

Prévention des violences sexuelles : comment agir ?



La Santé en action : à lire désormais sur téléphones portables et tablettes.



Vous êtes habitué à lire vos revues sur votre Smartphone ou sur votre tablette ? Depuis le premier trimestre 2019, *La Santé en action* est disponible en format spécifiquement adapté à ces supports.

La Santé en action – la revue trimestrielle de Santé publique France – est consacrée exclusivement à la prévention, l'éducation et la promotion de la santé. Elle est destinée à l'ensemble des professionnels concernés (éducation, santé, social, etc.).

Il suffit de télécharger une application compatible avec la lecture de ce format (epub) pour bénéficier en particulier :

- ➔ d'un sommaire interactif qui permet d'accéder de manière sélective à l'article choisi ;
- ➔ d'une ergonomie adaptée au plus grand nombre ;
- ➔ de nombreux liens qui facilitent la navigation vers les ressources.

La Santé en Action :

- ➔ est disponible gratuitement en format numérique, en version pdf téléchargeable depuis le site de Santé publique France. Il est possible de consulter à tout moment l'ensemble des numéros et des **articles parus depuis 2000** ou le **dernier numéro paru** ;
- ➔ est accessible en abonnement. Il suffit de quelques clics sur la **page du site de Santé publique France** pour recevoir dans sa boîte mail la revue trimestrielle dès sa parution ;
- ➔ existe en version papier gratuite. Celle-ci reste cependant réservée aux professionnels exerçant dans des lieux collectifs (établissements scolaires, centres de santé, hôpitaux, communes et collectivités, bibliothèques, etc.).

la Santé en action

est éditée par :

Santé publique France
12, rue du Val d'Osne
94415 Saint-Maurice Cedex – France
Tél. : 01 41 79 67 00
Fax : 01 41 79 67 67
www.santepubliquefrance.fr

Santé publique France est l'agence nationale de santé publique. Etablissement public administratif sous tutelle du ministère chargé de la Santé, l'agence a été créée par le décret n° 2016-523 du 27 avril 2016 et fait partie de la loi de modernisation du système de santé (loi n°2016-41 du 26 janvier 2016).

Directeur de la publication :
Jean-Claude Desenclos

RÉDACTION

Rédacteur en chef :
Yves Géry
Assistante de rédaction :
Danielle Belpaume

PHOTOS :

Couverture : *Nu bleu II*, Henri Matisse
© Succession Henri Matisse – © Photo : Centre Pompidou, MNAMCCI, Dist. RMN-Grand Palais / image Centre Pompidou, MNAMCCI
Page 4 : *Le Repos du Minotaure : champagne et amante*, 17/05/1933, Pablo Picasso
© Succession Picasso 2019 – Photo © RMN-Grand Palais (Musée national Picasso-Paris) / Michèle Bellot
Page 14 : *Couple*, 1926, Pablo Picasso
© Succession Picasso 2019 – Photo © RMN-Grand Palais (Musée national Picasso-Paris) / Thierry Le Mage
Page 17 : *Cariatide*, 1911-1912, Amedeo Modigliani © Photo : BPK, Berlin, Dist. RMN-Grand Palais / Walter Klein
Page 21 : *Nu assis*. Étude pour «La Baignade», Georges Seurat – © Photo : National Galleries of Scotland, Dist. RMN-Grand Palais / Scottish National Gallery Photographic Department
Page 25 : *Petit garçon pleurant*, Paul César Helleu – © Photo : RMN-Grand Palais / René-Gabriel Ojéda
Page 29 : Étude pour *Guernica : La Femme qui pleure*, 16/06/1937, Pablo Picasso
© Succession Picasso 2019 – Photo © Tate, Londres, Dist. RMN-Grand Palais / Tate Photography
Page 35 : *Famille*, Oskar Schlemmer – © Photo : Centre Pompidou, MNAMCCI, Dist. RMN-Grand Palais / Philippe Migeat
Page 39 : *Portrait de Lusia Czechowska*, Amedeo Modigliani – © Photo : Centre Pompidou, MNAMCCI, Dist. RMN-Grand Palais / Philippe Migeat

FABRICATION

Conception graphique : **offparis.fr**
Réalisation graphique : **Jouve**
Impression : **Imprimeries Vincent**

ADMINISTRATION

Gestion des abonnements :
Marie-Josée Bouzidi (01 71 80 16 57)
sante-action-abo@santepubliquefrance.fr
N° ISSN : 2270-3624
Dépôt légal : 2^e trimestre 2019
Tirage : 7 000 exemplaires

Les titres, intertitres et chapeaux sont de la responsabilité de la rédaction



© Nu bleu // Henri Matisse © Succession Henri Matisse – © Photo : Centre Pompidou, MNAMCCI, Dist. RMN-Grand Palais / image Centre Pompidou, MNAMCCI

3

Dossier

PRÉVENTION DES VIOLENCES SEXUELLES : COMMENT AGIR ?

Coordination :
Emmanuelle Le Lay, Fabienne Lemonnier,
Cécile Miele

Introduction

4 _ Emmanuelle Le Lay, Fabienne
Lemonnier, Cécile Miele

Les CRIAVS : des dispositifs de service public dédiés à la prévention des violences sexuelles

7 _ Walter Albardier, Sébastien Brochot,
Jean-Philippe Cano, Mathieu Lacambre,
Cécile Miele

Contexte et apports d'une audition publique dans la prévention des violences sexuelles

10 _ Sabine Mouchet-Mages

Quelles données sur les violences sexuelles en France et quelle lecture en faire ?

13 _ Alice Debauche

Prévention des violences sexuelles : revue des interventions probantes

17 _ Fabienne Lemonnier

Médecine sexuelle et prise en charge des violences sexuelles

20 _ Marie-Laure Gamet

Promouvoir la santé sexuelle dès l'école primaire

23 _ Frédéric Galtier

Comment prévenir les atteintes sexuelles sur les mineurs ?

25 _ Yvonne Coinçon

« Chez les personnes en situation de handicap, la dépendance invite d'une certaine façon à la docilité »

28 _ Entretien avec Milena Raffaillac

Handicap mental et violences sexuelles

31 _ Audrey Sitbon

Prévention, promotion de la santé et parentalité

34 _ Violaine Guérin

Développer la prévention pour limiter les violences sexuelles

37 _ Charles Alezrah, Jean-Marie Delarue

Pour en savoir plus

42 _ Laure Alexandre-Duband,
Virginie Cailleau, Laetitia Haroutunian,
Claire Lambrinidis, Françoise Pierron,
Danielle Quesnel

Canicule

47 _ Connaissances et comportements des Français face à la canicule

Karine Laaidi, Christophe Perrey,
Christophe Léon, Marie Mazzoni,
Pascal Beaudeau

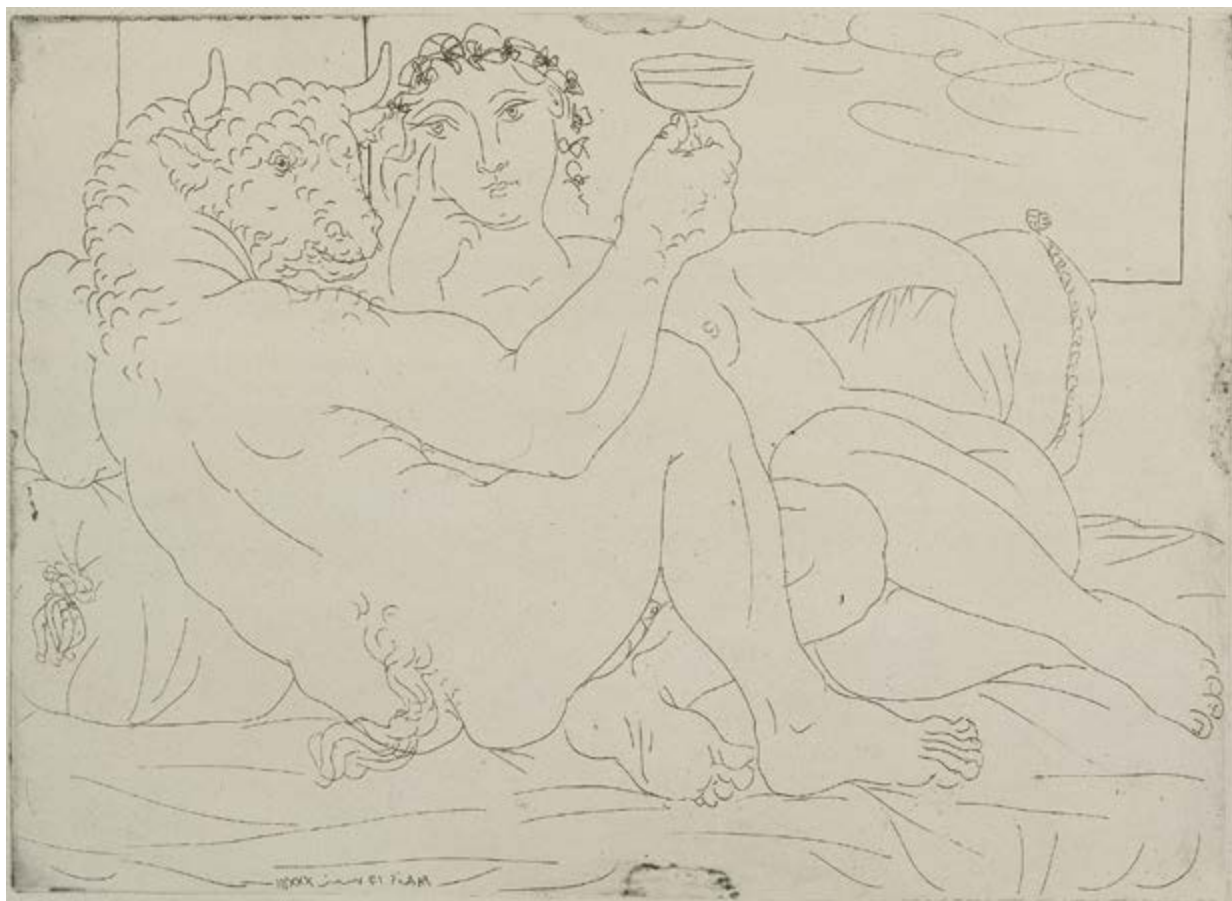
49 _ Canicule et personnes vulnérables : Enquête sur les registres municipaux

Karine Laaidi, Marie Mazzoni,
Christophe Perrey, Pascal Beaudeau,
Mathilde Pascal

Lectures

51 _ Laetitia Haroutunian, Sandie Boya

Sommaire
La Santé en action N° 448



© Le Repas du Minotaure, champagne et amant, 17/05/1933, Pablo Picasso © Succession Picasso 2019 - Photo © RMN-Grand Palais (Musée national Picasso-Paris) / Michèle Bellot

Prévention des violences sexuelles : comment agir ?

Dossier coordonné par

Emmanuelle Le Lay,
médecin

chargée de l'ouverture et du dialogue avec la société,
Direction de la communication et du dialogue avec la société,
Santé publique France,

Fabienne Lemonnier,

chargée d'expertise en promotion de la santé,
Direction de la prévention et de la promotion de la santé,
Santé publique France,

Cécile Miele,

psychologue sexologue,
centre ressource pour les intervenants auprès des auteurs
de violences sexuelles (Criavs), Auvergne, pôle santé publique,
centre hospitalier universitaire (CHU) de Clermont-Ferrand,
référente communication pour la Fédération française
Criavs (FFCRIAVS),
responsable pédagogique du diplôme interuniversitaire (DIU)
de sexologie, faculté de médecine, université Clermont-Auvergne.

E. Le Lay, F. Lemonnier et C. Miele ont contribué à l'audition
publique qui s'est déroulée en juin 2018 sur la thématique
« Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation,
prise en charge »

Les violences constituent un déterminant majeur de santé d'autant plus important qu'il en détermine d'autres. De nombreuses enquêtes ont ainsi mis en évidence des liens étroits entre l'expérience des violences sexuelles et, ultérieurement, des problèmes de santé physique, mentale et sexuelle : répétition des violences agies et subies, syndromes anxio-dépressifs, addictions, conduites sexuelles à risque, trouble des conduites alimentaires, obésité, etc.

Ces derniers mois, le sujet des violences sexuelles a fait l'objet d'une forte actualité médiatique ainsi que d'une importante libération de la parole de la part de victimes. L'ampleur de ces violences est considérable – selon l'enquête Virage, près de huit cent mille personnes déclarent être victimes chaque année de violences sexuelles en France, sans compter les violences faites aux mineurs, et un viol est commis toutes les sept

minutes¹. Cependant, il apparaît que ces données demeurent relativement sous-estimées, fragmentées et insuffisantes. Les enquêtes de « victimisation » montrent ainsi que de 15 % à 20 % des femmes adultes et de 3 % à 6 % environ des hommes sont victimes de violences sexuelles. De plus, ces enquêtes constatent que la grande majorité de ces violences intervient aux plus jeunes âges de la vie : plus de la moitié des violences sexuelles déclarées par les femmes et les deux tiers de celles déclarées par les hommes se produisent ou débute avant 18 ans. Ces chiffres sont encore plus élevés dans les départements français d'Amérique (voir article page 16, enquête Les Habitants des Antilles et de la Guyane face au VIH/sida et autres risques sexuels – KABP) [1].

Par ailleurs, il semble que la société donne à voir une analyse des faits qui ne correspond que très partiellement à la réalité : les violences sexuelles qui font l'objet d'une forte visibilité médiatique semblent plus importantes dans les milieux du cinéma, du sport, du travail, de l'Église. Or il est important de savoir que la très grande majorité de ces violences a lieu dans le cadre de la famille et de l'entourage proche (80 % des cas environ). Ce sont ces violences sur mineurs qui sont précisément difficiles à estimer, car elles font l'objet de peu de dépôts de plainte.

Des progrès incontestables ont été effectués ces dernières années dans l'accueil et dans la prise en charge des victimes comme dans les suivis sanitaire et judiciaire des auteurs. Toutefois, compte tenu de l'importance du nombre de personnes concernées directement – auteurs, victimes – ou indirectement – familles, proches, Une audition publique a été menée en juin 2018 au ministère des Solidarités et de la Santé² : Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge. Elle a été conduite à l'initiative de la Fédération française des centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (FFCRIAIVS) et organisée par quinze structures de référence dans le domaine³. Cette audition publique a permis d'accorder une attention toute particulière au champ de la prévention de ces violences, qui n'avait jusqu'alors jamais été abordé dans les précédents documents de référence⁴.

Nous souhaitons partager avec vous certains travaux de cette audition publique. Ces travaux sont complétés par des articles sur des sujets identifiés comme essentiels dans le rapport de la commission d'audition. C'est cette dernière qui a synthétisé l'ensemble des travaux d'experts auditionnés en vue de la formulation de 35 propositions pour lutter efficacement contre les violences sexuelles [2]. En voici quelques-unes :

- intervenir dès le plus jeune âge dans le cursus d'études avec une pluralité d'intervenants ;
- développer les compétences psychosociales et promouvoir la santé sexuelle des personnes en situation de handicap, mental ou sensoriel ;
- s'engager dans le soutien à la parentalité ;
- proposer un dispositif de numéro unique à destination des personnes attirées sexuellement par les enfants.

Il ne s'agit que de quelques préconisations (voir l'ensemble des 35 propositions dans les pages suivantes). Dans ce dossier central, priorité a été donnée à l'état des connaissances et des pratiques en lien avec le contenu de la revue, à savoir l'éducation, la prévention et la promotion de la santé.

Il est important de garder à l'esprit que certaines populations spécifiques échappent souvent à la prévention primaire :

- les enfants les plus jeunes ;
- les mineurs étrangers non accompagnés ;
- les enfants et adolescents déscolarisés ;
- les personnes en situation de handicap.

Ce dossier aborde certaines situations et ne vise donc en aucun cas l'exhaustivité. Tout aussi prioritaires et non développées dans le dossier sont les violences en direction de certains publics : personnes âgées, migrants, lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres, sans oublier la situation préoccupante des personnes vivant dans les départements français d'Amérique (DFA). Il n'est pas inutile de rappeler que dans son *Rapport mondial sur la violence et la santé* [3] de 2002, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) invite 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. » ■

1. « 0,7 % des femmes de 18 à 75 ans, interrogées dans le cadre de l'enquête Cadre de vie et sécurité (Insee, 2007-2008), ont déclaré avoir été victime de viol sur la période 2007-2008. Par extrapolation, cela conduit au chiffre de 75 000 viols par an (un viol toutes les sept minutes), dont un tiers commis au sein du ménage. »

Source : 4^e plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes 2014-2016. En ligne : https://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/11/4e-plan-VFF_221120131.pdf

2. Sous le haut patronage de Mme la ministre Agnès Buzyn et avec le soutien méthodologique de la Haute Autorité de santé.

3. Association française de criminologie (AFC), Association française de psychiatrie biologique et neuropharmacologique (AFPBN), Association française pour le traitement des violences sexuelles (AF-TVS), Association interdisciplinaire post universitaire de sexologie (Aius), Association nationale des juges de l'application des peines (Anjap), Association nationale des psychiatres experts judiciaires (Anpej), Association des psychiatres de secteur infanto-juvénile (API), Association pour la recherche et le traitement des auteurs d'agression sexuelle (Artaas), Association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire (ASPMP), Direction générale de la santé (DGS), Direction générale de l'offre de soin (DGOS), Fédération française des centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (FFCRIAIVS), Fédération française de psychiatrie (FFP), Santé publique France, Société française de psychologie.

4. Conférence de consensus : Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle. Recommandation de bonne pratique. Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Halfen S., Lydié N. (dirs.) *Les Habitants des Antilles et de la Guyane face au VIH/sida et autres risques sexuels*. Observatoire régional de la santé (ORS) d'Île-de-France et Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), Paris : La Documentation française, 2012 : 333 p. En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1577.pdf>

[2] Delarue J.-M., Alezrah C. *Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation prise en charge*. [Rapport de la commission d'audition]. Paris : audition publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge, 17 juin 2018 : 100 p. En ligne : http://www.ffcriavs.org/media/filer_public/01/2d/012d3270-9129-4689-8e79-ed456fd28ecf/rapport_du_17_juin_2018.pdf

[3] Krug E. G., Dahlberg L. L., Mercy J. A., Zwi A., Lozano-Ascencio R. (dirs.) *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève : Organisation mondiale de la santé (OMS), 2002 : 376 p. En ligne : https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/fr/

Tableau 1. Code pénal : dispositions concernant les infractions – délits et crimes – à caractère sexuel : définition et caractérisation des infractions, renvoi aux articles concernés

Chapitre II section 3	Des atteintes à l'intégrité physique ou psychique de la personne	Agressions sexuelles	Toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise	Viol	Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui ou sur la personne de l'auteur, par violence, contrainte, menace ou surprise.	Viol simple	Art. 222.23
						Viols aggravés	Art. 222.24-222.30
				Agressions sexuelles autres que le viol		Simple et aggravées	Art. 222.27-222.30
				Inceste	Les viols et les agressions sexuelles et les atteintes sexuelles commis par : 1° Un ascendant ; 2° Un frère, une sœur, un oncle, une tante, un neveu ou une nièce ; 3° Le conjoint, le concubin d'une des personnes mentionnées aux 1° et 2° ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité avec l'une des personnes mentionnées aux mêmes 1° et 2°, s'il a sur la victime [le mineur] une autorité de droit ou de fait		Art. 222-31-1 et Art. 227-27-2-1
				Exhibition sexuelle	L'exhibition sexuelle imposée à la vue d'autrui dans un lieu accessible aux regards du public.		Art. 222-32
				Harcèlement sexuel	Le fait d'imposer à une personne, de façon répétée, des propos ou comportements à connotation sexuelle ou sexiste qui soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante.		Art. 222-33
Chapitre V section 2	Des atteintes à la dignité de la personne	Proxénétisme simple et aggravé	Fait, par quiconque, de quelque manière que ce soit : 1° D'aider, d'assister ou de protéger la prostitution d'autrui ; 2° De tirer profit de la prostitution d'autrui, d'en partager les produits ou de recevoir des subsides d'une personne se livrant habituellement à la prostitution ; 3° D'embaucher, d'entraîner ou de détourner une personne en vue de la prostitution ou d'exercer sur elle une pression pour qu'elle se prostitue ou continue à le faire.			Art. 225-5	
Chapitre VII	De la mise en péril des mineurs	Corruption de mineur	Le fait de favoriser ou de tenter de favoriser la corruption d'un mineur [...] » / « [...] le fait, commis par un majeur, d'organiser des réunions comportant des exhibitions ou des relations sexuelles auxquelles un mineur assiste ou participe ou d'assister en connaissance de cause à de telles réunions.			Art. 227-22	
		Pornographie enfantine	Le fait, en vue de sa diffusion, de fixer, d'enregistrer ou de transmettre l'image ou la représentation d'un mineur lorsque cette image ou cette représentation présente un caractère pornographique.			Art. 227-23	
		Atteinte sexuelle sur mineur de 15 ans	Simple			Art. 227-27	
			Aggravée si commis par un ascendant ou personne ayant autorité			Art. 227-21-2-1	
			Si différence d'âge significative => agression sexuelle ou viol (si pénétration)			Art. 222-22-1	
		Proposition sexuelle à mineur de 15 ans	Le fait pour un majeur de faire des propositions sexuelles à un mineur de quinze ans ou à une personne se présentant comme telle en utilisant un moyen de communication électronique.			Art. 227-22-1	

Pour en savoir plus

- Fédération française des centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (FFCRIAIVS).

Les infractions à caractère sexuel. FFCRIAIVS, élaboré avec le concours du Criavs Champagne-Ardenne, coll. Les Mémentos, actualisé en septembre 2018. En ligne : https://www.ffcriavs.org/media/filer_public/0c/21/0c215083-5fc2-47cb-9689-67debf81921c/plaquette_ics.pdf

Les CRIAVS : des dispositifs de service public dédiés à la prévention des violences sexuelles

Dr Walter Albardier,

psychiatre, responsable du centre ressource pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (Criavs) Île-de-France, hôpitaux de Saint-Maurice, Paris,

Sébastien Brochot,

préventeur, centre ressource pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (Criavs) Île-de-France, hôpitaux de Saint-Maurice, Paris,

Dr Jean-Philippe Cano,

psychiatre, Erios, centre ressource pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (Criavs) Aquitaine, centre hospitalier Charles-Perrens, Bordeaux,

Dr Mathieu Lacambre,

psychiatre, président de la Fédération française des centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (FFCRIAIVS), responsable de la filière de psychiatrie légale, centre hospitalier universitaire de Montpellier,

Cécile Miele,

psychologue sexologue, centre ressource pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (Criavs) Auvergne, centre hospitalier universitaire de Clermont-Ferrand.

Les centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (Criavs) sont des structures de service public¹ d'échelle régionale², placées sous la responsabilité du ministère des Solidarités et de la Santé, qui répondent à l'objectif général d'améliorer la prévention, la compréhension et la prise en charge des violences sexuelles sur les bases d'une réflexion éthique et pratique. Ils s'adressent à tous les professionnels ou institutions, concernés par la problématique des violences sexuelles.

Afin de mutualiser leurs ressources et de s'engager sur des projets d'envergure nationale et internationale, les

26 Criavs se sont regroupés en une fédération – la Fédération française des Criavs (FFCRIAIVS), créée en 2008 – avec un projet ambitieux de prévention primaire, c'est-à-dire en amont de tout passage à l'acte, en ciblant les publics et les situations à risque. À ce titre, l'audition publique « Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge » de juin 2018³ a permis de mettre en évidence les publics et les situations à risque : les enfants victimes de traumatisme, et/ou ayant des comportements sexuels problématiques ; les personnes atteintes de trouble psychique ou de handicap psychique ; les personnes présentant un trouble pédophilique. L'originalité de cette approche suppose la création d'outils et de dispositifs de prévention adaptés aux problématiques actuelles et efficaces pour agir sur les déterminants du passage à l'acte (déficit des compétences psychosociales ou de connaissance en matière de sexualité, trouble paraphilique⁴, etc.). Dans ce sens, les Criavs ont veillé à s'adresser aux professionnels qui travaillent en direction des publics les plus jeunes ou vulnérables, en adaptant les outils à leurs goûts, leurs besoins, leurs pratiques.

Quelques outils et dispositifs

Le Selflife : outils de médiation déclinable – Criavs Auvergne

Sous forme d'un jeu de l'oie agrémenté de cartes, le *Selflife* [1] est un outil de médiation ludique utilisé en groupe, animé par des professionnels des champs médico-socio-éducatifs formés à son utilisation. Les cases du jeu de l'oie présentent des *items* ni vrais ni faux, à partir desquels le groupe

peut exprimer son avis, ses positions, éventuellement ses expériences, et les argumenter.

Cet outil se fonde sur trois axes d'intervention validés [2] : développer et mobiliser les compétences psychosociales ; promouvoir la santé sexuelle ; identifier et déconstruire les représentations sociales pour repérer les déterminants de nos comportements et comprendre leur nature (légale, morale, commerciale, etc.), leur origine, leur fonction.

