sexuelles. Son déroulement se compose en plusieurs étapes qui ont été rigoureusement respectées par les intervenants qui ont conduit le (et contribué au) processus de l'audition publique « Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge ».

Promoteur du projet, la Fédération Française des Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (FFCRIAVS) a engagé ses moyens humains et financiers pour accompagner la réalisation de ce projet depuis 2015. Structures de service public sous la responsabilité du Ministère des Solidarités et de la Santé, les 26 CRIAVS⁵, déployées sur l'ensemble du territoire, se sont en effet associés depuis 2009 pour porter collectivement des projets d'envergure nationale et internationale destinés à améliorer la prévention des violences sexuelles sur les bases d'une réflexion éthique et pratique, et en diffuser les apports scientifiques et cliniques grâce à leur compétence de réseau. Inaugurant le processus scientifique de l'audition publique, la FFCRIAVS en a tout d'abord déterminé le thème et la composition du comité d'organisation.

Le comité d'organisation, composé de représentants de 15 structures référentes dans le domaine des violences sexuelles et plus largement de la santé mentale et de la santé publique, a précisé la problématique et l'a décliné en plusieurs questions qui ont structuré l'audition publique. Il a ensuite confié chaque question à une sélection d'experts, composé une commission d'audition chargée de la rédaction du rapport final comportant des recommandations sous forme de propositions, ainsi qu'un groupe bibliographique chargé de la synthèse des données de la littérature scientifique.

Les experts et le groupe bibliographique ont alors rédigé leurs conclusions sur chaque question, et l'ensemble de ces écrits ont été mis à la disposition de la commission d'audition et du public.

La séance publique destinée à soumettre l'ensemble des travaux au débat public en présence de la commission d'audition s'est tenue les 14 et 15 juin 2018 avec le soutien et au Ministère des Solidarités et de la Santé, et sous le haut patronage de Mme. la ministre Agnès Buzyn.

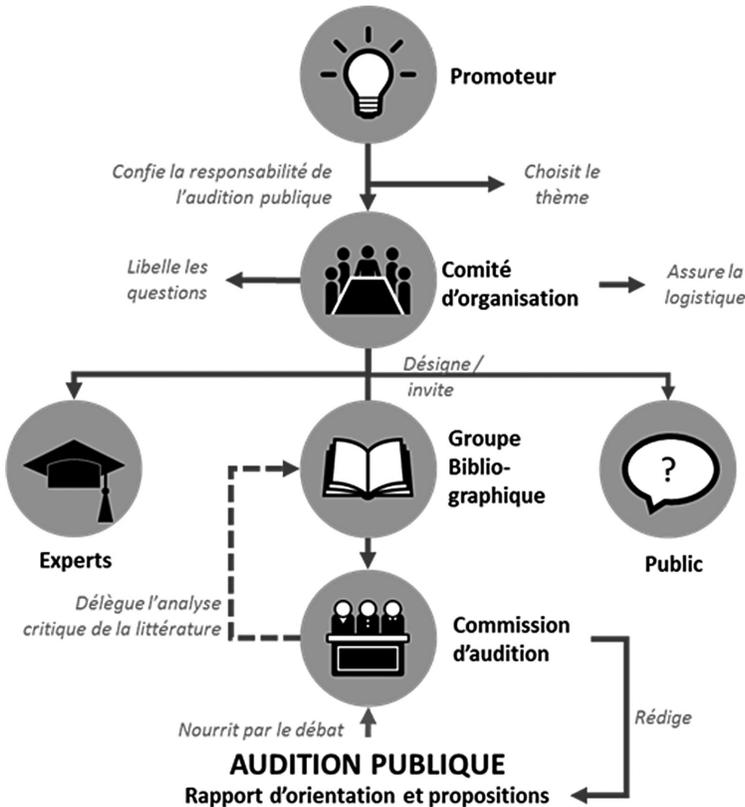
Présente lors des débats, la commission d'audition s'est enfin retirée pendant 2 jours afin de rédiger un rapport rendant compte de la confrontation discursive du point de vue de la littérature scientifique et des expériences de terrain à l'épreuve des interrogations légitimes du public. Elle en a par ailleurs déduit 35 propositions concrètes à

5. Circulaire DHOS/DGS/O2/6C no 2006-168 du 13 avril 2006 relative à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles et à la création des centres ressources interrégionaux.

l'attention des professionnels, des politiques et de la société dans son ensemble, pour lutter efficacement contre les violences sexuelles. Ce rapport a été rendu public le 17 juin 2018, tout juste 20 ans après la loi du 17 juin 1998⁶ ayant notamment instauré en France l'injonction de soins comme modalité centrale de l'exécution de la peine pour les auteurs d'infraction à caractère sexuel, et impliquant ainsi le soignant dans une prise en charge articulée avec la Justice.

L'audition publique a donc nécessité et permis la production d'un ensemble de rapports (d'experts et du groupe bibliographique) permettant pour chaque question posée par la comité d'organisation de réinterroger et guider les pratiques de l'ensemble des professionnels impliqués, qu'ils soient spécialistes ou non. Ce corpus de textes fait désormais référence dans le domaine, et constitue cet ouvrage divisé selon 4 tomes thématiques : « Violences sexuelles : définitions, évolutions, état des lieux », « Prévention », « Evaluation », et « Prise en charge ».

Une synthèse du rapport de la *commission d'audition* ainsi que les 35 propositions formulées vous sont par ailleurs présentés à la fin de chaque tome.



6. Loi n°98-468 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles et à la protection des mineurs

Comité d'organisation

Présidente du Comité d'organisation

Sabine MOUCHET-MAGES, Psychiatre, responsable médical régional CRIAVS Rhône-Alpes, CH Le Vinatier, Lyon.

Président de la FFCRIAVS

Mathieu LACAMBRE, Psychiatre, responsable de la Filière Psychiatrie Légale, CHU de Montpellier.

Membres du Comité d'organisation

Association Française de Criminologie (AFC), représentée par Sophie BARON-LAFORÊT, psychiatre, Thuir.

Association Française de Psychiatrie Biologique et Neuropharmacologique (AFPBN), représentée par Anne-Hélène MONCANY, psychiatre, Toulouse.

Association Française pour le Traitement des Violences Sexuelles (AFTVS), représentée par Alain JAVAY, psychomotricien, Paris.

Association Interdisciplinaire post Universitaire de Sexologie (AIUS), représentée par Aurélie MAQUIGNEAU, psychologue sexologue, Marseille.

Association Nationale des Juges de l'Application des Peines (ANJAP), représentée par Samra LAMBERT, juge de l'application des peines, Montargis.

Association Nationale des Psychiatres Experts Judiciaires (ANPEJ), représentée par Paul JEAN-FRANÇOIS, psychiatre expert judiciaire, Paris.

Association des Psychiatres de secteur Infanto-juvéniles (API), représentée par Yvonne COINÇON, pédopsychiatre, Grenoble.

Association pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Aggression Sexuelle (ARTAAS), représentée par Caroline LEGENDRE-BOULAY, psychologue, Melun.

Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire (ASPMP), représentée par Anne HENRY, psychiatre, Rennes.

Direction Générale de la Santé (DGS), représentée par Pascale FRITSCH et Sébastien DELBES, Paris.

Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), représentée par Gérald ASTIER et Julie BIGA, Paris.

Fédération Française des Centres ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (FFCRIAVS), représentée par Mathieu LACAMBRE, psychiatre, Montpellier, et Cécile MIELE, psychologue sexologue, Clermont-Ferrand.

Fédération Française de Psychiatrie (FFP), représentée par Patrick PRAT, psychiatre, Marseille.

Santé publique France, représentée par Emmanuelle LELAY, Paris.

Société française de psychologie, représentée par Antonia CSILLIK, docteur en psychologie, enseignant-chercheur, Paris.

Méthodologiste

Cédric PAINDAVOINE, Haute Autorité de Santé (HAS)

Documentaliste

Gaëlle FANELLI, Haute Autorité de Santé (HAS)

Coordinatrice logistique

Cécile MIELE, Psychologue sexologue, CRIAVS Auvergne, CHU de Clermont-Ferrand, référente communication FFCRIAVS



Partie 1 - Rapports des experts

Quelles sont les définitions de la prévention en matière de violences sexuelles ? Quels en sont les objectifs et limites ?

Cindy PRUDHOMME

Psychologue clinicienne ès psychologie de la santé, CRIAVS,
Urgence et post urgence psychiatrique, CHU Lapeyronie, Montpellier.

Introduction

« Je vous avais prévenu...alors pourquoi est-ce arrivé quand même !? »

Ben... ! Ce n'était pas un inconnu, il n'avait pas d'imperméable, ni l'air bizarre, il ne m'a pas suivi dans une ruelle sombre, ne m'a pas donné de bonbons à la sortie de l'école, je ne suis pas monté dans sa camionnette, promis !... J'ai dit non quand il a commencé mais il était plus fort que moi, puis j'ai pleuré... »

La prévention des Violences Sexuelles concerne à la fois les champs de la santé, éducatif et de la justice et, au-delà, constitue un grave sujet de société. Cantonnée le plus souvent à la sphère judiciaire, au mieux à la sphère sociale, la thématique de prévention des « violences sexuelles » semble se heurter à de nombreuses difficultés pour pénétrer le champ de la santé publique. Pourtant, les violences sexuelles sont un problème de santé publique courant et grave qui affecte des millions de personnes chaque année dans le monde. Il faudra cependant attendre les années 80-90, pour que le secteur de la santé publique joue un rôle croissant dans la lutte contre les violences, et plus récemment encore contre les violences sexuelles.

Il me semble nécessaire d'aborder la prévention des violences sexuelles sous cet angle afin de les traiter de manière scientifique et interdisciplinaire. La santé publique se caractérise avant tout par l'accent qu'elle met sur la prévention. Au lieu de se contenter d'accepter les violences ou d'y réagir, elle part du principe qu'il est possible de prévenir les comportements violents et leurs conséquences et d'en atténuer les incidences.

Malgré tout ce que l'on sait désormais des violences sexuelles, la prévention fait partie de ces concepts dont nous avons tous une connaissance intuitive mais qui finalement pose des difficultés dès lors qu'il s'agit d'en livrer une définition précise ainsi que de la mettre en application. Pourquoi tant de difficultés face à un problème reconnu de « défi planétaire » par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Définitions : Prévention des violences sexuelles

Il n'existe aucune définition de la prévention des violences sexuelles qui ne fasse consensus à ce jour. Chaque organisme ou professionnel tente de donner une interprétation à travers la définition généraliste donnée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dès 1948.

En l'occurrence, c'est aussi celle qui sera reprise dans les missions CRIAVS imposées par la circulaire DHOS-DGS du 13 avril 2006 à savoir, « Développer la prévention (primaire, secondaire, tertiaire) et être l'interface des acteurs qui mènent déjà ou souhaitent mener des actions de prévention. »

Il me paraît donc indispensable de traiter la question de la prévention des violences sexuelles en précisant le cadre préétabli par l'OMS.

La constitution de l'OMS a été adoptée à New York le 22 Juillet 1946. Son but est d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible.

Définition de la Santé

La santé est un état de bien être total physique, social et mental de la personne (image POSITIVE de la santé). Ce n'est plus la simple absence de maladie ou d'infirmité. S'occuper de l'accès à la santé revenait à lutter contre les maladies. La santé de la population devient alors une responsabilité collective.

Définition de la prévention : (cf. Rapport Flajolet)

La prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et/ou des handicaps. L'OMS distingue 3 types de prévention en fonction du moment où elle se situe par rapport à la survenue de la maladie.

- **Le niveau primaire** correspond à l'ensemble des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie et donc à réduire, autant que faire se peut, les risques d'apparition de nouveaux cas.

Dans le cas des violences sexuelles, il s'agirait pour ainsi dire de toutes les mesures prises avant la survenue de la violence en limitant le risque, c'est la prévention proprement dite : mesures visant à prévenir un risque en supprimant ou en réduisant la probabilité d'occurrence du phénomène dangereux. Cette conception traditionnelle de la prévention débouche inévitablement sur un programme très vaste et de réforme des institutions sociales.

- **Le niveau secondaire** correspond à l'ensemble des actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie et donc à réduire son évolution (Population malade asymptomatique).

Ici il s'agirait des mesures prises après la survenue de la violence, à titre de riposte immédiate pour atténuer les conséquences des actes dans le court terme, elle met l'accent sur les réponses les plus immédiates à la violence, comme les soins pré-hospitaliers, les services des urgences ou, après un viol, le traitement des maladies sexuellement transmissibles... Elle prend en compte le dépistage précoce et le traitement des premières atteintes.

- **Le niveau tertiaire** correspond à l'ensemble des actes destinés à réduire la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans une population. Cette conception étend la prévention au domaine de la réadaptation, elle cherche à favoriser la réinsertion professionnelle et sociale (Population malade symptomatique).

Enfin, il s'agirait des mesures visant le long terme « pour traiter des conséquences durables de la violence et prévoir des traitements pour les auteurs des actes.

Dans cette approche, la prévention a pour objet « la maladie, les accidents et/ou le handicap », il renvoie à une conception particulière de la santé qui ne semble pas adaptée ni correspondre à la définition initiale de la santé. Les violences sexuelles ne sont ni une maladie, ni un accident ni un handicap... Cette approche propose donc une vision médicale avant tout, dans ce cas, comment classer ces actions indépendantes d'une maladie ? Comment pourrait-on s'approprier cette définition pour la prévention des violences sexuelles telle quelle alors qu'elle ne prend en compte au-

cune autre dimension à part celle du champ médical ?

Même si elle présente des avantages indéniables comme le centrage sur un problème à éviter ou à résoudre et sa vision prospective (prévoir et prévenir = prévention primaire). Elle a aussi des limites importantes car elle propose une visée uniquement négative « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire » (= Prévention « de », prévention « contre »). Ce qui limite les préoccupations aux risques, c'est-à-dire aux comportements jugés négatifs, et leurs dangers (par exemple dans les années 80 on proposait la prévention sous la forme « des dangers de la sexualité » et en 2010 on propose toujours le même format sous « les dangers d'Internet », et peut être interprétée comme un instrument d'interdiction, de contrôle social et de « normalisation ».

Dans ce cadre, nous comprendrons aisément que cette définition est loin d'être satisfaisante.

Evolution du concept

A l'instar de l'OMS, RS. Gordon établira en 1982 une approche qui vise à distinguer la prévention en trois sous-ensembles :

- **La prévention universelle** dirigée vers l'ensemble de la population quel que soit son état de santé ; elle tend à permettre, par l'instauration d'un environnement culturel favorable, à chacun de maintenir, conserver ou améliorer sa santé, quel que soit son état ; qui s'adresse à toute la population ; fait donc partie intégrante de cette acception de la prévention le champ dit de « l'éducation pour la santé ».
- **La prévention sélective** ou orientée qui porte sur les sujets à risque et tente d'éviter la survenue de la maladie dont ils sont menacés ; qui cible les personnes à risque du fait de facteurs familiaux ou environnementaux.
- Enfin la **prévention ciblée** est appliquée aux malades, qu'elle aide à gérer leur traitement de façon à en améliorer le résultat. Elle correspond à l'éducation thérapeutique, qui s'adresse aux personnes présentant des facteurs de risque individuels ou/et manifestant des premiers symptômes.

Cette seconde approche, beaucoup moins utilisée, reprise aussi par San Marco, est non plus basée sur le moment de l'intervention mais sur la population à laquelle elle s'applique (cible) ; elle supprime la dichotomie entre soin et prévention, elle est fondée sur l'appropriation de sa santé par la population cible. Si ce n'est que dans ce cas, la population cible est bien souvent « les victimes », voir « les enfants ou les femmes », ce qui a mon sens est assez restrictif et incomplet dans le champ des violences sexuelles. Relié à l'éducation sexuelle, la prévention dans ce cas s'adresse alors aux adolescents dans le but de les préparer à une vie sexuelle sécuritaire et satisfaisante.

Centrer ses actions sur les enfants et les femmes, semblent pour ma part une erreur, ceci donne l'impression de cantonner les enfants et les femmes dans un rôle systématique de victime signifiant une fois de plus que les auteurs sont forcément des hommes, en les stigmatisant de la sorte, on restreint le champ préventif. Est-ce que cela signifierait de devoir demander aux femmes et aux enfants de prendre des précautions quant à leur tenue vestimentaire, leur comportement, leurs attitudes, leurs heures de sortie, leurs lieux de sortie, la musique écoutée...et qu'il n'y a rien à demander aux hommes...

Cette théorisation a proposé des programmes de prévention auprès des jeunes publics sous la forme : « Abus sexuels à l'égard des enfants, je sais dire NON pour me protéger »...

Ce qui a provoqué de vives réactions de la part des professionnels de l'enfant et de l'adolescent, en insistant sur les paradoxes que cela impose :

- Même si ce genre de programme apaise la peur sociale en parallèle elle crée une peur diffuse chez les enfants car elle suscite l'idée que c'est à l'enfant de se protéger contre les Violences Sexuelles :
 - o Dans un premier temps, l'enfant « devrait » pouvoir dire NON à un autre enfant avec lequel il jouait quelques minutes auparavant, à un adolescent qu'il admire le plus souvent, voire à un adulte qui en temps normal impose une autorité à l'enfant à laquelle celui-ci n'est pas censé s'opposer, qui plus est serait censé l'aimer et le protéger.
 - o Cela suppose aussi dans un deuxième temps que l'enfant serait capable de se défendre physiquement contre une personne généralement plus forte que lui.
- Outre le côté anxiogène de ces campagnes par l'idée d'une protection non adaptée, celle-ci s'appuie aussi sur le fait que l'agression sexuelle est omniprésente puisqu'on ne peut se fier à personne puisque l'agresseur peut être dans un premier temps un inconnu (le monsieur en imperméable, celui qui vous donne des bonbons, ou celui qui veut vous raccompagner chez vous en voiture...) puis par la suite on admet que les agresseurs sexuels peuvent se retrouver aussi en intrafamilial (père, grand-père, oncle...), puis finalement ceux qui ont autorité sur vous (professeurs, le prêtre, l'animateur sportif...)
- Un 3^{ème} paradoxe celui des campagnes et des programmes dit toxiques : en effet l'introduction de la sexualité chez l'enfant de primaire (8-10 ans à peu près) par l'approche de la « perversion » (à savoir de l'adulte pédophile) ne semble pas non plus très adaptée.
- Enfin, elles tendent à refléter l'idée selon laquelle chacun serait en mesure de contrôler sa vie et ses attitudes. Or la réalité de l'abus sexuel montre à quel point certains enfants n'ont aucun contrôle sur leur corps et sur leur vie.

Evolution du concept selon l'OMS : La Charte d'Ottawa : la Promotion de la santé, 1986.

La première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa, a adopté le 21 novembre 1986 une « Charte » en vue de contribuer à la réalisation de l'objectif de la Santé pour tous d'ici à l'an 2000 et au-delà. Inspirée avant tout, par l'attente, de plus en plus manifeste, d'un nouveau mouvement en faveur de la santé publique dans le monde, elle a pris comme point de départ les progrès accomplis grâce à la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, les buts fixés par l'OMS dans le cadre de la stratégie de la Santé pour tous et le débat sur l'action intersectorielle pour la santé, à l'Assemblée mondiale de la Santé.

Les intervenants en promotion de la santé de partout dans le monde se réfèrent le plus souvent à cette définition, bien qu'il existe là encore certaines variantes.

Définition de la promotion de la santé

Elle a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet de bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et

personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu.

La promotion de la santé est donc une approche globale, qui vise le changement des comportements mais aussi des environnements relatifs à la santé, via une gamme de stratégies individuelles (modes de vie, habitudes de vie) et environnementales (conditions de vie). Elle utilise pour cela une large gamme de stratégies, dont l'éducation pour la santé, le marketing social et la communication de masse, l'action politique, l'organisation communautaire et le développement organisationnel.

Les objectifs de la promotion de la santé poursuivis sont donc de :

1° Signifier l'engagement des pouvoirs publics, créer un climat, un environnement de l'opinion favorable à la mise en pratique de mesures ou de réformes ayant des répercussions collectives.

Il existe suffisamment de données, y compris dans les ouvrages scientifiques, pour affirmer en toute certitude que la prévention des violences sexuelles est possible. Pourtant elle a peu retenu l'attention en matière de recherche et de politiques. Beaucoup d'efforts de prévention à l'heure actuelle consistent à identifier de bonne heure les cas de maltraitance d'enfants et à protéger les enfants concernés. Cette stratégie est bien une forme de prévention et peut être bénéfique pour les enfants et les familles. Cependant, elle ne réduira pas l'incidence des violences sexuelles comme le feraient des stratégies traitant les causes sous-jacentes et les facteurs qui y contribuent. Lorsque l'on opte pour de telles stratégies, il est important de savoir lesquelles, sur la base de données concrètes, ont permis d'atteindre les résultats visés. Là où les ressources sont rares, il est encore plus important de savoir quelles approches vont fonctionner. Les stratégies de prévention doivent donc se fonder sur les facteurs de risque et comporter un mécanisme d'évaluation des résultats.

C'est pourquoi il faudrait de toute urgence mener des études qui viendront enrichir la base des données factuelles et combler la pénurie actuelle d'informations sur les programmes de prévention efficaces. Faute de données probantes, on ne peut confirmer l'efficacité ou l'inefficacité de ces programmes. Les principales contraintes qui pèsent sur la recherche dans ce domaine sont les longues échelles de temps et les coûts élevés associés à la production de résultats. Sans cette recherche, toutefois, on aura peine à élaborer des politiques à la fois efficaces et efficientes.

En conséquence, il semble souhaitable de nouer un partenariat avec une université ou un établissement de recherche possédant l'expertise pertinente.

2° Mettre à « l'ordre du jour » un problème de santé. Il s'agit de placer une question au cœur des préoccupations de chacun, de la faire émerger dans le bruit médiatique, d'augmenter la prise de conscience collective des problèmes et des situations. Même si tout le monde n'y adhère pas, ne modifie pas son comportement, la publicité donne vie au sujet dans l'espace public, l'installe et provoque le débat. Elle est alors source de questionnement, veut susciter un esprit critique et déclencher des demandes d'informations.

Si les grandes campagnes de communication en santé publique ont longtemps cherché à susciter une prise de conscience, privilégiant une approche très « publicitaire » (slogans percutants, films mémorables, approche quasi « militante » - on se souvient de « un verre ça va, 3 verres bonjour les dégâts », « le sida ne passera pas par

moi », « Abus sexuels, je sais dire NON pour me protéger ») l'approche est aujourd'hui sensiblement différente.

Ces campagnes médiatiques sont souvent issues du milieu associatif qui s'en saisit :

Quelques exemples :

- « T'es la nouvelle ? Tu avales quand tu sucés ? », « Allez la nouvelle, à poil ! »
ARRETONS DE TROUVER ÇA NORMAL. Université de Paris Diderot
- « FAITES LE GESTE QUI NE SERA JAMAIS DEPLACÉ : UN DON ». Association PATOUCH (Suisse)
- « SPORTIF OUI, VICTIME NON. » Association INAVEM

Pour sensibiliser la communauté et faire de la prévention, il me semble qu'il faut travailler sur différents axes :

- Dans un premier temps les messages diffusés doivent s'appuyer sur la réalité et les faits au sujet des violences sexuelles, sur les façons d'intervenir et sur les ressources disponibles.
- Dans un deuxième temps, les messages doivent s'appuyer sur le consentement en misant sur le respect de soi et le respect de ses partenaires.

Aussi, la concision du format publicitaire – quelques mots, quelques images, quelques secondes – et son insertion dans le bruit médiatique constant en limitent profondément l'efficacité. On sait de surcroît qu'informer ne suffit pas pour déclencher l'action, et que les changements de comportements sont progressifs et dépendent de nombreux facteurs. C'est pourquoi la publicité n'est qu'une des modalités de l'action préventive. Pour accompagner un changement de comportement, une campagne publicitaire doit nécessairement s'inscrire dans une démarche plus globale. Mobiliser la collectivité, interpeller l'individu, n'a de sens que si l'on donne des clés pour avancer. Une campagne publicitaire ne se conçoit donc pas, d'une part, sans la diffusion de nombreux outils dits « de contenu » (supports d'édition, sites Internet, communiqués de presse, (guides de bonnes pratiques, outils pédagogiques, rencontres de professionnels, subventions d'associations..).

En effet, de plus en plus souvent, les campagnes publicitaires font la promotion de services (dispositifs d'aide à distance, programmes d'aide sur Internet, renvoi sur des professionnels) et s'accompagnent d'actions de terrain. L'approche pédagogique, la motivation, l'accompagnement, sont privilégiés à un discours d'alerte ou de rappel du risque, faisant écho aux stratégies de prévention positive et de réduction des risques sur lesquelles s'appuient de plus en plus souvent les stratégies de prévention en santé publique. Pourtant la prévention des violences sexuelles semble toujours se focaliser sur les dangers et les problèmes.

D'autre part, la qualité du ciblage des actions, le recours à des techniques de communication qui permettent de délivrer des messages différents selon le contexte culturel ou social, la démultiplication des supports médiatiques (avec l'explosion des technologies de l'information et de la communication, notamment) permettent des actions plus précises, et donc plus efficaces. De plus en plus, les grandes campagnes nationales se déclinent en nombreuses actions adaptées au cas par cas, avec des messages et des canaux de diffusion très ciblés. Cette fragmentation du discours demande de bâtir des outils sur mesure, et d'imaginer des modes de diffusion spécifiques (lieux de rencontre, espaces communautaires, centres de documentation dans les établissements scolaires, festivals de musique...).

Enfin, l'émergence du « web 2.0 », avec l'explosion des médias sociaux, oblige à repenser les échanges avec les publics. Très récemment, des opérations de « marketing viral » (diffusion d'une vidéo par réseaux de connaissances sur Internet) ou de « community management » (participation à des forums de discussions et publications sur le réseau Facebook par exemple), diffusent des messages de prévention directement auprès de petites communautés d'internautes tout particulièrement concernées par un message de prévention. Ces nouvelles pratiques permettent un ciblage très fin, et semblent améliorer considérablement la réception du message. Elles sont souvent moins coûteuses que la publicité via les grands médias, et plus faciles à évaluer. Elles demeurent néanmoins difficiles à maîtriser, et restent très chronophages – pour un résultat pas toujours prévisible. Enfin, elles ne peuvent pas remplacer les actions nationales en media, seules capables de favoriser une prise de conscience collective d'un enjeu de santé publique.

Bien qu'il y ait tout lieu de croire que ces opérations médiatiques combattent la violence juvénile et améliorent les aptitudes sociales, rien n'indique actuellement qu'ils peuvent atténuer la violence sexuelle. Il reste que ces techniques de communication présentent un potentiel intéressant sur le plan de la prévention.

3° Informer sur les risques et les moyens de prévention (fonction cognitive) et donc inciter à de nouveaux comportements vertueux qui s'appuient sur le principe que « mieux vaut prévenir que guérir » sur le plan épidémiologique mais aussi économique. Si cette interpellation renvoie à des actions locales, la campagne peut avoir fonction de tremplin et être un facilitateur des actions de proximité, des communications interpersonnelles directes, potentiellement plus aptes à agir sur les comportements. La publicité fait gagner en notoriété et apporte donc sécurité et légitimité à l'action de terrain. La visibilité nationale est essentielle quand elle lève des tabous et contribue à dynamiser le tissu local. L'un des objectifs essentiels d'une campagne médiatique est en effet de faire le lien entre la politique de santé publique et les actions de terrain.

Il semblerait qu'en France nous ne sommes pas dans cette conception de prévention mais plutôt de guérison, il suffit de voir l'importance des financements accordés au champ médical et judiciaire concernant les violences sexuelles plutôt qu'à celui du champ de la santé publique.

4° Agir sur les représentations sociales et faciliter le questionnement des individus sur leurs propres pratiques. Les campagnes peuvent en effet préparer l'opinion, modifier des normes sociales, faire évoluer ou changer les perceptions. Les campagnes structurent ainsi, année après année, un modèle de pensée. Ceci contribue à créer un climat favorable aux changements de comportement. La campagne est alors un accélérateur dans le processus de changement, reste à faire la preuve de leur efficacité dans la modification des comportements.

La prévention des violences sexuelles vise souvent à renforcer l'opprobre social à l'endroit de ces formes de violence, à lutter contre leur banalisation et à promouvoir des relations égalitaires et empreintes de respect. Elle cible plus particulièrement la protection des personnes pouvant se trouver dans une situation de plus grande vulnérabilité aux violences sexuelles.

Tout le monde s'unit ou presque pour dire que la responsabilité ne soit pas du côté de la victime, pourtant la banalisation de la sexualité violente, l'inégalité de genre et les messages sexistes inondent encore nos écrans et les mentalités, car en effet il n'est pas rare d'entendre encore aujourd'hui, par exemple :

- « Dans le cas d'un véritable viol/viol légitime, le corps féminin sait se défendre et il est pratiquement impossible qu'il y ait fécondation » ;

- « Il ne s'est rien produit » ou
- « Oh ! Ce n'est pas si grave » ;
- « Si c'était un vrai viol pourquoi elle n'a pas porté plainte tout de suite »,
- « Bah elle est pas morte... » ou encore
- « femme au volant, danger ou mort au tournant...
- « Tous les animaux sont faits des mêmes morceaux », en prenant pour image une femme nue.

C'est ce qu'on appelle communément « la culture du viol », et c'est là où la promotion de la santé a tout à fait son rôle à jouer. La culture du viol est « une culture selon laquelle les idées dominantes, les pratiques sociales, les images médiatisées et les institutions sociétales tolèrent implicitement ou explicitement l'agression sexuelle en normalisant ou en minimisant la gravité de la violence sexuelle commise et en blâmant les victimes pour les abus qu'elles ont subis. »

Les messages dispensés en prévention se doivent d'être cohérents face à ce genre de discours, un travail sur les rôles assignés aux hommes et aux femmes dans la société reste à redéfinir. Même si la violence n'est pas seulement une conséquence de l'inégalité des sexes, celle-ci accentue le statut d'infériorité des femmes dans la société et les disparités multiples qui séparent les hommes et les femmes.

5° Créer des environnements favorables : Nos sociétés sont complexes et interconnectées et l'on ne peut séparer la santé des autres objectifs. Les liens qui unissent de façon inextricable les individus à leur milieu constituent la base d'une approche socio-écologique à l'égard de la santé.

A l'heure actuelle, il semble manquer sur le territoire un certain d'espace protégé tant pour les victimes que pour les auteurs.

Les programmes les plus prometteurs prennent en compte l'environnement de l'enfant ou de l'adolescent et agissent simultanément à plusieurs niveaux : famille, école, quartier... L'école est au centre des interventions et stratégies efficaces. De façon plus essentielle, l'école participe à la construction des individus par sa mission éducative. L'école, dans l'accomplissement de sa mission éducative, mais aussi comme milieu de vie le plus important après la famille, exerce une grande influence sur le développement des aptitudes des enfants et des jeunes. Aucune autre institution n'accueille une partie aussi importante de la population, de façon quotidienne et pendant une aussi longue période de la vie. Pendant le temps passé à l'école surviennent des phases critiques dans le développement global des enfants et des jeunes. Dans nos pays industrialisés, l'école permet de contacter la quasi totalité des enfants et des jeunes de façon équitable et universelle indépendamment de leur statut socio-économique, leur origine ethnoculturelle ou leurs problèmes de santé. Accompagner ponctuellement les jeunes reste cependant insuffisant. Le personnel de l'Éducation nationale doit prolonger ce travail.

L'école, deuxième milieu de vie le plus influent après la famille, est le lieu d'ancrage privilégié de ces interventions. Celles-ci s'intègrent dans une démarche de promotion de la santé qui permet à la fois l'acquisition de compétences favorables à la santé et la création d'un environnement propice à leur mise en pratique. L'enfance, et plus encore l'adolescence, sont des périodes d'expérimentation des comportements adultes. La prise de risque est associée à ces expérimentations et il est normal d'observer à l'adolescence l'adoption de nouveaux comportements, dont certains sont dangereux. Les interventions n'ont pas pour objectif de supprimer toute prise de risque, mais de

réduire les traumatismes et de prévenir les conséquences de ces comportements sur le développement de l'enfant et de l'adolescent.

6° Travailler sur les compétences psychosociales de l'individu. Il ne s'agit plus de faire passer un message sur un thème mais de travailler par exemple sur la capacité de l'individu à interagir avec autrui (habiletés interpersonnelles), à demander de l'aide, à en donner, à résoudre un problème, à prendre une décision, à s'affirmer, etc.

Pourtant la plupart des programmes de prévention primaire des violences sexuelles, n'en font pas cas.

Par exemple :

- « Repères pour la prévention et le traitement des Violences Sexuelles ». Ministère de l'éducation nationale, coll. Repères, 2002 : reprend sous une forme de mémentos les définitions des violences sexuelles.
- « Réagir face aux violences en milieu scolaire : Guide pratique ». Ministère de l'éducation nationale, 2006 : donne de l'information aux professionnels de l'éducation (dépistage et signalement).
- « Eduscol : L'éducation à la sexualité ». Ministère de l'éducation Nationale, 2008 : élargit son champ d'informations à travers la discrimination et les risques et dérapages...

Pour que la prévention se déroule dans de bonnes conditions, il faut avoir au préalable une certaine idée commune des mécanismes grâce auxquels les programmes de prévention primaire peuvent combattre à la racine la violence.

Dans le domaine de la prévention des violences sexuelles, des centaines de programmes ont été développés et implantés ces trente dernières années. Les exemples de programmes évalués viennent pour la plupart des États-Unis.

Celles qui se révèlent efficaces accordent une place privilégiée aux méthodes interactives et expérientielles (jeux de rôle, mises en situation, travail pratique sur les ressentis et les émotions, etc.) ; sont sélectionnées en fonction de la population de jeunes concernée (enfants d'une certaine classe d'âge, population générale, groupe à risque, etc.) ; s'inscrivent dans la durée (plusieurs heures par an, plusieurs années de suite, etc.) ; et agissent sur plusieurs facteurs simultanément (interventions sur les compétences psychosociales associées à des interventions auprès des familles, auprès des enseignants, interventions dans la vie scolaire, etc.).

7° Renforcer l'action communautaire : La promotion de la santé passe par la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé.

Le but principal des activités communautaires de prévention de la violence est de sensibiliser la population à la question et d'en débattre, d'encourager les actions collectives, de s'attaquer aux causes sociales et matérielles de la violence dans le milieu local et, enfin, d'assurer la prise en charge des victimes et de les aider.

Pour cela faudrait-il encore une fois leur en donner les moyens et non réduire les moyens associatifs à peu de chagrin.

8° Réorienter les services de santé : Dans le cadre des services de santé, la tâche de promotion est partagée entre les particuliers, les groupes communautaires, les professionnels de la santé, les établissements de services, et les gouvernements. Tous doivent œuvrer ensemble à la création d'un système de soins servant au mieux les intérêts de la santé.

Ces démarches relèvent d'un concept définissant la santé comme les mesures dans lesquelles un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être.

L'éducation pour la santé

C'est une action de santé publique pour l'information et la formation de la population sur les risques à propos de leur santé liée à certains comportements. Il s'agit de :

- Modifier les comportements.
- Renforcer l'autonomie de décision et de responsabilité des gens.
- Promouvoir la santé.

Il s'agit d'un champ et une pratique qui trouve son origine dans plusieurs disciplines : pédagogie, médecine, épidémiologie, psychologie clinique et sociale, communication sociale, sociologie... mais ne se rattache à aucune en particulier. Elle leur emprunte leurs référentiels et méthodes, tout en essayant de se construire un cadre théorique spécifique. Or, chacune de ces disciplines est elle-même porteuse de visions et de perspectives différentes, voire conflictuelles. Les concepts et les méthodologies de l'éducation pour la santé ont suivi l'évolution des concepts liés à la santé, son maintien et son amélioration. L'éducation pour la santé centrée sur la personne prend en compte le vécu des individus (croyances, attitudes, comportements). Elle doit permettre à chacun d'améliorer sa santé à partir de ses connaissances nouvelles.

La démarche éducative est un processus dynamique cherchant l'adhésion et la participation du public ciblé. Avant toute démarche il faut :

- Rechercher avec la population les points suivants : leur savoir, leur savoir-faire, leurs habitudes de vie.
- Fixer des objectifs.
- Modifier une attitude ou une pratique néfaste pour la santé.
- Renforcer des comportements positifs.
- Eviter les jugements de valeur sur les comportements des gens.
- Eviter ce qui est en lien avec une approche moralisatrice.

L'éducation est une pratique pédagogique qui part du principe que la personne ou le groupe est capable de se prendre en partie en charge. Elle se différencie de l'enseignement qui est un processus délégué visant à créer les changements cognitifs et comportementaux chez les personnes.

Toutefois, le processus éducatif ne peut commencer que lorsque la personne ou le groupe a un besoin de savoir quelque chose et de savoir-faire quelque chose.

C'est au travers du comité français d'éducation pour la santé et des comités régionaux d'éducation pour la santé que ces missions sont réalisées, celles-ci sont :

- Elaborer et assurer le suivi des projets d'action.
- Mettre en place des campagnes de prévention.
- Informer la population et les professionnels.

- Assurer un soutien méthodologique.
- Mettre à disposition des professionnels une documentation.
- Former les professionnels à l'éducation pour la santé.

L'éducation pour la santé doit donc créer une mentalité, des réflexes de vie saine, une certaine attitude devant les actes de la vie quotidienne permettant de limiter, sinon de supprimer, un certain nombre de risques évitables.

Ce travail ne doit pas se limiter à une simple transmission de connaissances. Il doit développer une vision plus critique de la réalité et stimuler des comportements plus efficaces dans la prévention des violences sexuelles mais aussi de tous autres problèmes de santé. En d'autres termes, il s'agit d'obtenir que les gens perçoivent plus clairement les risques pour leur santé physique, mentale et sociale existant autour d'eux et qu'ils puissent et veuillent choisir les comportements les plus efficaces et intelligents pour affronter ces risques et les éviter, tant sur le plan individuel que collectif.

Dans ce cas, éduquer signifie tout d'abord permettre à l'esprit critique de se développer. Mais, pour permettre le développement de l'esprit critique, il faudrait tout d'abord donner aux jeunes, voire aux plus jeunes, des instruments afin qu'ils puissent eux-mêmes apprendre à faire face aux difficultés de la vie. Et cela d'autant plus lorsque l'éducation concerne le domaine de la sexualité, mais pas uniquement, où ce qui est en jeu n'est pas une accumulation de notions, mais la possibilité pour chacun d'arriver à trouver sa place de sujet. Ne s'agit-il pas d'accompagner leur développement en leur fournissant des clés de lecture et la possibilité de produire, par eux-mêmes, du sens ? Sans toutefois oublier l'environnement et la culture dans laquelle ils baignent.

Une éducation sanitaire n'est alors justifiée que si dès l'enfance, l'enfant a appris à appréhender son corps alors seulement il pourra comprendre ce qu'est la maladie, et les dangers auxquels il expose son corps en ne suivant pas certains préceptes. L'homme ne sera libre de son corps que s'il en apprécie la bonne santé ; alors sa liberté sera le fruit d'une conscience et d'une quête permanente. Il ne se réfugiera donc pas dans la maladie et ne deviendra pas un consommateur de soins. Apprendre à vivre libre et responsable de son corps paraît une aventure passionnante et la société devrait y trouver son compte. Reste à savoir qui enseignera quoi et comment.

Dans le cadre des violences sexuelles, l'éducation pour la santé équivaut à l'éducation sexuelle, en effet indispensable au développement de chacun, mais elle n'est qu'une stratégie pour y répondre, elle ne constitue pas la réponse en soi et n'est aucunement suffisante à elle seule, pour réduire l'incidence des violences sexuelles. Les approches de l'éducation sexuelle fondées sur le respect des droits poursuivent des objectifs à la fois plus vastes et plus profonds, en mettant notamment l'accent sur les dimensions sociales et culturelles de la sexualité comme le genre, l'équité, le pouvoir, la discrimination.

Même s'il se veut plus vaste, il me semble que réduire le champ de la prévention des violences sexuelles à une question d'éducation à la sexualité, serait dommageable pour l'individu et la société.

Les limites

D'autres lacunes sont évidentes. Il n'y a pas suffisamment de programmes axés sur la prévention primaire – c'est-à-dire sur les mesures destinées à prévenir la violence avant qu'elle ne survienne – par rapport à la prévention secondaire ou tertiaire. Il y a d'autre part un déséquilibre dans l'orientation des programmes – les stratégies com-

munautaires et sociétales sont défavorisées par rapport aux programmes axés sur les facteurs individuels et relationnels.

L'efficacité des programmes de prévention pourrait être renforcée par :

- une évaluation systématique des programmes de prévention ;
- la participation d'animateurs formés ;
- l'implication et le renforcement des compétences des parents, enseignants et autres professionnels ;
- l'adaptation et l'utilisation de moyens pédagogiques appropriés ;
- un programme plus global de promotion de la santé et visant l'ensemble du curriculum scolaire ;
- le renforcement et l'exposition régulière des messages de prévention ;
- plusieurs raisons semblent expliquer cette discordance entre l'intérêt pour la prévention des violences sexuelles et les moyens mis en œuvre ;
- les violences sexuelles restent, pour bien des gens, une question délicate et épineuse qu'on aborde difficilement en privé et à plus forte raison en public ;
- la prévention n'est pas une priorité politique, malgré l'ampleur du problème et une conscience accrue de son coût social élevé. Le manque relatif de volonté politique s'est vu exacerbé par un manque de compréhension des graves conséquences à long terme sur la santé, du fardeau que cela représente pour la société et des répercussions sur les coûts des services de santé ;
- on ignore à quel point des stratégies efficaces en matière de prévention des maladies et de promotion de la santé publique peuvent prévenir les violences sexuelles. Ces stratégies préventives s'intéressent aux causes sous-jacentes et aux facteurs de risque au niveau de l'individu, de la famille, de la communauté et de la société. Elles visent à réduire l'incidence de la violence envers les enfants dans la population ciblée. Certaines de ces stratégies ont déjà largement démontré leur efficacité et leur rentabilité. D'autres stratégies sont prometteuses, mais elles requièrent plus d'études d'évaluation de leurs résultats, et nombre de stratégies qui devraient être efficaces en théorie n'ont pas été évaluées ;
- les investissements dans le domaine des violences sexuelles sont entravés par la primauté des bénéfices que doivent engendrer les investissements publics – ce à quoi ne peuvent pas toujours satisfaire les programmes de prévention qui mettent parfois des années à produire les effets escomptés. En effet, pour élaborer des stratégies visant à réduire ou à éliminer les risques par des programmes de prévention à large base, il s'agit de bien comprendre les interactions complexes des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, culturels et politiques qui accroissent la probabilité que certains subissent des violences et que d'autres en commettent ;
- une banalisation de la sexualité qui nécessiterait, par l'application de la législation et des politiques, le recadrage culturel par la transformation des normes, attitudes et croyances propices à la violence sexuelle ; et dans l'émergence d'un climat social qui ne tolère plus ces violences ;
- de la même manière qu'il y a des facteurs qui augmentent la prédisposition aux violences sexuelles, il en existe aussi qui peuvent avoir un effet protecteur. Malheureusement, ces facteurs de protection ont fait l'objet de peu de re-

cherches systématiques et ils ne sont pas encore bien compris. Les recherches effectuées jusqu'à présent portent essentiellement sur les facteurs de résistance, c'est-à-dire les facteurs qui diminuent l'impact des violences sexuelles sur les victimes. Comprendre quels sont les facteurs qui influencent les comportements à risque va permettre d'agir de façon cohérente sur un ensemble de déterminants communs ;

- l'école occupe une place essentielle dans le dispositif de prévention primaire, mais la problématique de la santé n'est pas encore véritablement intégrée à l'action éducative ;
- la méconnaissance du champ et des apports de la promotion de la santé par les élus et les décideurs politiques.

Conclusion

En raison de la montée des enjeux exposés, c'est un regard pour le moins critique qui se pose sur la persistance du cantonnement de la prévention à une place subsidiaire dans le système français. Ce déficit majeur relève essentiellement des facteurs suivants, qui en sont à la fois des causes et des manifestations :

- le système de santé français semble être centré sur le curatif ;
- une frontière artificielle entre le curatif et le préventif a été dressée ;
- les compétences et les missions de prévention souffrent d'un préjudiciable enchevêtrement ;
- alors que la médecine préventive traverse une crise non négligeable, le rôle et la formation des médecins en prévention ne sont pas appréhendés de manière appropriée. En effet, le médecin généraliste est encore insuffisamment impliqué dans la prévention. L'enseignement spécialisé en santé publique fait preuve d'une faiblesse particulière et d'un cloisonnement excessif ;
- Enfin, le caractère souvent défectueux des dispositifs de surveillance se surajoute à la faiblesse de la recherche.

Force est de considérer que le domaine de la prévention des violences sexuelles en est à un stade embryonnaire pour ce qui est d'établir une base de données factuelles pouvant éclairer les stratégies, les programmes et les politiques de prévention.

Une conceptualisation multifactorielle de l'agression sexuelle suggère que seul le développement d'approches préventives globales, visant les conditions personnelles, familiales et sociétales qui influencent le risque d'agression, pourra réduire substantiellement les taux d'incidence et de prévalence.

La violence est un problème multiforme qui a des causes biologiques, psychologiques, sociales et environnementales. Il n'y a pas de solution simple ou unique au problème ; en fait, il faut s'y attaquer simultanément à de multiples niveaux et dans de multiples secteurs de la société. Compte tenu de la perspective qu'offre le modèle écologique, les programmes et politiques de prévention de la violence peuvent être ciblés sur l'individu, les relations, la communauté ou la société, et ils peuvent être organisés en collaboration avec différents secteurs de la société – à l'école, au travail, dans diverses institutions et dans le système pénal. Pour porter ses fruits, la prévention des violences sexuelles doit s'appuyer sur des bases scientifiques et revêtir un caractère exhaustif. D'une façon générale, les interventions au cours de l'enfance et celles qui se maintiennent dans le temps ont plus de chance de donner de bons résultats que les programmes à court terme.

Bibliographie

- Moteur de recherche principal : Google Scholar, Sciences direct, cairn.info et SantéPsy.
- Rapport Flajolet. Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. 2001.
- Charte d'Ottawa. OMS. 1986
- Organisation mondiale de la Santé/London School of Hygiene and Tropical Medicine. Prévenir la violence exercée par des partenaires intimes et la violence sexuelle contre les femmes : intervenir et produire des données. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.
- Traité de Santé Publique, F. Bourdillon, G. Brucker, D. Tabuteau. Ed. Médecine-Sciences Flammarion, 2007.
- Education pour la santé des jeunes : concepts, modèles, évolution / INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) (Paris, France) / Paris [France] : Editions INSERM, 2001.
- Krug E.G., Dahlberg L.L., Mercy J.A., Zwi, A., Lozano-Ascencio R. [sous la direction de] Rapport mondial sur la violence et la santé. Suisse : Organisation mondiale de la Santé ; 2002 : 404p. //www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_fr.pdf
- Organisation mondiale de la santé. L'évaluation des programmes de santé : principes directeurs. Genève : OMS ; 1981, 49 p.
- Référentiel de bonnes pratiques : Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire, Sous la direction de M. Bantuelle, R. Demeulemeester. Editions INPES. Codification, ISBN 978-2-9161-9203-1. Mars 2008.
- Martin C., Arcand L. Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires : pour la réussite éducative et le bien-être des jeunes. Montréal : Gouvernement du Québec, Ministère de l'éducation ; 2005 : 77 p. www.mels.gouv.qc.ca/DGfJ/csc/promotion/pdf/19-7062.pdf
- Butchart, A., Phinney H A., et al. (2006). Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants : intervenir et produire des données/Organisation mondiale de la Santé et International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. Genève : Organisation mondiale de la Santé.
- É. Lay, Prévenir les violences sexuelles, L'école des parents 2015/1 (n° 612), p. 31-33.

Quelles interventions ont le plus d'impact sur la prévention du risque de violences sexuelles ? Quels sont les fondements théoriques, les axes, les outils, les limites ? A qui s'adresse la prévention ? Publics spécifiques, auteurs et victimes ? Populations, facteurs, milieux ?

Fabienne LEMONNIER

Chargée d'expertise en promotion de la santé, Santé publique France.

Résumé

Il existe peu d'expériences rapportées par les experts et la littérature concernant les interventions ayant le plus d'impact sur la prévention du risque de violences sexuelles. Cependant, majorité des experts s'accordent à considérer que la question des violences sexuelles doit être traitée comme un problème de Santé Publique et que la stratégie la plus à même d'avoir un impact sur ces violences est de mettre l'accent sur la prévention primaire de la perpétration.

Le modèle socio-écologique est un modèle utile pour comprendre et prévenir les violences sexuelles. Il met en lumière les facteurs de risque et leurs interactions aux différents niveaux (sociétal, communautaire, relationnel et individuel) et la nécessité d'agir en prévention à tous ces niveaux.

On constate cependant que les programmes les plus couramment mis en œuvre aujourd'hui s'intéressent pour l'essentiel aux facteurs de risque individuels et concernent le plus souvent un public adolescent. Ce type de programme n'est dans l'ensemble pas considéré comme efficace.

Pour améliorer la prévention des violences sexuelles il est nécessaire de développer des actions dès le plus jeune âge et aux différents stades de développement sur toute la durée de la vie et les mener à tous les niveaux (sociétal, communautaire, relationnel, individuel).

Enfin, il est nécessaire de développer la recherche, tant sur les facteurs de risque des populations les moins étudiées (LGBT, personnes âgées, personnes en situation de handicap) que sur l'évaluation des stratégies et programmes.

Remerciements

Farida Mihoub pour la traduction du « Résumé des stratégies et des méthodes visant à mettre fin à la Violence sexuelle » – Pack Stop VS ;

Emmanuelle Le Lay, Sylvie Quelet, Maud Gorza et Lucile Bluzat pour leur relecture attentive

Introduction

Depuis la fin des années 90, les experts travaillant dans le domaine des violences sexuelles ont commencé à concevoir et décrire les violences sexuelles comme une

question de santé publique en raison du nombre de personnes concernées, des conséquences quantifiables de ces violences sur la santé physique et psychologique des personnes concernées et parce que les problèmes de santé publique peuvent être prévenus et qu'il convient d'intervenir avant que le problème ne survienne. (1, 2)

L'approche de santé publique mise en avant par ces experts met l'accent sur la **prévention primaire**, et propose une approche multidisciplinaire des violences sexuelles : sociologie, psychologie, médecine, sciences de l'éducation. Elle **souligne aussi la nécessité d'agir sur les facteurs sociaux, comportementaux et environnementaux** qui en sont à l'origine. Il s'agit en particulier de mettre l'accent sur la réduction des facteurs de risque tout en renforçant les facteurs protecteurs afin de prévenir les passages à l'acte.

Cette approche de santé publique est, depuis les années 90, reconnue, comme adaptée à la prévention de problèmes multidimensionnels tels que les violences (2).

Cette approche se décompose en 4 étapes :

- Etape 1 : Recueillir des données sur l'ampleur, les caractéristiques, l'étendue, les conséquences du problème.
- Etape 2 : Déterminer les causes du problème, identifier les facteurs qui augmentent ou diminuent la vulnérabilité individuelle (facteurs de risque, facteurs protecteurs) et la possibilité de les modifier.
- Etape 3 : Concevoir, mettre en œuvre, suivre et évaluer les interventions visant à prévenir le problème.
- Etape 4 : diffuser les informations sur l'efficacité des interventions, déployer les interventions efficaces

Etape 1 : Les données sur l'ampleur, les caractéristiques, l'étendue du problème

La situation en France

Depuis le début des années 1990, les enquêtes scientifiques sur la sexualité et la santé ont intégré des questions relatives à la survenue de violences sexuelles au cours de la vie.

L'enquête Violences et rapports de genre menée en 2015 par l'Ined (Virage) (3) a permis d'interroger un vaste échantillon représentatif de la population âgée de 20 à 69 ans (27 268 personnes ; 15 556 femmes et 11 712 hommes).

Par ailleurs, l'enquête KAPB DFA sur le VIH/Sida et les autres risques sexuels (4), menée sous la responsabilité scientifique de l'ORS (Observatoire Régional de Santé) Ile de France et de l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) et réalisée en 2011-2012 auprès de 4 933 personnes âgées de 15 à 69 ans a permis de recueillir des données sur la population résidant en Guadeloupe, Martinique et Guyane.

Les données concernant les victimes

Les résultats concernant les douze mois précédant l'enquête permettent de mieux cerner les caractéristiques des violences sexuelles vécues à l'âge adulte.(3)

Sur l'ensemble des contextes de vie, 2,90 % des femmes et 1,03 % des hommes déclarent avoir vécu au moins une forme de violence au cours des douze mois précédant l'enquête.

2,57 % des femmes ont déclaré avoir vécu au moins une forme de violence sexuelle dans le cadre du travail, des études ou des espaces publics. Pour les hommes, le cadre des violences sexuelles le plus fréquent est celui des études (1,63 % des personnes interrogées).

Les violences déclarées dans des espaces dits « privés » sont beaucoup moins fréquentes.

Tous espaces confondus, 14,47 % des femmes de 20 à 69 ans déclarent au moins une forme d'agression sexuelle au cours de leur vie. Les hommes sont eux 3,94 % à déclarer au moins une agression sexuelle au cours de la vie, soit près de quatre fois moins que les femmes.(3)

Les femmes des DFA (Départements Français d'Amérique) sont aussi nombreuses que celles de métropole à déclarer avoir subi des violences sexuelles (environ 20 %). Toutefois, elles indiquent davantage que leurs homologues de métropole des rapports sexuels forcés (10,5 % contre 8,9 %) et, à l'inverse, une moindre proportion d'attouchements sexuels (12,1 % vs 15,2 %).

On retrouve chez les hommes cette plus grande proportion de rapports sexuels forcés déclarés dans les DFA, en comparaison de la métropole (3,2 % contre 1,2 %) et cette moindre proportion d'attouchements sexuels (3,5 % contre 5,2 %).(4)

Le poids des violences sexuelles subies aux plus jeunes âges est important. En effet, plus d'un quart des femmes et un tiers des hommes déclarent que les viols et tentatives de viol ont commencé avant leurs 11 ans.

Une part importante, près de 40 % pour les femmes et 60 % pour les hommes, des victimes de viols ou de tentatives de viol avaient moins de 15 ans au moment des faits.

Cette enquête met aussi en évidence des situations de violence spécifiques selon le sexe. Les hommes sont victimes aux (très) jeunes âges et principalement dans la sphère familiale, avec des modes de contrainte qui relèvent le plus souvent de l'abus de confiance/autorité. Les femmes sont quant à elles victimes tout au long de la vie avec des modes opératoires spécifiques aux cadres dans lesquels ces violences sont exercées. (3)

Les données concernant les auteurs

Les violences à l'encontre des femmes, quel que soit l'espace dans lequel elles surviennent, sont très majoritairement le fait d'un ou plusieurs hommes. Concernant les victimes de viols ou de tentatives de viol de moins de 15 ans au moment des faits, dans plus de 80 % des cas pour les femmes, ces violences ont été subies dans le cadre de la famille. (3)

Les violences déclarées par les hommes sont elles aussi majoritairement le fait d'un ou plusieurs hommes. C'est notamment le cas de l'espace familial, mais aussi des espaces publics où les violences sont principalement le fait d'un ou plusieurs hommes, dans plus d'un cas sur deux, et dans un cas sur dix, d'un groupe d'hommes et de femmes. Les violences déclarées au travail par les hommes sont le fait d'une ou plusieurs femmes dans un cas sur six, sachant qu'il s'agit ici principalement du pelotage.

Enfin, les violences commises dans le cadre du couple ou de relations avec un.e ex-conjoint.e sont presque exclusivement commises par des femmes, c'est-à-dire dans le cadre de relations hétérosexuelles. (3)

Dans les DFA(4)

Les femmes des DFA qui ont connu des attouchements sexuels ou des rapports sexuels forcés indiquent que ces violences ont été exercées par leur conjoint (40,4 %), par quelqu'un qu'elles connaissaient (31,1 %), par un membre de leur famille (18,3 %) et par un inconnu (9,6 %). Cette répartition des auteurs des violences sexuelles envers les femmes se retrouve quel que soit le territoire considéré. Par ailleurs, elle n'a pas évolué par rapport à 2004 et est similaire à celle des enquêtées de métropole.

Les violences sexuelles envers les hommes sont beaucoup plus rarement que chez les femmes le fait du conjoint (22,2 %), et plus fréquemment exercées par quelqu'un de connu (64,9 %). En revanche, la proportion de violence exercée par un inconnu est similaire à celle déclarée par les femmes (10,5 %).

La situation aux Etats-Unis

Une enquête nationale représentative en population adulte menée en 2010 auprès de 18 049 personnes (5) a montré que près d'une femme sur cinq (18,3%) et un homme sur soixante et onze (1,4%) rapportent une expérience de viol au cours de leur vie. Par ailleurs, 13% des femmes et 6% des hommes indiquent avoir été soumis à une contrainte sexuelle au cours de leur vie.

Enfin, environ une femme et un homme sur vingt (respectivement 5,6 % et 5,3%) déclarent avoir subi des violences sexuelles durant les 12 mois précédant l'enquête (harcèlement sexuel, contact sexuel non désiré, ...).

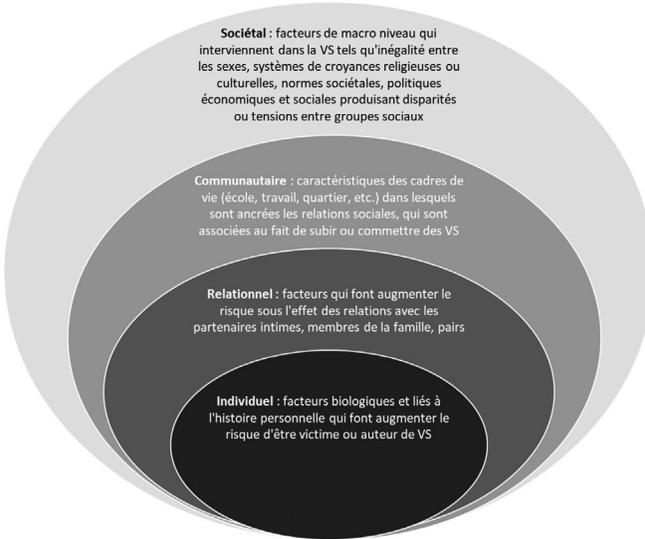
Etape 2 : Déterminer les causes du problème, identifier les facteurs qui augmentent ou diminuent la vulnérabilité individuelle (facteurs de risque, facteurs protecteurs) et la possibilité de les modifier

Plusieurs modèles peuvent être utiles pour développer des stratégies de prévention, en cohérence avec l'approche de santé publique proposée par les experts. Ils sont utiles pour la prévention auprès des auteurs et des victimes :

- Le modèle socio-écologique
- Le modèle de Dahlgren et Whitehead
- Le modèle des « niveaux »

Le modèle socio-écologique

Les violences sexuelles revêtent des formes et s'exercent dans des contextes multiples. Le modèle socio-écologique qui situe les facteurs de risque/facteurs protecteurs selon les différents niveaux auxquels ils interviennent (sociétal, institutionnel, communautaire et individuel) propose un cadre utile pour développer des stratégies de prévention, en cohérence avec l'approche de santé publique (1). En effet, il permet d'appréhender les facteurs de risque individuels d'être victime ou auteur de violence comme les normes, croyances et systèmes sociaux et économiques qui créent des conditions favorables à ou protectrices vis-à-vis des violences sexuelles. Enfin, il met l'accent sur la façon dont les divers facteurs de risque se combinent, entre facteurs d'un même niveau et de niveaux différents et influencent les schémas de comportement au cours de la vie. Il permet ainsi « *d'intégrer simultanément les facteurs de risque individuels, mis en évidence dans les modèles psychologiques, par exemple, et les facteurs de risque sociétaux provenant de modèles axés sur le genre* » (OMS 2012)

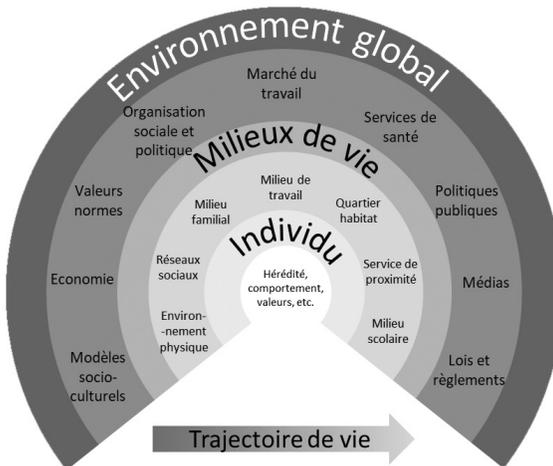


Le modèle de Dahlgren et Whitehead

Les déterminants de la santé représentent l'ensemble des facteurs individuels et collectifs, socio-économiques et environnementaux qui vont influencer l'ensemble des conditions de santé et, de bien-être de la population. Afin de pouvoir envisager l'impact de ses déterminants d'origine différente et leurs interactions sur la vie d'un individu, des modèles explicatifs se sont développés.