Plusieurs déclinaisons de l'outil ont été imaginées pour répondre aux problématiques des publics selon leur âge ou leurs spécificités. La version initiale a été créée pour les jeunes adultes (et les lycéens) potentiellement concernés par les contextes festifs présentant des risques liés à la prise de toxiques, aux effets de groupe, ou encore à l'usage des réseaux sociaux. Par la suite, une version adaptée au collège et à l'école primaire a été développée. En parallèle, pour répondre à des besoins récurrents sur le terrain, d'autres versions ajustées ont été créées : à destination des patients atteints de handicap psychique⁵, à destination des parents⁶, et aussi à destination des auteurs d'infractions à caractère sexuel⁷.

La BOAT : boîte à outils de prévention des violences à caractères sexuel et sexiste – Criavs Languedoc-Roussillon

Sur la base d'un inventaire de plus de 800 outils francophones de prévention, l'équipe du centre ressource pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles du Languedoc-Roussillon (Criavs-LR) a souhaité structurer une boîte à outils de prévention des violences sexuelles et sexistes [3],

L'ESSENTIEL

➤ **Les centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (Criavs), structures de service public, œuvrent à améliorer la prévention, la compréhension et la prise en charge des violences sexuelles sur les bases d'une réflexion éthique. Ils s'adressent à tous les professionnels ou institutions concernés par la problématique des violences sexuelles.**

simple d'utilisation, efficace et fonctionnelle, à l'intention des professionnels intervenant auprès de populations de mineurs (milieu scolaire, judiciaire, associatif, médico-social...).

Après avoir réuni autour du projet un groupe de travail pluriprofessionnel (rectorat d'académie de Montpellier, protection judiciaire de la jeunesse,

maison des adolescents, conseil général, associations...), l'équipe du Criavs-LR a ciblé les dimensions pertinentes de prévention des violences sexuelles, puis structuré la BOAT en quatre tranches d'âge – 5-7/8 ans ; 10-11 ans ; 13/14-18 ans – et cinq thématiques : compétences psychosociales ; respect et différence ; relation et sexualité ; du virtuel au réel ; compréhension et respect de la loi.

C'est ainsi que 134 fiches d'activités ont été élaborées, évaluées et validées.

Regroupées dans une petite maquette d'intervention sous la forme d'un classeur, les fiches d'activités sont accompagnées d'un guide d'animation, d'un glossaire, d'une lettre d'information aux parents, d'un

protocole de signalement en cas de dépistage d'une victime de violence sexuelle au cours d'une intervention, d'outils d'évaluation et de toutes les ressources bibliographiques. Trois jours de formation sont nécessaires pour accéder à l'ensemble des potentialités de la BOAT.

Afin de faciliter sa diffusion à une large échelle, le Criavs Langue-doc-Roussillon a pour projet de rendre accessible la BOAT en version numérique dès la fin 2019. La formation inclut six modules : contexte et épidémiologie, violences sexuelles et sexistes, facteurs de risque et protections, méthodologie de la BOAT, étapes d'élaboration d'un projet de prévention, secret et signalement. Elle pourra être suivie en ligne (*e-learning*).

AUDITION PUBLIQUE « AUTEURS DE VIOLENCES SEXUELLES : PRÉVENTION, ÉVALUATION, PRISE EN CHARGE », PARIS, 14-17 JUIN 2018

Vingt ans après la loi du 17 juin 1998¹ qui a 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 qui implique ainsi le soignant dans une prise en charge articulée avec la justice, plusieurs questions demeurent, et de nouvelles problématiques émergent.

En effet, les évolutions sociétales et technologiques ont redéfini certains contours de la délinquance et de la pathologie ; les scientifiques ont mis en évidence et investi de nouveaux champs d'études ; et les politiques de santé et de sécurité publiques ont développé de nouvelles approches.

Vingt ans après cette loi, les documents de référence, tels la Conférence de consensus de 2001 [1] et la Recommandation de bonne pratique de 2009 [2] nécessitaient donc d'être mis à jour à l'aune des nouvelles avancées sociales, judiciaires et scientifiques. C'est pourquoi, pour les vingt ans de la loi du 17 juin 1998, La Fédération française des centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (FFCRIAVS) a proposé de réunir les principales structures concernées par la problématique des violences sexuelles² au cours d'une audition publique selon la méthodologie et avec l'accompagnement de la Haute Autorité de santé. Les incontournables questions de la prévention, de l'évaluation, et de la prise en charge des auteurs

de violences sexuelles ont été explorées à travers la confrontation d'une revue exhaustive de la littérature et d'avis d'experts réputés dans le domaine, dans le cadre d'un débat public intense et riche les 14 et 15 juin 2018. Ainsi, vingt ans plus tard, grâce à une commission d'audition minutieusement composée et dirigée par Jean-Marie Delarue (président) et Charles Alezrah (vice-président), les violences sexuelles ont bénéficié d'un nouvel éclairage à l'issue de l'audition ; celle-ci a en effet été étayée par un rapport d'orientation et par des propositions concrètes à l'attention des professionnels, des politiques et de la société dans son ensemble.

Cette audition publique a reçu le haut patronage de Mme Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé. L'ensemble des textes produits sont disponibles en ligne sur le site de la FFCRIAVS [3].

1. Loi n°98-468 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000556901&dateTexte=20180612>

2. Association française de criminologie (AFC), Association française de psychiatrie biologique et neuropharmacologique (AFPNB), Association française pour le traitement des violences sexuelles (AFTVS), Association interdisciplinaire postuniversitaire de sexologie (Aius), Association nationale des juges de l'application des peines (An-jap), Association nationale des psychiatres experts judiciaires (Anpej), Association des psychiatres de secteur Infanto-juvénile (API), Association pour la

recherche et le traitement des auteurs d'agression sexuelle (Artaas), Association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire (ASPMP), Direction générale de la santé (DGS), Direction générale de l'offre de Soins (DGOS), Fédération française des centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (FFCRIAVS), Fédération française de psychiatrie (FFP), Haute Autorité de la santé (HAS), Santé publique France, Société française de psychologie.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] *Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle*. 5^e Conférence de consensus de la Fédération française de psychiatrie, Paris : 22-23 novembre 2001. En ligne : <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confagrsex/Programme.html>

[2] Haute Autorité de santé (HAS). *Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans. Recommandation de bonne pratique*. Paris : HAS, Juillet 2009 : 37 p. En ligne : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/aas_-_recommandations.pdf

[3] Fédération française des centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles. *Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge*. [Rapport] Paris : commission d'audition publique des 14-15 juin 2018, 17 juin 2018 : 100 p. En ligne : http://www.ffcriavs.org/media/filer_public/01/2d/012d3270-9129-4689-8e79-ed456fd28ecf/rapport_du_17_juin_2018.pdf

Le projet Consentement. info – Criavs Île-de-France

En 2017, sur les réseaux sociaux, une campagne de révélations de harcèlements (#metoo) est venue nous rappeler que l'assentiment à un acte sexuel reste une notion complexe à appréhender. Dans ce contexte, il a semblé au centre de ressource d'Île-de-France nécessaire et urgent d'apporter aux adolescents et aux jeunes adultes un éclairage sur la notion de consentement à un acte sexuel, tout en leur offrant des conseils sur la mise en œuvre concrète du respect du consentement et de ses implications.

Afin de sensibiliser les 15-25 ans, le Criavs Île-de-France a choisi un ton informel, décalé, parfois irrévérencieux, mais toujours bienveillant avec le souhait de sensibiliser à l'écoute et au respect mutuel. Il a semblé judicieux au Criavs d'Île-de-France de s'emparer des nouvelles technologies pour aller au plus près de cette cible, en faisant le choix de la vidéo et d'un site optimisé pour les Smartphones. Avec l'association Une Vie (PedoHelp@...), l'équipe a développé un programme de prévention composé de sept vidéos de prévention, d'un dépliant et de deux affiches⁸. Afin de créer le buzz, une chanson a été composée : *Quand c'est oui, c'est oui (la chanson du consentement)*, et un clip a été réalisé, dans l'esprit des années 1980. En seulement un mois et demi, le clip a été vu près de quatre millions de fois sur les réseaux sociaux et la chanson a été reprise dans de nombreux médias.

Le succès de cette campagne de prévention a convaincu l'équipe du Criavs Île-de-France de l'utilité de créer de nouveaux supports numériques. Elle a donc inauguré, en février 2019, le média <https://violences-sexuelles.info/>, support général d'information sur les violences sexuelles, entièrement numérique, destiné à la fois aux professionnels et aux non-professionnels.

Numéro unique pour les personnes présentant une pédophilie – Fédération française des CRIAVS

Suite aux préconisations de la commission de l'audition publique « Auteurs de Violences Sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge⁹ », qui s'est tenue les 14 et 15 juin 2018 au

ministère des Solidarités et de la Santé, la Fédération française des centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (FF-CRIAVS) s'est saisie de la proposition n° 14 pour mettre en œuvre un numéro d'appel téléphonique national unique pour les personnes souffrant de trouble pédophilique.

Avec cette possibilité d'obtenir écoute et orientation vers une équipe de soins compétente, il s'agit d'agir à la source du risque d'agression sexuelle dès le stade de fantasme ou de planification, en amont de sa réalisation.

Ce type de dispositif a montré son intérêt, par exemple en Allemagne avec le projet Dunkenfeld. Depuis 2005, avec le soutien du ministère de la Justice, de plusieurs universités et de fondations, le dispositif mis en place par l'équipe de l'hôpital de la Charité (Berlin) cible des sujets présentant des symptômes pédophiles et/ou hébéphiles¹⁰.

Dans un premier temps, un numéro d'appel sera disponible au cours de l'été 2019 ; en s'appuyant sur le réseau national des Criavs (réseau Écoute et Orientation de la FFCRIAVS). Après une évaluation annuelle de ce projet-pilote et selon les ressources financières mobilisées, le dispositif pourrait être renforcé selon trois axes :

- mise en place d'un site Internet d'information et d'orientation avec auto-évaluation en ligne ;
- mise en place d'une plate-forme téléphonique unique, nationale, permettant de recevoir les appels et d'orienter les personnes vers les structures de soins de proximité ;
- et enfin mise en place d'une large campagne d'information sur le numéro unique, destinée au grand public, afin de le rendre visible et facilement

accessible aux publics-cibles, notamment aux jeunes aux prises avec des attirances sexuelles problématiques.

Ainsi, selon les ressources financières mobilisées, le projet français porterait sur les trois niveaux de prévention : 1. information du grand public (prévention primaire) ; 2. écoute et orientation des personnes attirées sexuellement par des mineurs (prévention secondaire) ; 3. orientation pour la prise en charge des personnes déjà condamnées pour des infractions sexuelles sur mineur (prévention tertiaire). ■

Pour en savoir plus

- <https://www.ffcriavs.org/la-federation/audition-publique/>

1. Issues de la circulaire DHOS/DGS/O2/6C 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 interrégionales. En ligne : <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-04/a0040023.htm>
2. Sur la base de la répartition territoriale en vigueur lors de leur création en 2006.
3. L'ensemble des rapports sont disponibles sur le site : <https://www.ffcriavs.org/la-federation/audition-publique/>
4. Ensemble de troubles sexuels définis dans le DSM 5 (*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*) portant sur la souffrance cliniquement significative – ressentie par l'un des protagonistes impliqués – ou sur une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants lors de fantasmes, ou sur la réalisation d'un comportement sexuel problématique sur une période supérieure à six mois (troubles d'exhibitionnisme, de voyeurisme ou trouble pédophilique...).
5. Coconstruit avec le centre expert schizophrénie du centre hospitalier universitaire de Clermont-Ferrand.
6. Coconstruit avec la maison des adolescents de Clermont-Ferrand.
7. En lien avec les soignants de l'unité de soin du centre pénitentiaire de Riom, centre hospitalier Sainte-Marie.
8. <https://violences-sexuelles.info/outils-et-supports-de-prevention/>
9. Proposition 14 de la commission d'audition.
10. Présentant une attirance pour des sujets pubères en début d'adolescence.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Centre ressource pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles Auvergne. *Selflife. Un outil de médiation au cœur de la prévention d'un Criavs*. En ligne : <http://criavs-auvergne.org/wp-content/uploads/2017/08/Poster-Selflife-CRIAVS.pdf>

- [2] Fédération française des centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles. *Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge*. [Rapport] Paris : commission d'audition publique des 14-15 juin 2018, 17 juin 2018 : 100 p. En ligne : http://www.ffcriavs.org/media/filer_public/01/2d/012d3270-9129-4689-8e79-ed456fd28ecf/rapport_du_17_juin_2018.pdf
- [3] Centre ressource pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles Languedoc-Roussillon. *La Boat. La boîte à outils*. En ligne : <https://consentement.info/la-boat/>

Contexte et apports d'une audition publique dans la prévention des violences sexuelles

Sabine Mouchet-Mages, psychiatre, responsable médical régional CRIAVS Rhône-Alpes, CH Le Vinatier, Lyon, présidente du comité d'organisation de l'audition publique « Auteurs de violences sexuelles, prévention, évaluation, prise en charge »

En France, selon l'enquête Virage [1], on estime qu'environ 800 000 personnes sont victimes de violences sexuelles chaque année, et ce sans compter les violences faites aux mineurs. Or, si la prise en compte des violences se situe au niveau des victimes, c'est qu'il est déjà trop tard : pour être efficaces, les interventions doivent se situer en prévention primaire (avant la survenue de l'acte de violence), ou en préventions secondaire et tertiaire (après), par la prise en charge des auteurs, afin d'identifier des situations à risque et de diminuer le risque de récidive. Ainsi, de nombreux professionnels des champs sanitaire, judiciaire et social sont actuellement mobilisés dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles, selon des dispositifs qui se sont développés au cours des dernières décennies. L'audition publique « Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge » (14-15 juin 2018) était directement liée à ce contexte et à la nécessité d'identifier et d'analyser les besoins en matière de prévention (prévention primaire et efficacité des dispositifs de prise en charge).

Histoire de la prise en charge des auteurs en France

Historiquement, le choix de soigner les personnes détenues a été un tournant majeur, avec la

séparation (par rapport à la peine) des soins de l'administration pénitentiaire, qui permettait de penser la prise en charge sanitaire en parallèle de la sanction. Il s'agissait de prendre en compte que des détenus pouvaient relever de soins indépendamment de leur passage à l'acte, et également que celui-ci pouvait survenir dans un contexte psychique particulier. En 1986, les premiers services médico-psychologiques régionaux (SMPR) ont été créés [2] pour assurer la prévention, le diagnostic et les soins des troubles psychiques en détention au bénéfice de la population pénale. Les SMPR proposent des consultations psychiatriques, psychologiques, qui peuvent s'intégrer dans un dispositif de type hôpital de jour.

En 1994, les SMPR ont été complétés par les unités de consultations et de soins ambulatoires (Ucsa), services de soins médicaux implantés au sein des établissements pénitentiaires [3]. Dans les UCSA qui ne sont pas situées dans le même établissement qu'un SMPR, une offre de soins psychiatrique et psychologique peut exister sous la forme de consultations ambulatoires intracarcérales.

En 1995, trois experts ont rédigé un rapport auprès du ministère du Travail et des Affaires sociales et du ministère de la Justice, concernant le traitement et le suivi médical des auteurs de délits et crimes sexuels [4]. Ce travail a permis de recueillir des données épidémiologiques sur les populations d'auteurs incarcérés en France ; il a été suivi par la mise en place d'une recherche-action portant sur l'évaluation du fonctionnement psychique des auteurs de crimes

L'ESSENTIEL

■ **800 000 personnes sont chaque année victimes de violences sexuelles, sans compter les violences faites aux mineurs. De nombreux professionnels des champs sanitaire, judiciaire et social sont actuellement mobilisés dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles, selon des dispositifs qui se sont développés au cours des dernières décennies. Depuis les années 1990, les textes de loi ont été complétés pour prévenir en amont les violences et en aval pour prendre en charge les auteurs, identifier les situations à risque et réduire les risques de récidive, en mettant en place une prise en charge sanitaire – médicale ou psychologique – coordonnée à la suite de la détention. L'audition publique des 14 et 15 juin 2018 a dressé un état des lieux et formulé des recommandations sur la prévention, l'évaluation et la prise en charge des auteurs de violences sexuelles en France. L'audition publique s'est déroulée selon une méthodologie scientifiquement fondée afin d'assurer la participation de tous.**

et délits sexuels, afin de proposer des prises en charge adaptées [5]. C'est à la suite de ces travaux préparatoires qu'il est apparu nécessaire d'organiser la prise en charge des auteurs de violences sexuelles à la sortie de détention afin de prévenir la récidive, avec la création d'un dispositif permettant une articulation entre les différents acteurs des secteurs judiciaire et sanitaire si les soins étaient nécessaires.

La loi du 17 juin 1998 et l'injonction de soins

C'est ainsi que le suivi socio-judiciaire (SSJ) a été instauré par la loi du 17 juin 1998 [6] relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs. On note dès sa dénomination que la prévention, ici de la récidive, prend une place centrale. Elle permet en effet de lutter contre la récidive en mettant en place une prise en charge sanitaire (médicale ou psychologique) coordonnée à la suite de la détention.

Le suivi socio-judiciaire est une peine de suivi obligatoire qui prend effet à la sortie de la détention : la personne condamnée doit se soumettre, sous le contrôle du juge d'application des peines, à diverses mesures de surveillance, d'assistance ou de soins et, parmi elles, à l'injonction de soins. Le suivi socio-judiciaire – et ainsi l'injonction de soins – peut constituer une peine principale sans mise en détention quand un délit a été commis, ou complémentaire à une peine privative de liberté.

Articulation entre justice et santé

Cette loi originale a pour particularité d'instaurer une articulation entre justice et santé ; tout d'abord, avant la condamnation, avec le recours obligatoire à une expertise psychiatrique concluant à l'opportunité de ce dispositif ; ensuite, après la condamnation, en impliquant un praticien traitant (médecin et/ou psychologue) et un médecin coordonnateur, ce dernier étant chargé de rédiger des rapports au juge d'application des peines quant au suivi médical du condamné.

L'application de ce suivi socio-judiciaire, initialement dévolu aux auteurs de violences sexuelles, a notamment été élargie aux violences conjugales et concerne des champs divers : empoisonnement, actes de pyromanie, etc.

Une nécessaire mise à jour des connaissances

La mise en œuvre de l'audition publique avait notamment pour objectif d'analyser avec du recul ce nouveau dispositif et de prendre en compte les avancées intervenues entretemps.

En 2001, La Fédération française de psychiatrie a réuni une conférence de consensus sur le thème « Psychopathologie et traitement actuel des auteurs de violences sexuelles[7] ». Il s'agissait à l'époque de légitimer la place du soin, de questionner la psychopathologie (étude des troubles mentaux, base de la psychiatrie) et de proposer des bases thérapeutiques pour la prise en charge des auteurs. Or, très peu de temps s'était écoulé depuis la loi du 17 juin 1998, ce qui ne permettait pas d'en évaluer le fonctionnement.

Des centres ressources pour les intervenants auprès d'auteurs de violences sexuelles

En 2006 ont été créés les centres ressources pour les intervenants auprès d'auteurs de violences sexuelles (Criavs [8]), avec six missions spécifiques : documentation, formation des professionnels, recherche, animation du réseau santé-justice, soutien aux équipes, prévention (voir article pages 7 à 9 dans ce même dossier). Les précédentes recommandations ne tenaient donc pas compte de l'impact potentiel de ces structures ressources.

En 2009, la Haute Autorité de santé a édité des recommandations de bonnes pratiques relatives au traitement des auteurs d'infractions sexuelles sur mineurs de moins de 15 ans [9] : ces recommandations ne constituent qu'un axe thérapeutique et ne couvrent pas l'ensemble du champ des violences sexuelles.

En 2016, les professionnels constataient que de plus en plus de personnes sortaient de prison avec un suivi socio-judiciaire et une injonction de soins, en plus de nombreuses mesures d'obligation de soins. Il apparaissait indispensable de dresser un état des lieux du dispositif, vingt ans après la loi du 17 juin 1998, en tenant compte des évolutions de la société et également des modifications possibles des prises en charge. Par ailleurs, la dernière recommandation portant de manière large sur le sujet des auteurs de violences sexuelles était centrée sur la psychopathologie [7], et la question de la prévention n'y était pas abordée.

Méthodologie de l'audition publique des 14 et 15 juin 2018

Dans la perspective historique qui vient d'être développée, et face à ce besoin d'un document de référence pour les acteurs de terrain, la Fédération française des Criavs s'est portée promoteur de l'audition publique, selon la méthodologie de la Haute Autorité de santé (HAS). Il apparaissait en effet nécessaire qu'une méthodologie puisse être appliquée afin que le document puisse devenir une source de référence. Le projet a bénéficié de l'accompagnement méthodologique et du soutien de la HAS durant tout son déroulement.

Afin de correspondre aux attentes des professionnels de manière large, un comité d'organisation (CO) a été constitué, comprenant des représentants des principales structures ou associations¹ concernées par le champ des auteurs de violences sexuelles.

Le comité d'organisation a rédigé les questions posées à un groupe de 33 experts, qui ont été chargés de rédiger un rapport dont les conclusions ont été présentées et débattues au cours d'une séance publique les 14 et 15 juin 2018. Parallèlement, le comité d'organisation a constitué une commission d'audition, constituée de professionnels indépendants du champ, ayant pour mission d'auditionner les experts et de rédiger un rapport d'orientation dans les suites de la séance publique. Cette commission a été présidée par M. Jean-Marie Delarue, ancien contrôleur général des lieux de privation de liberté, et par le Dr Charles Alezrah, ancien chef de pôle de psychiatrie. Afin de les assister, un groupe bibliographique, assisté d'une documentaliste de la HAS et du réseau documentaire des Criavs, a été chargé de réaliser une synthèse exhaustive de la littérature correspondant aux différentes questions, afin de fournir des données fondées sur les preuves aux membres de la commission d'audition. Durant la rédaction des questions, le comité d'organisation a largement débattu des termes choisis, afin de rendre compte de manière large de la problématique, et en particulier afin de permettre d'apporter des

informations concernant la prévention des violences sexuelles, thématique qui n'avait jusqu'alors jamais été abordée dans un document de référence [7 ; 9].

Recueillir la voix de la population générale

La méthodologie d'une audition publique repose sur un triptyque : experts – commission d'audition assistée d'un groupe bibliographique – débat public, et ce dernier point a été particulièrement important. En effet, le rapport d'orientation devait s'appuyer à la fois sur les productions écrites et également sur les débats tenus au cours de la séance publique. Il était donc capital de pouvoir disposer d'un public concerné, constitué de professionnels, et également représentatif de la population civile, et qui inclue des représentants de victimes et d'auteurs, ce qui a été possible *via* des propositions de participation ciblées. Une place a été réservée à des inscriptions libres, afin de recueillir au mieux la voix de la population générale. Tous les membres du public ont par ailleurs reçu l'ensemble des textes des

experts préalablement à la séance, et une place équivalente a été laissée aux présentations et aux débats.

Proposer un état des lieux de la prévention et de la prise en charge

Ainsi, vingt ans après la loi du 17 juin 1998, l'audition publique s'est donné pour objectif de proposer un état des lieux de la prévention, de l'évaluation et de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles en France. Afin de permettre un débat large, les principales structures et associations impliquées dans la prise en charge des auteurs, et aussi des représentants des usagers et des victimes ont été conviés à participer aux différentes commissions et au débat en séance publique. Le travail rigoureux qui a été entrepris a permis à la commission d'audition de rédiger un rapport d'orientation tenant compte de la manière la plus exhaustive possible des différents points de vue. Une attention toute particulière a été réservée au champ de la prévention qui n'avait jusqu'alors jamais été abordée dans les documents de référence. ■

Pour en savoir plus

<https://www.fccriav.org/la-federation/audition-publique/>

1. Association française de criminologie, Association française de psychiatrie biologique et de neuropsychopharmacologie, Association pour le traitement des violences sexuelles, Association interdisciplinaire post-universitaire de sexologie, Association nationale des juges de l'application des peines, Association nationale des psychiatres experts judiciaires, Association des psychiatres de secteur infanto-juvénile, Association pour la recherche et le traitement des auteurs d'agression sexuelle, Association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, Direction générale de la santé, Direction générale de l'offre de soins, Fédération française des Criav, Fédération française de psychiatrie, Santé publique France, Société française de psychologie.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Debauche A., Lebugle A., Brown E. *et al. Présentation de l'enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles*. Paris : Ined, coll. Documents de travail, 2017 : no 229 : 67 p. En ligne : <https://www.ined.fr/fr/publications/document-travail/enquete-virage-premiers-resultats-violences-sexuelles/>

[2] Code de procédure pénale. *Organisation des soins en milieu pénitentiaire*. Article D372, modifié par décret n° 2016-1645 du 1^{er} décembre 2016 – art. 4 (V). En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006071154&idArticle=LEGIARTI000006516225&dateTexte=&categorieLien=cid>

[3] Ministère des Affaires sociales et de la Santé, ministère de la Justice. *Stratégie santé des personnes placées sous main de justice (PPSMJ)*. Paris : avril 2017 : 28 p. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_ppsmj_2017.pdf

[4] Balier C., Parayre C., Parpillon C. *Traitement et suivi médical des auteurs de délits et crimes sexuels*. Ministère du Travail et des Affaires sociales, ministère de la Justice [Extraits du rapport], 1995. En ligne : <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confagrsex/rapports/rapportBalier.html>

[5] Balier C., Ciavaldini A., Girard-Khayat M. *Rapport de recherche sur les agresseurs sexuels*. Direction générale de la santé. Paris : La Documentation française, 1996 : 91 p. En ligne : <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/984000637/index.shtml>

[6] Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000556901>

[7] Fédération française de psychiatrie. *Psychopathologies et traitements actuels des auteurs d'agressions sexuelles*. 5^e Conférence de consensus, Paris : 22-23 novembre 2001. En ligne : <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confagrsex/default.html>

[8] 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. En ligne : <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-04/a0040023.htm>

[9] Haute Autorité de Santé (HAS). *Recommandations de bonne pratique HAS. Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre des mineurs de moins de 15 ans*. Paris : HAS, juillet 2009 : 37 p. En ligne : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/aas_-_recommandations.pdf

Quelles données sur les violences sexuelles en France et quelle lecture en faire ?