Parmi les modèles existants, celui de Dahlgren et Whitehead (6) s'organise autour de trois niveaux de déterminants : individuel, environnemental et sociétal. Ces niveaux ne sont pas indépendants les uns des autres mais ils interagissent.

Ce modèle permet de mettre en lumière les milieux de vie des individus, milieu qui peuvent avoir une influence particulière sur la survenue des violences sexuelles (milieu du travail, milieu du sport, milieu carcéral ...) mais aussi constituer des lieux d'intervention privilégiés pour les actions de prévention.



Le modèle des « niveaux »

En 2015 a été publiée une « Étude de faisabilité visant à évaluer les possibilités, les opportunités et les besoins en termes d'harmonisation des législations nationales relatives à la violence contre les femmes, à la violence contre les enfants et à la violence fondée sur l'orientation sexuelle.

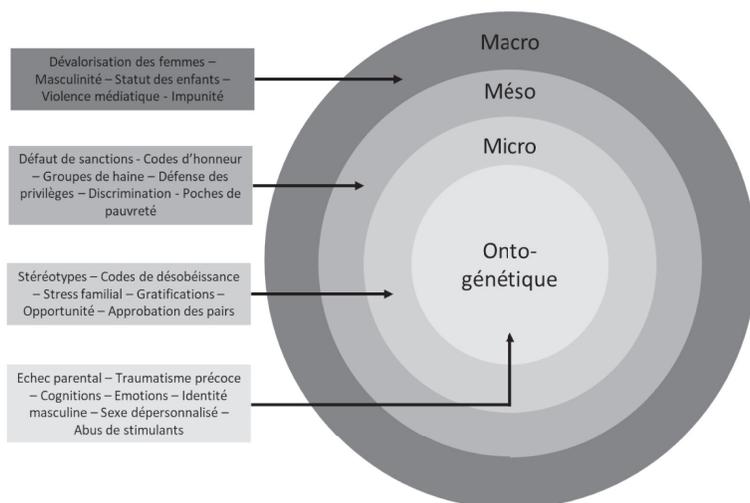
Ce document réalisé par un groupe d'experts européens pour la Commission européenne comporte un chapitre consacré aux connaissances actuelles concernant les facteurs liés à la perpétration de la violence contre les femmes, contre les enfants et la violence fondée sur l'orientation sexuelle (7). La méthodologie adoptée par les experts visait à restituer les données quantitatives les plus récentes pour les facteurs qui entrent en ligne de compte dans les principaux domaines de recherche sur la perpétration de la violence, à savoir la violence conjugale, les **agressions sexuelles et le viol**, ainsi que la maltraitance chez l'enfant. Ils ont choisi d'organiser la présentation de ces facteurs par niveau (en utilisant une compréhension sociologique des « niveaux ») considérant que la violence interpersonnelle est **multifactorielle et qu'elle se manifeste par des influences convergentes qui interagissent à différents niveaux**.

Quatre niveaux sont ainsi représentés dans ce modèle :

- Niveau Ontogénétique : approche biographique
- Niveau Micro : groupes de pairs, ménage, famille proche, milieu scolaire et milieu du travail
- Niveau Méso : grandes institutions ou sociétés qui régissent la vie sociale des individus
- Niveau Macro : structures culturelles historiques et économiques d'une société, loi

On peut constater que cette présentation en quatre niveaux se rapproche du modèle écologique décrit plus haut.

Facteurs qui entrent en ligne de compte en ce qui concerne la perpétration d'actes de violence



Niveau	Facteur
M A C R O	Dévalorisation des femmes : subordination matérielle et culturelle des femmes, inégalités de pouvoir entre hommes et femmes, idées patriarcales de la féminité et de la sexualité, idéalisation de la satisfaction des souhaits et besoins des hommes par les femmes qui confèrent une certaine légitimité aux hommes qui imposent leur volonté aux femmes.
	Masculinité : désigne le pouvoir hiérarchique et la reconnaissance de la masculinité hétérosexuelle normative qui génère la pression de se conformer aux critères masculins qui comprennent des notions telles que la capacité à faire face à la peur ou à la douleur mais aussi la conformité sexuelle (hétérosexualité) ainsi que de bonnes performances sexuelles.
	Statut des enfants : persistance de traditions selon lesquelles les enfants sont considérés comme la propriété de leurs parents ou famille et perçus comme naturellement faibles et vulnérables et n'ayant pas la capacité de savoir ce qu'ils veulent, ce dont ils ont besoin, ce qui est bien pour eux.
	Violence médiatique : utilisation socialement acceptée des médias qui présentent des actions violentes comme gratifiantes et positives, qui sexualisent la violence, qui présentent les femmes et/ou les enfants comme des objets sexuels disponibles et vulnérables.
	Impunité : notion utilisée dans le discours international pour caractériser l'inaction des gouvernements à la fois en disculpant les auteurs d'actes de violence et en permettant aux relations de pouvoir et aux conditions structurelles de la discrimination de rester en place. Il faut distinguer la législation (ou son absence) et son application effective.
M É S O	Défaut de sanctions : renvoie à l'incapacité des organismes à fixer des limites ou faire appliquer des sanctions malgré l'existence de règles et d'obligations.
	Codes d'honneur : renvoient au respect de l'honneur par la communauté, au respect de traditions et valeurs culturelles qui peuvent être invoquées comme excuse pour des actes de violence
	Groupes de la haine : groupes sociaux organisés qui encouragent l'intolérance ou la haine ainsi que des actes d'agressivité, réseaux idéologiques qui répandent l'idée d'une mission visant à débarrasser la société d'un danger ou d'un mal imputé à des groupes (homosexuels, minorités ethniques, etc.). Dans ce contexte, les normes liées au sexe et les normes sexuelles sont des impératifs qu'il convient de défendre et de faire appliquer et ceux qui ne correspondent pas ou ne se conforment pas à la norme sont considérés comme les proies légitimes des pulsions d'agressivité.
	Défense des privilèges : modèles sociétaux de l'inégalité entre les femmes et les hommes, de la masculinité dominante, de la dévalorisation des femmes. Principe sous-jacent : un conjoint/ mari/père ou une mère/figure d'autorité (enseignant, chef religieux) a le droit de voir ses demandes ou besoins satisfaits de manière indiscutée.
	Discrimination : fondée sur le sexe et ancrée dans des organisations sociales comme les lieux de travail, les établissements d'enseignement. Il s'agit essentiellement d'une discrimination à l'encontre des femmes ou contre quiconque n'entre pas (ou est soupçonné de ne pas entrer) dans le moule hétérosexuel. La tolérance à ces discriminations dans une organisation crée un environnement propice au harcèlement.
	Poches de pauvreté : si la pauvreté ou le faible niveau d'éducation ne conduisent pas en soi à la violence, le fait de vivre dans un quartier/une région où les ressources matérielles, l'accès à l'éducation, à un emploi régulier et à des ressources culturelles sont très faibles et dans lesquels l'exclusion sociale (racisme, discrimination structurelle) prévaut contribue à la violence quotidienne et au sein des familles.
M I C R O	Stéréotypes : renvoient aux valeurs et normes inégales en fonction de l'appartenance sexuelle dans la famille ou les réseaux sociaux immédiats, perceptions stéréotypées de genre de ce que sont « naturellement » les hommes et les femmes, les filles et les garçons ou ce à quoi ils devraient ressembler. Les groupes de pairs et les familles ainsi que certains environnements sociaux peuvent maintenir ou renforcer des idées stéréotypées sur le genre et la sexualité.
	Code d'obéissance : caractérise des méthodes établies de discipline coercitive et d'attentes normatives strictes d'obéissance de la part des enfants, traditionnellement différentes pour les filles et les garçons. Ce code d'obéissance s'appliquait aussi aux épouses, s'il n'est plus accepté comme un code explicite dans les pays de l'UE, il existe encore des poches de résistance.
	Stress familial : réunit les multiples sources de stress dans et pour les familles : isolement social, faibles revenus, niveau élevé de conflit familial, faible niveau de cohésion familiale, dynamique intrafamiliale ou relationnelle conduisant à une escalade des processus conflictuels. Variables significatives dans les maltraitements à enfants ainsi que dans la violence conjugale.
	Gratifications : regroupent une variété de sources de satisfactions et gratifications perçues pour la violence. Les gratifications motivent clairement les formes économiquement rentables de la violence (traite, exploitation sexuelle des enfants). Les hommes qui commettent des agressions sexuelles peuvent vivre comme une gratification le sentiment de puissance, de maîtrise de la situation.
	Opportunité : concerne les conditions contextuelles qui facilitent le recours à la violence (par exemple une facilité d'accès aux victimes potentielles/vulnérables). L'opportunité peut également consister à faire ce que les pairs ou les collègues font également et qu'ils jugent naturel.
	Approbation par des pairs : les groupes de pairs qui, surtout à l'adolescence, adoptent et renforcent un comportement antisocial facilitent l'évolution vers des agressions sexuelles et la violence au sein de la famille.

O N T O G É N É T I Q U E	Echec Parental : Exposition durant l'enfance à des compétences parentales médiocres, recouvre l'ensemble des déficits, y compris ceux résultant du propre vécu de maltraitance ou de violence d'un des parents. La médiocrité des compétences parentales est susceptible d'inhiber ou d'ébranler la sécurité affective fondamentale et les images de relations qu'un enfant acquiert ainsi que de réduire sa capacité d'empathie.
	Traumatisme précoce : recouvre l'exposition précoce à la violence à la maison, à l'image d'un parent violent, à des abus (sexuels ou non) de confiance ainsi qu'à d'autres expériences traumatisantes durant l'enfance. La violence dans la famille d'origine (le fait d'avoir été témoin de manifestations violentes à l'encontre de la mère, d'avoir subi des maltraitements) soulève la probabilité de modèles de comportement antisocial surtout chez les garçons.
	Emotions : les expériences négatives vécues durant l'enfance affectent la capacité essentielle d'exprimer de l'affection. De nombreuses données de recherche font ressortir des corrélations entre violence et troubles de la personnalité, y compris dérèglement émotionnel, déficit d'empathie, incapacité à gérer l'agressivité, tendances à l'évitement et à la dépression.
	Cognitions : recouvrent le mauvais traitement ou le traitement hostile des informations sociales, des distorsions cognitives, perceptions inadéquates des femmes, des personnes LGBT ou des personnes différentes de sa propre personne. Les distorsions cognitives acquises durant la socialisation sexuelle des adolescents corroborent des notions qui confondent le sexe contraint et le sexe consensuel et établissent le mépris de l'homosexualité comme la norme.
	Identité masculine : renvoie à l'hostilité générale envers les femmes et au besoin de se prouver à soi-même qu'on est un « vrai homme ». c'est un facteur prédictif significatif de violence contre les femmes et de violence fondée sur l'orientation sexuelle.
	Sexe dépersonnalisé : caractérise les rôles sexuels antisociaux et les déficits de rapports sexuels. Les expériences d'abus sexuels durant l'enfance peuvent contribuer à une socialisation sexuelle dépersonnalisée, axée sur la conquête et le contrôle.
Abus de stimulants : recouvre la consommation excessive d'alcool ou de drogues, l'utilisation habituelle ou excessive de pornographie qui peuvent favoriser un changement d'humeur ou intensifier des fantasmes sexuels.	

Des modèles de parcours ont été créés à partir de la présentation des facteurs et leur pertinence par rapport aux différentes formes de violence. Il s'agit de modèles dits « de convergence analytique ». Ils illustrent la façon dont les facteurs interagissent cumulativement ou conditionnellement pour augmenter ou diminuer la probabilité de passage à l'acte.

La représentation visuelle permet d'appréhender plus facilement la complexité du problème et, parallèlement, d'examiner les connaissances issues de la recherche du point de vue de l'intérêt qu'elles présentent vis-à-vis des stratégies pratiques du changement attendu.

Voire modèle de parcours « viol/ contrainte sexuelle » :

(<https://www.humanconsultancy.com/assets/comprendre-la-perpetration/comprendre-la-perpetration.html>) (7)

Perpétration de violences sexuelles : identification des Facteurs de risque et des Facteurs protecteurs

La plupart des travaux de recherche portant sur les violences sexuelles s'intéressent majoritairement aux facteurs individuels et relationnels. Peu d'études examinent les facteurs au niveau communautaire ou sociétal. De plus, quel que soit le niveau, ces travaux privilégient généralement les facteurs de risque plutôt que les facteurs protecteurs. Ces facteurs concernent les auteurs et les victimes de violences sexuelles. Certains de ces facteurs sont modifiables et sont donc ceux sur lesquels les efforts de prévention doivent être concentrés.

Facteurs de risques

L'OMS a proposé en 2002 une classification des facteurs accroissant le risque que des hommes commettent des viols (8)

Facteurs accroissant le risque que des hommes commettent des viols (8)			
Facteurs individuels et liés au mode de vie	Facteurs relationnels, réseaux sociaux	Facteurs liés aux conditions de vie, de travail	Facteurs sociétaux liés aux conditions socio-économiques, culturelles, environnementales
<ul style="list-style-type: none"> → Consommation de drogues et d'alcool → Fantasmes de relations sexuelles coercitives → Tendance impulsive et antisociale → Préférence pour les relations sexuelles impersonnelles → Hostilité envers les femmes → Victime de violences sexuelles pendant l'enfance → Témoin de violences familiales pendant l'enfance 	<ul style="list-style-type: none"> → Fréquentation de pairs délinquants et agressifs sur le plan sexuel → Milieu familial caractérisé par la violence physique et peu de ressources → Relations ou milieu familial très patriarcaux → Milieu familial peu favorable sur le plan affectif → Honneur familial plus important que la santé et la sécurité de la jeune femme 	<ul style="list-style-type: none"> → Pauvreté, crise d'identité masculine sous différentes formes → Manque de possibilités d'emploi → Absence de soutien institutionnel de la part de la police et de la justice → Tolérance générale des agressions sexuelles dans la communauté → Sanctions communautaires faibles 	<ul style="list-style-type: none"> → Normes sociétales propices à la violence sexuelle → Normes sociétales favorables à la supériorité masculine et aux droits des hommes en matière sexuelle → Lois et politiques, complaisantes vis-à-vis de la violence sexuelle → Lois et politiques pas assez fermes par rapport à l'égalité des sexes → Taux de criminalité et d'autres formes de violence élevés

En 2012, l'OMS a identifié les facteurs de risque de violence sexuelle commise par des hommes contre les femmes (9)

Facteurs de risques associés à la violence sexuelle commise par des hommes contre les femmes (9)

Niveau individuel	Niveau relationnel
Facteurs démographiques ✓ Revenu ou statut socio-économique faible ✓ Membre d'un gang Exposition à la violence au cours de l'enfance ✓ Abus sexuels ✓ Violence physique ✓ Violence interparentale Troubles mentaux ✓ Personnalité antisociale Consommation d'alcool et de drogues ✓ Usage nocif de l'alcool ✓ Usage illicite de drogues	✓ Multiplés partenaires, infidélité ✓ Faible résistance à l'influence des pairs ✓ Honneur familial et pureté sexuelle Niveau communautaire ✓ Faibles sanctions communautaires ✓ Pauvreté
Niveau sociétal	
✓ Normes traditionnelles liées au genre et normes sociales propices à la violence ✓ Idéologie du droit masculin aux rapports sexuels ✓ Faibles sanctions juridiques	

Les facteurs dont l'effet déclaré est important ou qui sont invariablement mentionnés dans les études figurent en caractères gras.

Prévenir la violence exercée par des partenaires intimes et la violence sexuelle contre les femmes – OMS 2012

La « trousse média » sur les agressions sexuelles réalisé par l'INSPQ (Institut National de la Santé Publique du Québec) dans le cadre du « Plan d'action gouvernemental pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2011-2015 » a notamment pour objectif de fournir aux médias, aux porte-parole et au grand public une information récente basée sur des données probantes concernant les agressions sexuelles (10).

Facteurs individuels	
Fonctionnement familiale pauvre dans l'enfance #	Victime d'abus physiques dans l'enfance * #
Témoin de violence familiale dans l'enfance	Agression sexuelle dans l'enfance* #
Déficits des habiletés sociales	Problèmes psychologiques (dépression, anxiété, stress post-traumatique)#
Estime de soi plus faible	Troubles de la personnalité *
Problèmes de comportement	Personnalité antisociale *
Hostilité envers les femmes	Problèmes sexuels * #
Pensées erronées face à l'agression sexuelle d'enfants (distorsions cognitives) *	Adhésion aux mythes sur le viol
Fantasma de sexualité coercitive	Consommation de pornographie dont le contenu concorde avec les fantasmes d'agressions sexuelles
Abus de substances *	Consommation d'alcool
Facteurs familiaux/relationnels	
Faible soutien familial	Environnement familial patriarcal
Environnement familial empreint de violence	Isolement social *
Dépendance aux hommes et rejet #	Difficultés dans les relations intimes *
Association à des pairs sexuellement délinquants	
Facteurs communautaires	
Faible possibilité d'emploi	Soutien institutionnel faible (police et système judiciaire)
Tolérance générale des agressions sexuelles dans la communauté	Faibles sanctions de la communauté à l'endroit des agresseurs sexuels
Facteurs sociétaux	
Taux de criminalité élevé	Forte tolérance du crime et de la violence
Normes sociales maintenant l'infériorité des femmes et la soumission sexuelle	Normes sociales soutenant la supériorité masculine et les droits sexuels
Normes sociales soutenant l'agression sexuelle	Faibles lois et politiques liées à l'égalité entre les hommes et les femmes

* : facteurs de risque plus spécifiques aux agressions sexuelles commises sur des enfants

: facteurs de risque s'appliquant aussi aux agressions sexuelles commises par des femmes

En 2015, une revue de littérature sur les caractéristiques et comportements des auteurs d'agressions sexuelles a été menée pour le compte de l'US Air Force.

Si les facteurs qui accroissent le risque que les hommes commettent des violences sexuelles à l'égard des femmes sont identiques ou proches de ceux que l'OMS a mis en exergue, cette étude s'intéresse aussi aux caractéristiques des femmes auteurs de violences sexuelles ainsi qu'à celles des hommes auteurs de violences sexuelles sur d'autres hommes. (11)

- **Concernant les femmes auteurs de violences sexuelles**, les études disponibles sont peu nombreuses et donc à interpréter avec précaution. Elles concernent aussi bien des agressions sur des enfants ou adolescents que sur des adultes. Il en ressort deux facteurs de risque potentiels : le fait d'avoir été victime de violences sexuelles durant l'enfance et le fait de souffrir de troubles mentaux. Il y a à ce jour un consensus faible sur ces facteurs de risque, en particulier pour ce qui concerne les femmes auteurs de violences sexuelles sur des adultes.
- **Concernant les hommes auteurs de violences sexuelles sur d'autres hommes**, les recherches identifient généralement deux types de profils distincts. Le premier concerne les homosexuels masculins auteurs de violences sexuelles sur

d'autres homosexuels, le second concerne les hétérosexuels masculins auteurs de violences sexuelles sur d'autres hommes. L'étude des violences sexuelles commises par des hommes sur d'autres hommes est un champ de recherche émergeant, qui ne permet pas à ce stade d'identifier des facteurs de risque potentiels. Une étude en cours indique que le bizutage pourrait être un contexte propice à ce type de violences.

Facteurs protecteurs

En 2013, Tharp et al. ont mené une revue systématique des facteurs de risque et des facteurs protecteurs de perpétration de violences sexuelles par et à l'encontre d'adolescents et d'adultes, hommes et femmes, et à l'encontre d'individus de même sexe ou de sexe opposé. Là encore, les résultats de cette revue montrent que les connaissances actuelles relatives aux facteurs protecteurs sont extrêmement limitées et que ces facteurs doivent faire l'objet de recherches plus poussées (12).

Les facteurs possibles de protection ou d'atténuation du risque sont les suivants (9, 12) :

- Le fait d'être doué d'empathie (protection contre le risque d'être auteur de violence sexuelle, atténuation de facteurs de risque d'être auteur de violence sexuelle) ;
- Le fait d'avoir des parents qui utilisent le raisonnement pour résoudre les conflits familiaux (protection contre le risque d'être auteur de violence sexuelle) ;
- Le fait, pour les garçons et filles élèves du secondaire, d'avoir une bonne santé émotionnelle et des liens développés avec les amis et les adultes de la communauté (protection contre le risque d'être auteur de violence sexuelle) ;
- La réussite scolaire pour les filles élèves du secondaire (protection contre le risque d'être auteur de violence sexuelle).

Victimation : Facteurs de risque/ Facteurs protecteurs

Facteurs de risque

Une des formes les plus courantes de violence sexuelle dans le monde est celle perpétrée par un partenaire intime, ainsi, le fait d'être marié-e ou de cohabiter avec un partenaire est un facteur de risque important de violences sexuelles quel que soit le sexe ou l'orientation sexuelle de la victime.

Facteurs de risque associés à la violence sexuelle subie par des femmes (9)

Niveau individuel	Niveau relationnel
Facteurs démographiques ✓ Jeune âge ✓ Faible niveau d'instruction ✓ Séparation, divorce ou célibat Exposition précoce aux activités sexuelles Exposition à la violence au cours de l'enfance ✓ Abus sexuels ✓ Violence interparentale Troubles mentaux ✓ Dépression Consommation d'alcool et de drogues ✓ Usage nocif de l'alcool ✓ Usage illicite de drogues Antécédents à titre de victime	✓ Multiples partenaires, infidélité Niveau communautaire ✓ Faibles sanctions communautaires ✓ Pauvreté
Niveau sociétal	
✓ Normes traditionnelles liées au genre et normes sociales propices à la violence ✓ Idéologie du droit masculin aux rapports sexuels ✓ Faibles sanctions juridiques	

Prévenir la violence exercée par des partenaires intimes et la violence sexuelle contre les femmes – OMS 2012

Un certain nombre d'enquêtes mettent en lumière l'importance du nombre de victimes hommes (par exemple, en 2011 les résultats de la National Intimate Partner and Sexual Violence Survey ont mis en lumière une prévalence équivalente pour les femmes et les hommes concernant les pratiques sexuelles forcées sur les douze derniers mois (5). Cependant, cette population fait très peu l'objet de recherche, que ce soit sur les facteurs de risque d'être victime ou sur les conséquences des violences sexuelles pour les victimes hommes (13, 14).

Enfin, pour les personnes gays, lesbiennes ou bisexuelles l'orientation sexuelle semble être un facteur de risque d'être victime de violences sexuelles. Si la recherche dans ce domaine est insuffisante, la littérature actuellement disponible suggère un risque élevé d'être victime de violences sexuelles au cours de la vie pour les personnes gays, lesbiennes ou bisexuelles. (15)

Comme pour les agresseurs potentiels, **les facteurs protecteurs sont également peu documentés pour les victimes potentielles.**

Les facteurs possibles de protection ou d'atténuation du risque sont les suivants :

- Le fait d'avoir eu de bons parents (protection contre les violences sexuelles et violences exercées par le partenaire intime) ;
- Le fait d'avoir sa propre famille et de pouvoir compter sur son soutien (protection contre les violences exercées par le partenaire intime) ;

- Le fait de vivre au sein d'une famille ou structure familiale élargie (protection contre les violences exercées par le partenaire intime) ;
- La capacité pour les femmes de reconnaître le risque (protection contre les violences sexuelles).

Etape 3 : Concevoir, mettre en œuvre, suivre et évaluer les interventions visant à prévenir le problème de violence sexuelle auprès des auteurs et des victimes

Il y a plusieurs façons de décrire et de catégoriser les programmes et interventions de prévention en santé publique. (1)

- selon le **moment** où ils interviennent par rapport au problème considéré,
- selon la **population ciblée**,
- selon le **niveau** d'intervention.

Concernant le moment de l'intervention, on distingue traditionnellement 3 niveaux, appliqués ici à la prévention des violences sexuelles :

La prévention primaire qui a pour objectif de prévenir la survenue de violences sexuelles, la *prévention secondaire* qui va se focaliser sur ceux qui présentent un haut risque de passage à l'acte ainsi que sur la prévention de la récidive pour les primo délinquants et la *prévention tertiaire* qui vise à prévenir la récidive de ceux chez qui le comportement délinquant est ancré.

La population ciblée est, elle aussi, communément classée en 3 niveaux.

La prévention universelle s'adresse à l'ensemble de la population avec, dans le cadre de la prévention des violences sexuelles des actions comme des campagnes média ou la mise en place de formations à la parentalité destinées à tous les parents. *La prévention sélective* met l'accent sur les auteurs potentiels de violences sexuelles c'est-à-dire les personnes qui cumulent les facteurs de risque identifiés par la recherche. Enfin, *la prévention ciblée* avec des programmes destinés aux personnes ayant déjà été auteur de violences sexuelles afin d'éviter la récidive.

Concernant le niveau d'intervention (sociétal, institutionnel, communautaire et individuel), les programmes et interventions de prévention dans le domaine des violences sexuelles devraient idéalement s'adresser aux quatre niveaux du modèle socio-écologique.

Caractéristiques des programmes efficaces

Caractéristique (16)	Constat (à partir des programmes/interventions évalués de prévention des violences sexuelles) (17)
Complet	
A composantes multiples, s'adressant aux principaux milieux (par ex famille, pairs) qui ont une influence sur le développement et la perpétuation du/des comportements à prévenir	La majorité des interventions / programmes de prévention des violences sexuelles évaluées n'ont qu'une composante, ne sont implantés que dans un milieu, par exemple l'école, et utilisent un nombre réduit de stratégies visant les attitudes et connaissances individuelles. Une minorité vise d'autres facteurs de risque individuels comme les compétences et les comportements. Quelques programmes récents utilisent une approche plus complète combinant des programmes de développement de connaissances et/ou de compétences avec des campagnes s'attaquant aux normes sociales, un changement de politique, des interventions au niveau de la communauté et /ou des changements environnementaux
Au moment approprié	Les 2/3 des programmes évalués ciblent le milieu universitaire. Il y a un consensus sur le fait que les étudiants sont particulièrement à risque d'être victimes ou auteurs de violences sexuelles. Cependant, de nombreux étudiants sont déjà engagés dans des conduites de violences sexuelles avant leur arrivée à l'université, les efforts de prévention devraient donc intervenir auprès de populations plus jeunes
Mobilisant des méthodes pédagogiques variées	
Mobilisant des méthodes pédagogiques qui mettent l'accent sur la prise de conscience et la compréhension du problème de comportement et visent le développement et le renforcement des compétences	Bien que la recherche suggère que les interventions les plus efficaces sont celles qui utilisent des méthodes pédagogiques interactives, favorisant la participation et le développement des compétences, la majorité des interventions évaluées n'utilisent qu'une à deux méthodes. Les plus souvent mises en œuvre sont les présentations interactives (qui prévoient un temps de questions / discussion) et les conférences et/ou vidéo.
A dose/ intensité suffisante	
Le nombre de séance, leur durée, leur espacement et la durée totale du programme doivent être suffisant pour produire l'effet attendu et comprendre des séances à distance pour en assurer le maintien dans le temps	Si l'intensité nécessaire varie selon le type d'approche, les besoins et le niveau de risque des participants, les programmes les plus longs sont les plus susceptibles d'être efficaces. Pour autant, la majorité des interventions évaluées ne comporte qu'une séance. Les interventions qui ont des effets positifs documentés sont généralement deux à trois fois plus longues que la moyenne.
Qui favorise des relations positives	
Qui permettent aux participants de mieux se connaître et de développer des relations interpersonnelles positives	Les interventions qui mettent l'accent sur le développement de relations positives entre les participants et leurs parents, et leurs pairs, et d'autres adultes donnent de meilleurs résultats. Si les programmes de courte durée, de type conférence, ne permettent ce développement. Certains programmes récents se basent cependant sur ces relations. Ainsi les programmes qui visent à engager les jeunes dans des groupes d'entraide entre pairs et sont susceptibles d'augmenter l'influence positive des pairs sur les comportements violents. De même, les programmes qui visent à développer la capacité des spectateurs (bystanders) à intervenir utilise les réseaux de pairs existant pour diffuser des normes sociales positives et des messages sur les violences sexuelles. Enfin, des travaux récents impliquant les parents dans la prévention des violences dans les relations amoureuses semblent prometteurs.
Socio culturellement pertinent	
Programmes adaptés aux normes culturelles, croyances et pratiques de la communauté et qui s'attachent à inclure les participant dans la planification et l'implantation du programme	Parmi les programmes évalués, il y en a peu qui incluent des contenus spécifiquement destinés à des groupes ethniques ou des groupes de population particuliers (membres d'une fraternité, militaires, ...) et aucun pour les minorités sexuelles
Avec du personnel bien formé	
Programme mis en œuvre par un personnel compétent qui a reçu une formation suffisante. L'efficacité d'une équipe peut être limitée par un taux important de turn over et une adhésion insuffisante au programme	Même si les chercheurs reconnaissent l'importance de mesurer et décrire les caractéristiques des intervenants et de leur formation, très peu d'études incluent ces informations. Environ un quart des programmes évalués sont mis en œuvre par des professionnels disposant d'une expertise en matière de prévention des violences sexuelles et d'une connaissance approfondie du programme. La majorité des programmes sont mis en œuvre par des personnes (pairs, étudiants plus âgés, personnels du milieu scolaire) qui n'ont pas d'expertise particulière sur ce sujet.
Ancré théoriquement	
Les programmes ont une justification théorique, sont basés sur des informations précises et sont soutenus par la recherche empirique	Les stratégies de prévention des violences sexuelles manquent souvent d'un cadre théorique solide. Ainsi, même si il y a peu de preuve du lien entre les connaissances sur le statut juridique des violences sexuelles et leur perpétuation, l'information sur le cadre légal est une composante fréquente des stratégies de prévention des violences sexuelles. En revanche, malgré les liens évidents démontrés entre des facteurs comme l'hostilité envers les femmes, l'adhésion à des normes traditionnelles liées au genre et l'hypermasculinité et la perpétuation de violences sexuelles, ces facteurs sont rarement au cœur des interventions. Les stratégies qui comprennent un travail avec les jeunes hommes pour une vision saine de la masculinité et des relations sont des exceptions prometteuses.

Les données qui attestent l'efficacité des stratégies de prévention primaire de la violence sexuelle sont peu nombreuses et viennent pour la plupart de pays à revenu élevé, au premier chef les États-Unis.

En 2012, l'OMS a recensé les stratégies de prévention de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle. Ces stratégies sont regroupées selon l'étape de la vie et classées en fonction de leur efficacité (9).

Stratégie	Violence sexuelle
Petite enfance, enfance et début de l'adolescence	
Formation scolaire pour aider les enfants à reconnaître et éviter les situations présentant des risques de violence sexuelle	Début de preuve
Adolescence et début de l'âge adulte	
Programmes de prévention de la violence sexuelle destinés aux populations des écoles et collèges	Manque de clarté
Programmes d'information et de sensibilisation sur le viol destinés aux populations des écoles et collèges	Preuve naissante d'inefficacité
Formation (par opposition à l'acquisition de compétences) sur les stratégies d'autodéfenses destinées aux populations des écoles et collèges	Inefficace
Programmes de prévention du viol axés sur la confrontation	Risque de préjudice
Âge adulte	
Approches axées sur l'autonomisation et la participation pour contrer les inégalités entre les sexes	Manque de clarté
<ul style="list-style-type: none"> - Formation - Communication et compétences relationnelles 	
Programmes de visite à domicile comportant un volet consacré à la violence entre partenaires intimes	Manque de clarté
Tout au long de la vie	
Réduction de l'accès à l'alcool et de son usage nocif	Manque de clarté
Modification des normes sociales et culturelles liées au genre - à partir de la théorie des normes sociales	Preuve naissante d'inefficacité
<ul style="list-style-type: none"> - Grâce à des campagnes de sensibilisation dans les médias 	Manque de clarté
<ul style="list-style-type: none"> - En travaillant auprès des garçons et des hommes 	Manque de clarté

Efficace : les stratégies qui regroupent un ou plusieurs programmes trouvés efficaces programme assorti de **multiples études** bien conçues qui confirment la prévention d'actes de violence sexuelle (commis ou subis).

Début de preuve : stratégies qui regroupent un ou plusieurs programmes dont l'efficacité commence à être démontrée ; peut prendre la forme d'une étude bien conçue qui confirme la prévention d'actes de violence sexuelle (commis ou subis), ou il peut s'agir d'études révélant des changements positifs sur le plan des connaissances, des attitudes et des croyances relatives à ces violences.

Manque de clarté : les stratégies qui regroupent un ou plusieurs programmes dont l'efficacité est incertaine en raison d'une **preuve insuffisante ou contradictoire**.

Preuve naissante d'inefficacité : les stratégies qui regroupent un ou plusieurs programmes **dont l'inefficacité commence à être démontrée** ; la preuve naissante peut prendre la forme d'une étude bien conçue qui confirme l'absence de prévention d'actes de violence sexuelle (commis ou subis), ou révélant l'absence de changement positif sur le plan des connaissances, des attitudes et des croyances relatives à ces violences.

Inefficace : les stratégies qui regroupent un ou plusieurs programmes jugés inefficaces ; c'est-à-dire assortis de multiples études bien conçues qui révèlent l'absence de prévention d'actes de violence sexuelle (commis ou subis).

Risque de préjudice : les stratégies qui comprennent au moins une étude bien conçue qui constate une augmentation de la violence sexuelle commise ou subie, ou encore, des changements négatifs sur le plan des connaissances, des attitudes et des croyances relatives à ces violences.

Stratégies prometteuses

L'OMS a aussi identifié des stratégies qui semblent prometteuses (9) notamment de par leurs assises théoriques et leur traitement des facteurs de risque connus mais pour lesquels les données probantes sont actuellement minces ou inexistantes.

Ainsi, avoir subi des sévices durant l'enfance est un facteur de risque d'être auteur ou victime de violence sexuelle par la suite. Mais les effets des programmes de visite à domicile ou d'éducation des parents pour prévenir la maltraitance des enfants sur la prévention de la violence sexuelle chez les enfants adultes dont les parents ont participé à ces programmes n'ont pas encore été évalués.

Stratégies prometteuses
Petite enfance, enfance et début de l'adolescence
Programmes de visites à domicile pour prévenir la maltraitance des enfants
Éducation des parents pour prévenir la maltraitance des enfants
Amélioration de la santé mentale maternelle
Dépistage et traitement des troubles comportementaux et affectifs
Acquisition d'aptitudes sociales et affectives en milieu scolaire
Programmes de prévention de l'intimidation
Adolescence et début de l'âge adulte
Programmes scolaires multi-volets pour prévenir la violence
Âge adulte
Programme multi-volets des Forces aériennes des États-Unis pour prévenir le suicide
Approches axées sur l'autonomisation et la participation pour contrer les inégalités entre les sexes – SASA!

En 2014, une revue systématique des stratégies de prévention de la perpétration de violence sexuelle a permis d'identifier les programmes efficaces mais aussi ceux qui ne le sont pas (ou probablement pas) et ceux qui peuvent être nocifs. (17)

Seules trois stratégies peuvent être considérées comme efficaces mais les auteurs estiment que ces approches à elles seules ne sont pas suffisantes pour réduire le taux de violence sexuelle au niveau de la population et ils suggèrent que ces approches devraient être considérées comme un élément d'une stratégie complète, multi-niveaux.

Ces stratégies sont :

Safe date : un programme universel de prévention des violences dans les relations amoureuses pour les collégiens et lycéens, qui comporte 10 séances et intervient sur les attitudes, les normes sociales et les compétences relationnelles saines

Shifting boundaries : un programme universel de prévention des violences dans les relations amoureuses au collège qui comporte deux volets, un volet de 6 séances au niveau de la classe et une intervention au niveau de l'établissement qui concerne les règles et la sécurité à l'école. Seule l'intervention au niveau de l'établissement se révèle efficace.

U.S. violence against women act of 1994 – VAWA : Ce programme intervient à plusieurs niveaux. Il vise à augmenter les poursuites et les peines pour viol, harcèlement

sexuel et autres formes de violence à l'égard des femmes, financer la recherche, les programmes d'éducation et de sensibilisation, les activités de prévention et les services aux victimes.

La majorité des stratégies qui se révèlent peu ou pas efficaces sont des interventions psycho-éducatives brèves (une session) destinées aux étudiants.

Enfin, trois interventions ont été identifiées comme potentiellement nocives. Certains auteurs suggèrent que ces résultats négatifs sont le reflet de l'augmentation du niveau de sensibilisation et de déclaration dans le groupe bénéficiaire de l'intervention, d'autres que les bénéficiaires ont eu une réaction au contenu de l'intervention inverse de ce qui était attendu. Il est nécessaire que la recherche s'attache à comprendre pourquoi elles n'ont pas fonctionné comme attendu auprès des populations ciblées.

Publié en 2016, le programme technique Stop SV du CDC compile l'ensemble des stratégies et approches de prévention des violences sexuelles ou des facteurs de risque associés à ces violences ainsi que le niveau de preuve qui y est associé (18). Il a pour objectif d'aider les communautés et les états à définir et prioriser leurs actions de prévention des violences sexuelles en se basant sur les meilleures preuves disponibles.

Stratégies	Approches	Résultats potentiels
Promouvoir les normes sociales de protection contre la violence	Spectateurs/Témoins actifs	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Réduction de l'acceptabilité des violences sexuelles ✓ Augmentation des croyances favorables à des communautés « sûres » ✓ Augmentation des attitudes favorables à l'égard des femmes et des filles ✓ Augmentation de la reconnaissance des comportements abusifs envers les enfants/les femmes/les hommes ✓ Amélioration du comportement des témoins pour prévenir la violence à l'égard des enfants/femmes/hommes ✓ Réduction des comportements négatifs des témoins ✓ Réduction de la perpétration des violences sexuelles ✓ Réduction la perpétration d'autres formes de violence ✓ Réduction du soutien des pairs à la violence
	Mobiliser les hommes et les garçons en tant qu'alliés	
Enseigner les compétences de prévention de la violence sexuelle	Apprentissage socio-émotionnel	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Réduction de la victimation et perpétration de violences sexuelles ✓ Réduction de la perpétration du harcèlement sexuel
	Apprendre aux adolescents les compétences relatives à la santé, aux rencontres et aux relations amoureuses saines	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Réduction de la victimation et perpétration de violence dans les relations amoureuses entre adolescents ✓ Réduction de la victimation et perpétration du harcèlement ✓ Réduction des moqueries homophobes
	Promouvoir une sexualité saine	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Augmentation du sentiment d'auto-efficacité et de l'engagement dans un comportement de témoin actif
Offrir des opportunités pour autonomiser et soutenir les filles et les femmes	Formation basée sur l'autonomisation	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Réduction de la victimation par les pairs ✓ Réduction du port d'armes ✓ Réduction des comportements sexuels à risques (ex : sexe sans préservatif, partenaires multiples)
	Renforcer les aides économiques en faveur des femmes et des familles	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Augmentation de la stabilité économique pour les femmes ✓ Augmentation de conditions d'accès équitables à l'éducation ✓ Amélioration de l'égalité hommes/femmes et du statut économique et professionnel des femmes
Créer des environnements protecteurs	Renforcer le leadership et les opportunités en faveur des filles	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Baisse de la pauvreté des femmes et des enfants ✓ Réduction de l'écart de salaire entre hommes et femmes ✓ Amélioration de la stabilité de l'emploi pour les femmes ✓ Réduction de la victimation pour les violences sexuelles ✓ Réduction du harcèlement sexuel ✓ Réduction du trafic d'êtres humains à des fins sexuelles ✓ Amélioration des connaissances sur les normes de genre et la santé ✓ Augmentation des connaissances et compétences des filles sur les relations saines, l'éducation, l'emploi et l'engagement civique ✓ Amélioration des compétences ce leadership des filles et des jeunes femmes
	Améliorer la sécurité et la surveillance dans les écoles	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diminution de la tolérance de la communauté au harcèlement sexuel et aux violences sexuelles ✓ Réduction du harcèlement sexuel
Aider les victimes/témoins à limiter les dommages	Élaborer et appliquer en permanence les politiques relatives au lieu de travail	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diminution de la consommation excessive d'alcool au niveau de la communauté ✓ Augmentation des indicateurs d'appartenance à la communauté ✓ Accroissement du sentiment de sécurité à l'école, sur le lieu de travail et au niveau du voisinage ✓ Réduction du taux de violence sexuelle au niveau de la communauté ✓ Diminution de l'intimidation et des autres violences juvéniles ✓ Réduction de la violence dans les relations amoureuses des adolescents
	Services consacrés aux victimes	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Réduction à court et long terme des effets de la victimation pour les violences sexuelles ✓ Réduction des risques de perpétration de violences sexuelles chez les jeunes victimes ✓ Diminution du stress et de la dépression parentale et amélioration des compétences parentales pour les parents de jeunes ayant des problèmes de comportement ✓ Amélioration de la capacité à fixer des limites des parents, de la communication parents/enfant et du comportement prosocial des jeunes ✓ Diminution de la récurrence de comportements sexuels problématiques ✓ Réduction des arrestations pour crimes sexuels ✓ Amélioration de la cohésion familiale ✓ Amélioration des relations entre pairs ✓ Amélioration des performances scolaires ✓ Amélioration de l'accès aux services pour les témoins de violences sexuelles
	Traitement des enfants et des familles à haut risque visant à éviter les comportements problématiques, y compris les agressions sexuelles	

Résumé des stratégies et des méthodes visant à mettre fin à la Violence sexuelle

Stratégie	Approche / programme, pratique ou politique	Meilleures preuves disponibles Perpétration de la VS	Victimisation due à la VS	Facteurs de risques de la VS	Secteurs en charge ¹
Promouvoir les normes sociales de protection contre la violence	Approches du témoin (bystander) actifs				Santé publique
	Green Dot	✓	✓		Éducation
	Bringing in the bystanders			✓	
Enseigner les compétences de prévention de la VS	Mobiliser les hommes et les garçons en tant qu'alliés				Santé publique
	Coaching Boys into Men	✓			Éducation
	Apprentissage socio-émotionnel				Santé publique
	Second Step	✓	✓		Éducation
	Apprendre aux adolescents les compétences relatives à la santé, aux rencontres et aux relations amoureuses saines				Santé publique
	Safe Dates	✓	✓		Éducation
	Promouvoir une sexualité saine				Santé publique
	Strong African American Families - SAAF			✓	Éducation
	Safer Choices			✓	
	Formation basée sur l'autonomisation				
Enhance Access, Acknowledge Act		✓			
Offrir des opportunités pour autonomiser et soutenir les filles et les femmes	Renforcer les aides économiques en faveur des femmes et des familles				
	Egalité hommes – femmes au travail			✓	Entreprises / travail
	Aides économiques appropriées en faveur du travail (garde d'enfants subventionnée, paiements monétaires, congé de maternité, autres congés payés)		✓		Gouvernement (local, étatique, fédéral)
	Microfinance			✓	
	Renforcer le leadership et les opportunités en faveur des filles				
	Powerful Voices			✓	
Créer des environnements protecteurs	Améliorer la sécurité et la surveillance dans les écoles				Santé publique
	Shifting Boundaries au niveau des établissements	✓	✓		Éducation
	Élaborer et appliquer en permanence les politiques relatives au lieu de travail				Entreprises / travail
	Politiques et procédures proactives de prévention du harcèlement sexuel		✓		Gouvernement (local, étatique, fédéral)
	Lutter contre les risques rencontrés dans les communautés à l'aide d'approches environnementales		✓		
Politiques de lutte contre l'alcool (densité des points de vente, tarification)		✓			
Aider les victimes / survivants à limiter les dommages	Services consacrés aux victimes				Organisations communautaires (centres de lutte contre le viol, coalitions de lutte contre la VS)
	Intervention de crise, plaidoyer médical et juridique, accès aux ressources communautaires	N/A ²	N/A ²	N/A ²	Justice
	Traitement des victimes de VS				Services sociaux
	Trauma-focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT)	N/A ³	N/A ³	N/A ³	Soins de santé
	Cognitive Processing Therapy - CPT), Prolonged Exposure Therapy - PET				Services sociaux
	Traitement des enfants et des familles à haut risque visant à éviter les comportements problématiques, y compris les agressions sexuelles				Soins de santé
	Children with Problematic Sexual Behavior Cognitive-Behavioral Treatment Program : Scholl-Age Program – PSB-CBT	✓		✓	Services sociaux
Multisystemic Therapy – Problem Sexual Behavior – MST-PSB	✓		✓	Justice	

¹ Cette colonne se rapporte aux secteurs les mieux placés pour assurer un leadership et fournir des ressources en vue de répondre aux efforts de mise en œuvre. Pour chacune des stratégies, d'autres secteurs sont également concernés, tels que le milieu des organisations non gouvernementales qui jouent un rôle crucial dans la planification de la prévention et la mise en œuvre des activités programmatiques spécifiques.

² Les services sont conçus pour aider les victimes et les survivants.

³ Les traitements sont conçus pour traiter les conséquences psychologiques de la victimisation.

Les auteurs soulignent que ces programmes, politiques et interventions présentées ont été mis en œuvre dans des contextes particuliers et qu'il convient que les décideurs évaluent les besoins et les forces de leurs communautés et travaillent avec les représentants de ces communautés pour déterminer la combinaison d'approches la plus adaptée à leur contexte.

Conclusions / recommandations

Kathleen Basile, spécialiste du comportement, experte des violences sexuelles et maltraitances à enfants au CDC avance que prévenir la survenue des violences sexuelles devrait être au même niveau de priorité que la prise en charge des victimes et des agresseurs. Elle considère que changer les comportements des agresseurs ou agresseurs potentiels est plus efficace que d'essayer de changer les comportements des victimes et que les programmes de prévention doivent commencer dès le plus jeune âge, aux différents stades de développement et sur toute la durée de vie. (19)

Elle souligne que les approches qui visent l'empowerment des victimes potentielles de façon à ce qu'elles soient davantage en capacité de résister à la violence et de se protéger, bien que présentant un intérêt ne peuvent être un élément central de la politique de prévention sous peine de déporter la responsabilité des agresseurs potentiels vers les victimes.

Avec Sharon Smith, elle souligne la nécessaire implication des professionnels du soin dans la prévention des violences sexuelles (2). Elles mentionnent notamment que les médecins peuvent attirer l'attention de leurs jeunes patients sur les risques (d'être auteur ou victime) associant consommation d'alcool et violence sexuelle ainsi que sur leur rôle de sensibilisation au consentement auprès des jeunes femmes qui peuvent être plus à l'aise pour aborder les questions liées à la sexualité. Elles estiment également que les pédiatres se doivent d'aborder la prévention des abus sexuels avec les jeunes parents. Elles insistent sur la nécessité d'intégrer la question des violences sexuelles dans la formation des médecins et des infirmières. Enfin, elles soulignent l'importance cruciale de services pour les victimes de violences sexuelles citant comme efficace le programme SANE – Sexual Assault Nurse Examiner dans lequel des infirmières spécifiquement formées, outre l'examen des victimes leur apportent assistance dans plusieurs domaines (contraception d'urgence, information et traitements pour les IST, etc.).

L'OMS met l'accent sur la nécessité de développer la recherche, notamment parce que la majorité des programmes évalués jusqu'à présent ont été appliqués de manière assez restreinte. Elle suggère qu'il pourrait être préférable de rattacher les programmes scolaires axés sur les compétences à des programmes plus généraux de promotion de la santé, par exemple, pour aborder la santé sexuelle et génésique, la santé mentale ou l'abus d'alcool et de drogues en particulier chez les adolescents.

Elle souligne cependant que le besoin urgent de réunir des données et de poursuivre les recherches dans tous ces domaines ne dispense nullement de prendre sur-le-champ les mesures nécessaires pour prévenir la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle, c'est-à-dire d'appliquer les programmes qui ont fait leurs preuves, quitte à les adapter. Il faut aussi poursuivre les programmes prometteurs ou intéressants qui pourraient jouer un rôle immédiat, tout en redoublant d'efforts pour les doter en amont de mécanismes d'évaluation des résultats. (9)

DeGue et al. soulignent que le manque d'approches de prévention de la violence sexuelle au niveau sociétale et communautaire demeure un point critique. La majo-

rité des programmes évalués vise uniquement ou essentiellement des changements au niveau individuel, quelques uns essayant d'agir sur l'influence des pairs ou les normes sociales à une petite échelle (programmes de bystanders, campagne d'affichage en milieu scolaire). Si les approches au niveau individuel et relationnel sont certainement un élément-clé de la prévention, il est peu probable d'obtenir des changements de comportement à long terme si ces programmes sont mis en place dans un environnement social, culturel ou physique qui contredit ces messages ou valorise les comportements violents. (17)

En conclusion, K. Basile met l'accent sur

- la nécessité de ne pas exclure des programmes de prévention les groupes de populations les moins étudiés (gays et lesbiennes, personnes âgées, personnes en situation de handicap, migrants),
- de ne pas s'intéresser uniquement aux facteurs individuels qui conduisent à la violence sexuelle mais aussi d'interroger ce qui crée, perpétue ou facilite la violence sexuelle au niveau de la société ou de la communauté et donc d'accroître les interventions au niveau sociétal, institutionnel et communautaire,
- d'intervenir au niveau macro auprès du plus grand nombre avec, par exemple une campagne média nationale contre les violences sexuelles susceptibles de terme d'influencer les normes sociales (cf. campagnes nationales de prévention du tabagisme) ou des efforts pour réduire les inégalités économiques et la pauvreté lesquelles sont documentées pour avoir un impact sur le niveau de violences sexuelles (19).

Bibliographie

1. Basile KC. Implications of public health for policy on sexual violence. *Ann N Y Acad Sci* 2003;989:446-463
2. Basile KC., Smith SG. Sexual violence victimization of women : prevalence, characteristics and the role of Public Health and Prevention. *Am. J. Lifestyle Med.* 2011; 5(5): 407-417.
3. Debauche A, Lebugle A, Brown E, Lejbowicz T, Mazuy M, Charruault A, Dupuis J, Cromer S, Hamel C. Enquête Violences et Rapports de genre (Virage) : Présentation de l'enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles. Paris : INED, Document de travail n°229 ; 2017, 65p.
4. Observatoire Régionale de Santé d'Ile-de-France / Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. Les habitants des Antilles et de la Guyane face au VIH/Sida et à d'autres risques sexuels. Paris : La Documentation Française ; 2014, 333p.
5. Black MC, Basile KC, Breiding MJ, Smith SG, Walters ML, Merrick MT, Chen J, Stevens MR. The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010 Summary Report. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention; 2011
6. Whitehead, M., Dahlgren G. What can we do about inequalities in health. *The Lancet*, 1991, n° 338 : p. 1059-1063.
7. Facteurs qui entrent en ligne de compte en ce qui concerne la perpétration d'actes de violence In : Commission Européenne. Étude de faisabilité visant à évaluer les possibilités, les opportunités et les besoins en termes d'harmonisation des législations nationales relatives à la violence contre les femmes, à la violence contre les enfants et à la violence fondée sur l'orientation sexuelle. Luxembourg: Office des publications de l'Union européenne ; 2011, 178-208
8. La violence sexuelle In : Krug EG. Dir. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève : Organisation Mondiale de la Santé ; 2002, 165-201
9. Organisation mondiale de la Santé/London School of Hygiene and Tropical Medicine. Prévenir la violence exercée par des partenaires intimes et la violence sexuelle contre les femmes : intervenir et produire des données. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2012, 101p.
10. INSPQ, Institut National de Santé Publique du Québec, Trousse Média sur les agressions sexuelles. [En ligne] <https://www.inspq.qc.ca/agression-sexuelle/accueil> Consulté le 22 avril 2018.

11. Michal Greathouse S., Saunders J., Matthews M., Keller KM. A review of the literature on sexual assault perpetrator characteristics and behavior. Santa Monica (CA): The RAND Corporation; 2015. Research report
12. Tharp AT., DeGue S., Valle LA., Brookmeyer KA., Massetti GM., Matjasko JL. A systematic qualitative review of risk and protective factors for sexual violence perpetration. *Trauma Violence Abuse*. 2013 Apr; 14(2):133-67.
13. Stemple L., Meyer IH. The sexual victimization of men in America: new data challenge old assumptions. *Am J Public Health*. 2014 Jun; 104(6):e19-26.
14. Choudhary E., Coben J., Bossarte RM. Adverse health outcomes, perpetrator characteristics, and sexual violence victimization among U.S. adult males. *J Interpers Violence*. 2010 Aug; 25(8):1523-41.
15. Rothman EF., Exner D., Baughman A., The prevalence of sexual assault against people who identify as Gay, Lesbian or Bisexual in the United States : a systematic review. *Trauma Violence Abuse*. 2011 Apr;12(2):55-66
16. Nation M, Crusto C, Wandersman A, Kumpfer KL, Seybolt D, Morrissey-Kane E, Davino K. What works in prevention. Principles of effective prevention programs. *Am Psychol*. 2003 Jun-Jul; 58(6-7):449-56.
17. DeGue S., Valle LA., Holt MK., Massetti GM., Matjasko JL., Tharp AT. A systematic review of primary prevention strategies for sexual violence perpetration. *Aggression and violent behavior* 19 (4), 346-362, 2014. 168, 2014
18. Basile, KC., DeGue, S., Jones, K., Freire, K., Dills, J., Smith, .G., Raiford, JL. STOP SV: A Technical Package to Prevent Sexual Violence. Atlanta (GA): National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention; 2016, 43p.
19. Basile KC. A comprehensive approach to sexual violence prevention. *N Engl J Med*. 2015 Jun 11;372(24):2350-2

Bibliographie complémentaire :

- Chaire de Recherche en prévention des cancers INCa/ReSP/EHESP. Synthèse d'interventions probantes (SiPrev) relatives à la contraception et à la vie affective et sexuelle chez les jeunes. Août 2017
- Bousquet D, Laurant F, Collet M. Rapport relatif à l'éducation à la sexualité : Répondre aux attentes des jeunes, construire une société d'égalité femmes-hommes. Paris : Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes, Rapport n°2016-06-13-SAN-021 publié le 13 juin 2016
- Bouvier P. Violences sexuelles, santé et éthique humanitaire : vers une approche globale, centrée sur la personne. *Rev internat Croix*

Rouge Volume 96 , Sélection française 2014(2), 125-145

- European Institute for Gender Equality. The study to identify and map existing data and resources on sexual violence against women in the EU. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2013, 14p.
- Hester M, Lilley SJ. Programmes destinés aux auteurs de violence domestique et sexuelle : Article 16 de la convention d'Istanbul. Strasbourg : Conseil de l'Europe ; 2015
- Institut National de Santé Publique du Québec. Prévention en matière de violence conjugale et d'agression sexuelle : besoins des répondantes du réseau de la santé et des services sociaux. Québec : Gouvernement du Québec ; 2017, 48p.
- Gouvernement du Québec. Les violences sexuelles, c'est NON : Stratégie gouvernementale pour prévenir et contrer les violences sexuelles 2016-2021. Québec : Gouvernement du Québec ; 2016, 62p.
- Comportements sexistes et violences sexuelles : Prévenir, repérer, agir. Guide ressource pour les équipes éducatives des collèges et lycées. Paris : Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche; Ministère des affaires sociales, de la santé et du droit des femmes, Canopé, DGCS, 2013.
- Lavoie F, Hotton-Paquet V, Laprise S, Joyal Lacerte F. VIRAJ : Programme de prévention de la violence dans les relations amoureuses chez les jeunes et promotion des relations égalitaires. Guide d'animation. Québec : Université Laval ; 2009 2^{ème} Edition révisée, 133 p.
- Lavoie F, Pacaud MC, Roy M, Lebossé C. PASSAJ : Programme de prévention et de promotion traitant de la violence dans les relations amoureuses et du harcèlement sexuel auprès des jeunes de 16-17 ans. Québec, Université Laval ; 2007
- Ministère de la Santé de la Jeunesse et des Sports. Sportifs oui, Victimes, non : Malette de Prévention contre le Harcèlement et les Violences sexuelles. Paris : Ministère de la Santé de la Jeunesse et des Sports, 2008.
- République Française. Ministère de l'Action et des Comptes publics, Secrétariat d'Etat chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes auprès du Ministre l'Action et des Comptes publics.
- Circulaire du 9 mars 2018 relative à la lutte contre les violences sexuelles et sexistes dans la fonction publique
- CFDT. Prévention des violences sexistes et sexuelles au travail. Coll. « Vivre ensemble, travailler ensemble », n°5, juin 2017, 67p.

Quelle mise en œuvre des actions de prévention et de promotion de la santé en matière de violences sexuelles ? #1

Marie-Laure GAMET

Praticien hospitalier à l'URSAVS du CHU de Lille, sexologue, responsable d'enseignement du DU « Prévention des violences sexuelles et éducation à la sexualité » de la Faculté de médecine Lille 2, chargée de cours aux DIU de sexologie des facultés de médecine de Lille 2, Paris Diderot et Toulouse 3, chargée de cours au DU « Violences conjugales » de la Faculté de droit Lille 2, chargée de cours au DU « Santé Mentale et Handicap psychique » de la Faculté de médecine Lille 2.

Introduction

Le terme « santé sexuelle » figure pour la première fois en France dans la loi du 26 janvier 2016 (1) à la suite d'un rapport du Haut-Commissariat de Santé publique (HCSP) en 2015 qui a montré la nécessité de promouvoir cet aspect de la santé, d'où la Stratégie nationale de santé sexuelle pour la période 2017-2030. L'Organisation Mondiale de la Santé a donné une première version du concept de santé sexuelle en 1974. En 1987, dans le contexte de l'épidémie de SIDA, elle s'appuie sur la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de l'Organisation des Nations Unies de 1948 pour signifier la reconnaissance de la sexualité comme droit humain fondamental. Dans notre pays, depuis des années, ce concept de santé sexuelle a été à l'initiative de multiples actions de prévention en matière de sexualité. Des indicateurs d'objectifs de promotion de la santé sexuelle sont partiellement atteints en France pour plus de 80% des personnes interrogées sur les aspects suivants :

- L'autonomie : concevoir des enfants et liberté de décider d'en concevoir par l'utilisation d'un moyen de contraception ;
- La sécurité : utiliser des préservatifs lors des premiers rapports sexuels ;
- La satisfaction : avoir une vie sexuelle satisfaisante.

Force est de reconnaître que les actions de promotion du concept de santé sexuelle ont essentiellement porté sur la santé reproductive et la lutte contre les IST et le SIDA. Pourtant, dès 1974, l'OMS recommandait : « L'objectif de la santé sexuelle réside dans l'amélioration de la vie et des relations personnelles et pas uniquement dans le counselling et les soins concernant la procréation et les maladies sexuellement transmissibles » (2). En 2002, l'OMS, dans son Rapport mondial sur la violence et la santé, alertait sur la réalité des conséquences des violences sexuelles : « La violence sexuelle a de profondes répercussions sur la santé physique et mentale de la victime. Outre les traumatismes physiques, elle est associée à un risque accru de nombreux problèmes de santé sexuelle et génésique, dont les conséquences se font sentir immédiatement, mais aussi des années après l'agression » (3). Ce même rapport invitait à renforcer la place de l'éducation sexuelle : « L'éducation est sans doute le principal moyen dont on dispose pour réduire l'incidence de la violence sexuelle et de l'infection à VIH ». La stratégie de santé sexuelle est issue, entre autres, des constats sur l'insuffisance des actions d'éducation à la sexualité et sur l'augmentation des violences sexuelles. Y a-t-il un lien entre ces deux constats ? Aujourd'hui, en France, les violences sexuelles restent un fléau dans notre société. Les enfants, les femmes et les personnes handicapées sont les principales victimes. Les études épidémiologiques ne laissent plus

guère de place au doute sur la réalité de cette augmentation, au-delà du constat que la parole des victimes est de mieux en mieux écoutée favorisant les révélations.