Alice Debauche,

maîtresse de conférences en sociologie, membre de Sociétés, acteurs, gouvernement en Europe (Sage), UMR 7363, université de Strasbourg – Centre national de la recherche scientifique (CNRS), chercheuse associée à l'Institut national d'études démographiques (Ined).

Les différentes sources disponibles sur les violences sexuelles donnent à voir des dimensions spécifiques des violences. Les données administratives par exemple traitent le nombre de plaintes et de condamnations annuelles. Elles permettent des analyses sur le long terme. On constate ainsi une augmentation massive du nombre annuel de plaintes depuis les années 1980 et jusqu'aux années 2000 [1]. Le nombre de plaintes annuelles pour viol a été multiplié par 6,4 entre 1974 et 2009, passant d'environ 1 500 à près de 10 000, tandis que le nombre de plaintes pour agressions sexuelles était multiplié par 2,4, passant de 5 604 à 13 411. Il faut noter que le nombre de plaintes pour viols a stagné entre 2001 et 2007, oscillant entre 9 800 et 10 500 ; il a même diminué légèrement par la suite. On assiste toutefois, depuis l'automne 2017, à une nouvelle augmentation importante des plaintes pour viols et pour agressions sexuelles, dans un contexte de dénonciation massive des violences sexuelles par les femmes sur les réseaux sociaux et dans les médias. Cependant, l'augmentation des plaintes depuis les années 1970 ne s'est pas répercutée

dans des proportions similaires au niveau des condamnations, ce qui est inhérent au mécanisme de traitement des affaires par la justice et également à la spécificité des dossiers de violences sexuelles qui font fréquemment l'objet de classements sans suite ou de non-lieux [2].

Les conséquences des violences sexuelles sur la santé constituent un enjeu majeur pour la recherche scientifique et les politiques publiques de santé. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a ainsi adopté une définition large des violences sexuelles : « tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail [3] ».

Enveff

Plusieurs enquêtes en population générale ont – depuis le début des années 1990 – interrogé la population sur la survenue de violences sexuelles au cours de la vie. Parmi elles, l'Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (Enveff) [4] a été réalisée en 2000, par téléphone, auprès de 7 000 femmes de 20 à 59 ans. Concernant les violences sexuelles, l'Enveff comportait des questions sur les attouchements, les tentatives de rapports forcés et les rapports forcés, au cours de la vie et au cours des douze mois précédant l'enquête. Les résultats ont permis de confirmer l'ampleur des violences, puisque les chercheuses ont estimé

L'ESSENTIEL

■ La prévalence des violences sexuelles en France est considérable : selon l'enquête Virage (2015), 14,5 % des femmes et 3,9 % des hommes ont subi des violences sexuelles au cours de leur vie ; parmi eux, 3,7 % des femmes et 0,6 % des hommes ont subi une tentative de viol ou un viol. Les multiples enquêtes montrent la grande concentration de ces violences aux plus jeunes âges de la vie : plus de la moitié des violences sexuelles déclarées par les femmes et les deux tiers de celles déclarées par les hommes se produisent ou débute avant 18 ans.

le nombre annuel de rapports sexuels forcés à 48 000 pour les femmes de 20 à 59 ans, sachant que la majorité des faits se produisent avant les 18 ans de la victime et ne sont donc pas comptabilisés ici. L'enquête a par ailleurs permis souligner la part importante de violences sexuelles se déroulant dans le contexte conjugal, en association avec d'autres formes de violences ou non.

Virage

En 2015, une nouvelle enquête sur les violences de genre – Violence et rapports de genre (Virage) [5] – a été réalisée afin de mettre à jour les données et les résultats recueillis par l'Enveff, et d'approfondir certaines thématiques telles que la place des enfants dans les situations de violences conjugales. Un échantillon de 27 000 personnes (environ



© Couple, 1926, Pablo Picasso © Succession Picasso 2019 – Photo © RMN-Grand Palais (Musée national Picasso-Paris) / Thierry Le Mage

15 000 femmes et 12 000 hommes) de 20 à 69 ans a été interrogé par téléphone. Afin de mieux faire le lien entre les catégories d'enquête et les qualifications pénales, il était demandé aux enquêtés ayant déclaré des violences sexuelles de décrire précisément les actes subis.

L'enquête a ainsi permis d'estimer le nombre annuel de viols et d'agressions sexuelles, selon le sexe et l'âge (tableau 1) [6]. Ces estimations ne portent que sur les personnes âgées de 20 à 69 ans au moment de l'enquête et sont donc bien en deçà de la réalité pour l'ensemble de la population française. En outre, elles ne concernent que les personnes vivant « en ménage ordinaire », autrement dit ne résidant pas en habitat collectif (foyers, cités universitaires, hôpitaux ou maisons de retraite) ; ces estimations ne tiennent donc pas compte des violences sexuelles que sont susceptibles de vivre les personnes vivant dans ce type de résidences. Le tableau 2 [6] présente les prévalences des viols et des agressions sexuelles pour la vie entière, selon le genre et l'espace de vie dans lequel les violences se sont produites.

Tableau 1. Proportion (%) et effectif de personnes victimes de viols, tentatives de viol et autres agressions sexuelles dans les 12 derniers mois

Catégorie juridique	Femmes		Hommes	
	%	Effectif	%	Effectif
Viols et tentatives de viol	0,31	62 000(1) [38 000-86 000]*	0,01	2 700(1) [0-5 000]
- Parmi les 20 à 34 ans	0,45	25 600	ns ⁽²⁾	ns ⁽²⁾
- Parmi les 35 à 49 ans	0,40	26 100	ns ⁽²⁾	ns ⁽²⁾
- Parmi les 50 à 69 ans	0,13	10 300	ns ⁽²⁾	ns ⁽²⁾
Autres agressions sexuelles ⁽³⁾	2,76	553 000 [483 000-622 000]*	0,97	185 000 [143 000-227 000]*
- Parmi les 20 à 34 ans	5,36	303 000	1,47	81 000
- Parmi les 35 à 49 ans	2,60	170 000	1,10	70 000
- Parmi les 50 à 69 ans	1,02	80 000	0,46	34 000
Toutes agressions sexuelles ⁽⁴⁾	2,90	580 000 ⁽⁵⁾ [509 000-651 000]*	1,03	197 000 ⁽⁵⁾ [154 000-240 000]*

Source : Ined, enquête Virage 2015.

Champ : Femmes et hommes âgés de 20 à 69 ans vivant en France métropolitaine.

Notes : (1) Soit 52 400 femmes victimes de viols et 36 900 de tentatives de viol, 62 000 ayant été victimes d'un type, de l'autre, ou des deux. De même, 2 700 hommes ont déclaré des viols et 1 100 des tentatives.

(2) Non significatif car effectif trop faible.

(3) Hors harcèlement sexuel et exhibitionnisme.

(4) Y compris viols et tentatives de viol, mais hors harcèlement sexuel, exhibitionnisme et autres actes et pratiques sexuels forcés.

(5) Une personne pouvant avoir déclaré plusieurs faits de catégories différentes, ce chiffre n'est pas égal à la somme des catégories.

* [38 000-86 000] : intervalle de confiance à 95 %.

Tableau 2. Proportion (%) de victimes de violences sexuelles au cours de la vie, par espace de vie

Espace de vie	Viols et tentatives de viol		Toutes violences sexuelles ⁽¹⁾	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Famille et proches	1,61	0,32	5,00	0,83
Études	0,20	0,04	1,38	0,49
Couple ⁽²⁾	1,39	0,03	1,91	0,31
Travail	0,06	0,00	1,79	0,57
Espace public et autres	0,90	0,27	7,85	2,19
Tous espaces de vie	3,72	0,61	14,47	3,94

Source : Ined, enquête Virage 2015.

Champ : Femmes et hommes âgés de 20 à 69 ans vivant en France métropolitaine.

(1) Y compris viols et tentatives de viol, et hors harcèlement sexuel et exhibitionnisme.

(2) Conjoint ou ex-conjoint au moment des faits.

Lecture : Parmi les femmes de 20 à 69 ans, 14,47 % déclarent avoir subi des violences sexuelles au cours de leur vie (quel que soit l'espace de vie), et 5,00 % en avoir subi dans le cadre de la famille.

Les résultats de l'enquête Virage sur les violences sexuelles montrent que les femmes sont victimes dans des proportions bien supérieures aux hommes, qu'elles sont victimes dans tous les espaces de vie et à tous les âges de la vie, alors que les hommes sont principalement concernés par des violences durant l'enfance et l'adolescence, pour la plupart dans le cadre de la famille et des proches ou des espaces publics. Cette enquête, toujours en cours d'exploitation, permettra également de mettre en évidence les liens entre l'expérience des violences et la santé mentale des personnes (dépression, troubles du comportement alimentaire, tentatives de suicide, etc.). Elle permettra également d'avoir des éléments très détaillés sur les auteurs des violences, notamment dans le cadre de la famille et du couple.

Conclusion

Les données statistiques sur les violences sexuelles en France demeurent relativement fragmentées et insuffisantes. Cependant, il est possible, par le biais des enquêtes, d'estimer la prévalence des violences sexuelles à entre 15 % et 20 % des femmes adultes et pour les hommes de 3 % à 6 % environ. De plus, les enquêtes ont montré la grande concentration de ces violences aux plus jeunes âges de la vie : plus de la moitié des violences sexuelles déclarées par les femmes et les deux tiers de celles déclarées par les hommes se produisent ou débutent avant 18 ans. De plus, les femmes continuent à subir ces violences à tous les âges de la vie, bien que dans des proportions moindres, alors que les hommes sont relativement épargnés à l'âge adulte. Les femmes

subissent des violences sexuelles dans tous les espaces de vie (travail, études, couple et relations avec les ex, famille et proches, espaces publics) alors que les hommes sont principalement victimes dans le cadre de la famille et des relations avec les proches ou dans les espaces publics. Les enquêtes ont également mis en évidence les liens étroits entre l'expérience des violences sexuelles et des problèmes de santé physique, mentale et sexuelle, bien qu'il faille se garder de généraliser : toutes les personnes ayant subi des violences ne sont pas affectées identiquement sur le plan sanitaire.

Les données administratives montrent une propension croissante des victimes à porter plainte suite à des violences sexuelles. Cette augmentation des plaintes ne se répercute toutefois pas dans des proportions comparables au niveau des condamnations. ■

Pour en savoir plus

- Se reporter à la contribution d'Alice Debauche à l'audition publique « Auteurs de violence sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge ».
- Debauche Alice. *Quelles sont les données sur les violences sexuelles en France et quelle lecture en faire ?* Paris : audition publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge. 2018 : 15 p. En ligne : https://www.ffcriavs.org/media/filer_public/4f/bo/4fb051e3-2538-45ed-a6db-4af1aa69be75/expert_2_adebauche.pdf
- <https://www.ffcriavs.org/la-federation/audition-publique/>

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Bajos N., Bozon M. et l'équipe Contexte de la sexualité en France (CSF). Les violences sexuelles en France : quand la parole se libère. *Population et Sociétés*, mai 2008, n° 445. En ligne : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19113/pop_soc445.fr.pdf
- [2] Juillard M., Timbart O. Violences sexuelles et atteintes aux mœurs : les décisions du parquet et de l'instruction, *Infostat Justice*, mars 2018, n° 160. En ligne : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/stat_infostat_160.pdf
- [3] Krug É. G., Dahlberg L. L., Mercy J. A., Zwi A., Lozano-Ascencio R. *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2002 : 376 p. En ligne : https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_fr.pdf
- [4] Équipe Enveff. *Les Violences envers les femmes en France. Une enquête nationale*. Paris : La Documentation française, 2003 : 370 p.
- [5] Debauche A., Lebugle A., Brown E., Lejbowicz T., Mazuy M., Charruault A. et al. *Présentation de l'enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles*. [Document de travail] Paris : Institut national d'études démographiques (Ined), janvier 2017, n° 229. En ligne : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/26153/document_travail_2017_229_violences_sexuelles_enquete.fr.pdf
- [6] Hamel C., Debauche A., Brown E., Lebugle A., Lejbowicz T., Mazuy M. et al. Viols et agressions sexuelles en France. Premiers résultats de l'enquête Virage. *Population et Sociétés*, novembre 2016, n° 538. En ligne : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/25953/538.population.societes.2016.novembre.fr.pdf

Dans les départements français d'Amérique, davantage de rapports sexuels forcés

L'enquête menée sur les violences sexuelles subies par les populations de certains départements d'outre-mer concerne les connaissances, attitudes, croyances et comportements (*Knowledge, attitude, behaviour and practice – KABP*) face au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)/sida aux Antilles et en Guyane (départements français d'Amérique – DFA).

Réalisée sous la direction de Sandrine Halfen, de l'Observatoire régional de santé (ORS) d'Île-de-France et de Nathalie Lydié, de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) intégré depuis à Santé Publique France, cette enquête a été publiée en 2014.

En voici quelques extraits qui montrent que la situation y est encore plus difficile qu'en métropole et requiert donc une prévention encore accrue :

« Au préalable, il convient d'avoir à l'esprit le fait qu'il existe probablement une sous-déclaration des violences subies. Les femmes des DFA sont 12,1 % à avoir déclaré des attouchements sexuels, 10,5 % des rapports sexuels forcés et 7,2 % des tentatives de

rapports forcés. Au total, elles sont 20,5 % à déclarer avoir connu au moins l'une de ces violences sexuelles. Les proportions chez les hommes sont bien inférieures, mais non négligeables : au total, les hommes sont 7,9 % à avoir déclaré des attouchements sexuels, des rapports – ou tentatives de rapports – sexuels forcés.

Par rapport à 2004, la proportion de femmes ayant déclaré avoir subi des violences sexuelles (des attouchements et/ou des rapports sexuels forcés) a augmenté. De 14,3 % lors de l'enquête précédente, elle passe à 20,5 % en 2011, dont respectivement 4,3 % et 10,5 % de rapports sexuels forcés. Cette hausse des violences sexuelles déclarées s'observe également chez les hommes : si 5,7 % d'entre eux déclaraient en 2004 avoir connu des violences sexuelles au cours de leur vie, ils sont aujourd'hui 7,9 % à être dans ce cas. Cette hausse doit être interprétée avec prudence, car si elle peut être l'expression d'un accroissement réel des violences, elle est sans doute aussi (ou plutôt) l'expression d'une plus grande aisance ou légitimité des individus

à pouvoir les déclarer. Les femmes des DFA sont aussi nombreuses que celles de métropole à déclarer avoir subi des violences sexuelles (environ 20 %). Elles indiquent davantage que leurs homologues de métropole des rapports sexuels forcés (10,5 % contre 8,9 %, écart significatif).

Il était demandé aux personnes qui ont déclaré des violences sexuelles à quel âge elles les avaient subies (la première fois, quand plusieurs violences étaient mentionnées). Les violences subies par les femmes interviennent six ans plus tôt que chez les hommes : en moyenne, dans les DFA, à 13,5 ans chez les femmes et 19,4 ans chez les hommes. Ces écarts entre hommes et femmes se retrouvent dans les trois départements. » ■

Source : Observatoire régional de santé d'Île-de-France, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

Halfen S. et Lydié N. (dirs.) *Les Habitants des Antilles et de la Guyane face au VIH/sida et à d'autres risques sexuels*. Paris: La Documentation française, 2014.

Tableau 1. Pourcentage de personnes ayant déclaré des violences sexuelles au cours de la vie selon le département et le sexe

	Guadeloupe		Martinique		Guyane		p*		DFA		Métropole		p*DFA/métropole	
	2011		2011		2011		2011		2011		2010			
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
N =	549	918	531	937	656	922			1736	2777	3855	4576		
Attouchements	3,5	13,2	3,3	9,6	3,9	15,6	NS	≠	3,5	12,1	5,2	15,2	≠	≠
Rapports sexuels forcés	3,4	10,7	2,5	9,6	4,6	12,1	NS	NS	3,2	10,5	1,2	8,9	≠	≠
Tentatives de rapports sexuels forcés ⁽¹⁾	1,6	6,9	3,7	6,1	2,7	10,9	NS	≠	2,6	7,2	--	--		
Avoir connu au moins une de ces violences sexuelles	7,7	20,9	7,7	18,1	9,3	25,9	NS	≠	7,9	20,5	--	--		
Âge moyen aux premières violences sexuelles ⁽²⁾	19,3	14,4	19,8	12,2	18,9	13,3	NS	NS	19,4	13,5	--	--		

(1) Parmi celles/ceux qui ont déclaré ne jamais avoir eu de rapports sexuels forcés.

(2) Y compris les attouchements.

P* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les hommes des trois départements ou entre ceux des DFA et ceux de métropole (entre les femmes des trois départements ou entre celles des DFA et celles de métropole). NS : écart non significatif.

Source : Halfen S., Lydié N. (dirs.) *Les Habitants des Antilles et de la Guyane face au VIH/sida et à d'autres risques sexuels*. Observatoire régional de la santé (ORS) Île-de-France, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), Paris : La Documentation française, 2014 : p. 189. En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1577.pdf>

Prévention des violences sexuelles : revue des interventions probantes

Fabienne Lemonnier,

chargée d'expertise en promotion de la santé,
Direction prévention et promotion de la santé, cellule enfants et jeunes, Santé publique France.

Depuis une vingtaine d'années, les études scientifiques convergent pour établir – de manière démontrée – que la violence sexuelle est le produit de différents facteurs qui interagissent aux niveaux individuel, relationnel et communautaire/sociétal. Face à ce constat, l'approche de santé publique est reconnue comme adaptée à la prévention de problèmes multidimensionnels tels que les violences. Elle met l'accent sur la prévention primaire (en amont de la survenue de la violence sexuelle) et propose une approche multidisciplinaire et plurisectorielle des violences sexuelles, en ayant recours à un ensemble de disciplines : sociologie, psychologie, médecine, sciences de l'éducation. Cette approche de santé publique souligne aussi la nécessité d'agir sur les facteurs sociaux, comportementaux et environnementaux qui sont à l'origine de cette violence. Il s'agit en particulier de mettre l'accent sur la réduction des facteurs de risques, tout en renforçant les facteurs protecteurs, afin de prévenir les passages à l'acte.

Caractéristiques des programmes efficaces : de la théorie à la réalité

En réalisant une revue évaluant l'efficacité des programmes de prévention primaire destinés aux jeunes en 2003 aux États-Unis dans quatre domaines (toxicomanie, comportement sexuel à risque, échec scolaire,

délinquance juvénile et violence), des chercheurs [1] ont identifié des caractéristiques qui étaient systématiquement associées à des programmes de prévention efficaces : ces programmes devaient être complets, avoir lieu au moment approprié, se dérouler à un rythme et une intensité suffisants, mobiliser des méthodes pédagogiques variées, avoir un contenu socio-culturellement pertinent, être mis en œuvre par du personnel formé, reposer sur des cadres théoriques solides.

Or la revue systématique de littérature réalisée en 2014 sur les stratégies de prévention primaire des violences sexuelles [2] permet de constater que la majorité des interventions évaluées sont loin de présenter ces caractéristiques.

Ainsi, les programmes réputés efficaces doivent être complets, c'est-à-dire à composantes multiples, s'adressant aux principaux milieux qui ont une influence sur le développement et la perpétuation du/des comportements à prévenir. Toutefois,



© Carriacide, 1911-1912, Amadeo Modigliani © Photo : BPK, Berlin, Dist. RMN-Grand Palais / Walter Klein

Dossier

Prévention des violences sexuelles : comment agir ?

L'ESSENTIEL

► Comment prévenir les violences sexuelles ?

L'ensemble des connaissances scientifiques, issu notamment des programmes mis en œuvre, converge vers les préconisations suivantes : agir sur les facteurs sociaux, comportementaux et environnementaux qui sont à l'origine de ces violences ; et, en particulier, mettre l'accent sur la réduction des facteurs de risques tout en renforçant les facteurs protecteurs afin de prévenir les passages à l'acte.

la majorité des programmes de prévention des violences sexuelles évalués n'ont qu'une composante, ne sont implantés que dans un milieu – par exemple l'école – et utilisent un nombre réduit de stratégies. 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, avec un changement de politique, des interventions au niveau de la communauté et/ou des changements environnementaux.

Ces programmes doivent aussi être mis en place au moment approprié, c'est-à-dire suffisamment tôt pour avoir un impact sur le développement du comportement problématique ; or les deux tiers des programmes évalués ciblent le milieu universitaire. Même s'il y a un consensus sur le fait que les étudiants risquent particulièrement d'être victimes ou auteurs de violences sexuelles, nombre d'entre eux 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.

Bien que la recherche suggère que les interventions les plus efficaces sont celles qui utilisent des méthodes pédagogiques variées et interactives, favorisant la participation et le développement des compétences, la majorité des interventions évaluées n'utilise qu'une à deux méthodes :

le plus souvent, il s'agit de présentations interactives – qui prévoient un temps de questions/discussion – et de conférences et/ou de vidéos.

Le nombre de séances d'un programme, leur durée, leur espacement et la durée totale du programme doivent être suffisants pour produire l'effet attendu ; il doit comprendre des séances régulières et espacées pour en assurer le maintien dans le temps. On constate que la majorité des interventions évaluées ne comporte qu'une séance. Les interventions qui ont des effets positifs documentés sont généralement de deux à trois fois plus longues que la moyenne.

Les interventions qui mettent l'accent sur le développement de relations positives entre les participants et leurs pairs, leurs parents et d'autres adultes donnent de meilleurs résultats. Les programmes de courte durée, de type « conférence », ne permettent pas ce développement. Cependant, certains programmes récents, qui visent à engager les jeunes dans des groupes d'entraide entre pairs, sont susceptibles d'augmenter l'influence positive des pairs pour prévenir les comportements violents. Il en va de même pour les programmes qui visent à développer la capacité à intervenir des personnes témoins d'une agression sexuelle (*bystanders*¹⁾) et qui utilisent les réseaux de pairs pour diffuser des normes sociales positives et des messages de prévention des violences sexuelles. Enfin, des travaux récents indiquent que les programmes de prévention des violences dans les relations amoureuses des jeunes, qui impliquent les parents, semblent prometteurs.

Les programmes doivent aussi être adaptés aux normes culturelles, croyances et pratiques de la communauté ; mais peu d'entre eux incluent des contenus spécifiquement destinés à des groupes ethniques ou à des groupes de population particuliers (membres d'une fraternité, militaires...) et aucun ne s'adresse à des minorités sexuelles.

La réussite d'un programme dépend aussi de la formation et des compétences des personnes qui le mettent en œuvre. Or la majorité des programmes évalués 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.

Les stratégies de prévention des violences sexuelles sont souvent dépourvues d'un cadre théorique solide. Ainsi, l'information sur le statut juridique des violences sexuelles et leur perpétration est une composante fréquente des stratégies de prévention des violences sexuelles ; toutefois, l'on dispose d'un faible niveau de preuve sur la question de savoir si les potentiels agresseurs peuvent être dissuadés en prenant connaissance de la gravité des peines encourues. 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, l'hypermasculinité et la perpétration de violences sexuelles, ces facteurs sont rarement au cœur des interventions. Les stratégies qui incluent un travail avec les jeunes hommes pour une vision saine de la masculinité et des relations sont des exceptions prometteuses.

Quels sont les stratégies et les programmes efficaces ?

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

En 2014, une revue systématique des stratégies de prévention de la perpétration de violence sexuelle [2] a permis d'identifier trois programmes efficaces, même si les chercheurs estiment que ces approches à elles seules ne sont pas suffisantes pour réduire le taux de violence sexuelle au niveau de la population. Ces programmes sont :

- **Safe date** : il s'agit d'un programme universel de prévention des violences dans les relations amoureuses pour les collégiens et les lycéens, qui comporte dix séances et intervient sur les attitudes, les normes sociales et les compétences relationnelles saines. Ce programme a fait l'objet d'un nombre important d'évaluations qui ont démontré son efficacité dans le contexte nord-américain. Les jeunes impliqués dans *Safe Date* banalisaient moins les violences, percevaient

mieux les conséquences négatives de leurs comportements, réagissaient de manière moins destructive lorsqu'ils étaient en colère, et avaient également une meilleure connaissance des services d'aide aux victimes. Ce programme a fait l'objet d'une adaptation au contexte socio-culturel et d'une étude d'implantation en Suisse romande entre 2013 et 2015 ; il y est toujours mis en œuvre aujourd'hui [3] ;

- *Shifting boundaries* : ce programme universel de prévention des violences dans les relations amoureuses au collège a été mis en œuvre initialement dans trente collèges new yorkais. Il comporte deux volets, un volet de six 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 [4] ;

- *U.S. violence against women act (Vawa) of 1994* : il s'agit ici d'une loi fédérale américaine sur les violences faites aux femmes. Cette loi visait à créer des conditions favorables pour permettre aux victimes de pouvoir déposer plainte et à durcir les peines pour viol, harcèlement sexuel et autres formes de violence à l'égard des femmes. Cette loi visait aussi à financer la recherche, les programmes d'éducation et de sensibilisation, les activités de prévention et les services aux victimes. S'il a été mesuré une diminution du nombre de viols (0,06 % par an entre 1996 et 2002) et d'agressions sexuelles, corrélée avec ce financement, on ne sait quels programmes financés ont été efficaces.

Stratégies efficaces selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS)

Par ailleurs, l'Organisation mondiale de la santé (OMS [5]) a identifié des stratégies prometteuses, notamment de par leurs assises théoriques et leur prise en compte des facteurs de risque connus. Cependant, les données probantes de leur efficacité sont encore faibles ou inexistantes.

Ainsi, il est démontré que des programmes de visites à domicile pré- et/ou postnatales réduisent les risques de négligence et de maltraitance

physiques et psychologiques des enfants. Avoir été victime de ce type de violence est un facteur connu pour augmenter le risque de commettre ou de subir des actes de violence sexuelle plus tard dans la vie ; mais les effets de ces programmes chez les adultes dont les parents avaient participé à ces programmes n'ont pas encore été évalués.

De même, les approches qui visent l'*empowerment*² des victimes potentielles – afin qu'elles soient davantage en capacité de résister à la violence et de se protéger – présentent un intérêt. Toutefois, Kathleen Basile, spécialiste du comportement, experte des violences sexuelles et de la maltraitance des enfants (*Centers for Disease Control and Prevention – CDC ; États-Unis*) souligne que ces approches ne peuvent être un élément central de la politique de prévention sous peine de déporter la responsabilité des agresseurs potentiels vers les victimes.

L'OMS établit que les interventions auprès des jeunes dans les écoles sont essentielles. Toutefois, ces interventions gagneraient à être intégrées aux programmes plus généraux de promotion de la santé, lesquels pourront être consacrés à la santé sexuelle et génésique, la santé mentale, l'abus de drogues, alcool et autres, en particulier chez les adolescents.

Enfin, dans leur revue de littérature [2], les auteurs soulignent que le manque d'approches de prévention de la violence sexuelle aux niveaux sociétal et communautaire demeure un point critique. La majorité des programmes évalués vise uniquement ou essentiellement des changements au niveau individuel ; quelques-uns essaient d'agir sur l'influence des pairs ou sur les normes sociales à une petite échelle (programmes de *bystanders*, campagne d'affichage en milieu scolaire). Si les approches aux niveaux 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. ■

Pour en savoir plus

- <https://www.ffcriavs.org/la-federation/audition-publique/>

1. Bystanders : il n'existe pas d'équivalent en français. On pourrait traduire par « témoins actifs » ce terme qui désigne les témoins/spectateurs et recouvre aussi la notion de soutenir/assister (*to stand by*).
2. Accroissement de la capacité d'agir.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Nation M., Crusto C., Wandersman A., Kumpfer KL, Seybolt D., Morrissey-Kane E. *et al.* What works in prevention. Principles of effective prevention programs. *American Psychologist*, juin-juillet 2003, vol. 58, n° 6-7 : p. 449-456.
- [2] DeGue S., Valle L. A., Holt M. K., Massetti G.M., Matjasko J. L., Tharp A. T. A systematic review of primary prevention strategies for sexual violence perpetration. *Aggression and Violent Behavior*, 2014, vol. 19, n° 4 : p. 346-362. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5875446/pdf/nihms951565.pdf>
- [3] Minore R., Combremont M., Hofner M.-C. *Projet d'implantation du programme « Sortir ensemble et se respecter » dans le canton de Vaud (2013-2015). [Rapport final]* Lausanne : Bureau de l'égalité entre les femmes et les hommes (BEFH), mars 2016.
- [4] Taylor B., Stein N. D., 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.* [Rapport remis au département de la Justice] Washington : Police Executive Research Forum, octobre 2011, n° 236175. En ligne : <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/236175.pdf>
- [5] Organisation mondiale de la Santé (OMS)/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 : OMS, 2012 : 101 p. En ligne : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75201/9789242564006_fre.pdf;jsessionid=B20988ACF4F49012F34FD357DED169DA?sequence=1

Médecine sexuelle et prise en charge des violences sexuelles

Marie-Laure Gamet,
praticien hospitalier à l'unité
régionale de soins aux auteurs
de violence sexuelle (Ursavs)
du centre hospitalier
universitaire de Lille, sexologue,
responsable d'enseignement
du diplôme universitaire (DU)
Prévention des violences
sexuelles et éducation
à la sexualité de la faculté
de médecine Lille 2,
enseignante aux diplômes
interuniversitaires (DIU)
de sexologie des facultés
de médecine de Lille,
Paris-Diderot, Toulouse et Nice.

La médecine sexuelle et la santé sexuelle

La médecine sexuelle ou médecine des troubles sexuels s'est développée dans les pays anglo-saxons dès les années 1980 pour la prise en charge de la dysfonction érectile, puis des autres dysfonctions sexuelles des hommes et des femmes [1]. Elle s'est appuyée

sur le concept de santé sexuelle¹ de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de 1974. En France, le terme de médecine sexuelle est d'usage plus récent. En effet, le concept de l'OMS est resté assez méconnu, son inscription dans la loi française date de 2016 et la reconnaissance de la sexologie s'est avérée complexe dans notre pays. Celle-ci, en tant qu'étude de la sexualité, s'inscrit dans la transversalité et s'appuie sur les différentes approches du développement sexuel et sur l'anthropologie, la biologie, la psychologie, la sociologie, le droit, la philosophie, l'histoire, l'éducation et aussi la médecine. C'est d'ailleurs ce qui a motivé des médecins, dès 1995 dans notre pays, à créer des enseignements universitaires de sexologie sous la tutelle de disciplines comme l'urologie, la gynécologie ou la médecine de la reproduction, pour

considérer la sexualité et surtout ses troubles [2]. Ainsi, ils ont participé aux recherches pour développer la médecine sexuelle tant il est désormais évident que des dysfonctions sexuelles peuvent être à l'origine ou consécutives de pathologies diverses intéressant de nombreuses disciplines (cardiologie, neurologie, endocrinologie, etc.). En effet, ces dysfonctions affectent la santé par leur retentissement sur le corps, sur le vécu émotionnel ou sur le psychisme des individus en matière de sexualité ou de son développement. La médecine sexuelle s'est donc attachée à développer des évaluations, des investigations, des thérapeutiques diversifiées avec comme fil conducteur la promotion du bien-être sexuel. Elle repose sur une approche positive de la sexualité qui relève de l'intime, de l'autonomie des personnes à penser et à vivre leur sexualité au titre du respect de soi, de l'autre, de la société, dans la liberté et la responsabilité et elle contribue ainsi à leur état de santé. Ce contexte permet au final à cette discipline médicale de se garder des dérives d'une médicalisation de la sexualité ou d'injonctions sociétales au bien-être.

La médecine sexuelle et les violences sexuelles

En 2006, Alain Giami, chercheur en sciences sociales, sexualité et soins à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), s'étonnait que « *d'autres domaines pouvant entrer dans une définition large de la médecine sexuelle tels que les traitements des auteurs de délits sexuels n'étaient pas*

représentés dans la littérature internationale [3] ». Mais l'effroi suscité par ce sujet, les notions de déviance ou de perversions qu'il soulève dans un contexte de persistance de tabous autour de la sexualité ont – entre autres causes – contribué depuis le XIX^e siècle à ce que le traitement des auteurs de délits sexuels relève avant tout de la psychiatrie et de la psychologie.

Il en est de même de la prise en charge des victimes qui sont en majorité orientées vers les structures de psychiatrie, que les conséquences psychiques soient ou non au premier plan du tableau clinique. Or compte tenu du fléau de santé publique que représentent les violences sexuelles dans notre société, il apparaît désormais nécessaire de déployer de nouvelles stratégies de prévention pour lutter contre ces violences et contre leurs conséquences.

C'est tout l'intérêt des travaux de praticiens en France qui se sont intéressés, dès les années 1990, aux violences sexuelles sous l'angle de la sexologie : leur objectif a été de développer une expertise clinique centrée sur l'évaluation et le soin de victimes et aussi d'auteurs de violence sexuelle par une approche centrée sur la santé sexuelle pour compléter la contribution de la santé mentale dans la prise en charge [4 ; 5 ; 6].

La médecine sexuelle et les victimes

Les constats de ces praticiens ont d'abord porté sur leurs consultations auprès de victimes : en majorité des femmes adultes, parfois des hommes

L'ESSENTIEL

► La médecine sexuelle est une offre de soins pertinente dans la prise en charge thérapeutique des violences sexuelles. Elle est désormais un maillon indispensable de la prévention secondaire et tertiaire de ces violences. Elle ouvre des dialogues avec les patients, libère leurs paroles sur la sexualité ou sur son développement dans ces contextes de violence. En créant un nouvel espace de soins individuels, ses objectifs sont le diagnostic, l'investigation et la prise en charge thérapeutique de troubles sexuels en complément des autres soins, psychiques et somatiques. L'apaisement favorisé par cette alliance thérapeutique vient faciliter le travail des autres personnels de santé et des autres champs souvent impliqués (social, justice, éducation).



© Mr assist Etude pour « La Baignade », Georges Seurat – © Photo : National Galleries of Scotland, Dist. RMN-Grand Palais / Scottish National Gallery Photographic Department

venu.e.s chercher des solutions à leurs problèmes sexuels malgré des suivis en santé mentale ; et aussi des jeunes filles adressées pour des conduites sexuelles à risque restant problématiques au cours ou au décours de suivis psychologiques, psychiatriques. Certes, l'étude des traumatismes, notamment par les neurosciences avec la théorie des émotions, a permis de comprendre le passage de la psychotraumatologie à la psychopathologie [7], d'où l'importance de ces soins. Pourtant, à titre d'exemple, chez des jeunes, il a été particulièrement intéressant de mettre en évidence que les conséquences sexuelles de ces violences sur le développement sexuel sont manifestement à l'origine de troubles psychiques, puisque ceux-ci peuvent s'atténuer ou disparaître lorsque l'on prend spécifiquement en charge cette dimension de leur développement par une thérapie dite sexuelle, centrée sur le trauma et la santé sexuelle [8]. Ces travaux français en

matière de prise en charge thérapeutique renforcent les nombreuses recherches scientifiques qui ont mis en évidence l'impact des conséquences sexuelles des violences sexuelles [9]. C'est pourquoi ils se sont peu à peu inscrits dans le champ de la médecine sexuelle.

La médecine sexuelle auprès des mineurs auteurs de violences sexuelles

Ces travaux ont ainsi amené à s'intéresser aux mineurs auteurs de violence sexuelle. S'il n'y a pas de profil-type de ces jeunes, ils sont en majorité au centre de problématiques multiples : des antécédents de violence sexuelle personnelle ou transgénérationnelle, d'autres formes de violence – notamment conjugale –, des troubles de l'attachement et d'autres facteurs de vulnérabilité comme des troubles des apprentissages, des troubles mentaux, une exposition répétée à des supports vidéos violents et/ou

pornographiques [10 ; 11]. À l'origine d'un passage à l'acte, l'évaluation sexologique favorise la mise en évidence de reviviscences traumatiques, sexuelles ou non, avec des conduites de dissociation qui altèrent des apprentissages d'altérité sexuelle. On peut aussi constater que l'appropriation du plaisir en période pubertaire, dans sa confrontation à la découverte du processus physiologique sexuel (stimulation sexuelle, érection, éjaculation), peut entraîner des comportements sexuels de contrôle, de domination de l'autre, particulièrement lors d'expositions à des supports vidéos pornographiques ou violents [12].

Dans ces contextes, la thérapie sexuelle, élaborée en considérant des comportements sexuels allo-agressifs comme des témoins de troubles du développement sexuel, s'est révélée être un nouvel axe thérapeutique lorsqu'elle est intégrée au parcours de soins global. Ces travaux s'appuient aussi sur les constats des prises en

charge centrées sur la sexualité pour des majeurs auteurs de violence sexuelle [13].

Santé sexuelle : une offre de soins adaptée aux besoins

L'offre de soins en santé sexuelle doit répondre aux besoins identifiés lors des consultations.

La médecine sexuelle dans les contextes de violence sexuelle montre toute sa pertinence pour ouvrir des dialogues, libérer des paroles, créer un nouvel espace thérapeutique individuel avec les patients et, au final, procurer un apaisement qui vient faciliter le travail des personnels de santé et aussi celui des professionnels des autres champs souvent impliqués (social, justice, éducation). Le retour d'expérience à ce jour préconise que l'évaluation initiale et la thérapie sexuelle dans ce champ de l'agressologie (prise en charge des auteurs) et de la victimologie sexuelle (prise en charge des victimes) soient du ressort d'un médecin sexologue pour les situations complexes qui nécessitent souvent

une évaluation de comorbidités [13]. La thérapie sexuelle favorise particulièrement le travail du pédopsychiatre ou du psychiatre pour les indications thérapeutiques, notamment pharmacologiques, qui peuvent faire l'objet d'une réflexion concertée, enrichie de savoirs partagés [14]. Elle doit permettre à court ou moyen terme d'être complétée ou relayée par un psychothérapeute formé en sexologie. La prise en charge de situations qui s'inscrivent dans la durée après la phase initiale s'appuie sur les compétences d'infirmières sexologues ou, selon le contexte, d'éducateurs formés en éducation sexuelle en lien avec les psychologues ou les médecins sexologues. Au final, cet état des lieux en France montre que la médecine sexuelle est une offre de soin pertinente dans la prise en charge thérapeutique des violences sexuelles en complément des soins psychiques et somatiques. Elle apparaît désormais comme un maillon indispensable de la prévention secondaire et tertiaire de ces violences. Elle contribue à montrer

la nécessité de donner une meilleure visibilité à la sexologie en France avec ses autres domaines de compétences, comme l'éducation sexuelle, pour agir en prévention primaire des violences sexuelles. ■

Pour en savoir plus

- <https://www.ffcriavs.org/la-federation/audition-publique/>

1. 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. En ligne : https://www.who.int/topics/sexual_health/fr/

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] McCabe M. P., Sharlip I. D., Lewis R., Atalla E., Balon R., Fisher A. D. *et al.* Incidence and prevalence of sexual dysfunction in women and men: a consensus statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *The Journal of Sexual Medicine*, 2016, vol. 13, n° 2 : p. 144-152. En ligne : [https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095\(16\)00079-5/fulltext](https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095(16)00079-5/fulltext)
- [2] Bonierbale M., Waynberg J. 70 ans de sexologie française. Une histoire de la sexologie française. *Sexologies*, 2007, vol. 16, n° 3 : p. 238-258.
- [3] Giami A. Santé sexuelle, droits sexuels, médecine sexuelle : un champ en mouvement. *Sexologos*, n° 25, juillet 2006. En ligne : <https://www.sfsc.fr/publi/pub2502.htm>
- [4] Desbarats M., Bonal M. Agressivité et sexualité. In : *Violences*. Toulouse : érès, 1994.
- [5] Gamet M.-L., Moïse C. *Les Violences sexuelles des mineurs. Victimes et auteurs : de la parole au soin*. Paris : Dunod, 2010 : 240 p.

- [6] Blachère P. Infraction à caractère sexuel : auteurs et victimes. Place de la sexologie. *Sexologies*, 2012, n° 21, p. 132-133.
- [7] Damasio A., *Spinoza avait raison : joie et tristesse, le cerveau des émotions*. Paris : Odile Jacob, coll. Sciences, 2003 : 346 p.
- [8] Hébert M., Berthelot N., Gamet M.-L. Victimisation sexuelle chez les mineurs : modèles explicatifs des conséquences associées et pratiques d'intervention et de prévention. In : *Traité de médecine sexuelle*, Courtois F., Bonierbale M. (éds.), Montréal : Presses universitaires de Montréal, 2016.
- [9] Najman J., Dunne M., Purdie D., Boyle F., Coxeter P. Sexual abuse in childhood and sexual dysfunction in adulthood: an Australian population-based study. *Archives of Sexual Behavior*, octobre 2005, vol. 34, n° 5 : p. 517-526.
- [10] Tardif M. (dir.) *La Délinquance sexuelle des mineurs : théories et recherches*. Montréal : Presses de l'université de Montréal, coll. Paramètres, 2015 : 764 p.

- [11] Aiguevives C. Psychiatrie légale et mineurs. In : *Troubles de la personnalité. Ni psychotiques, ni névrotiques, ni pervers, ni normaux...* Coutanceau R. (dir), Paris : Dunod, coll. Psychothérapies, 2013 : 552 p.
- [12] Gamet M.-L. L'expérience d'un dispositif de prise en charge des violences sexuelles des mineurs : constats et perspectives sous l'angle du développement sexuel. *La Lettre du psychiatre*, septembre-octobre 2012, vol. 7, n° 5 : p. 128-132. En ligne : <https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/19019.pdf>
- [13] Gamet M.-L. *Quelle mise en œuvre des actions de prévention et de promotion de la santé en matière de violences sexuelles ?* Paris : Fédération française des Criavs, 2018 : 48 p. En ligne : https://www.ffcriavs.org/media/filer_public/88/5a/885a9f99-ea76-4b9c-a6b6-0956c6808686/expert_11_mlgamet.pdf
- [14] Seguret T., Gamet M.-L., Ponchard M. *L'Unité régionale de soins aux auteurs de violences sexuelles (Ursavs : une plate-forme sanitaire qui s'inscrit dans la politique d'offre de soins du plan régional de santé. Atelier du 8^e Congrès international francophone sur l'agression sexuelle*. Charleroi, 2015.

Promouvoir la santé sexuelle dès l'école primaire

Frédéric Galtier,

sexologue, formateur, chargé de projet et d'ingénierie : instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) – centre régional d'information et de prévention du sida (Crips) Auvergne-Rhône-Alpes, délégation Puy-de-Dôme.

Prévenir des violences sexuelles se situe au carrefour de différents champs dont l'éducation sexuelle est l'une des pierres angulaires. Le défi sanitaire qu'a représenté le sida dès les années 1980 a amené notre société et, en particulier, une institution comme l'Éducation nationale à repenser ses modalités d'intervention en promotion de la santé concernant l'éducation sexuelle. La plus récente étape de ce long cheminement est la circulaire publiée en septembre 2018¹. Si ce texte renforce une action éducative dès le CP, il ne fait que prolonger une dynamique déjà instaurée en 2003 par la précédente circulaire, découlant elle-même de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et à la contraception². Le site dédié de l'Éducation nationale Éduscol³ nous rappelle combien l'éducation à la vie affective et sexuelle « 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 ». À l'échelle européenne, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) déclare que « 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 holistique⁴ promeut la santé en

général [1] ». Enfin, l'Organisation des Nations unies pour l'éducation, les sciences et la culture (Unesco) milite en faveur d'une éducation complète à la sexualité [2], prônant entre autres les relations interpersonnelles, les valeurs, les droits, l'égalité des genres comme participant à la prévention des violences.

S'approprier l'information et acquérir des aptitudes pour agir

Accompagner la santé sexuelle en milieu scolaire consiste donc à intervenir dès le plus jeune âge en concevant des programmes aux ambitions plus larges que la simple information : il s'agit désormais de promouvoir la santé sexuelle. Cela implique une approche positive, défendant les droits sexuels tels que définis par l'OMS en 2002, et fondée sur les déterminants de santé sexuelle [3]. À partir de ce socle, la priorité est donc de 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 [4] ».

Le développement des compétences psychosociales doit ainsi s'inscrire au cœur de l'éducation 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 : construction identitaire, découverte du corps sexué, premier baiser, premiers fantasmes, premiers émois, affirmation de ses désirs et de son orientation sexuelle, développement pubertaire, risques d'infections sexuellement transmissibles (IST)...

Cette promotion des compétences psychosociales prend place dans un 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 santé⁵ qui implique tous les acteurs éducatifs (personnels de direction, enseignants, personnels de santé et des services sociaux, sans oublier les enfants et les parents). Il met aussi en évidence les liens entre l'éducation à la santé et l'éducation à la citoyenneté, en cohérence avec les objectifs de la circulaire de 2018. L'objectif 1 de l'Axe 1 de la Stratégie nationale de santé sexuelle est en parfaite résonance avec cette démarche : « L'éducation à la sexualité se développe à travers tous les enseignements, en particulier celui de biologie, et la vie scolaire. Désormais intégrée dans les objectifs prioritaires du parcours éducatif de santé [...], [elle] doit poursuivre son déploiement pour une mise en œuvre effective dans l'ensemble des établissements scolaires. » Les personnels doivent donc avoir accès à une formation adéquate leur permettant d'appréhender la question dans un souci de cohérence et s'appuyant sur leurs compétences. Le rapport du Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes a déjà alerté en 2016 sur ce manque criant.

La santé sexuelle devrait être la pierre angulaire de toute politique de santé en milieu scolaire (les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté – CESC⁶ étant garants de ces actions), si elle inscrit la notion de plaisir en filigrane : plaisir de jouir comme on le veut, de prendre des substances qui vont modifier les perceptions et les comportements, qui vont faciliter la rencontre avec l'autre, de manger ce dont on a envie, de conduire vite et sans casque pour sentir cette fureur de vivre... Le plaisir est un carburant vital pouvant conduire à des pratiques dites

à risque, comme d'autres éléments : 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 demeure fondamental pour la réussite de tels projets : travailler en interdisciplinarité. Dans une même institution, les talents, connaissances et compétences de chacune et de chacun sont autant d'atouts pour réussir un programme en santé sexuelle. 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. Et développer l'esprit critique peut se révéler être une compétence majeure particulièrement efficace pour faire face et même contrer les normes en place, les pressions à l'agir, à être performant, à ne pas s'individualiser. Il s'agit là de l'un des objectifs poursuivis par le parcours éducatif santé. Les professionnels intervenants – à commencer par les enseignants – ne se cantonnent alors plus à des séances formelles d'éducation sexuelle, ils peuvent travailler la santé sexuelle dans les enseignements eux-mêmes, dès l'école et au secondaire bien sûr (beaucoup de disciplines ont dans leurs programmes des thématiques relevant de la santé sexuelle : l'éducation physique et sportive, 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 jeunes et leur famille. Sur ce modèle, l'OMS a publié en 2014 ses *Standards pour l'éducation sexuelle en Europe* [1], 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.

Des programmes en santé sexuelle du CP au CM2

En complément d'actions menées en collège et en lycée, l'instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) – centre régional d'information et de prévention du sida (Crips) Auvergne-Rhône-Alpes, délégation Puy-de-Dôme, a repris un travail initié en 2003 : des programmes en santé sexuelle du CP au CM2, qui allient continuité (huit séances par an et par classe), coanimation par un sexologue formateur et un enseignant, et intégration des parents dans le processus. Ces séances s'attachent à développer une à deux compétences psychosociales (communication, empathie, capacités de négociation, de résistance, gestion des émotions, estime de soi...) en s'appuyant sur les représentations des enfants et en traitant des thèmes comme le corps, l'identité sexuelle, le sentiment amoureux ou la reproduction. Une évaluation finale est réalisée auprès des enfants, des parents et des enseignants. Il est aujourd'hui difficile de déterminer l'efficacité de ce programme, car il faudrait pour cela suivre ces jeunes au collège, puis au lycée. Cependant, le fait de leur apporter des connaissances et une réflexion sur l'anatomie, les stéréotypes de genre, la puberté, le rôle de nos émotions et de nos sens participe à les rassurer. La fascination qu'impriment sur eux certaines images ou certaines histoires trouve ici un apaisement, alors même que leurs interrogations profondes demeurent : « Comment fait-on des bébés ? », « Comment dire qu'on est amoureux ? » ou « Pourquoi y a-t-il des filles et des garçons ? ». Ce dans un contexte où nous savons que le dialogue avec les parents reste compliqué. Les enfants écoutent, observent et ont parfois simplement

besoin de repères simples pour mieux comprendre notre société. Souhaitons par-dessus tout qu'ils intègrent l'idée 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, capables de dire non, autorisés à faire des erreurs, à prendre de mauvaises routes sans sentir poindre une culpabilité, une honte ou une quelconque anormalité, ennemis héréditaires d'une santé sexuelle épanouissante. ■

Pour en savoir plus

● <https://www.ffcriavs.org/la-federation/audition-publique/>

1. http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?cid_bo=133890
2. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000222631&categorieLien=id>
3. <http://eduscol.education.fr/pid23366/education-a-la-sexualite.html>
4. Approche globale, ou « holistique », qui place la sexualité dans le contexte plus large de la société, des inégalités liées au genre et des relations sociales.
5. <http://eduscol.education.fr/cid105644/le-parcours-educatif-sante.html>
6. <http://eduscol.education.fr/cid46871/le-cesc-composition-ses-missions.html>

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Bureau de l'Organisation mondiale de la santé pour l'Europe, BZgA. *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*. Lausanne : Santé sexuelle suisse, 2014 : p. 5.
- [2] Unesco. *Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité : une approche factuelle*. Unesco, 2017.
- [3] Ministère des Affaires sociales et de la Santé. *Stratégie nationale de santé sexuelle. Agenda 2017-2030*. Paris : ministère des Affaires sociales et de la Santé, mars 2017 : p. 11.
- [4] Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Comité français d'éducation pour la santé (CFES). *L'éducation pour la santé : un enjeu de santé publique*. Paris : ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2001 : 15 p.
- [5] Bousquet D. *Rapport relatif à l'éducation à la sexualité. Répondre aux attentes des jeunes, construire une société d'égalité femmes-hommes*. [Rapport], Paris : Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, juin 2016, n° 2016-06-13-SAN-021 : 134 p.