Pourtant, la prise de conscience de la réalité des violences sexuelles n'est pas récente et depuis les années 80, les projecteurs médiatiques se sont régulièrement allumés pour en témoigner... puis éteints. Sur le terrain, de nombreux acteurs ont travaillé à lutter contre les conséquences des violences sexuelles ou à les prévenir. Alors pourquoi ces violences sont-elles en augmentation ? Est-il légitime de se soucier de promotion de la santé sexuelle et donc d'éducation sexuelle dans la lutte contre les violences sexuelles ? Le rapport de l'HCSF précisait que « la santé sexuelle est disséminée dans de nombreuses spécialités médicales et paramédicales et abordée par la pathologie et non dans la perspective d'une approche globale de la santé de la personne et qu'il est nécessaire de définir une politique nationale de santé sexuelle cohérente » (4). D'où la question : est-il logique d'en être à ce stade dans notre pays ?

A partir de notre activité de médecin sexologue, ce rapport présente dans sa première partie deux exemples d'expérimentations de promotion de la santé sexuelle en matière de violence sexuelle, fondées sur le concept de santé sexuelle. Le premier exemple se situe sur la période 1996-2012 dans le champ médico-social et témoigne d'actions en éducation sexuelle mais aussi de soin dans la lutte contre ces violences. Le deuxième témoigne d'une expérimentation sur la période 2013-2017 dans le champ sanitaire sur deux sites : une unité dédiée à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles majeurs ou mineurs et un dispositif Maison des Adolescents. Elle met en évidence la nécessité de l'éducation sexuelle dans la prévention primaire des violences sexuelles. Elle rend compte de sa nécessité face à la prévalence des troubles sexuels observés. L'objectif de ces récits d'expériences est de montrer comment cet axe de promotion de la santé a pu devenir, malgré des obstacles certains, un maillon incontournable dans la lutte contre les violences sexuelles au carrefour des pratiques du médico-social, de la justice, de l'éducatif, du sanitaire.

La deuxième partie de ce rapport se centre sur la stratégie de santé sexuelle 2017-2030 et sur sa mise en œuvre par la feuille de route stratégie nationale santé sexuelle 2018-2010 présentée par Madame Agnès BUZYN, Ministre des Solidarités et de la Santé, le 26 mars dernier. Cette partie propose, à partir des constats de la première partie, une réflexion sur des leviers de changement indispensables à considérer dans notre société pour répondre aux ambitions de cette stratégie. En situant la promotion de la santé sexuelle au titre des droits humains fondamentaux, elle ouvre des perspectives sur les niveaux d'intervention pour promouvoir la santé sexuelle préconisés par l'OMS dès 1974 : l'information, le conseil, l'éducation mais aussi la thérapie pour les troubles sexuels. Au final, l'objectif de ce rapport est de montrer que promouvoir la santé sexuelle dans le champ des violences sexuelles, loin d'être une utopie est déjà réalité malgré d'évidentes difficultés. Les axes de la stratégie de santé sexuelle sont à n'en pas douter une opportunité dans notre pays pour que les violences sexuelles ne soient plus un fléau.

1^{ère} partie : deux exemples d'expérimentation de la promotion de la santé sexuelle en matière de violence sexuelle

Période 1996-2012 : 1^{ère} expérience dans le médico-social

En 2008, le conseil général de la Marne inscrit dans son schéma départemental de l'enfance une Cellule Départementale d'Accompagnement du Développement de

la Sexualité. Son objectif : renforcer la lutte contre les conséquences des violences sexuelles. A l'origine de ce dispositif, il y a une dynamique institutionnelle qui s'est construite depuis 1996 autour de la 1^{ère} version du concept de santé sexuelle émis par l'OMS (2) en 1974 (Encadré 1).

Encadré 1 : Définition santé sexuelle OMS 1974 : La santé sexuelle est l'intégration d'aspects somatiques, émotionnels, intellectuels et sociaux du bien-être sexuel en ce qu'ils peuvent enrichir la personnalité, la communication et l'amour. La notion de santé sexuelle implique une approche positive de la sexualité humaine. Elle comprend : La capacité de jouir et de contrôler le comportement sexuel et reproductif en accord avec l'éthique personnelle et sociale, la délivrance de la peur, de la honte, la culpabilité, les fausses croyances et les autres facteurs psychologiques pouvant inhiber la réponse sexuelle et interférer sur les relations sexuelles, l'absence de troubles, de dysfonctions organiques, de maladies ou d'insuffisances interférant avec la fonction sexuelle et reproductive. L'objectif de la santé sexuelle réside dans l'amélioration de la vie et des relations personnelles et pas uniquement dans le counselling et les soins concernant la procréation et les maladies sexuellement transmissibles.

Pour comprendre comment une institution publique s'est engagée jusqu'à la création de cette cellule, dans cet axe de promotion de la santé, nous allons voir les étapes de cette dynamique qui s'est structurée autour de l'éducation sexuelle pour la prévention primaire mais aussi et de façon incontournable du fait même des réalités de terrain autour du soin en santé sexuelle.

L'origine de cette dynamique remonte au milieu des années 90 lorsque des professionnels du service de Protection maternelle et Infantile font deux constats :

Le premier est fait par des conseillères conjugales : elles estiment être insuffisamment formées pour assurer leurs missions d'intervention en éducation à la sexualité dans les établissements scolaires et en centre de planification et d'éducation familiale. D'où l'organisation d'une formation en éducation sexuelle sur 120 heures menée par le Québécois Réjean Tremblay venu de l'Université de Toulouse. Les bases théoriques de cette formation reposent sur le concept de santé sexuelle à l'instar de ce qui se fait au Québec depuis plusieurs années (5, 6).

Le deuxième, je le fais dans ma mission de médecin de circonscription face à des situations d'adolescentes confiées à l'ASE (Aide Sociale à l'Enfance) pour des abus sexuels qui représentent alors la 1^{ère} cause des placements. Si ces jeunes sont prises en charge en santé mentale, leur comportement sexuel reste préoccupant au point que souvent elles suscitent le rejet à cause de ces comportements. Certaines viennent au centre de planification pour mise en route d'une contraception, d'autres pour une grossesse. Mon parcours en gynéco obstétrique à Bruxelles puis à Mayotte me rend certainement sensible à la situation de ces jeunes. Je suis aussi urgentiste et j'ai été formée à la notion de traumatisme dans l'exercice de la médecine d'urgence et de catastrophe dans les SAMU parisiens à la fin des années 80. J'ai été sensibilisée à l'ampleur des conséquences physiques et psychiques des traumatismes. Mais j'ai aussi découvert par hasard alors que je travaillais à la maternité de Mamoudzou au tout début des années 90 dans un bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé, un article qui commentait le concept de santé sexuelle de 1974. Son contenu a retenu mon attention. Ma formation initiale comme manifestement l'ensemble de mes collègues de PMI ne m'a pas donné d'apports théoriques au-delà des apports de la psychanalyse et de l'anatomie en matière de sexualité. Face à ces jeunes filles qui n'apparaissent pas dans un état de bien-être sexuel, je suis bien démunie et je m'en-

gage dans la formation en éducation sexuelle pour chercher des perspectives.

L'éducation sexuelle : premier axe de travail

La formation en éducation sexuelle repose sur une approche positive de la sexualité qui intègre toutes ses dimensions, biologiques, affectives, psychologiques, sociales, culturelles. Elle nous permet de découvrir des apports théoriques comme, entre autres, les travaux de Piaget, Money, Kohlberg, Simon et Gagnon sur le développement sexuel (7). Elle alterne les outils théoriques et pratiques pour lutter contre les représentations, les tabous en matière de sexualité qu'exigent les interventions. Elle nous donne alors des outils concrets pour préparer au dialogue sur la sexualité et son développement dans une attitude respectueuse des droits humains fondamentaux. Elle témoigne en effet de l'évolution du concept de santé sexuelle (Encadré 2) qui depuis l'épidémie de Sida s'est enrichie de la notion de droits dans le cadre de la promotion de la santé pour toutes les personnes selon la charte d'Ottawa de 1986 (8).

Encadré 2 : Définition santé sexuelle OMS 1987 (9) : « Les concepts de santé sexuelle ou de bien-être sexuel reconnaissent la variété et le caractère unique de l'expérience sexuelle et des besoins sexuels individuels, affirment les droits des individus à être libres de toute exploitation, oppression ou abus sexuel. Le but des politiques, des programmes et des services concernant la sexualité n'est pas d'atteindre un niveau mesurable de « santé sexuelle » dans la population mais de donner aux individus la capacité de satisfaire leurs besoins et de leur donner les ressources personnelles pour affronter leurs problèmes et difficultés ».

La problématique des violences, des discriminations liées au genre ou à l'orientation sexuelle et la nécessité d'affirmer l'égalité des sexes sont déjà des priorités du fait des fondements théoriques issus des pays anglo-saxons. Cette formation nous donne des outils de prévention en ce domaine qu'il est d'autant plus facile d'aborder puisque nous sommes d'abord formés à parler de la sexualité dans son objectif de rendre heureux, heureuse ce qui est loin de la violence.

Les objectifs primaires de cette formation en éducation sexuelle sont :

- Apprendre à savoir créer un climat propice au dialogue sur la sexualité avec les jeunes (10)
- Apprendre à savoir accompagner leur réflexion pour leur permettre de faire leurs choix dans l'autonomie (11)
- Apprendre à savoir porter à leur connaissance les moyens pour vivre leur découverte de la sexualité dans le respect de soi, de l'autre, la responsabilité et la liberté (12).

Les étapes d'intégration se situent autour du savoir mais particulièrement d'un savoir-faire et d'un savoir-être. Une charte d'éducation sexuelle complète le cadre de cette formation.

Ainsi, cette formation nous permet rapidement de réorienter nos interventions collectives auprès des collégiens et des lycéens. Elle nous donne de nouveaux axes pour sortir de pratiques informatives orientées quasi exclusivement sur la prévention des risques liée à la sexualité comme la grossesse non désirée et les maladies sexuellement transmissibles. Elle nous permet en effet d'aborder dans nos interventions la globalité de la sexualité et de pouvoir s'inscrire dans une réelle démarche éducative auprès de jeunes au titre de la promotion de leur santé sexuelle et aussi de la prévention des violences sexuelles. Toutefois, comme le service de PMI n'intervient qu'à la demande des établissements scolaires, nous constatons que certains établissements ne sont pas encore favorables à ce type d'actions avec le contenu que nous propo-

sons.

Lorsqu'en 2005, l'Education Nationale publie le guide d'intervention pour les collèges et lycées de 2005, suite à la loi de 2001 qui rend obligatoire l'éducation sexuelle dans les établissements scolaires, nous sommes déjà dans la logique exposée dans ce guide (13). Il situe l'éducation sexuelle dans une approche intégrative de la sexualité avec ses dimensions « psychologique, affective, sociale et culturelle ». Il définit les modalités de l'éducation sexuelle pour les intervenants avec des apports théoriques et pratiques dans la lignée des travaux canadiens. Il intègre la prévention des violences et de l'exploitation sexuelle qui sont définies. L'académie de Toulouse est citée pour ses travaux. Toutefois, le terme « santé sexuelle » n'est pas mentionné.

Sur le terrain, ce guide donne de l'essor aux propositions de séances de prévention que peuvent proposer les personnels du département formés à ce modèle intégratif d'éducation sexuelle. Exemple (Encadré 3) :

Encadré 3 : En 2007, une principale de collège téléphone au centre de planification. Elle souhaite « la contribution de l'équipe de ce centre pour organiser les 3 séances annuelles d'éducation à la sexualité pour les classes de 3^{ème} et de 4^{ème} pour la prévention des maladies et du SIDA. La conseillère conjugale explique que nous sommes effectivement formés pour venir faire de l'éducation sexuelle visant à parler de sexualité dans toutes ses dimensions. La principale dit alors : « Les interventions doivent porter sur les maladies, et la contraception ». La conseillère conjugale répond : « Oui bien sûr mais aussi sur la sexualité, comment on apprend à la construire, à la vivre ». Après un temps de silence, la principale répond : « Ce n'est pas cela que nous souhaitons. Mais des interventions pour savoir se protéger des maladies ; des grossesses non désirées ». La collègue répond : « Nous avons aussi ce but mais nous intervenons en parlant de sexualité pour optimiser la prévention ». Silence puis la principale dit : « Cela ne correspond pas à ce que le collège souhaite, je vais voir à trouver d'autres intervenants ». La collègue lui explique que nous restons bien sûr à disposition.

Quelques temps plus tard, la principale du collège rappelle. Elle explique ne pas avoir trouvé d'autres équipes disponibles et elle souhaite nous rencontrer. Et ce sera le début d'un partenariat efficace en termes d'éducation sexuelle dans une approche intégrative de la sexualité que cette professionnelle aura à cœur de relayer avec le lycée où elle sera ensuite mutée avec des enseignants qui s'impliqueront dans les séances organisées chaque année.

En 2011, face aux situations de violence sexuelle qui semblent augmenter, les infirmières du rectorat nous demandent de bénéficier de formations complémentaires en éducation sexuelle. Elles évoquent leur difficulté à aller au-delà de la santé reproductive. Elles connaissent le concept de santé sexuelle mais leur formation d'une vingtaine d'heures, organisée à l'interne dans l'Education Nationale, apparaît insuffisante pour aborder de nouveaux enjeux que les séances dans les collèges montrent désormais. En effet, nous nous rejoignons dans nos constats sur le fait que les propos des adolescents et des adolescentes ont évolué. Par exemple, il devient fréquent d'entendre des propos du type : « Avec la sodomie ou la fellation, t'as pas besoin de prendre la pilule » ou « C'est encore mieux avec les animaux car eux ils disent rien ». Avec les personnels du département, depuis des années nous avons constaté que les jeunes s'autorisent à réellement parler de sexualité à la condition que nous, animateurs et animatrices soyons en mesure d'engager dans les séances, un réel dialogue sur la sexualité (Annexe 1). Au fil des années, avoir appris à intégrer avec simplicité et bon sens des éléments de physiologie sexuelle capte manifestement l'attention des

jeunes pour les inviter à cerner les dimensions affectives, psychologiques, sociales, biologiques, culturelles de la sexualité qui entrent en jeu dans une relation sexuelle. Evidemment, tout cela est à adapter selon les niveaux des classes puisque l'âge des jeunes est une donnée fondamentale à respecter. La tête, le cœur et le corps de la Personne sont évidemment au cœur du discours pour rebondir sur les évolutions du langage ou des comportements constatés sans juger les jeunes et pour canaliser les émotions ! L'objectif est avant tout de favoriser des compréhensions de soi, de l'autre, de l'intimité de chacun pour apprendre à se sentir prêt, prête à s'impliquer ou non dans une relation au titre du partage de plaisir dans le respect, la liberté la responsabilité et au rythme de ses capacités de discernement. Et bien sûr favoriser la prévention des risques de la sexualité par la promotion de la santé sexuelle !

Ainsi, la formation initiale suivie, issue du concept de santé sexuelle avait tenu les promesses perçues dès que nous l'avions suivie : avoir des bases solides pour s'autoriser à intervenir en éducation sexuelle en tenant compte de la globalité de la sexualité ; être capable de tenir compte des évolutions de la sexualité et son développement au fil du temps dans une logique d'évolution de notre humanité... même si ce devait être pour lutter aussi contre les violences sexuelles. Mais sur ce plan, le concept de santé sexuelle avait tenu d'autres promesses... également pressenties avant la fin des années 90.

Le soin en santé sexuelle : 2^{ème} axe de promotion de la santé sexuelle

Dès la fin des années 90, la formation en éducation sexuelle a donné d'autres perspectives. Avec mes collègues de PMI (Protection Maternelle et Infantile), notamment les sages-femmes qui ont aussi suivi la formation, nous constatons qu'elle nous rend capables de nouer un dialogue sur la sexualité avec les jeunes filles et des femmes adultes en centre de planification ou dans les consultations de jeunes enfants. L'ouverture au dialogue sur la sexualité par des phrases simples libère la parole et met en évidence des problématiques de violence sexuelle subie dans l'enfance ou plus tard. De jeunes mères sont manifestement très insécurisées dans leur maternité avec des peurs réactivées par la pensée du risque de violence sexuelle potentiels pour leur enfant. Parfois, ce sont aussi des réactions physiologiques d'un bébé garçon dont elles font la toilette (réflexe d'érection) qui sidèrent ces femmes et les renvoient au souvenir de leur agresseur. La très grande majorité de ces femmes, lorsqu'elles ont eu des suivis du fait de leurs antécédents de violence, peut dire que la sexualité n'a jamais été abordée dans les prises en charge classiques.

Il en est de même des adolescentes. Toutes se montrent intéressées à aborder ce sujet lorsque j'ouvre un dialogue. Je constate que ce dialogue semble aussi bénéfique pour d'autres jeunes, confiées à l'ASE pour d'autres formes de maltraitances et qui présentent elles aussi des conduites sexuelles à risque. Des comptes rendus de la conférence de Stockholm sur l'exploitation sexuelle des enfants et un rapport de l'OMS sur la violence de 1996, renforcent notre action à nous soucier de ces violences et de la sexualité.

Ce contexte motive à suivre les cours du Diplôme Inter Universitaire de sexologie de Toulouse car la complexité des situations me laisse à penser que l'éducation sexuelle ne peut suffire. L'intuition qu'il faut réfléchir à prendre soin du développement sexuel lorsqu'il a été mis à mal par des violences sexuelles qui semblent entraîner des troubles du développement sexuel, guide cette décision. Depuis 1995, 9 universités dispensent ce diplôme. L'Ordre des Médecins reconnaît cette formation qui prépare des médecins à l'information, au conseil et au traitement de troubles sexuels. Je choi-

sis Toulouse pour son programme ouvert aux approches anglo-saxonnes à l'instar de la formation en éducation sexuelle. Anecdote : si ma direction a accepté de financer la formation en éducation à la sexualité, lorsque je demande à me former en sexologie, la réponse est négative et accompagnée d'un commentaire surprenant : « Comment une femme respectable comme vous peut-elle souhaiter une formation en sexologie ? ». L'enseignement de la sexologie à Toulouse permet de découvrir les hommes et les femmes dits sexologues qui depuis la fin du 19^{ème} ont chacun et chacune étudié la sexualité (14). Le concept de santé sexuelle est issu de toutes leurs réflexions. Il s'inscrit dans la continuité de l'histoire de cette science appelée la sexologie qui a manifestement trouvé son origine dès la fin du 19^{ème} siècle. Pourquoi cette réaction d'inquiétude teintée de mépris ? Je comprendrai plus tard. Je finance donc ma formation.

A Toulouse, des enseignants comme Patrick Blachère, Maryvonne Desbarats s'emploient particulièrement à former les étudiants sur le champ des violences sexuelles des adultes pour l'évaluation et la prise en charge. Professionnelle en milieu pénitentiaire, Maryvonne développe les apports de la sexologie auprès d'auteurs de violences sexuelles et travaille aussi en libéral avec des victimes (15). Elle a participé aux réflexions sur les auteurs adultes avec Claude Balier et André Ciavaldini dans les années 90 au début de l'Association pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Aggressions Sexuelles afin d'amener la sexologie dans ces réflexions. L'expérience de Maryvonne Desbarats, le contenu du DIU sont fondamentaux pour me conforter sur l'intuition de départ et cheminer dans l'élaboration d'une prise en charge centrée sur le soin de la sexualité ou son développement en cas de troubles du développement sexuel puisque l'OMS préconise aussi le soin en matière de santé sexuelle. Certes, il apparaît indispensable de ne pas ajouter d'effractions dans le développement sexuel des jeunes mais il apparaît tout aussi important de rompre le silence sur cette dimension humaine malmenée mais aussi source d'espoir pour aimer, être aimé.e pour respecter l'intimité de chacun.e. Il va de soi qu'un tel processus de thérapie devra inclure des éléments d'éducation sexuelle mais ne peut se réduire à cela compte-tenu des situations.

A Toulouse, je découvre un autre apport théorique fondamental, la théorie de l'attachement de John Bowlby (16) qui me sensibilise à observer le développement sexuel des enfants sécurisés et celui des enfants non sécurisés affectivement.

D'autres écrits au fil du temps guident ma réflexion : S. Ferenczi (17), R.C. Summit (18), M. Gabel (19), Vila (20) puis B. Cyrulnik (21) et les recommandations de la Fédération Française de Psychiatrie pour la prise en charge des maltraitances sexuelles (22), entres autres, complètent la formation du DIU pour bâtir une prise en charge. La complexité des situations impose de travailler en réseau avec les professionnels de l'ASE en charge de ces jeunes dans le respect de nos codes professionnels. Et cela va de soi puisque les jeunes ne viendront pas d'elles-mêmes demander une consultation en sexologie à l'époque ! Dans les réunions de synthèse, les situations sont appréhendées en se souciant de la santé sexuelle. C'est d'autant plus facile que des collègues ont été eux-mêmes formés en ES. Lorsqu'une prise en charge semble indiquée, nous réfléchissons préalablement aux propos simples que ces collègues peuvent avoir pour motiver des jeunes à venir en consultation. Toujours, l'éducateur propose d'accompagner à la première consultation. Quasi toujours, les jeunes le souhaitent. Le travail collectif qui tient compte de la santé sexuelle des jeunes va ainsi montrer toute l'importance de la sécurisation de l'attachement chez ces jeunes confiés à l'ASE. Mais celle-ci ne suffit pas notamment dans les contextes de violence sexuelle.

C'est l'enjeu de la thérapie sexuelle (23, 7) bâtie sur le modèle d'une thérapie cognitivo-comportementale. Malgré la complexité des situations, des résultats sont intéressants sur le terrain : des jeunes en rupture de prise en charge éducative ou de soin reprennent un parcours de vie plus structuré quand on tente cette nouvelle approche centrée sur la santé sexuelle (Encadré 4).

Encadré 4 : Manon 15 ans

Abandonnée par sa mère à l'âge de 3 mois, sans père reconnu, confiée chez une assistante familiale. Vers 13 ans, elle est régulièrement en fugue, présente des conduites sexuelles à risque avec suspicion de prostitution. Elle a des idées suicidaires. Elle est alors placée dans de nouveaux lieux de vie avec des fugues récurrentes. Le suivi en CMP est arrêté, elle n'adhère pas aux soins. Sa référente de l'ASE, sensibilisée à la question de la santé sexuelle la convainc de venir en consultation de sexologie. Elle révélera avoir été victime vers ses 10 ans d'attouchements et viol lors de son placement par le mari de l'assistante familiale. L'enquête montrera que cet homme aurait commis d'autres faits à caractère sexuel avant même sa majorité.

Manon après 7 consultations très rapprochées en thérapie sexuelle accepte de revoir la pédopsychiatre du secteur tout en poursuivant la prise en charge.

Toutefois, un conseil général n'a pas vocation aux soins. Cela explique pour une part, l'accueil souvent mitigé en santé mentale. Lors de quelques synthèses toujours à notre initiative, la présentation succincte de quelques fondements de cette démarche en santé sexuelle suscite des réactions variées allant de l'embarras à la colère (7). Le concept de santé sexuelle n'est manifestement pas connu. Plus étonnant est que le sujet des violences sexuelles apparaît compliqué à considérer. Toutefois, quelques médecins encouragent à poursuivre du fait des résultats qu'ils constatent sur la santé des jeunes.

A partir de 2003, les référents de l'ASE commencent à adresser en sexologie des mineurs auteurs de violences sexuelles. Cette problématique émerge comme les chiffres du tribunal pour enfants de Châlons-en-Champagne en témoignent alors. Des évaluations m'amènent vite à considérer ces jeunes comme présentant des troubles du développement sexuel. Fin 2009, j'aurai ainsi constaté que près de 100% des 59 mineurs auteurs pris en charge présentent des troubles de l'attachement, 47% ont été victimes de violence sexuelle, près de 60% ont été exposés à d'autres formes de violences ; la violence conjugale est la plus fréquente (près de 50%) A partir de la littérature internationale sur cette problématique qui conterne et sidère plus encore que celle des victimes, considérer le développement sexuel de ces jeunes pour aller au-delà du désarroi que suscitent les faits commis va se révéler être un axe de réflexion prometteur. Il va dans le sens de la promotion de la santé sexuelle de mineurs en pleine construction, certes, auteurs de violence sexuelle mais en devenir. L'élaboration d'une thérapie sexuelle adaptée aux auteurs ou présumés auteurs sur cette part de leur développement, s'appuyant sur des recommandations de la Fédération Française de Psychiatrie de 2001 et sur des apports anglo-saxons va s'avérer pertinente (24, 25,7, 26). Rapidement, elle donne de nouvelles perspectives dans les offres de soins proposées à des jeunes souvent récidivistes et peu enclins à aller voir des soignants. Les éducateurs de l'ASE déjà bien rodés à amener vers la sexologie des filles en rupture de soins vont être particulièrement efficaces avec ces jeunes auteurs pour les motiver à aller vers cette nouvelle voie de soin. Les partenariats se développent dans le respect des codes professionnels avec la PJJ mais aussi avec des magistrats intrigués par ce que leur disent les jeunes de cette prise en charge à laquelle ils adhèrent (Encadré 5).

Encadré 5 : Bertrand 15 ans

Placé à l'ASE à 11 ans pour carences éducatives, alcoolisme paternel et violences conjugales.

Mis en examen et placé sous contrôle judiciaire pour 3 agressions sexuelles survenues entre 13 et 15 ans. Il met en échec les différents placements du fait de ses comportements violents. Il refuse désormais les suivis classiques. A 16 ans, il est mis en examen pour viol présumé sur une personne majeure. Sa référente de l'ASE parvient à le convaincre de venir en consultation de sexologie 4 semaines avant une incarcération désormais probable. Celle-ci dure 9 mois. Au départ, il se masturbe devant les autres détenus et surveillants et refuse tous les suivis proposés à l'exception du suivi sexologique qui est repris. Après 4 mois, une amélioration est notable. Le médecin sexologue amène Bertrand à accepter les expertises. La référente de la PJJ qui a pris le relais de la référente ASE est particulièrement impliquée dans la situation après des sensibilisations sur l'intérêt de se soucier de la santé sexuelle d'un tel jeune. A la sortie, Bertrand est placé en Centre Educatif Fermé dans une autre région. Le suivi se poursuit compte-tenu des premiers résultats, à la demande des professionnels en charge de la situation. En l'absence de médecin sexologue dans la nouvelle région, la PJJ organise les déplacements du médecin sexologue. Plus tard, le suivi continuera dans la région d'origine tandis que Bertrand aura aussi repris d'autres soins.

Comme pour les situations de victimes de violence sexuelle, le partenariat avec la santé mentale reste compliqué. Certains pédopsychiatres expliquent avoir essayé de motiver leur équipe à s'intéresser à ce travail mais ont renoncé compte-tenu d'obstacles : la problématique des mineurs auteurs est difficilement questionnable ; la considérer sous le prisme d'une approche intégrative de la sexualité et de son développement n'est pas intellectuellement acceptable. Pourtant ce partenariat avec la santé mentale serait essentiel.

La CDADS dispositif institutionnel de promotion de la santé sexuelle*En interne*

Dès sa première version en 2004, la cellule comprend 3 niveaux de fonctionnement pour répondre aux besoins d'une dynamique institutionnelle indispensables pour optimiser l'objectif de prévention des violences sexuelles par la promotion de la santé sexuelle (27) :

Niveau 1 : assuré par l'ensemble des professionnels médico-sociaux de la Direction de la Solidarité Départementale. Ils ont suivi des journées de sensibilisation sur la santé sexuelle et sur l'importance de repérer les personnes en situation de difficultés sexuelles potentielles. Leur mission : pouvoir nouer les bases d'un premier dialogue se souciant de la santé sexuelle dans le respect des droits humains des personnes. Evoquer, les situations en tant que de besoin, avec les personnels du niveau 2.

Niveau 2 : assuré par des professionnels dits «relais », formés en éducation de la sexualité sur 120 heures. Leur rôle se situe dans le cadre de la prévention primaire et secondaire puisqu'ils sont en mesure de dispenser informations, conseils sur la sexualité. Ils conseillent les professionnels du niveau 1, évaluent les situations, reçoivent les personnes dans une démarche d'information ou de conseil ou d'éducation. Orientent les victimes ou les mineurs auteurs en sexologie. Ils ont des missions d'éducation à la sexualité en séances collectives auprès de publics diversifiés : milieu scolaire, dans les lieux de vie de l'ASE, dans les quartiers en lien avec les éducateurs de rue, dans les établissements d'accueil de personnes handicapées, auprès des parents...

Niveau 3 : concerne les consultations médicales spécialisées en sexologie pour les situations relevant de prise en charge thérapeutique (victimes mineures ou adultes de violences sexuelles, auteurs mineurs de violences sexuelles, troubles sévères de l'attachement) ou d'évaluation des troubles du développement sexuel.

En 2006, l'OMS publie la consolidation du concept de santé sexuelle élaborée en 2002 (Encadré 6) :

Encadré 6 : « La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social concernant la sexualité, ce n'est pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. Elle est fondée sur l'expression libre et responsable des capacités sexuelles qui renforcent le bien-être harmonieux personnel et social et enrichit la vie individuelle et sociale. Elle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles constituées de plaisir, d'expériences sexuelles sans contraintes, ni discriminations ni violences.

Pour atteindre et maintenir les objectifs de la santé sexuelle, les droits humains et les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et assurés » (28).

La promotion de la santé sexuelle dans un conseil général va manifestement dans le sens de cette évolution du concept qui rend nos actions légitimes. La dynamique collective à se soucier de développement sexuel et de sexualité particulièrement pour des ados confiés à l'ASE ou à la PJJ qui n'ont pas choisi leurs situations de placement, est une voie en accord avec les objectifs de l'OMS en termes de droits humains malgré les obstacles !

Cette dynamique crée au conseil général aura pour effet de créer d'autres dynamiques comme par exemple au sein de la PJJ : le partenariat instauré pour les situations de mineurs auteurs favorise les échanges entre professionnels du conseil général et de la PJJ sur les besoins de formation autour de la sexualité. Début 2005, l'infirmière départementale de la PJJ de la Marne, interpelle sa direction sur les besoins d'éducation sexuelle formulés par des éducateurs, des infirmiers et des psychologues. La direction de la PJJ est très réactive dans ce contexte où la réalité des mineurs auteurs commence à s'imposer.

En 2006, avec le Pôle Territorial de la PJJ Grand Est basé à Nancy et son responsable Christian Simon, nous proposons une formation de 120 heures à l'instar de celle de R. Tremblay puisque j'ai complété ma formation avec celui-ci en pédagogie de l'éducation sexuelle. La particularité de cette nouvelle formation est de renforcer le rôle de l'éducation sexuelle pour prévenir les violences sexuelles, de savoir dépister ces violences et orienter les victimes ou les auteurs vers les réseaux de soin de santé globale dont la santé sexuelle. L'approche positive de la sexualité qui motive à l'éducation est évidemment au cœur de cette formation dans la continuité des travaux québécois. Tous les deux ans, une vingtaine de professionnels d'abord de la Marne puis de la région et enfin du Grand Est de la PJJ mais aussi d'autres secteurs professionnels pour favoriser le partage d'expériences et leurs motivations viennent à Châlons-en-Champagne se former en éducation sexuelle jusqu'en 2012.

Cette dynamique nous permet de questionner nos pratiques professionnelles et de les adapter aux évolutions de la société : C'est le cas pour adapter le contenu des séances d'éducation sexuelle collectives en milieu scolaire. Ce sera aussi le cas face à l'abaissement de l'âge des mineurs qui présentent des TDS. Au-delà des émotions que cela suscite pour nous tous professionnels, force est de constater que les personnels du service de la Solidarité Départementale ont des ressources (Encadré 7) :

Encadré 7 : Tom 6 ans

En 2007, Tom est adressé pour évaluation en sexologie, amené par sa mère. A l'école, des enfants se sont plaints plusieurs fois, depuis environ 6 mois, que Tom veut sans cesse toucher leurs organes génitaux. Il est rejeté par les autres enfants. Son comportement s'est empreint d'agressivité depuis 2 ans et un suivi au Centre Médico Psychologique de secteur a débuté depuis 18 mois. La mère a rencontré une assistante sociale de la circonscription qui a parlé de la situation au professionnel relais de la cellule. Celui-ci a fait une première évaluation et a orienté l'enfant auprès du médecin sexologue. L'évaluation sexologique de Tom sur 5 consultations permet de mettre en évidence une exposition répétée à la pornographie lorsqu'il passe les week-end chez son père. De plus, sa demi sœur âgée de 17 ans et son petit ami du même âge se servent aussi de lui comme objet sexuel. L'enfant sera orienté vers la cellule maltraitance du CHU. Un signalement sera rédigé. Tom sera revu en consultation sur une dizaine de consultations et devant une amélioration confirmée par les professionnels du CMP, le suivi sera arrêté.

Ce type de situations va donc se multiplier témoin, entre autres, d'évolutions notables dans la société en termes de comportements et d'attitudes sexuels des ados mais aussi des enfants, en lien, entre autres, avec une accessibilité aux nouveaux moyens de communication qui permettent une diffusion considérable de supports pornographiques et autres connotés de violence. Il va être d'autant plus important de pouvoir mettre des mots sur le développement sexuel pour favoriser la parole d'enfants exposés. Cela permettra de voir que les professionnels formés ou même sensibilisés sont déjà à cette époque en capacité de s'adapter à ces évolutions pour favoriser des prises en charge le plus précocement possible (Annexe 2). Fin 2009, 436 mineurs ont été pris en charge dont 216 victimes de violence sexuelle et 59 auteurs mineurs. 70% des victimes de violence sexuelle présentent des troubles du développement sexuel qui sont principalement des mises en danger sexuel pour soi ou des comportements sexuels allo-agressifs. Les autres situations sont celles d'enfants ou d'adolescents qui posent des TDS allo-agressifs aux conséquences suffisamment inquiétantes pour nécessiter une évaluation sexologique. Ils ne sont ni victimes ni auteurs sur le plan juridique : les évaluations retrouvent dans la majorité des cas des effractions indirectes via l'exposition à la pornographie combinée à d'autres supports violents ou à la sexualité adulte. Plus de doute que le développement sexuel est fragile. Cela motive à renforcer les ressources de soin en santé sexuelle et la prévention primaire par l'éducation sexuelle au-delà du conseil général.

En externe

La CDADS du fait de ses objectifs est un dispositif ouvert sur l'extérieur. Cela favorise la diversification des actions en éducation sexuelle devenues nécessaires du fait des évolutions de terrain et des circulaires renforçant la légitimité de ces actions. Des interventions ciblent de nouveaux établissements :

- Les Instituts médico-éducatifs, les instituts accueillant des infirmes moteurs cérébraux, des foyers de vie d'adultes handicapés, des ESAT,
- les centres sociaux des quartiers
- Les établissements accueillant des jeunes atteints de déficits sensoriels visuels ou auditifs

Les moyens de communication vont avoir un rôle important dans la capacité d'ouverture de la CDADS. Ils vont favoriser notre accès à la littérature internationale. Cela permet de réaliser que l'organisation de la CDADS se rapproche d'une démarche de CARE avec ses étapes décrites par C. Gilligan et J.Tronto (29).

La théorie des émotions (30,31,32) explique des conséquences des traumatismes notamment sexuels sur la sexualité et son développement. Elle permet de comprendre comment l'intégration des approches cognitives, sociales, biologiques du développement sexuel dans les fondements de la thérapie sexuelle pour ces situations de violence sexuelle, favorise l'alliance thérapeutique des jeunes patients et des résultats. Au fil du temps, la thérapie sexuelle s'enrichit dans ses principes thérapeutiques avec des apports de l'approche humaniste de C. Rodgers ou de la pleine conscience et des recommandations de la Haute Autorité de Santé (33). La littérature montre que les anglo-saxons nomment comportements sexuels problématiques les troubles du développement sexuels des enfants de 12 ans et moins (34). La prise en charge est recommandée sans bien sûr considérer ces enfants comme des auteurs. La présentation au CIFAS 2007 d'une communication sur la CDADS avec la présidente du tribunal pour Enfants de Châlons-en-Champagne, Marie-Laurence Janel est le début des travaux d'écriture ! Les sociétés savantes de sexologie soutiennent ce travail mais je constate que le développement sexuel dans ses différentes approches et les violences sexuelles sont trop peu considérées y compris dans la communauté sexologique. Et cela m'interroge lorsque je rejoindrai l'équipe d'enseignants du diplôme universitaire de sexologie de Metz, Reims et Dijon. La santé reproductive, la prise en charge des IST/SIDA, les troubles fonctionnels comme la dysfonction érectile mais aussi les troubles du désir des adultes sont bien davantage questionnés. En 2009, le conseil général, la PJJ et trois sociétés savantes (la Société Française de Sexologie Clinique, l'Association inter Hospitalo-Universitaire de Sexologie et la Société Pluridisciplinaire des Etudes Sexologiques de l'Est), organisent un colloque à Reims sur les mineurs victimes ou auteurs de violences sexuelles. Il réunit plus de 400 personnes et s'il pointe la nécessité de la prévention primaire, il en ressort la nécessité de renforcer la mise en évidence de la réalité des violences sexuelles, de former les professionnels pour la prévention et le dépistage, mais aussi de créer des espaces se préoccupant de la santé sexuelle des victimes et des auteurs (35).

Ce colloque aura des conséquences sur l'activité d'une consultation libérale hebdomadaire de sexologie créée en 2006 : Les services de la PJJ et de l'ASE des départements de l'est mais aussi quelques pédopsychiatres vont adresser dans cette consultation des mineurs présentant des TDS. Il renforcera les liens que j'ai déjà établis avec des psychiatres dans cette activité libérale.

En effet, j'y reçois des patients adultes venus d'eux-mêmes pour des difficultés sexuelles. Au fil du temps, force est de constater que souvent, l'évaluation prudente de la sexualité et de son développement libère la mémoire ou la parole pour mettre en évidence des antécédents de violences sexuelles, dans l'enfance, l'adolescence très souvent ou dans la sexualité adulte. Comme ces personnes sont assez souvent suivies par des psychiatres, cela va instaurer une dynamique d'échanges cliniques avec quelques-uns de ces collègues qui s'interrogeront sur des symptômes sexuels au-delà de syndromes anxio-dépressifs, de troubles bipolaires, de troubles obsessionnels compulsifs etc....Nous observons que le soin sexologique dégage de nouvelles perspectives à ces patients pour leur santé sexuelle même si le temps a passé avec son cortège de souffrances intimes : d'une part, il apporte de nouvelles compréhensions de soi au travers de la compréhension des conséquences des violences sur le développement sexuel et sur la sexualité adulte, amenées avec tact et prudence ; d'autre part, au-delà de toute idée de performance, il redonne à cette dimension humaine, une visibilité accessible et bienfaisante qui complète les processus de réparation engagés, souvent depuis longtemps sans que jamais la sexualité n'ait été abordée. Les

collègues psychiatres se réjouissent des résultats qu'ils observent chez leurs patients à partir de nos réflexions sur les situations, les diagnostics qui parfois évoluent à la lumière de ce que le soin de la sexualité peut apporter. Evidemment la question des traitements se pose et amène à se concerter comme je peux le faire avec l'urologue, l'endocrinologue, le cardiologue ou le gynécologue et à travailler dans cette approche médicale pluridisciplinaire qui s'entoure aussi d'autres professionnels de santé et de psychologues bien sûr.

Je vais aussi recevoir dans cette consultation des auteurs adultes de violence sexuelle. Les premiers viendront à l'initiative de conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation informés par des professionnels du réseau de la justice déjà actif (magistrat et PJJ) de cette nouvelle possibilité de prise en charge. Puis ce seront des psychiatres qui adresseront ces auteurs sensibles à la possibilité de soin des troubles sexuels particulièrement dans le cas de troubles mentaux (Encadré 8).

Encadré 8 : Mr D, 45 ans. Il est adressé en sexologie par le psychiatre qui le suit depuis plusieurs années pour des troubles psychotiques apparus vers ses 20 ans. Ce médecin constate que la situation se dégrade depuis un an avec recrudescence de symptômes d'où arrêt de travail. Il vit en couple, stable, mais son épouse est épuisée et demande de l'aide car son mari s'est mis à la frapper depuis environ 18 mois de plus en plus fréquemment notamment le soir quand ils regardent la télé dans leur chambre. Le psychiatre pense qu'il a pu être violent dans la sexualité. L'évaluation mettra en évidence une dépendance aux images pornographiques, une dysfonction érectile et des tentatives d'agressions sexuelles sur sa compagne. A la suite, d'une consultation où sont parlés les liens d'attachement, le développement de la sexualité, Mr D trouve les mots pour la première fois, pour exprimer, « ses peurs d'enfants » quand son père l'agressait sexuellement et comment « il s'est habitué à la situation jusque ses 17 ans ».

Les évolutions constatées sur des situations comme celle-ci, pour un homme, pour une femme et pour un couple, amènent ces psychiatres à employer le terme de médecine sexuelle... Si au final, la CDADS a ouvert des perspectives dans la promotion de la santé sexuelle, elle amène à s'interroger sur les cadres et niveaux de cette action en termes d'éducation sexuelle et de soin en santé sexuelle dans les violences sexuelles. Comme un collègue me présente à une personnalité de la santé mentale en 2010 en tant que médecin sexologue qui travaille avec des jeunes victimes ou auteurs de violence sexuelle, celui-ci du tac au tac dit : « Ce n'est pas aux médecins de faire de l'éducation sexuelle mais aux artistes, aux chanteurs » et il passe son chemin. Conscients des difficultés à promouvoir la santé sexuelle dans leur champ, ce sont ces collègues qui m'encourageront en 2012 à aller la développer en santé mentale et en milieu hospitalo-universitaire pour être évaluée.

Période 2013-2017 : 2ème expérience en Centre Hospitalo-Universitaire

A l'automne 2012, je prends un poste de médecin contractuel au Pôle Psychiatrie, Médecine Légale et Médecine en Milieu Pénitentiaire du CHU de Lille placé sous la responsabilité du Professeur Pierre Thomas. Je suis affectée d'abord à l'Unité Régionale de Soins aux Auteurs de Violence Sexuelle dirigée par le Dr Tiphaine Séguret-Corsi puis fin 2013, à la Maison des Adolescents de Lille pour 20% de mon temps.

A l'origine de mon recrutement, des constats portés par le Dr Séguret-Corsi : augmentation des demandes pour mineurs à l'URSAVS et impossibilité à trouver un pédopsychiatre intéressé par ce sujet. Ma présentation dans un colloque en 2010 à Douai de l'activité de la CDADS l'a intriguée notamment pour ce qui concerne ses

fondements théoriques. L'objectif de ma mission est de mener une recherche sur le repérage de besoin en santé sexuelle et sur la mise en œuvre d'actions de prévention adaptées. L'URSAVS se prête d'emblée à cet objectif car c'est un service original : elle est le CRIAVS Nord Pas de Calais c'est-à-dire ce service régional issue de la loi de 2006 pour favoriser dans chaque région française le soutien, le conseil et la formation des professionnels qui travaillent à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles, mais aussi la documentation et la recherche sur ce sujet. Mais la particularité de l'URSAVS est d'être devenue en 2009 unité de soin pour les auteurs de violence sexuelle, en complément des secteurs de psychiatrie et de pédopsychiatrie, pour soutenir et motiver les équipes professionnelles souvent en difficulté face aux auteurs. Le rôle de l'URSAVS n'est pas de se substituer aux secteurs ou aux services hospitaliers de psychiatrie mais d'impulser le soin ou de le compléter si nécessaire. C'est aussi une équipe de liaison entre milieu intra et extra pénitentiaire.

Mise en œuvre de la recherche

L'observation du terrain

Cette étape s'avère indispensable puisque tous les membres expriment, de façon nuancée leur étonnement de voir arriver un médecin non psychiatre missionné pour travailler sur la question de la sexualité. Manifestement, la sexologie est méconnue et n'a pas de caution intellectuelle sérieuse. Elle dure deux mois : consulter des dossiers, assister aux interventions organisées pour des nouvelles situations, aux réunions de synthèse sur les dossiers en cours, assister aux consultations ou entretiens des différents membres de l'équipe, assister aux formations dispensées. Les principaux constats sont :

- L'idée de mettre en œuvre un dialogue sur la sexualité avec des auteurs de violence sexuelle suscite des réticences, des peurs quant aux risques d'une telle action d'autant que les situations des adultes sont complexes avec une majorité de situations de récidive. Ces peurs sont encore plus affirmées pour des mineurs surtout s'ils présentent une déficience intellectuelle ou un trouble mental.
- Les professionnels en majorité s'appuient sur l'idée que les violences sexuelles ne sont pas une question de sexualité expliquant qu'il n'est de ce fait pas nécessaire de questionner cette dimension. Toutefois, certain-es professionnel-les expriment que la sexualité est « parlée » du fait même de leur formation en psychanalyse.
- L'ensemble des professionnel-les ne connaît pas le concept de santé sexuelle.
- Les connaissances sur la sexualité et son développement sont quasi exclusivement issues de la théorie psychanalytique.
- En consultation, la sexualité n'est pas abordée en dehors de la passation des questionnaires QICPASS adulte et adolescent qui comportent quelques questions qui se rapportent à la sexualité. Mais les professionnels ont remarqué que les personnes répondent peu à ces questions et ce de façon plus notable encore pour les mineurs interrogés.
- La plupart des professionnels est préoccupée par le sentiment d'une « hyper-réticence » de la société qui complexifie la confrontation aux auteurs de violence sexuelle a fortiori s'ils sont mineurs. Ces préoccupations renforcent les craintes sur la sexologie et les sexologues.
- La pornographie est très peu questionnée dans les entretiens avec des auteurs de violence sexuelle.

- L'approche du psychotraumatisme sexuel par la théorie des émotions est méconnue de la plupart des professionnels. Les antécédents de violence sexuelle subie dans l'enfance ou l'adolescence d'auteurs adultes ne sont pas questionnés.
- Pour des mineurs, la crainte qu'ils ne soient avant tout considérés comme auteurs plutôt qu'adolescents semble contribuer à limiter l'intervention de la pédopsychiatrie. Ce point est d'autant plus évident que l'âge s'abaisse dans la pré-adolescence. Toutefois, de véritables peurs des équipes soignantes existent face à des jeunes qui présentent des comportements sexuels allo-agressifs. Au final, entre le poids du tabou sur la sexualité et celui sur cette violence, c'est un véritable malaise que suscite ces jeunes.

Le Dr Séguret-Corsi favorise d'autres constats parce qu'elle propose d'emblée d'intervenir lors de ses consultations avec des adultes auteurs. Cela permet de nouer un dialogue qui cible la santé sexuelle et de mettre en évidence des insuffisances d'éducation sexuelle et surtout de possibles troubles sexuels (Encadré 9). Si ces hommes manifestent tous leur étonnement de voir ce sujet abordé, ils s'impliquent quasiment dans tous les cas au dialogue proposé.

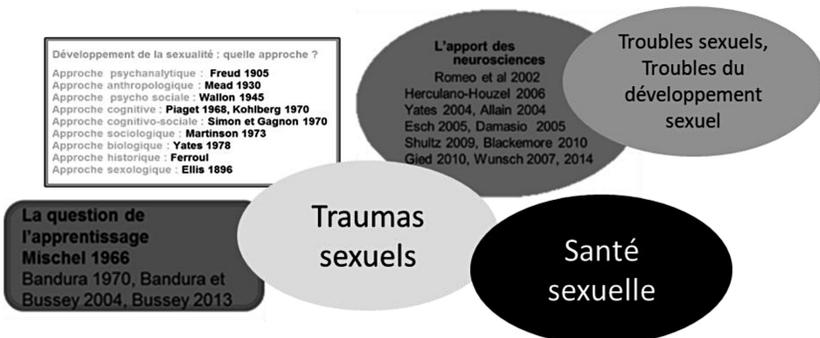
Encadré 9 : Mr R 38 ans vient de sortir d'incarcération pour des faits d'agression sexuelle sur sa fille âgée alors de 14 ans. Il vit chez ses parents. Qu'en est-il de sa sexualité ? Il répond ne pas y penser car il n'a pas de partenaire et ne voudrait pas retourner en prison. Je demande s'il est nécessaire d'être avec quelqu'un pour avoir une vie sexuelle, il répond par l'affirmative. Comme je demande s'il lui arrive de prendre du plaisir seul, il dit que cela ne sert à rien. J'ouvre la réflexion sur la notion de plaisir et de plaisir dans la sexualité. Il dit que « ça n'a jamais marché cette histoire ». Je dis que c'est compliqué pour beaucoup de gens cette histoire avec des conséquences plus ou moins sévères. A-t-il cherché des solutions ? Il répond qu'il regardait des films X. Je demande si depuis sa sortie il en regarde du fait de sa solitude. Il hésite puis répond par l'affirmative à demi-mots. Encouragé à pouvoir parler de ces supports, il pourra préciser avoir besoin de regarder de 2 à 4 films par jour.

Ainsi des besoins d'actions en santé sexuelle sont rapidement repérés.

Méthode d'intégration de la promotion de la santé sexuelle

Compte-tenu des constats du temps d'observation et de certaines similitudes avec les constats portés dans la Marne. Deux outils sont déployés pour « aller vers » les AVS (Auteurs de Violences Sexuelles) :

La formation des professionnels (Lien attachement/développement sexuel) :



Ces éléments sont inclus dans les formations dispensées concernant les AVS adultes ou mineurs afin de sensibiliser les professionnels de tous les champs concernés. Les premières formations seront parfois difficiles. Claudine Moise et Maryvonne Desbarats viendront soutenir cette étape fondamentale pour légitimer qu'il est indispensable de s'ouvrir à de nouveaux apports théoriques concernant la sexualité, son développement et les traumatismes sexuels pour travailler sur les violences sexuelles.

La démarche de CARE : elle apparaît judicieuse puisque l'organisation de la CDADS a fonctionné au-delà d'obstacles, en impliquant tous les professionnels pour porter attention aux situations, organiser « le prendre soin » de la santé sexuelle, le mettre en œuvre et l'évaluer. Quels que soient les résultats, le prendre soin de la santé sexuelle est à considérer au sens large car dans une démarche de promotion de la santé sexuelle, il s'agit bien de prendre soin comme l'indique le CARE.

Porter attention à la sexualité, à son développement : lors d'interventions c'est-à-dire de rencontres avec tous les professionnel-les de la prise en charge globale -santé, justice, social, éducation-, il s'agit de les sensibiliser par des questions, des apports théoriques simples sur ce sujet pour cibler d'éventuels besoins en matière de santé sexuelle.

Organiser le prendre soin : l'intégrer dans la prise en charge de l'AVS en sollicitant les professionnels déjà impliqués pour qu'ils proposent à un AVS de rencontrer le médecin sexologue qui propose d'aller rencontrer ces AVS dans les unités sanitaires pénitentiaires ou dans les secteurs de psychiatrie/pédopsychiatrie ou dans les services hospitaliers.

Mettre en œuvre le prendre soin :

Il est réalisé au moyen d'une évaluation structurée (36) pour contribuer au diagnostic d'un trouble sexuel ayant pu avoir un impact dans la situation. Il permet de proposer un temps de thérapie sexuelle en tant que besoin identifié pour promouvoir l'action de santé sexuelle.

Evaluer l'action mise en œuvre, l'adapter : Par des rencontres régulières avec l'ensemble des professionnels pour échanger sur l'intérêt ou non à considérer la santé sexuelle.

Dans la plupart des situations, cette démarche va permettre d'identifier des besoins dès la 1^{ère} étape notamment pour des situations estimées complexes. Elle sera d'abord menée surtout pour des AVS adultes. Des résistances peuvent s'exprimer à ouvrir des perspectives autour de la sexualité. La présence de médecin lors de ces synthèses va s'avérer fondamentale pour gagner du temps lorsque celui-ci se montre favorable. Ce sont ensuite des collègues de l'URSAVS, particulièrement les infirmiers qui vont s'impliquer pour faciliter la 2^{ème} étape en relayant la démarche auprès des professionnels de secteurs ou de détention pour organiser la venue du médecin sexologue. Le 3^{ème} temps d'évaluation est proposé en individuel. Près de 100% des AVS acceptent la rencontre avec le médecin sexologue lorsqu'elle leur est proposée. A la question « Pourquoi avez-vous souhaité cette consultation ? », la réponse est dans plus de 80% des cas : « Parce que plus tard, je veux retrouver une vie sexuelle ». En 2013 et 2014, ce temps est le plus souvent mené seule ou avec des professionnels de l'URSAVS et les internes du service depuis 2015. Le 4^{ème} temps d'évaluation de la démarche sera soit un temps de restitution soit un temps intermédiaire en cours de thérapie sexuelle.

Les résultats

Ils sont ici présentés au niveau des patients à partir de cas cliniques puis au niveau institutionnel pour situer les enjeux de la promotion de la santé sexuelle en santé mentale.

Cas cliniques

Encadré 10 : Mr T 58 ans en injonction de soin pour actes en récidive d'exhibition et agressions sexuelles sur des mineurs garçons de 15 ans. Sans père reconnu, il est adopté par une tante vers ses 6 ans. Marié à 25 ans, il a eu des enfants. Enseignant de son métier. Début des problèmes judiciaires vers ses 40 ans. Séparation du couple à la suite des faits. Il se travestit depuis ses 34 ans. Les soins en secteur sont rendus complexes. Il est décrit comme pervers avec des comportements inadaptés notamment envers les professionnelles (attitudes séductrices et de provocation avec ses vêtements...). D'où prise en charge à l'URSAVS pour évaluation complémentaire. Une indication d'hormonothérapie est posée. Le secteur demande l'appui de l'URSAVS pour la mise en œuvre du traitement. Mr T s'avère peu compliant et manifeste les mêmes comportements avec l'équipe URSAVS. D'où proposition de la démarche en santé sexuelle.

Mr T dit d'emblée avoir accepté mais ne pas en attendre grand-chose. Les consultations portent d'abord sur le vécu de la sexualité adulte avec mise en évidence de difficultés sexuelles après la naissance du 2^{ème} enfant (éjaculation rapide puis dysfonction érectile) qui sont terrées dans le silence puisque Mr T dit : « Que vouliez-vous qu'on fasse de ce problème ? ». Elles portent sur le développement sexuel avec mise en évidence qu'il est habillé de ses 6 à 12 ans avec les habits des 3 filles de sa tante a priori pour des raisons d'économie. Il dit ne pas avoir manqué d'affection dans cette famille. Il a été deux fois amoureux de filles de son âge. A ses 11 ans, il est victime d'exhibition répétée par un homme adulte qui lui demande des fellations. Mr T ne révèle pas ces faits spontanément qu'il présente comme « normaux » d'autant que ce voisin est « bienveillant » et que Mr T, devenu adulte, a lu les ouvrages de R Peyreffite qui ont renforcé l'idée « d'une normalité pour l'enfant à être initié à la sexualité de cette façon ». L'adolescence est décrite comme une période de difficultés relationnelles avec les autres jeunes du fait de ses différences : mal habillé, goût pour la littérature etc.. Il pense alors être attiré par les garçons. Il s'investit dans ses études. A 22 ans, il rencontre celle qui sera son épouse.

14 consultations seront menées avec la prudence qui s'impose compte-tenu du risque de récidive. Elles mettent en évidence des troubles sexuels dont l'analyse (apparition, sémiologie et impact dans la sexualité du couple) permet la mise en lien avec les vulnérabilités liées au développement sexuel pré et post pubertaire, par l'apport concomitant d'éléments de compréhension sur le développement sexuel des enfants puis des adolescents et sur la sexualité adulte. Cela amène Mr T à une nouvelle élaboration sur sa vie sexuelle et sa vie globale. Cela permet peu à peu de l'aider à tisser de nouvelles perspectives pour interroger son besoin et ses désirs sexuels sous l'angle de sa santé sexuelle, en termes de bien-être dans le respect de soi, des autres et de la loi. Comme il s'affirme alors dans son choix d'identité sexuelle masculine, il verbalise ses craintes sur les conséquences de l'hormonothérapie (« impuissance »). On peut alors l'amener à se décentrer de sa vision de la virilité érection dépendante et Autre dépendante. Mais il s'avérera tout aussi important de le libérer du souvenir de l'érection de son agresseur, premier homme à lui donner de la tendresse, pour qu'il puisse accéder au choix libre d'auto-sexualité. Un travail de repérage sur l'authenticité nécessaire au bien-être sexuel permet par la suite à Mr T de comprendre l'intérêt de l'hormonothérapie pour l'apaiser tout en lui permettant de poursuivre son élaboration autour des notions de responsabilité, plaisir et liberté.

Une telle situation témoigne de carences en termes d'éducation sexuelle et des conséquences d'un développement sexuel et d'une sexualité adulte laissée au ha-

sard et à la fatalité. Elle témoigne aussi que l'inscription redoutable au rang d'homme pervers isolé qui fait tout pour s'isoler ne relève pas d'éducation sexuelle. Reste qu'il va se montrer capable de mobiliser une réflexion, une implication lorsqu'on l'invite à penser sa santé sexuelle et celle des autres, qui, tout en lui donnant les moyens d'exprimer une colère de ne pas avoir choisi son enfance, l'amène à entrevoir de nouvelles perspectives.

Il en sera de même pour les situations de mineurs. Elles permettront de confirmer l'intérêt de la démarche de CARE pour lutter contre le manque d'espoir dans les équipes (Encadré 11).

Encadré 11 : Alex 14 ans. Mis en examen pour agressions et viols sur sa sœur et sur un demi-frère. Les faits se seraient passés depuis l'enfance des deux enfants entre les 7 et 12 ans d'Alex. Placé en foyer lorsque sa sœur révèle les faits, il commet vers 13 ans des agressions sexuelles sur un jeune de son âge. Il ne reconnaît pas les faits. Le milieu familial est carencé et incestueux. Les parents sont séparés. Alex est suivi en secteur de pédopsychiatrie. Il est scolarisé en ITEP. Il inquiète son entourage car il suit des adolescentes dans les transports en commun. Il commet des vols. Il est mis à l'écart du fait de son manque d'hygiène.

Alex s'implique dans les deux 1^{ères} consultations. A la 3^{ème}, comme je lui demande s'il a repensé au contenu de la 2^{ème} consultation ? Alexandre dit qu'« on lui aurait coupé un bout du zizi », se reprend et dit « vous vous appelez ça avec un autre nom ». Je dis que c'est le pénis. Il dit que c'est cela et que cela le tracasse. Je demande s'il en a déjà parlé à un médecin. Alex dit non. Je demande si cela le tracasse depuis la dernière consultation ou avant déjà. Il dit : « oui avant mais je n'osais pas le dire ». Je lui demande ce qu'il le tracasse. Il dit que son pénis n'est pas fait pareil et n'ose pas en dire davantage. Je lui demande s'il veut dire « pas pareil que les pénis qu'il voit dans les vidéos (il a pu dans la consultation précédente parler des films X qu'il regarde dès qu'il peut sur internet) ou s'il a déjà vu celui d'autres garçons ou jeunes hommes. Il dit qu'il y a les vidéos mais aussi quand il a fait des trucs à l'autre garçon. Il expliquera ensuite qu'il s'agit du garçon qu'il a agressé sexuellement au foyer peu de temps après son arrivée. Puis je reviens sur ce qu'il trouve différent dans son anatomie. Il dit : « il est pas droit c'est peut être parce qu'on m'a coupé le bout du zizi quand j'étais petit, euh ! du pénis ». Je lui dis qu'il peut exister des courbures du pénis et que les hommes ou jeunes hommes peuvent être gênés quand ils sont en érection ; Alexandre dit alors : « c'est quand on bande ? ». Je dis : « oui exactement et cela s'appelle aussi l'érection ». Il ajoute : « c'est ça qu'il faut pour mettre son pénis chez la fille ». J'explique : « Les érections ne viennent pas que quand l'homme peut avoir une relation sexuelle avec une femme ». Je parle alors des érections qui viennent souvent quand l'enfant arrive à la période des transformations pour devenir un adolescent qui deviendra prêt à vivre la sexualité. Alexandre dit : « Moi j'avais plein d'érections même quand j'étais petit ». Je dis : « Tu voyais des images comme on a déjà parlées ou tu voyais aussi des personnes autour de toi qui faisaient des choses avec leurs corps d'ici (je montre sur le dessin les parties génitales) ? Alexandre dit : « les deux ». Je demande s'il s'agissait de personnes de sa famille. Il parle alors de frères et sœurs aînés. Je lui explique qu'en tant que petite personne son cerveau n'était pas fait pour voir ça. Je demande si ces personnes lui faisaient des choses à son corps des parties intimes. Il dit : « non mais moi je faisais des trucs avec ma petite sœur ».

Cette prise en charge vise à laisser libre cours à la parole sur le développement sexuel à partir d'éléments de réflexion proposé par le thérapeute, adaptés à un jeune, à son histoire, en se gardant d'interprétation. Au fil des consultations, il s'agit de voir com-

ment le jeune s'approprié ces éléments, nourrit ses capacités d'élaboration sur son développement sexuel (Encadré 12).