Comment prévenir les atteintes sexuelles sur les mineurs ?

Yvonne Coinçon,

pédopsychiatre, membre de l'Association des psychiatres de secteur infanto-juvénile (API).

En 1989, une recherche sur la morbidité en pédopsychiatrie a été réalisée auprès des pédopsychiatres, menée sous l'égide de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). L'enquête nécessitait le recueil de données cliniques et des facteurs associés éventuellement étiologiques, en référence à la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA) pour chaque nouveau patient. J'ai pu observer alors que pour aucun des patients l'*item* « Abus sexuels » n'était renseigné, contrairement à tous les autres *items*.

Première étape : identifier les violences sexuelles

Dans les années 1980, il était rare que dans le champ des maltraitances, l'attention des adultes soit alertée par les paroles des enfants. Cependant, des signes physiques et/ou comportementaux alertaient sur l'éventualité de la violence physique dans leur vie. C'est dans ce contexte que la première campagne de prévention des maltraitances, lancée en 1985 par Mme Georgina Dufoix, ministre des Affaires sociales et de la Solidarité nationale, a sollicité la vigilance de tous.

L'équipe du centre médico-psychologique (CMP) s'est alors interrogée : Dans un objectif de prévention des maltraitances, y a-t-il des signes d'alerte annonciateurs d'une mise en



© Petit garçon pleurant, Paul César Hellen - © Photo : RMN-Grand Palais / René-Gabriel Ojeda

Dossier

Prévention des violences sexuelles : comment agir ?

danger et si oui, quels sont-ils ? Les rares publications de l'époque apportaient peu d'éclairage. Une réflexion a donc été engagée au sein de l'équipe du centre médico-psychologique. Elle a émis l'hypothèse que deux facteurs se conjuguèrent pour créer cette opacité des connaissances cliniques : il est certainement difficile, voire impossible pour les enfants de parler de la sexualité ; de la leur et encore plus de celle de l'auteur. Il est également difficile pour les adultes, y compris professionnels, d'y penser en termes d'abus.

L'équipe du CMP décide alors d'ouvrir le chemin de l'expression de l'enfant en veillant soigneusement à ne rien induire. Pour cela, elle intègre deux questions dans ses consultations initiales :

1. « Quelqu'un a-t-il fait quelque chose que tu n'as pas aimé ? », question ouverte sur toutes les récriminations imaginables ;

2. « Si tu es en difficulté, sais-tu à qui en parler ? »

Résultat : à l'issue d'une année de pratique, une dizaine de situations d'atteintes sexuelles ont été révélées par ces entretiens, qui ont toutes été confirmées par les enquêtes d'instruction judiciaire. Il a été douloureux, culpabilisant, de découvrir ainsi que l'équipe avait méconnu pendant des années l'un des facteurs susceptibles d'alimenter la mise en place ou l'aggravation de troubles psychiques ; mais ce fut aussi très motivant pour œuvrer en vue d'un changement.

Deuxième étape : intégrer cette dimension à la pratique

Suite à ce constat, nous, équipe du CMP, avons alors pris plusieurs décisions :

- explorer systématiquement cette dimension dans nos entretiens et inclure cette préoccupation dans notre pratique, pour tous nos patients déjà connus et tous ceux à venir ;
- prendre connaissance des quelques travaux publiés, encore peu nombreux à cette époque, et essentiellement au Canada et aux États-Unis ;
- recueillir tous les éléments cliniques susceptibles d'être significatifs ;
- partager les fruits de son expérience avec d'autres praticiens afin d'enrichir la pensée et les pratiques.

Ce partage est d'usage au sein de l'Association des psychiatres de secteur infanto-juvénile (API). Dans un premier temps, ce thème n'a pas été retenu pour les Journées annuelles de l'API en 1994, car il soulevait les objections formulées par de nombreux psychiatres d'adultes et d'enfants. Un grand nombre de collègues ignoraient tout de la question, encadrés d'un côté par ceux qui s'y confrontaient déjà et qui se sentaient bien isolés et de l'autre par ceux qui rangeaient les atteintes sexuelles dans les fantasmes des enfants et/ou de ceux qui les écoutaient.

Troisième étape : structurer et déployer la démarche

Aussi la surprise fut-elle de taille quand, aux Journées annuelles de l'API, en 1995, portant sur l'accès aux soins, l'atelier consacré aux maltraitances et aux atteintes sexuelles a été choisi par la majorité des participants. Dès lors, les professionnels se sont mobilisés. Ils ont collecté des éléments cliniques, en particulier l'impact sur le vécu et la gestion de l'intimité, l'impact toxique de certains secrets, la confusion des places et des générations, les mécanismes de défense mobilisés. Ils ont élaboré ensemble des références théoriques portant sur les divers aspects : dépistage, diagnostic différentiel, prise en charge et, donc, implication des partenaires.

La nouveauté était le travail avec la justice, jusqu'ici presque toujours impliquée pour son rôle de protection, avec laquelle il était désormais admis qu'il fallait travailler sur le volet répression des infractions commises sur les victimes. Il est apparu indispensable que les missions, contraintes, pouvoirs des policiers, gendarmes, juges, procureurs et avocats soient mieux appréhendés.

Ce travail pluridisciplinaire au-delà de l'équipe – dont le compagnonnage ne suffit pas – est un facteur majeur de la qualité du service ainsi rendu dans l'ensemble du service public de pédopsychiatrie.

En 1995, le ministère en charge des Affaires sociales et de la santé, en la personne de Mme Paule Kassis, a coordonné la rédaction et assuré la publication d'un livret sur *La prise*

en charge des enfants victimes d'abus sexuels. Intervention du pédopsychiatre [1]. Le ministère voulait soutenir l'accès aux soins des enfants porteurs de troubles psychiques au décours des atteintes sexuelles : des crédits dédiés furent alors ouverts. Dans la mesure où la psychiatrie infanto-juvénile dispense des soins gratuits en centre médico-psychologique, et au vu de l'augmentation régulière des situations révélées, nous avons proposé que ces crédits soient consacrés à une formation de tous les professionnels exerçant en psychiatrie infanto-juvénile, couvrant tous les aspects de la question. Le ministère a retenu la proposition et financé l'action par le biais d'une subvention accordée à l'API. Dans les régions, des équipes de plusieurs secteurs se retrouvaient en formation commune pendant deux jours, autour des aspects cliniques ; puis quelques mois plus tard, des partenaires venaient exposer leurs pratiques, points de vue, attentes, propositions.

Cette action a été menée par l'API de 1996 à 2006, dans 16 régions sur 22 ; puis elle a été arrêtée, faute d'organismes locaux. Elle a donné lieu à la publication d'un ouvrage [2], recueil des interventions.

Pendant cette période, la notion de victime a fait irruption sur la scène publique à travers des témoignages de personnes dont la vie avait été bouleversée par les violences sexuelles qu'elles avaient subies. Le rôle de la justice comme vecteur de reconnaissance et de réparation des préjudices subis a été affirmé par les victimes et par les associations et professionnels qui les soutenaient.

En 1997, une circulaire ministérielle a soutenu la création d'unités médico-judiciaires assurant notamment la prise en charge des victimes et la procédure de recours en justice.

En 2003, la Fédération française de psychiatrie a organisé une conférence de consensus intitulée : *Conséquences des maltraitances sexuelles. Reconnaître, soigner, prévenir*. Devant la profusion de pratiques et de théories avancées, il était en effet important de fournir aux professionnels un cadre d'intervention précis.

L'ESSENTIEL

► **Les professionnels doivent se former pour accueillir, entendre et soutenir les enfants victimes de violences sexuelles. Cela implique de développer considérablement la formation professionnelle – initiale et continue – portant sur les atteintes sexuelles et sur leur prise en charge pluridimensionnelle. La pédopsychiatre Yvonne Coinçon revient sur l'historique de la prise en compte, récente, de la parole des enfants par les professionnels de la petite enfance.**

Quatrième étape : la prévention des violences sexuelles

Quinze ans plus tard, force est de constater que c'est bien le domaine de la prévention qui est resté le moins travaillé par les professionnels. La démarche usuelle en prévention est initiée par la connaissance des facteurs en cause dans la genèse des troubles à prévenir. En prévention routière, les messages et les actions sont dirigés vers les conducteurs. La particularité de la prévention des atteintes sexuelles est qu'elle est essentiellement axée sur l'appel à la prudence, voire la méfiance... des enfants ! Sachant que la majorité des dommages est liée à des faits intrafamiliaux, doit-on continuer à aller dans ce sens et les inviter à se méfier de leurs proches ? Manifestement, non.

Ce chemin – emprunté par analogie aux campagnes de prévention – est par exemple en vogue au Canada avec la campagne « Mon corps, c'est mon corps », soutenue par la mise à disposition de livrets, manuels, affiches. Or ce dispositif fait reposer sur les enfants seuls leur propre protection. Il laisse dans l'ombre la question majeure du contrôle que les adultes sont censés exercer sur leurs besoins sexuels et les façons d'y répondre, au risque de protéger ces adultes.

La question doit donc être abordée différemment : les adultes sont par définition les protecteurs des enfants et ont donc en charge de les accompagner vers l'autonomie et

vers l'épanouissement à l'âge adulte. Au préalable, ils doivent trouver pour eux-mêmes les réponses les plus adaptées à leurs besoins, parmi lesquels figure la sexualité.

Il apparaît donc que la meilleure façon d'aborder la prévention de ces situations est de s'adresser aux adultes pour les inviter à penser cette question pour eux-mêmes. Bien entendu, il ne suffit pas de s'en remettre aux seuls parents sur lesquels reposeraient toute la responsabilité – et aussi toute la culpabilité en cas de défaillance. Il faut s'en remettre à l'ensemble des adultes, car nous sommes tous en contact avec des enfants qui nous entendent, nous observent et voient en nous la préfiguration de ce qu'ils seront.

Tous les professionnels de l'enfance doivent être formés sur la sexualité

Pour comprendre cette notion, voici une illustration avec un cas clinique rencontré en consultation : Une fillette demandait « *pourquoi on disait que [s]on père lui a fait du mal alors que ça [lui] a fait du bien* ». Lui donner une réponse impose – aux professionnels et à l'ensemble des adultes – d'être au clair avec la sexualité et avec la place de chacun dans une famille. Les professions destinées à approcher des enfants, trop nombreuses pour les citer ici, devraient inclure dans leur cursus initial un corpus minimal de connaissances sur cette capacité à penser la sexualité dans notre rapport aux autres, les formes et les limites de son expression dans le quotidien, la leur et celle des enfants dont la maturation est l'objet d'une lente progressivité, à penser aussi l'intimité et à admettre que des secrets sont structurants et d'autres toxiques.

À notre époque, si le corpus de connaissances à disposition est immense, il convient d'accorder une place centrale – et beaucoup plus importante – aux connaissances traitant des relations interpersonnelles : elles ont un impact et une valeur ajoutée essentiels sur l'objectif central de contribuer au vivre-ensemble harmonieux.

Soyons clairs : se former pour accueillir, entendre et soutenir ces enfants prend du temps, cela ne peut

se réduire à quelques heures dans un cursus de plusieurs années. Cela implique de développer considérablement la formation professionnelle – initiale et continue – portant sur les atteintes sexuelles et sur leur prise en charge pluridimensionnelle qui a été une des priorités en matière de santé et de médico-social : ce pilier nécessite un investissement continu. Les campagnes actuelles sur ce thème reprennent les mêmes arguments qu'il y a vingt ans, comme si rien n'avait été fait. La prévention est une culture, on ne plante pas un arbre, mais on fait un semis à renouveler sans cesse.

Par ailleurs, une formation sans une indemnisation appropriée des professionnels rencontre toutefois un obstacle auprès de certaines professions d'exercice libéral qui n'y ont accès qu'au prix d'une perte de revenus. C'est une source d'échec pour la formation indispensable de l'ensemble des professionnels.

Prévenir suppose donc un projet à multiples facettes, soutenu dans la durée, car l'avenir d'une société, quelle qu'elle soit, est toujours dans ses enfants. ■

Pour en savoir plus

● <https://www.ffcriavs.org/la-federation/audition-publique/>

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Direction de l'action sociale. Direction générale de la Santé. Ministère de la Santé publique et de l'Assurance maladie. Ministère de la Solidarité entre les générations. *La Prise en charge des enfants victimes d'abus sexuels. Intervention du pédopsychiatre*. Paris : éditions CFES, 1995 : 71 p.

[2] Association des psychiatres de secteur infanto-juvénile. *Atteintes sexuelles sur enfants mineurs*. Paris : éditions Passage Piétons, T. 1 : 2001 ; T. 2 : 2005.

« Chez les personnes en situation de handicap, la dépendance invite d'une certaine façon à la docilité »

Entretien avec Milena Raffaillac,
coordinatrice du programme Handicap
et Alors ?, au planning familial.

La Santé en action : Les personnes en situation de handicap vivant en institution subissent-elles aussi des violences sexuelles ?

Milena Raffaillac : Les personnes en situation de handicap sont davantage exposées aux violences sexuelles, mais aucune enquête n'apporte de données précises, ce que nous déplorons. Cela demeure une question taboue ; et ce qui se passe dans les institutions ou dans les familles est largement étouffé. Il n'est évident pour personne d'aller porter plainte à la police et de témoigner

devant la justice. Or les équipes du secteur médico-social sont peu formées à l'écoute spécifique des questions de sexualité et de violences. Cela complique le recueil du témoignage, particulièrement si l'agression sexuelle a eu lieu à l'intérieur de l'établissement. Lorsqu'au cours de nos activités d'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle, nous ouvrons un espace de parole sur le corps, le plaisir, la sexualité, les langues se délient progressivement ; des situations de violences passées ou actuelles sont révélées.

S. A. : La commission d'audition préconise de développer les compétences psychosociales et la vie affective des personnes handicapées pour renforcer la lutte contre les violences sexuelles, qu'en pensez-vous ?

M. R. : J'estime que ces propositions de la commission d'audition publique¹ vont dans le bon sens et qu'elles correspondent à l'esprit des actions que nous mettons en œuvre sur le terrain, c'est-à-dire des espaces d'échange et d'information qui participent à l'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle (Évras) auprès des personnes en situation de handicap. Cette proposition ambitieuse pourrait toutefois demeurer un vœu pieu si les moyens ne suivaient pas. Il faudrait qu'au sein des institutions, les éducateurs, les moniteurs, les aides médico-psychologiques, etc. soient bien formés aux compétences psychosociales et à l'éducation à la vie affective,

relationnelle et sexuelle. C'est un grand chantier ! On observe que ce n'est déjà pas simple de développer les compétences psychosociales, de la maternelle au lycée, en milieu ordinaire. Or dans le champ du handicap, la thématique est encore plus difficile à traiter du fait des spécificités des handicaps qui, de surcroît, ont un impact spécifique sur chaque personne ; par exemple, la capacité à développer des habiletés sociales sera très différente selon les individus. Les compétences psychosociales représentent un spectre plus large que l'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle. En matière de prévention des violences sexuelles, il est important de bien faire référence à l'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle, parce qu'il faut donner les moyens aux personnes en situation de handicap de comprendre ce qui est autorisé et ce qui est interdit, et leur fournir aussi le vocabulaire pour pouvoir dénoncer une violence subie, si besoin.

S. A. : Pourquoi l'éducation à la vie affective et sexuelle n'est-elle pas abordée dans les établissements recevant des personnes en situation de handicap ?

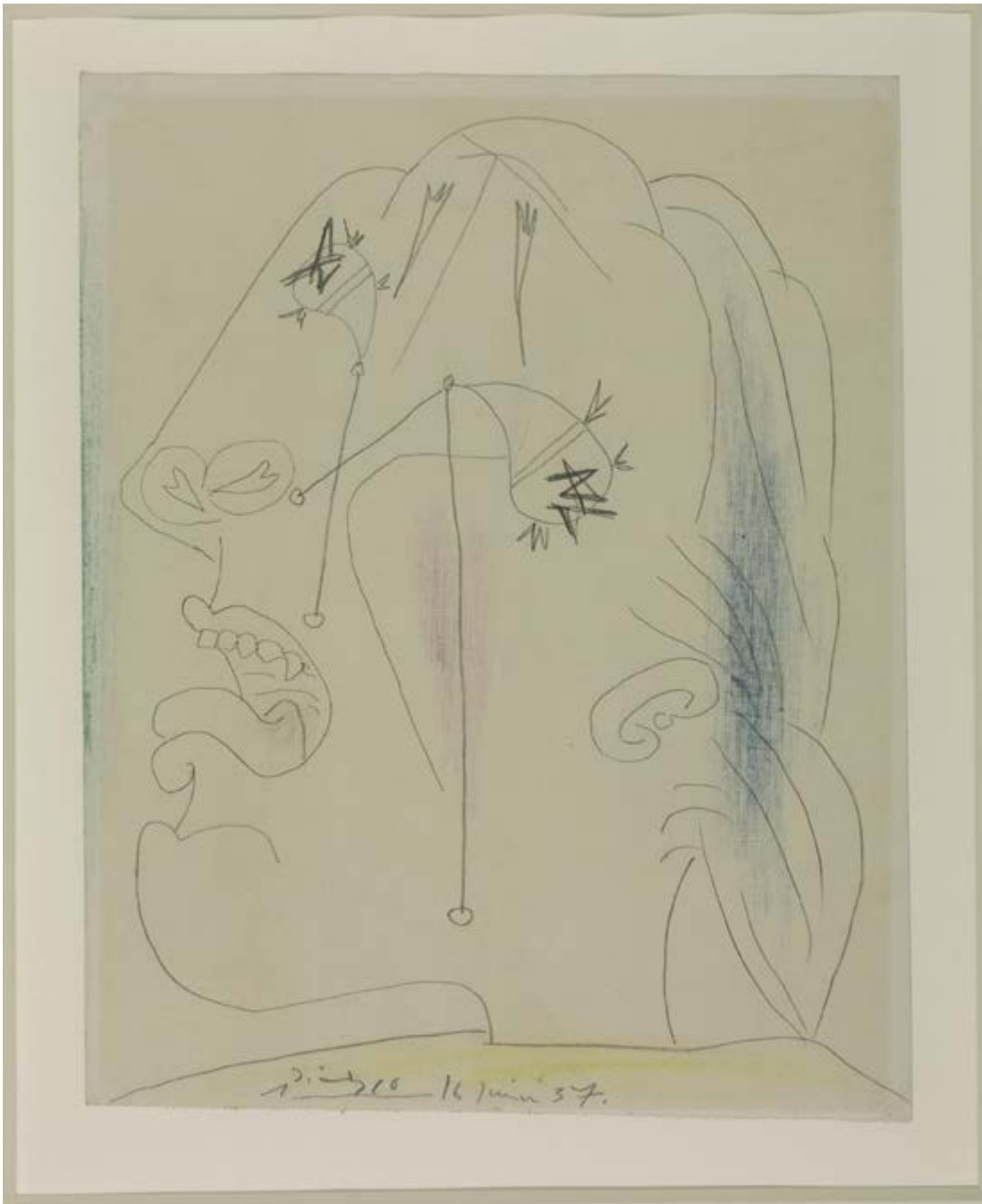
M. R. : Les représentations de la sexualité constituent le principal frein. D'une certaine façon, les personnes handicapées ne sont pas considérées comme sexuées par les « valides » : ce ne sont pas des femmes ou des hommes. On n'envisage pas encore leur sexualité, même si depuis vingt ans on entend

L'ESSENTIEL

► Le planning familial intervient auprès des personnes en situation de handicap en établissement pour développer l'autonomie, l'affirmation de soi, le consentement par rapport à la vie affective, relationnelle et sexuelle. L'apprentissage du non est une chose très complexe pour beaucoup de personnes en situation de handicap. Le rôle des professionnels est fondamental dans le développement de l'affirmation de soi, qui peut se construire avec l'invitation au choix dans de nombreuses situations du quotidien. Milena Raffaillac plaide pour qu'au sein des institutions, les éducateurs, les moniteurs, les aides médico-psychologiques, etc. soient bien formés aux compétences psychosociales et à l'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle.

Dossier

Prévention des violences sexuelles : comment agir ?



© Étude pour *Guernica* : La Femme qui pleure, 1937, Pablo Picasso © Succession Picasso 2019 - Photo © Tate, Londres, Det. RMN-Grand Palais / Tate Photography

beaucoup parler de handicap et de sexualité. Les professionnels comme les proches ont tendance à projeter leurs jugements moraux et leur propre représentation d'une sexualité « de personne valide ». Or ces représentations font obstacle à l'écoute et à la perception de la réalité. Il y a aussi un ultime tabou, qui est la peur de la reproduction du handicap. Elle réduit l'approche de la sexualité à la prévention des grossesses. La contraception, ne peut théoriquement pas être imposée aux adultes handicapés. Toutefois, dans les faits, elle est fortement conseillée par les structures en cas de placement dans un établissement. C'est

un moyen de se prémunir du risque de grossesse ; ce n'est pas du tout un choix éclairé des individus concernés. Certaines femmes prennent ainsi la pilule alors qu'elles n'ont pas de relations sexuelles. Et malheureusement, cette contraception forcée permet aussi de couvrir les violences sexuelles. Il faudrait une incitation plus forte des pouvoirs publics et des moyens supplémentaires afin de multiplier le nombre de séances d'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle dans les établissements. Ceux-ci nous demandent principalement d'intervenir sur la santé sexuelle, la prévention des maladies sexuellement transmissibles et des

grossesses ; mais pour cela, nous abordons en premier lieu la connaissance du corps, des parties intimes, la relation à l'autre, le consentement... Un travail de longue haleine qui devrait être entrepris dès le plus jeune âge par l'équipe pluridisciplinaire et par les familles. Par ailleurs, les structures pourraient traiter plus en profondeur le volet « vie affective » du Projet individualisé d'accompagnement². Aujourd'hui, c'est souvent une stratégie d'évitement qui prévaut, parfois avec l'intention de protéger la vie intime de la personne vis-à-vis des familles ; mais cela n'est-il pas aussi une façon de ne pas prendre en compte

l'accompagnement de cette liberté fondamentale qu'est l'exercice de sa propre sexualité ?

S. A. : Dans quelle mesure intégrez-vous cette démarche de développement des compétences psychosociales dans vos interventions ?

M. R. : Nos interventions ont pour objectif de développer l'autonomie, l'affirmation de soi, le consentement par rapport à la vie affective, relationnelle et sexuelle. Un des piliers essentiels de notre travail est d'ouvrir un espace de parole ; il suppose une approche centrée sur l'écoute, avec de l'empathie, de la confiance, un regard positif sans préjugés. Cette démarche d'expression et de révélation de soi, dans un cadre agréable et sécurisant, permet aux personnes en situation de handicap de se positionner librement dans leur vision de la relation à l'autre, de prendre conscience qu'elles disposent de compétences et qu'elles peuvent faire leurs propres choix. Il faut aussi créer une dynamique d'équipe pluridisciplinaire pour que les professionnels soient dans une posture qui permette d'accueillir l'expression des désirs et l'autonomie des personnes qu'ils accompagnent. En effet, la dépendance invite d'une certaine façon à la docilité. S'opposer, c'est prendre le risque d'être abandonné par une personne dont on veut, au contraire, être assuré qu'elle va continuer à être un soutien. C'est pourquoi nos interventions s'inscrivent dans une démarche globale : auprès des personnes en situation de handicap, et aussi de leur famille, des professionnels et des institutions.