Encadré 12 : Laurent a 13 ans. Il est adressé à l'URSAVS par la pédopsychiatre et la psychologue du Sessad qui l'accueille depuis 2 ans. Il est scolarisé en 5^{ème}. Il inquiète les professionnels du Sessad et du collègue parce qu'il a des comportements de mal-être et d'agressivité. Du harcèlement, notamment sexuel est suspecté à son encontre. Il a eu des idées suicidaires. Il dit vouloir partir à Paris rencontrer des hommes avec lesquels il discute sur le web. Laurent affirme son orientation homosexuelle. Depuis plusieurs mois, il adopte des comportements plutôt féminins et dit ne plus être sûr de son identité masculine.

Il a agressé sexuellement son frère âgé de 9 ans à ses 12 ans. Un signalement a été fait par la pédopsychiatre suite aux révélations de la mère sur ces faits.

Laurent parle peu, il a une expression figée à la 1^{ère} consultation. Il s'implique davantage dans les deux consultations suivantes. Le repérage d'idées suicidaires amène à demander une évaluation en milieu hospitalier dès la 4^{ème} consultation. Il demande à revenir rapidement en consultation. Il peut alors verbaliser que sa mère aurait préféré avant sa naissance qu'il soit une fille et que son père qui a quitté le domicile préférerait les filles. Après 12 consultations, Laurent a pu parler d'une exposition dès 9 ans à des supports pornographiques avec des jeux sexuels avec un garçon de son âge avec des pénétrations sexuelles. Des faits d'agression sexuelle par un homme adulte à ses 7 ans lui sont revenus en mémoire. Il avait eu un suivi en CMP à la suite de cet épisode rapidement révélé, judiciairisé mais arrêté après quelques mois devant son état clinique laissant à penser qu'il n'y avait pas de conséquence. A noter que sa mère victime d'inceste dans son enfance pourra alors exprimer son mal-être au moment de cette révélation qu'elle omet de signaler par la suite. Des éléments de réflexion apportés sur l'attachement, sur le développement sexuel et la violence sexuelle ont été mis en perspective. Par la suite, Laurent dit se sentir heureux d'être un garçon. Il affirme avec quiétude son orientation homosexuelle et son entourage constate un apaisement global ainsi qu'une attitude plus sereine au domicile avec sa mère et son frère tout en ayant pu s'exprimer sur les faits commis à l'encontre de celui-ci.

Au niveau institutionnel

A l'URSAVS

Ces exemples cliniques mettent en évidence la dynamique qui s'installe peu à peu pour promouvoir la santé sexuelle. Elle est impulsée par l'équipe de l'URSAVS et s'implante dans les territoires du fait des formations organisées par cette unité où se rencontrent les professionnels de la santé, de la justice, du social et de l'éducatif et bien sûr des synthèses organisées pour les situations cliniques. Cela va contribuer à une augmentation importante des situations de mineurs pris en charge à l'URSAVS (Annexe 3). Toutefois, cette dynamique est rendue possible parce que dans ce champ de la santé mentale, la sexologie permet d'amener une nouvelle offre de soin pour les personnes. Le rôle des médecins qui vont s'engager à assister aux consultations du médecin sexologue sera fondamental pour évaluer cette offre de soin.

Un premier pédopsychiatre, le Dr Gobert, responsable du pôle de Boulogne sur Mer, va particulièrement soutenir la démarche de 2013 à 2017 en assistant à toutes les consultations d'adolescents puis d'enfants qu'il suit déjà pour lesquels il pose une indication de prise en charge. Ce médecin et le Dr Ducq qui va lui succéder, l'équipe médicale de l'URSAVS qui dans l'intervalle s'est enrichie d'un assistant et d'internes vont impulser un mouvement d'intérêt de leurs collègues pour cette action. Leur

rôle sera ainsi particulièrement important pour évaluer la thérapie sexuelle dans certaines situations complexes d'enfants ou adolescents hospitalisés avec des signes de déstructuration psychique où des comportements sexuels allo-agressifs sont au premier plan du tableau clinique. La mise en mots du développement sexuel adaptée à leur problématique va contribuer à un apaisement évident permettant d'interagir dans l'adaptation des traitements médicamenteux et des autres soins.

Encadré 13 : Line 12 ans

Hospitalisée en pédopsychiatrie pour décompensation psychotique. Elle présente avant l'hospitalisation des comportements sexuels allo-agressifs qui sont aussi observés envers les autres jeunes hospitalisés. Les soignants sont aussi très mal à l'aise du fait de ses propos ou gestes à leur encontre. Le traitement médicamenteux n'empêche pas la nécessité de contention quasi quotidienne. Les 1^{ères} consultations de sexologie sont difficiles mais la proposition d'outils thérapeutiques sur le développement sexuel adaptés à la situation de Line s'avère rapidement intéressante : Line commence à s'impliquer dans les temps de consultation dans une élaboration autour des repères humains et relationnels en tant que Personne sexuée, avec son corps, sa tête, et son coeur. Un apaisement est observé, son traitement est réajusté du fait d'une mise en évidence d'éléments traumatiques, les périodes de contention s'espacent. L'arrivée de ses premières règles se fait tranquillement. Elle intégrera dans l'année un nouveau lieu de vie. La prise en charge s'est poursuivie dans le temps en complément de la prise en charge pédopsychiatrique et psychologique.

Encadré 14 : Bastien 14 ans

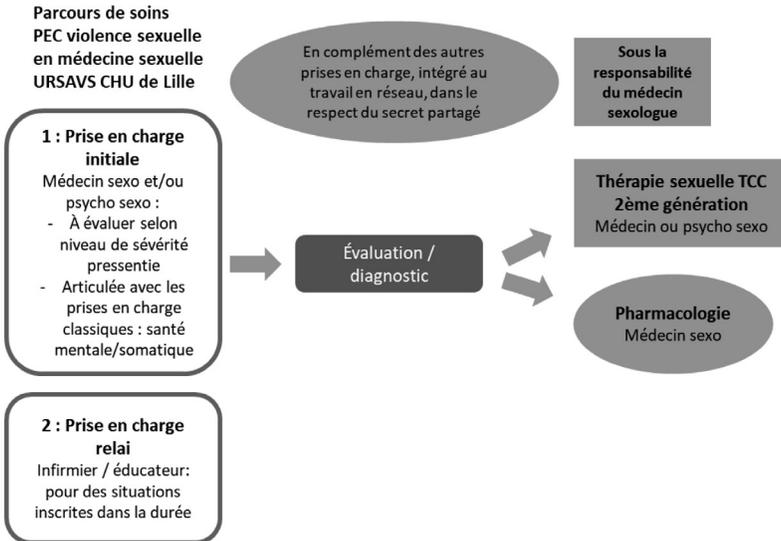
En Soins à la Demande du Représentant de l'Etat dans un service de psychiatrie adulte.

L'hospitalisation fait suite à une expertise en garde à vue pour suspicion d'agression sexuelle. Depuis un an, il présente des troubles du comportement, a fait des révélations et s'est rétracté. La symptomatologie polymorphe est marquée d'idées obsessionnelles envahissantes à connotation sexuelle agressive y compris vis-à-vis du personnel hospitalier. L'appui de l'URSAVS est demandé par le psychiatre. Le psychiatre de l'URSAVS pose l'indication d'une prise en charge sexologique. Celle-ci est prudente dans une telle situation. Elle vise à nouer un dialogue sur la globalité humaine amenant ce jeune dans une élaboration sur sa Personne, son histoire. Un apaisement est observé, il semble retrouver le fil de sa vie, s'inscrit alors dans une continuité d'élaboration sur son développement sexuel lui permettant de reconnaître des faits agis et des faits subis. Après quelques semaines, les consultations de sexologie peuvent être menées en individuel. A sa sortie, après 8 mois, Bastien a demandé à poursuivre ce suivi en complément du suivi pédopsychiatrique et psychologique. Les troubles sexuels ne réapparaissent pas même si la vie peut rester compliquée.

A chaque fois, il est nécessaire d'impliquer le personnel par une connaissance de la notion de santé sexuelle. C'est indispensable pour que la démarche soit comprise et soutenue particulièrement quand le personnel est mis à mal par ces enfants affectés de troubles sévères de l'attachement, afin qu'ils puissent retrouver une sécurité dans le regard des équipes de professionnels.

Pour les praticiens, de telles situations rendent compte que la prise en charge en thérapie sexuelle telle qu'elle est conçue pour ce niveau d'intervention constitue effectivement une nouvelle offre de soin dans le champ des violences sexuelles. Ces praticiens se mettent à la nommer « médecine sexuelle ». C'est sous ce nom que quatre d'entre eux se joindront à moi pour la présenter au Congrès International

Francophone sur l'Aggression Sexuelle à Charleroi en 2015 et à Montréal en 2017. Cette action qui s'inscrit dans le champ de la prévention secondaire et tertiaire met aussi en évidence l'importance de définir un parcours de soin en santé sexuelle pour les AVS compte-tenu du manque de visibilité de la santé sexuelle et du rôle des sexologues en France. Actuellement, à l'URSAVS du CHU de Lille, ce parcours de soin est ainsi défini :



Cette action renforce également l'importance de se soucier des autres actions de santé sexuelle en prévention primaire compte-tenu des besoins observés sur le terrain que la dynamique institutionnelle met en avant. Cela permet l'organisation de séances sur « le thème de la santé sexuelle » en milieu pénitentiaire auprès de mineurs ou d'adultes incarcérés. La prise de conscience par les équipes que les AVS ont besoin de soin en santé sexuelle favorise la motivation des professionnels à se soucier de la santé sexuelle des autres détenus au-delà des actions classiques sur la santé reproductive et la prise en charge des IST. L'organisation des séances, par exemple, dans un quartier de mineurs implique la coopération de la PJJ. Dans un centre de détention, elle nécessite celle de professionnels du service pénitentiaire d'insertion et de probation et de l'unité sanitaire.

Ces séances permettent d'observer les besoins d'éducation sexuelle de populations particulièrement exposés aux problématiques de violences (Encadré 15).

Encadré 15 : Une séance sur le thème de la santé sexuelle en centre de détention : Aujourd'hui, un médecin, un externe de médecine générale et une psychiatre de l'unité sanitaire assiste à une séance face à un groupe de 8 détenus. Le médecin sexologue lance la question. « Qu'est-ce que la santé sexuelle ? ». La réponse comme le plus souvent ne tarde pas : « Ici on est en prison, c'est pas le sujet ». Comme toujours, au moins un des hommes s'exprime facilement, d'autres sont dans la retenue. Deux disent être venus parce que d'autres détenus leur ont parlé de ces séances. Peu à peu, tous vont s'impliquer à leur façon. Le vocabulaire est grossier mais il est clair... les mots sont retravaillés avec souplesse et bon sens pour aller vers un enrichisse-

ment des connaissances. Accueillir tous les points de vue, avec chaleur et ouverture au dialogue, est un enjeu au-delà des discours sexistes, discriminants, des points de vue moralistes, religieux, de la violence verbale, entre autres. Le schéma au tableau sur la ligne du temps avec les grandes étapes du développement sexuel des enfants libèrent les propos. Exemple : « Face à un petit garçon qui se touche le zizi, que faire ? » demande la sexologue : « Une baffa dans la gueule » répond l'un des hommes. Le comportement des enfants est expliqué, le corps de l'enfant est parlé, celui de l'adulte mis en perspective avec ses capacités sexuelles d'adulte qui s'est transformé à l'adolescence. L'idée que l'enfant serait déjà « obsédé de sexe » est discutée. Le bon sens et l'émotion s'invitent quand, l'un d'eux dit : « Alors l'enfant, il n'a pas à vivre des choses du sexe ? ». Par la suite, c'est la sexualité des hommes avec la pornographie, « l'allumer le feu à tout va » la performance ou les incertitudes, les difficultés face aux peurs de « débandades », d'aller trop vite. Les différences d'identités, d'orientations sexuelles soulèvent des rires ironiques puis se questionnent, se parlent. Le schéma au tableau sur la réponse sexuelle étonne, renforce l'ouverture au dialogue. En découlent les questions sur le préservatif, celui pour la femme et le plaisir de la femme, clitoridienne mais aussi vaginale avec son corps à elle, sa courbe de réponse sexuelle comme l'homme, avec ses différences.... Et ainsi de rebondir autour des objectifs de la santé sexuelle sur la joie du plaisir de l'un, de l'autre au nom du partage de plaisir....conditionné par le respect, la liberté à consentir au nom des droits sexuels humains quel que soit le sexe ou l'orientation sexuelle. La violence sexuelle est alors définie. En fin de séance, ces hommes sont invités à aller rencontrer les médecins présents de l'unité sanitaire ou d'autres professionnels de cette unité si la séance amène des questions, des préoccupations d'ici la prochaine séance qu'ils demandent spontanément. Elle est programmée dans un mois. Un des hommes particulièrement virulents pendant la séance pour affirmer des interdits pour la femme dans la sexualité au nom de la religion qui, au fil de la séance s'est fait plus discret mais attentif, dit alors : « Il faut que je le dise, ma femme, elle m'a trompé, je lui en veux, je suis obsédé avec ça, tout le temps et je me dis qu'en sortant de prison, j'irai la tuer. J'ai entendu tout ce que vous dites, dites-moi ce que je peux faire ? ». Nous lui proposons d'aller en consultation avec la psychiatre. Il accepte. Celle-ci dira ensuite, l'avoir reconnu : elle l'a vu une fois dans un état d'agressivité ingérable.

La séance a duré près d'une heure et demie, quelques silences ont ponctué une discussion continue. Les 3 objectifs primaires de l'éducation sexuelle (cf partie 1) sont indispensables pour garder le rythme et veiller à nouer un dialogue authentique sur la sexualité. Nous n'avons pas parlé à ces hommes de notre objectif de promotion de la santé sexuelle pour la prévention des violences mais nous avons parlé à ces hommes du concept de santé sexuelle pour asseoir notre légitimité à leur parler de sexualité... pour contribuer à prévenir les violences.

A La Maison des Adolescents (MDA) de Lille

Dans cette équipe pluridisciplinaire qui se structure sur le maillage du social et du sanitaire, l'arrivée de la sexologie en tant que discipline transversale s'est avérée innovante. La MDA est un lieu de premiers recours pour les jeunes de 11 à 21 ans mais aussi pour les parents ou les professionnels. C'est aussi un lieu de formations. Les accueillants de formation initiale éducateurs ou psychologues sont au premier plan pour recevoir les jeunes. Leur sensibilisation et leur formation autour de la santé sexuelle et des violences sexuelles a été indispensable puisque ces professionnels orientent

les jeunes vers les autres professionnels –médecins pédopsychiatres, généralistes à orientation gynéco et nutrition et infirmières. Leur rôle est de repérer des besoins en santé sexuelle et d'orienter les jeunes vers le médecin sexologue. Rapidement, l'évaluation médicale de 1^{ères} situations a montré que les besoins ne relèveraient pas exclusivement d'informations, de conseils ou d'éducation sexuelle. Si des jeunes arrivaient d'eux-mêmes pour des difficultés a priori relevant de la santé psychique ou somatique, les questions des accueillants ont contribué à mettre en évidence d'autres difficultés (Encadré 16).

Encadré 16 : Lydie 14 ans

Elle vient à la MDA pour difficultés relationnelles avec les autres jeunes et ses parents. Elle dit ne plus supporter les autres adolescents au collège. L'accueillante va plus loin dans l'évaluation de l'aspect relationnel. Lydie dit se sentir bien avec son petit copain actuel mais qu'elle en change souvent. Comme elle semble gênée en évoquant cet aspect de sa vie, l'accueillante la rassure quant à l'importance de se sentir en sécurité dans tous les types de relation à construire durant l'adolescence. Lors du 2^{ème} entretien avec cette accueillante, Lydie parle d'attouchements de ses 8 à 11 ans par un ami de la famille. Elle en aurait parlé à ses parents vers 11 ans. Elle aurait été suivie en pédopsychiatrie et dit « ne plus vouloir voir de pys ». L'accueillante oriente alors Lydie vers le médecin sexologue. L'évaluation sexologique de Lydie permet de constater des éléments cliniques évocateurs de psychotraumatisme. Elle recueille aussi des comportements d'attouchements de Lydie sur une cousine de 3 ans plus jeune qu'elle à ses 11 ans puis des mises en danger sexuel depuis ses 12 ans. Enfin, cette évaluation met en évidence une banalisation de la situation à plusieurs niveaux : pas de plainte déposée, le comportement de Lydie rattachée à la réactivation de fantasmes œdipiens expliquant son entrée dans la crise d'adolescence. La prise en charge sexologique amène un apaisement et favorise l'adhésion de Lydie à accepter une prise en charge pluridisciplinaire.

Le réseau de professionnels constitués par l'URSAVS en ouvrant à la prise en compte de la santé sexuelle a motivé des professionnels à adresser des jeunes à la MDA (Encadré 17).

Encadré 17 : Jean 20 ans est adressé par la psychiatre qui l'a évalué pour des signes de dépression. Il semble être préoccupé par des « choses » sexuelles et ne souhaite pas en dire plus. Elle l'envoie pour évaluation au médecin sexologue. Jean peut alors faire part de son attirance pour des enfants de 8-10 ans.

Un médecin généraliste adresse Léo 15 ans pour avis. Léo a fait une tentative de suicide. Il a été pris en charge et son état semble satisfaisant. Récemment, les parents de Léo l'ont surpris devant une vidéo pédopornographique. Ils ont demandé conseil à leur médecin traitant qui conseille un avis du médecin sexologue.

Les parents de Pierre 12 ans l'ont surpris en train de commettre des attouchements sur son jeune frère âgé de 7 ans. Le pédopsychiatre du CMP infanto-juvénile de secteur adresse Pierre en évaluation sexologique face à son refus d'aborder les faits.

De ce fait, on a constaté une montée en charge de situations relevant d'une évaluation sexologique médicale. Après 3 ans et demi d'activité, 130 jeunes ont ainsi été évalués. La démarche de CARE s'est aussi avérée pertinente sur ce terrain. 22% des situations concernent de la violence sexuelle agie et 35% concerne de la violence sexuelle subie. Parmi celle-ci, 40% sont de type harcèlement sexuel.

Bilan d'expérience

Après 5 ans, cette expérimentation de la sexologie pour promouvoir la santé sexuelle dans ce pôle de santé mentale a relevé le défi proposé en 2012 par le CHU de Lille. D'abord, elle a pu être menée. Elle a pris une place évidente au sein des services promoteurs motivant à la poursuivre et à favoriser la mise en place de nouvelles actions pour étendre l'offre en santé sexuelle. Certes, il est nécessaire de poursuivre son évaluation mais on peut dresser les constats suivants :

Elle s'est inscrite aisément dans le plan d'actions stratégiques 2010/2014 « politique de santé pour les Personnes Placées Sous Main de Justice (PPSMJ) » puis dans le cadre de la Stratégie santé des PPSMJ définie en 2017 alors que le concept de santé sexuelle était encore peu développé dans les territoires concernés.

Elle a renforcé la visibilité de la sexologie au sein de la Fédération Française des CRIAVS.

Des besoins de prise en compte de la promotion de la santé sexuelle ont été identifiés à partir de l'expérimentation à l'URSAVS et à la MDA. Ils sont considérables.

La question des violences sexuelles est la plus représentée dans les situations qui témoignent de ces besoins.

Dans ce pôle, des indicateurs prometteurs sont évidents à ce jour lorsque des évaluations sexologiques couplées à de la thérapie sexuelle ont été déployées pour répondre à ces besoins dans la prise en charge d'auteurs de violence sexuelle adultes ou mineurs :

- la proposition de prise en charge de la santé sexuelle s'est montrée particulièrement efficace pour établir une alliance thérapeutique ou la consolider lorsque les suivis classiques étaient en difficultés, particulièrement avec des jeunes hommes adultes ou mineurs incarcérés pour des infractions à caractère sexuel.
- Elles permettent la mise en évidence de troubles du fonctionnement sexuel (37) et l'efficacité de leur traitement par des outils spécifiques centrés sur la santé sexuelle.
- L'offre de soins en santé sexuelle doit répondre aux besoins identifiés lors de rencontres avec les professionnels et avec le patient. La formation initiale des sexologues et leur formation en santé sexuelle doit leur permettre de poser les indications ou des contre-indications à une prise en charge en santé sexuelle. La proposition d'indication ou de contre-indication de thérapie sexuelle pour les auteurs, les précautions d'utilisation ainsi que ses risques et limites motivent à ce jour les équipes à préconiser qu'elle soit du ressort d'un médecin compte-tenu de la complexité des situations qui nécessitent souvent une évaluation de comorbidités. Elle favorise particulièrement le travail du pédopsychiatre/psychiatre pour les indications thérapeutiques notamment pharmacologiques. Elle renforce la mise en évidence d'effets indésirables de traitement médical et/ou psychiatrique. Elle doit permettre à court ou moyen terme d'être relayée par un psychothérapeute formé en sexologie. Pour des situations nécessitant un travail dans la durée, le recours à des infirmiers ou éducateurs sexologues est indispensable.

Plus largement, cette expérimentation, au vu des effets de sa dynamique actuelle, indique la nécessité de se soucier de la santé sexuelle des patients en santé mentale pour dépister des violences sexuelles subies passées inaperçues. Face à des ta-

bleaux psychiatriques atypiques ou résistants, *a fortiori* avec des signes sexuels et de la violence sexuelle agie, il apparaît efficient pour les professionnels de la santé mentale d'être formés à savoir proposer le recours au sexologue pour une évaluation rigoureuse. Elle montre aussi que tenir compte de la santé sexuelle favorise en santé mentale une meilleure prise en compte de la santé somatique par les professionnels en leur permettant d'apprendre à « parler du corps ».

D'où au final, l'emploi du terme médecine sexuelle pour désigner cette action de promotion de la santé sexuelle y compris dans la prise en charge d'auteurs de violence sexuelle (38).

Enfin, ces résultats permettent d'avancer l'intérêt de la promotion de la santé sexuelle dans la prévention primaire des violences sexuelles.

Des obstacles ont été observés. Ils sont principalement liés :

- aux tabous sur la sexualité. Ils sont à l'origine de difficultés par les réactions émotionnelles qu'ils suscitent. Mais ils témoignent surtout du manque de formations puisque lorsque les professionnels se sentent « équipés » pour questionner la sexualité, dans la très grande majorité, ils participent activement à la démarche de CARE en parvenant à mettre des mots sur la sexualité.
- à l'insuffisance de formations sur la sexualité et son développement : sur un échantillon de 2700 personnes constitué à partir de professionnels venus en formation à l'URSAVS et à la MDA, on constate que 1% des personnes interrogées connaissent le concept de santé sexuelle, 90% citent uniquement l'approche psychanalytique comme référence théorique sur le développement sexuel, 10% citent aussi l'approche biologique. Il est arrivé que dans un travail de tutorat pour la thérapie sexuelle, mené avec un professionnel, ce travail soit interrompu du fait de cet obstacle à penser d'autres façons d'approcher la sexualité et son développement.
- à l'idée pour certains professionnels de la santé mentale, que les violences sexuelles ne relèvent pas de la psychiatrie ou de la pédopsychiatrie. Le travail de CARE peut alors être mis en échec. Il est intéressant de voir que la dynamique institutionnelle rend alors les professionnels créatifs pour trouver d'autres solutions !
- à la résistance de certains pour considérer la réalité des violences sexuelles. Lorsqu'en 2014, je me présente à une reconnaissance du titre de psychothérapeute, devant un jury à l'ARS Nord Pas de Calais, les questions et commentaires sont pour le moins ubuesques et violents : « Pour qui vous prenez vous pour parler de santé sexuelle, d'où sortez-vous cette histoire ? Ce sont des gens comme vous qui fabriquez des victimes. Quant à aller parler de sexualité aux auteurs, c'est une hérésie ». Je me raccroche alors au fait que 20 ans plus tôt, la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (avant les ARS) de Châlons-en-Champagne a soutenu le projet de ma 1^{ère} formation sur ce concept. Suite à cet événement, je vais réfléchir à reprendre des études pour devenir psychiatre. Et puis finalement je déciderai de continuer la route en gardant mon identité de médecin sexologue puisque mes collègues pédo/psychiatres qui accompagnent la démarche reconnaissent que la thérapie sexuelle a toute sa place dans le dispositif des thérapies à proposer à ces personnes du fait des résultats obtenus.

Pour répondre aux besoins identifiés en prévention primaire, la poursuite de la formation de 120 heures en éducation sexuelle menée dans la 1^{ère} expérience au sein du Pôle Territorial Formation de la PJJ Nord a été importante d'autant qu'elle a été ouverte

au niveau national du fait de son succès. L'impact de cette formation dans les pratiques professionnelles des personnels de la PJJ a été constaté : renforcement d'actions de prévention en santé sexuelle en milieu ouvert et fermé, ateliers d'éducation sexuelle auprès de jeunes en mesure de réparation, par exemple. D'où la transformation de cette formation en diplôme universitaire « Prévention des violences sexuelles et éducation à la sexualité » à la faculté de Médecine de l'université Lille 2 depuis 2016. Il était devenu utile de valoriser l'engagement des professionnels dans cet axe de prévention par une reconnaissance universitaire utile à la légitimité de leurs actions.

Pour répondre aux besoins en prévention secondaire et tertiaire dans le champ des violences sexuelles, de nouvelles perspectives de formations pour la promotion de la santé sexuelle des soignants en santé mentale sont en cours de réflexion.

2^{ème} partie : La stratégie de santé sexuelle 2017-2030 : quels enjeux en matière de violence sexuelle ?

La stratégie nationale de santé sexuelle : une première étape

Partout en France ces dernières années, des expériences de promotion de la santé sexuelle ont vu le jour, soutenues par l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES). Le Haut-Commissariat de Santé Publique dans son rapport de 2015 a décrit la nécessité de poursuivre la mise en place de telles actions, de les développer au-delà de la santé reproductive et de la lutte contre les IST et le SIDA et de les coordonner pour les rendre visibles. Avec la stratégie nationale de santé sexuelle qui voit le jour en mars 2017, le concept de santé sexuelle est reconnu comme un des aspects fondamentaux de la promotion de la santé dans notre pays (39). Mais c'est aussi une avancée considérable au titre des droits humains puisque dès 1987, l'OMS dans sa 2^{ème} version du concept de santé sexuelle affirmait « les droits des individus à être libres de toute exploitation, oppression ou abus sexuel (9) ».

La Convention relative aux droits de l'enfant de 1989 a précisé le droit fondamental de l'enfant à être protégé par les États contre toute forme d'exploitation sexuelle, contre les abus sexuels, qui se doivent de promouvoir la réadaptation physique et psychologique ainsi que la réinsertion sociale des enfants qui en ont été victimes.

En 2000, l'OMS, la Pan American Health Organization, la WAS (World Association of Sexology) renforcent la notion de droits sexuels : « Les droits de l'Homme sont propres à tout être humain. Cependant leur reconnaissance ne crée pas de droits en soi. Les droits de l'Homme sont au-delà des valeurs culturelles. Si une culture particulière a des pratiques qui vont à l'encontre des droits de l'Homme, elle doit être modifiée, comme dans le cas des mutilations génitales des femmes. [...] L'approche en termes de droits de l'Homme a déjà été développée à propos de la promotion de la santé reproductive. La protection de la santé étant un droit de l'Homme fondamental, il en découle que la santé sexuelle repose sur des droits sexuels. » (40).

En 2014, la WAS devenue "World Association for Sexual Health" émet la Déclaration des Droits Sexuels (41, 42).

Les acteurs de terrain qui se sont préoccupés de violence sexuelle et de santé sexuelle dans notre pays depuis des années se sont réjouis de l'avancée que représente la stratégie nationale de santé sexuelle tout en regrettant que cette stratégie ne mette pas plus en avant l'intérêt de promouvoir la santé sexuelle pour lutter contre les conséquences des violences sexuelles. Les victimes de traumatismes sexuels sont en risque

de développer des troubles psychiques. Les évolutions du Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders en témoignent (43). Les publications sur les conséquences somatiques ont été plus tardivement considérées particulièrement dans notre pays ; elles sont à présent étayées dans la littérature (44, 45, 46, 47). Mais il est aussi nécessaire de considérer les conséquences sexuelles des traumatismes sexuels (7, 48, 49). Elles sont aussi à l'origine de troubles psychiques et somatiques en lien avec la double peine pour de nombreuses victimes d'être en difficulté sexuelle et ne pouvoir bénéficier des indicateurs de base de la santé sexuelle que sont la satisfaction, la sécurité, l'autonomie. Mais il apparaît évident que des victimisations précoces dans la vie mettent en risque des enfants, notamment des garçons à présenter avant 12 ans des comportements sexuels allo-agressifs et plus tard à devenir auteurs de violences sexuelles (50, 51, 52). La prévalence de victimisation sexuelle est 5 fois plus élevée chez les adolescents auteurs de ces violences que chez d'autres adolescents délinquants (53).

Les enquêtes épidémiologiques montrent la prévalence de ce fléau social. Mais elles attestent aussi que la majorité des victimes a été victimisée avant l'âge de 18 ans (54). Dans le déferlement médiatique de ces derniers mois en France, on a vu comme ce fléau est encore difficile à admettre en France lorsqu'il frappe des femmes mais particulièrement quand il concerne les enfants.

Pourtant dans notre pays, régulièrement depuis les années 80, les projecteurs médiatiques se sont allumés sur les violences sexuelles. Dans le même temps, des voix de professionnels de santé notamment de la santé mentale ont commencé à s'élever pour dénoncer les actions de prévention en matière de sexualité s'inscrivant dans le concept de santé sexuelle (Annexe 4). Dans ce contexte, il est particulièrement important d'essayer de comprendre les enjeux de la nouvelle « Feuille de route stratégie nationale de santé sexuelle 2018-2020 », du 26 mars 2018 dont le but est de conduire des actions visant à améliorer l'offre en santé sexuelle.

Feuille de route 2018-2020 déclinant la stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 : des avancées prometteuses dans la lutte contre les violences sexuelles

La stratégie nationale de santé sexuelle (SNSS) 2017-2030 s'inscrit en cohérence avec les objectifs de la stratégie nationale de santé, en particulier avec son objectif : « Promouvoir la santé sexuelle et l'éducation à la sexualité ». Elle propose une démarche globale d'amélioration de la santé sexuelle et reproductive. Elle est reconnue comme « visant à faire évoluer les représentations sociales, et leur traduction dans l'offre de santé, liées à l'identité de genre, à l'orientation sexuelle, à l'âge ou au handicap, ou au statut sérologique. Elle vise également à prévenir les comportements de violence, notamment sexuelle » (39).

Les orientations stratégiques s'articulent autour de 6 axes :

- AXE I : Investir dans la promotion en santé sexuelle, en particulier en direction des jeunes, dans une approche globale et positive.
- AXE II : Améliorer le parcours de santé en matière d'IST, dont le VIH et les hépatites virales : prévention, dépistage, prise en charge.
- AXE III : Améliorer la santé reproductive.
- AXE IV : Répondre aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables ;
- AXE V : Promouvoir la recherche, les connaissances et l'innovation en santé sexuelle.
- AXE VI : Prendre en compte les spécificités de l'outre-mer pour mettre en œuvre.

La SNSS décline une ambition par axe à l'horizon 2030 :

1. Agir précocement auprès des jeunes pour permettre à chacun de prendre des décisions éclairées et responsables quant à leur santé sexuelle.
2. Zéro nouvelle infection à VIH, zéro décès lié au Sida et zéro discrimination ; éliminer les épidémies d'IST en tant que problèmes majeurs de santé publique ; garantir l'accès à une prise en charge rapide de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH.
3. Garantir la possibilité pour les personnes de choisir de concevoir des enfants si elles le souhaitent et quand elles le désirent, dans le cadre d'une sexualité satisfaisante, responsable et sûre ; permettre aux femmes et aux hommes de choisir des méthodes de régulation de la fécondité sûres, efficaces, acceptables et accessibles.
4. Garantir à tous les mêmes droits dans le domaine de la santé sexuelle et répondre aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables et les plus exposées aux IST dont le VIH et les hépatites virales.
5. Développer la recherche et promouvoir l'utilisation des résultats de la recherche et des données dans le processus de mise en œuvre de la stratégie nationale de santé sexuelle.
6. Garantir à toutes les populations ultra-marines les conditions les plus favorables au développement de la santé sexuelle, par la prévention, l'accès aux soins et aux prises en charge.

La feuille de route 2018-2020 (55) décline les premières actions de mise en œuvre de la stratégie nationale de santé sexuelle d'ici 2020. Elle prévoit d'adapter les objectifs et priorités en fonction des résultats.

Ces actions, au nombre de 26, sont en cohérence avec d'autres stratégies et dispositifs impactant la santé sexuelle en particulier le 5^{ème} plan de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes 2017-2019, le plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants 2017-2019, la stratégie santé des personnes placées sous-main de justice, le Comité interministériel du handicap », le plan étudiants. Ces différents plans concourent à la lutte contre les violences sexuelles et sexistes affirmée par le Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes.

Les 26 actions sont présentées autour de 5 objectifs. Ces derniers sont particulièrement intéressants en matière de prévention des violences sexuelles. Ici, nous listons certaines des actions qui leur sont rattachées qui pourraient renforcer à court terme la place de la promotion de la santé sexuelle dans la prévention des violences sexuelles au vu des expérimentations menées qui en montrent déjà toute la pertinence :

- Améliorer l'information et la formation dans le domaine de la santé sexuelle :
 - Action 1 : Produire un plaidoyer interministériel pour promouvoir l'éducation à la santé sexuelle ».
 - Action 2 : Former les professionnels de santé à la santé sexuelle dans une approche interdisciplinaire ».
 - Action 3 : Produire des outils sur les questions de santé sexuelle pour les personnels qui interviennent auprès des enfants et des jeunes en dehors du cursus scolaire ou universitaire.
 - Action 5 : Mettre à disposition des professionnels de santé de premier recours des ressources documentaires en matière de santé sexuelle ». Si

cette action vise la prévention, vaccination, dépistage des IST, il serait intéressant d'y inclure la prévention, le dépistage des violences sexuelles ».

Ces actions seront importantes pour rendre compte des enjeux éthiques en matière d'éducation sexuelle notamment auprès des enfants et des adolescents particulièrement lorsqu'ils sont en situation de vulnérabilité du fait de handicap (psychique, intellectuelle, sensoriel..) ou d'autres problématiques (mineurs confiés aux services de protection de l'enfance, de la justice..) notamment dans le contexte actuel qui nécessite de multiplier les actions de prévention. Des garanties sont indispensables concernant la formation des professionnels puisque l'éducation sexuelle dans une approche intégrative telle que définie dans l'action 1 ne peut pas s'improviser et que les professionnels désireux de s'y impliquer doivent en cerner les enjeux éthiques. Les garanties doivent aussi concerner les supports utilisés. Les outils de la communication brève sont utiles pour sensibiliser le maximum de personnes (professionnels, parents..). Pour les éducateurs et éducatrices en éducation sexuelle, il est indispensable de renforcer les durées de leur formation et d'organiser de la formation continue et de l'analyse des pratiques.

- Améliorer l'offre générale en santé sexuelle

Action 9 : Encourager les projets de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) intégrant les problématiques de santé sexuelle.

Action 14 : Améliorer l'efficacité de l'offre gratuite de santé sexuelle dans les territoires

- Renforcer et adapter l'offre en matière de santé sexuelle pour les populations et territoires prioritaires

Action 15 : expérimenter dans des villes à forte prévalence du VIH et des IST des centres de santé sexuelle, d'approche communautaire, sur le modèle anglo-saxon.

Action 17 : Mettre en œuvre, à titre expérimental, une proposition systématique d'un bilan global, intégrant la santé sexuelle pour les migrants primo-arrivants.

L'expérience à la MDA de Lille permet d'ores et déjà de rendre compte que ces populations sont en risque de présenter des conséquences sévères de violences dont sexuelles, subies et ont particulièrement besoin de lieux de 1^{er} recours.

Action 19 : Promouvoir la santé sexuelle des personnes vivant avec des troubles psychiques, prises en charge par les équipes sanitaires, sociales, ou médico-sociales ». Dans le champ de la prévention primaire, c'est un aspect essentiel qui va renforcer les actions déjà menées en santé mentale mais aussi dans d'autres structures sociales ou médico-sociales déjà impliquées (action 20). A terme, cela permettra de renforcer la prévention secondaire et tertiaire. L'organisation des soins en santé sexuelle est de toute évidence un enjeu qui devra mobiliser les acteurs de la santé mentale, sexuelle et somatique.

Action 20 : Mieux prendre en compte la thématique vie privée, affective et sexuelle pour les personnes handicapées ».

Action 21 : Adapter la planification de l'offre en santé sexuelle et reproductive à destination des jeunes en tenant compte des besoins spécifiques ultra-marins et des ressources existantes ». Cette spécificité est évidente en matière de violence sexuelle. Toutefois, au vu des constats de mes deux séjours de 2015 et 2017 à Mayotte pour former les professionnels de la PJJ sur la santé sexuelle, elle témoigne des besoins de formation des professionnels pour être en mesure de s'approprier l'approche intégrative de la sexualité qui favorise la possibilité de nouer des dialogues au-delà des seuls repères métropolitains.

- Coordonner et promouvoir la recherche en santé sexuelle :
- Action 22 : Structurer la recherche en santé sexuelle. Des thématiques de recherche prioritaires sont identifiées :
 - Mesurer, comprendre, agir dans le champ des violences sexuelles.
 - Rattraper le retard de la recherche sur la santé sexuelle des minorités sexuelles et de genre
 - Comprendre les changements dans la sexualité et leur retentissement en termes de santé sexuelle
 - Développer la recherche sur les nouvelles pratiques professionnelles au regard de l'élargissement des besoins en santé sexuelle.

Ces thématiques sont essentielles pour renforcer les travaux déjà menés en matière de violences sexuelles.

- Accompagner et développer les projets innovants :

Action 24 : Créer le volet « santé sexuelle » de la Boussole des jeunes : cette action favorisera les lieux de premier recours comme dans l'expérience à la MDA de Lille.

Action 25 : créer une charte d'engagement contre les stéréotypes sexistes.

Au final, lutter contre les violences sexuelles en intégrant la promotion de la santé sexuelle dans notre pays n'est plus utopique aujourd'hui : la feuille de route affiche des avancées évidentes pour agir concrètement et soutenir la recherche de solutions qui pourront s'appuyer sur les travaux de terrain, nombreux, déjà menés dans notre pays. Elle renforce l'idée de dynamique nécessaire pour améliorer l'offre en santé sexuelle ce qui est indispensable pour la prévention globale des violences sexuelles. Les expérimentations décrites en 1^{ère} partie invitent à être optimistes puisqu'elles montrent la faisabilité de promouvoir la santé sexuelle y compris en santé mentale. Mais il sera encore nécessaire de rassurer des professionnels de ce secteur du sanitaire. A cette fin, les enjeux de la formation en santé sexuelle sont considérables. Les travaux des sociétés savantes de sexologie sont précieux puisque ce sont elles qui en majorité, ont impulsé des enseignements, des formations continues de qualité qui ont permis d'avancer. Elles ont aussi concouru à la réflexion sur l'éthique en santé sexuelle (56, 57, 58, 59) indispensables pour rassurer sur le fait qu'il faut se préoccuper de cet aspect de la santé. Mais des questions sont incontournables : Pourquoi cette discipline apparaît-elle en marge alors qu'elle a déjà fait preuve de rigueur scientifique et de dynamisme dans notre pays ?

Dans la lutte contre les violences sexuelles, pour construire l'avenir, tirons des leçons du passé, résolument !

Face au déferlement médiatique de ces derniers mois en France, il faut s'interroger. Pourquoi a-t-il semblé que « l'on découvrait ces violences » ? Pourquoi paraît-il si difficile en France d'admettre la réalité de ce fléau ? Parce que ce sont des violences sexuelles, insupportables à penser ? A cause du tabou sur la sexualité ? De mon point de vue, cette explication n'est pas suffisante. Dans les deux expérimentations décrites, il est particulièrement notable que les professionnels ont pu se mettre « à aller vers » des mineurs présentant des troubles du développement sexuel dès lors qu'on leur donnait d'autres pistes pour penser ce développement. C'est un levier de changement indispensable dans les pratiques professionnelles pour affronter la réalité des violences sexuelles et leurs conséquences afin de créer la dynamique indispensable à leur prise en charge. Tant que leurs apports théoriques sur le développement sexuel reposent sur la seule théorie psychanalytique, les professionnels sont en difficulté. Pour cette raison,

depuis 2014, en s'appuyant sur l'expérimentation de prise en charge du développement sexuel menée dans la Marne, les enseignements de sexologie doivent avoir intégré l'enseignement des différentes approches du développement sexuel à l'instar de l'université de Toulouse qui dès la fin des années 90 a choisi la pluralité des approches et a intégré rapidement des modules d'enseignement sur la prise en charge des victimes et des auteurs. S'autoriser à aborder ces constats n'est pas mener une guerre contre la psychanalyse. L'urgence sur le terrain décrite en 1^{ère} partie de ce rapport, le désarroi des professionnels en santé mentale demandent de former le plus rapidement possible des professionnels en s'appuyant sur les avancées scientifiques pour comprendre le développement sexuel, repérer les violences sexuelles et affronter cette réalité.

A titre d'exemple, un élève éducateur qui assistait à une formation que je donnais sur le développement sexuel a parlé du cas d'un adolescent de 14 ans qui présentait des troubles du comportement global avec des propos qualifiés de sexistes à l'égard des filles et des femmes et avait posé deux actes d'exhibition. Ce futur éducateur nous a raconté que dans son école quand cette situation a été abordée en cours, alors qu'un étudiant demandait pourquoi cet ado pouvait présenter de tels troubles, la réponse apportée par un enseignant fut seulement celle-ci : « il réactive ses fantasmes oedipiens à désirer sa mère ».

Simon et Gagnon disaient qu'un des enjeux du développement sexuel dans l'enfance est de permettre à l'enfant de s'installer dans la reconnaissance de son corps dont son corps génital en quiétude, qui peut lui donner des sensations de plaisir lorsque l'enfant le touche (le système de plaisir est déjà opérationnel dès la grossesse), l'attitude des adultes étant de poser un regard bienveillant face à cette découverte sans l'interpréter puisque c'est au fil de son développement et particulièrement à partir de la puberté que des scripts sexuels viendront investir de valeurs érotiques les comportements des enfants. Pour ces chercheurs, les comportements extérieurs présumés sexuels des enfants ne sont pas concomitants de comportements intérieurs sexuels. Ils s'expliquent par des phénomènes de curiosité, de maîtrise de la réalité et ne doivent pas être assimilés aux préoccupations sexuelles des adultes ». « Il y aurait tellement de différences dans les manifestations sexuelles comportementales dès l'origine, qu'il est impossible d'expliquer la sexualité humaine par une seule force libidinale. La sexualité humaine est différente selon les âges, les sexes, les cultures, les groupes sociaux » (60). Piaget soulignait l'importance de l'imitation. Les neurosciences confirment l'importance des phénomènes d'imitation, d'adaptation dans les processus développementaux humains.

La clinique d'enfants victimes est particulièrement éloquent pour nous montrer comment des enfants sont en risque d'inscrire les comportements sexuels vécus, dans leur réalité de vie sous couvert d'une pseudo normalité, sans cesse alimentés par des reviviscences qui enclenchent des conduites dissociantes auto-agressives ou allo-agressives d'où leurs comportements sexuels problématiques ou leurs conduites sexuelles à risque de violences sexuelles. S'ajoutent souvent des expositions à d'autres formes de violence qui aggravent les situations. Les répercussions sur leur vie, sur leur santé globale doivent être appréhendées au plus vite pour inscrire ces enfants, dans un parcours de soins pluridisciplinaires dont la promotion de leur santé sexuelle en devenir, au nom du droit de ces enfants à grandir dans leur globalité.

La réponse des enseignants dans cette école d'éducateurs est affligeante. Le jeune adolescent en question peut avoir été éduqué, comme nous le rencontrons de plus en plus souvent, dans un contexte où des intégrismes quels qu'ils soient, laissent peu de place à favoriser une image positive de la sexualité et notamment de la femme et de sa sexualité. Ne rajoutons pas des problèmes à des problèmes en conditionnant

des futurs professionnels à poser un regard inadapté sur les causes des problèmes, en sexualisant ce qui n'a pas lieu d'être. A fortiori si de tels jeunes ont pu être victimes de violence sexuelle y compris par des femmes de leur entourage ou effractés par de la pornographie. Au-delà de ce qu'ils donnent à voir qui peut révolter, ce sont des jeunes en risque et il faut leur porter l'attention qui s'impose au nom de 3 mots fondamentaux pour œuvrer autour du concept de santé sexuelle : liberté, respect de soi, de l'autre, de la société et enfin responsabilité.

Havelock Ellis décrivait à la fin du 19^{ème} siècle, pourquoi il ne fallait pas considérer comme malsains des enfants qui touchaient leurs attributs, dans ce siècle marqué par le puritanisme où l'on a procédé à des mutilations génitales d'enfants présentant ce type de comportement. Plus globalement, avec d'autres chercheurs, Mylott, Eulenburg, Adler Furbinger, Kisch, Forel, Albert Moll, Hirschfeld et Freud, il s'impliqua, européens à dénoncer de la violence sexuelle y compris celles survenant pendant les nuits de noces. Ainsi, Ellis dans son 12^{ème} tome intitulé *l'Art de l'Amour de ses Etudes de Psychologie sexuelle* (61) parle des nuits de noce en termes de viol. Il s'appuie sur les écrits de tous ces collègues : il cite Breuer et Freud dans leur studien *Über Hysterie* de 1895 qui remarquent que dans l'immense majorité des cas, le coït de la nuit de noces n'est pas autre chose qu'un viol qui détermine l'hystérie. Surtout, il s'appuie sur les travaux de tous ses autres collègues pour dénoncer comment les hommes et les femmes sont préparés à la sexualité : « L'ignorance des femmes dans tout ce qui concerne l'art de l'amour et leur manque total de préparation à l'exercice des actes naturels de la vie sexuelle seraient sans doute moins dangereux pour le ménage s'ils étaient toujours compensés par la connaissance, l'adresse et la délicatesse du mari ». Et d'ajouter : « Or soit les hommes se comportent avec leur épouse comme avec des prostituées soit ils se révèlent incapables d'éveiller et de comprendre les besoins érotiques de leurs femmes, les hommes en effet ne découvrent la sexualité que dans la pratique considérée comme secrète et honteuse de la masturbation ou avec les prostituées ». D'où pour Ellis et ses collègues notamment Albert Moll, l'importance d'éduquer les enfants et particulièrement les jeunes filles et les jeunes hommes. Mais par la suite, entre tous ces chercheurs, la route diverge. Si Freud a écrit sa théorie de la séduction et du traumatisme en 1896, il l'abandonne rapidement au profit de sa théorie de la sexualité infantile de 1905 et en 1908 critique vigoureusement Moll qui a écrit *La vie sexuelle des enfants* dans une approche qui se base sur les observations des comportements des enfants. Ainsi au début du 20^{ème} siècle, s'est joué quelque chose de très important : Le psychanalyste Paul Laurent Assoun en 2007 dit (62) : « « Pourrait-on dire de Freud qu'il mène le même combat que les sexologues dans l'édification d'une science du sexuel et d'une réforme sociale appropriée ? Assoun dit alors : « De cet examen de la question des rapports entre psychanalyse et sexologie ressort un fait aussi révélateur que paradoxal auquel il faut donner relief sous la forme suivante : réaction contre le déni social et scientifique dominant de la sexualité, la sexologie après une avancée dans sa reconnaissance, reproduit ce déni par une méconnaissance radicale de la sexualité infantile. Et Assoun poursuit : « Freud l'a formulé à l'emporte pièce en 1908 au moment où il examine le livre de Moll *La vie sexuelle de l'enfant* en disant que « La sexualité a été découverte par lui, Freud » ».

La suite de l'histoire de la sexologie est celle d'un courant qui se déploie surtout en Allemagne avec Hirschfeld, Moll notamment. En France, La «sexologie française» de l'entre-deux guerres oscille entre les enseignements de la psychanalyse et les enjeux démographiques, sans tirer parti de l'essor des pionniers d'outre-Rhin (63).

André Lorulot dans son livre *La véritable éducation sexuelle* en 1926, s'élève contre le pansexualisme freudien à partir de travaux comme ceux d'Ellis pour décrire ce que

peuvent être les besoins en matière d'éducation sexuelle (64). Lorsque S. Ferenczi attire l'attention sur les violences sexuelles dont les enfants peuvent être victimes, de sa place même de psychanalyste, il n'est pas écouté au début des années 30. Et puis la sexologie sera anéantie avec la montée du nazisme notamment le 6 mai 1933 lors de la Nuit Brune. L'étude de la sexualité va se poursuivre surtout Outre-Atlantique. La biologie gagne du terrain pour percevoir les mystères de la sexualité avec notamment les travaux de Master et Johnson. Des chercheurs continueront de réfléchir à la question du développement de la sexualité mais pas toujours facilement puisque n'oublions pas que la part du tabou sévit partout rendant l'évolution de cette science complexe. Arrive alors la révolution dite sexuelle des années 60 dans le monde occidental. Un français, le Dr Valensin publie en 1964 un livre au titre visionnaire : *La santé sexuelle* (65). En 1974 : 1^{ère} version du concept de santé sexuelle. Dans ces années 60-70, c'est aussi la période dite de pédophilie culturelle ; on assiste à une rupture culturelle où certains n'hésitent pas à vivre et à exprimer clairement leurs désirs envers des enfants, en France : « [L'enfant] est défini, par ceux qui défendent la pédophilie comme un être autonome et conscient, brimé par les lois qui lui dénie toute autonomie sexuelle, présentée, abusée, souffrante voire détruite par ceux qui condamnent la pédophilie ; et surtout habitée de désirs. Se réappropriant la découverte de Freud, les nouveaux pédophiles ont attiré l'attention sur l'existence de désirs sexuels précoces chez les enfants [...] » (66). Dans ce contexte mouvementé avec des procès, peu à peu, la sexologie avancera en France mais dans une certaine cacophonie parce qu'elle est aussi confrontée au tabou qui pèse sur la sexualité et aux difficultés dans la reconnaissance des droits des femmes notamment pour leur droit à la maîtrise de leur fécondité (67). Des pionniers de la sexologie créent de premiers enseignements universitaires de sexologie dès 1974 mais il sera nécessaire qu'ils créent de dynamiques sociétés savantes – dont certaines sont à présent regroupées dans la Fédération Française de Santé sexuelle et de sexologie – pour soutenir la recherche, de l'enseignement en matière de sexualité. Certains de ces enseignements ont été davantage marqués par les apports psychanalytiques, incontournables en France. Mais la pluralité, le dynamisme de la sexologie française a su questionner d'autres approches essentielles. Elle a donné à des professionnels de terrain de nouveaux ressorts scientifiques de compréhension et de lutte contre les violences sexuelles par la promotion de la santé sexuelle. Et pourtant malgré tout cela, s'affirmer sexologue est resté jusqu'à ce début des années 2000, une démarche d'extra-terrestre tandis que la santé sexuelle restait inconnue des enseignements classiques dans la plupart des disciplines formant des professionnels du sanitaire, du social, de l'éducation ou de la justice. Les réalités sociétales et la révolution numérique transforment manifestement le monde dont la sexualité et son développement. Mais les violences sexuelles restent un fléau. Cela ne laisse plus d'autre choix que d'avancer, en tirant des leçons du passé, avec cette discipline, la sexologie, qui sait aller vers les personnes pour prendre soin de la sexualité y compris pour lutter contre les violences sexuelles.

Conclusion

Les violences sexuelles sont un fléau de santé publique en France. Deux expérimentations autour de la santé sexuelle menées successivement dans deux régions montrent que l'apport de la sexologie est légitime dans la prise en charge pluridisciplinaire d'auteurs de violence sexuelle. Conçue au titre du soin en médecine sexuelle pour des adultes et des mineurs, c'est une nouvelle voie de soin. La prise en charge sexologique de mineurs a été particulièrement éclairante pour montrer que lors-

qu'ils sont affectés de comportements sexuels allo-agressifs au point de devenir des adolescents auteurs, se soucier de cette part de leur développement, accroît leurs chances de voir ces troubles s'apaiser et disparaître. Chez les adultes, c'est le développement sexuel puis le vécu de la sexualité qu'il apparaît indispensable à considérer dans une approche sexologique en complément des autres approches, pour favoriser de nouveaux processus d'élaboration sur la violence sexuelle agie.

La légitimité de cette action s'est construite avec les professionnels de terrain qui ne se résignaient pas face à ces situations notamment d'adolescents aux parcours de vie souvent chaotiques marqués par l'exposition à des violences et des troubles de l'attachement. En s'impliquant à questionner de nouveaux apports théoriques sur la sexualité et son développement, en adaptant à la suite leurs pratiques professionnelles pour aller vers ces jeunes autrement, ils ont soutenu la démarche globale de promotion de la santé sexuelle. En effet, ces expériences renforcées au final ce que les sexologues apprennent depuis des décennies en s'appuyant sur les données des sciences dans une approche intégrative : Se soucier du bien-être sexuel tel que décrit par l'Organisation Mondiale de la Santé dans le concept de santé sexuelle, par l'information, le conseil et surtout par l'éducation sexuelle a aussi pour objectif de prévenir les troubles sexuels.

Ces expériences attestent de l'importance de l'éducation sexuelle en prévention primaire des violences sexuelles. Ses objectifs sont d'apporter durant l'enfance puis l'adolescence, les éléments nécessaires à un développement sexuel en quiétude, respectueux du droit de l'enfant à grandir en tant qu'enfant puis pré-adolescent puis adolescent sans être assimilé à un adulte en miniature ! Ses objectifs sont aussi de se soucier de favoriser l'élaboration de la capacité de parole sur cette dimension de l'intime en cas de difficulté et surtout d'effraction sexuelle en cas de violence sexuelle. Elle nécessite une formation rigoureuse des personnes concernées par cette mission que ce soit tous les parents ou les adultes en charge de ces jeunes en l'absence de parents ou les professionnels dans leurs missions éducatives, pour favoriser le bien-être sexuel des générations à venir.

Malgré l'obligation d'éducation sexuelle dans notre pays, il est resté difficile de mener une politique de promotion de la santé sexuelle. La feuille de route stratégie nationale de santé sexuelle 2018-2020 est prometteuse d'avancées pour que la sexualité et son développement soient reconnus comme indispensables à considérer dans la prévention globale des violences sexuelles.

Bibliographie

1. Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Article 10. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>
2. Organisation Mondiale de la Santé 1975. Réunion sur l'enseignement de la sexologie et le traitement des difficultés sexuelles : programme de formation pour les professions de santé. Rapport Technique n°572
3. Rapport mondial sur la violence et la santé/sous la direction de Etienne G. Krug [et al.]. Organisation mondiale de la Santé, 2002, Genève
4. Mansour Z., Billaud E, 2016. Santé sexuelle : définitions, concepts, droits fondamentaux. La santé en action. n°438, Déc 2016, p14-17.
5. Tremblay R. 1992. L'éducation sexuelle en institution : un outil d'analyse, de réflexion et d'action. Pratiques sociales. Ed Privat, Paris
6. Tremblay R. Guide d'éducation sexuelle à l'usage des professionnels. Tome 1. Toulouse-Erès Ed. 1998.
7. Gamet M.-L. et Moise C. 2010. Les violences sexuelles des mineurs. Victimes et auteurs. De la parole au soin. Editions Dunod. Paris
8. Charte d'OTTAWA pour la promotion de la

- santé. Texte intégral. OMS - Organisation mondiale de la santé - 1986. http://coreps.npd.c.fnes.fr/presentation/pdf/charte_ottawa.pdf
9. World Health Organization, Regional Office for Europe, "Concepts of sexual health : Report of a working group", 1987
 10. Becker W.C., 1964, « Consequences of Different Kinds of Parental Discipline », Review of Child Development Research, volume 1, Hoffman and Hoffman Editors, Russel sage foundation, New York : 169-208
 11. Kohlberg L., 1971, « Stages of Moral Development as a Basis for Moral Education », in Berth C.M., Crittenden B.S et Sullivan E.V. (Eds), Moral Education : Interdisciplinarity Approach, Toronto, University of Toronto Press : 21-92
 12. Lemert E. 1951, Déviance primaire et déviance secondaire Traduction par H. Mandras « Primary and secondary deviation » in Etienne J. et Mendras H., les grands thèmes de la sociologie par les grands sociologues. A. Colin 2002, p 152-155
 13. Education à la sexualité. Guide d'intervention pour les collèges et les lycées. Ministère de l'éducation. CNDP, Décembre 2015.
 14. Brecher E.M., 1971, Les sexologues, Paris, Robert Laffont
 15. Desbarats, M. ; Bonal, M. 1994. « Agressivité et sexualité », dans Violences, Toulouse, érès.
 16. Bowlby J. 1988, A secure Base. New York, Basic Books
 17. Ferenczi S., [1932], 2004, Confusion de langue entre les adultes et l'enfant, Petite édition Payot
 18. Summit R.C.1983. "The child sexual abuse accommodation syndrome", Child Abuse and Neglect, vol.7, p.177-193
 19. Gabel, M. (dir.) (1992). Les enfants victimes d'abus sexuels. Paris, France
 20. Vila C., Bertrand C., Friedman S., Porche L.M., Mouren-Simeoni M.C., 2000, « Trauma par exposition indirecte, implication objective et subjective », Annales Médico-psychologiques, 158 : 677-86
 21. Cyrulnik B. Le murmure des fantômes. Odile Jacob; 2002.
 22. « Conséquences des maltraitances sexuelles. Les reconnaître, les soigner, les prévenir » 7ème conférence de Consensus de la Fédération Française de Psychiatrie, 6 – 7 novembre 2003
 23. Gamet M.-L. 2009. Une cellule départementale d'accompagnement du développement de la sexualité. Sexologies, Revue européenne de santé sexuelle, volume 18, numéro 1: 60-74
 24. « Psychopathologies et traitements actuels des auteurs d'agressions sexuelles », 5ème conférence de Consensus de la Fédération Française de Psychiatrie, 22 novembre 2001
 25. Gamet M.-L. 2009. Accompagner les mineurs auteurs d'infraction à caractère sexuel ». Les Cahiers Dynamiques. Revue professionnelle de la Protection Judiciaire de la Jeunesse N°44 sept. 2009
 26. Gamet M.-L. 2016. « Prise en charge sexologique des mineurs auteurs de violences sexuelles » : dans P. Roman & B. Gravier Eds, Penser les agressions sexuelles - Actualité des modèles, actualité des pratiques, Toulouse : Érès (Coll. Etudes, recherches, actions en santé mentale en Europe)
 27. Carpentier S. 2011, Délinquance juvénile et discrimination sexuelle. Comprendre, prévenir et lutter contre le sexisme et l'homophobie à l'adolescence. Ed Buenos Books International.
 28. OMS/WHO (2006). Defining Sexual Health : Report of a Technical Consultation on Sexual Health, January 2002, Geneva. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf
 29. Gamet M.-L. 2013. Violences sexuelles des mineurs : comment les médecins peuvent devenir des interlocuteurs privilégiés des victimes ? Sexologies Revue européenne de santé sexuelle. 22 : 112-23
 30. Zajonc R.B, 1984, « On primacy of affect », in Scherer C.E. K. R. et Ekman P. (Eds.), Approaches to émotion : 259-270
 31. Ledoux J.E., 2000, « Emotions circuit in the brain », Annual Review of Neuroscience, volume 23 : 155-184
 32. Damasio A., 2003, Spinoza avait raison : joie et tristesse, le cerveau des émotions, Paris, Odile Jacob
 33. Haute Autorité de Santé 2009, Recommandation pour la pratique clinique, « Prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles à l'encontre des mineurs de moins de quinze ans », www.has-sante.fr
 34. Gagnon, M.M., Bégin, H. et Tremblay, C. (2005). Profil psychosocial d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques : Étude descriptive. Revue québécoise de psychologie, 26(1),1-14.
 35. Bonierbale M. 2009 Communication « Apport de la sexologie dans l'approche des violences sexuelles des mineurs » lors du congrès « Prévenir et prendre en charge les violences sexuelles des mineurs : quel dialogue sur la sexualité ? » Reims 15 et 16 octobre 2009
 36. Seguret T. Gamet M. L. Ponchard M. 2015. Communication "L'URSAVS : une plateforme sanitaire qui s'inscrit dans la politique

- d'offre de soins du Plan Régional de Santé ». 8e Congrès International Francophone sur l'Aggression Sexuelle. Charleroi.
37. Organisation mondiale de la santé. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes : CIM-10. 10 ed. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2010
38. Giarni A. 2006. Santé sexuelle, droits sexuels, médecine sexuelle : un champ en mouvement. dans *Sexologos* N°25, Revue de la Société Fra Sexologie Clinique, juillet 2006
39. Stratégie nationale de santé sexuelle : agenda 2017-2030. Paris : Ministère des affaires sociales et de la santé (éditeur), 2017, 74 p., FRA. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
40. Pan American Health Organization/ World Health Organization, Promotion of sexual health: Recommendations for action. Proceedings of a regional consultation convened by Pan American Health Organization (PAHO), World Health Organization (AIDS), (In collaboration with the World Association for Sexology), 2000, May 19-22, <http://www2.rz.hu-berlin.de/sexology/>.
41. World Association for Sexual Health (2014). Déclaration des droits sexuels. www.world-sexology.org/wp-content/uploads/2013/08/DSR-French.pdf
42. www.aius.fr/v2/data/actualite/pdf/WAS_DSR-French.pdf
43. Troussier T., Mignot J. 2015. Santé sexuelle et droits humains. Un enjeu pour l'humanité. De Boeck-Solal
44. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
45. Cour F., Robain G., Claudon B., Chartier-Kästler E., Abus sexuels dans l'enfance : intérêt de leur diagnostic pour la compréhension et la prise en charge des troubles sexuels, ano-rectaux et vésico-sphinctériens. *Progress en urologie* (2013) 23, 780—792
46. Thomas J.L. 2015 « Les conséquences des violences sexuelles sur la santé physique : revue de la littérature » *Revue française du dommage corporel* 2015, 3, p 253-69
47. Daigneault I., Hébert M., Bourgeois C., Dargan S., Frappier J.-Y. «Santé mentale et physique des filles et des garçons agressés sexuellement : Une étude de cas contrôle apparié avec un suivi de cohortes sur 10 ans. *Criminologie* 501 (2017): 99-125.
48. Thomas J.L., V. Guérin, P. Lévy, et al. 2017. The impact of a history of sexual abuse on health: data from a self-reported questionnaire from a sample of French victims. *Journal of General Practice*, 2017, 5 :6
49. Fernet M., Hébert M., Gascon S., Lacelle C., 2012 ; Aggression et comportements sexuels à risque à l'adolescence. Dans M. Hébert, M. Cyr & M. Tourigny (Dir.), *L'agression sexuelle envers les enfants*, Tome II (pp. 131-170). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
50. Hébert M., Berthelot N., Gamet M.-L. 2016 *Victimisation sexuelle chez les mineurs : Modèles explicatifs des conséquences associées et pratiques d'intervention et de prévention dans Traité de Médecine Sexuelle*, sous la direction de Courtois F. et Bonierbale M. (Eds), Presses Universitaires de Montréal
51. Tourigny M., Boisvert I., Tougas A.-M., Gamet M.-L. 2017. « Les comportements sexuels problématiques chez les enfants de moins de 12 ans ». Dans *Le développement sexuel et psychosocial de l'enfant et de l'adolescent*, sous la direction de Hébert M., Fernet M. et Blais M. (Eds), DeBoeck supérieur
52. Tardif M., Glowacz F., Pascuzzo K. 2017. « Les adolescents auteurs d'abus sexuels : attitudes et comportements envers la sexualité ». Dans *Le développement sexuel et psychosocial de l'enfant et de l'adolescent*, sous la direction de Hébert M., Fernet M. et Blais M. (Eds), DeBoeck supérieur
53. Tardif M., (Dir) 2015. *La délinquance sexuelle des mineurs : Théories et recherches* Montréal, QC : Les Presses de l'Université de Montréal.
54. Seto M.-C., Lalumière M.-L. 2010. What is so special about male adolescent sexual offending ? A review and test of explanations through a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136(4), 526-575
55. Debauche A., Lebugle A., Brown E., et al. Enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles. Documents de travail n° 229, 2017, 67 p. https://virage.site.ined.fr/fichier/s_rubrique/20838/doc.travail_2017_229_violences.sexuelles.enquete.virage_1.fr.fr.pdf
56. Feuille de route : Stratégie nationale de santé sexuelle 2018-2020. Paris : Ministère des affaires sociales et de la santé (éditeur), 50 p., FRA. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_pnsp_sante_sexuelle.pdf
57. Lehmann P. Respecter l'éthique: cela s'apprend et cela s'entraîne ! Outils d'un sexologue tranquille. *Revue francophone de clinique comportementaliste et cognitive* 2005;3:i7-24.
58. Collier F. 2016. Reparer d'éthique de la sexologie ? *Sexologies* (2016) 25, 1-6
59. Code éthique du Syndicat des Médecins Sexologues. <http://www.google.fr/search?q=syndicat+des+medecins+sex->

- ologues&oq=syndicat+des+médecins+sexologues&aqs=chrome..69i57j0.9851j0j8&-sourceid=chrome&ie=UTF-8
60. Association des sexologues cliniciens francophones. Code éthique. <http://asclif.com/v2/data/presentation/pdf/code-ethique-asclif-2016.pdf>
61. Simon W., Gagnon J.H., 1970, « Psychosexual Development », in D. A. Goslin A (Ed.), Handbook of Socialization Theory Research, New York, Mac Graw Hill : 733-752
62. Ellis H., 1927, L'Art de l'Amour, 12ème tome Etudes de Psychologie sexuelle, Mercure de France
63. Assoun P.-L. 2007. Psychanalyse. 2ème édition. Puf. Quadrige.
64. Béjin A. Giami, A. - Histoire de la sexologie française. Sexologies. Revue Européenne de Sexologie et de Santé Sexuelle. Paris: Elsevier vol 16 n° 3 (2007) p.169
65. Lorulot A. La véritable éducation sexuelle bréviaire complet de la santé et du bonheur en amour. Édition : Paris EDITIONS (1 janvier 1947)
66. Valensin G. Santé sexuelle. Paris: La Table Ronde, 1964.
67. Ambroise-Rendu A.-C., 2005, « Le pédophile, le juge et le journaliste », dans L'Histoire no 296 : 62 à 67
68. Bonierbale M. Waynberg J., 2007, « 70 ans sexologie française », Sexologies, Volume 16, 3 : 238-258

Quelle mise en œuvre des actions de prévention et de promotion de la santé en matière de violences sexuelles ? #2

Frédéric GALTIER

Sexologue, chargé de projet et ingénierie pour l'IREPS Auvergne Rhône-Alpes et le CRIPS Auvergne Rhône-Alpes, intervenant en santé sexuelle.

Introduction

« Par éducation sexuelle, on entend une manière d'aborder l'enseignement de la sexualité et des relations interpersonnelles qui soit adaptée à l'âge, culturellement pertinente et fondée sur une information scientifiquement précise, réaliste et s'abstenant de jugements de valeurs. L'éducation sexuelle offre la possibilité d'explorer ses propres valeurs et attitudes, et de développer des compétences en matière de prise de décisions, de communication et de réduction des risques, concernant de nombreux aspects de la sexualité » [1].

Parler des violences sexuelles, et en avoir même une approche éducative, peut apparaître pour bons nombres d'acteurs de l'éducatif comme une boîte de Pandore d'où sortiraient des maux de l'intime impossibles à entendre, à comprendre et/ou à gérer. Et le réflexe est bien trop souvent encore de regarder la boîte avec méfiance par crainte de se laisser submerger par un trop plein de confidences qualifiées a priori d'ingérables. Peut-être parce que nous ne sommes pas suffisamment habiles émotionnellement pour faire face à cela. Peut-être parce que nous limitons un peu trop souvent les violences sexuelles aux actes de pédophilie ou au viol, au détriment des actes discriminants enracinés dans la sexualité (sexisme, homophobie, transphobie, et plus globalement toute discrimination basée sur l'inégalité fondamentale entre les femmes et les hommes), pouvant être le terreau de futurs actes violents. Peut-être parce que nous ne prenons pas suffisamment en compte les environnements où le discours pornographique s'est immiscé depuis longtemps, distillant une petite musique qui tend à banaliser les violences sexuelles. Peut-être parce que nous ne réfléchissons que par un prisme occidental au mépris des autres visions culturelles, nous amenant à condamner avant même d'entendre. Peut-être parce que nous manquons de formation, de repères simples pour pouvoir intervenir chacun/chacune à son niveau de compétences personnelles et professionnelles, sans se référer à sa propre morale.

Peut-être parce que nous ne parlons pas le même langage de la sexualité. Tout simplement.

C'est en partant de ce simple constat, que je fais de manière récurrente en tant que formateur d'adultes, intervenant en santé sexuelle et sexologue, que je me propose de réfléchir ici aux éléments susceptibles d'aider tout.e intervenant.e ayant pour mandat d'intervenir dans ce qu'il est convenu d'appeler aujourd'hui « l'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle », en ayant le souci de prévenir de toute forme de violence sexuelle. J'écris convenu car cet intitulé-même mérite à mon avis un éclaircissement puisqu'il pose plusieurs questions : peut-on réellement éduquer dans ce domaine ? Si oui, de quoi s'agirait-il ? Et comment ? Vers quelle population ? Au nom de quoi ? Dans quel but ?

De la sexualité humaine

« De quoi parlons-nous ? D'une activité qui fait vivre d'instinct des besoins élémentaires, ou d'une tentative de donner un peu d'âme au coït, avant que les corps ne restaurent le silence des organes ? » [2].

Philippe Brenot nous rappelle que « La sexualité est une composante essentielle de l'épanouissement personnel. [...] Elle existe dès la naissance et active des prototypes sensori-moteurs, elle accompagne l'enfant au cours de sa maturation, elle est le fondement de la personnalité, elle préside aux transformations de l'adolescence, elle est le ferment de l'union et le garant de la pérennité du couple. [...] Ces quatre lettres, SEXE, sont ainsi capables de déchaîner toutes les passions ou de susciter toutes les résistances » [3]. Nous ne parlons donc pas d'un sujet annexe, d'un satellite plus ou moins obscur de notre individualité que nous aurions la possibilité d'explorer ou non. Le voyage existe déjà puisque la sexualité fait partie de nous depuis notre arrivée au monde (et même avant si nous comprenons que beaucoup d'enfants ne naissent aujourd'hui pas neutres dans notre pays, c'est-à-dire que la connaissance de leur sexe, rendue possible dès le 3^{ème} mois de grossesse, induit un comportement souvent dénué de neutralité de la part de l'entourage). Puisque nous sommes sexués, la sexualité s'impose ainsi à nous. Ce n'est d'ailleurs pas un hasard si les enfants se demandent en premier lieu pour quelles raisons il y a deux sexes, et de cette prise de conscience va découler une série de questionnements, dont leur propre origine, leur propre conception. Et le rapport au corps érogène se met en place très tôt lorsque l'enfant intègre plus ou moins consciemment comment ce corps peut être source de satisfaction, par les caresses prodiguées par l'entourage, la toilette, les baisers ou le simple frottement de son sexe par l'enfant lui-même.

Notre sexualité va se construire tout au long de notre vie, en induisant par cette différence sexuelle, une différence plus globale entre les femmes et les hommes, terreau fertile aux inégalités et à instaurer la suprématie de l'homme sur la femme. Ce qui pousse d'ailleurs Michel Dorais à dénoncer à juste titre cette «*logique binaire comme une tendance à classer le sexe, le genre ou l'érotisme des personnes en recourant à des catégories opposées qui s'excluent mutuellement*» [4]. Et de faire des hommes et des femmes deux catégories forcément homogènes : « tous/toutes les mêmes ! ». Il condamne ce «*régime d'apartheid sexuel*» et «*ces intégrismes identitaires*» et pose les deux questions suivantes : «*l'identité n'est-elle pas le résultat de processus complexes et continus d'étiquetage, d'auto-étiquetage et de sentiment d'appartenance ? N'est-ce pas à partir de sa compréhension du monde que chaque individu façonne son identité ?*» [5]. Réside ici une violence par essence : le sexisme. Né de la différence des sexes, il va imprimer pendant des siècles l'idée que cette différence induit une supériorité de l'homme sur la femme. *La valence différentielle des sexes* dénoncée par Françoise Héritier. Cette question doit être au cœur de notre réflexion et de la réponse à apporter.

Dans le souci d'une meilleure compréhension de ce propos, en nous plaçant d'un point de vue sexologique, il est intéressant de rappeler que la sexualité doit avant tout être entendue comme la capacité que nous avons de nous reproduire, propre à tout mammifère appartenant à l'un ou l'autre sexe. Être femelle ou mâle nous prédispose à pérenniser l'espèce : à coïter. Les invariants biologiques propres à chaque sexe en témoignent et cela nous renvoie à nos origines primates : « Le mystère inviolable, la prohibition primordiale, la scène indicible, qu'on le veuille ou non, est la question de la proximité d'Homo sapiens sapiens avec le singe » [6]. Une animalité souvent source

de défiance et de dégoût, au cœur même cependant du mouvement pubertaire. Mais l'intelligence humaine permet une distanciation vis-à-vis de ce corps génital en comprenant par l'expérience du plaisir que le projet peut être autre : celui de la jouissance, dénuée, elle, de tout projet coïtal. De femelle ou mâle apte à me reproduire, je peux donc devenir femme ou homme en capacité de jouir d'un corps érogène. Encore faut-il que l'on m'y autorise. Que JE me l'autorise. Et ce dans le respect de l'autre et de la loi en vigueur. C'est ici qu'entre en scène un conflit majeur : celui de nos valeurs et croyances confrontées à nos désirs sexuels. Vais-je m'autoriser à jouir de telle ou telle manière ? Quelle est ma construction érotique ? Le cœur du travail sexologique. Commence ici l'apprentissage individuel de la jouissance, l'aventure d'une vie. Les premiers pas d'une éducation sexuelle.

Comprendre comment nous jouissons implique, outre la capacité à s'extraire du coïtal, de s'affranchir de dictats socio-culturels à l'empreinte parfois profonde, de ne plus voir le coït comme « un devoir civique » [7]. Et de se défaire d'une autre croyance : nous serions tous égaux dans le domaine de la sexualité. De même que nous ne partageons pas des habiletés semblables dans différents domaines comme le sport ou les arts, il en va de même de la vie érotique. Ceci contredit largement le discours ambiant dont raffolent certains médias qui nous abreuvent régulièrement d'injonctions à jouir selon un modèle préétabli, culpabilisant au passage celles et ceux qui n'afficheraient pas une vie sexuelle conforme aux prescriptions. Non, nous ne sommes pas tous égaux dans la sexualité, et cela ne revêt aucune espèce de gravité. Il nous faut simplement l'accepter. Et femmes et hommes n'ont pas la même réalité biologique pour atteindre l'orgasme. Les travaux de Master et Johnson en témoignent [8]. Mais nous pouvons apprendre et développer tout un art de l'érotisme, par la relation à l'autre et dont les seules limites sont celles de l'intelligence humaine et de la loi.

L'aventure continue.

Parler la sexualité, c'est déjà la définir, en comprendre l'essence-même, intégrer l'animal et l'humain, la pulsion et le désir, la débarrasser de toute norme culturelle, religieuse, sociétale. C'est embrasser ce champ des possibles que les différentes rencontres vont modeler, perturber, renforcer, transformer. Pour peu que l'écoute de soi et de l'autre soient au rendez-vous, débarrassée de toute forme de honte ou de culpabilité.

La santé sexuelle comme nouveau terrain d'investigation

Depuis quelques années, le concept de santé sexuelle s'est imposé et permet de concevoir la sexualité humaine par une approche multidimensionnelle et interdisciplinaire, le tout bordé d'une éthique humaniste. C'est un cadre séduisant pour notre propos et il me semble intéressant de le comprendre, de l'intégrer dans notre démarche éducative.

C'est en 1994, au Caire, lors de la conférence internationale sur la population et le développement, que le concept de *reproductive health* ou santé génésique a émergé publiquement. Marie-Hélène Bouvier-Colle [9] cite le rapport de la conférence [10] en nous rappelant « [qu'il s'agira] d'éliminer toutes les pratiques discriminatoires à l'égard des femmes en aidant les femmes à faire valoir et à exercer leurs droits notamment dans le domaine de la santé en matière de reproduction et de sexualité, [...] de veiller à ce que l'application du présent programme d'action [...] (repose) sur la définition générale de la santé en matière de reproduction qui comprend aussi la santé en matière de sexualité ».

Une définition sera proposée en 2002 par l'OMS : « *La santé sexuelle est un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. Pour réaliser la santé sexuelle et la maintenir, il faut protéger les droits sexuels de chacun.* »

Au-delà de ses similitudes avec la définition de la santé, et pouvant être sujettes aux mêmes critiques fondées sur son caractère utopique et figé, je trouve intéressant que la question du plaisir soit mentionnée, comme pour nous rappeler son importance intrinsèque souvent oubliée dans les programmes d'éducation sexuelle. Il y aurait donc là un indice de taille sur l'orientation que devrait prendre toute intervention dans ce domaine, en écho à ce que j'écrivais précédemment. Car parler de plaisir inclut la question du désir. Le désir féminin, le désir masculin. Et prévenir de certains risques, y compris de violences sexuelles, ne peut s'entendre, je crois, sans inclure cette notion de plaisir.

L'autre élément qui me paraît essentiel sont les droits sexuels. L'OMS nous rappelle ainsi : « *Les droits sexuels s'inscrivent dans les droits humains déjà reconnus par les législations nationales, les instruments internationaux relatifs aux droits humains et autres textes bénéficiant d'un large consensus. Ils incluent, entre autres droits accordés à toute personne, sans aucune contrainte, discrimination, violence :*

- *Le droit de jouir du meilleur état de santé sexuelle possible grâce notamment à l'accès à des services médicaux spécialisés en matière de santé sexuelle et de reproduction.*
- *Le droit de demander, d'obtenir et de transmettre des informations ayant trait à la sexualité.*
- *Le droit à une éducation à la sexualité.*
- *Le droit au respect de son intégrité physique.*
- *Le droit au choix de son partenaire.*
- *Le droit de décider d'avoir une vie sexuelle ou non.*
- *Le droit à des relations sexuelles consensuelles.*
- *Le droit à un mariage consensuel.*
- *Le droit de décider d'avoir ou de ne pas avoir d'enfant, au moment de son choix.*
- *Le droit d'avoir une vie sexuelle satisfaisante, agréable et sans risque. »*

Nous avons un mandat essentiel en tant qu'intervenant(e) dans le champ de la sexualité : défendre pour chaque individu ses droits sexuels. Ne nous aveuglons pas : la France n'est pas exempte de droits sexuels bafoués. Le droit à une éducation sexuelle reste très récent et peu déployé, peu accessible à tout le monde (je pense aux personnes en situation de handicap, aux personnes vieillissantes ou aux migrants par exemple). Le droit d'avoir ou de ne pas avoir d'enfant reste à défendre quand des femmes décident de ne pas être mères au prix de jugements sévères sur leur féminité, puisqu'il est admis qu'une femme ne se révèle et ne s'épanouit que dans la maternité. Et que dire du droit d'avoir une vie sexuelle satisfaisante, agréable et sans risque, quand, à cause d'une déficience, mon corps ne me permet pas la possibilité de pénétrer l'autre ou de me masturber, ou de comprendre à quoi sert un préservatif ou une contraception. Autres formes de violences contre lesquelles si peu de réponses sont

apportées encore aujourd'hui par le politique et le législateur, la proposition d'assistanat sexuel ayant été rejeté. Garantissons au moins une éducation pour toutes et tous. Parler de santé sexuelle offre à mes yeux un cadre de travail passionnant et à large spectre, car il oblige à intégrer chaque démarche dans cette approche holistique. Elle concerne toutes les personnes, quels que soient l'âge ou la forme d'expression et repose sur la capacité de développer et de maintenir des relations interpersonnelles, d'apprécier son propre corps, d'interagir avec les deux sexes de façon respectueuse, d'exprimer de l'affection et de l'amour, et d'avoir des relations intimes compatibles avec ses propres valeurs.

L'état français semble avoir enfin intégré cette approche en mettant en place au printemps 2016 sa Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 [11]. Elle fait suite aux recommandations du Haut Conseil de la santé publique parues en mars 2016. La démarche est à saluer et s'inscrit dans une volonté globale d'amélioration de la santé sexuelle et reproductive. « Elle se base sur des principes fondamentaux : la sexualité doit être fondée sur l'autonomie, la satisfaction, la sécurité. Elle prend en compte les relations inégalitaires entre les sexes et les sexualités qui impactent l'accès universel à la santé sexuelle. Quelques indicateurs liés à la santé sexuelle sont peu satisfaisants et démontrent que les approches centrées sur l'individu et les pathologies ont atteint leurs limites d'efficacité (25% des écoles déclarent n'avoir mis en place aucune action d'éducation à la sexualité malgré l'obligation légale ; un tiers des grossesses reste non prévu et aboutit 6 fois sur 10 à une IVG ; une augmentation de 10% d'IST chez les 15-24 ans entre 2012 et 2014 et chez les populations vulnérables ; près de 6000 nouvelles séropositivités en 2015, même si l'épidémie du VIH est globalement stable depuis 2007 ; une femme sur 7 et un homme sur 25 déclarent avoir subi au moins une forme de violence sexuelle au cours de leur vie ; des discriminations sociales, notamment les inégalités entre les femmes et les hommes, homophobie qui impactent la santé mentale et génèrent une mauvaise estime de soi). En outre, la question du plaisir se doit d'être centrale dans les différentes approches éducatives menées, afin de ne plus être dans des programmes centrés uniquement sur le risque sexuel. [11].

Au regard de ces éléments, l'Axe 1 de la Stratégie, « Investir dans la promotion en santé sexuelle, en particulier en direction des jeunes, dans une approche globale et positive », se propose :

- De développer une éducation à la sexualité interdisciplinaire. Celle-ci ne doit pas se limiter à la transmission de connaissances biologiques mais s'attacher à développer les compétences psycho-sociales des enfants, adolescents et des jeunes adultes, à les accompagner à la fois dans la construction d'un ensemble de connaissances, dans leur réflexion sur le respect mutuel, l'égalité filles-garçons, la réciprocité et le consentement des relations à l'autre. Le développement de leur esprit critique, notamment l'analyse des modèles et des rôles sociaux (stéréotypes) véhiculés par les médias et les réseaux sociaux doit être valorisé. L'École joue un rôle essentiel dans l'éducation à la santé, le repérage, la prévention, l'information. L'éducation à la sexualité doit impliquer d'une manière générale l'ensemble des structures accueillant des enfants et adolescents et impliquer l'éducation parentale. Une attention particulière sera portée aux adolescents de moins de 15 ans dont 20% sont déjà entrés dans la sexualité.

- D'améliorer l'information en santé sexuelle en utilisant les nouveaux outils de communication. L'information en santé sexuelle est complémentaire de l'éducation à la sexualité. Elle s'adresse à la population générale, et notamment les jeunes, ainsi

qu'à des publics spécifiques, et doit agir sur les déterminants de la santé sexuelle. Cette information s'appuie sur le respect des droits humains et des valeurs qu'ils légitiment, et intègre outre les informations sur les moyens biomédicaux qui permettent de se protéger, d'être dépisté ou d'être traité, des informations sur les compétences personnelles et sociales, les attitudes et les valeurs favorables à la santé sexuelle.

- *De renforcer la formation en santé sexuelle des professionnels (santé, médico-social, éducation, justice, médias) intervenant dans le champ de la santé sexuelle et l'éducation à la sexualité.* L'amélioration des pratiques des professionnels passe par une définition académique et un renforcement de la formation en santé sexuelle des professionnels de santé, en particulier les professionnels de 1^{er} recours (médecins généralistes, pharmaciens, sages-femmes, infirmiers...), première porte d'entrée des usagers dans le système de santé, et des professionnels du secteur médico-social et social (conseiller.e conjugal.e et familial.e (CCF) notamment). L'objectif est autant de permettre à ces professionnels de disposer d'un socle commun de connaissances scientifiques, psycho-sociales et juridiques, que d'apprendre à communiquer de façon efficace, avec empathie et sans jugement sur les sujets liés à la sexualité, permettant ainsi d'améliorer la communication et d'adapter leurs conseils, leur diagnostic et la prise en charge des usagers. De la même manière, dans le champ de l'éducation, la formation initiale et continue des intervenants en éducation à la sexualité en milieu scolaire est encore insuffisante et doit être renforcée. Facteur essentiel de la réussite pédagogique, la formation des personnels éducatifs en éducation à la sexualité permet la constitution d'équipes aux compétences partagées, susceptibles d'analyser les besoins des élèves, de construire une démarche globale progressive d'éducation adaptée aux élèves.

L'ambition affichée pour 2023 est :

- 100 % des jeunes ont reçu une éducation de qualité à la sexualité et aux risques liés (IST, grossesses non prévues) tout au long de leur cursus scolaire
- 100% des organismes de formation initiale ou continue des professionnels de santé proposent une formation complète et globale de santé sexuelle [11]

Voici de quoi guider notre réflexion sur la possibilité d'éduquer en matière de sexualité et de se donner des objectifs clairs, tout en intégrant que la démarche éducative ne peut faire sens que si la formation de tous les professionnels est assurée. Vaste chantier puisque les manques dans ce domaine sont criants.

Éduquer ?

« La fin de l'éducation sexuelle est la compréhension de soi-même et de ses relations avec autrui en tant qu'homme ou femme. [...] Cette compréhension se situe entre la répression sexuelle et l'incitation : il ne s'agit ni d'interdire, ni de provoquer, mais de donner accès à soi-même. [...] Par ailleurs, la compréhension porte aussi sur la sexualité elle-même ; comprendre la sexualité humaine, c'est lui trouver ou lui donner un sens, c'est-à-dire à la fois une signification et une orientation » [12].

Comprenons en premier lieu l'éducation. Je vous propose de l'entendre ainsi, quand certains professionnels préfèrent parler d'*information* plutôt que d'*éducation*. Les utilisations et les significations du mot *éducation* sont multiples au fil des siècles. La racine latine est *éducation* qui vient du verbe *educare* (= éduquer, former, élever, instruire) ; jusqu'à la fin du XVII^{ème} siècle, on lui préfère le mot *nourriture* et selon Littré (1878), *éducation* a pour synonyme *instruction* ou *esprit*, c'est-à-dire les connais-

sances que l'on acquiert, par lesquelles on devient habile et savant. Ce sont aussi les directions morales que l'on donne aux sentiments et aux connaissances que l'on fait acquérir. En 1855, le dictionnaire Bescherelle donne *éduquer* comme appartenant au langage populaire, Voltaire raillait d'ailleurs l'emploi de ce mot dans la littérature à la place *d'élever un enfant*. Le mot *éducation* est ici employé dans cette idée d'acquérir un ensemble de connaissances permettant d'opérer des choix personnels et sociaux réfléchis et pertinents. Il ne s'agit pas moins d'accompagner chaque enfant dans son questionnement, en s'adaptant à ses réalités tout en lui apportant l'expertise sexologique pour l'amener à comprendre sur quoi se construit sa vie sexuelle. Il s'agit de défendre avant tout ce droit à avoir une éducation sexuelle. « Il est ainsi plus facile de définir l'éducation sexuelle comme l'accompagnement de l'enfant, de l'adolescent ou de l'adulte jeune, vers l'épanouissement personnel, tant physique, affectif que psychologique. Cette éducation n'a alors pas de domaine réservé et tous y participent – parents, éducateurs, enseignants – selon leur degré d'investissement et d'implication » [13].

« Depuis le milieu du XIX^{ème} siècle, *éduquer à la sexualité, c'est avant tout éduquer la jeunesse : des couples hétérosexuels adultes (les seuls individus dont la sexualité, tournée vers la reproduction, était socialement acceptée), l'éducation à la sexualité s'est peu à peu tournée vers les jeunes adultes, puis vers les adolescents et les enfants* » [14]. Ce tournant s'est opéré dès les années 90, suite à l'apparition du Sida. N'oublions jamais à quel point cette maladie, alors qu'elle tuait des millions de personnes, a paradoxalement permis de bousculer nos sociétés en leur permettant certaines remises en question afin de produire certains changements. L'éducation sexuelle en est une, tout comme le regard porté sur l'homosexualité, la mort ou encore la douleur.

Depuis la prévention du Sida dans les 90's, l'expérience des intervenants en santé sexuelle dans les établissements spécialisés, les collèges et les lycées montre de manière homogène les lacunes des adolescents quant à leur propre corps et celui de l'autre, la nature anxiogène d'une société hypersexualisée où l'imagerie pornographique s'immisce dans les écrans et les discours, alors que les interrogations fondamentales restent les mêmes : « comment dire à l'autre qu'on l'aime ? », « Suis-je normal(e) ? », « Est-ce que ça fait mal la première fois ? », « Comment lui plaire ? » ou encore « Mon sexe est-il à la bonne taille ? ». L'environnement sociétal est aujourd'hui peu enclin à permettre un épanouissement personnel dans sa vie relationnelle et sexuelle, et de participer à une plus grande responsabilisation face aux risques sexuels notamment. Femmes et hommes, jeunes et moins jeunes sont confrontés aux mêmes injonctions : jouir à tout prix et vite. La pornographie est souvent désignée comme responsable de tous les maux mais ne soyons pas dupes : le moindre show télévisé, le moindre magazine féminin, la moindre émission de radio sont prétextes à déballage sexuel. Nous sommes dans le règne de l'obscène, véritable lit fertile à toute violence sexuelle, contre soi et contre l'autre. L'intime a fait irruption dans nos vies depuis, je crois, la naissance de la pseudo télé réalité avec Loft story, et montrer son corps, modifié parfois à outrance pour correspondre aux normes en place, est devenu un passeport pour la célébrité facile et vaine. Les nouvelles modalités de communication font de chacun d'entre nous des voyeurs assoiffés de sensations que l'on veut toujours plus fortes pour rester excitantes, et des acteurs d'une mauvaise pornographie faite à la maison. La performance ne relève plus de l'art mais d'un exploit sportif. Et cela commence plus tôt, avec certaines jeunes filles scolarisées en 6^{ème} ou 5^{ème} pratiquant des fellations « pour rendre service » (de leur propre aveu), et des gar-

çons n'existant aux yeux des autres que par leurs « exploits sexuels ». Cela me permet au passage de tordre le cou à cette idée tenace que l'âge du premier rapport sexuel n'a pas bougé en France depuis plus de 40 ans. Quand les enquêtes arrêteront de considérer le premier coit comme seul marqueur de l'entrée dans la sexualité, nous aurons progressé dans l'acceptation de l'expression diverse de la sexualité chez les jeunes et nous regarderons vraiment les choses en face.

L'avènement du Viagra il y a vingt ans n'est peut-être pas non plus innocent dans ces changements, dans ce rapport à la performance : nous sommes devenus des consommateurs exigeants mais paresseux. La santé sexuelle doit être soignée, comme une grippe ou une varicelle. L'humain intègre la sexualité comme naturelle, devant fonctionner en toute circonstance, oubliant que seul le coit est par nature, quand la biologie n'est pas défaillante évidemment. Or, jouir demande un effort conscient et l'éducation à la sexualité devient alors, plus que jamais, un véritable apprentissage de la liberté, un rempart salutaire face à ces injonctions à jouir et à la non possibilité de l'échec, si échec il y a. Permettons à ces nouvelles générations de construire leur propre érotisme, leur propre imaginaire érotique et non d'adopter aveuglément un simulacre de jouissance, niant ou détournant le plaisir féminin et renforçant le rôle du mâle performant, au détriment parfois de sa propre quête de plaisir.

À l'Éducation nationale, les interventions en santé sexuelle ont ainsi constamment dû évoluer depuis la circulaire Fontanet du 23 juillet 1973 qui cadrerait les premières actions dans ce domaine. L'apparition du Sida a bousculé la donne en faisant apparaître dès 1998 « qu'au-delà de l'information nécessaire autour de la sexualité et du sida, il est nécessaire de développer une véritable éducation à la sexualité et à la responsabilité ». Le flou généré par le terme « véritable » s'est dissipé lorsqu'en 2003, une nouvelle circulaire a pris place (toujours en vigueur) spécifiant : « L'éducation à la sexualité vise principalement à apporter aux élèves, en partant de leurs représentations et de leurs acquis, les informations objectives et les connaissances scientifiques qui permettent de connaître et de comprendre les différentes dimensions de la sexualité ; elle doit également susciter leur réflexion à partir de ces informations et les aider à développer des attitudes de responsabilité individuelle, familiale et sociale. » [15]. Elle précisait également pour la première fois l'importance d'agir dès la maternelle. Elle faisait suite à la loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, qui rendait obligatoire une information et une éducation sexuelles. Le dispositif s'est depuis encore enrichi avec la Convention interministérielle pour l'égalité entre les filles et les garçons, les femmes et les hommes dans le système éducatif 2013-2018 du 07-02-2013 qui précise « Que l'éducation à la sexualité, dans toutes ses dimensions, soit assurée pour les filles et les garçons. Les savoirs scientifiques issus des recherches sur le genre, les inégalités et les stéréotypes doivent nourrir les politiques publiques mises en place pour assurer l'égalité effective entre filles et garçons, femmes et hommes. ». La convention donna naissance au programme « ABC de l'égalité », dénoncé rapidement par certaines associations et mouvements politiques en en faisant une caricature qui réglera son sort. Dommage. Il y avait pourtant là de quoi travailler entre autres sur les violences sexuelles.

Le site Eduscol pose lui aussi les principes de l'éducation à la sexualité en rappelant que « L'éducation à la sexualité vise, à partir de la parole des jeunes, à les doter des connaissances, compétences et savoirs-être dont ils et elles ont besoin pour une vie sexuelle et affective épanouie. [...] (Elle) contribue à la construction de la personne et à l'éducation du citoyen. [...] Elle participe à la formation de la personnalité, de l'identité de l'enfant et de l'élève, à son développement et à sa socialisation. Elle vise

à l'acquisition de connaissances, au questionnement et à l'élaboration de réponses adaptées à la vie en société. [...] Par la réflexion individuelle et collective qu'elle suscite, elle permet d'accompagner chaque enfant dans la vie de la classe ou de l'école. [...] Elle est une démarche éducative qui concerne à la fois : des questions de santé publique : grossesses précoces non désirées, infections sexuellement transmissibles, dont le VIH/sida ; la construction des relations entre les filles et les garçons et la promotion d'une culture de l'égalité ; des problématiques relatives aux violences sexuelles, à la pornographie ou encore à la lutte contre les préjugés sexistes ou homophobes. » Il s'agit bien d'affirmer une volonté d'inscrire l'éducation sexuelle comme démarche préventive des violences.

Les institutions spécialisées ont quant à elles entrouvert la porte à la faveur de la circulaire DAS/TS1 n°96-743 du 10 décembre 1996 relative à la prévention du VIH dans les établissements et services accueillant des personnes handicapées mentales. Mais la prise en compte de la santé sexuelle de la personne en situation de handicap reste très timide et soumise encore trop souvent à la bonne volonté de certains professionnels, sans réel soutien de leur hiérarchie, sans adhésion des collègues et face aux interdits des familles, vent debout devant de telles initiatives et pétries de représentations oscillant entre l'image de « l'ange et de la bête » développée par Alain Giami [16]. Or, s'il nous faut défendre ce droit à une éducation à la sexualité pour tous, ne perdons pas de vue qu'elle permettrait déjà de considérer ces personnes comme des êtres humains à part entière, traversés de pulsions et de désirs parfois difficiles à comprendre et maîtriser, et de leur venir en aide face à leur fragilité et leur vulnérabilité face aux violences sexuelles.

Revenons à l'éducation nationale où le constat est sans appel : le rapport relatif à l'éducation à la sexualité rendu par le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes [17] pointe le morcellement de cette politique entre de nombreuses institutions et acteurs, et appelle à la mise en place d'un plan national d'action et de coordination interministérielle pour une éducation à la sexualité effective visant l'ensemble des espaces de socialisation des jeunes. Car il est utile de noter que l'éducation populaire demeure la grande absente dans ce domaine (je me souviens d'une rencontre il y a 6 ans avec des directeurs de colonies de vacances qui ne comprenaient pas en quoi il serait de leur responsabilité de parler de sexualité avec les jeunes qu'ils accueilleraient, tout en mettant des préservatifs à disposition...). Il met en exergue le caractère scientifique des approches, trop centrées sur les risques sexuels et peu ouvertes aux questions de violences, des émotions et du plaisir. « Cet aperçu historique permet de mesurer les différents registres que véhicule l'idée d'éducation à la sexualité : « les actions en milieu scolaire dans le domaine de la sexualité hésitent donc entre information, éducation et prévention, et tentent de combiner ces trois objectifs » (Gelly, 2011, p 48) » [18].

Nous le comprenons bien : l'enjeu est à présent d'intervenir le plus tôt possible afin de mettre en place dès l'enfance un certain nombre de repères permettant de se construire positivement et d'opérer des choix éclairés, par exemple en appréhendant son corps, celui de l'autre, en identifiant ses émotions, en apprenant à mieux les gérer, à comprendre les notions de plaisir et de désir, à développer l'esprit critique. Prévenir de toute forme de violence prend naissance dans cet apprentissage adapté à chaque âge. Il s'agit d'apprendre aussi à parler la sexualité avec l'adulte, en premier lieu les parents et les éducateurs (Rapport d'étude de l'INJEP 2015), en connaissant le vocabulaire adéquat de la santé sexuelle. Il s'agit enfin de repenser les programmes d'intervention, de sortir des séances et du volume horaire préconisés pour mettre

en place des contextes favorables à parler de santé sexuelle. Une vaste entreprise de déconstruction.

Un nouveau paradigme

Il nous faut dans un premier temps, je crois, nous placer dans un contexte de promotion de la santé sexuelle, c'est-à-dire dans une dynamique positive qui vise à créer des environnements favorables à la santé sexuelle des individus. Nous pouvons à ce titre reprendre la définition de la promotion de la santé telle quelle : « (La promotion de la santé est) *le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci [...]. La promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire ; elle dépasse les modes de vie sains pour viser un bien être* » (charte d'Ottawa, 1986). Et cela inclue un travail sur les déterminants de la santé sexuelle, rappelés par la stratégie nationale de santé sexuelle :

- Le premier champ des déterminants de la santé sexuelle est individuel. Il comprend les stratégies intégrant systématiquement les dimensions physiques/biologiques, les caractéristiques socio-économiques, les compétences sociales, émotionnelles, relationnelles et mentales.
- Le deuxième champ des déterminants de la santé sexuelle est communautaire. Il comprend les stratégies intégrant les influences et les impacts directs sur l'individu des milieux : famille, amis, communauté locale, scolaire, travail et hébergement.
- Le troisième champ des déterminants de la santé sexuelle est structurel et contextuel. Il comprend, d'une part, les systèmes éducatifs, de santé et socio-sanitaires, l'aménagement du territoire, les médias et techniques de communication et, d'autre part, les contextes politiques, législatifs, économiques, démographiques, socioculturels et culturels.

Agir en promotion de la santé sexuelle, c'est prendre en compte ces déterminants et agir en fonction de son cadre professionnel sur l'un ou plusieurs d'entre eux. « La réalisation d'une sexualité humaine satisfaisante, autonome et responsable dépend de différents déterminants (individuels, relationnels, structurels et environnementaux) qui agissent directement sur le comportement sexuel des personnes. Cette stratégie de santé publique en lien avec l'intime sexuel doit être capable à la fois d'entrevoir les racines communes à des groupes sociaux d'origines différentes et de déterminer ce qui leur appartient en propre. L'approche centrale et transversale des droits humains dans la stratégie de santé sexuelle permettra d'agir de façon adaptée sur la santé des populations. [...] Intervenir en amont des problèmes, en ciblant l'ensemble des déterminants qui influencent positivement ou négativement la santé des individus, des communautés et d'une population est indispensable » [19].

Nouvelle pierre à notre édifice : penser tout programme en santé sexuelle sur un socle commun, celui de l'égalité fondamentale entre les femmes et les hommes. Cela nous renvoie évidemment aux droits sexuels cités précédemment mais aux droits humains en général. De la question de l'information sexuelle en 1973, nous passons donc au cœur du travail en santé sexuelle. Cette priorité est défendue depuis plusieurs années par différentes ONG dont le remarquable programme d'actions « Un seul programme » [20] en est une illustration parfaite. « Ces programmes sont 5 fois plus efficaces à réduire les IST et les grossesses non désirées que les programmes qui n'insistent pas sur cette égalité intrinsèque des 2 partenaires » [21]. Ce programme s'adresse aux enseignants, à travers le monde, et propose des activités variées au-

tour d'un canevas partant de cette question des droits pour arriver in fine aux risques sexuels. Une approche en entonnoir en quelque sorte. Entre temps, les questions de genres, d'identité et d'orientation sexuelles, des émotions, des relations interpersonnelles, des aptitudes à communiquer, du corps et de la puberté sont développées sur un mode très participatif et respectueux des cultures et croyances. Un bijou de travail collaboratif.

A partir de ce socle, il nous faut développer des actions sur le mode de ce que préconise l'éducation pour la santé, et qui « grâce à un accompagnement individuel ou communautaire, permettent aux personnes et aux groupes de s'approprier des informations et d'acquérir des aptitudes pour agir dans un sens favorable à leur santé et à celle de la collectivité » [22]. Celle-ci « vise à aider les personnes à se construire une image positive d'elles-mêmes et de leur santé afin d'éviter les comportements présentant un risque. Elle repose sur des méthodes et techniques qui permettent d'apporter l'information à l'individu sous une forme qui soit appropriable, sans le stigmatiser, ni le culpabiliser. L'éducation pour la santé est donc sous-tendue par une réflexion éthique. Elle est une composante des actions de promotion de la santé. Travaillant sur les questions de représentations, normes, croyances et valeurs, en amont des comportements, elle met à contribution les outils de l'anthropologie et de la sociologie » [23].

L'éducation pour la santé défend des valeurs et une éthique indispensable pour mener à bien de tels programmes. « *L'éthique en éducation à la santé implique de :*

- *respecter le choix des personnes ;*
- *se garder d'imposer des comportements prédéterminés ;*
- *s'abstenir de culpabiliser une personne qui fait un choix estimé préjudiciable à sa santé ;*
- *laisser la liberté aux personnes de ne pas participer. [...] En éducation à la santé, il est important de préciser lors de l'intervention que chacun a le droit de se taire, même s'il est nécessaire qu'il assiste à l'intervention ;*
- *respecter les différences, en particulier les différences culturelles ;*
- *s'abstenir de tout jugement moral ;*
- *s'attacher à mettre en œuvre des actions visant à réduire les inégalités sociales » [24].*

L'éducation pour la santé vise enfin le développement des compétences psychosociales. Selon l'OMS, « les compétences psychosociales sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement ». Elles sont de trois ordres : les compétences sociales (communication verbale et non verbale, empathie, capacités de résistance et de négociation, coopération et plaidoyer), émotionnelles (régulation émotionnelle, gestion du stress) et cognitives (prises de décision, pensée critique et auto-évaluation). Elles renvoient de fait à l'estime de soi, au rapport au corps, à la relation aux autres et à la gestion des conflits, autant d'éléments au cœur de la santé sexuelle.

Promouvoir les compétences psychosociales dès le plus jeune âge est depuis la charte d'Ottawa (1986) présenté comme un élément essentiel de la promotion de la santé. L'OMS souligne l'importance de cette promotion afin de favoriser la santé globale po-

sitive. De nombreux programmes ont été développés depuis les années 70 : « depuis 30 ans, de nombreux programmes de prévention s'appuyant sur les compétences psychosociales ont été développés et validés sur différentes thématiques de santé (santé mentale, addictions, santé sexuelle...) » (La santé en action n°431). Reconnues comme un déterminant clé de la santé et du bien-être, il s'agit à la fois de développer des compétences sociales, interpersonnelles, cognitives et émotionnelles. Il ne s'agit pas là d'un remède universel, d'une solution miracle, mais d'une approche ambitieuse qui mérite tout notre intérêt et devrait nous mobiliser. Elle nécessite du temps, impose un programme sur plusieurs années, mais a le mérite de mettre en scène tous les professionnels, ou non professionnels, en conjuguant leurs compétences.

Il s'agit bien là de repenser les interventions en travaillant sur les compétences psychosociales avec un champ d'investigation qu'est la santé sexuelle. Un nouveau paradigme qui bannit les entrées thématiques pour se concentrer sur l'individu et ses propres ressources, afin de l'aider à gérer au mieux les situations pouvant le mettre en difficulté ou générant du stress : le premier baiser, les premiers fantasmes, les premiers élans amoureux, la gestion du préservatif et des moyens de contraception, la pression ressentie lors des premiers rapports sexuels, l'affirmation de ses désirs et de son orientation sexuelle... « L'éducation sexuelle doit s'inscrire dans l'éducation au sens large et influencer sur le développement de la personnalité de l'enfant. Par son caractère anticipatif, elle contribuera à prévenir les effets potentiellement négatifs de la sexualité et à améliorer la qualité de vie, la santé et le bien-être. C'est dire que l'éducation sexuelle holistique promeut la santé en général » [25].

L'objectif 1 de l'Axe 1 de la Stratégie nationale de santé sexuelle, « Eduquer les jeunes à la sexualité, à la santé sexuelle et aux relations entre les personnes », précise que « *L'enjeu est de favoriser et de renforcer la mise en œuvre d'une éducation interdisciplinaire à la sexualité. Celle-ci ne doit pas se limiter à la transmission de connaissances biologiques mais s'attacher à développer les compétences psycho-sociales des enfants, adolescents et des jeunes adultes, à les accompagner à la fois dans la construction d'un ensemble de connaissances, dans leur réflexion sur le respect mutuel, l'égalité filles-garçons, la réciprocité et le consentement des relations à l'autre. Le développement de leur esprit critique, notamment l'analyse des modèles et des rôles sociaux (stéréotypes) véhiculés par les médias et les réseaux sociaux doit être valorisé. L'École joue un rôle essentiel dans l'éducation à la santé, le repérage, la prévention, l'information.* » Un rappel toujours utile face aux détracteurs affirmant que l'école n'est pas le lieu approprié à une éducation sexuelle.

Pouvoir promouvoir les compétences psychosociales par une approche positive en santé sexuelle devient ainsi essentielle. Cette promotion prend place dans un nouveau dispositif créé par la loi n°2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République : le parcours éducatif santé (PES) mis en place dans les établissements scolaires et visant à développer la promotion de la santé en direction de tous les enfants tout au long de leur scolarité en s'appuyant sur 3 axes : la protection, la prévention et l'éducation. Ce parcours vise lui aussi le développement des compétences psychosociales en s'appuyant sur le socle commun de compétences déjà en place à l'Education nationale. Cela implique tous les acteurs éducatifs : personnels de direction, enseignants, personnels de santé et des services sociaux, sans oublier les enfants et les parents. Ce PES (Parcours Educatif de Santé) met aussi en évidence les liens entre l'éducation à la santé et l'éducation à la citoyenneté, écho certain aux objectifs de la circulaire de 2003. Les personnels étant aujourd'hui peu ou pas formés aux questions de santé sexuelle et aux interven-

tions dans ce domaine, ils se retournent volontiers vers des structures en capacité de proposer un programme d'actions mené avec leur entière collaboration. Il faut développer massivement la formation des personnels concernés et intéressés sur ces questions, en la pensant de manière homogène et cohérente.

Je crois que tout projet de santé sexuelle en établissement scolaire, cadré par le Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté (CESC), se doit de penser sa démarche en ces termes-là. Il en va de même pour les autres établissements accueillant des personnes en situation de handicap par exemple. J'irais même plus loin : je crois profondément que la santé sexuelle est la pierre angulaire de toute politique de santé en milieu scolaire. En effet, les projets de santé les plus fréquemment développés dans ces institutions tournent autour de la prévention des risques sexuels, des addictions, de la sécurité routière ou des troubles de l'alimentation. L'élément commun à ces thématiques demeure le plaisir : plaisir de jouir comme on le veut ; plaisir de prendre des substances qui vont modifier les perceptions et les comportements, qui vont faciliter la rencontre avec l'autre ; plaisir de manger ce dont on a envie ; plaisir de conduire vite et sans casque pour sentir cette fureur de vivre... Le plaisir est notre moteur quotidien, ce qui fait que l'on se lève le matin, le carburant vital. Or, cette recherche de plaisir peut évidemment conduire à des pratiques dites à risque. Et d'autres éléments vont également entraîner des prises de risque : une faible estime de soi, un rapport difficile à son corps, une image de soi déformée par des normes en place ne facilitent pas une gestion positive de sa santé ; un trouble identitaire, un sentiment d'infériorité par rapport à l'autre sexe ne prédisposent pas à entretenir des relations interpersonnelles satisfaisantes et respectueuses ; un désir sexuel refoulé ou mal assumé peut conduire à la dépression, la tentative de suicide ou à l'agression ; des capacités émotionnelles peu encouragées, voire étouffées, ne génèrent pas un sentiment de bien-être psychologique et rendent vulnérables à des attitudes destructrices. La santé sexuelle embrasse tous ces champs.

Un autre élément me semble fondamental pour la réussite de tels projets : il nous faut travailler en interdisciplinarité. Dans une même institution, les talents, connaissances et compétences de chacune et chacun sont autant d'atouts pour réussir un programme en santé sexuelle. Les différents enseignements doivent se rejoindre puisque le but est le même : développer les compétences psychosociales des individus. La santé sexuelle parle aussi bien de citoyenneté que de santé. Travailler sur le respect, sur la loi, la laïcité... : autant de portes d'entrée qui peuvent amener le jeune à se construire positivement, en comprenant en premier lieu sa place en tant qu'homme ou femme dans notre société. Développer l'esprit critique peut se révéler être une arme de destruction massive face aux normes en place, aux pressions à l'agir, à être performant, à ne pas s'individualiser. Il s'agit là d'un des objectifs poursuivis par le Parcours Educatif de Santé. Et nous ne sommes alors plus soumis aux séances formelles d'éducation sexuelle mais pouvons travailler la santé sexuelle dans les enseignements eux-mêmes, sans révolutionner grand-chose me semble-t-il puisque beaucoup de disciplines ont dans leurs programmes des thématiques relevant de la santé sexuelle (l'activité physique et sportive évidemment mais aussi la littérature, l'histoire, les arts plastiques ou encore les sciences, sans oublier le travail des documentalistes). Il suffit de donner une autre grille de lecture, de ne plus se fixer sur des thématiques de santé précises mais d'avoir une approche globale. Les retentissements affecteront positivement le climat scolaire en premier lieu. Le projet sera d'autant plus fructueux qu'il intégrera les enseignants, les infirmières et les conseillers principaux d'éducation dans la démarche, sans oublier le personnel de restauration et les assistants d'éducation souvent objets de confidences de toute sorte. Et enfin les enfants et leur famille.

Dans les institutions spécialisées, le projet est le même, avec d'autres formes de mise en place, mais le travail de ces professionnels est lui aussi axé sur le développement des compétences psychosociales, chaque jour et par différentes approches. Concevons seulement que ces pratiques professionnelles participent à développer une approche de santé sexuelle. Ces professionnels, déjà au fait de ce travail visant une autonomie, sont simplement des Monsieur Jourdain de la santé sexuelle...

Sur ce modèle, l'OMS a publié en 2014 ses « Standards pour l'éducation sexuelle en Europe » [26], document présentant entre autres la « matrice », qui donne des repères pour intervenir auprès des jeunes de 0 à 18 ans, avec à chaque âge les thématiques à aborder et les compétences psychosociales qu'elles permettent de développer. Autre travail parfois dérangent, car loin des représentations de la sexualité infantile, mais remarquable, et qui illustre parfaitement cette approche. Nous pouvons décliner les exemples suivants :

- pour renforcer l'estime de soi, nous pouvons travailler sur son rapport au corps, sur la connaissance de ce corps, sur le regard critique face aux images publicitaires, sur l'hygiène corporelle.
- pour apprendre à dire oui ou non, à résister à une pression, à exprimer de l'affection, nous pouvons développer toute une approche sur les émotions, leurs manifestations et leurs expressions, sur les sensations agréables ou pas, sur les cinq sens, sur le fait de dire son amour pour quelqu'un ou son amitié.
- pour développer la coopération, nous proposerons des activités par petits groupes qui favorisent l'écoute, la prise en compte des idées exprimées, la capacité à faire consensus ou à accepter des opinions différentes (en discutant des stéréotypes socio-sexuels par exemple), le développement d'une empathie.

A chacune et chacun de construire ces liens, d'envisager sa pratique autrement, d'intégrer ces éléments, de devenir actrice et acteur en santé sexuelle. Il ne s'agit pas de devenir des experts mais de puiser dans son savoir-faire en intégrant une dimension nouvelle, citoyenne et accessible.

Une approche en école primaire

Pour finir, je n'ai ici aucune leçon à donner à quiconque mais je peux simplement témoigner de mon expérience. Je travaille pour ma part sur l'éducation à la sexualité depuis vingt ans et me suis posé, avec mes différents collègues rencontrés tout au long de mon parcours, plusieurs questions afin d'intervenir de manière plus pertinente. Beaucoup de remises en cause face à ce que nous jugions comme peu efficace et peu adapté aux besoins des jeunes rencontrés. Les approches centrées sur le risque ont très vite montré leurs limites : « *Cette approche essentiellement négative et axée sur des problèmes est facilement critiquable. Une éducation sexuelle qui met l'accent sur les problèmes et les risques n'est pas en phase avec la curiosité, les intérêts, les besoins et l'expérience des enfants et des adolescents, et n'aura donc pas les effets visés sur leur comportement* » [26]. Nous sommes également partis du simple constat que les jeunes de niveau collège ne savent pas comment ils sont faits alors qu'ils cherchent déjà à faire des prouesses sexuelles. Autant dire que nous avons alors accueilli la circulaire de 2003 avec beaucoup d'enthousiasme.

Je continue aujourd'hui à développer au sein de la délégation Auvergne de l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé Auvergne Rhône-Alpes (IREPS ARA) et du Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida (CRIPS ARA), où je

travaille en tant que chargé de projet, un programme mis en place à la faveur de cette circulaire sur le département du Puy de Dôme.

Ce travail s'adresse aux enfants de 5 à 12 ans, en école primaire, et se conduit avec le concours et l'appui pédagogique des enseignants de chaque classe concernée. Il se décline tout au long de l'année scolaire, avec un nombre de 8 séances articulées autour des représentations, des stéréotypes socioculturels, de l'identité masculine et féminine, des émotions, du sentiment amoureux, de la connaissance de son corps sexué, de la puberté, de la reproduction, de la grossesse et de la naissance. Il prend en compte les compétences psychosociales concernées par tel ou tel thème et s'appuie sur des connaissances validées, transmissibles aux enfants, relevant d'un savoir commun nécessaire pour grandir le plus positivement possible. La prévention des violences sexuelles est, elle, en filigrane. Il reste donc respectueux de chacun et de sa culture, de ses croyances et de son éducation. Et il s'attache à essayer de développer ces compétences par différentes activités individuelles ou collectives, avec l'enseignant-e en fil rouge qui peut reprendre et renforcer certaines séances dans le cadre de son enseignement. Il vise aussi à créer un dialogue avec les parents sur ce sujet grâce à un cahier de liaison où sont compilées les informations apportées tout au long de l'année, au fil des séances.

Il m'est aujourd'hui difficile de déterminer si ce programme produit une quelconque efficacité car il faudrait pour cela retrouver ces jeunes au collège, puis au lycée. Mais je crois profondément que de leur faire comprendre que l'on peut parler de sexualité simplement, avec le vocabulaire adéquat, est finalement possible. Constaté en fin de programme qu'ils arrivent à utiliser les mots de la sexualité sans rougir ou éclater de rire est en soi une petite victoire, tout comme le fait de ne plus entendre le mot *bite* mais pénis. Je crois aussi que de leur apporter les connaissances de base sur l'anatomie, sur les transformations pubertaires pour les plus grands, sur le rôle de nos émotions et de nos sens participe à les rassurer en partie. Les nombreuses questions qu'ils nous posent au fil des séances témoignent de leurs inquiétudes grandissantes et du contexte actuel où la sexualité n'est pensée qu'en termes de performances physiques, de pratiques extrêmes et de déviances, souvent dénuées de tout affect. La fascination qu'impriment sur eux certaines images ou histoires trouve ici un certain apaisement. Alors que les interrogations les plus fréquentes demeurent irrémédiablement : « Comment fait-on des bébés ? », « Comment dire qu'on est amoureux/se ? ou « Pourquoi y a-t-il des filles et des garçons ? ». Le monde autour d'eux change, le même monde dans lequel nous vivons et que nous participons à façonner. Ils voient, ils observent, ils comprennent certaines choses et restent dubitatifs sur d'autres, osent exprimer des désirs que nous gardions en partie secrets à leur âge, témoignent parfois même de leur éveil sexuel. Les couples séparés, les répartitions différentes des rôles domestiques, les différentes orientations sexuelles, les actes de violence sexuelle... Tout cela les traverse et ils ont parfois simplement besoin de repères simples pour mieux comprendre cette société. Mais par-dessus tout, je souhaite qu'ils comprennent que la sexualité est une aventure formidable, personnelle, qu'ils découvriront tout au long de leur vie sans schéma préconçu, avec et grâce à l'autre, celui ou celle qu'ils auront choisi librement, sans violence. Qu'ils se sentent libres dans leurs choix, autorisés à faire des erreurs, à prendre de mauvaises routes sans sentir poindre une culpabilité, une honte ou une quelconque anomalie, ennemis héréditaires d'une santé sexuelle épanouissante.

Alors, prévenir des violences sexuelles ne se fera, d'un point de vue éducatif, qu'au prix d'un tel effort pour repenser nos modalités d'action et d'intégrer nos programmes

dans une démarche globale de promotion et d'éducation à la santé sexuelle. Pouvoir gérer son corps passe par une connaissance approfondie de celui-ci, mais aussi par une capacité à comprendre et exprimer ses émotions. Pouvoir entretenir des relations interpersonnelles respectueuses passe par l'acceptation inconditionnelle de l'égalité entre femmes et hommes, entre les orientations sexuelles. Pouvoir accéder à son plaisir passe par le consentement de l'autre et un esprit critique capable de mettre à distance des fantasmes préconçus. Pouvoir se construire positivement passe par le droit à avoir une éducation sexuelle, afin de choisir d'avoir ou non une vie sexuelle. Pouvoir s'épanouir dans une vie sexuelle satisfaisante passe par une meilleure compréhension de la sexualité humaine, dénuée de toute morale ou jugement de valeur, afin de développer son propre univers érotique en comprenant que cet apprentissage est le projet d'une vie.

Et je me permets de conclure par cette citation de Deleuze, qui me semble tout à fait appropriée à la santé sexuelle des jeunes : *« Devenir, ce n'est jamais imiter, ni faire comme, ni se conformer à un modèle, fût-il de justice ou de vérité. Il n'y a pas un terme dont on part, ni un auquel on arrive ou auquel on doit arriver »* (Gilles Deleuze, Philosophe).

Bibliographie

1. International technical guidance on sexuality education, Vol.1, UNESCO, Paris, 2009
2. Waynberg Jacques, Jouir, c'est aimer, Paris, Milan / débats d'idées, 2003, p 21
3. In L'éducation à la sexualité au collège et au lycée, guide du formateur, Paris, Scéren, 2004, p 7
4. Dorais Michel, Eloge de la diversité sexuelle, Montréal, VLB Editeur, 1999, p 8
5. Ibid.
6. Waynberg Jacques, Jouir, c'est aimer, Paris, Milan / débats d'idées, 2003, p 23
7. Ibid
8. Les réactions sexuelles, par Master et Johnson paru en 1968
9. In Santé sexuelle et de la reproduction, ADSP n°96, septembre 2016
10. Rapport de la conférence internationale sur la population et le développement, le Caire, 5-13 septembre 1994
11. Stratégie nationale de santé sexuelle, agenda 2017-2030, Ministère des affaires sociales et de la santé, Paris, mars 2017
12. L'éducation sexuelle, fondements théoriques pour l'intervention, DESAULNIERS Marie-Pierre, Québec, 1990
13. Brenot Philippe, L'éducation sexuelle, Coll. Que sais-je ? PUF, Paris, 1996, p 8
14. In Entrée dans la sexualité des adolescent.e.s : la question du consentement. Enquête en milieu scolaire auprès des jeunes et des intervenant.e.s en éducation à la sexualité, Rapport d'études, INJEP, mars 2015
15. Circulaire n°2003-027 du 17-2-2003 : « l'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées »
16. Giami a., Humbert c., Laval d., L'ange et la bête : représentations de la sexualité des handicapés mentaux, 2ème édition, éditions du CTNERHI, Paris, mai 2001
17. Bousquet D. Rapport relatif à l'éducation à la sexualité. Répondre aux attentes des jeunes, construire une société d'égalité femmes-hommes. Rapport n°2016-06-13-SAN-021. Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes, juin 2016
18. In Entrée dans la sexualité des adolescent.e.s : la question du consentement. Enquête en milieu scolaire auprès des jeunes et des intervenant.e.s en éducation à la sexualité, Rapport d'études, INJEP, mars 2015
19. Stratégie nationale de santé sexuelle, agenda 2017-2030, Ministère des affaires sociales et de la santé, Paris, mars 2017 p11
20. It is All One Curriculum. Guidelines and Activities for a Unified Approach to Sexuality, Gender, HIV, and Human Rights Education, 2011
21. International Perspectives on Sexual and Reproductive Health, mars 2015
22. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. L'éducation pour la santé : un enjeu de santé publique, 2001. <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/01/dp010228.pdf>
23. Tessier S., Andrey J.-B., Ribeiro M.-A. Santé

publique, santé communautaire. Éditions Vigot-Maloine, 2004, p. 98

24. Broussouloux S., HOUZELLE-MARCHAL N., Education à la santé en milieu scolaire : choisir, élaborer, développer un projet, Coll. Dossiers Varia, INPES, Paris, 2006, p 107

25. Standards pour l'éducation sexuelle en Europe, un cadre de référence pour les décideurs politiques, les autorités compétentes en

matière d'éducation et de santé, et les spécialistes, BZgA, Federal center for health disease, Suisse, 2014, p 5

26. Standards pour l'éducation sexuelle en Europe, un cadre de référence pour les décideurs politiques, les autorités compétentes en matière d'éducation et de santé, et les spécialistes, BZgA, Federal center for health disease, Suisse, 2014

Partie 2 - Rapports du groupe bibliographique

Recherche documentaire

Gaëlle FANELLI

Documentaliste chargée de projet, Haute Autorité de Santé

Méthode

La recherche a porté sur les sujets et les types d'études définis en accord avec le Comité d'organisation et a été limitée aux publications en langue anglaise et française.