S. A. : Quelle pédagogie utilisez-vous pour échanger avec les personnes handicapées sur la vie affective et sexuelle, le corps, le désir, le consentement ?

M. R. : Notre programme pour agir « Handicap et alors ? » pose la méthodologie de notre travail. Il se décline sur quatre axes : accompagnement des personnes, des familles, des professionnels et de l'institution. En effet, les ateliers en direction des personnes s'inscrivent dans une volonté collective d'accompagnement à la vie affective et sexuelle, qui doit être affirmée dans le règlement

de fonctionnement et, au mieux, dans une charte. Elle est portée par les conseils d'administration, les directions et les professionnels, qui soutiennent et accompagnent aussi les familles, dans l'intérêt de la personne en situation de handicap. Nous construisons nos interventions en direction des personnes en fonction du développement psychoaffectif et de l'intérêt des personnes qui composent le groupe d'expression. C'est-à-dire que nous nous adaptons sans cesse, notamment sur les thématiques abordées – relation à l'autre, corps et organes génitaux, fécondité, masculin-féminin et stéréotypes de genre, contraception, avortement, homophobie, attirances sexuelles, transidentité, violences... Nous disposons de différents outils d'animation, adaptés à chaque public, en fonction de l'âge, du handicap et du niveau de compréhension des personnes : ce sont bien sûr des visuels et des pictogrammes, et aussi des balles sensorielles, des poupées sexuées qui permettent de faire des jeux de rôle, des vidéos, du théâtre-images, etc. Les ateliers, qui durent entre une heure et une heure trente, sont animés par une conseillère conjugale du planning familial et par un professionnel de l'insertion : il est important qu'au sein de l'établissement, une personne soit identifiée comme pouvant entendre des questionnements autour de la sexualité. Nous nous sommes interrogés sur la pertinence du groupe de parole. Celui-ci a de nombreux avantages : outre les liens entre les participants, la parole des autres permet de mieux comprendre sa propre expérience et/ou de libérer la parole sur un sujet considéré comme tabou. Cependant, des propos peuvent être choquants pour certains, et pour d'autres, les questions intimes ne peuvent pas s'exprimer en groupe. C'est pourquoi nous prolongeons ce travail par la possibilité d'entretiens individuels qui permettent de prendre en compte et d'accompagner de plus près les questionnements de la personne, tout en préservant les autres participants du groupe pour qui ces questions ne se posent pas encore. En outre, nous avons conçu avec l'Association francophone de femmes autistes (Affa) une brochure : *Mon corps, moi et les*

autres, qui est un outil de prévention des violences sexuelles. Composée de simples pictogrammes, elle peut servir à tout public pour envisager la sexualité dans l'affirmation de soi, de son désir, de son consentement et du consentement de son ou de sa partenaire.

S. A. : Comment travaillez-vous avec les professionnels et avec les structures ?

M. R. : Dans le secteur médico-social, les formations initiales ne proposent pratiquement pas de modules de formation en éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle. Les éducateurs font de l'éducation sexuelle comme ils le peuvent, parce que dans le cadre de leurs activités, ils sont confrontés aux questionnements des personnes handicapées, à leurs difficultés, à leurs frustrations. Nos formations leur permettent d'interroger leur pratique, de se rassurer et d'aller plus loin sur ces questions, d'explicitier leurs limites à parler de sexualité et de travailler sur les représentations et sur les stéréotypes, et également d'harmoniser les attitudes professionnelles au sein d'une même structure. Ces formations se font par le biais de groupes de parole d'analyse de la pratique, de mises en situation et d'apports théoriques. Enfin nous accompagnons les institutions dans leur réflexion sur la mise en œuvre de la loi de 2005 autour de la sexualité et du handicap. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

Pour en savoir plus

● <https://www.ffcriavs.org/la-federation/audition-publique/>

1. Commission d'audition publique sur « Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge », 17 juin 2018. Rapport en ligne : http://www.ffcriavs.org/media/filer_public/01/2d/012d3270-9129-4689-8e79-ed456fd28ecf/rapport_du_17_juin_2018.pdf

2. Ce projet, élaboré au sein de tous les établissements médico-sociaux, est un document personnalisé, rédigé sous forme contractuelle en impliquant l'utilisateur lui-même.

Handicap mental et violences sexuelles

Audrey Sitbon,

chargée d'études et de recherche,
Direction de la prévention
et de la promotion de la santé,
Santé publique France.

Une revue de littérature sur les besoins en matière de santé des personnes déficientes intellectuelles a été réalisée par Santé publique France dans le cadre d'un partenariat initié en 2008 avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Ces travaux ont notamment porté sur leur vie affective et sexuelle à partir d'études réalisées entre 2005 et 2015. Dans ce cadre, quelques articles abordaient la question des risques accrus, pour les personnes ayant une déficience intellectuelle, de subir des violences sexuelles [1 ; 2]. Parmi elles, certaines catégories apparaissent encore plus exposées, en particulier les femmes présentant un retard mental léger [3].

De la même façon, ces femmes, lorsqu'elles vivent à domicile, risquent plus d'être abusées sexuellement que celles vivant en institution [4].

Les caractéristiques de l'agresseur dépendraient des populations étudiées. Ainsi, si l'inceste semble plus fréquent pour les personnes vivant à domicile, en institution, les victimes sont souvent abusées par les autres résidents. De plus, selon une étude [5], 90 % des agresseurs en institution étaient des hommes, et 65 % des victimes étaient également masculines. La prévalence importante des abus sexuels subis pourrait être liée en partie à la passivité, à l'obéissance et à la démonstration de comportements affectueux interprétés à tort comme un consentement. Les

adultes ayant une déficience intellectuelle rencontreraient des difficultés à distinguer les relations abusives des relations consentantes. De plus, il est également facile pour les abuseurs de perpétrer les agressions sur des personnes présentant plusieurs types d'incapacités et disposant d'une mobilité moindre. En outre, quand la déficience intellectuelle est sévère, les personnes ne peuvent pas faire état des violences subies.

La vulnérabilité associée à la déficience intellectuelle

Une autre question abordée est celle des abus commis par les personnes ayant une déficience intellectuelle. Plusieurs articles discutent la question de savoir si ces abus sexuels (judiciairement répréhensibles) ou les comportements sexuels non admis socialement ont des liens avec le handicap. Les formes d'abus commis par les personnes ayant une déficience intellectuelle apportent des pistes de réponse, à considérer avec précaution en considération de la complexité du sujet et des études effectuées sur des effectifs très restreints pour des raisons évidentes. Dans tous les cas, le passage à l'acte en raison du déficit de connaissances sur la sexualité a été infirmé. Dans le passage à l'acte, des facteurs d'ordre biomédical, psychologique, socio-environnemental peuvent se combiner [6]. Certains comportements abusifs peuvent être considérés comme la conséquence d'expériences de vie de la personne handicapée, tandis que des actes pourraient être liés à l'expression du syndrome (Gilles de La Tourette¹...) ou à la prise de médicaments. En outre, les personnes ayant une déficience intellectuelle sont de deux à quatre fois plus

susceptibles d'avoir des troubles concomitants d'ordre psychiatrique, qui ne sont pas souvent identifiés. Pour autant, selon certains chercheurs [7], aucun lien n'a été établi entre le niveau élevé de maladies mentales chez ces personnes et une forme de désinhibition qui conduirait à des comportements sexuels inappropriés. D'autres mécanismes peuvent encore être impliqués. Par exemple, un jeune homme se masturbait de manière répétitive en public, ce qui amenait des professionnels à le caractériser d'exhibitionniste. Il s'est avéré que cet homme avait besoin d'une stimulation visuelle pour avoir du désir. Quand du matériel érotique, qu'il pouvait regarder en privé, lui a été donné, le problème a été résolu. Dans cette situation, le problème n'était pas de l'ordre de l'exhibitionnisme, mais d'une difficulté à fantasmer sans support [6]. Les actes à caractère sexuel ou érotique jugés inappropriés pourraient aussi être liés à la vulnérabilité associée à la déficience intellectuelle, le manque de capacités de jugement ou d'adaptation, des facteurs de risque potentiellement associés avec le mode de vie d'une personne ayant une déficience intellectuelle comme la précarité financière, la vie en institution et l'expérience d'abus.

Pallier le manque d'expérience normative par une éducation sexuelle spécialisée

Le développement sexuel des personnes ayant une déficience intellectuelle est marqué par un manque d'expériences normatives d'apprentissage, des formes de ségrégation, des restrictions imposées, un manque d'intimité et des attitudes sociales qui ont tendance à infantiliser les

Dossier

Prévention des violences sexuelles : comment agir ?

personnes ou à les considérer comme sexuellement déviantes [8]. Dans la littérature, des exemples ont été présentés de personnes qui, après avoir été plusieurs fois punies à la suite de relations consenties avec leurs partenaires privilégiés, se sont tournées vers les enfants comme une source de plaisirs sexuels ou se sont livrées à des actes sexuels non consentis dont elles espéraient qu'ils passeraient inaperçus aux yeux du personnel de l'institution. Si ces facteurs peuvent entraîner une probabilité plus élevée de l'individu à se livrer à un comportement sexuel inapproprié, des taux élevés d'infractions sexuelles causées par des personnes ayant une déficience intellectuelle peuvent toutefois refléter la probabilité accrue d'être arrêtées, d'avouer des crimes non commis, de moins bien se défendre et ou d'être moins bien défendues dans un cadre judiciaire [6].

La prévention des abus sexuels passe quant à elle en partie par l'éducation sexuelle spécialisée, qui doit chercher à développer les capacités décisionnelles en matière de sexualité [9]. Le cadre d'action de l'Unesco destiné aux adolescents en milieu scolaire pour les actions d'éducation à la vie affective et sexuelle, intitulé *International Guidelines on Sexuality Education : an evidenced informed approach to effective sex, relationships, and HIV/STD education*, peut aussi servir de base et être adapté aux capacités de compréhension des personnes déficientes intellectuelles [10]. Les programmes d'éducation sexuelle à destination de ces publics devraient être adaptés à la déficience intellectuelle, à un niveau de littératie plus faible, à la gêne possiblement occasionnée, aux attitudes et aux valeurs des personnes, et ils devraient aborder les différentes orientations sexuelles [11].

Gougeon [12] propose de partir des savoirs accumulés par les personnes. Même si celui-ci reconnaît une plus grande vulnérabilité aux abus, l'expérience des relations et les essais sont nécessaires et font partie du développement des compétences relationnelles. La question centrale est de trouver un juste milieu entre l'expression d'une sexualité et le respect des droits et la protection contre les abus. Un des plus grands défis des éducateurs dans le domaine des

relations et de la sexualité consiste à enseigner la compétence consistant à évaluer le coût et le bénéfice d'une action et à apprendre des expériences.

En outre, certains auteurs plaident aussi pour une approche individualisée centrée sur la personne, multidisciplinaire, intégrant les aidants, le personnel médical, les éducateurs et l'individu [2]. En effet, dans la mesure où les attentes et les besoins varient fortement en fonction du milieu de vie, des connaissances, de la sévérité du handicap, de l'âge, du sexe, il peut sembler difficile d'établir des lignes

directrices générales pour la santé de ces personnes. Les jeunes devraient être engagés dans le développement et la conception des matériaux, des programmes et des initiatives pour répondre à leurs besoins sexuels [13]. ■

1. Le syndrome de Gilles de La Tourette se caractérise par la présence de tics moteurs et au minimum d'un tic vocal. Source : Marc E. Lavoie, Ph. D., Association québécoise des neuropsychologues (AQNP).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Zemp A. Sexual violence against people with handicaps in institutions. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 2002, vol. 51, n° 8 : p. 610-625, In : Kerbage H., Richa S. Abord de la vie affective et sexuelle des déficients intellectuels. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2011, vol. 59, n° 8 : p. 478-483.
- [2] Servais L. Sexual health care in persons with intellectual disabilities. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 2006, vol. 12, n° 1 : p. 48-56.
- [3] Chamberlain A., Rauh J., Passer A., et al. Issues in fertility for mentally retarded female adolescents: I. Sexual activity, sexual abuse, and contraception. *Pediatric*, 1984, n° 73 : p. 445-450, In : Kerbage H., Richa S. Abord de la vie affective et sexuelle des déficients intellectuels. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2011, vol. 59, n° 8 : p. 482.
- [4] Conod L, Servais L. Sexual life in subjects with intellectual disability. *Salud Pública de Mexico*, 2008, n° 50, Suppl. 2 : p. 230-238, In : Kerbage H., Richa S. Abord de la vie affective et sexuelle des déficients intellectuels. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2011, vol. 59, n° 8 : p. 480.
- [5] Gust D.A., Wang S.A., Grot J. et al. National survey of sexual behavior and sexual behavior policies in facilities for individuals with mental retardation/developmental disabilities. *Mental Retard*, 2003, vol. 5 : p. 365-373, In : Servais L. Sexual health care in persons with intellectual disabilities. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 2006, vol. 12, n° 1 : p. 51-53.
- [6] Griffiths D. M., Fedoroff P. Persons with intellectual disabilities and problematic sexual behaviors. *The Psychiatric clinics of North America*, 2014, vol. 37, n° 2 : p. 195-206.

- [7] Michie A. M., Lindsay W. R. et al. A test of counterfeit deviance: a comparison of sexual knowledge in groups of sex offenders with intellectual disability and controls. *Sexual Abuse: a Journal of Research and Treatment*, 2006, vol. 18, n° 3 : p. 271-278.
- [8] Griffiths D. et al. 1989. In : Lunskey Y., Elserafi J. Life events and emergency department visits in response to crisis in individuals with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 2011, vol. 55, n° 7 : p. 714-718.
- [9] Dukes E., McGuire B. Enhancing capacity to make sexuality-related decisions in people with an intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 2009, vol. 53, n° 8 : p. 727-734, In : Kerbage H., Richa S. Abord de la vie affective et sexuelle des déficients intellectuels. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2011, vol. 59, n° 8 : p. 482.
- [10] Kerbage H., Richa S. Abord de la vie affective et sexuelle des déficients intellectuels. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2011, vol. 59, n° 8 : p. 478-483.
- [11] McGuire B. E., Bayley A. A. Relationships, sexuality and decision-making capacity in people with an intellectual disability. *Current Opinion in Psychiatry*, septembre 2011, vol. 24, n° 5 : p. 398-402.
- [12] Gougeon, 2009, In : McGuire B. E., Bayley A. A. Relationships, sexuality and decision-making capacity in people with an intellectual disability. *Current Opinion in Psychiatry*, septembre 2011, vol. 24, n° 5 : p. 398-402.
- [13] Rushbrooke E., Murray C. D., Townsend S. What difficulties are experienced by caregivers in relation to the sexuality of people with intellectual disabilities? A qualitative meta-synthesis. *Research in developmental disabilities*, 2014, vol. 35, n° 4 : p. 871-886.

SANTÉ SEXUELLE : COMMENT ABORDER LE SUJET AVEC LES PERSONNES LES PLUS VULNÉRABLES ?

Santé publique France mène depuis dix ans un travail visant à informer les publics dits vulnérables sur différents sujets de santé, en travaillant sur une plus grande accessibilité de l'information.

Il s'agit aussi d'outiller les professionnels de la santé, des secteurs social ou médico-social intervenant auprès de personnes en situation de handicap, de personnes migrantes et, plus largement, de personnes éloignées des dispositifs de santé sur les questions de la vie affective et sexuelle. L'agence nationale de santé publique a travaillé tout au long du processus avec des professionnels¹ et des utilisateurs finals pour mieux cerner leurs attentes et tester l'intérêt et la compréhension de ces supports d'information.

Quelles thématiques prioritaires développer ? Sans surprise, les préoccupations des intervenants se cristallisent autour du caractère encore tabou de la sexualité et du contrôle exercé sur la vie sexuelle, toujours marquées par des restrictions et des interdits (notamment au sein des institutions ou des familles des personnes handicapées), ainsi que des violences subies.

Les professionnels demandent à être outillés pour aborder plus aisément ces questions de droit à l'intimité, de légitimité de la sexualité, de respect de soi et de l'autre, de consentement.

Quels outils l'agence propose-t-elle ? Des vidéos pédagogiques et une brochure² – disponible en septembre 2019 – ont été élaborées dans un format et un contenu faciles à utiliser et à comprendre.

Cécile Allaire,
chargée de l'accessibilité pour les publics
en situation de handicap,
Direction de la prévention
et de la promotion de la santé,
Santé publique France.

1. Planning familial, Médecins du monde, Centre de ressources handicap et sexualités.

2. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/accessible/vie-affective-sexuelle/index.asp>

L'AUTEURE DÉCLARE N'AVOIR AUCUN LIEN NI CONFLIT D'INTÉRÊTS AU REGARD DU CONTENU DE CET ARTICLE.

Le consentement chez les adolescents : savoir l'exprimer, savoir l'entendre

Lucile Bluzat,
chargée d'expertise en marketing social,
unité santé sexuelle, Santé publique France.

Le consentement est une question prioritaire pour les jeunes qui font leur entrée dans la vie sexuelle et affective. Il est régulièrement évoqué dans les séances d'éducation à la sexualité en milieu scolaire (sept animations sur dix). Les données du *Baromètre santé 2016* de Santé publique France révèlent que 10,7 % des femmes ont cédé aux attentes de leur partenaire lors de leur premier rapport, contre 6,9 % des hommes.

D'après les données du *Baromètre santé 2016*, l'âge médian d'entrée dans la sexualité s'est stabilisé ces dix dernières années. Il est de 17,6 ans pour les filles et de 17,0 ans pour les garçons. Ces rapports sont protégés dans plus de 85 % des cas par l'utilisation d'un préservatif. Si la grande majorité des jeunes déclare avoir souhaité ce premier rapport « à ce moment-là », les femmes sont un peu moins nombreuses que les hommes dans ce cas (87,6 % vs 92,8 %). Ainsi, 10,7 % d'entre elles déclarent avoir cédé aux attentes de leur partenaires et 1,7 % déclarent avoir été forcées à avoir une relation sexuelle.

L'étude montre également que les violences sexuelles sont de plus en plus déclarées, en particulier par les femmes. Chez les 15-17 ans, 8 % des jeunes femmes ont déjà été confrontées à des rapports forcés ou à des tentatives de rapports forcés, contre 1 % des jeunes hommes. Bien que la parole se libère autour des violences sexuelles, la prévention reste indispensable, car les violences ont un impact important sur la santé actuelle et future.

Réfléchir sur ses désirs et sur les limites

Dans le cadre de son programme de santé sexuelle, Santé publique France s'est fixé pour objectif de favoriser une entrée et une installation positives des jeunes dans la sexualité. Parce que la question du consentement se pose avec force, l'agence publique a lancé en octobre 2018 la campagne « OK, pas OK ». Sur cette question du consentement à

destination des adolescents, quatre jeunes filles et un garçon ont témoigné de leur expérience. Un message rappelle l'importance de se parler et de s'écouter : « Dire ce que l'on ressent, demander avant, dire oui, changer d'avis... Dans le sexe, on n'a pas toujours envie de parler ou d'écouter. Mais c'est indispensable pour que ce soit vraiment OK. » Ce format a été choisi, car les adolescents sont extrêmement réceptifs aux témoignages de leurs pairs. Ces récits permettent d'exercer leur esprit critique, de comprendre les enjeux liés au consentement et d'adopter les bons réflexes. Les documents écrits, vidéo et sonores (*podcasts*) sont disponibles sur le site Onsexprime.fr sous la rubrique Sexe & Droits. Une campagne sur les radios, les plateformes audio digitales et les réseaux sociaux a également été menée pour inciter les adolescents à venir écouter ces témoignages.

Onsexprime, site dédié aux ados

Le site Onsexprime.fr de Santé publique France traite de tous les aspects liés à la sexualité de manière ludique et pédagogique. Il aborde la santé sexuelle dans sa globalité, intégrant aussi bien la notion du plaisir que les aspects physiques, émotionnels, mentaux ou encore sociaux ayant trait à la sexualité. La vocation du site est d'aider les adolescents à avoir une entrée positive dans la sexualité en les informant et en les incitant à prendre du recul et à se poser les bonnes questions. L'information est élaborée en collaboration avec des groupes de travail et d'experts. ■

Source: <https://www.santepubliquefrance.fr/Accueil-Presse/Tous-les-communiqués/Consentement-chez-les-adolescents-savoir-l-exprimer-savoir-l-entendre>

Pour en savoir plus

● Bajos N., Rahib D., Lydié N.. *Baromètre santé 2016 : Genre et sexualité, d'une décennie à l'autre*. Saint-Maurice : Santé publique France, coll. Études et Enquêtes, 2018 : 6 p. En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1865.pdf>

L'AUTEURE DÉCLARE N'AVOIR AUCUN LIEN NI CONFLIT D'INTÉRÊTS AU REGARD DU CONTENU DE CET ARTICLE.

Prévention, promotion de la santé et parentalité

Dr Violaine Guérin,
endocrinologue et gynécologue
médicale,
présidente de Stop aux violences
sexuelles.

Les sages-femmes, les obstétriciens et les autres professionnels de la périnatalité ont une chance extraordinaire, celle de côtoyer les êtres humains dès leurs premières heures de vie ! Accompagner les nouveau-nés, qui sont des témoins de la belle énergie que les êtres humains ont – lorsqu'ils n'ont pas été victimes de traumatismes et lorsque la grossesse s'est bien déroulée – est assurément une chance et l'un des plus beaux cadeaux que la médecine puisse offrir. Les nouveau-nés vont arriver dans une famille qui a ses habitudes, ses cadres de référence éducatifs et aussi en matière de violence, de sexualité et d'intimité. Ils sont donc accueillis dans un contexte précis et par des parents qui ont trop peu souvent pris le temps de travailler leur propre chemin de vie et de panser leurs blessures.

La période périnatale, essentielle dans la construction d'un être humain

Dans une vie idéale, où la violence n'existerait pas et où le respect serait prégnant dans toutes les facettes de l'éducation, les êtres humains pourraient s'épanouir assurément plus sereinement. La période périnatale est essentielle dans la construction d'un être humain comme le démontrent toutes les études sur l'attachement, les premières expériences façonnent des *patterns* (structures de comportement individuel ou collectif) réactionnels ; *in utero*, les enfants ont vécu au rythme biologique et en particulier

hormonal de leur mère. Nous avons la chance, en France, d'avoir un suivi attentif des grossesses grâce, entre autres, aux sages-femmes qui voient pratiquement tous les couples attendant un enfant (750 000 grossesses en moyenne chaque année). Nous considérons que ce maillage territorial – institutionnel et libéral – est un levier majeur de la prévention et de la promotion de la santé.

Violence éducative et répercussions à terme

La France est un pays où les droits fondamentaux des mineurs ne sont pas toujours respectés. Dans certains cas, ces droits sont même régulièrement bafoués¹ avec une violence éducative encore beaucoup trop fréquente qui a des répercussions à court, moyen et long termes sur la santé psychique et aussi physique des personnes qui en sont victimes, sans parler de toutes les conséquences scolaires, sociales, familiales, sociétales [1]... La France figurait en 2018 parmi les rares pays de l'Union européenne² à ne pas avoir encore condamné – en inscrivant ce principe dans un texte de loi – les châtiments corporels sur mineurs. Depuis, la proposition de loi de Laurence Rossignol « visant à lutter contre les violences éducatives ordinaires » préconise de rajouter dans la loi la phrase suivante : « L'autorité parentale s'exerce sans violences physiques ou psychologiques. » Cette proposition est – à la date de juin 2019 – en cours d'examen. La France n'a conduit ces dernières années qu'une étude sur les violences sexuelles sur mineurs, alors que le Conseil de l'Europe martèle qu'un enfant sur cinq en Europe est

victime de telles violences^{3,4}. Les violences sexuelles sont les plus destructrices qu'un être humain puisse vivre et les humiliations et manipulations qui les accompagnent fragilisent de façon pérenne les victimes [2].

Il est donc tout à fait essentiel que tous nous travaillions à l'éradication de ces violences en les faisant connaître et aussi en abordant de façon publique les complications médicales graves qu'elles entraînent [2 ; 3]. Il est important d'en assurer la prévention et tout à fait fondamental de savoir accompagner dans le soin les personnes qui en ont été victimes, afin que précisément elles puissent retrouver cette capacité dont elles étaient dotées le jour de leur naissance.

Un programme de prévention en périnatalité

C'est pourquoi l'association Stop aux violences sexuelles (SVS) a conçu, puis mis en œuvre depuis 2013 un programme de prévention en périnatalité qui revêt un double objectif :

- dépister les futurs parents, hommes ou femmes, qui ont été victimes de violences dans leur enfance et leur proposer un parcours de soins adapté, dès la grossesse ;
- former à une éducation bientraitante les futurs parents, les sécuriser et leur donner des ressources en cas de besoin.

Le dépistage est fondamental, car la grossesse d'une femme au passé de victime est exposée à des complications médicales graves *per-* et *post-partum* (pendant et après la grossesse) [4 ; 5].

L'accompagnement des femmes dépistées pendant la grossesse est réalisé selon un protocole mensuel de

L'ESSENTIEL

► L'association Stop aux violences sexuelles a déployé en France depuis 2013 un programme de prévention en périnatalité fondé sur le dépistage des futurs parents qui ont été victimes de violences et un parcours de soins adapté, ainsi qu'un accompagnement pendant la grossesse et l'éveil à une éducation bientraitante pour l'ensemble des parents. L'association soutient en parallèle la formation des sages-femmes. Les violences sexuelles sont les plus destructrices qu'un être humain puisse vivre et les humiliations et manipulations qui les accompagnent fragilisent de façon pérenne les victimes.

suivi par une équipe multidisciplinaire composée de médecins, sages-femmes, psychothérapeutes, sophrologues, kinésithérapeutes/ostéothérapeutes, et un travail est réalisé en haptonomie⁵ avec le couple. Ce protocole prévoit des séances d'haptonomie avec les deux parents afin que le père soit associé très intimement à la grossesse et entre dans un contact sécurisant avec le bébé. Les femmes victimes de violences sexuelles doivent également être accompagnées avec attention sur le sujet de d'allaitement, à partir du moment où le toucher a été un sens traumatisé. Le travail est poursuivi après l'accouchement dans une dimension étiologique.

La grossesse est un moment qui favorise la levée des amnésies traumatiques tant pour les futures mères que pour les futurs pères, par exemple ceux qui ont été victimes dans leur enfance. Ces levées d'amnésie expliquent en grande partie la recrudescence des violences conjugales pendant la grossesse, laquelle dans ce cas devient une période extrêmement anxiogène. La méconnaissance du sujet des violences sexuelles fait que ces événements sont sous-diagnostiqués et non accompagnés.

Programme pilote sur trois structures hospitalières

Ce programme a été déployé à l'état de pilote pendant un an sur trois structures hospitalières et en libéral. Il est mis en place petit à

petit en région, d'abord auprès des sages-femmes libérales (SVS y travaille en partenariat avec l'Association nationale des sages-femmes libérales – ANSFL), puis en milieu hospitalier. L'objectif est qu'il soit déployé partout en France. À titre d'exemple, en Alsace, l'objectif est que 100 % des sages-femmes aient été formées à ce protocole d'ici fin 2020. Le service de gynécologie-obstétrique du centre hospitalier universitaire (CHU) de Strasbourg a mis en place le protocole : l'ensemble de son personnel est formé, y compris les internes nouveaux arrivants. Même dispositif à l'hôpital de Sélestat, en collaboration avec les professionnels exerçant en libéral. En partant de cette action spécifique, le CHU de Strasbourg s'est engagé à former tout le personnel médical sur le sujet des violences sexuelles.

Nous avons démontré en 2018 – dans la seule étude épidémiologique française sur la somatisation médicale chronique consécutive à des violences sexuelles – que le risque d'amnésie était d'autant plus important que les violences sexuelles

avaient été perpétrées tôt dans la vie des victimes [3]. La moyenne d'âge des petits garçons victimes – de 6 à 8 ans – étant inférieure à celle des fillettes victimes – de 8 à 10 ans –, cela veut dire qu'un plus grand nombre d'hommes seraient à risque de ces mécanismes d'amnésie.

Former les sages-femmes

Former toutes les sages-femmes de France à ce protocole de prévention est donc un objectif majeur, et mis en place progressivement sur le territoire. Un travail formidable est en cours en Alsace où le CHU de Strasbourg et les maternités œuvrent en synergie avec les sages-femmes libérales. Il y a environ 22 000 sages-femmes en activité en France, dont 20 % de libérales. L'objectif de SVS est que, d'ici cinq ans, toutes aient suivi la formation « Les bases de la connaissance en matière de violences sexuelles », jointe à deux formations spécifiques : périnatalité, sexologie. Ce cursus est axé sur la prévention, le dépistage et le soin des violences sexuelles. À date d'avril 2019, près de



© Famille Oskar Schlemmer – © Photo : Centre Pompidou, MNAMCCI, Dist. RMN-Grand Palais / Philippe Migaut

500 sages-femmes ont suivi les trois formations, plus de 1 000 en ont suivi deux, et plus de 2 000 ont été formées aux bases. En outre, des sessions spécifiques courtes avec des ateliers sont organisés pendant le Congrès national de la sage-femme libérale, et des interventions sont organisées par certains conseils de l'ordre. SVS a formé nombre de sages-femmes en Guyane. Nous travaillons aussi avec les écoles de sages-femmes pour que ces formations soient incluses dès la formation initiale, comme cela a été mis en place en Belgique. Les dispositifs varient en fonction des territoires. Il y a une conscience de l'immensité des dégâts sur ce territoire, les soignants s'activent...

L'impact est déjà sensible, et nous travaillons à le diffuser sur l'ensemble du territoire incluant l'outre-mer. Ainsi, le réseau périnatalité en Guyane est mobilisé sur ce programme, en particulier à Saint-Laurent-du-Maroni où le nombre de grossesses chez des mineures est

très élevé, dans le contexte d'une problématique transfrontalière avec le Surinam et le Brésil.

Des soignants insuffisamment formés à dépister et accompagner

De façon générale, les soignants sont insuffisamment formés à dépister et accompagner les personnes qui ont des antécédents de violence physique, morale et/ou sexuelle. Il y a donc urgence à le faire, ce d'autant plus que les complications médicales de ces violences ont un coût de 10 milliards d'euros annuels pour notre système de santé [6] et que des actions de prévention efficaces les réduiraient de façon drastique.

Le dépistage en périnatalité doit bien sûr être complété par des actions de prévention tout au long de la vie des enfants et, en premier lieu, de dépistage tant chez les filles que chez les garçons pour lesquels les soignants sont moins attentifs [7]. Et il doit être conseillé à toute personne

ayant été antérieurement victime de violence d'effectuer un parcours de soins thérapeutiques pour désamorcer les inéluctables complications médicales qui s'ensuivront, et ce le plus tôt possible.

La médecine doit revisiter un certain nombre de pathologies qui sont surreprésentées chez les personnes aux antécédents de violence sexuelle : ce peut être le cas de maladies très classiques, comme des hypertension artérielles, des diabètes de type 2 [8] ou des maladies que la médecine a du mal à cerner, comme la fibromyalgie ou l'endométriose [9]. Prévenir vaut mieux que guérir... Il s'agit bien de donner la possibilité à chaque personne de préserver son potentiel et de pouvoir l'utiliser sereinement dans un projet de vie cohérent et joyeux. ■

Pour en savoir plus

- L'association Stop aux violences sexuelles a entre autres conçu un programme de prévention des violences sexuelles, destiné aux enfants et aux jeunes en âge scolaire (de 3 à 18 ans), fondé sur trois interventions par an.
- www.stopauxviolencessexuelles.com
- <https://www.ffcriavs.org/la-federation/audition-publique/>

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Bichot J. Le coût du crime et de la délinquance. *Études et Analyses*, 2012, n° 16 : 126 p. En ligne : <https://citoyenfn.files.wordpress.com/2015/03/institut-pour-la-justice-ea-nc2b016-03.pdf>
- [2] Thomas J.-L., Les conséquences des violences sexuelles sur la santé physique : revue de la littérature. *Revue française du dommage corporel*, 2015, n° 3 : p. 253-269. En ligne : <http://www.stopauxviolencessexuelles.com/wp-content/uploads/2013/10/Thomas-JLT-2015-Revue-du-dommage-corporel-Revue-lit-somatisation-droitdiffusion.pdf>
- [3] Thomas J.-L., Guérin V., Lévy P., Carette M., Regensberg de Andreis M., Lacrosse P. 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*, 2018, vol. 5, n° 6 : p. 6-14. En ligne : <http://www.stopauxviolencessexuelles.com/wp-content/uploads/2017/11/Thomas-JL-et-al.-The-impact-of-a-history-of-sexual-abuse-on-health-J-Gen-Pract-2017-5.pdf>
- [4] Curry M. A., Perrin N., Wall E. Effects of abuse on maternal complications and birth weight in adult and adolescent women. *Obstetrics and Gynecology*, 1998, vol. 92, n° 4 : p. 530-534.

- [5] Nerum H., Halvorsen L., Straume B., Serlie T., Oian P. Different labour outcomes in primiparous women that have been subjected to childhood sexual abuse or rape in adulthood: a case-control study in a clinical cohort. *British Journal of Gynecology*, 2013, n° 120 : p. 487-495.
- [7] Daigneault I., Bourgeois C., Vézina-Gagnon P., Alie-Poirier A., Dargan S., Hébert M. et al. Physical and mental health of sexually abused boys: a 5-year matched-control and cohort study. *Journal of Child and Adolescent Trauma*, novembre 2016, vol. 10, n° 1. DOI 10.1007/s40653-016-0120-1.
- [8] Rich-Edwards J. W., Spiegelman D., Livi-doti Hibert E.N., Jun H. J., James Todd T., Kawachi I. et al. Abuse in childhood and adolescence as a predictor of Type 2 diabetes in adult women. *American Journal of Preventive Medicine*, 2010, vol. 39, n° 6 : p. 529-536.
- [9] Harris H. R., Wieser F., Vitonis A. F., Rich-Edwards J., Boynton-Jarrett R., Bertone-Johnson E. R. et al. Early life abuse and risk of endometriosis. *Human Reproduction*, 2018, vol. 33, n° 9 : p. 1657-1668.

1. https://www.lexpress.fr/actualite/societe/apres-l-assemblee-le-senat-s-attaque-lui-aussi-la-fesse_2065828.html

2. https://www.lexpress.fr/education/chatiments-corporels-la-fesse-vue-de-l-etranger_2051199.html

3. https://www.coe.int/t/dg3/children/lin5/default_fr.asp

4. Une seule étude a été publiée :

Décamps G., Afflelou S., Jolly A. et al. *Étude des violences sexuelles dans le sport*. Enquête nationale réalisée par l'université de Bordeaux 2 à la demande de la ministre de la Santé Roselyne Bachelot, suite à l'ouverture de parole d'Isabelle Demongeot.

Il y a quelques études en cours, par exemple une en Guadeloupe, pilotée par le Pr Stéphanie Mulot, sociologue de l'université de Toulouse. Cette dernière alerte sur des informations plus qu'alarmantes qui confirment largement les chiffres du Conseil de l'Europe.

Ces chiffres sont aussi corroborés pour les femmes françaises par la grande étude européenne réalisées chez les femmes adultes, incluant les faits vécus quand elles étaient mineures. *Violence against women: an EU-wide survey*. ISBN 978-92-9239-342-7.

Il y aussi des données d'autres pays analysant ce qui se passe dans différents pays, par exemple l'étude *Parcours amoureux des jeunes (PAJ)*, conduite par les Canadiens.

5. Science de la vie affective, étudiant les phénomènes inhérents aux contacts essentiellement tactiles dans les relations humaines. Source : Larousse.

Développer la prévention pour limiter les violences sexuelles

Charles Alezrah,

psychiatre, criminologue,
président du centre régional pour
l'enfance et l'adolescence
inadaptées – observatoire régional
de la santé (Creai-ORS) Occitanie,
vice-président de la commission d'audition,

Jean-Marie Delarue,

ancien contrôleur général des lieux
de privation de liberté (2008-2014),
président de la commission d'audition,
commission d'audition publique,
14-15 juin 2018, Auteurs de violences
sexuelles : prévention, évaluation,
prise en charge.

Si notre pays reste objectivement l'un des plus sûrs au monde, le développement de comportements violents et d'incivilités dans la vie quotidienne interroge notre société. Parmi ces comportements, les violences sexuelles occupent une place particulière dans une prise de conscience collective.

Une audition publique pour un état des lieux

À l'occasion du vingtième anniversaire de la loi du 17 juin 1998 définissant un cadre original de prise en charge des auteurs de violences sexuelles en associant des réponses judiciaires et sanitaires, la Fédération française des centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (FFCRIAIVS) a organisé une audition publique au ministère des Solidarités et de la Santé à Paris les 14 et 15 juin 2018. Le rapport de la commission d'audition¹ fait une large place à une réflexion et des propositions sur la prévention [1]. Nous en proposons une présentation synthétique.

Bien que la question des violences sexuelles mobilise de plus en plus les acteurs de la vie politique, judiciaire ou sanitaire, le nombre d'auteurs de violence sexuelle ne peut être connu que très approximativement, et de manière indirecte, à partir du nombre de victimes. Aujourd'hui, ce nombre apparaît considérable et encore sous-estimé. En effet, même dans les enquêtes, certaines victimes répugnent à faire état de ces événements traumatisants. Il apparaît que près de 800 000 personnes déclarent être victimes chaque année de violences sexuelles et que par exemple un viol est commis toutes les sept minutes dans notre pays [1].

Des progrès incontestables ont été effectués dans l'accueil et dans la prise en charge des victimes, comme dans les suivis sanitaire et judiciaire des auteurs ; mais compte tenu du nombre de personnes concernées directement (auteurs, victimes) ou indirectement (familles, proches), la dernière audition publique a souhaité insister sur la nécessité d'une politique de prévention la plus large possible.

La santé sexuelle, une notion inscrite dans la santé publique

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a défini pour la première fois la notion de « santé sexuelle » en 1975 : « L'objectif de la santé sexuelle réside dans l'amélioration de la vie et des relations personnelles et pas uniquement dans le suivi et les soins concernant la procréation et les maladies sexuellement transmissibles [2] ».

En 2002, dans son *Rapport mondial sur la violence et la santé* [3], l'OMS invite à renforcer la place de l'éducation

L'ESSENTIEL

■ La Fédération française des centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (FFCRIAIVS) a organisé en juin 2018 une audition publique au ministère des Solidarités et de la Santé à Paris sur la thématique : « Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge ». Le rapport de la commission d'audition accorde une large place à une réflexion et présente des propositions concrètes de prévention. Comme le souligne l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'éducation est sans doute le principal moyen de réduire l'incidence de la violence sexuelle. L'audition publique insiste sur la nécessité d'une politique de prévention la plus large possible. Synthèse.

sexuelle : « L'éducation est sans doute le principal moyen dont on dispose pour réduire l'incidence de la violence sexuelle et de l'infection par le virus de l'immuno-déficience humaine (VIH) ».

En France, le concept de santé sexuelle est désormais reconnu comme un des aspects fondamentaux de la promotion de la santé dans la *Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030* [4]. Depuis vingt ans, la politique de santé publique ciblant spécifiquement les violences sexuelles a donné lieu à une succession de mesures :

- une loi spécifique, celle du 17 juin 1998, qui a créé le dispositif de suivi socio-judiciaire avec injonction de soins ;

- le plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008, qui prévoyait des dispositions pour développer la prévention ;
- la circulaire DHOS/DGS/O2/6C/2006/168 [5] du 13 avril 2006 qui créait les centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (Criavs), en précisant que leur mission serait notamment de « *développer la prévention (primaire, secondaire, tertiaire) et être l'interface des acteurs qui mènent déjà ou souhaitent mener des actions de prévention* » ;
- le terme « santé sexuelle » figure dans la loi du 26 janvier 2016 (créant l'article L. 1111-5-1 du Code de la santé publique) à la suite d'un rapport du Haut Conseil de santé publique [6].

Quelles bases pour une politique de prévention ?

Il ne peut y avoir de prévention dans ce domaine, comme dans beaucoup d'autres, sans une sensibilisation dès le plus jeune âge à des valeurs essentielles comme le respect des différences et de l'altérité, permettant de poser le cadre d'un « *vivre-ensemble harmonieux et apaisé* ». Cela suppose des actions précoces dans les dispositifs scolaires et éducatifs, mais cela ne peut s'y limiter. Toute une chaîne de responsabilités et d'engagements doit être mobilisée, depuis la cellule familiale jusqu'aux représentations dans le grand public à travers les médias. Et les choix politiques en termes de santé publique doivent s'inscrire dans de multiples champs complémentaires.

Quelles cibles principales ?

Plusieurs grands types de programmes peuvent être catégorisés (voir aussi article F. Lemonnier dans ce numéro) :

- ceux concernant les potentielles victimes d'agression sexuelle qui présentent certaines caractéristiques comme le genre, l'âge (particulièrement les femmes et les enfants), les problèmes psychiatriques, le milieu universitaire, le milieu socio-économique, la consommation d'alcool et de toxiques. Il s'agit essentiellement de programmes d'éducation

à la résistance et au discernement. 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, réduisant ainsi leur risque de victimisation ;

- ceux concernant une approche complémentaire centrée sur les témoins potentiels d'agressions sexuelles (*bystanders*) pour leur permettre de venir en aide à des victimes [1 ; 7] ;

- ceux concernant certaines catégories d'individus masculins. En effet, les cibles prioritaires des programmes de prévention primaire sont les hommes puisqu'ils sont le plus souvent les auteurs des violences sexuelles ;

- ceux concernant les personnes attirées par les mineurs. De plus en plus, en Europe et Amérique du Nord, les services de santé font la promotion d'une anticipation et d'une prise en charge en amont de tout acte répréhensible.

L'implication grandissante des associations

Le monde associatif apparaît particulièrement créatif et innovant. Il est à l'origine de dispositifs de sensibilisation et/ou d'écoute qui peuvent s'avérer précieux. Citons entre autres :

- l'association L'Ange bleu² créée en 1998. Elle organise un réseau d'écoute destiné aux pédophiles. Sa devise est : « *Ensemble faisons parler le silence*. » Une ligne téléphonique ainsi qu'une adresse électronique permettent de prendre contact avec l'association. Elle réunit également des auteurs et des victimes de violences sexuelles au sein de groupes de parole. Son action est régulièrement médiatisée pour sensibiliser l'opinion publique et les politiques sur le nécessaire accompagnement de ces personnes afin de prévenir les passages à l'acte ;

- l'association Colosse aux pieds d'argile³, créée en 2013, s'est fixé pour mission la prévention, l'information et la formation aux risques pédophiles en milieu sportif. Elle sensibilise les différentes fédérations sportives et les enfants. Elle forme également les adultes, professionnels

ou bénévoles, amenés à encadrer des enfants (entraîneurs, éducateurs, animateurs, dirigeants, parents et accompagnateurs bénévoles...). Par ailleurs, elle aide et accompagne les victimes. Son action s'appuie sur le Pack Colosse, distribué gratuitement et disponible sur Internet. Il comprend plusieurs outils : la Charte école de sport, les consignes et le *Guide des colosses* pour les enfants, le protocole éducateur, la procédure de signalement, le sticker Colosse, la convention des Colosses ;

- en 2016, la Fédération française des Criavs a mis en place un Réseau écoute orientation (RÉO⁴). Il a pour vocation de faciliter le recours aux soins de première ligne pour les personnes souffrant de paraphilies. Des Criavs volontaires ont mis en place ce maillage national pour accueillir les questions et les préoccupations des professionnels et du grand public concernant les fantasmes et/ou comportements sexuels problématiques. Des professionnels volontaires formés assurent, au cours des heures ouvrées, l'accueil téléphonique de toute personne (patient, famille, professionnel, tiers aidant...). En fonction de la gravité et de l'urgence, une orientation est proposée vers les services *ad hoc* (service d'accueil d'urgence, unité médico-judiciaire, équipe de soins psychiatriques, services sociaux, maison de la justice et du droit, services de police ou gendarmerie...);

- l'association Une Vie⁵, fondée en 2017, a notamment mis en place Pedohelp®, un projet international d'information et de prévention sur la pédophilie. Les deux premières années ont été consacrées à la création d'un kit de prévention, avec le projet de diffuser à grande échelle dans les pays francophones, puis dans les autres pays. Ce kit de prévention, déjà disponible en français et en anglais, comporte différents outils gratuits (deux sites Internet, un livre illustré, trois guides, un fascicule et deux affiches), qui servent à informer et à sensibiliser enfants, parents ou professionnels concernés. La devise de PedoHelp est : « *Plus il y aura de gens informés, moins il y aura de victimes*. »

Les propositions de la commission d'audition sur la prévention

La prévention se définit comme l'ensemble des actions visant à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies, accidents et handicaps. L'OMS distingue trois types de prévention :

- prévention primaire : prévoir et prévenir ;
- prévention secondaire : réduire l'impact (mesures prises après la survenue de la violence sexuelle) ;
- prévention tertiaire : réduire les conséquences et favoriser la réinsertion, la réadaptation, la réparation.

Prévention primaire

Pour être efficace, les actions de prévention doivent être répétées et doivent s'appuyer sur différents niveaux d'intervention, en s'adressant non seulement à l'individu, mais aussi à sa famille et à son environnement social. Elles devraient être particulièrement ciblées à certains moments-clés de la vie (adolescence, situation de grossesse, maternité, etc.) [7].

En France, l'accent a été mis sur la prévention primaire des adolescents en s'appuyant sur l'institution scolaire. Malheureusement, le choix a longtemps été fait de privilégier une approche focalisée sur les dangers et de favoriser l'éducation sexuelle visant le dépistage des maladies sexuellement transmissibles (MST) et les préventions des risques de grossesse non désirée, plutôt que la santé sexuelle qui englobe des thèmes comme le corps, les émotions, ou encore l'impact de la pornographie, ou la notion de consentement [8]. Ces actions de prévention sont menées indifféremment par des enseignants, des infirmières scolaires ou des institutions extérieures à l'Éducation nationale, comme des associations ou les maisons de l'adolescent.

Certaines populations spécifiques échappent souvent à la prévention primaire :

- les enfants les plus jeunes ;
- les mineurs étrangers non accompagnés, accueillis dans chaque département et relevant de la protection de l'enfance ;



© Portrait de Lusia Czachowska, Amleto Modigliani — © Photo : Centre Pompidou, MNAM-CCI, Dist. RMN-Grand Palais / Philippe Migaut

- les enfants et les adolescents déscolarisés, chez qui le désœuvrement génère un risque accru de troubles des conduites ;
- les populations en situation de handicap.

À partir de ces constats, la commission d'audition a retenu les propositions suivantes :

- les actions à conduire auprès de tous les publics doivent s'inscrire aux quatre niveaux individuel, relationnel, communautaire, et sociétal ;
- quel que soit le type de handicap, mental ou sensoriel, l'accent doit être mis sur le développement des compétences psychosociales et de la vie affective et il doit prendre en compte la santé sexuelle. Il est important de sensibiliser à la santé sexuelle et de former les équipes éducatives exerçant dans

les établissements et les services prenant en charge les personnes en situation de handicap. Dans les établissements et les services accueillant des personnes présentant des handicaps intellectuels, la formation des équipes éducatives à l'utilisation d'outils adaptés doit être renforcée. Pour les situations de sexualité problématique des personnes handicapées, nous préconisons :

- de travailler sur les représentations des personnes handicapées et de ne pas réduire leur sexualité aux seuls interdits et aux risques (VIH, MST, grossesse) ;
- de travailler avec les parents ou la famille sur les représentations de la sexualité et du handicap ;
- il faut prévoir des interventions tout au long du cursus d'études primaires et secondaires, sur l'hygiène, l'hygiène alimentaire, la sexualité, la

prévention des violences et des addictions. Ces interventions doivent reposer sur une pluralité d'intervenants et non uniquement des enseignants ;

- il faut prévoir et élaborer des programmes de prévention destinés à des publics particuliers : personnes âgées, migrants, lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres ;

- il est nécessaire de développer la recherche et l'évaluation permettant de construire des programmes de prévention efficaces et d'y intégrer des recherches sur les facteurs protecteurs ;

- à la différence d'autres formes de violence, la précarité et la déscolarisation ne sont pas reconnues comme des facteurs de risque. Il convient d'en mesurer plus précisément l'importance afin de promouvoir éventuellement des campagnes de prévention spécifiques ;

- pour les acteurs potentiels de ces interventions, il est important de développer et de faire connaître des lieux-ressources, services et associations proposant une permanence téléphonique ou un accueil ;

- la modification des représentations sociales doit également concerner les auteurs de violences sexuelles. Il serait judicieux de bannir du vocabulaire le terme de « castration chimique » pour le remplacer par un terme simple et non stigmatisant (par exemple « traitement anti-hormonal »).

Prévention secondaire

Elle concerne les mesures prises après la survenue de la violence sexuelle et s'adresse donc en priorité aux victimes. Pourtant, le dévoilement des faits va mettre en évidence l'existence d'un ou de plusieurs auteurs et nécessitera également de leur apporter une aide. Plus particulièrement, en cas de violences sexuelles intrafamiliales, il faut s'intéresser à la victime comme à l'auteur. Les révélations fragilisent la victime et peuvent avoir le même impact sur l'auteur, avec un risque suicidaire réel, notamment s'il s'agit d'un mineur.

La commission d'audition propose, dans le cadre de la prévention secondaire :

- l'évaluation et le développement des réseaux d'écoute au niveau national en vue de proposer un numéro d'appel unique ;

- un aspect particulier de la prévention secondaire concerne les violences sexuelles commises sur les adultes avec une nette majorité de violences faites aux femmes, notamment dans le cadre des violences conjugales. Dans ces cas, l'ordonnance de protection de la victime qui s'applique à l'auteur lui impose un certain nombre d'obligations et d'interdictions. Les victimes – par l'intermédiaire des avocats, des associations et des médecins – doivent être mieux informées de l'existence de cette ordonnance. Les dispositifs d'aide aux victimes ont un rôle central à jouer dans cette meilleure information.