Elle a porté sur la période de janvier 1998 à décembre 2017. Une veille a été réalisée jusqu'en mai 2018.

Les sources suivantes ont été interrogées :

- pour la littérature internationale : la base de données Medline, Social SciSearch
- pour la littérature francophone : la base de données Théséas, Lissa, Cairn, SantéPsy, et la Banque de Données en Santé Publique ;
- la Cochrane Library ;
- ThéséAS, base de données documentaires spécialisée sur les violences sexuelles, administrée et alimentée par le réseau documentaire de la FFCRIAVS ;
- les sites internet publiant des recommandations, des rapports d'évaluation technologique ou économique ;
- les sites Internet des sociétés savantes compétentes dans le domaine étudié ;
- les sources spécialisées en épidémiologie, économie, éthique, réglementation... (selon les thèmes).

Cette recherche a été complétée par la bibliographie des experts et les références citées dans les documents analysés.

1222 références ont été analysées par le groupe bibliographique.

Stratégie de recherche et liste des sources interrogées

Bases de données bibliographiques

La stratégie de recherche dans les bases de données bibliographiques est construite en utilisant, pour chaque sujet, soit des termes issus de thésaurus (descripteurs), soit des termes libres (du titre ou du résumé). Ils sont combinés avec les termes décrivant les types d'études.

Le tableau 1 présente la stratégie de recherche dans la base de données Medline. Dans ce tableau, des références doublons peuvent être présentes entre les différents thèmes et/ou types de d'études.

Tableau 1 : Stratégie de recherche dans la base de données Medline :

Type d'étude / sujet	Termes utilisés	Période
- Recommandations		01/1998 – 05/2018
Etape 1	«Sex Offenses»[Majr] OR «Child Abuse, Sexual»[majr] OR «sexual assault prevention»[tiab] OR «sexual abuse prevention»[tiab] OR sex* devia*[Title] OR rape[Title] OR sexual assault[Title/Abstract] OR sexual abuse[Title/Abstract] AND rapist[Title] OR Rape[MeSH Terms] OR Pedophilia[MeSH Terms] OR Child Abuse, Sexual[MeSH Terms] OR «Sex Offenses»[Mesh:NoExp]	
ET		
Etape 2	(guidelines as topic OR practice guidelines as topic OR health planning guidelines OR consensus development conferences as topic OR consensus development conferences, NIH as topic)/de OR (practice guideline OR guideline OR consensus development conference OR consensus development conference, NIH)/type de publication OR (recommendation* OR guideline*)/ti	
Prévention		
- Méta-analyses et revues systématiques		01/1998 – 05/2018
Etape 3	((«Sex Offenses/prevention and control»[Majr] OR «Child Abuse, Sexual/prevention and control»[majr] OR «sexual assault prevention»[tiab] OR «sexual abuse prevention»[tiab])) OR ((sex* devia*[Title] OR rape[Title] OR sexual assault[Title/Abstract] OR sexual abuse[Title/Abstract] AND rapist[Title] OR Rape[MeSH Terms] OR Pedophilia[MeSH Terms] OR Child Abuse, Sexual[MeSH Terms] OR «Sex Offenses»[Mesh:NoExp])) AND ((«Primary Prevention»[Majr:NoExp] OR prevention[ti])	
ET		
Etape 4	meta-analysis as topic/de OR meta-analysis/type de publication OR (meta-analysis OR meta-analysis OR metaanalysis OR systematic* review*)/ti	
- Essais contrôlés		
Etape 3		01/1998 – 05/2018
ET		
Etape 5	(controlled clinical trials as topic OR randomized controlled trials as topic OR single-blind method OR double-blind method OR random allocation OR cross-over studies)/de OR (controlled clinical trial OR randomized controlled trial)/type de publication OR random*/ti	
- Etudes de cohortes		
Etape 3		01/1998 – 05/2018
ET		
Etape 6	(cohort studies OR longitudinal studies OR follow-up studies OR prospective studies)/de OR (cohort study OR cohort studies)/ti	
- Essais cliniques		
Etape 3		01/1998 – 05/2018
ET		
Etape 7	clinical trial*[TI] OR comparative stud*[TI] OR versus[TI] OR Clinical Trial[Publication Type:NoExp] OR Comparative Study[PT]	
Thérapeutique		
- Méta-analyses et revues systématiques		01/1998 – 05/2018

Etape 8

(((((«Sex Offenses»[Majr] OR «Child Abuse, Sexual»[majr] OR «sexual assault prevention»[tiab] OR «sexual abuse prevention»[tiab] OR sex* devia*[Title] OR rape[Title] OR sexual assault[Title/Abstract] OR sexual abuse[Title/Abstract] OR rapist[Title] OR Rape[MeSH Terms] OR Pedophilia[MeSH Terms] OR Child Abuse, Sexual[MeSH Terms] OR «Sex Offenses»[Mesh:NoExp]))))

AND ((((((testosterone/antagonist and inhibitors[MESH] OR androgen antagonists[MESH] OR leuprolide[MESH] OR triptorelin[MESH] OR cyproterone acetate[MESH] OR cyproterone[MESH] OR medroxyprogesterone 17-acetate[MESH] OR epitestosterone[MESH] OR flutamide[MESH] OR spironolactone[MESH] OR (bicalutamide[Supplementary Concept] OR cyoctol[Supplementary Concept] OR diane OR flutamide hydroxylase[Supplementary Concept] OR methylestrenolone[Supplementary Concept] OR nilutamide[Supplementary Concept] OR osaterone acetate[Supplementary Concept] OR oxendolone OR topteron OR WS 9659 B[Supplementary Concept] OR zanoterone[Supplementary Concept] OR androcur*[tiab] OR provera[tiab] OR cyclin[tiab] OR amn[tiab] OR lupron[tiab] OR decapept*[tiab] OR cyproterone acetate[tiab] OR tryptorelin*[tiab] OR medroxyprogesterone acetate[tiab] OR antiandrogen*[tiab] OR anti androgen*[tiab] OR leuprolide*[tiab] OR leuprorelin*[tiab] OR MPA[ti] OR CPA[ti]) AND ((«2012/01/01»[PDat] : «3000/12/31»[PDat]) AND Humans[Mesh] AND (English[lang] OR French[lang])))) OR ((«Psychotherapy»[Mesh] OR «Psychotherapy, Group»[Mesh:NoExp] OR «Virtual Reality Exposure Therapy»[Mesh] OR psychothera*[Title/Abstract]) AND ((«2012/01/01»[PDat] : «3000/12/31»[PDat]) AND Humans[Mesh] AND (English[lang] OR French[lang])))) OR ((serotonin uptake inhibit*[Title/Abstract] OR serotonin reuptake inhibit*[Title/Abstract] OR serotonin uptake inhibit*[Title/Abstract] OR SSRI[Title/Abstract] OR 5 HT uptake inhibit*[Title/Abstract] OR 5 hydroxytryptamine uptake inhibit*[Title/Abstract] OR 5 HT reuptake inhibit*[Title/Abstract] OR «drug therapy» [Subheading] OR «Drug Therapy»[Mesh:NoExp] OR «topiramate» [Supplementary Concept] OR «Naltrexone»[Mesh] OR «Serotonin Uptake Inhibitors»[Mesh] OR «Serotonin Uptake Inhibitors» [Pharmacological Action] OR «bicyclamide» [Supplementary Concept] OR «cericlamine» [Supplementary Concept] OR «Citalopram»[Mesh] OR «dapoxetine» [Supplementary Concept] OR «Desvenlafaxine Succinate»[Mesh] OR «Duloxetine Hydrochloride»[Mesh] OR «femoxetine» [Supplementary Concept] OR «Fluoxetine»[Mesh] OR «olanzapine-fluoxetine combination» [Supplementary Concept] OR «Fluvoxamine»[Mesh] OR «hydroxynefazodone» [Supplementary Concept] OR «ifoxetine» [Supplementary Concept] OR «hyperforin» [Supplementary Concept] OR «litoxetine» [Supplementary Concept] OR «medifoxamine» [Supplementary Concept] OR «milnacipran» [Supplementary Concept] OR «nefazodone» [Supplementary Concept] OR «Nefopam»[Mesh] OR «norfluoxetine» [Supplementary Concept] OR «Paroxetine»[Mesh] OR «Sertraline»[Mesh] OR «sibutramine» [Supplementary Concept] OR «Venlafaxine Hydrochloride»[Mesh] OR «Vilazodone Hydrochloride»[Mesh]))))

ET

Etape 4

- Essais contrôlés - médicamenteuse antiandrogène 01/1998 - 05/2018

Etape 9 (((«Sex Offenses»[Majr] OR «Child Abuse, Sexual»[majr] OR «sexual assault prevention»[tiab] OR «sexual abuse prevention»[tiab])) OR (((sex* devia*[Title] OR rape[Title] OR sexual assault[Title/Abstract] OR sexual abuse[Title/Abstract] AND rapist[Title] OR Rape[MeSH Terms] OR Pedophilia[MeSH Terms] OR Child Abuse, Sexual[MeSH Terms] OR «Sex Offenses»[Mesh:NoExp])) AND (testosterone/antagonist and inhibitors[MESH] OR androgen antagonists[MESH] OR leuprolide[MESH] OR triptorelin[MESH] OR cyproterone acetate[MESH] OR cyproterone[MESH] OR medroxyprogesterone 17-acetate[MESH] OR epitestosterone[MESH] OR flutamide[MESH] OR spironolactone[MESH] OR (bicalutamide[Supplementary Concept] OR cyctol[Supplementary Concept] OR diane OR flutamide hydroxylase[Supplementary Concept] OR methylestrenolone[Supplementary Concept] OR nilutamide[Supplementary Concept] OR osaterone acetate[Supplementary Concept] OR oxendolone OR topterone OR WS 9659 B[Supplementary Concept] OR zanoterone[Supplementary Concept] OR androcur*[tiab] OR provera[tiab] OR cycrin[tiab] OR amen[tiab] OR lupron[tiab] OR decapep*[tiab] Ou cyproterone acetate[tiab] OR tryptoreli*[tiab] OR medroxyprogesterone acetate[tiab] OR antiandrogen*[tiab] OR anti androgen*[tiab] OR leuprolide*[tiab] OR leuprorelin*[tiab] OR MPA[tj] OR CPA[tj]))))

ET

Etape56

- Essais contrôlés - médicamenteuse hors antiandrogène 01/1998 - 05/2018

Etape 10 (serotonin uptake inhibit*[Title/Abstract] OR serotonin reuptake inhibit*[Title/Abstract] OR serotonin uptake inhibit*[Title/Abstract] OR SSRI[Title/Abstract] OR 5 HT uptake inhibit*[Title/Abstract] OR 5 hydroxytryptamine uptake inhibit*[Title/Abstract] OR 5 HT reuptake inhibit*[Title/Abstract] OR «drug therapy» [Subheading] OR «Drug Therapy»[Mesh:NoExp] OR «topiramate» [Supplementary Concept] OR «Naltrexone»[Mesh] OR «Serotonin Uptake Inhibitors»[Mesh] OR «Serotonin Uptake Inhibitors» [Pharmacological Action] OR «bicifadine» [Supplementary Concept] OR «cericlamine» [Supplementary Concept] OR «Citalopram»[Mesh] OR «dapoxetine» [Supplementary Concept] OR «Desvenlafaxine Succinate»[Mesh] OR «Duloxetine Hydrochloride»[Mesh] OR «femoxetine» [Supplementary Concept] OR «Fluoxetine»[Mesh] OR «olanzapine-fluoxetine combination» [Supplementary Concept] OR «Fluvoxamine»[Mesh] OR «hydroxynefazodone» [Supplementary Concept] OR «ifoxetine» [Supplementary Concept] OR «hyperforin» [Supplementary Concept] OR «litoxetine» [Supplementary Concept] OR «medifoxamine» [Supplementary Concept] OR «milnacipran» [Supplementary Concept] OR «nefazodone» [Supplementary Concept] OR «Nefopam»[Mesh] OR «norfluoxetine» [Supplementary Concept] OR «Paroxetine»[Mesh] OR «Sertraline»[Mesh] OR «sibutramine» [Supplementary Concept] OR «venlafaxine Hydrochloride»[Mesh] OR «Vilazodone Hydrochloride»[Mesh]) AND («Sex Offenses»[Majr] OR «Child Abuse, Sexual»[majr] OR «sexual assault prevention»[tiab] OR «sexual abuse prevention»[tiab])) OR (((sex* devia*[Title] OR rape[Title] OR sexual assault[Title/Abstract] OR sexual abuse[Title/Abstract] AND rapist[Title] OR Rape[MeSH Terms] OR Pedophilia[MeSH Terms] OR Child Abuse, Sexual[MeSH Terms] OR «Sex Offenses»[Mesh:NoExp]))))

ET

Etape 5

- Essais contrôlés – thérapeutique non médicamenteuse 01/1998 – 05/2018

Etape 11

(((((«Sex Offenses»[Majr] OR «Child Abuse, Sexual»[majr] OR «sexual assault prevention»[tiab] OR «sexual abuse prevention»[tiab])) OR (((sex* devia*[Title] OR rape[Title] OR sexual assault[Title/Abstract] OR sexual abuse[Title/Abstract] OR rapist[Title] OR Rape[MeSH Terms] OR Pedophilia[MeSH Terms] OR Child Abuse, Sexual[MeSH Terms] OR «Sex Offenses»[Mesh:NoExp]) AND (((«Psychotherapy»[Mesh]) OR («Psychotherapy, Group»[Mesh:NoExp] OR «Virtual Reality Exposure Therapy»[Mesh])) OR psychothera*[Title/Abstract]))))

ET

Etape 5

Problématiques émergentes

- Méta-analyses et revues systématiques 01/2007 – 05/2018

Etape 12

(((((((((«Sex Offenses/prevention and control»[Majr] OR «Child Abuse, Sexual/prevention and control»[majr] OR «sexual assault prevention»[tiab] OR «sexual abuse prevention»[tiab])) OR (((sex* devia*[Title] OR rape[Title] OR sexual assault[Title/Abstract] OR sexual abuse[Title/Abstract] AND rapist[Title] OR Rape[MeSH Terms] OR Pedophilia[MeSH Terms] OR Child Abuse, Sexual[MeSH Terms] OR «Sex Offenses»[Mesh:NoExp]))) AND («Social Media»[Mesh] OR «social media»[ti] OR «Social Networking»[Mesh] OR web[ti] OR cyber[ti] OR chemical submission[ti] OR «Street Drugs/poisoning»[Mesh] OR «Designer Drugs/poisoning»[Mesh] OR «Internet»[Mesh] OR (sexu*[ti] AND tourism[ti]))))))

ET

Etape 4

- Essais contrôlés 01/2007 – 05/2018

Etape 12

ET

Etape 5

- Etudes de cohortes 01/2007 – 05/2018

Etape 12

ET

Etape 6

- Essais cliniques 01/2007 – 05/2018

Etape 12

ET

Etape 7

- Coûts 01/2007 – 05/2018

Etape 13

(((((((((«Sex Offenses»[Majr] OR «Child Abuse, Sexual»[majr] OR «sexual assault prevention»[tiab] OR «sexual abuse prevention»[tiab])) OR (((sex* devia*[Title] OR rape[Title] OR sexual assault[Title/Abstract] OR sexual abuse[Title/Abstract] AND rapist[Title] OR Rape[MeSH Terms] OR Pedophilia[MeSH Terms] OR Child Abuse, Sexual[MeSH Terms] OR «Sex Offenses»[Mesh:NoExp]))) AND (cost[tiab] OR costs[tiab] OR costing[tiab] OR price[tiab] OR pricing[tiab] OR economic*[tiab] OR burden [ti] OR «cost effectiveness»[tiab] OR «cost effectiveness»[tiab] OR budgets[majr] OR costs and cost analysis[majr] OR financing, government[majr] OR health care sector[majr] OR insurance, health[majr]))))

- Jurisprudence		01/2007 – 05/2018
Etape 14	(((((«Sex Offenses/prevention and control»[Majr] OR «Child Abuse, Sexual/prevention and control»[majr] OR «sexual assault prevention»[tiab] OR «sexual abuse prevention»[tiab])) OR (((sex* devia*[Title] OR rape[Title] OR sexual assault[Title/Abstract] OR sexual abuse[Title/Abstract] OR rapist[Title] OR Rape[MeSH Terms] OR Pedophilia[MeSH Terms] OR Child Abuse, Sexual[MeSH Terms] OR «Sex Offenses»[Mesh:NoExp]))) AND ("Jurisprudence"[Mesh] OR jurisprudence[TIAB] OR "legislation and jurisprudence" [Subheading])) AND (France[ad] OR France[PL] OR France[Mesh] OR French[LA]))	
- Injonctions de soins		01/2007 – 05/2018
Etape 15	((«Sex Offenses»[Majr] OR «Child Abuse, Sexual»[majr] OR «sexual assault prevention»[tiab] OR «sexual abuse prevention»[tiab])) OR (((sex* devia*[Title] OR rape[Title] OR sexual assault[Title/Abstract] OR sexual abuse[Title/Abstract] OR rapist[Title] OR Rape[MeSH Terms] OR Pedophilia[MeSH Terms] OR Child Abuse, Sexual[MeSH Terms] OR «Sex Offenses»[Mesh:NoExp])) AND (((«medical treatment orders»[Title/Abstract] OR «treatment order»[Title/Abstract]) OR Criminals/legislation & jurisprudence[Mesh] OR «compulsory medication»[Title/Abstract] OR (((injunction[Title/Abstract] OR ordered[Title/Abstract] OR obligation[Title/Abstract])) AND ((«therapeutic»[Title/Abstract] OR Treatment[Title/Abstract])))	
- Informations		01/2007 – 05/2018
Etape 16	(«Sex Offenses»[Majr] OR «Child Abuse, Sexual»[majr] OR «sexual assault prevention»[tiab] OR «sexual abuse prevention»[tiab] OR sex* devia*[Title] OR rape[Title] OR sexual assault[Title/Abstract] OR sexual abuse[Title/Abstract] OR rapist[Title] OR Rape[MeSH Terms] OR Pedophilia[MeSH Terms] OR Child Abuse, Sexual[MeSH Terms] OR «Sex Offenses»[Mesh:NoExp]) AND (professional secrecy[Title/Abstract] OR «Community-Institutional Relations»[Mesh] OR «Hospital-Physician Relations»[Mesh] OR «Interprofessional Relations»[Mesh] OR «Interdisciplinary Communication»[Mesh] OR interprofessional collaboration[Title] OR cooperative behavior[MeSH Terms] OR collaborative practice[Title] OR (health[Title] AND justice[Title]) OR social worker[Title] OR educator*[Title])	

Tableau 2 : Stratégie de recherche dans la base de données Lissa :

Type d'étude / sujet	Période
Termes utilisés	
Prévention	Pas de limite – 05/2018
Etape 1 (violences sexuelles OU violence sexuelle OU agression sexuelle OU abus sexuel OU abus sexuels OU viol OU viols OU agressions sexuelles) ET (prévention OU préventif) OU (pedophile OU ((agresseur OU agresseurs) ET (Sexuel OU sexuels OU sex))) ET (prévention OU préventif)	
Injonctions de soins	Pas de limite – 05/2018
Etape 2 pedophile OU violeur OU viol OU ((agresseur OU agresseurs OU violence OU violences) ET (Sexuel OU sexuels OU sex))	
ET	
Etape 3 (injonction OU injonctions OU consentements OU consentement OU obligation) ET (soin OU soins)	
Définition et législation	Pas de limite – 05/2018
Etape 2 pedophile OU violeur OU viol OU ((agresseur OU agresseurs OU violence OU violences) ET (Sexuel OU sexuels OU sex))	
ET	
Etape 4 (definition OU representation OU jurisprudence OU judiciaire OU medico-legal OU medico-legaux OU loi OU spip OU CNE OU penitent*)	
Coûts	Pas de limite – 05/2018
Etape 2	
ET	
Etape 5 cout OU economie OU couts OU prix	
Communication	Pas de limite – 05/2018
Etape 2	
ET	
Etape 6 communication OU secret professionnel OU (partage et information*)	
Problématiques émergentes	Pas de limite – 05/2018
Etape 2	
ET	
Etape 7 (pedophile OU violeur OU viol OU ((agresseur OU agresseurs) ET (Sexuel OU sexuels OU sex))) ET (cyber OU «reseaux sociaux» OU NTIC OU «reseau social» OU «tourisme sexuel» OU drogue OU «soumission chimique» OU media OU internet)	
Données épidémiologiques	Pas de limite – 05/2018
Etape 2	
ET	
Etape 8 epidemiologie OU prévalence OU incidence OU enquete OU questionnaire	

Sites consultés

- Assemblée Nationale
- Bibliothèque Interuniversitaire de Médecine - BIUM
- Bibliothèque médicale Lemanissier
- Catalogue et index des sites médicaux francophones – CISMeF
- Centre de Recherche en Défense Sociale - CRDS
- Comité Consultatif National d’Ethique - CCNE
- Expertise collective - INSERM
- Fondation Internationale de la Recherche Appliquée sur le Handicap
- Institut national d’études démographiques - Ined
- Société Française de Médecine Générale - SFMG
- Adelaide Health Technology Assessment - AHTA
- Agence d’Evaluation des Technologies et des Modes d’Intervention en Santé - AETMIS
- Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ
- Alberta Heritage Foundation for Medical Research - AHFMR
- Alberta Medical Association
- American academy of psychiatric
- American college of Obstetricians and Gynecologists - ACOG
- American College of Physicians
- American College of Physicians - ACP
- American Psychiatric Association
- Australian STI Management Guidelines
- BC Women’s hospital + health center
- Blue Cross Blue Shield Association - BCBS - Technology Evaluation Center
- BMJ Clinical Evidence
- British Association for Sexual Health and HIV - Bashh
- California Technology Assessment Forum - CTAF
- Campbell collaboration
- Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health - CADTH
- Canadian Paediatric Society
- Centers for Disease Control and Prevention - CDC
- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement
- Centre fédéral d’expertise des soins de santé - KCE
- Centre for Clinical Effectiveness – CCE
- Centre for Reviews and Dissemination databases
- CMA Infobase
- Cochrane Library
- College of Physicians and Surgeons of Alberta - CPSA
- Department of Health
- Guideline Advisory Committee - GAC
- Guidelines and Protocols Advisory Committee - GPAC
- Guidelines Finder (National Library for Health)
- Guidelines International Network - GIN
- Health and Safety Executive Horizon Scanning Health Services Technology Assessment Text - HSTAT
- Homeland Security Department
- Institut national d’excellence en santé et en services sociaux - INESSS
- Institut national de santé publique du Québec - Inspq
- Institute for Clinical Evaluative Sciences - ICES
- Institute for Clinical Systems Improvement - ICSI
- Institute for Health Economics Alberta – IHE
- Institute of Health Economics - IHE
- Inter-Agency Standing Committee - IASC
- Intute Health & Life Sciences - INTUTE
- Medical Services Advisory Committee - MSAC
- Mental Health America
- Minnesota Department of Health – Health Technology Advisory Committee (jusqu’à 2002) - HTAC
- National Coordinating Centre for Health Technology Assessment – NCCHTA
- National Guideline Clearinghouse - NGC
- National Health and Medical Research Council - NHMRC
- National Health services - NHS
- National Horizon Scanning Centre - NHSC
- National Institute for Health and Clinical Excellence - NICE
- New Zealand Guidelines Group - NZGG
- New Zealand Health Technology Assessment - NZHTA
- Ontario Health Technology Advisory Committee - OHTAC
- Public Health Agency of Canada
- Queensland Health
- Refugee Council

Royal Australian College of General Practitioners - RACGP	Assessment And Assessment Of Social Services - SBU
Royal college of emergency medicine	The Office of Human Rights, Equity, and Harassment Prevention - HREHP
Royal College of General Practitioners - RCGP	Tripdatabase
Royal College of Paediatrics and Child Health - RCPCH	U.S. Preventive Services Task Force
Safer Society Foundation	United Nations High Commissioner for Refugees
Santé Canada	West Midlands Health Technology Assessment Collaboration – WMHTA
Scottish Intercollegiate Guidelines Network - SIGN	World Health Organization - WHO
Singapore Ministry of Health	
Swedish Agency For Health Technology	

Veille

En complément, une veille a été réalisée jusqu'à mai 2018 sur les sites internet énumérés ci-dessus.

Une mise à jour a été effectuée sur Medline jusqu'à mai 2018.

Réseau documentaire de la FFCRIAVS

Le Réseau documentaire de la FFCRIAVS a contribué à la réflexion sur la stratégie documentaire, la recherche, la collecte et la mise à disposition des documents scientifiques nécessaires aux acteurs du processus, en particulier les membres du groupe bibliographique.

Coordination

Éric ANTONA, ERIOS – CRIAVS Aquitaine, CH Perrens, Bordeaux

Lucile RICHEROT, CRIAVS Franche-Comté, CHU de Besançon.

Membres du Réseau ayant assuré la collecte des documents

Éric ANTONA, ERIOS-CRIAVS Aquitaine, CH Perrens, Bordeaux

Danielle QUESNEL, CRIAVS Haute Normandie, CH Lerouvray, Rouen

Magali SERVOISE, CRIR-AVS PACA, Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

Lucile RICHEROT, CRIAVS Franche Comté, CHU de Besançon

Marielle ROCHET, CRIAVS Champagne Ardennes, EPSM de la Marne, Châlons-en-Champagne

Avec le soutien de : Virginie CAILLEAU (CRIAVS Poitou Charentes, CH Laborit, Poitiers), Candide COUTURES (CRIAVS Auvergne, CHU de Clermont-Ferrand), Claire LAMBRINIDIS (CRIAVS Rhône-Alpes, CH Alpes-Isère, Echirolles), Jackie MONTAZEMI (CRIAVS Ile de France, Hôpitaux Saint Maurice), Françoise PIERRON (CRIAVS Lorraine, CPN de Nancy), Simone TRAORE (URSAVS-CRIAVS Nord-Pas-de-Calais, CHRU de Lille).

Quelles sont les définitions de la prévention en matière de violences sexuelles ? Quels en sont les objectifs et limites ?

Olivier PLANCADE

Psychologue clinicien, consultation de psychiatrie légale,
CRIAIS Rhône Alpes Délégation de Lyon, SMDPL, CH Le Vinatier, Lyon.

Le groupe bibliographique constate le manque de documentation concernant cette question. Nous donnerons ici les définitions globales émises par l'O.M.S. En termes de niveau de preuve, ces données sont inclassables du point de vue de la méthodologie de la Haute Autorité de Santé.

En matière de prévention, l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.), dans ses principes généraux de 1948, définit la santé comme « l'absence de maladie ou d'infirmité, mais aussi comme un état de complet bien-être physique, mental, social » (1). En outre, considérant plus précisément que « la prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps » (1), l'OMS distingue 3 types de prévention : primaire, secondaire ou tertiaire. Cela correspond à des états successifs de la maladie.

La prévention primaire se définit comme « l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et donc à réduire, autant que faire se peut, les risques d'apparition de nouveaux cas. Sont par conséquent pris en compte à ce stade de la prévention les conduites individuelles à risque, comme les risques en termes environnementaux ou sociétaux » (1).

En matière de violences sexuelles, c'est la prévention des conduites individuelles à risque qui est la cible, touchant à la population générale. Actuellement en France, comparativement à d'autres pays étrangers (U.S.A., certains pays d'Afrique...), aucune donnée dans la littérature scientifique n'a permis d'identifier l'existence de programmes (systématisés et contrôlés) de prévention des violences sexuelles, applicables directement auprès des enfants mais aussi des enseignants et des parents.

La prévention secondaire a pour but de « diminuer la prévalence d'une maladie dans une population. Ainsi, ce stade de la prévention recouvre les actes destinés à agir au tout début de l'apparition du trouble ou de la pathologie afin de s'opposer à son évolution, ou encore pour faire disparaître les facteurs de risque. Dans cette optique, le dépistage – dans la mesure où il permet de détecter une atteinte ou la présence de facteur de risque – trouve toute sa place au cœur de la prévention secondaire. A côté du dépistage, le diagnostic et le traitement prodigué en vue d'éviter la progression de la maladie sont des composants tout aussi essentiels de la prévention secondaire » (1).

Une transposition particulière s'applique en matière de violences sexuelles, notamment vis-à-vis de certaines notions, comme le dépistage, le diagnostic et le traitement prodigué. La prévention secondaire en matière de violences sexuelles cible le milieu sanitaire et judiciaire, ainsi que le social et le milieu éducatif, de façon moins généraliste et plus spécifique, par rapport à la prévention primaire. Une attention doit être portée à la fois aux victimes des passages à l'acte, dans le but de prévenir une potentielle reproduction des actes de violences. Cela passe par l'animation et la ren-

contre des équipes intervenant auprès des associations d'aide aux victimes, missions que les CRIAVS effectuent au travers des espaces expert, et du maillage du réseau santé-justice (2). Une attention est également portée aux auteurs « potentiels », qui demandent de l'aide. A titre d'exemple, un projet d'orientation et d'écoute a vu le jour, portée par la fédération des CRIAVS, intitulé « Réseau Ecoute Orientation ». Il est destiné aux personnes présentant des fantasmes et/ou des comportements sexuels problématiques (exemple : adultes attirés sexuellement par des mineurs, consultant de la pédopornographie (photo, vidéo, internet...), adolescents attirés sexuellement par des enfants, ...) ainsi qu'aux familles de personnes présentant ces troubles. Ce réseau propose une écoute aux personnes souffrant de fantasmes ou de conduites sexuelles déviantes, et qui se retrouvent souvent seules avec leurs difficultés et d'améliorer l'accès aux soins de ces personnes en proposant une orientation (médecin, psychiatre, psychologue, infirmier...) (3).

La prévention tertiaire : « intervient à un stade où il importe de diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans une population et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie. En d'autres termes, il s'agit d'amoindrir les effets et séquelles d'une pathologie ou de son traitement. Par ailleurs, la prévention tertiaire vise la réadaptation du malade, sous la triple dimension du médical, du social et du psychologique. » (1).

Cela passe par la mise en œuvre de moyens de traitement des auteurs de violences sexuelles mais aussi des victimes. Les acteurs et les moyens de prises en charge seront abordés ultérieurement.

Bibliographie

1. Flajolet, A, rapporteur. Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire. Publié le 28 avril 2008. Commandité par le Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative.
2. <http://criavs-auvergne.org/prevention/>
3. <https://www.fccriavs.org/la-federation/reseau-ecoute-orientation/>

Quelles interventions ont le plus d'impact sur la prévention du risque de violences sexuelles?

Kevin DUFRESNE

Psychologue, Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP) du Pas-de-Calais, Arras.

La très grande majorité des études utilisées pour répondre à cette question sont de niveau de preuve 2, c'est-à-dire fondées sur une présomption scientifique, ce qui peut être expliqué par la quantité de la littérature sur cette question et par le fait que nous n'ayons pris en considération uniquement les études publiées lors des 20 dernières années, c'est-à-dire depuis 1998.

Ces études sont en très grande partie issues de la littérature nord-américaine, notamment états-unienne. En effet, peu d'études françaises, et même européennes, se sont penchées sur cette question.

A qui s'adresse cette prévention primaire ?

Afin de répondre à cette question, il convient de préciser que les programmes de prévention primaire s'intéressent particulièrement à certaines populations. Il s'agit donc dans un premier temps d'identifier quels sont les facteurs et donc les populations à risque. Ce sont vers ces populations que les programmes de prévention primaire sont principalement destinés. Les études citées dans cette première partie sont majoritairement de niveau 4, bien que quelques unes soient de niveau 2.

Les victimes potentielles

Les potentielles victimes d'agression sexuelle sont celles qui disposent de certaines caractéristiques à risque. Voici donc les principaux facteurs de risque ciblés par ces interventions.

Le genre

Une revue exploratoire suggérait que les interventions de prévention puissent cibler prioritairement les femmes, en tant que population à risque (80), 97% des victimes de violence sexuelle étant des femmes (43). En effet, selon le rapport « National Intimate Partner and Sexual Violence Survey » (79) de 2014 d'après une enquête nationale de 2011, 19,3% des femmes rapportent avoir déjà été victimes d'un viol ou d'une tentative, contre 1,7% des hommes.

L'âge

Dans ce même rapport, il a été montré que 78,7% des femmes subissaient leur premier viol avant l'âge de 25 ans et 40,4% avant l'âge de 18 ans, chiffres confirmant un autre rapport publié en 2010 selon lequel 79,6% des femmes subiraient leur premier viol avant 25 ans. Cela confirme aussi les résultats d'une autre étude de 2004 ayant montré que les femmes de moins de 21 ans avaient plus de probabilité d'être victime de viol que les femmes de 21 ans ou plus (62).

Les problèmes psychologiques

Parmi une population d'adultes avec troubles psychiatriques, 68,2% des femmes et 40% des hommes rapportent avoir déjà été victimes d'agression sexuelle, soient des taux bien supérieurs à ceux de la population ne manifestant pas de trouble psychiatrique.

Dans une étude comparant justement les taux de violences sexuelles entre les personnes présentant des problèmes mentaux et celles n'en présentant pas, Teplin et al. ont montré que les individus présentant des pathologies psychiatriques étaient 15 fois plus victimes d'agression sexuelle et plus de 22 fois plus victimes de viol ou de tentative de viol que les individus ne présentant pas de problématique psychiatrique (85).

De plus, en comparant les statistiques chez les personnes avec une problématique psychiatrique par genre, il a été montré que les femmes avaient trois fois plus de risque d'être victimes d'une agression sexuelle (49).

Le milieu universitaire

Défini comme la « zone rouge », l'entrée à l'université semble être une période à risque particulièrement importante en ce qui concerne les agressions sexuelles. Cela a été confirmé dans une étude de 2010 (50) dans laquelle les premières semaines de la première année d'entrée à l'université semblent être les périodes les plus à risque d'être victime d'acte sexuel non consenti. 84% des femmes rapportant des expériences de contrainte sexuelle expliquent avoir été victimes durant l'une de leurs deux premières années universitaires (40).

L'année n'est pas le seul facteur de risque concernant le milieu universitaire. En effet, les étudiantes membres d'une sororité ont trois fois plus de chance d'être victimes d'un viol. Cela s'étend même aux étudiantes dormant sur le campus universitaire, ayant quant à elles 1,4 fois plus de chance d'être victimes de viol (62) que celles n'y résidant pas.

Ce risque accru d'agression sexuelle sur les campus universitaires peut notamment être expliqué par la festivité de ce milieu ainsi que par la proximité constante des étudiantes avec les étudiants (65).

Le milieu socio-économique

Un pauvre milieu socio-économique est un facteur pouvant favoriser le risque de violences sexuelles, notamment sur les enfants (18). Les femmes sans emploi (38) ainsi que les personnes avec des revenus inférieurs à 7500\$ (39) ont également plus de risque de subir des violences sexuelles.

La consommation d'alcool

Testa & Livingston (86) ont mis en évidence que les femmes alcoolisées avaient plus de risque d'être victimes d'agression sexuelle. En effet, selon les études, entre 43 et 50% des agressions sexuelles sont associées à la consommation d'alcool, que ce soit de la part de la victime, de l'agresseur ou des deux. Cette association peut être expliquée par l'agressivité, la diminution de responsabilité, la mauvaise perception de la réalité ou encore les stéréotypes sur la consommation des jeunes femmes (1, 43).

Dans une étude canadienne de 2015, Senn et al. ont (77) montré que 79,6% des viols commis sur les étudiantes de première année le sont alors que la victime est sous l'emprise de l'alcool ou de la drogue.

Les auteurs potentiels

Bien qu'ils s'intéressent principalement aux potentielles victimes, certains programmes ont développé des interventions ayant pour cible certaines catégories d'individus masculins. En effet, pour certains, les cibles prioritaires des programmes de prévention primaire sont les hommes puisqu'ils sont le plus souvent les auteurs des violences sexuelles (56).

La consommation d'alcool

Pour reprendre l'étude précédemment citée concernant cette thématique, la consommation d'alcool concerne plus de la moitié des agressions sexuelles, qu'elle soit l'œuvre de la victime mais aussi de l'auteur. Ainsi, l'agressivité des hommes mais aussi leur interprétation du comportement des femmes peuvent être influencées par leur consommation d'alcool et conduire à un risque accru de commission d'agression sexuelle (1). Les étudiants qui consomment de l'alcool et qui ont des croyances soutenant les violences physiques et émotionnelles ont neuf fois plus de chance de commettre une agression sexuelle ou un viol que ceux n'ayant pas ces caractéristiques (21).

Le genre

Le rapport « The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey » nous apporte quelques chiffres à ce propos. Parmi les femmes agressées sexuellement, 98,1% disent l'avoir été par un homme. Pour ce qui est des hommes, l'agresseur est une personne du même sexe dans 93% des cas. Enfin, 98% des violeurs sont des hommes (56).

Le milieu universitaire

Les hommes appartenant à une fraternité ont trois fois plus de risque de commettre une agression sexuelle que ceux n'y appartenant pas (89, 30).

Les témoins potentiels

L'approche bystander est une approche davantage centrée sur l'environnement que sur les caractéristiques de l'agresseur ou de la victime. En effet, cette approche, que l'on pourrait traduire en français par l'approche dite « du témoin » s'adresse particulièrement aux personnes assistant à ce type d'agression, qu'ils soient des amis, des membres de la famille, des professeurs, des entraîneurs ou des membres de la communauté (53). Il leur donne les clés pour reconnaître et stopper les situations à risque pouvant aboutir à une agression sexuelle, s'exprimer contre les normes supportant les violences sexuelles et venir en aide aux victimes (6, 30).

Quels sont les résultats des différentes approches ?

Avant de reprendre les études effectuées d'après les différents programmes de prévention, il paraît judicieux de revenir sur les principes sur lesquels sont basés ces programmes. En 2009, Casey et Lindhorst (10) ont tenté de reprendre les principes de prévention des autres domaines de la santé afin de les adapter au milieu des auteurs de violence sexuelle. Ils ont ainsi identifié que, comme dans ces autres domaines, les programmes de prévention doivent être compréhensibles, basés sur des aspects théoriques, contextualisés et adaptés aux populations visées et s'appuyer sur ces mêmes populations pour en solliciter la participation et en enfin évalués.

Les approches transversales, ciblant les hommes et les femmes

Voici les programmes ayant objectivement démontré leur efficacité sur le taux d'occurrence des violences sexuelles. Pour une très grande majorité d'entre eux, ces articles sont de niveau de preuve 2 :

Bringing in the Bystander ®

Ce programme de prévention (6) de la violence sexuelle, à destination des jeunes femmes et jeunes hommes, est basé sur la notion de responsabilisation. Il enseigne aux individus à intervenir efficacement avant, pendant ou après un acte de violence sexuelle grâce à des informations sur la prévalence, les causes et les conséquences de violences sexuelles, l'identification des situations à risque ou encore la façon d'aider une victime, et cela au travers des activités interactives telles que des jeux de rôle.

Dans cette étude, l'une des premières ayant appliqué cette intervention, il a été montré l'intérêt de celle-ci en termes de changement d'attitudes, que ce soit chez les filles ou chez les garçons.

Une adaptation de ce programme à l'égard de deux campus, l'un rural, l'autre urbain, a montré des différences d'attitude chez les étudiants ayant bénéficié du programme. Ces changements d'attitude étaient d'ailleurs toujours significatifs après un an. Il a ainsi été mis en exergue la nécessité que ce programme soit adapté en fonction de la cible (9). De plus, la diffusion de ce programme envers des étudiants « meneurs » sur les campus montre également des effets positifs en terme d'acceptation des mythes du viol, d'auto-efficacité perçue ou encore d'intention d'aide (5).

Moynihan et al. (65) ont montré que les jeunes femmes appartenant à une sororité ayant bénéficié de ce programme, comparativement à un groupe contrôle, se percevaient plus efficaces, plus responsables et avaient plus de probabilité d'aider les victimes.

Ce programme a aussi démontré son efficacité sur des athlètes universitaires (64). Ceux-ci, qu'ils soient hommes ou femmes, verront une amélioration de leur confiance en eux pour intervenir ainsi que de leur intention à intervenir, tout cela sans effet négatif.

Cette intervention peut également être adaptée pour avoir des effets efficaces chez les militaires. En effet, Potter et Moynihan (69) ont montré que les militaires qui en bénéficiaient avaient moins de chance de s'engager dans un comportement de violence sexuelle, et plus de chance d'intervenir et d'aider la victime s'ils assistaient à l'un de ces comportements.

Les effets de ce programme peuvent perdurer un an après l'intervention, bien que les étudiants du groupe intervention et ceux du groupe contrôle aient tous bénéficié du programme Know Your Power qui sera décrit dans un prochain paragraphe (66).

Néanmoins, l'une des principales limites de ce programme tient au fait qu'il cible et évalue non pas les violences sexuelles mais des comportements et attitudes associés (5, 6). De plus, les données sont majoritairement auto-rapportées et les échantillons ne sont pas très représentatifs de la population (9).

Green Dot

Le programme d'intervention Green Dot, conçu en 2006 par Dorothy Edwards d'après la littérature existante sur l'approche des témoins, a pour objectif d'augmenter les comportements proactifs perçus et réduire les agressions sexuelles et les viols à travers l'apprentissage de nouvelles normes sociales. En apprenant aux étudiants à comprendre les motivations et les antécédents à la violence sexuelle, ce programme a pour objectif d'aider les étudiants à évaluer les situations à risque de violence. Le fait de comprendre la manière dont les agresseurs sexuels ciblent leur victime leur permet d'évaluer la situation, d'identifier les différentes options s'offrant à eux et de choisir celles qu'ils évaluent comme les plus efficaces (16). L'innovation de ce programme

tient du fait qu'il cible prioritairement certains étudiants ayant de fortes chances de diffuser son contenu à leurs pairs.

Ce programme fut évalué une première fois en 2011, lorsque Coker et al. (16) ont montré que, parmi 7945 étudiants, ceux bénéficiant des deux phases, l'une motivationnelle et l'autre concernant la diffusion des normes de sécurité, avaient tendance à davantage s'opposer aux croyances supportant l'agression sexuelle et s'engager dans des comportements proactifs. Ils rapportaient davantage de comportements effectifs par rapport à ceux n'ayant été exposé qu'au discours motivationnel, eux-mêmes en rapportant davantage que ceux n'ayant reçu aucune phase du programme. La principale limite de cette étude était que les étudiants qui s'engageaient dans ce programme étaient volontaires, donc potentiellement plus motivés que les autres.

Dans une étude de 2015, Coker et al. ont mis en évidence une diminution de plus de 50% du taux de prévalence d'agressions sexuelles auto-rapportées sur un campus ayant reçu cette intervention par rapport à deux autres ne l'ayant pas reçu. (17). En utilisant la même méthodologie, il a également été montré une diminution de 17% de la violence interpersonnelle, dont les actes sexuels contraints et le harcèlement sexuel (15), résultats maintenus durant les années lors desquelles était dispensée l'intervention.

Dans un essai contrôle randomisé portant sur 89707 étudiants de 26 écoles, Coker et al. ont mis en évidence qu'une implantation de ce programme sur 5 ans entraînait une diminution de 120 actes de violence sexuelle lors de la troisième année et de 88 actes lors de la quatrième année par rapport aux écoles ne bénéficiant pas de ce programme, bien que de nombreux effets disparaissaient lors de la quatrième année (14).

Néanmoins, et bien que cette dernière étude soit la première à évaluer l'efficacité de ce programme par un essai contrôle randomisé, ce qui était la principale limite des études précédentes concernant cette intervention, il subsiste quelques limites comme le fait que la procédure ne soit pas effectuée en aveugle ou encore le biais de désirabilité sociale des participants.

Safe Dates

Safe Dates est un programme de prévention primaire et secondaire concernant les violences conjugales au sens large, c'est-à-dire sexuelles mais pas uniquement. La prévention primaire s'adresse aux étudiants uniquement à travers le cursus scolaire alors la prévention secondaire s'étend aux communautés. Pour ce qui est donc de cette prévention primaire, elle comprend un atelier théâtre, un cursus de 10 sessions concernant les attitudes et un concours d'affiches ayant pour objectif de changer les normes associées à la violence entre partenaires et de diminuer les stéréotypes (24).

Dans la première évaluation de ce programme, un essai contrôle randomisé a montré son efficacité sur les violences générales, psychologiques mais aussi sexuelles. En effet, il a été noté un taux d'occurrence inférieur de 60% de celles-ci dans les établissements ayant diffusé le programme par rapport à ceux ne l'ayant pas diffusé (24). Les bénéfices comportementaux ne sont pas maintenus un an après l'intervention mais en revanche, les facteurs plus cognitifs comme les normes de la violence, la gestion des conflits ou la connaissance des ressources le sont (25).

Dans un autre essai contrôle randomisé de 2004, Foshee et al. (26) ont néanmoins mis en évidence que les étudiants bénéficiant de cette intervention rapportaient moins de comportements de violence sexuelle, en tant qu'auteur ou victime, même quatre ans après avoir bénéficié du programme, bien que le taux de perte parmi les étudiants était encore assez important.

Une adaptation de ce programme à l'attention des familles comprenant un étudiant âgé de 13 à 15 ans a montré son efficacité sur les compétences, connaissances et croyances parentales mais aussi sur la prévalence de la violence conjugale parmi les étudiants, 3% de ceux bénéficiant du programme s'estimant victimes durant celui-ci contre 11% des étudiants n'en bénéficiant pas (27). Dans une adaptation de ce programme chez les étudiantes enceintes ou déjà parents, des résultats semblables, comme les stéréotypes de genre ou les connaissances des ressources pour les victimes ont pu être retrouvés. (41).

L'un des points forts de ce programme est que sa méthodologie est l'une des seules à intégrer une évaluation de la prévalence des violences sexuelles, là où de nombreux autres programmes se contentent d'évaluer les facteurs associés comme l'auto-efficacité perçue ou l'acceptation des mythes relatifs aux agressions sexuelles et au viol (20).

Quelques limites subsistent néanmoins, à l'image de l'absence d'effets à long-terme ou du biais de désirabilité sociale car les mesures évaluées sont systématiquement auto-rapportées (26,27).

Shifting Boundaries

Shifting Boundaries est un programme de prévention primaire universel ciblant les étudiants des high schools, c'est-à-dire qui ont généralement entre 10 et 15 ans. Il comprend des interventions à deux niveaux : l'un (niveau classe) visant notamment les relations saines selon le genre, la loi et les conséquences des violences sexuelles pour les auteurs et l'autre (niveau bâtiment) visant la présence renforcée d'adultes selon les zones définies comme dangereuses à l'intérieur des établissements ou encore la possibilité d'utiliser des exclusions temporaires de l'école. Comme « Safe Dates », il concerne les violences parmi les partenaires, qu'elles soient physiques, psychologiques ou sexuelles mais aussi le harcèlement sexuel. Son objectif est l'amélioration des connaissances liées aux violences sexuelles, la promotion d'attitudes prosociales, des comportements non violents et de l'intention de s'engager pour les témoins de violences (82, 84).

La première étude (83) sur ce programme fut menée sur 1639 étudiants de 123 classes. Ils étaient répartis selon l'une des trois conditions suivantes : le cursus basé sur les interactions, la communication et le respect dans les relations ; le cursus basé sur la loi et la justice et des informations sur les agressions et le harcèlement sexuel ; et une condition contrôle. Les interventions des conditions interactions et lois duraient 5 semaines, à raison d'une par semaine. Les résultats de cette étude montrent que comparativement au groupe contrôle, les étudiants de la condition « loi et justice » reportaient une plus grande conscience de leurs propres comportements et attitudes de violence, de harcèlement et de l'espace personnel, ainsi que de meilleures connaissances des lois relatives à la violence ou au harcèlement. Les étudiants de la condition « interaction » reportaient, en plus d'une plus grande conscience de leurs comportements de violence et une amélioration de leurs attitudes par rapport à l'espace personnel, moins de comportements de victimisation. Aucune condition n'a d'influence sur la commission ou la victimisation de harcèlement sexuel. Paradoxalement, la condition « intervention » augmente les violences auto-rapportées en tant qu'auteur mais pas en tant que victime.

Dans une étude (84) évaluant ce programme, effectuée auprès de 2654 étudiants, a montré que, comparativement à un groupe contrôle, les étudiants ayant suivi les deux niveaux d'intervention voyaient une amélioration de leurs connaissances sur la loi et les conséquences des violences au sein des couples et du harcèlement sexuel.

Bien que le niveau « classe » ne soit pas efficace dans la diminution des violences sexuelles, les étudiants ayant suivi le niveau « bâtiment » montraient également une diminution du taux harcèlement sexuel et de violences physiques et sexuelles six mois après l'intervention. Néanmoins, une autre étude a montré qu'une importante exposition à ce programme pouvait avoir des effets inverses, c'est-à-dire une augmentation des comportements de violence sexuelle contre leurs pairs 12 mois après la fin de l'intervention (82).

Ce programme a également le mérite d'évaluer l'occurrence des violences sexuelles en plus des facteurs associés (20). Néanmoins, il comporte quelques limites comme le fait que les mesures soient auto-rapportées, ce qui peut conduire à une sous-estimation de la victimisation. Toujours concernant ces actes de victimisation, les questionnaires n'apportent pas de précision quant à leur contexte ou leur intensité. Enfin, et comme dans toutes les études de ce type impliquant un follow-up, le taux de perte parmi les participants est relativement important (84).

Voici maintenant les programmes n'ayant pas évalué objectivement les taux d'occurrence des violences sexuelles mais dont les résultats paraissent suffisamment intéressants pour être retranscrits :

Know Your Power

Know Your Power est un programme de prévention dont l'objectif est de réduire les violences sexuelles et relationnelles ainsi que le harcèlement chez les étudiants. Il est basé sur des campagnes d'images réalistes soulignant le rôle de chacun pour lutter contre ces violences, notamment chez les témoins, images qui sont largement implantées sur les campus participants. Plus précisément, les 8 images de cette campagne montrent des acteurs jouant le rôle de témoins pouvant intervenir avant, pendant ou après l'acte de violence ou de harcèlement. Ces scènes sont volontairement similaires à celles pouvant être vécues par les étudiants. Le feedback de ces derniers est d'ailleurs important dans le cadre de cette campagne (70).

Les étudiants exposés à cette campagne se montrent plus conscients du rôle qu'ils ont à jouer dans la réduction des violences physiques et sexuelles et plus enclins à s'engager pour diminuer l'incidence de ces types de violences (68).

Puisque les caractéristiques des étudiants à l'université sont relativement comparables à ceux des militaires, ce programme a été adapté à cette nouvelle population. Cela a eu pour effet d'augmenter la responsabilité et les comportements d'engagement des militaires dans la réduction des violences sexuelles (71).

Mentors in Violence Prevention Program

Largement répandu aux Etats-Unis, le Mentors in Violence Prevention Program vise à encourager les étudiants à tenir un rôle de meneur dans la prévention de la violence. Ses quatre grands objectifs sont de conscientiser aux différentes formes de violences que peuvent subir les femmes, de contrer les messages dominants sur la violence, le genre et le sexe, de créer un environnement propice au dialogue entre hommes et femmes et de donner aux participants des clés pour amorcer le changement dans leur vie. Il est basé sur des scénarios interactifs et des discussions de groupe. Bien qu'il ne soit pas spécifiquement centré sur la violence sexuelle, il a tout de même montré son efficacité sur la conscience de la violence, les attitudes et l'auto-efficacité perçue dans l'engagement pour contrer les violences (59). Plus tard, un autre rapport a montré que ce programme entraînait chez ses participants une diminution des attitudes sexistes et une augmentation de l'auto-efficacité perçue, bénéfiques plus importants chez ceux ayant reçu une exposition plus intensive à ce programme. Néanmoins, et il

s'agit là encore d'une limite à ce programme, aucune diminution de l'incidence des violences n'était montrée (13).

Second Step : Student Success Through Prevention

Initialement à destination des étudiants de middle schools, c'est-à-dire généralement âgés de 11 à 14 ans, ce programme vise le développement des compétences socio-émotionnelles comme l'empathie, la régulation émotionnelle, la résolution de problèmes ou la consommation de substances psychoactives pour réduire les comportements problématiques tels que la violence ou le harcèlement. La première étude a montré qu'appliqué sur une année et 15 leçons, ce programme n'avait d'effet que sur la violence physique (22). Néanmoins, une seconde étude, où ce programme était implanté sur deux années et 28 leçons, a quant à elle montré que 39% des étudiants exposés à ce programme étaient moins susceptibles de commettre un acte de violence sexuelle par rapport à ceux qui n'y avaient pas été exposés (23).

Stop It Now

Stop It Now est un programme de prévention des violences sexuelles faites aux enfants destiné aux adultes. Il s'agit d'une campagne marketing ayant pour objectif d'augmenter la conscience et la connaissance des violences sexuelles infantiles, d'encourager les agresseurs à rapporter leur crime et d'amener un support aux personnes touchées plus ou moins directement par des violences sexuelles. Pour cela, trois stratégies peuvent être utilisées : une campagne médiatique, des entretiens individuels pour les professionnels travaillant avec les familles à risque et enfin une ligne téléphonique à destination des adultes. Une première évaluation sur 2 ans a montré les effets bénéfiques de ce programme sur les connaissances et les comportements relatifs aux violences sexuelles. En effet, après avoir été exposés à cette campagne, les participants savaient mieux définir les violences sexuelles, estimaient davantage pouvoir y être confrontés et sollicitaient plus les services spécialisés (11). Le service d'assistance téléphonique de cette campagne s'est d'ailleurs confirmé très utile chez les auteurs potentiels de violence sexuelle au Royaume-Uni ainsi qu'aux Pays-Bas (42). Les principales limites de ce programme sont que les mesures sont une fois de plus auto-rapportées, ce qui les rend assez subjectives. Concernant la ligne téléphonique, il peut être difficile d'appeler le service afin d'expliquer ses propres comportements.

Stewards of Children

Stewards of Children est un programme de prévention de 2,5 heures destiné aux adultes. Il peut prendre la forme de sessions de groupe regroupant des discussions et un livret expliquant différents aspects des violences sexuelles ou alors d'un programme interactif comprenant des vidéos sur les mêmes thématiques. L'efficacité de ce programme a été démontrée sur les connaissances, les attitudes et les comportements de professionnels au contact d'enfants tels que des professeurs ou des personnels de soin et ce quel que soit le format de l'intervention (73). En plus des biais méthodologiques de l'étude en question, ce programme n'évalue pas l'occurrence des violences sexuelles. Le taux de perte parmi les participants, notamment chez les plus jeunes est une autre problématique, participants qui sont, de plus, peu nombreux.

SCREAM Theater

SCREAM (Students Challenging Realities and Educating Against Myths) Theater est un programme de plus ayant pour but de favoriser le rôle des témoins, à la différence près que le média utilisé est ici le théâtre. Visant les violences interpersonnelles en plus des violences sexuelles, il s'agit d'une présentation de 75 minutes dans laquelle

les participants sont amenés à s'engager pour interrompre les situations d'agressions simulées, présentation suivie d'échanges. Une première étude a montré les effets bénéfiques de ce programme sur les attitudes et les croyances favorables aux mythes relatifs au viol, bien que ces effets soient inférieurs chez les hommes que chez les femmes (57).

Un essai contrôlé randomisé a ensuite évalué ce programme sur 4311 étudiants. Dans cette étude, les auteurs ont comparé les résultats selon que les participants aient bénéficié de trois sessions, d'une seule session ou d'aucune session. Ils ont ainsi montré des améliorations dans les comportements préventifs auto-rapportés chez les étudiants ayant suivi le programme, effet plus important chez ceux ayant suivi les trois sessions (58). Néanmoins, le manque d'autres études sur ce programme ne permet pas d'affirmer son efficacité dans d'autres conditions. De plus, le fait que les mesures soient une fois encore auto-rapportées est une autre limite.

Dating Matters

Dating matters est un programme ayant le but de promouvoir les relations non violentes et respectueuses chez les jeunes âgés de 11 à 14 ans dans les milieux urbains. Ce programme est destiné aux enfants, aux parents, aux professeurs et à la communauté. Il est actuellement en cours d'évaluation, comme mentionné sur le site www.norc.org.

Take Care

Le programme Take Care est un programme de prévention en ligne via des vidéos. Il inclut trois vignettes de situation de violence ou contrainte sexuelle réelle ou potentielle. Au moment de l'arrêt des vidéos, les participants doivent expliquer comment ils réagiraient dans la situation présentée. Dans une étude appliquant ce programme, il a été montré un plus grand sentiment d'auto-efficacité et de plus fortes probabilités de s'engager dans des comportements en tant que témoins chez les participants après l'intervention, effet maintenu à deux mois (51).

Autres programmes

Une intervention sur la base de psychoéducation par le biais de supports interactifs, de jeux de rôle ou encore de répétition a été proposée à des étudiants pour évaluer les éventuels comportements de contrainte sexuelle. Il a ainsi été retrouvé une efficacité de cette intervention chez les individus ayant des attitudes de contraintes sexuelles supérieures à la moyenne, et ce qu'ils soient hommes ou femmes (67).

Dans une étude contrôlée de Katz et al. présentant des scénarios fictifs, différents comportements et attitudes étaient évalués sur 151 participants âgés de 17 à 24 ans. Les résultats ont mis en évidence que ces étudiants étaient plus enclins à venir en aide à un ami qu'à un étranger car ils se sentaient plus responsables et avaient plus d'empathie. De plus, les hommes avaient tendance à davantage blâmer la victime et à approuver moins d'empathie pour elle (48).

Dans une étude ayant pour objectif de mettre en évidence les facteurs contextuels des agressions sexuelles à l'université, il a été démontré que 4 mois après avoir participé à un atelier sur différents thèmes tels que les relations de genre, la sexualité ou les comportements liés à celle-ci, les étudiants discernaient mieux les caractéristiques d'une agression sexuelle et la signification du refus (44).

Une campagne publicitaire à propos du consentement a aussi fait l'objet d'une étude. Les étudiants ayant été exposés à ces panneaux, c'est-à-dire ayant vu et prêté attention au contenu, sur le campus universitaire rapportaient davantage de conversations

sur le thème des agressions sexuelles et disaient s'engager dans plus de comportements préventifs (87).

Par le biais d'une étude de cohorte rétrospective, Rothman et Silverman ont montré qu'une association d'un film de présentation à un atelier éducatif sur les agressions sexuelles, leurs conséquences ou encore la façon de les prévenir, avait des effets sur l'incidence des violences sexuelles parmi les hommes et les femmes, les hétérosexuels mais pas pour ceux ayant déjà été victimes. Plus exactement, les individus n'ayant pas suivi le programme avaient 1,74 fois plus de chance de subir une agression sexuelle durant leur première année. Enfin, ce programme avait des effets positifs sur les hommes consommateurs d'alcool et les femmes n'en consommant pas (74).

Limites de ces approches

Ces approches ont pour principale limite le fait de ne considérer que très rarement l'occurrence des actes de violence sexuelle au profit des facteurs de risque. En effet, plus que d'évaluer le taux d'agressions sexuelles et de viols, elles se restreignent souvent à l'évaluation des différents facteurs de risque associés. La plupart du temps, ces facteurs sont, comme l'ont montré Labhardt et al. dans leur revue systématique de 2017, l'acceptation des mythes liés au viol, l'auto-efficacité, l'intention et les comportements d'engagement dans la lutte aux violences sexuelles (52). Même dans les cas où ces violences sexuelles sont mesurées, ce sont souvent des auto-évaluations et non des évaluations objectives (20). De plus, elles sont très clairement orientées vers une population spécifique que sont les étudiants. Elles sont également très coûteuses en termes de ressources humaines et d'implantation (51). Beaucoup d'entre elles souffrent également de biais méthodologiques comme l'absence de groupe contrôle ou l'absence de randomisation.

Les approches centrées sur les hommes

Dans le prisme des violences sexuelles, les hommes sont souvent considérés comme de potentiels agresseurs. A ce titre, l'étude d'un programme ayant pour objectif d'accroître l'empathie pour les victimes, d'augmenter la compréhension du consentement et d'intervenir en tant que témoin a été menée. Elle a ainsi montré une amélioration de la perception des comportements et de la compréhension du consentement mais également une diminution de la proximité ressentie envers les agresseurs et de l'engagement dans des comportements d'agressions sexuelles (36). Néanmoins, toutes les approches ne considèrent pas les hommes comme de potentiels agresseurs uniquement. Comme précédemment, ces études sont principalement de niveau de preuve 2.

Par ailleurs, un seul programme de prévention à destination des hommes a mis en évidence une diminution objective des violences sexuelles, le RealConsent.

Real Consent

Afin de notamment lutter contre la diffusion restreinte des interventions visant la prévention primaire des violences sexuelles, le programme RealConsent a été mis en place en 2014. Celui-ci, à travers l'approche des témoins, a pour volonté d'agir dans un cadre socio-cognitif par l'éducation et la théorie des normes sociales envers les jeunes hommes (75). Via un programme construit en 6 sessions de 30 minutes, il a pour objectif d'augmenter les connaissances et les compétences pour intervenir de manière sécurisée, corriger les erreurs à propos des normes sociales, agir sur les attitudes concernant le viol, améliorer les connaissances sur le consentement et les compétences de communication et l'empathie pour les victimes, tout cela dans le but de réduire l'occurrence des violences sexuelles.

Dans cette étude (75) de niveau de preuve 2, qui est d'ailleurs la seule publiée à ce jour se rapportant à cette intervention, les étudiants uniquement masculins et âgés de 18 à 24 ans ayant suivi ce programme, et comparativement au groupe contrôle, rapportaient des bénéfices à tous les niveaux visés et commettaient notamment moins de comportements de violence sexuelle.

Les programmes suivants paraissent prometteurs bien qu'ils n'aient jamais évalué objectivement le taux d'occurrence des violences sexuelles.

Coaching Boys Into Mens

Ce programme vise la diminution de la violence entre partenaires. Pour cela, il cible les entraîneurs des jeunes athlètes masculins, qui doivent délivrer des messages de prévention. Ces entraîneurs suivent une formation d'une heure sur la façon d'engager la conversation avec les jeunes athlètes sur les violences faites aux femmes (60).

Un premier essai contrôlé randomisé que les athlètes ayant pu discuter des violences envers les femmes avec leur entraîneur avaient davantage l'intention de s'engager dans les interventions, des comportements plus positifs et reconnaissaient mieux les situations inadaptées. Néanmoins, aucun changement dans le taux de violences commises n'a été mis en évidence (60).

Un follow-up de cette même étude un an plus tard a tout de même montré que comparativement à un groupe contrôle, les participants observaient au cours des 3 derniers mois une diminution de leur taux de perpétration de violences auto-rapportées, associée à une diminution des comportements négatifs comme les moqueries. En revanche, les violences peuvent comprendre les violences sexuelles mais celles-ci n'ont pas été évaluées directement (61).

The Men's Program

Basé sur des théories de changements d'attitudes et de comportements, The Men's Program (28) a pour but d'enseigner à ses participants, uniquement masculins, les caractéristiques du viol et la façon de le stopper plutôt que de les considérer comme des potentiels auteurs (76). Il est basé sur des résultats de recherches montrant l'efficacité des programmes destinés uniquement aux hommes et diffère d'autres approches dans la mesure où il met l'accent sur l'empathie pour les victimes via une vidéo d'une situation de viol de deux hommes sur un troisième (28). Ce programme consiste en l'intervention de membres de l'organisation « One in Four » pour animer des ateliers ayant pour objectif d'expliquer à quoi ressemble une situation de viol, de savoir comment venir en aide aux victimes de viol, comment intervenir dans les situations à risque et de diminuer leur propre risque de commettre une agression sexuelle.

Dans sa première étude de ce programme, Foubert a mis en évidence, chez des étudiants, une diminution des mythes soutenant le viol et de leur estimation de leur propre probabilité de commettre un viol, résultats maintenus à 7 mois (28). Plus tard, une augmentation de leur probabilité d'intervention pour prévenir une situation de viol a été montrée (53). Des résultats similaires ont été retrouvés au sein de l'armée américaine, où ce programme avait les mêmes effets positifs sur les soldats contrairement à une discussion sur les risques d'agression sexuelle et les mythes du viol associés à des conseils pour éviter d'être accusés d'agression sexuelle (33).

Les étudiants appartenant à une fraternité et exposés à ce programme expliquent commettre de moins nombreux et moins sévères actes de contrainte sexuelle que ceux n'y ayant pas été exposés (30). Deux ans plus tard, 79% de ceux ayant pris part à

l'intervention estiment que les changements comportementaux et attitudinaux apportés par ce programme sont maintenus (31).

Foubert et Newberry ont associé ce programme à un module impliquant une situation de consommation d'alcool, que celle-ci concerne le consentement ou l'intervention en tant que témoin d'une agression sexuelle (35). Elle a permis de montrer que les étudiants bénéficiant du programme associé à l'un de ces modules rapportaient une augmentation de leur empathie, une diminution de leurs croyances supportant le viol et surtout une diminution de 73% de l'estimation de leur probabilité de commettre une agression sexuelle ou un viol. De plus, le programme associé au module sur l'intervention des témoins montrait plus d'efficacité, ce qui pouvait être expliqué par le fait que dans ce module, les hommes sont considérés de façon plus positive, c'est-à-dire comme des témoins pouvant venir en aide aux victimes et non comme de potentiels agresseurs.

Une augmentation de l'empathie pour les victimes, de l'auto-efficacité perçue et une amélioration perçue d'autres comportements ont pu être mis en évidence chez des étudiants athlètes (29), changements maintenus cinq mois après la diffusion de la vidéo (34).

Dans une autre étude utilisant la même vidéo du viol d'un homme par deux autres que celle du Men's Program, associée aux liens pouvant exister entre les viols et la consommation d'alcool, Stephens et George ont montré les effets bénéfiques de cette intervention sur la croyance aux mythes du viol et l'empathie pour les victimes chez des étudiants n'ayant jamais commis d'infraction sexuelle, effet qui n'est pas retrouvé chez les hommes identifiés comme à risque selon le Modified Sexual Experiences Survey (81).

Enfin, ce programme s'est également montré efficace en termes d'attitudes et de croyances concernant le viol chez des jeunes hommes d'origine hispanique et ne faisant pas partie d'une université. En effet, les participants se disaient plus enclins à s'engager dans des comportements pro-sociaux et acceptaient moins les mythes liés au viol (54).

Bien qu'ayant montré de nombreux effets positifs en lien avec le risque de violences sexuelles, la principale limite de ce programme est de n'avoir encore jamais évalué l'occurrence de ces violences sexuelles. De plus, les résultats sont différents selon que les hommes soient considérés comme de potentiels auteurs ou de potentiels témoins de violences sexuelles.

Les approches centrées sur les femmes

Puisque les femmes sont les principales victimes de violences sexuelles (80), il est important que certains programmes s'adressent particulièrement à elles. En effet, plus elles seront en capacité de reconnaître les indices d'une situation à risque, plus elles auront la possibilité de résister ou de s'échapper (88), réduisant ainsi leur risque de victimisation. De plus, l'approche du témoin peut leur permettre de venir en aide aux autres femmes victimes d'agressions sexuelles (4).

Voici les différents programmes de prévention destinés aux femmes. Comme pour les programmes destinés aux hommes, leur niveau de preuve scientifique est majoritairement de 2.

Les programmes de réduction des risques

Les programmes SARR (Sexual Assault Risk Reduction) auront donc comme objectif de réduire les risques d'être victime d'agression sexuelle chez les femmes. Une

méta-analyse de 2005, regroupant 69 études, a mis en évidence que les attitudes et connaissances, l'intention, l'incidence des agressions sexuelles pouvaient être modifiées via ces programmes qui sont plus efficaces lorsqu'ils s'inscrivent dans la durée.

Les programmes d'éducation à la résistance

Créé par Senn, le programme Enhanced Assess, Aknowledge, Act (EAAA) est un programme SARE (Sexual Assault Resistance Education), c'est-à-dire qu'il a pour objectif d'améliorer la résistance des femmes aux agressions sexuelles. C'est un programme de 12 heures à destination des étudiantes qui entrent à l'université. Se déclinant en 4 unités, il vise notamment à fournir aux femmes des compétences pour l'évaluation des risques ainsi que des stratégies physiques et verbales pour réduire ces risques (8).

Après avoir montré ses effets bénéfiques à court terme sur la perception du risque, l'auto-défense et son auto-efficacité perçue et les croyances relatives au viol ou à la victime, un essai contrôle randomisé a été mis en place sur des étudiantes de première année, âgées de 17 à 24 ans. Un an après leur participation au programme, et comparativement au groupe contrôle, les résultats ont mis en évidence une diminution de 46% du taux de viols effectifs et de 63% de tentatives de viols sur les femmes ayant participé au programme (77).

Le programme DATE (Dating Assertiveness Training Experience) est un autre programme de prévention ayant pour objectif d'améliorer la résistance des femmes aux violences conjugales ou sexuelles. Se déroulant en deux sessions de 90 minutes, il propose des discussions sur le consentement, la définition et l'importance des comportements affirmés et les façons appropriées de répondre, c'est-à-dire des comportements d'affirmation de soi. Comparativement à un groupe contrôle, les femmes ayant assisté à ce programme estimaient subir moins d'agressions sexuelles et dans les cas où elles en subissaient, elles réagissaient de manière plus affirmée (78).

The Women's Program

Egalement créé par Foubert, The Women's Program est le pendant féminin du Men's Program. Il a pour objectif d'améliorer la volonté et l'efficacité d'intervention des femmes. Pour cela, après avoir défini le viol et les difficultés mentales et physiques associées, les présentateurs montrent la vidéo de l'interview d'un homme ayant commis un viol. S'ensuit une discussion afin d'identifier et d'éviter les hommes et les situations à risque de violences sexuelles. Puis une discussion est menée sur la façon de venir en aide aux victimes et d'intervenir dans une situation à risque impliquant une consommation d'alcool. Enfin, il était demandé aux participantes ce qu'elles étaient prêtes à faire si elles étaient témoins d'une situation de viol (32).

Dans la seule étude centrée sur ce programme datant de 2010 chez des étudiantes, Foubert a montré que ce programme entraînait une diminution des mythes supportant le viol et améliorait la volonté et l'efficacité des femmes lorsqu'elles assistaient à une situation à risque (32).

Parallèlement à ces programmes, une étude a montré que ces femmes sont plus susceptibles de venir en aide à une victime potentielle si elles se trouvent en groupe, si la victime est féminine car elles se sentent notamment plus responsables, plus compétentes et moins inhibées (46).

A l'image de ce qui a pu être fait pour la prévention chez les hommes, ces études souffrent de quelques limites. Très peu d'entre elles incluent une évaluation objective du taux de violences sexuelles. Le nombre très limité d'études concernant cette population pourtant à risque est également une limite importante.

Les approches centrées sur les enfants

Bien que la plupart des études s'intéressent aux adolescents, il semble pertinent de reprendre également celles ayant pour unique cible d'intervention les enfants plus jeunes, âgés donc de 5 à 12 ans. Ces articles sont également principalement de niveau de preuve 2.

Tout d'abord, dans une méta-analyse de 2000, Davis et Gidycz (19) ont étudié les effets de 31 études de programmes scolaires dédiés aux enfants de 3 à 13 ans et incluant un groupe contrôle. Les résultats ont montré que les enfants qui participent à ces programmes ont de meilleures connaissances sur la prévention ainsi que de meilleures compétences que ceux qui n'y ont pas participé. Plus spécifiquement, les programmes permettant une participation active et un entraînement aux compétences comportementales produisaient le plus de changements. De même, ceux qui comprenaient plus de trois sessions étaient plus efficaces, non pas la durée totale mais par la multiplicité des séances. Enfin, les enfants les plus jeunes sont ceux pour qui l'efficacité des programmes était la plus importante. Les résultats sont répertoriés dans le tableau 1.

Safe@Last

Safe@Last est un programme destiné aux enfants de 5 à 12 ans et comprenant 4 sessions de 35 minutes. Son objectif est que ces enfants soient en capacité de reconnaître, réagir et révéler les violences sexuelles par le biais de l'apprentissage de compétences comportementales ou de jeux de rôle. Son efficacité a été démontrée sur les connaissances des enfants (63).

Safe Touch

Safe Touch s'adresse aux enfants de 5 à 10 ans à travers un atelier interactif de 50 minutes dans lequel les enfants sont entraînés, grâce à l'utilisation de poupées, à reconnaître les endroits privés de leur corps, la différence entre les touchers sains et pas sains, le fait que ces touchers malsains puissent être l'œuvre d'un adulte de confiance et la façon de dévoiler ces touchers. Cette intervention a permis d'améliorer la connaissance de ces différentes notions auprès d'enfants d'une moyenne d'âge de 8 ans (72).

La prévention sexuelle en lien avec d'autres facteurs

Après avoir fait le point sur les différents programmes de prévention primaire concernant les violences sexuelles, voici une revue de différents facteurs pouvant avoir des effets sur la prévention. La majorité des études citées sont aussi de niveau de preuve

Le retard mental

Dans une revue systématique de 2009, Barger et al. ont montré que très peu de programmes s'adressaient à ce type de population (7).

Cette population étant plus à risque, différents programmes ont été menés auprès d'elle. En 1998, un programme entraînait des femmes à refuser des avances, quitter une situation à risque et rapporter l'incident à un adulte de confiance. Ces compétences étaient apprises et retenues un mois plus tard (55).

Un essai contrôle randomisé auprès de 120 jeunes filles déficientes est actuellement en cours d'étude (12).

La consommation d'alcool

Dans une étude portant sur 264 étudiantes âgées de 18 à 20 ans, Gilmore, Lewis et George (37) ont montré que la combinaison d'un programme de prévention des

violences sexuelles (via la réduction des risques) et d'un autre sur la réduction de la consommation d'alcool était plus efficace que chacune de ces interventions prises séparément sur l'incidence des agressions sexuelles.

Safe Bar est un autre programme de prévention ciblant les agressions sexuelles dans le contexte de la consommation d'alcool. Il s'agit d'un programme « bystander » destiné aux personnels travaillant dans les bars, c'est-à-dire qu'il a pour objectif d'entraîner les personnels témoins de violence sexuelle à réagir de façon adaptée. Toutefois, ce programme n'a pas encore été évalué.

Le milieu socio-économique

Le programme Safe@Last s'est montré plus efficace chez les enfants issus de milieux avec des revenus moins importants que chez ceux issus de milieux plus favorisés. En effet, chez des enfants âgés de 5 à 12 ans, ceux bénéficiant du programme avaient de meilleures connaissances que ceux n'en bénéficiant pas, cet effet étant d'autant plus important chez les enfants issus des milieux plus modestes (63).

Une approche interdisciplinaire incluant notamment conseillers scolaires et infirmières a aussi mis en évidence les effets positifs d'un programme de prévention utilisant le théâtre sur les connaissances d'enfants âgés de 8 à 11 ans (45).

Enfin, une étude de cohorte a été menée au Kenya auprès de plus de 5500 filles âgées de 10 à 16 ans. Dans les 14 écoles ayant bénéficié des six sessions de deux heures lors desquelles les étudiantes étaient sensibilisées à l'auto-défense et à l'égalité des genres, le taux de prévalence des violences sexuelles était inférieur de 3,7% par rapport aux écoles n'ayant pas bénéficié de ce programme (3).

Cette revue de la littérature permet donc de constater que les programmes de prévention des violences sexuelles sont nombreux. Bien que très majoritairement dédiés aux étudiants, ils peuvent cibler les hommes, les femmes ou les deux à la fois. De plus, ils peuvent impliquer d'autres facteurs qui vont influencer les effets de ces programmes sur les populations cibles.

Différentes méta-analyses ont été effectuées au cours de ces vingt dernières années dans le but d'évaluer les différents programmes de prévention (tableau 1), en plus de celle de Davis et Gidycz de 2000 (19). Ces méta-analyses sont de niveau de preuve 1, c'est-à-dire qu'une preuve scientifique a été établie.

Katz et Moore, en 2013, ont cherché à évaluer les programmes « bystander », c'est-à-dire s'adressant aux témoins potentiels (47). En plus de fournir une évaluation avant et après l'intervention étudiée, les recherches devaient également comporter un groupe contrôle. Les 12 études retenues ont permis de mettre en évidence que comparativement au groupe contrôle, les étudiants ayant bénéficié du programme montrent, dans l'ordre, plus d'efficacité face aux situations à risque, plus d'intentionnalité à venir en aide aux autres, plus de comportements d'aide, moins de tolérance des mythes du viol et de propension au viol.

En 2015, Walsh et al. (90) ont effectué une méta-analyse incluant 24 études et 5802 participants âgés de 5 à 18 ans au travers 7 pays. Celle-ci a permis de mettre en évidence l'efficacité de programmes de prévention scolaire des abus sexuels sur les compétences des comportements de protection et la connaissance des concepts de prévention des abus sexuels. Bien qu'efficaces à court terme, les études de cette méta-analyse n'ont pas assez mesuré les éventuels bénéfices à long-terme de ces programmes dans la prévalence d'abus sexuels chez les participants.

Dans leur méta-analyse de 2014 et portant sur 140 études, DeGue (20) et al ont cherché à évaluer quelles interventions étaient les plus efficaces en terme d'occur-

rence de violences sexuelles. Ils ont ainsi mis en évidence le très peu d'effet positif des programmes utilisant une méthodologie des plus rigoureuses, contrairement à ceux utilisant une méthodologie moins rigoureuse. De plus, les études évaluant les connaissances, les compétences ou les intentions montraient davantage d'effets positifs que celles évaluant directement les comportements sexuels violents. Enfin, les interventions les plus efficaces duraient en moyenne 6 heures alors que les interventions n'ayant pas d'effet ou des effets négatifs duraient deux à trois fois moins longtemps, cela alors même que pour la moitié des études sélectionnées, les interventions duraient moins d'une heure.

Cette revue de la littérature nous montre que la prévention primaire des violences sexuelles est une vaste question à laquelle de nombreuses études ont tenté de répondre. Néanmoins, la très grande majorité d'entre elles souffrent de biais importants et n'évaluent pas objectivement la prévalence de ces violences sexuelles.

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectif	Critères de sélection Population	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Davis & Gidycz, 2000	Méta-analyse	Evaluer l'efficacité de programme scolaire de prévention des violences sexuelles sur les enfants en terme de connaissances ou de comportements	Etudes en anglais évaluant les programmes de prévention des violences sexuelles à l'égard des enfants incluant un groupe contrôle 8115 participants âgés de 3 à 13 ans	Connaissances à propos des violences sexuelles	- Meilleures connaissances chez les enfants participants au programme - Meilleures connaissances chez les enfants ayant participé à un programme incluant des compétences comportementales - Meilleures connaissances chez les enfants ayant participé à un programme incluant plus de 3 séances - Acquisitions plus importantes chez les enfants les plus jeunes
Katz et Moore 2013	Revue systématique de la littérature et méta-analyse	Evaluer les effets d'un programme de prévention primaire de la violence sexuelle	Etudes Nord-Américaines évaluant l'efficacité de programme de prévention incluant des données pré et post-session et un groupe contrôle 1452 Etudiants ayant suivi le programme 1474 Etudiants contrôle	Attitudes, intentions de comportements et comportements réels liés aux autres étudiants et au viol	- Augmentation de l'efficacité perçue, de l'intention et des comportements d'aide - Diminution du degré d'accord avec les mythes du viol et de la propension au viol chez les individus ayant suivis le programme. - Pas de diminution des comportements d'agressions sexuelles.
Walsh et al., 2015	Revue systématique de la littérature et méta-analyse	Evaluer l'efficacité de programme scolaire de prévention des violences sexuelles sur les enfants en termes de comportements et de connaissances	Essais contrôlés randomisés ou quasi-randomisés incluant un groupe contrôle 5802 participants âgés de 5 à 18 ans	Comportements protectifs et leur rétention, connaissance des violences sexuelles et leur rétention, anxiété ou peur et révélation de violences sexuelles	- Augmentation des compétences dans les comportements de protection et les connaissances liées aux violences sexuelles - Pas d'effet sur l'anxiété ou la peur - Pas de rétention à long-terme
De Gue et al., 2014	Revue systématique de la littérature et méta-analyse	Déterminer quelles interventions sont les plus efficaces en termes d'incidence de violences sexuelles			- Les études impliquant une méthodologie rigoureuse ont moins d'effets positifs que celles utilisant une méthodologie moins rigoureuse - Les études évaluant les connaissances, les compétences et les intentions ont plus d'effets positifs que celles évaluant directement les comportements violents - Les interventions les plus efficaces duraient en moyenne 6 heures, soit deux à trois fois plus que les études avec peu d'effets ou des effets négatifs

Bibliographie

1. Abbey A. Alcohol-related sexual assault: a common problem among college students. *Journal of Studies on Alcohol, Supplement*. mars 2002;14(1):1828.
2. Anderson LA, Whiston SC. Sexual Assault Education Program : A Meta-analytic Examination of their Effectiveness. *Psychology of Women Quarterly*. 2005;29:374-88.
3. Baiocchi M, Omondi B, Langat N, Boothroyd DB, Sinclair J, Pavia L, et al. A Behavior-Based Intervention That Prevents Sexual Assault: the Results of a Matched-Pairs, Cluster-Randomized Study in Nairobi, Kenya. *Prevention Science*. oct 2017;18(7):81827.
4. Banyard VL, Ward S, Cohn ES, Plante EG, Moorhead C, Walsh W. Unwanted Sexual Contact on Campus : A Comparison of Women's and Men's Experiences. *Violence and Victims*. 2007;22(1):53-73.
5. Banyard VL, Moynihan MM, Crossman MT. Reducing Sexual Violence on Campus: The Role of Student Leaders as Empowered Bystanders. *Journal of College Student Development*. 2009;50(4):44657.
6. Banyard VL, Moynihan MM, Plante EG. Sexual violence prevention through bystander education: An experimental evaluation. *Journal of Community Psychology*. mai 2007;35(4):46381.
7. Barger E, Wacker J, Macy R, Parish S. Sexual Assault Prevention for Women With Intellectual Disabilities: A Critical Review of the Evidence. *Intellectual and Developmental Disabilities*. août 2009;47(4):24962.
8. Basile KC, DeGue S, Jones K, Freire K, Dills J, Smith SG et al. Stop SV : A Technical Package to Prevent Sexual Violence. National Center for Injury Prevention and Control. Division of Violence Prevention. 2016.
9. Cares AC, Banyard VL, Moynihan MM, Williams LM, Potter SJ, Stapleton JG. Changing Attitudes About Being a Bystander to Violence : Translating an In-Person Sexual Violence Prevention Program to a New Campus. *Violence Against Women*. fév 2015;21(2) :165-87.
10. Casey EA, Lindhorst TP. Toward a Multi-level, Ecological Approach to the Primary Prevention of Sexual Assault. *Trauma, Violence & Abuse*. 2009;10(2):91-114.
11. Chasan-Taber L, Tabachnick J. Evaluation of a Child Sexual Abuse Prevention Program. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*. oct 1999;11(4):27992.
12. Chodan W, Häbfler F, Reis O. A randomized controlled trial on the effectiveness of a sexual abuse prevention programme for girls with intellectual disabilities: study protocol. *Translational Developmental Psychiatry*. 15 déc 2017;5(1):1407192.
13. Cissner A, Center for Court Innovation. Evaluating the Mentors in Violence Prevention Program. 2009. Commandité par l'US Department of Education.
14. Coker AL, Bush HM, Cook-Craig PG, DeGue SA, Clear ER, Brancato CJ, et al. RCT Testing Bystander Effectiveness to Reduce Violence. *American Journal of Preventive Medicine*. mai 2017;52(5):56678.
15. Coker AL, Bush HM, Fisher BS, Swan SC, Williams CM, Clear ER, et al. Multi - College Bystander Intervention Evaluation for Violence Prevention. *American Journal of Preventive Medicine*. mars 2016;50(3):295302.
16. Coker AL, Cook-Craig PG, Williams CM, Fisher BS, Clear ER, Garcia LS, et al. Evaluation of Green Dot: An Active Bystander Intervention to Reduce Sexual Violence on College Campuses. *Violence Against Women*. juin 2011;17(6):77796.
17. Coker AL, Fisher BS, Bush HM, Swan SC, Williams CL, Clear ER et al. Evaluation of the Green Dot Bystander Intervention to Reduce Interpersonal Violence Among College Students Across Three Campuses. *Violence Against Women*. 2015;21(12):1507-1527.
18. Coulton CJ, Crampton DS, Irwin M, Spilsbury JC, Korbin JE. How neighborhoods influence child maltreatment: A review of the literature and alternative pathways. *Child Abuse & Neglect*. nov 2007;31(11):11742.
19. Davis MK, Gidycz CA. Child Sexual Abuse Prevention Programs: A Meta-Analysis. *Journal of Clinical Child Psychology*. mai 2000;29(2):25765.
20. DeGue S, Valle LA, Holt MK, Massetti GM, Matjasko JL, Sharp AT. A systematic review of primary prevention strategies for sexual violence perpetration. *Aggression and Violent Behavior*. juill 2014;19(4):34662.
21. DeKeseredy WS, Schwartz MD. *Male Peer Support and Violence against Women*. Boston:Northeastern University Press; 2013.
22. Espelage DL, Low S, Polanin JR, Brown EC. The Impact of a Middle School Program to Reduce Aggression, Victimization, and Sexual Violence. *Journal of Adolescent Health*. août 2013;53(2):1806.
23. Espelage DL, Low S, Polanin JR, Brown EC. Clinical trial of Second Step® middle-school

- program: Impact on aggression & victimization. *Journal of Applied Developmental Psychology*. mars 2015;37:5263.
24. Foshee VA, Bauman KE, Arriaga XB, Helms RW, Koch GG, Linder GF. An Evaluation of Safe Dates, an Adolescent Dating Violence Prevention Program. *American Journal of Public Health*. janv 1998;88(1):45-50.
25. Foshee VA, Bauman KE, Greene WF, Koch GG, Linder GF, MacDougall JE. The Safe Dates Program: 1-Year Follow-Up Results. 2000;90(10):4.
26. Foshee VA, Bauman KE, Ennett ST, Linder GF, Benefield T, Suchindran C. Assessing the Long-Term Effects of the Safe Dates Program and a Booster in Preventing and Reducing Adolescent Dating Violence Victimization and Perpetration. *American Journal of Public Health*. avr 2004;94(4):61924.
27. Foshee VA, McNaughton Reyes HL, Ennett ST, Cance JD, Bauman KE, Bowling JM. Assessing the Effects of Families for Safe Dates, a Family-Based Teen Dating Abuse Prevention Program. *Journal of Adolescent Health*. oct 2012;51(4):34956.
28. Foubert JD. The longitudinal effects of a rape prevention program on fraternity men's attitudes, behavioral intent, and behavior. *Journal of American College Health*. 2000;48(4):158-63.
29. Foubert JD, Cowell EA. Perceptions of a Rape Prevention Program by Fraternity Men and Male Student Athletes: Powerful Effects and Implications for Changing Behavior. *NASPA Journal*. 2004;42(1):20.
30. Foubert JD, Newberry JT, Tatum JL. Behavior Differences Seven Months Later: Effects of a Rape Prevention Program. *NASPA Journal*. 2007;44(4):22.
31. Foubert JD, Godin EE, Tatum JL. In Their Own Words: Sophomore College Men Describe Attitude and Behavior Changes Resulting From a Rape Prevention Program 2 Years After Their Participation. *Journal of Interpersonal Violence*. déc 2010;25(12):223757.
32. Foubert JD, Langhinrichsen-Rohling J, Brasfield H, Hill B. Effects of a rape awareness program on college women: increasing bystander efficacy and willingness to intervene. *Journal of Community Psychology*. 3 août 2010;38(7):81327.
33. Foubert JD, Masin RC. Effects of The Men's Program on U.S. Army Soldiers' Intentions to Commit and Willingness to Intervene to Prevent Rape: A Pretest Posttest Study. *Violence and Victims*. 1 déc 2012;27(6):91121.
34. Foubert JD, Perry BC. Creating Lasting Attitude and Behavior Change in Fraternity Members and Male Student Athletes: The Qualitative Impact of an Empathy-Based Rape Prevention Program. *Violence Against Women*. janv 2007;13(1):7086.
35. Foubert J, Newberry JT. Effects of Two Versions of an Empathy-Based Rape Prevention Program on Fraternity Men's Survivor Empathy, Attitudes, and Behavioral Intent to Commit Rape or Sexual Assault. *Journal of College Student Development*. 2006;47(2):13348.
36. Gidycz CA, Orchowski LM, Berkowitz AD. Preventing Sexual Aggression Among College Men: An Evaluation of a Social Norms and Bystander Intervention Program. *Violence Against Women*. juin 2011;17(6):72042.
37. Gilmore AK, Lewis MA, George WH. A randomized controlled trial targeting alcohol use and sexual assault risk among college women at high risk for victimization. *Behaviour Research and Therapy*. nov 2015;74:3849.
38. Goodman L, Fels K, Glenn C. No safe Place : Sexual Assault in the Lives of Homeless Women. National Online Resource Center on Violence Against Women. sept 2006.
39. Greco D, Dawgert S, Pennsylvania Coalition Against Rape. Poverty and Sexual Violence : Building Prevention and Intervention Responses. 2007.
40. Gross AM, Winslett A, Roberts M, Gohm CL. An Examination of Sexual Violence Against College Women. *Violence Against Women*. mars 2006;12(3):288300.
41. Herrman JW, Waterhouse JK. A Feasibility Study to Assess the Effectiveness of Safe Dates for Teen Mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2014;43(6):695-709.
42. Horn JV, Eisenberg M, Nicholls CM, Mulder J, Webster S, Paskell C, et al. Stop It Now! A Pilot Study Into the Limits and Benefits of a Free Helpline Preventing Child Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*. 17 nov 2015;24(8):85372.
43. Ingemann-Hansen O, Sabroe S, Brink O, Knudsen M, Charles AV. Characteristics of victims and assaults of sexual violence - Improving inquiries and prevention. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. mai 2009;16(4):1828.
44. Jozkowski KN. Beyond the Dyad : An Assessment of Sexual Assault Prevention Education Focused on Social Determinants of Sexual Assault Among College Students. *Violence Against Women*. 2015;1-27.
45. Karen S. Hayward, Dale Elizabeth Pehrsson. Interdisciplinary Action Supporting Sexual Assault Prevention Efforts in Rural Elementary

- Schools. *Journal of Community Health Nursing*. 2000;17(3):14150.
46. Katz J, Colbert S, Colangelo L. Effects of Group Status and Victim Sex on Female Bystanders' Responses to a Potential Party Rape. *Violence and Victims*. 1 avr 2015;30(2):26578.
47. Katz J, Moore J. Bystander Education Training for Campus Sexual Assault Prevention: An Initial Meta-Analysis. *Violence and Victims*. 1 déc 2013;28(6):105467.
48. Katz J, Paziienza R, Olin R, Rich H. That's What Friends Are For: Bystander Responses to Friends or Strangers at Risk for Party Rape Victimization. *Journal of Interpersonal Violence*. oct 2015;30(16):277592.
49. Khalifeh H, Oram S, Osborn D, Howard LM, Johnson S. Recent physical and sexual violence against adults with severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *International Review of Psychiatry*. 2 sept 2016;28(5):43351.
50. Kimble M, Neacsiu AD, Flack WF, Horner J. Risk of Unwanted Sex for College Women: Evidence for a Red Zone. *Journal of American College Health*. nov 2008;57(3):3318.
51. Kleinsasser A, Jouriles EN, McDonald R, Rosenfield D. An online bystander intervention program for the prevention of sexual violence. *Psychology of Violence*. 2015;5(3):22735.
52. Labhardt D, Holdsworth E, Brown S, Howat D. You see but you do not observe: A review of bystander intervention and sexual assault on university campuses. *Aggression and Violent Behavior*. juill 2017;35:1325.
53. Langhinrichsen-Rohling J, Foubert JD, Brasfield HM, Hill B, Shelley-Tremblay S. The Men's Program: Does It Impact College Men's Self-Reported Bystander Efficacy and Willingness to Intervene? *Violence Against Women*. juin 2011;17(6):74359.
54. Lawson SL, Munoz-Rojas D, Gutman LS, Siman MN. Changing Attitudes and Perceptions of Hispanic Men Ages 18 to 25 about Rape and Rape Prevention. *Issues in Mental Health Nursing*. 18 déc 2012;33(12):86470.
55. Lumley VA, Miltenberger RG, Long ES, Rapp JT, Roberts JA. Evaluation of a Sexual Abuse Prevention Program for Adults with Mental Retardation. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 1998;31(1):91-101.
56. Maston C, Klaus P. Criminal Victimization in the United States, 2005 Statistical Tables. *NCJ* 215244.
57. McMahon S, Postmus JL, Warrenner C, Koenick RA. Utilizing Peer Education Theater for the Primary Prevention of Sexual Violence on College Campuses. *Journal of College Student Development*. 2014;55(1):7885.
58. McMahon S, Winter SC, Palmer JE, Postmus JL, Peterson NA, Zucker S, et al. A randomized controlled trial of a multi-dose bystander intervention program using peer education theater. *Health Education Research*. août 2015;30(4):55468.
59. Mentors in Violence Prevention. *Evaluation Report*. 2001.
60. Miller E, Tancredi DJ, McCauley HL, Decker MR, Virata MCD, Anderson HA, et al. "Coaching Boys into Men": A Cluster-Randomized Controlled Trial of a Dating Violence Prevention Program. *Journal of Adolescent Health*. nov 2012;51(5):4318.
61. Miller E, Tancredi DJ, McCauley HL, Decker MR, Virata MCD, Anderson HA, et al. One-year follow-up of a Coach-delivered Dating Violence Prevention Program : A Cluster Randomized Controlled Trial. *American Journal of Preventive Medicine*. 2013;45(1):108-12.
62. Mohler-Kuo M, Dowdall GW, Koss MP, Wechsler H. Correlates of Rape while Intoxicated in a National Sample of College Women. *Journal of Studies on Alcohol*. janv 2004;65(1):37-45.
63. Morris MC, Kouros CD, Janecek K, Freeman R, Mielock A, Garber J. Community-level moderators of a school-based childhood sexual assault prevention program. *Child Abuse & Neglect*. janv 2017;63:295306.
64. Moynihan MM, Banyard VL, Arnold JS, Eckstein RP, Stapleton JG. Engaging Intercollegiate Athletes in Preventing and Intervening in Sexual and Intimate Partner Violence. *Journal of American College Health*. 2010;59(3):197-204.
65. Moynihan MM, Banyard VL, Arnold JS, Eckstein RP, Stapleton JG. Sisterhood May Be Powerful for Reducing Sexual and Intimate Partner Violence: An Evaluation of the Bringing in the Bystander In-Person Program with Sorority Members. *Violence Against Women*. juin 2011;17(6):70319.
66. Moynihan MM, Banyard VL, Cares AC, Potter SJ, Williams LM, Stapleton JG. Encouraging Responses in Sexual and Relationship Violence Prevention : What Program Effects Remain 1 Year Later ? *Journal of Interpersonal Violence*. 2015;30(1):110-132.
67. Pacifici C, Stoolmiller M, Nelson C. Evaluating a prevention program for teenagers on sexual coercion: A differential effectiveness approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2001;69(3):5529.
68. Potter SJ. Using a Multimedia Social Marketing Campaign to Increase Active Bystanders on the College Campus. *Journal of American College Health*. 2012;60(4):282-295.

69. Potter SJ, Moynihan MM. Bringing in the Bystander In-Person Prevention Program to a U.S. Military Installation: Results From a Pilot Study. *Military Medicine*. août 2011;176(8):8705.
70. Potter SJ, Stapleton JG. Bringing in the target audience in bystander social marketing materials for communities: Suggestions for practitioners. *Violence Against Women*. 2011;17(6):797-812.
71. Potter SJ, Stapleton JG. Translating Sexual Assault Prevention from a College Campus to a United States Military Installation: Piloting the Know-Your-Power Bystander Social Marketing Campaign. *Journal of Interpersonal Violence*. mai 2012;27(8):1593621.
72. Pulido ML, Dauber S, Tully BA, Hamilton P, Smith MJ, Freeman K. Knowledge Gains Following a Child Sexual Abuse Prevention Program Among Urban Students: A Cluster-Randomized Evaluation. *American Journal of Public Health*. juillet 2015;105(7):134450.
73. Rheingold AA, Zajac K, Chapman JE, Patton M, de Arellano M, Saunders B, et al. Child Sexual Abuse Prevention Training for Childcare Professionals: An Independent Multi-Site Randomized Controlled Trial of Stewards of Children. *Prevention Science*. avr 2015;16(3):37485.
74. Rothman E, Silverman J. The Effect of a College Sexual Assault Prevention Program on First-year Students' Victimization Rates. *Journal of American College Health*. janv 2007;55(5):28390.
75. Salazar LF, Vivolo-Kantor A, Hardin J, Berkowitz A. A Web-Based Sexual Violence Bystander Intervention for Male College Students: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*. 5 sept 2014;16(9):e203.
76. Scheel ED, Johnson EJ, Schneider M, Smith B. Making Rape Education Meaningful for men : The Case for Eliminating the Emphasis on Men as Perpetrators, Protectors, or Victims. *Sociological Practice*. 2001;3(4):257-78.
77. Senn CY, Eliasziw M, Barata PC, Thurston WE, Newby-Clark IR, Radtke HL, et al. Efficacy of a Sexual Assault Resistance Program for University Women. *New England Journal of Medicine*. 11 juin 2015;372(24):232635.
78. Simpson Rowe L, Jouriles EN, McDonald R, Platt CG, Gomez GS. Enhancing Women's Resistance to Sexual Coercion: A Randomized Controlled Trial of the DATE Program. *Journal of American College Health*. avr 2012;60(3):2118.
79. Smith SG, Chen J, Basile KC, Gilbert LK, Merrick MT, Patel N et al. The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS) : 2010-2012 State Report. National Center for Injury Prevention and Control. Division of Violence Prevention. 2017.
80. Söchting I, Fairbrother N, Koch WJ. Sexual Assault of Women: Prevention Efforts and Risk Factors. *Violence Against Women*. janv 2004;10(1):7393.
81. Stephens KA, George WH. Rape Prevention With College Men: Evaluating Risk Status. *Journal of Interpersonal Violence*. juin 2009;24(6):9961013.
82. Taylor BG, Mumford EA, Lui W, Stein ND. Assessing Different Levels and Dosages of the Shifting Boundaries Intervention to Prevent Youth Dating Violence in New York City Middle Schools: A Randomized Control Trial. 2016;77.
83. Taylor B, Stein ND, Burden F. The Effects of Gender Violence/Harassment Prevention Programming in Middle Schools : A randomized Experimental Evaluation. *Violence and Victims*. 2010;25(2):202-23.
84. Taylor B, Stein ND, Woods D, Mumford E. Shifting boundaries: Final report on an experimental evaluation of a youth dating violence prevention program in New York City middle schools. American Psychological Association; 2011. Disponible sur: <http://doi.apa.org/getpe- doi.cfm?doi=10.1037/e72539201-001>
85. Teplin LA, McClelland GM, Abram KM, Weiner DA. Crime Victimization in Adults With Severe Mental Illness: 2006;21.
86. Testa M, Livingston JA. Alcohol Consumption and Women's Vulnerability to Sexual Victimization: Can Reducing Women's Drinking Prevent Rape? *Substance Use & Misuse*. janv 2009;44(910):134976.
87. Thomas KA, Sorenson SB, Joshi M. "Consent is Good, Joyous, Sexy": A banner campaign to market consent to college students. *Journal of American College Health*. 16 nov 2016;64(8):63950.
88. Turchik JA, Probst DR, Chau M, Nigoff A, Gidycz CA. Factors predicting the type of tactics used to resist sexual assault: A prospective study of college women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2007;75(4):60514.
89. Tyler K, Hoyt DR, Whitbeck LB. Coercive Sexual Strategies. *Violence and Victims*. 1998;13(1):47-61.
90. Walsh K, Zwi K, Woolfenden S, Shlonsky A. School-based education programmes for the prevention of child sexual abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015;4. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004380.pub3>

Quelle mise en œuvre des actions de prévention et de promotion de la santé en matière de violences sexuelles ?

Marie CHOLLIER

Docteur en philosophie appliquée, psychologue clinicienne au CRIR-AVS, Assistance publique - Hôpitaux de Marseille, diplômée en sexologie (AIUS), chargée de cours au Manchester Metropolitan University, Département d'Etudes Interdisciplinaires.

Marie-Hélène COLSON

Médecin sexologue, consultant pour le CRIR-AVS PACA, attachée de consultations, CISH, Hôpital de Sainte Marguerite de Marseille, rédacteur en chef adjoint de la revue européenne « Sexologies », directeur d'enseignement du DIU de sexologie à la faculté de médecine de Marseille, vice-présidente de l'AIUS.

Concernant le niveau de preuve des études relatives à cette question de l'audition publique, il convient de préciser que si, en France à ce jour, la plupart des acteurs de terrain « font » de la prévention, il existe peu d'interventions ou programmes de prévention primaire validés (basés sur les preuves). La littérature internationale a donc été consultée et les interventions de prévention primaire des violences sexuelles et/ou d'éducation à la santé (santé sexuelle mais pas exclusivement) incluant la question des violences sexuelles ont été revues.

Contexte et enjeu de la question

La prévention primaire des violences sexuelles est un enjeu de société et un enjeu global [1] [2] [3] intégré aux Objectifs de Développement Durable de l'Organisation Mondiale de la Santé [4] et, en France, à la stratégie nationale de santé et de santé sexuelle [5].

La prévention primaire désigne un ensemble d'actions visant à réduire la fréquence d'une maladie ou d'un problème de santé dans une population saine, par la diminution des causes et des facteurs de risque [6]. Les actions de prévention primaire des violences sexuelles sont le plus souvent basées sur une approche écologique en termes de santé publique et de santé globale [7] [8] [9] [10]. La distinction entre action d'éducation et action de prévention primaire tient principalement au public visé. Les actions d'éducation à la santé intégrant la thématique des violences sexuelles visent le grand public, tandis que la prévention primaire cible des publics dits vulnérables ou à risque. Les interventions, programmes ou actions sont donc basés sur la réduction des facteurs de risque et/ou le renforcement des facteurs de protection de subir ou d'agir des violences sexuelles [11]. Il convient donc de préciser que d'autres interventions, actions ou programmes contribuent très probablement à la prévention primaire des violences sexuelles en ciblant certains facteurs de risque/protection (ex : éducation à la sexualité, prévention de la consommation de toxiques etc.).

Trois types de publications ont été consultés :

1. Les méta-analyses, revues systématiques, revues intégratives portant sur les actions, programmes, interventions de prévention primaire et/ou d'éducation à la santé ciblant spécifiquement les violences sexuelles,

2. Les actions, programmes, interventions validé(e)s sur la base d'essais contrôlés randomisés, d'études comparatives et/ou de suivi longitudinal des programmes/interventions,
3. Néanmoins, dans l'objectif de dresser un panorama des pratiques des interventions simples ou programmes décrits et détaillés ont été inclus.

Pour un panorama global des actions de prévention/d'éducation, les publications retenues devaient répondre aux critères suivants :

1. Date : 2001 à aujourd'hui.
2. Description ou informations concernant la durée, le lieu, la population cible, la cible ou objectifs de l'intervention (comportemental, attitudinal).

D'autres informations ont été recueillies mais de manière non systématique. Les caractéristiques des actions, programmes et interventions sont détaillées ci-après.

Caractéristiques des interventions et programmes de prévention primaire des violences sexuelles

À l'échelle mondiale, les violences sexuelles sont le plus souvent abordées sous les angles criminologique, victimologique et épidémiologique [12] (voir Chapitre 1). Concernant les interventions et les populations cibles, différentes approches théoriques sont retrouvées, rendant compte de la spécificité des violences sexuelles en fonction d'autres catégories ou identités sociales [13] (ex : genre, ethnicité, etc.). Les interventions/programmes décrits ci-dessous sont donc très variés et souvent peu comparables. L'extension du champ de la prévention et la conceptualisation des violences sexuelles mènent donc à des cibles et/ou objectifs (cognitives, comportementales) diverses [14]. De plus, ces actions ou programmes sont indissociables d'éléments structurels et économiques (système légal, système de santé), des politiques de prévention [15] [16] [17] et de la gestion institutionnelle [18] des faits de violence sexuelle.

Contexte théorique

Les programmes, et interventions sont basées sur des champs et théories diverses. Sont donc retrouvées des actions basées sur la construction des normes [19], l'effet spectateur [20] [21], les théories de changement du comportement [22], les théories de la diffusion de l'innovation. En psychologie communautaire on retrouve le concept d'empowerment [23] (autonomisation, agentivité) notamment au sein de population à risque de victimisation [24].

Type et durée des interventions

La première donnée importante concernant les interventions de prévention primaire des violences sexuelles consiste en leur **durée**. La plupart des programmes sont menés (au minimum) sur plusieurs semaines. Les interventions brèves ou uniques recensées développent un objectif unique généralement associé à une acquisition de connaissances (ex : une intervention unique sur le corps et la reconnaissance de gestes (in)appropriés par les enfants [25]).

Concernant les professionnels menant ces actions, ils sont soit des professionnels spécialisés dans le champ de la prévention primaire des violences sexuelles soit des interlocuteurs habituels des publics cibles (ex : instituteurs [26]) ayant suivi une **formation spécifique** pour mener le projet ou le programme.

L'utilisation des nouvelles technologies apparaît également comme un possible support pour le développement de compétences spécifiques. Si les supports numériques sont retrouvés dans diverses interventions (notamment ciblant les parents et les professionnels [27]) sont également retrouvées des interventions en ligne [28] [29] et en réalité virtuelle [30].

Globalement, est retrouvée la structure habituelle des actions de prévention primaire avec : un socle d'informations génériques visant le grand public, un socle d'éducation ciblant les besoins spécifiques de certaines populations, un socle d'interventions visant au maintien ou à l'adoption de comportements adaptés, et enfin un ensemble de prises en charge spécifiques. Quels que soient le type et la durée des interventions, la population cible (population générale, possible témoin [31], possible victime, possibles auteurs, parents ou proches des victimes, parents ou proches des auteurs, ou professionnels) va déterminer le contenu, les objectifs et le format de l'action.

Modalités		Prise en charge	
Campagne d'information		Intervention	
Éducation		Prise en charge	
Population cible	Population vulnérable possiblement victime	En milieu scolaire [33] [34] [35] [36], universitaire [37] Prévention de la revictimisation [38] [39]	Prise en charge médico-psychologique
	Population vulnérable possiblement auteur	Darkness to Light Stop it now! Dunkelfeld	Programme Dunkelfeld Ligne d'écoute Stop it Now
	Personnes présentant des risques de passage à l'acte sexuel dû à une préférence sexuelle		Prise en charge médico-psychologique Berlin Dissexuality Therapy [42] [43]
Population générale investie dans la prévention	Personnes présentant des risques de passage à l'acte sexuel autre	En milieu universitaire [44]	Prise en charge médico-psychologique
	Population générale possiblement investie	Campagne ciblée en lycée Parents [45] [46] Professionnels [47] Témoïn [48]	Formation continue pour les professionnels [49]

Tableau 1 - Actions de prévention primaire et population cible

Population cible et objectifs des interventions

La population générale et/ou les possibles victimes

La population générale est généralement ciblée par des actions de masse comme les campagnes publicitaires. Concernant les violences sexuelles, les campagnes se font le plus souvent sur le thème des violences sexuelles sur mineurs ou la violence sexuelle entre pairs notamment chez les jeunes [50]. Il y a peu d'études sur l'efficacité de ces campagnes mais les données publiées sont encourageantes en termes d'acquisition de connaissances, de changement d'attitudes et de comportements et de révélations [51] [52].

La prévention primaire a depuis longtemps ciblé les enfants [53] [54] avec pour objectif l'adoption de comportements de protection, de résistance, de fuite et d'alerte [55] [56]. Plus récemment, sont développées des interventions intégrant des modules sur l'égalité des rapports de genre et les relations amoureuses [57] [58]. Chez les femmes, les interventions sont plus axées sur l'auto-défense et la résistance (physique et verbale) à l'agresseur [59] [60] [61] (en France, association ces cours sous le terme « stratégie et maîtrise d'adversaire »). Sont retrouvés les programmes de prévention du viol qui incluent les rapports de genre [62] et la déconstruction des stéréotypes et scripts relationnels [63]. On retrouve également des spécificités individuelles (personnes victimisées auparavant [64]), communautaires, contextuelles ou institutionnelles (armée [65] [66]) avec des programmes « sur mesure ». Enfin, les professionnels sont ciblés par des actions de formation (initiale et continue) adaptées et incluant la prévention primaire [67] [68] [69].

Les programmes ou actions de prévention primaire sont complexes car il y a toujours la possibilité que les participants ou usagers soient ou aient été victimes (ou auteurs) de violence sexuelle. En cela, tous les programmes recensés incluent ou débordent sur des éléments de prévention secondaire notamment en encourageant la révélation et la demande d'aide. Sont enfin retrouvés des programmes ciblant les conduites à risque liées au risque de violence sexuelle comme la consommation de toxiques [70].

Les possibles auteurs

Parmi la population générale, les jeunes (adolescents à jeunes adultes) sont une population à risque de violence agie et subie [71] [72]. Chez les jeunes hommes, les attitudes permissives envers le viol [73] et la réduction de l'effet spectateur [74] [75] sont le plus souvent ciblées [76] [77] [78] [79]. En termes de format d'intervention, sont retrouvées des formats standards (intervention menée par des professionnels) mais également des formats plus créatifs type théâtre forum [80]. Également, sont retrouvées les prises en charge spécifiques (psychosociale, médico-psychiatrique) des personnes à risque de violence agie et subie, notamment les enfants ou adolescents présentant des comportements sexuels problématiques [81].

Les personnes attirées par les mineurs. La prévention des violences sexuelles sur mineurs est une préoccupation sociale forte et a toujours été une priorité dans les plans de prévention [82]. Une nouvelle population cible des programmes de prévention est une population de personnes présentant une attirance ou préférence sexuelle (pédophilie [83]) qui, si agie, donnerait lieu à une judiciarisation. Les termes consacrés sont les pédophiles abstinentes [84], pédophiles vertueux [85] ou les personnes attirées par les mineurs [86] (traduction littérale de MAP – *minor attracted person*). Les études comparant les personnes attirées par les mineurs ayant et n'ayant pas agi d'actes sexuels sur des victimes mineures ont conclu à des facteurs contribuant à la commission de la première infraction initiant dès lors un possible moyen de prévention pour cette population vulnérable [87]. Le projet Dunkelfeld (Allemagne [88] [89]), le projet B4UAct [90]

(USA), la ligne d'écoute Stop It Now ! [91] [92] [93] (USA, Grande Bretagne, Irlande, Pays-Bas, Australie, Pologne) et autres déclinaisons, permettent aux personnes majeures et mineures [94] attirées par des mineurs de trouver une aide appropriée et de prévenir la commission d'infractions [95] [96]. Plus généralement, en Europe et Amérique du Nord, les services de santé (santé mentale et/ou santé sexuelle) font la promotion de possible prise en charge en amont de tout acte répréhensible. En France, l'initiative de certaines associations et la version française du projet PedoHelp s'inscrivent dans cette tendance.

Parmi toutes les actions ou interventions détaillées toutes ne sont pas évaluables [97], parmi celles évaluées la durée du suivi est parfois courte (ex : trois mois) et ne permet pas de présager d'une efficacité à moyen terme [98] [99]. De plus, les objectifs des interventions/programmes recensés sont le plus souvent évalués sur des variables indirectes (ex : augmentation de la capacité de résistance, réduction des attitudes négatives) et non sur la réduction des actes de violences sexuelles. Les principales interventions/programmes identifiés (voir tableau 2) ont été évalués sur au moins un an. La plupart des interventions validées sont américaines [100]. Enfin, les projets Stop it Now ! et Dunkelfeld ont été intégrés aux interventions efficaces, la possibilité de validation de type essai contrôle randomisé au sein de leur population cible semblant difficilement justifiable d'un point de vue éthique.

Pays	Nom du programme	Contenu / durée	Professionnel	Population cible	Objectif résultats d'intervention /
USA	CBIM (Coaching Boys Into Men) [101] [102] [103]	10-15 minutes hebdomadaires durant l'année scolaire	Formation des professionnels de l'école	Adolescents	Réduction des comportements agressifs et de l'effet spectateur
Allemagne	Dunkelfeld	Berlin Dissexuality Therapy indéterminée	Service hospitalier Prise en charge spécifique	Adultes attirés par des mineurs	
	Dunkelfeld mineurs			Adolescents (12-18 ans) attirés par des mineurs	
USA	Green Dot [104] [105] [106] [107]	Introduction 50 minutes, Intervention 5h	Éducateurs formés (4 jours de formation spécifique)	Adolescent / jeunes	Réduction des actes de violence sexuelle et de violence interpersonnelle
USA	Interact Sexual Assault Prevention Program [108] [109] [110]	Phase 1 : visionnage de vidéos, phase 2 théâtre forum:	Acteurs formateurs	Adolescent / jeunes	Réduction des attitudes négatives
.USA Suisse [111]	SAFE DATES [112] [113] [114]	Programme de 10 (attitudes, normes, relations ; création d'une pièce de 45 min ; concours de poster.	Jeunes (collège et lycée)		Réduction des épisodes de violences interpersonnelle et des attitudes négatives
USA	Shifting Boundaries [115]	6-10 semaines en milieu scolaire (collège, lycée) Participation active I	Enseignants formés	Jeunes (collège)	Réduction des comportements agressifs et de l'effet spectateur
Australie Pays-Bas Poland USA UK (...)	Stop it Now!	Ligne d'écoute	Professionnels formés [116]	Possible personne auteure de violence sexuelle	Utilisation/utilité de la ligne d'écoute, orientation

Tableau 2 Interventions efficaces et validées

Résumé

Les travaux recensés rendent compte d'une diversification des pratiques de prévention primaire des violences sexuelles. La compréhension scientifique des actes de violence sexuelle a permis, à partir d'un corpus empirique (facteurs de risque), de développer des formats d'intervention. La difficulté principale réside en l'adaptation (culturelle, à un public précis, à un contexte institutionnel ou d'intervention précis etc.) de formats et de contenus standards et/ou valides. Enfin, il convient de préciser que la prévention primaire apparaît comme genrée, ciblant les hommes comme possibles auteurs et les femmes comme possibles victimes. Si cela est vrai à l'échelle globale, les violences sexuelles subies par les hommes, agies par les femmes et les contextes spécifiques de la violence sexuelle (voir chapitre 1 - ex : violence sexuelle conjugale dans les couples de même sexe et/ou de même genre) doivent également être prises en considération dans les stratégies de prévention [117] [118].

En France, plusieurs études ont insisté sur le rôle des acteurs de santé primaire (ex : médecins généralistes [119] [120] [121]) et de nouveaux cadres institutionnels sont apparus pour accompagner notamment les mineurs (ex : CDADS [122]). Des initiatives créatives sont recensées [123] mais il n'existe pas à ce jour de curriculum sur la prévention primaire spécifique des violences sexuelles. Si l'éducation à la sexualité (ou à la vie affective et sexuelle) semblerait un cadre légal et social approprié pour cibler les jeunes, cela engendre d'autres difficultés notamment pour les publics spécifiques [124].

Neuf principes [125] [126] ont été identifiés comme contribuant à l'efficacité des interventions de prévention primaire :

1. **Contenu et approche globale** qui ciblent plusieurs facteurs et contexte de la violence sexuelle.
2. **Temps/moment** : cibler une population à risque (tranches d'âge).
3. **Utilisation des moyens pédagogiques variés.**
4. **Intensité et durée** du programme : adaptation au public, à ses capacités de concentration, d'investissement et d'assiduité.
5. **Expertise et aisance** des professionnels délivrant l'intervention.
6. **Promotion de relations positives** avec les professionnels et autres interlocuteurs (perspectives de prévention secondaire, ressources identifiées en cas de révélation de violence subie et/ou agie).
7. **Adaptation culturelle.**
8. **Basées sur des théories.**
9. **Évaluation de l'intervention** (de processus, pré et post-test a minima, étude longitudinale et/ou essai contrôle randomisé dans l'idéal).

La prévention primaire des violences sexuelles rend compte de l'hétérogénéité des violences sexuelles et des facteurs de risque et de protection associée, elle ne peut se passer d'une réflexion [127] interdisciplinaire sur la méthodologie des interventions [128] et les connaissances scientifiques ou spécifiques en jeu [129] [130].

Bibliographie

1. World Health Organization. World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs sustainable development goals. World Health Organization; 2016 Jun 8.
2. Mignot J, Troussier T. Santé sexuelle et droits humains. De Boeck Supérieur; 2015 Mar 18.
3. World Health Organization. Addressing violence against women and achieving the Millennium Development Goals. 2005.
4. World Health Organization. World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs sustainable development goals. World Health Organization; 2016 Jun 8.
5. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf
6. World Health Organization. Preventing intimate partner and sexual violence against women: Taking action and generating evidence. World Health Organization; 2010.
7. Linton B, Guerrero C, Przewoznik J. Primary prevention of sexual violence in North Carolina: a public health approach. *NC Med J*. 2010 Nov;71(6):557-8.
8. McMahon PM. The public health approach to the prevention of sexual violence. *Sexual Abuse* 2000;12:27-36.
9. Piet E. Le viol un problème de société, un problème de santé publique. *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*. 2010;194(8):1535-43.
10. Casey EA, Lindhorst TP. Toward a multi-level, ecological approach to the primary prevention of sexual assault: Prevention in peer and community contexts. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2009 Apr;10(2):91-114.
11. Coutanceau R, Smith J. *Violences aux personnes: comprendre pour prévenir*. Dunod; 2014 Jun 18.
12. Abrahams N, Devries K, Watts C, Pallitto C, Petzold M, Shamu S, García-Moreno C. Worldwide prevalence of non-partner sexual violence: a systematic review. *The Lancet*. 2014 May 10;383(9929):1648-54.
13. Phipps A, Ringrose J, Renold E, Jackson C. Rape culture, lad culture and everyday sexism: Researching, conceptualizing and politicizing new mediations of gender and sexual violence. *Journal of Gender Studies*. 2018 Jan 2;27(1):1-8.
14. Jewkes R, Flood M, Lang J. From work with men and boys to changes of social norms and reduction of inequities in gender relations: a conceptual shift in prevention of violence against women and girls. *The Lancet*. 2015 Apr 18;385(9977):1580-9.
15. Plummer C, Klein A. Using policies to promote child sexual abuse prevention: What is working. Harrisburg, PA: VAWnet, a project of the National Resource Center on Domestic Violence. 2013.
16. Platzer M. Prevention of Femicide. In *Crime Prevention* 2017 Jan 20 (pp. 309-338). CRC Press.
17. Ellsberg M, Arango DJ, Morton M, Gennari F, Kiplesund S, Contreras M, Watts C. Prevention of violence against women and girls: what does the evidence say?. *The Lancet*. 2015 Apr 18;385(9977):1555-66.
18. Potter SJ, Edwards KM, Banyard VL, Stapleton JG, Demers JM, Moynihan MM. Conveying campus sexual misconduct policy information to college and university students: Results from a 7-campus study. *Journal of American college health*. 2016 Aug 17;64(6):438-47.
19. Berkowitz AD. Fostering healthy norms to prevent violence and abuse: The social norms approach. *The prevention of sexual violence: A practitioner's sourcebook*. 2010 May:147-71.
20. McMahon S, Peterson NA, Winter SC, Palmer JE, Postmus JL, Koenick RA. Predicting Bystander Behavior to Prevent Sexual Assault on College Campuses: The Role of Self-Efficacy and Intent. *American journal of community psychology*. 2015 Sep 1;56(1-2):46-56.
21. Katz J, Moore J. Bystander education training for campus sexual assault prevention: An initial meta-analysis. Perspectives on college sexual assault: Perpetrator, victim, and bystander. 2013:183-96.
22. Banyard VL, Eckstein RP, Moynihan MM. Sexual violence prevention: The role of stages of change. *Journal of Interpersonal Violence*. 2010 Jan;25(1):111-35.
23. Le Bossé Y. De l'«habilitation» au «pouvoir d'agir»: vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment!. *Nouvelles pratiques sociales*. 2003;16(2):30-51.
24. Sarnquist C, Omondi B, Sinclair J, Citau C, Paiva L, Mulinge M, Cornfield DN, Maldonado Y. Rape prevention through empowerment of adolescent girls. *Pediatrics*. 2014 May 1;133(5):e1226-32.
25. Pulido ML, Dauber S, Tully BA, Hamilton P, Smith MJ, Freeman K. Knowledge gains following a child sexual abuse prevention program among urban students: A cluster-randomized evaluation. *American journal of public health*. 2015 Jul;105(7):1344-50.
26. Jin Y, Chen J, Jiang Y, Yu B. Evaluation of

- a sexual abuse prevention education program for school-age children in China: a comparison of teachers and parents as instructors. *Health education research*. 2017 Aug 1;32(4):364-73.
27. Rheingold AA, Zajac K, Patton M. Feasibility and acceptability of a child sexual abuse prevention program for childcare professionals: Comparison of a web-based and in-person training. *Journal of child sexual abuse*. 2012 Jul 1;21(4):422-36.
28. Salazar LF, Vivolo-Kantor A, Hardin J, Berkowitz A. A web-based sexual violence bystander intervention for male college students: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*. 2014 Sep;16(9).
29. Kleinsasser A, Jouriles EN, McDonald R, Rosenfield D. An online bystander intervention program for the prevention of sexual violence. *Psychology of violence*. 2015 Jul;5(3):227.
30. Jouriles EN, McDonald R, Kullowatz A, Rosenfield D, Gomez GS, Cuevas A. Can virtual reality increase the realism of role plays used to teach college women sexual coercion and rape-resistance skills?. *Behavior therapy*. 2009 Dec 1;40(4):337-45.
31. McMahan S, Banyard VL. When can I help? A conceptual framework for the prevention of sexual violence through bystander intervention. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2012 Jan;13(1):3-14.
32. Moran M, Berkowitz A. Using social norms to prevent teen dating violence at gateway high school. In *Tenth Annual National Social Norms Conference* Boston, MA 2007.
33. Min PK. Effects of Sexuality Education Coaching Program on Sex-related Knowledge and Attitude among Elementary School Students. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2014 Feb 1;44(1).
34. Espelage DL, Low S, Polanin JR, Brown EC. The impact of a middle school program to reduce aggression, victimization, and sexual violence. *Journal of Adolescent Health*. 2013 Aug 1;53(2):180-6.
35. Morris MC, Kouros CD, Janecek K, Freeman R, Mielock A, Garber J. Community-level moderators of a school-based childhood sexual assault prevention program. *Child abuse & neglect*. 2017 Jan 1;63:295-306.
36. Fryda CM, Hulme PA. School-based childhood sexual abuse prevention programs: An integrative review. *The Journal of School Nursing*. 2015 Jun;31(3):167-82.
37. Vladutiu CJ, Martin SL, Macy RJ. College- or university-based sexual assault prevention programs: A review of program outcomes, characteristics, and recommendations. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2011 Apr;12(2):67-86.
38. Hill JM, Vernig PM, Lee JK, Brown C, Orsillo SM. The development of a brief acceptance and mindfulness-based program aimed at reducing sexual revictimization among college women with a history of childhood sexual abuse. *Journal of clinical psychology*. 2011 Sep 1;67(9):969-80.
39. Rowe LS, Jouriles EN, McDonald R. Reducing sexual victimization among adolescent girls: A randomized controlled pilot trial of My Voice, My Choice. *Behavior therapy*. 2015 May 1;46(3):315-27.
40. Daigneault I, Collin-Vézina D, Hébert M. La prévalence et la prévention de l'agression sexuelle envers les enfants et les adolescents. *Cahier recherche et pratique*. 2012;2:20-3.
41. Lundgren R, Amin A. Addressing intimate partner violence and sexual violence among adolescents: emerging evidence of effectiveness. *Journal of Adolescent Health*. 2015 Jan 1;56(1):S42-50.
42. Tozdan S, Briken P. Accepting Sexual Interest in Children as Unchangeable: One Claim Fits for All? Comments on Grundmann, Krupp, Scherner, Amelung, and Beier's (2016) "Stability of Self-Reported Arousal to Sexual Fantasies Involving Children in a Clinical Sample of Pedophiles and Hebephiles". *Archives of sexual behavior*. 2017 Feb 1;46(2):331-3.
43. Konrad A, Amelung T, Beier KM. Misuse of Child Sexual Abuse Images: Treatment Course of a Self-Identified Pedophilic Pastor. *Journal of sex & marital therapy*. 2018 Apr 3;44(3):281-94.
44. Wurtele SK. University Students' Perceptions of Child Sexual Offenders: Impact of Classroom Instruction. *Journal of child sexual abuse*. 2018 Mar 19:1-6.
45. Mendelson T, Letourneau EJ. Parent-focused prevention of child sexual abuse. *Prevention Science*. 2015 Aug 1;16(6):844-52.
46. Nickerson AB, Livingston JA, Kamper-DeMarco K. Evaluation of second step child protection videos: a randomized controlled trial. *Child abuse and neglect*. 2017 Oct 6;76:10-22.
47. Lonsway KA, Banyard VL, Berkowitz AD, Gidycz CA, Katz JT, Ross MP, Schewe PA, Ullman SE, Edwards D. Rape prevention and risk reduction: Review of the research literature for practitioners. *VAWnet*. 2009.
48. Katz J, Moore J. Bystander education training for campus sexual assault prevention: An initial meta-analysis. Perspectives on college sexual assault: Perpetrator, victim, and bystander. 2013:183-96.
49. Rheingold AA, Zajac K, Chapman JE, Patton M, de Arellano M, Saunders B, Kilpatrick D. Child sexual abuse prevention training for childcare professionals: An independent

- multi-site randomized controlled trial of stewards of children. *Prevention Science*. 2015 Apr 1;16(3):374-85.
50. Hust SJ, Adams PM, Willoughby JF, Ren C, Lei M, Ran W, Marett EG. The entertainment-education strategy in sexual assault prevention: a comparison of theoretical foundations and a test of effectiveness in a college campus setting. *Journal of health communication*. 2017 Sep 2;22(9):721-31.
51. Chasan-Taber L, Tabachnick J. Evaluation of a child sexual abuse prevention program. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*. 1999 Oct 1;11(4):279-92.
52. Rheingold AA, Campbell C, Self-Brown S, de Arellano M, Resnick H, Kilpatrick D. Prevention of child sexual abuse: Evaluation of a community media campaign. *Child maltreatment*. 2007 Nov;12(4):352-63.
53. Fryer Jr GE, Kraizer SK, Mlyoshi T. Measuring children's retention of skills to resist stranger abduction: Use of the simulation technique. *Child Abuse & Neglect*. 1987 Jan 1;11(2):181-5.
54. Fryer Jr GE, Kraizer SK, Mlyoshi T. Measuring actual reduction of risk to child abuse: A new approach. *Child Abuse & Neglect*. 1987 Jan 1;11(2):173-9.
55. Julich SJ, Oak E, Terrell J, Good G. The sustainable delivery of sexual violence prevention education in schools. *Massey University*; 2015.
56. Kenny MC, Capri V, Ryan EE, Runyon MK. Child sexual abuse: from prevention to self-protection. *Child Abuse Review*. 2008 Jan 1;17(1):36-54.
57. Clinton-Sherrod AM, Morgan-Lopez AA, Gibbs D, Hawkins SR, Hart L, Ball B, Irvin N, Littler N. Factors contributing to the effectiveness of four school-based sexual violence interventions. *Health promotion practice*. 2009 Jan;10(1_suppl):19S-28S.
58. Baiocchi M, Omondi B, Langat N, Boothroyd DB, Sinclair J, Pavia L, Mulinge M, Githua O, Golden NH, Sarnquist C. A behavior-based intervention that prevents sexual assault: The results of a matched-pairs, cluster-randomized study in Nairobi, Kenya. *Prevention science*. 2017 Oct 1;18(7):818-27.
59. Senn CY, Eliasziw M, Barata PC, Thurston WE, Newby-Clark IR, Radtke HL, Hobden KL. Sexual assault resistance education for university women: study protocol for a randomized controlled trial (SARE trial). *BMC women's health*. 2013 Dec;13(1):25.
60. Gidycz CA, Van Wylsberghe A, Edwards KM. Prediction of women's utilization of resistance strategies in a sexual assault situation: A prospective study. *Journal of Interpersonal Violence*. 2008 May;23(5):571-88.
61. Simpson Rowe L, Jouriles EN, McDonald R, Platt CG, Gomez GS. Enhancing women's resistance to sexual coercion: A randomized controlled trial of the DATE program. *Journal of American college health*. 2012 Apr 1;60(3):211-8.
62. Fabiano PM, Perkins HW, Berkowitz A, Linkenbach J, Stark C. Engaging men as social justice allies in ending violence against women: Evidence for a social norms approach. *Journal of American College Health*. 2003 Nov 1;52(3):105-12.
63. Hillenbrand-Gunn TL, Heppner MJ, Mauch PA, Park HJ. Men as allies: The efficacy of a high school rape prevention intervention. *Journal of Counseling & Development*. 2010 Jan 1;88(1):43-51.
64. Hill JM, Vernig PM, Lee JK, Brown C, Orsillo SM. The development of a brief acceptance and mindfulness-based program aimed at reducing sexual revictimization among college women with a history of childhood sexual abuse. *Journal of clinical psychology*. 2011 Sep 1;67(9):969-80.
65. Rau TJ, Merrill LL, McWhorter SK, Stander VA, Thomsen CJ, Dyslin CW, Crouch JL, Rabenhorst MM, Milner JS. Evaluation of a sexual assault education/prevention program for female US Navy personnel. *Military medicine*. 2011 Oct 1;176(10):1178-83.
66. Gedney CR, Wood DS, Lundahl B, Butters RP. Sexual assault prevention efforts in the US Air Force: A systematic review and content analysis. *Journal of interpersonal violence*. 2015 Oct 7;0886260515608801.
67. Kenny MC, Abreu RL. Training mental health professionals in child sexual abuse: Curricular guidelines. *Journal of child sexual abuse*. 2015 Jul 4;24(5):572-91.
68. McMahon-Howard J, Reimers B. An evaluation of a child welfare training program on the commercial sexual exploitation of children (CSEC). *Evaluation and Program Planning*. 2013 Oct 1;40:1-9.
69. Grace AM, Lippert S, Collins K, Pineda N, Tolani A, Walker R, Jeong M, Trounce MB, Graham-Lamberts C, Bersamin M, Martinez DJ. Educating health care professionals on human trafficking. *Pediatric emergency care*. 2014 Dec;30(12):856.
70. Gilmore AK, Lewis MA, George WH. A randomized controlled trial targeting alcohol use and sexual assault risk among college women at high risk for victimization. *Behaviour research and therapy*. 2015 Nov 1;74:38-49.
71. Clinton-Sherrod M, Gibbs D, Vincus A, Squire S, Cignetti C, Pettibone K, Igoe J. Report describing projects designed to prevent first-time male perpetration of sexual violence.

- Report for Centers for Disease Control and Prevention. 2003 Apr 23.
72. De Koker P, Mathews C, Zuch M, Bastien S, Mason-Jones AJ. A systematic review of interventions for preventing adolescent intimate partner violence. *Journal of Adolescent Health*. 2014 Jan 1;54(1):3-13.
73. Lawson SL, Munoz-Rojas D, Gutman LS, Siman MN. Changing attitudes and perceptions of Hispanic men ages 18 to 25 about rape and rape prevention. *Issues in mental health nursing*. 2012 Dec 18;33(12):864-70.
74. McMahon S, Allen CT, Postmus JL, McMahon SM, Peterson NA, Lowe Hoffman M. Measuring bystander attitudes and behavior to prevent sexual violence. *Journal of American college health*. 2014 Jan 2;62(1):58-66.
75. Murphy Austin MJ, Dardis CM, Wilson MS, Gidycz CA, Berkowitz AD. Predictors of sexual assault-specific prosocial bystander behavior and intentions: A prospective analysis. *Violence against women*. 2016 Jan;22(1):90-111.
76. Rich MD, Utley EA, Janke K, Moldoveanu M. "I'd Rather Be Doing Something Else." Male Resistance to Rape Prevention Programs. *The Journal of Men's Studies*. 2010 Oct;18(3):268-88.
77. Gidycz CA, Orchowski LM, Berkowitz AD. Preventing sexual aggression among college men: An evaluation of a social norms and bystander intervention program. *Violence against women*. 2011 Jun;17(6):720-42.
78. Langhinrichsen-Rohling J, Foubert JD, Brasfield HM, Hill B, Shelley-Tremblay S. The men's program: Does it impact college men's self-reported bystander efficacy and willingness to intervene?. *Violence Against Women*. 2011 Jun;17(6):743-59.
79. Jewkes R, Flood M, Lang J. From work with men and boys to changes of social norms and reduction of inequities in gender relations: a conceptual shift in prevention of violence against women and girls. *The Lancet*. 2015 Apr 18;385(9977):1580-9.
80. Ahrens CE, Rich MD, Ullman JB. Rehearsing for real life: The impact of the InterACT sexual assault prevention program on self-reported likelihood of engaging in bystander interventions. *Violence Against Women*. 2011 Jun;17(6):760-76.
81. Carpentier MY, Silovsky JF, Chaffin M. Randomized trial of treatment for children with sexual behavior problems: ten-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2006 Jun;74(3):482.
82. Zeuthen K, Hagelskjær M. Prevention of child sexual abuse: Analysis and discussion of the field. *Journal of child sexual abuse*. 2013 Aug 1;22(6):742-60.
83. Beier KM, Ahlers CJ, Goecker D, Neutze J, Mundt IA, Hupp E, Schaefer GA. Can pedophiles be reached for primary prevention of child sexual abuse? First results of the Berlin Prevention Project Dunkelfeld (PPD). *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. 2009 Dec 1;20(6):851-67.
84. Schaeffer L. L'aide à la pédophilie abstinentine: pour un regard humaniste sur les «présumés coupables». *Sens-Dessous*. 2013(1):47-54.
85. McPhail IV. Age of Onset in Pedohebephilic Interests. *Archives of sexual behavior*. 2018 Mar 22:1-5.
86. Houtepen JA, Sijtsema JJ, Bogaerts S. Being sexually attracted to minors: Sexual development, coping with forbidden feelings, and relieving sexual arousal in self-identified pedophiles. *Journal of sex & marital therapy*. 2016 Jan 2;42(1):48-69.
87. Cohen L, Ndukwu N, Yaseen Z, Galynker I. Comparison of Self-Identified Minor-Attracted Persons Who Have and Have Not Successfully Refrained From Sexual Activity With Children. *Journal of sex & marital therapy*. 2018 Apr 3;44(3):217-30.
88. Schaefer GA, Mundt IA, Feelgood S, Hupp E, Neutze J, Ahlers CJ, Goecker D, Beier KM. Potential and Dunkelfeld offenders: Two neglected target groups for prevention of child sexual abuse. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2010 Jul 1;33(3):154-63.
89. Beier KM, Grundmann D, Kuhle LF, Scherner G, Konrad A, Amelung T. The German Dunkelfeld Project: A pilot study to prevent child sexual abuse and the use of child abusive images. *The journal of sexual medicine*. 2015 Feb 1;12(2):529-42.
90. Lasher MP, Stinson JD. Adults with pedophilic interests in the United States: Current practices and suggestions for future policy and research. *Archives of sexual behavior*. 2017 Apr 1;46(3):659-70.
91. Brown A, Jago N, Kerr J, McNaughton Nicholls C, Paskell C, Webster S. Call to keep children safe from sexual abuse: A study of the use and effects of the Stop it Now. UK and Ireland Helpline. 2014.
92. Eisenberg M, Mulder J, van Horn J, Stam J, Waag D. Stop it Now! Helpline Netherlands: A study of its use and effects—English summary.
93. Horn JV, Eisenberg M, Nicholls CM, Mulder J, Webster S, Paskell C, Brown A, Stam J, Kerr J, Jago N. Stop It Now! A pilot study into the limits and benefits of a free helpline preventing child sexual abuse. *Journal of child sexual abuse*. 2015 Nov 17;24(8):853-72.
94. Beier KM, Oezdemir UC, Schlinzig E, Groll

- A, Hupp E, Hellenschmidt T. "Just dreaming of them": The Berlin Project for Primary Prevention of Child Sexual Abuse by Juveniles (PPJ). *Child abuse & neglect*. 2016 Feb 1;52:1-0.
95. Beier KM. Proactive Strategies to Prevent Child Sexual Abuse and the Use of Child Abuse Images: The German Dunkelfeld-Project for Adults (PPD) and Juveniles (PPJ). In *Sexual Violence 2016* (pp. 249-272). Springer, Cham.
96. Beier KM, Neutze J, Mundt IA, Ahlers CJ, Goecker D, Konrad A, Schaefer GA. Encouraging self-identified pedophiles and hebephiles to seek professional help: First results of the Prevention Project Dunkelfeld (PPD). *Child Abuse & Neglect*. 2009 Aug 1;33(8):545-9.
97. Townsend SM, Campbell R. Identifying common practices in community-based rape prevention programs. *Journal of prevention & intervention in the community*. 2008 Jul 9;36(1-2):121-35.
98. Basile KC, Lang KS, Bartenfeld TA, Clinton-Sherrod M. Report from the CDC: Evaluability assessment of the rape prevention and education program: Summary of findings and recommendations. *Journal of Women's Health*. 2005 Apr 1;14(3):201-7.
99. DeGue S, Valle LA, Holt MK, Massetti GM, Matjasko JL, Tharp AT. A systematic review of primary prevention strategies for sexual violence perpetration. *Aggression and violent behavior*. 2014 Jul 1;19(4):346-62.m
100. Cox PJ, Ortega S, Cook-Craig PG, Conway P. Strengthening systems for the primary prevention of intimate partner violence and sexual violence: CDC's DELTA and EMPOWER programs. *Journal of Family Social Work*. 2010 Jul 23;13(4):287-96
101. Miller E, Tancredi DJ, McCauley HL, Decker MR, Virata MC, Anderson HA, O'Connor B, Silverman JG. One-year follow-up of a coach-delivered dating violence prevention program: A cluster randomized controlled trial. *American journal of preventive medicine*. 2013 Jul 1;45(1):108-12.
102. Miller E, Tancredi DJ, McCauley HL, Decker MR, Virata MC, Anderson HA, Stetkevich N, Brown EW, Moideen F, Silverman JG. "Coaching boys into men": A cluster-randomized controlled trial of a dating violence prevention program. *Journal of Adolescent Health*. 2012 Nov 1;51(5):431-8.
103. Jaime MC, McCauley HL, Tancredi DJ, Nettiksimmons J, Decker MR, Silverman JG, O'Connor B, Stetkevich N, Miller E. Athletic coaches as violence prevention advocates. *Journal of interpersonal violence*. 2015 Apr;30(7):1090-111.
104. Cook-Craig PG, Coker AL, Clear ER, Garcia LS, Bush HM, Brancato CJ, Williams CM, Fisher BS. Challenge and opportunity in evaluating a diffusion-based active bystanding prevention program: Green dot in high schools. *Violence Against Women*. 2014 Oct;20(10):1179-202.
105. DeGue S, Simon TR, Basile KC, Yee SL, Lang K, Spivak H. Moving forward by looking back: Reflecting on a decade of CDC's work in sexual violence prevention, 2000-2010. *Journal of Women's Health*. 2012 Dec 1;21(12):1211-8.
106. Cook-Craig PG, Millspaugh PH, Recktenwald EA, Kelly NC, Hegge LM, Coker AL, Pletcher TS. From empower to Green Dot: Successful strategies and lessons learned in developing comprehensive sexual violence primary prevention programming. *Violence against women*. 2014 Oct;20(10):1162-78.
107. Coker AL, Bush HM, Cook-Craig PG, DeGue SA, Clear ER, Brancato CJ, Fisher BS, Recktenwald EA. RCT testing bystander effectiveness to reduce violence. *American journal of preventive medicine*. 2017 May 1;52(5):566-78
108. McMahon S, Postmus JL, Warriner C, Koenick RA. Utilizing peer education theater for the primary prevention of sexual violence on college campuses. *Journal of college student development*. 2014;55(1):78-85.
109. Ahrens CE, Rich MD, Ullman JB. Rehearsing for real life: The impact of the InterACT sexual assault prevention program on self-reported likelihood of engaging in bystander interventions. *Violence Against Women*. 2011 Jun;17(6):760-76.
110. McMahon S, Winter SC, Palmer JE, Postmus JL, Peterson NA, Zucker S, Koenick R. A randomized controlled trial of a multi-dose bystander intervention program using peer education theater. *Health education research*. 2015 Jul 1;30(4):554-68.
111. Hamby S, Nix K, De Puy J, Monnier S. Adapting dating violence prevention to francophone Switzerland: a story of intra-western cultural differences. *Violence and victims*. 2012 Feb 1;27(1):33
112. Foshee VA, Bauman KE, Greene WF, Koch GG, Linder GF, MacDougall JE. The Safe Dates program: 1-year follow-up results. *American journal of public health*. 2000 Oct;90(10):1619
113. Foshee VA, Benefield T, Chen MS, Reyes LM, Dixon KS, Ennett ST, Moracco KE, Bowling JM. The effects of the Moms and Teens for Safe Dates program on dating abuse: A conditional process analysis. *Prevention science*. 2016 Apr 1;17(3):357-66.
114. Foshee VA, Reyes LM, Agnew-Brune CB, Simon TR, Vagi KJ, Lee RD, Suchindran C. The effects of the evidence-based Safe Dates dat-

- ing abuse prevention program on other youth violence outcomes. *Prevention Science*. 2014 Dec 1;15(6):907-16.
115. Taylor BG, Stein ND, Mumford EA, Woods D. Shifting Boundaries: an experimental evaluation of a dating violence prevention program in middle schools. *Prevention science*. 2013 Feb 1;14(1):64-76.
116. Yingling CT, Cotler K, Hughes TL. Building nurses' capacity to address health inequities: incorporating lesbian, gay, bisexual and transgender health content in a family nurse practitioner programme. *Journal of clinical nursing*. 2017 Sep 1;26(17-18):2807-17.
117. Douglas EM, Hines DA, Straus MA. Partner Violence in World Perspective. *The Wiley Blackwell Companion to the Sociology of Families*. 2017 Aug 14:323-43.
118. Ollen EW, Ameral VE, Palm Reed K, Hines DA. Sexual minority college students' perceptions on dating violence and sexual assault. *Journal of counseling psychology*. 2017 Jan;64(1):112.
119. Gamet ML. Violences sexuelles des mineurs en France: comment les médecins peuvent devenir des interlocuteurs privilégiés des victimes?. *Sexologies*. 2013 Jul 1;22(3):112-23.
120. Guillet-May F, Thiebaugeorges O. Le médecin face aux agressions sexuelles et au viol. *EMC-médecine*. 2005 Feb 1;2(1):13-23.
121. Abitteboul Y, Mombouisse MB, Mesthe P, Oustric S. Situations à risque de maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur. Rôle du médecin généraliste. Étude de 58 dossiers du tribunal de grande instance de Toulouse. *La Revue de Médecine Légale*. 2015 Jul 1;6(3-4):92-7.
122. Gamet ML, Claudine M. Une cellule départementale d'accompagnement du développement de la sexualité (CDADS). *Enfances*. 2010:187-206.
123. Daniel MF. Philosophe sur le corps et la violence: Récit d'une expérimentation auprès d'enfants de 5 ans. *International Journal of Early Childhood*. 2004 Jun 1;36(1):23-34.
124. Kerbage H, Richa S. Abord de la vie affective et sexuelle des déficients intellectuels. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 2011 Dec 1;59(8):478-83.
125. Nation M, Crusto C, Wandersman A, Kumpfer KL, Seybolt D, Morrissey-Kane E, Davino K. What works in prevention: Principles of effective prevention programs. *American Psychologist*. 2003 Jun;58(6-7):449.
126. Small SA, Cooney SM, O'Connor C. Evidence-informed program improvement: using principles of effectiveness to enhance the quality and impact of family-based prevention programs. *Family Relations*. 2009 Feb 1;58(1):1-3.
127. Hayward KS, Pehrsson DE. Interdisciplinary action supporting sexual assault prevention efforts in rural elementary schools. *Journal of community health nursing*. 2000 Sep 1;17(3):141-50.
128. Schewe PA. Guidelines for developing rape prevention and risk reduction interventions. Preventing violence in relationships: Interventions across the life span. 2002:107-36.
129. Kjellberg C. Réflexions sur une prévention en sexologie. *Rev Med Suisse*. 2010;6:606-9.
130. Wunsch S. L'éducation à la sexualité. Perspectives des données neuroscientifiques. *Sexologies*. 2017 Jan 1;26(1):54-63



JCB

Synthèse du rapport
de la commission d'audition, 17 juin 2018.
35 propositions concrètes pour lutter
efficacement contre les violences sexuelles

Commission d'audition

Indépendante des autres instances de l'audition publique, la *commission d'audition* avait pour rôle de proposer une synthèse des débats ayant eu lieu durant la séance publique et de formuler des recommandations sous forme de propositions. Cette commission est, conformément à la méthodologie HAS, pluridisciplinaire et multi professionnelle.

Président

Jean-Marie DELARUE, Ancien contrôleur général des lieux de privation de liberté (2008-2014), président de la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme.

Vice-président

Charles ALEZRAH, Psychiatre, criminologue, président du CREAL-ORS Occitanie.

Membres de la Commission d'audition

Safia ALLAG-MORRIS, Journaliste et enseignante.

Patrick BLACHÈRE, Médecin psychiatre, expert près la cour d'appel de Chambéry, Responsable du groupe de travail médico-légal de l'AIUS.

Jean-Claude BOUVIER, Vice-président chargé de l'application des peines au TGI de Paris.

Bernard CORDIER, Psychiatre, chef de service à l'hôpital Foch de Suresnes, ancien expert près la cour d'appel de Versailles.

Humbert DE FRÉMINVILLE, Médecin généraliste, maître de conférences associé à l'université Lyon 1, expert judiciaire près la cour d'appel de Lyon en médecine générale et médecine légale du vivant.

Dominique FRÉMY, Médecin pédopsychiatre, responsable de l'unité du psychotraumatisme (CH Novillars), responsable du CRIAVS mineurs de Franche-Comté, expert près la cour d'appel de Besançon, médecin coordonnateur.

Olivier GIRON, Praticien hospitalier, chef de service, SMPR, CHU de Nantes.

François GOETZ, Directeur interrégional adjoint des services pénitentiaires, détaché à la délégation générale à l'administration pénitentiaire et à la réinsertion du royaume du Maroc en qualité de conseiller résident de jumelage pour l'Union Européenne.

Samuel LEMITRE, Docteur en psychologie, psychothérapeute, praticien ICV (Intégration du Cycle de la Vie), président de Eido, centre de soin des traumatismes et violences.

Isabelle SADOWSKI, Directrice juridique et de la coordination de l'aide aux victimes, France Victimes.

Joséphine TRUFFAUT, Psychologue clinicienne, docteur en psychologie, chargée de cours à l'université Paris Descartes, trésorière adjointe de l'ARTAAS.

Synthèse du rapport

Au terme de ces développements, par lesquels il a été dressé l'état des lieux de la situation existante, de la prévention, de l'évaluation et de la prise en charge, qui a conduit à la formulation de propositions et de souhaits, il est permis d'esquisser une conclusion en forme de synthèse.

La loi du 17 juin 1998, qui a aujourd'hui vingt ans, est le fruit de pratiques antérieures originales et de l'inquiétude née de la place, dans la délinquance, des violences sexuelles, notamment de celles exercées à l'encontre de mineurs.

Conçue de manière audacieuse, en rupture avec des habitudes ancrées, par les ministères de la justice et de la santé, elle se préoccupe d'abord très légitimement d'améliorer le sort des victimes de ces violences, très gravement et très durablement atteintes dans leur corps mais aussi dans leurs relations avec autrui.

S'agissant des auteurs de violences sexuelles, dont la loi traite aussi, le texte repose sur une conviction profonde qui doit être d'emblée mise en relief, parce qu'elle va à rebours d'une part au moins des représentations sociales : celle qu'au-delà de la sanction pénale évidemment nécessaire pour punir l'auteur, il est possible de modifier à l'avenir le comportement de ce dernier, par une prise en charge appropriée, mêlant l'approche sociale et un dispositif de soins.

Profondément originale lorsqu'elle a été décidée, cette conception l'était dans son esprit. Elle l'était aussi dans l'organisation mise en oeuvre, associant étroitement l'institution judiciaire (magistrats, agents d'insertion et de probation ou de la protection judiciaire de la jeunesse notamment), le système de soins (psychiatres, psychologues, infirmiers travaillant en milieu « ouvert » ou en prison) et des personnes tierces (par exemple éducateurs de l'aide sociale à l'enfance, associations de prévention), un médecin « coordonnateur » étant chargé d'assurer, pour chaque auteur de violences sexuelles et entre ces différentes personnes, les continuités nécessaires.

Dresser, vingt ans après, un bilan de la loi est l'occasion, à travers une procédure d'audition publique, conduite les 14 et 15 juin 2018 sous l'égide de la fédération des CRIAVS (Centre ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles), de s'interroger sur les conditions d'une prise en charge de plus en plus efficiente des auteurs de violences sexuelles en France dans les années à venir.

À cet égard, plusieurs interrogations sont nécessaires, dont les réponses font naître des propositions d'améliorations du système, en en gardant précieusement le principe fondateur.

1/ En premier lieu, on doit mesurer l'efficacité, en termes de nombre de personnes prises en charge, du dispositif actuel alliant la peine, d'une part, la surveillance socio-judiciaire et l'injonction de soins, d'autre part.

Le nombre d'auteurs de violences sexuelles ne peut être connu, comme il est fréquent en matière délinquante, que de manière indirecte, par le nombre de victimes.

Or, ce nombre est considérable, d'une part, et il est sous-estimé, d'autre part.

Il est considérable puisque, à prendre appui non sur les enregistrements administratifs qui sont lacunaires mais sur les enquêtes directes auprès d'échantillons im-

portants de population, il apparaît que près de huit cent mille personnes déclarent être victimes chaque année de violences sexuelles et que, par exemple, un viol est commis toutes les sept minutes dans notre pays (cf. chapitre 1). Ces données sont, en elles-mêmes, très préoccupantes.

Mais elles sont sous-estimées puisque, d'une part, dans un pourcentage difficile à évaluer, les victimes, même dans les enquêtes, répugnent à faire état de ces événements du fait même de leurs suites traumatiques ; que, d'autre part, les mineurs figurent en nombre significatif parmi les victimes, pour autant qu'on puisse le savoir, puisque qu'ils n'entreprennent aucune démarche de plainte et ne sont pas inclus dans les enquêtes de victimation. Certes, les majeurs peuvent faire état de faits remontant à leurs années d'enfance, mais avec le même biais que celui, qui vient d'être mentionné, d'une aversion à l'égard d'une évocation des faits.

Il en résulte que le nombre de violences sexuelles est mal connu mais, en toute hypothèse, très élevé.

Le nombre d'auteurs est donc lui aussi très élevé même s'il est inférieur, du fait d'actes répétitifs dans certains contextes de violences sexuelles (au sens où elles ont été définies dans le premier chapitre du document), sans exclure non plus un pourcentage d'accusations infondées qui ne saurait être élevé.

Mais le nombre d'auteurs susceptibles de rentrer dans le dispositif de la loi de 1998 est très faible, là encore en raison de deux phénomènes cumulatifs.

D'une part, le nombre d'actes portés par les victimes à la connaissance des services de police et de gendarmerie est faible, en raison de la propension mentionnée à garder le silence.

D'autre part, parmi les plaintes dûment transmises au parquet, ce dernier en classe sept sur dix sans suite, en raison de l'impossibilité, le plus souvent de caractériser les faits selon les définitions que donne le code pénal des « agressions sexuelles » (en particulier aux articles 222-22 à 222-33 du code pénal) ou des faits « mettant en péril des mineurs » (aux articles 227-22-1 et suivants du même code).

Ces circonstances expliquent que le nombre de condamnations au titre de ces dispositions, d'ailleurs en baisse ces dernières années, n'excède guère, pour le viol, le millier par an (1012 en 2016). Il est donc très éloigné du nombre d'actes commis. En d'autres termes, peu d'auteurs sont poursuivis et condamnés. Par conséquent, peu d'entre eux entrent chaque année dans les prévisions de la loi de 1998 qui a, de fait, une application sur une population marginale parmi les personnes concernées. Il y a là une anomalie qui doit être corrigée.

Une autre anomalie réside dans l'incapacité du ministère de la justice comme de celui de la santé de fournir des données relatives au nombre de suivis socio-judiciaires et d'injonctions de soins en cours d'exécution à un moment déterminé. Dans un rapport de 2011, les inspections générales (IGAS – IGSJ) donnaient un nombre compris entre 3 800 et 7 800 mesures (donc avec une marge d'erreur très élevée). Quelle que soit l'exactitude de ces données, elles sont donc sans rapport avec le nombre d'auteurs de violences sexuelles.

Il en résulte que les considérations faites sur le fonctionnement de l'injonction de soins ne reposent que sur une prise en charge minoritaire d'auteurs (1%, 5% ?) dont la composition est, par conséquent, biaisée.

De ce constat préoccupant, découlent trois ordres d'objectifs.

D'une part, dès lors que le dispositif de prise en charge des auteurs ne bénéficie qu'à

une faible part d'entre eux, des moyens doivent être trouvés pour encourager les victimes à se faire connaître « utilement », c'est-à-dire que, dans le recueil des faits et les moyens de preuve requis, les plaintes (ou signalement de tiers) puissent aboutir à ce que les auteurs entrent dans le dispositif.

D'autre part, alors que le système actuel peine à trouver les compétences nécessaires pour une prise en charge efficace, il faut à terme (sous forme d'une loi de programmation ?) en élargir substantiellement les capacités, par conséquent, songer à la fois à intéresser, à former et à rémunérer les personnels nécessaires, si l'on veut, en vertu du principe initial de 1998, avancer dans la résolution des graves problèmes que posent les violences sexuelles. Il convient aussi de disposer, comme le recommandaient déjà les inspections générales mentionnées, des données nécessaires et, par conséquent, de compléter les sources statistiques par des données claires et fiables dans ce domaine.

Enfin, il est crucial d'innover de sorte que, à titre préventif, les personnes qui ne sont pas prises en charge par l'institution judiciaire, soit qu'elles ne soient pas encore passées à l'acte, soit qu'elles ne soient pas poursuivies, puissent se voir proposer, elles aussi, des mesures d'écoute, d'accompagnement et de soins possibles (voir le chapitre 2). Cette perspective suppose que soient remplies au moins deux conditions : d'une part que des personnes auteurs qui, avant interpellation, ne se sentent souvent aucunement coupables, acceptent d'être suivies ; d'autre part, compte tenu des effectifs en cause, le renforcement des moyens ; il passera nécessairement par un concours très actif d'associations éclairées et formées – il en existe déjà quelques exemples.

Ces élargissements, « curatifs » mais aussi préventifs supposent qu'à la prise en charge soient associés tant de nouveaux acteurs institutionnels (réseau des PMI...) que privés et surtout associatifs (cf. chapitre 2).

2/ En deuxième lieu, depuis l'origine, la réunion de deux objectifs de sanction pénale, d'une part, et de prise en charge de personnes, d'autre part, crée des tensions dans la mesure où la conciliation entre deux visées de nature bien différente n'est pas toujours aisée à définir. Il est vain d'espérer faire disparaître ces tensions. En effet, dès 1998, le juge a pour fins essentielles le prononcé et l'exécution de la peine, d'une part, la prévention de la récidive, d'autre part ; le thérapeute, de son côté, entend certes mesurer les facteurs de risque mais aussi les facteurs protecteurs. Le médecin coordonnateur est au cœur de ces tensions (chapitres 1 et 4).

Il est clair qu'alors qu'on pouvait espérer qu'avec le temps ces difficultés s'atténueraient, l'évolution législative les a sans aucun doute renforcées.

Cette évolution est double (chapitres 1 et 4) et les intentions du législateur ne sont pas toujours aisément déchiffrables.

D'une part, alors que quelques textes de lois contribuaient à faciliter une évolution des représentations sociales et des procédures pénales (déconnexion du mariage et de la reproduction ; reconnaissance de droits accrus – PACS puis union maritale – pour les personnes de même sexe ; juridictionnalisation et élargissement de l'aménagement des peines), de nombreux autres renforçaient la répression des agressions sexuelles (accroissement des circonstances aggravantes en cas de viol, définition de l'inceste en 2010 puis, après intervention du Conseil constitutionnel, en 2016). Les lois ont en outre érigé aussi en principe de distinction entre délinquants la « dangerosité ». Les plus hautes marches de celle-ci sont incontestablement occupées par les auteurs de violence sexuelle, en vertu des dispositions législatives ou des représentations sociales : pour pallier les effets du danger présenté par ces auteurs, le légis-

lateur a défini plusieurs mesures de « sûreté » (surveillance judiciaire, surveillance et rétention de sûreté), dans le contexte « sécuritaire » que l'on connaît. Au fond, en matière de violences sexuelles comme dans les autres délinquances, la rédemption du coupable lui importe moins que le fait de pouvoir le tenir, tant que ce dernier est considéré comme dangereux, en lisière de la société.

D'autre part, il a modifié le suivi socio-judiciaire de 1998, en le rapprochant de l'esprit des mesures de sûreté, en élargissant le champ des infractions (aujourd'hui tout à fait hétéroclite) à l'occasion desquelles il peut être prononcé (en 1998, seules les agressions sexuelles pouvaient en être le motif), en rendant obligatoire la condamnation à une injonction de soins (dès lors que l'expert juge l'auteur accessible à un traitement) sauf décision contraire du juge : en somme, l'injonction de soins est devenue, pour la loi, donc le juge, un moyen de contrôle comme un autre, intéressant par une durée pouvant être prolongée éventuellement longtemps. C'est si vrai que, dans un département de l'Ouest, le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) a créé un « pôle » chargé des mesures de sûreté – initiative par ailleurs estimable – auquel il a naturellement rattaché le suivi des personnes relevant du suivi socio-judiciaire. Le soin à la personne disparaît ici presque entièrement. Tel ne peut être pourtant le point de vue du soignant, toujours également mobilisé.

Ces évolutions sont regrettables. Outre qu'elles aggravent les tensions au cœur du dispositif, elles obèrent ses chances de succès, la personne qui en est l'objet percevant davantage la méfiance dont son infraction le rend, par l'effet de la loi, l'objet que la bienfaisance des soins dont elle est entourée.

Il doit être mis un terme à cette évolution pour retrouver l'esprit de la loi de 1998. Il apparaît souhaitable que l'injonction de soins soit limitée aux auteurs d'infractions pour lesquels l'intervention d'un soignant a un sens. Le caractère obligatoire de l'injonction de soins doit être abandonné. Le découplage entre définition de mesures de sûreté et définition du suivi socio-judiciaire doit être assuré. La prise en charge ne saurait, de manière générale, se résumer, à des mesures de police vaguement colorées par du médical. Enfin il devrait être possible de dissocier la durée de l'injonction de soins, éventuellement plus réduite, de celle d'autres mesures ordonnées au titre du suivi socio-judiciaire. Et, à cette fin, d'éclaircir les conditions selon lesquelles l'injonction de soins peut être levée (chapitre 3).

3/ En troisième lieu, il convient d'interroger le fonctionnement du dispositif tel qu'il est mis en œuvre dans le contexte de la période à laquelle ce rapport a été rédigé.

Comme dans d'autres domaines sanitaires, y compris la psychiatrie, les moyens, notamment humains, alloués au suivi socio-judiciaire varient très sensiblement d'une zone géographique à l'autre (chapitres 1 et 4). Dans certains départements, il ne peut être prononcé faute, par exemple, de médecins coordonnateurs prévus par la loi. Cette circonstance a pour effet de rétrécir encore la population éligible à la mesure, déjà restreinte pour les motifs déjà mentionnés. Elle est constitutive d'inégalité d'accès à une mesure judiciaire et discrimine les chances de modifier un comportement source d'infractions. Il doit être remédié à de tels écarts par l'allocation des moyens nécessaires, par le développement des formations les plus utiles : les agences régionales de santé doivent être sensibilisées par l'administration centrale ministérielle à cette question et, plus généralement, à celle de la santé sexuelle (cf. définition de l'OMS évoquée au chapitre 2), dans le cadre de la Stratégie nationale de santé sexuelle (2017-2030). Les CRIAVS doivent prendre toute leur part en la matière. Dans ces politiques, une attention particulière doit être portée aux mineurs, auteurs et/ou victimes

de violences sexuelles, avec l'aide des agents nationaux comme les juges des enfants, ceux de la protection judiciaire de la jeunesse, ou départementaux déjà impliqués (ASE...).

Là où ils existent, les médecins coordonnateurs voulus par la loi de 1998 apparaissent comme les symboles de l'existence du dispositif. Mais si leurs missions sont clairement définies, les moyens d'y parvenir sont trop largement laissés à l'initiative et aux marges de manœuvre de chacun. Il est étonnant que, depuis leur apparition, leur activité n'ait pas fait l'objet d'un cahier des charges précisant, sans contraintes excessives, les moyens de remplir leurs tâches (par exemple ce qu'indiquer dans le rapport annuel exigé d'eux). On doit espérer que soient en outre créées entre eux des occasions d'échanges (par exemple sur leurs rapports avec l'autorité judiciaire), au niveau régional ou national.

La mécanique du suivi socio-judiciaire dans sa composante de l'injonction de soins met en oeuvre des rouages complexes, inhabituels en ce qu'ils associent des personnes n'ayant pas l'habitude de se rencontrer pour des fins communes (cf. chapitre 7). Des expériences de terrain étudiées et des témoignages recueillis lors de l'audition publique, ressort la nécessité de rencontres régulières – pas nécessairement fréquentes – sur un pied d'égalité et en pleine liberté d'appréciation, en particulier pour mettre en place une lecture commune des finalités, délimiter le champ de compétences de chacun et évoquer les cas individuels complexes. Le respect des objectifs communs ne saurait délier chacun de ses obligations au titre des obligations qui lui sont applicables comme celles relatives au secret médical ou professionnel. Inversement, dès lors que rien ne s'y oppose, les informations utiles doivent circuler, sous forme aisément accessible, lorsqu'elles sont nécessaires à l'action. La fluidité, l'efficacité, doivent être recherchées, dans le cadre d'une culture partagée.

La prise en charge intervient souvent dans un espace relativement étendu (changement de domicile, sortie de prison...) et dans un temps qui peut être très court (notamment s'agissant d'adolescents) ou bien long (plusieurs années). Les personnes prises en charge se trouvent confrontées à des ruptures non seulement dues à des changements de personnes (accrus par la rotation des effectifs ou la fréquence des changements d'affectation de certaines professions) mais également à des modifications de résidence géographique induisant des changements de ressort de juridiction ou de thérapeute. À cet égard, la discontinuité existante entre soins dispensés au sein des établissements pénitentiaires et soins du milieu libre, connue depuis longtemps sans qu'une solution satisfaisante autre que locale y ait jamais été vraiment apportée est paradigmatique de ces ruptures. L'injonction de soins suppose, outre le développement du travail interdisciplinaire, que les professionnels s'organisent aussi en réseaux aptes à transférer les informations à ceux des confrères qui assureront la suite de la prise en charge. Il n'est rien de plus désespérant pour les personnes objet de ces mesures que d'avoir le sentiment qu'elles reviennent au point de départ, avec des évaluations et des bilans toujours recommencés (cf. quatrième chapitre). La notion de « parcours » si souvent invoquée est souvent un itinéraire chaotique. Des efforts substantiels doivent permettre aux professionnels de s'organiser (des « fiches navette » ont été montrées durant l'audition publique), ainsi que cela s'est fait dans le déroulement de prises en charge dans d'autres domaines.

4/ Enfin, en quatrième lieu, la prise en charge doit mettre la personne qui en est l'objet au centre des dispositifs et des préoccupations.

Cette personne doit bénéficier sans aucune restriction du respect des droits attachés

à chaque être humain. Cette garantie va, dira-t-on, de soi. Elle est moins évidente compte tenu des représentations que l'opinion, à travers les médias ou parfois le politique, attache aux auteurs de violences sexuelles ; même lorsque ceux-ci sont, en vertu d'évaluations ou d'expertises, placés dans une catégorie d'individus très dangereux. Une part de la réticence de professionnels à s'engager dans leur prise en charge s'explique sans doute ainsi. L'attachement à la dignité de la personne ne saurait se relâcher à leur endroit, quel qu'ait été le déroulement des événements qui ont conduit à la prise en charge, quelles que soient, aussi, les contingences des moyens dévolus à cette dernière (le rapport évoque dans son chapitre 4 la baisse très préoccupante de nombre des experts et du faible nombre des médecins coordonnateurs).

De manière plus précise, dans les hypothèses qui sont l'objet de l'audition publique, on doit veiller, quelles que soient les formes thérapeutiques arrêtées, à ce que le thérapeute soit effectivement investi dans sa tâche, condition de toute réussite en la matière. On se doit aussi d'être vigilant, alors même que les indications thérapeutiques sont essentiellement de nature psychiatrique ou psychologique, de veiller aux soins somatiques que requièrent les personnes, et à la compatibilité des traitements ordonnés au titre de ces indications avec l'état somatique.

Dans le même domaine, la commission d'audition regrette que, si la question de la dispensation des soins en détention a été abordée avant l'audition publique et pendant son déroulement, celle des difficultés d'accès aux soins des personnes détenues n'ait été qu'effleurée, comme si celles-ci étaient des patients ordinaires du milieu libre.

Les évaluations de la personne et les expertises dont elle est l'objet doivent obéir aux mêmes règles. Les échanges d'information doivent respecter le secret médical déjà mentionné ; les expertises, les règles de l'art et celles rappelées dans le chapitre 3 ci-dessus. On ne peut leur faire faire davantage que ce que les textes en vigueur prévoient, ni leur faire dire plus qu'elles ne peuvent dire, particulièrement en matière de dangerosité ou de risque ; il y a trop d'attentes excessives, trop de conséquences autres que médicales, conférées aux opinions d'experts issues de l'utilisation d'échelles de plus en plus élaborées, appliquées à des sujets qui peuvent ne présenter aucune pathologie mentale.

Certaines personnes prises en charge se trouvent dans des situations particulières et doivent être évoquées (voir sur ce point le chapitre 4). Tel est le cas des personnes en institution (établissements de santé mentale, établissements pour personnes en situation de handicap, prisons...). Il existe dans ces établissements des violences sexuelles parfois graves, qui génèrent parmi les personnes prises en charge (en particulier les femmes) des angoisses constantes. A l'exception de cas très particuliers (comme les personnes âgées démentes), et outre les mesures prises pour les prévenir, de tels faits doivent donner lieu à des signalements à l'autorité judiciaire, seule à pouvoir juger de la suite à leur donner.

Très particulière à bien des points de vue est aussi la situation des enfants mineurs, que ce soit en famille ou en établissement. L'appréhension de leur situation (on estime à 40% la part des auteurs mineurs de violences sexuelles ayant été victimes de violences de même nature), le signalement, et la prise en charge ne sauraient être semblables à ceux des adultes dès lors que, comme il a été dit lors de l'audition publique, et comme le veut la loi pénale en vigueur, ils ne sauraient être regardés comme des adultes en réduction.

La prise en charge met en oeuvre des réponses thérapeutiques. La variété des situa-

tions et des temps de prise en charge conduit à préconiser une relative souplesse non dans ce qui est au principe de ces thérapeutiques mais dans leur choix. Le chapitre 4 décrit l'approche psychodynamique, d'une part, les techniques cognitivo-comportementales (TCC), d'autre part, les thérapies systémiques, enfin. Il peut être particulièrement intéressant, dans un parcours de prise en charge psychothérapeutique, de recourir à des techniques relevant d'approches différentes, psychodynamiques, cognitivo-comportementales et systémiques. Pour en déterminer la proportion, là aussi, l'intérêt de la personne prise en charge doit toujours primer.

Enfin, la prise en charge mentale ne peut se résumer à des réponses en termes de soins directs de plus en plus techniques. Elle doit englober une dimension de « prendre soin » (combinaison du *cure* et du *care*). Dans ce domaine, elle doit s'appuyer sur un accompagnement socio-éducatif à visée de réhabilitation psycho-sociale, d'une intensité adaptée à chaque situation, de manière évolutive dans le temps. Cet accompagnement doit s'adapter à la configuration née de l'évolution du métier de conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation (CPIP), davantage tourné vers la seule prévention de la récidive au détriment de ses tâches traditionnelles d'accompagnement social. En complément des équipes intervenant habituellement auprès des auteurs de violences sexuelles, il est important de renforcer et développer la place du personnel social et éducatif dans l'accompagnement du parcours, de telle sorte que ne soient pas omises les questions essentielles de l'accès au logement, à une formation, à un travail et plus généralement de l'accès à la vie sociale.

C'est en effet la novation de la loi de 1998 d'avoir posé comme perspective qu'une prise en charge réussie est plus bénéfique non seulement pour la personne qui en est l'objet, mais aussi pour la société dans son ensemble. Cette perspective doit être consolidée et son fonctionnement mieux assuré, conformément à l'état des lieux et aux préconisations ou souhaits qui ont été exposés dans le présent rapport. Toutefois, elle ne peut prendre sens que s'il est rappelé que la psychiatrie est une discipline médicale centrée sur les soins aux personnes présentant des troubles mentaux. Elle ne doit en aucun cas être utilisée à des fins de contrôle social.

Telles sont les conclusions de l'audition publique des 14 et 15 juin 2018.

35 propositions concrètes pour lutter efficacement contre les violences sexuelles

Définir le cadre d'intervention

Proposition 1 : Se donner les moyens méthodologiques de mesurer la prévalence des violences sexuelles chez les mineurs.

Proposition 2 : Concevoir un livret sur le secret professionnel des intervenants auprès des Personnes Placées Sous Main de Justice (PPSMJ).

Proposition 3 : Introduire des enseignements spécifiques dès la formation générale et renforcer la formation continue des professionnels de santé et des psychologues.

Améliorer la prévention des violences sexuelles

Proposition 4 : Faire bénéficier d'une prévention spécifique les enfants âgés de moins de 12 ans qui se livrent à des *Comportements Sexuels Problématiques* (CSP). Les parents ou les adultes en charge de leur éducation doivent, sauf exception, y être associés.

Proposition 5 : Quel que soit le type de handicap, mental ou sensoriel, mettre l'accent sur le développement des compétences psychosociales et de la vie affective des personnes, en tenant compte de leur santé sexuelle.

Proposition 6 : Prévoir des interventions tout au long d'un cursus d'études, primaires et secondaires, sur l'hygiène, l'hygiène alimentaire, la sexualité, la prévention des violences, les addictions.

Proposition 7 : Elaborer des programmes de prévention des violences sexuelles destinés à des publics particuliers : personnes âgées, migrants, lesbiennes, gay, bisexuels et transgenres (LGBT).

Proposition 8 : Inscire les actions de prévention des violences sexuelles aux quatre niveaux : individuel, relationnel, communautaire, et sociétal.

Proposition 9 : Développer la recherche et l'évaluation permettant de construire des programmes efficaces de prévention des violences sexuelles en intégrant des recherches sur les facteurs protecteurs.

Proposition 10 : Evaluer les risques liés à la précarité et la déscolarisation afin de promouvoir éventuellement des campagnes de prévention des violences sexuelles spécifiques.

Proposition 11 : Développer et faire connaître des lieux ressources, services, et associations proposant une permanence téléphonique ou un accueil pour les personnes directement concernées par les violences sexuelles.

Proposition 12 : Bannir du vocabulaire le terme de « castration chimique » pour le remplacer par un terme simple et non stigmatisant (par exemple « traitement anti-hormonal »).

Proposition 13 : Augmenter le nombre et la visibilité des structures qui prennent en charge les mineurs auteurs de violences sexuelles.

Proposition 14 : Evaluer et développer au niveau national l'expérience de réseaux d'écoute pour proposer un numéro d'appel unique à destination des personnes sexuellement attirées par les enfants.

Proposition 15 : Mieux informer les victimes de violences conjugales comportant des violences sexuelles de l'existence de l'ordonnance de protection de la victime qui s'applique à l'auteur et lui impose un certain nombre d'obligations et d'interdictions.

Proposition 16 : Développer les recherches sur les facteurs de protection des auteurs de violences sexuelles et sur les facteurs qui sont de nature à limiter le risque de récidive.

Proposition 17 : Renforcer l'accompagnement social et socio-éducatif dans le cadre de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles.

Proposition 18 : Conduire des recherches-actions sur les dispositifs de rencontre auteurs-victimes, afin d'en mesurer la pertinence, et d'en organiser le déploiement en opportunité.

Améliorer l'évaluation des auteurs de violences sexuelles et des dispositifs de prise en charge

Proposition 19 : Confier l'expertise à une collégialité d'experts ou à une unité spécialisée de psychiatrie légale, notamment pour les expertises nécessitant une évaluation précise de la dangerosité.

Proposition 20 : Donner une formation criminologique complémentaire aux outils d'évaluation aux experts psychiatres réalisant ce type d'expertise spécifique.

Proposition 21 : Proposer une sensibilisation à la méthodologie et aux limites des outils d'évaluation lors de la formation initiale de tout psychiatre.

Proposition 22 : Pouvoir dissocier la durée du Suivi Socio-Judiciaire (SSJ) de celle de l'Injonction de Soins (IS).

Proposition 23 : Proposer l'évolution de la législation permettant au magistrat de se prononcer en faveur d'une obligation de soin, ou bien d'une injonction, et ce en fonction de la nature des soins requis par l'expert.

Proposition 24 : Promouvoir des lieux et temps de rencontre entre les différents intervenants en charge du condamné.

Proposition 25 : Appliquer rigoureusement le secret médical dans l'utilisation du Logiciel de l'administration pénitentiaire (GENESIS).

Proposition 26 : Transmettre toutes les informations nécessaires à la prise en charge aux professionnels du soin dès lors qu'elles ne sont couvertes par aucun secret légal.

Proposition 27 : Permettre de lever plus facilement l'injonction de soins lorsque l'évaluation du risque de dangerosité du sujet expertisé (et le traitement associé) est proche de celle d'un sujet de la population générale.

Améliorer la prise en charge des auteurs de violences sexuelles

Proposition 28 : Garantir aux sortants de prison, sur le plan de l'accès et de la continuité des soins, la possibilité de consultations ambulatoires assurées par les thérapeutes exerçant en détention.

Proposition 29 : Donner la possibilité aux CRIAVS de développer une offre de soins

spécialisée en complément de l'offre de droit commun ; corolairement, celle-ci doit pouvoir mettre en œuvre des soins spécialisés intersectoriels.

Proposition 30 : Modifier la loi du 17 juin 1998 afin, notamment, de redéfinir un ensemble de critères justifiant l'opportunité de la mise en place d'une injonction de soins, réaffirmer le principe d'individualisation dans le prononcé de l'injonction de soins, et découpler la durée de l'injonction de soins de celle de la peine de suivi socio-judiciaire.

Proposition 31 : Renforcer le maillage « SantéJusticeSocial » afin de garantir le champ d'intervention de chacun des acteurs du dispositif d'injonction de soins.

Proposition 32 : Evaluer la faisabilité et la pertinence des dispositifs de justice restaurative et de leur éventuelle application à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles.

Proposition 33 : Renforcer la formation initiale des psychologues aux échelles standardisées et aux méthodes de jugement clinique structuré.

Proposition 34 : Renforcer les dispositifs de formation continue sur des modules de psychocriminologie clinique afin de favoriser la montée en compétence des professionnels de santé.

Proposition 35 : Développer au sein des réseaux de PMI des consultations de soutien à la parentalité auprès des familles impactées par les problématiques de violence sexuelle afin d'en prévenir précocement les effets à long terme.

Table des matières

Préface.....	5
Considérations méthodologiques.....	7
Comité d'organisation	9
Partie 1 - Rapports des experts	11
Quelles sont les définitions de la prévention en matière de violences sexuelles ? Quels en sont les objectifs et limites ? Cindy PRUDHOMME.....	12
Quelles interventions ont le plus d'impact sur la prévention du risque de violences sexuelles ? Quels sont les fondements théoriques, les axes, les outils, les limites ? A qui s'adresse la prévention ? Publics spécifiques, auteurs et victimes ? Populations, facteurs, milieux ? Fabienne LEMONNIER.....	26
Quelle mise en oeuvre des actions de prévention et de promotion de la santé en matière de violences sexuelles ? #1 Marie-Laure GAMET	49
Quelle mise en oeuvre des actions de prévention et de promotion de la santé en matière de violences sexuelles ? #2 Frédéric GALTIER	86
Partie 2 - Rapports du groupe bibliographique.....	103
Recherche documentaire - Gaëlle FANELLI.....	104
Quelles sont les définitions de la prévention en matière de violences sexuelles ? Quels en sont les objectifs et limites ? Olivier PLANCADE.....	113
Quelles interventions ont le plus d'impact sur la prévention du risque de violences sexuelles? Kevin DUFRESNE.....	115
Quelle mise en œuvre des actions de prévention et de promotion de la santé en matière de violences sexuelles ? Marie CHOLLIER & Marie-Hélène COLSON.....	135
Synthèse du rapport de la commission d'audition, 17 juin 2018. 35 propositions concrètes pour lutter efficacement contre les violences sexuelles.....	151
Commission d'audition.....	152
Synthèse du rapport	153
35 propositions concrètes pour lutter efficacement contre les violences sexuelles.....	160

La Fédération Française des Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (FFCRIAIVS)

N°Siret : 794 076 927 00019

Siège social : CRIAIVS de Haute-Normandie, 106 rue Lafayette, 76100 ROUEN

Mail : contact@ffcriav.org / Site : www.ffcriav.org

Bureau de la FFCRIAIVS (2016-2019)

Président : Mathieu LACAMBRE (Languedoc-Roussillon)

Vice-présidents : Roland COUTANCEAU (Ile-de-France Ouest) et Jean-Philippe CANO (Aquitaine)

Secrétaire : Adelyne DENIS (Languedoc-Roussillon)

Secrétaire adjoint : Ingrid BERTSCH (Centre) et Olivier VANDERSTUKKEN (Nord Pas-de-Calais)

Trésorière : Anne-Hélène MONCANY (Midi-Pyrénées)

Trésorière adjointe : Nathalie CANALE (Auvergne)

COPIL de l'audition publique

Mathieu LACAMBRE (Languedoc-Roussillon)

Aurélie MAQUIGNEAU (PACA)

Cécile MIELE (Auvergne)

Anne-Hélène MONCANY (Midi-Pyrénées)

Sabine MOUCHET-MAGES (Rhône-Alpes)

Remerciements

L'ensemble des professionnels des CRIAIVS pour leur enthousiasme et leurs indispensables contributions à tous les niveaux du processus, et en particulier le réseau documentaire pour son travail considérable en matière de recherche bibliographique, l'équipe du CRIAIVS Ile-de-France pour l'accueil de qualité réalisé lors de la séance publique, et Sylvie Vigourt-Oudart pour son précieux regard lors de la mise en œuvre du projet d'édition, et Cédric Paindavoine qui fût notre valeureux guide durant cette odyssee.

Signé signé Cat's eyes !

Images

Univers graphique de l'audition publique conçu et réalisé par Cécile MIELE.
Dessins originaux de l'édition Collector réalisés par Jean-Claude BOUVIER.

ACHEVÉ D'IMPRIMER
E N M A I 2 0 1 9
DANS LES ATELIERS
DES PRESSES LITTÉRAIRES
66240 SAINT-ESTÈVE

D.L. : 2^e TRIMESTRE 2019
N° D'IMPRIMEUR : 23747
Imprimé en France