Prévention tertiaire

Ce champ de la prévention englobe également la prise en charge des victimes et des auteurs. Pour ces derniers, il est centré sur la prévention de la récidive. Des recherches doivent être menées afin d'identifier les critères sur lesquels se fonde un agresseur pour identifier la vulnérabilité de sa victime ainsi que sur les mécanismes d'emprise.

Les propositions suivantes ont été retenues par la commission :

- il faut développer les recherches sur les facteurs de protection des auteurs (afin de prévenir en amont un éventuel passage à l'acte) et sur les facteurs qui sont de nature à limiter le risque de récidive ;

- la lutte contre la récidive se traduit principalement, depuis la loi du 17 juin 1998, par le dispositif de suivi socio-judiciaire avec injonction de soins. Lors de l'audition publique, il a été relevé le risque de « psychologisation » excessive des prises en charge au détriment de la satisfaction des besoins socio-économiques essentiels, comme l'obtention d'un emploi et d'un logement stable. Il convient de renforcer l'accompagnement social et socio-éducatif dans le cadre du suivi socio-judiciaire ;

- il serait utile de conduire des recherches-actions sur les dispositifs de rencontre auteurs-victimes afin

d'en mesurer la pertinence et d'en organiser l'éventuel déploiement en fonction de chaque situation.

Conclusion

Nous n'insisterons jamais assez sur l'importance d'une approche préventive en santé publique comme, plus largement, dans le domaine des grands enjeux éducatifs ou sociétaux. Mais, par définition, la prévention s'inscrit dans le long terme. Sa mise en œuvre relève, d'une part, d'une bonne connaissance des déterminants ciblés, d'autre part, d'une approche diachronique visant des objectifs d'amélioration à long terme, soit pour la population générale, soit pour un sous-groupe donné. Elle nécessite des moyens et ne peut s'accommoder de l'urgence. ■

1. Commission présidée par Jean-Marie Delarue et composée de Charles Alezrah, Safia Allag-Morris, Patrick Blachère, Jean-Claude Bouvier, Bernard Cordier, Humbert de Fréminville, Dominique Frémy, Olivier Giron, François Goetz, Samuel Lemitre, Isabelle Sadowski, Joséphine Truffaut.

2. <http://ange-bleu.com/fr/accueil/>

3. Association pour la protection de l'enfance en milieu sportif. <http://www.colosseauxpiedsdargile.org/>

4. <http://www.fferiavs.org/lafederation/reseau-ecoute-orientation/>

5. Prévention des violences sexuelles sur les enfants. <https://1vie.org/>

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Delarue J.-M., Alezrah C., Allag-Morris S., Blachère P., Bouvier J.-C., Cordier B. et al. (2018). *Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge*. [Rapport de la commission d'audition], Paris : Audition publique, 14-15 juin 2018, *Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge*, 17 juin 2018 : 100 p. En ligne : http://www.fccriavs.org/media/filer_public/01/2d/012d3270-9129-4689-8e79-ed456fd28ecf/rapport_du_17_juin_2018.pdf

[2] Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Formation des professionnels de la santé aux actions d'éducation et de traitement en sexualité humaine*. [Rapport] Genève : OMS, 1975, n° 572 : 36 p. En ligne : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38316/WHO_TRS_572_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y

[3] Organisation mondiale de la santé (OMS). *Defining Sexual Health*. [Rapport d'une consultation technique sur la santé sexuelle, Genève, 28-31 janvier 2002], Genève : OMS, 2006 : 100 p. En ligne : http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf

[4] Ministère des Affaires sociales et de la Santé. *Stratégie nationale de santé sexuelle : agenda 2017-2030*. Paris : ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2017 : 74 p. En ligne : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf

[5] Ministère de la Santé et des Solidarités. *Circulaire DHOS/DGS/02/6C n° 2006/168 relative à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles et à la création de centres de ressources interrégionaux*. 13 avril 2006 : 9 p. En ligne : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_16120.pdf

[6] Haut Conseil de la santé publique. *Santé sexuelle et reproductive*. [Avis et Rapport] Paris : Haut Conseil de la santé publique, 2016. En ligne : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=551>

[7] Lemonnier F. *Quelles interventions ont le plus d'impact sur la prévention du risque de violences sexuelles ?* Paris : Fédération française des Criaivs, 2018.

[8] Gamet M.-L. *Quelle mise en œuvre des actions de prévention et de promotion de la santé en matière de violences sexuelles ?* Paris : Fédération française des Criaivs, 2018.

Des propositions concrètes pour renforcer la lutte contre les violences sexuelles

À la suite de l'audition publique, conduite les 14 et 15 juin 2018, intitulée « Auteurs de violences sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge », la commission d'audition a rendu son rapport contenant 35 propositions¹ concrètes pour renforcer la lutte contre les violences sexuelles. Voici les propositions ayant trait au sujet de ce dossier central. En fin de dossier, l'article Alezrah/Delarue présente plus particulièrement l'analyse de ces mesures.

Définir le cadre d'intervention

Se donner les moyens méthodologiques de mesurer la prévalence des violences sexuelles chez les mineurs.

Concevoir un livret sur le secret professionnel des intervenants auprès des personnes placées sous main de justice (PPSMJ).

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

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.

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.

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.

Élaborer des programmes de prévention destinés à des publics particuliers : personnes âgées, migrants, lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres (LGBT).

Inscrire les actions de prévention aux quatre niveaux : individuel, relationnel, communautaire et sociétal.

Développer la recherche et l'évaluation permettant de construire des programmes de

prévention efficaces en intégrant des recherches sur les facteurs protecteurs.

Évaluer les risques liés à la précarité et à la déscolarisation afin de promouvoir éventuellement des campagnes de prévention spécifiques.

Développer et faire connaître des lieux-ressources, services et associations proposant une permanence téléphonique ou un accueil. Bannir du vocabulaire le terme de « castration chimique » pour le remplacer par un terme simple et non stigmatisant (par exemple « traitement anti-hormonal »).

Augmenter le nombre et la visibilité des structures qui prennent en charge les mineurs auteurs de violences sexuelles.

Évaluer et développer au niveau national l'expérience de réseaux d'écoute pour proposer un numéro d'appel unique (à destination des personnes attirées sexuellement par les enfants).

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.

Développer les recherches sur les facteurs de protection des auteurs et sur les facteurs qui sont de nature à limiter le risque de récidive.

Renforcer l'accompagnement social et socioéducatif dans le cadre de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles (AVS).

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.

Développer au sein des réseaux de protection maternelle et infantile (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. ■

1. Fédération française des centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (FFCRIAIVS). *Agir à la source des violences sexuelles*. [Dossier de presse], synthèse des 35 propositions : p. 8-9. En ligne : http://www.fccriavs.org/media/filer_public/50/7f/507f3cab-2d01-4c56-97b9-4867b5f26afc/dp_fccriavs.pdf

La question de la sexualité a été abordée plusieurs fois dans *La Santé en action*, sous l'angle de la santé sexuelle et du travail en réseau (n° 438 : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-action-438.pdf>, n° 423 : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-action-423.pdf>) et du rapport à l'intimité (n° 418 : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-homme-418.pdf>) ; mais celle des violences sexuelles n'avait pas encore fait l'objet d'un numéro spécial. À l'occasion de ce dossier thématique, la sélection bibliographique présentée ici a été réalisée via un partenariat entre Santé publique France et le réseau des Centres de Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIAIVS). Vous y trouverez cinq axes : rapports, définitions ; données d'enquête ; interventions et prise en charge ; documents de réflexion ; outils et ressources pour les professionnels. Une présentation du réseau des CRIAIVS et de leurs services complète cette sélection.

Laure Alexandre-Duband,
documentaliste, CRIAIVS Bourgogne
Virginie Cailleau,
attachée de recherche, documentaliste, CRIAIVS
Poitou-Charente
Laetitia Haroutunian,
documentaliste, Santé publique France
Claire Lambrinidis,
documentaliste, CRIAIVS Rhône-Alpes
Françoise Pierron,
documentaliste, CRIAIVS Lorraine
Danielle Quesnel,
documentaliste, CRIAIVS Haute-Normandie

Les ressources sont présentées par ordre chronologique en commençant par les plus récentes. Les liens Internet ont été consultés le 10 avril 2019.

RAPPORTS, DÉFINITIONS

• **Delarue J.-M., Alezrah C., Fédération française des Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Violences Sexuelles (FFCRIAIVS). Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge. Rapport de la Commission d'audit du 17 juin 2018.** Paris : Audition publique, 2018 : 100 p. *En ligne* : http://www.ffcriavs.org/media/filer_public/01/2d/012d3270-9129-4689-8e79-ed456fd28ecf/rapport_du_17_juin_2018.pdf

• **Ministère des Solidarités et de la Santé. La stratégie nationale de santé sexuelle.** Paris : ministère des Solidarités et de la Santé, 2019 : 75 p. *En ligne* : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf

• **Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Rapport québécois sur la violence et la santé.** Montréal : INSPQ, 2018 : 367 p. *En ligne* : <https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante>

• **Gouvernement du Québec, Secrétariat à la condition féminine. Les violences sexuelles, c'est NON. Stratégie gouvernementale pour prévenir et contrer les**

violences sexuelles 2016/2021. Québec : Gouvernement du Québec, 2016 : 62 p. *En ligne* : http://www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/Documents/Violences/Brochure_Violences_Sexuelles.pdf

• **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, 2016 : 136 p. *En ligne* : https://www.ladocumentationfrancaise.fr/docfra/rapport_telechargement/var/storage/rapports-publics/164000367.pdf

• **Bergeron M., Hébert M., Ricci S., Goyer M.-F., Duhamel N., Kurtzman L., et al. Violences sexuelles en milieu universitaire au Québec : Rapport de recherche de l'enquête ESSIMU.** Montréal : UQAM, décembre 2016 : 110 p. *En ligne* : http://essimu.quebec/wp/wp-content/uploads/2015/12/Rapport-ESSIMU_COMPLET.pdf

• **Mignot J., Troussier T. Santé sexuelle et droits humains.** Bruxelles : De Boeck-Solal, 2015 : 300 p.

• **Organisation mondiale de la Santé (OMS). Prévenir la violence exercée par des partenaires intimes et la violence sexuelle contre les femmes : intervenir et produire des données.** Genève : OMS, 2012 : 108 p. *En ligne* : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75201/1/9789242564006_fre.pdf?ua=1

• **Conseil Supérieur de l'Audiovisuel (CSA). La protection des mineurs à l'heure de la convergence des médias audiovisuels et d'internet : document de réflexion.** Paris : CSA, 2012 : 12 p. *En ligne* : <https://www.csa.fr/Informer/Collections-du-CSA/Travaux-Autres-publications-rapports-bilans-etudes-d-impact/Rapports-au-gouvernement.-parlement.-etc/La-protection-des-mineurs-a-l-heure-de-la-convergence-des-medias-audiovisuels-et-d-internet-Documents-de-reflexion>

• **Blanc E. Élaborer un dispositif spécifique de soins et de prévention. In : Rapport d'information n° 4421 sur le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel.**

Paris : Assemblée nationale, 2012 : p. 125-141. En ligne : <http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i4421.pdf>

• **Conseil de l'Europe. La protection des enfants contre la violence sexuelle : une approche globale.** Strasbourg : Conseil de l'Europe, 2011 : 355 p. En ligne : https://www.coe.int/t/dg3/children/1in5/whatweknow/publication_FR.asp

• **Beau C. La prévention précoce : un droit de l'enfant. Journées internationales de la prévention.** Colloque organisé par l'association Mission Impossible, 31 janvier-1^{er} février 2008, Paris. Paris : l'Harmattan, 2011 : 217 p.

• **Debarbieux E. Refuser l'oppression quotidienne : la prévention du harcèlement à l'école : rapport au ministre de l'Éducation nationale de la Jeunesse et de la Vie associative.** Bordeaux : Observatoire international de la violence à l'école, 2011 : 49 p. En ligne : http://cache.media.education.gouv.fr/file/2011/64/5/Refuser-l-oppression-quotidienne-la-prevention-du-harcèlement-al-ecole_174645.pdf

• **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.** Bruxelles : Commission européenne, 2011 : 304 p. En ligne : <https://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/cc805fb4-c139-4ac0-99b7-b0dad60179f7/language-fr>

DONNÉES D'ENQUÊTE

• **Bajos N., Rahib D., Lydié N. Genre et sexualité : d'une décennie à l'autre. In : Baromètre santé 2016.** Saint-Maurice : Santé publique France, coll. Études et enquêtes, 2018 : 6 p. En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFES-Bases/catalogue/pdf/1865.pdf>

• **Debauche A., Lebugle A., Brown E., Lejbowicz T., Charrault A., Dupuis J., et al. Présentation de l'enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles.** Paris : Ined, coll. Documents de travail, 2017, n° 229 : 67 p. En ligne : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/26153/document_travail_2017_229_violences.sexuelles_enquete.fr.pdf

• **Debauche, A. Violence sexuelle. In : Encyclopédie critique du genre.** Paris : La Découverte, 2016 : p. 691-700.

• **Amsellem-Mainguy Y., Cheynel C., Fouet A. Entrée dans la sexualité des adolescent.e.s : la question du consentement. Enquête auprès des jeunes et des intervenant.es en éducation à la sexualité.** Paris : Injep, 2015 : 102 p. En ligne : http://injep.fr/wp-content/uploads/2018/09/rapport_sivs_def.pdf

• **Le Bars M., Lasserre E., Le Goaziou M.-F. Quand les femmes victimes de violences conjugales se mettent à parler... Enquête qualitative par entretiens auprès de 11 femmes victimes de violences conjugales,**

dans le Rhône. Éthique & Santé, 2015, vol. 12, n° 4 : p. 244-249.

• **Simon S. Violences faites aux femmes : définitions, principaux chiffres et politiques publiques de lutte. Les Tribunes de la santé,** 2014, n° 3 : p. 93-98.

• **Debauche A., Hamel C. Violences contre les femmes [numéro spécial]. Nouvelles Questions Féministes,** 2013, vol. 32, n° 1 : 167 p.

• **Daigneault I., Collin-Vezina D., Hébert M. La prévalence et la prévention de l'agression sexuelle envers les enfants et les adolescents. Cahier recherche et pratique,** mars 2012, vol. 2, n° 1 : p. 20-23.

• **Lieber M. Ce qui compte et ce qui ne compte pas : usages des statistiques et violences faites aux femmes. Cahiers du Genre,** 2011, n° 3 : p. 157-177.

• **Offermans A., Kacenenbogen N. La prévalence des violences entre partenaires : pourquoi la détection par le médecin généraliste ? Revue médicale de Bruxelles,** 2010, vol. 31, n° 4 : p. 403-414. En ligne : <https://www.amub.be/revue-medicale-bruxelles/download/667>

• **Cavalin C. Panorama des violences subies et des personnes qui s'en déclarent victimes. In : Beck F., Cavalin C., Maillachon F. Violences et santé en France : état des lieux.** Paris : La documentation Française/Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), coll. Études et Statistiques, 2010 : p. 71-83. En ligne : http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/violence_sante_2010.pdf

PRÉVENTION

• **Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, ministère des Familles, de l'Enfance et des Droits des Femmes. Comportements sexistes et violences sexuelles : prévenir, repérer, agir. Guide ressources pour les équipes éducatives des collèges et des lycées.** Paris : ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, 2018 : 36 p. En ligne : http://media.eduscol.education.fr/file/Valeurs_republicaines/05/3/comportements_sexistes_et_violences_sexuelles_162053.pdf

• **Descheneaux J., Pagé G., Piazzesi C., Pirotte M., Fédération du Québec pour le Planning des Naissances. Promouvoir des programmes d'éducation à la sexualité positive, inclusive et émancipatrice : méta-analyse qualitative intersectorielle des besoins exprimés par les jeunes.** Montréal : UQAM, 2018 : 46 p.

• **Vanderstukken O., Benbouriche M., Letto N. Prévention de la récurrence et interventions cognitivo-comportementales en France : quelles formations pour quels intervenants ? Journal de thérapie comportementale et cognitive,** 2018, vol. 18, n° 1 : p. 42-47.

- Blatier C. Les facteurs présents dès la petite enfance et la prévention. In : *Les personnalités criminelles : évaluation et prévention*. Paris : Dunod, 2^e édition, 2018 : p. 158-162.
- Passos I., Vieira K., Moreira L., Rodrigues F., Amorim M., Santos C., et al. La promotion de la santé mentale des enfants et adolescents en situation de vulnérabilité et violence sociale : les défis pour un réseau intersectoriel. *Santé mentale au Québec*, 2017, vol. 42, n° 1 : p. 319-335. En ligne : <https://www.erudit.org/fr/revues/smq/2017-v42-n1-smq03101/1040257ar.pdf>
- Depallens R. Analyse de l'articulation du système de prévention des violences sexuelles sur mineurs dans le canton de Vaud-Suisse. *Service social*, 2017, vol. 63, n° 1 : p. 73-85. En ligne : <https://www.erudit.org/fr/revues/ss/2017-v63-n1-ss03079/1040032ar/>
- Minore R., Combremont M., Hofner M.-C. Prévention des violences de couple chez les jeunes : projet d'implantation du programme « Sortir ensemble et se respecter » dans le canton de Vaud (2013-2015). *Rapport final*. Lausanne : Fondation Charlotte Olivier, 2016 : 74 p.
- Florence T. Les abus sexuels : des clefs indispensables pour comprendre, aider et prévenir. Paris : Odile Jacob, 2015 : 240 p.
- Vanderstukken O., Benbouriche M. Principes de prévention de la récidive et principe de réalité en France : les programmes de prévention de la récidive à la lumière du modèle « Risque-Besoins-Réceptivité ». *Actualité Juridique Pénal (AJP)*, novembre 2014 : p. 522-527.
- Roman P. Les violences sexuelles à l'adolescence : Comprendre, accueillir, prévenir. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2012 : 224 p.
- Lamboy B., Clément J., Saïas T., Guillemont J. Interventions validées en prévention et promotion de la santé mentale auprès des jeunes. *Santé publique*, 2011, vol. 23, Hors-Série : p. 113-125.
- Goumilloux R. Prédicteurs de risque de récidive dans le cadre de suivis socio-judiciaires avec injonction de soins. *Information psychiatrique*, 2016, vol. 92, n° 8 : p. 641-648.
- Le Dare B., Jehannin A., Lanoe F., Philippe F., Tassel C., Abondo M., Marie N. Prise en charge thérapeutique des auteurs d'agressions sexuelles. *Annales Pharmaceutiques Françaises*, juillet 2015, vol. 73, n° 4 : p. 257-265.
- Bertsch I., Cano J.-P. Approche motivationnelle auprès des auteurs de violences sexuelles : état de la littérature et aspects cliniques. *Journal de Thérapie comportementale et cognitive*, 2015, vol. 25, n° 2 : p. 48-57.
- Aymonier S., Bourg C. Soigner les adolescents auteurs de violences sexuelles : une mission impossible ? In : Savinaud C., Harraut A. (dir), *Violences sexuelles d'adolescents*. Toulouse : Érès, coll. Enfances & Psy, 2015 : p. 141-157.
- Gamet M.-L. Violences sexuelles des mineurs en France : comment les médecins peuvent devenir des interlocuteurs privilégiés des victimes ? *Sexologies*, 2013, vol. 22, n° 3 : p. 112-123.
- Blaya C. Les ados dans le cyberspace : Prises de risque et cyberviolence. Bruxelles : De Boeck, 2013 : 241 p.
- Ciavaldini A. (dir). Violences sexuelles chez les mineurs : moins pénaliser, mieux prévenir. Paris : In Press, 2012 : 245 p.
- Savin B. Compréhension psychodynamique et approches thérapeutiques des violences sexuelles. *Archives de politique criminelle*, 2012, n° 34 : p. 123-133.
- Fortune C.-A., Ward T. Réduire le risque en promouvant une « Bonne vie » : questions relatives au traitement des délinquants sexuels. *Actualité Juridique Pénal (AJP)*, 2012, n° 12 : p. 640-643.
- Gamet M. L'expérience d'un dispositif de prise en charge des violences sexuelles des mineurs : constats et perspectives sous l'angle du développement sexuel. *La lettre du psychiatre*, 2012, vol. 8, n° 5 : p. 128-132.

PRISE EN CHARGE

- Vignocan L., Monti M. « Que puis-je faire pour vous ? » : la consultation de médecine générale : attentes des femmes ayant vécu des violences sexuelles [thèse de médecine]. Toulouse : Université Toulouse III - Paul Sabatier, 2016 : 78 p. En ligne : <http://thesesante.ups-tlse.fr/1267/>
- Barbier C. Femmes victimes de violences sexuelles : comment les aider à vivre après « ça » ? *Education Santé*, 2016, n° 327 : p. 2-4. En ligne : <http://educationsante.be/article/femmes-victimes-de-violences-sexuelles-comment-les-aider-a-vivre-apres-ca/>

DOCUMENTS DE RÉFLEXION

- Todaro E., Silvaggi M., Aversa F., Rossi V., Nimbi F.M., Rossi R., et al. Les médias sociaux sont-ils un problème ou un outil ? Nouvelles stratégies pour l'éducation sexuelle. *Sexologies*, 2018, vol. 27, n° 3 : p. 150-154.

• Hébert M., Fernet M., Blais M. (dir). **Le développement sexuel et psychosocial de l'enfant et de l'adolescent**. Bruxelles : De Boeck Supérieur, 2017 : 348 p.

• Duge F. Pourquoi est-il si difficile de développer la prévention en santé ? *Enfances & Psy*, 2018, n° 77 : p. 13-24.

• Gravier B., Roman P. **Penser les agressions sexuelles : actualité des modèles, actualité des pratiques**. Toulouse : Érès, 2016 : 370 p.

• Giami A. De l'émancipation à l'institutionnalisation : santé sexuelle et droits sexuels. *Genre, sexualité & société*, 2016, n° 15. En ligne : <https://journals.openedition.org/gss/3720>

• Blattner C. **Les personnalités criminelles : évaluation et prévention**. Paris : Dunod, 2014 : 222 p.

• Bouvier P. **Violences sexuelles, santé et éthique humanitaire : vers une approche globale, centrée sur la personne**. *Revue Internationale de la Croix-Rouge*, 2014, vol. 96, n° 2 : p. 125-145. En ligne : <https://www.icrc.org/fr/download/file/64052/09-ricr-sf-894-bouvier.pdf>

• Fédération Française des Centres de Ressources pour les Intervenants auprès d'Auteurs de Violences Sexuelles (FFCRIAIVS). **Réflexions sur les missions des CRIAIVS dans la prévention des violences sexuelles. 1^{ère} Journée nationale des Centre Ressources pour les intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIAIVS) : état des lieux, bilan, perspectives**. FFCRIAIVS, 2013 : p. 27-33.

• Corriveau P., Fortin F. **Cyberpédophiles et autres agresseurs virtuels**. Montréal : VLB éditeur, 2011 : 168 p.

• Courtois R. **Les conduites à risque à l'adolescence : repérer, prévenir prendre en charge**. Paris : Dunod, 2011 : 339 p.

• Sallem R., Delattre V. **Handicap : affectivité, sexualité, et dignité. Et si ce n'était qu'une question d'amour ? Colloque organisé par la mairie de Paris, 26 novembre 2010**. Paris : CQFD, 2013 : 191 p.

• Berger D., Bernard S., Wafo F., Hrairi S., Balcou M., Carvalho G.S. **Éducation à la santé et à la sexualité : qu'en pensent les enseignants ? Étude comparative dans 15 pays**. *Carrefours de l'éducation*, 2011, n° 2 : p. 81-103.

• Andro A., Bachmann L., Bajos N., Hamel C. **La sexualité des femmes : le plaisir contraint**. *Nouvelles questions féministes*, 2010, vol. 29, n° 3 : p. 4-13.

• CRIAIVS Rhône-Alpes. **Violences sexuelles chez les mineurs : de la pénalisation à la prévention**. Journée d'étude du CRIAIVS Rhône Alpes. 2010, 2 DVD.

• Bajos N., Bozon M., Equipe CSF. **Les violences sexuelles en France : quand la parole se libère**. *Population et sociétés*, 2008, n° 445 : p. 1-4. En ligne : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19113/pop_soc445.fr.pdf

GUIDES ET OUTILS D'INTERVENTION

GUIDES

• **Ministère des Sports. Vade-Mecum pour mieux prévenir et réagir en matière de violences à caractère sexuel dans le sport**. Paris : ministère des Sports, octobre 2018, 2^e édition : 28 p. En ligne : http://sports.gouv.fr/IMG/pdf/vademecum_violsexsport2018_v2b.pdf

• **Gouvernement du Québec. Les abus et le harcèlement, ça existe : guide pour les intervenantes et les intervenants en loisir et en sport**. Québec : ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, 2009 : 28 p. En ligne : <http://www.education.gouv.qc.ca/references/tx-solrtypercherchepublicationtx-solrpublicationnouveaute/resultats-de-la-recherche/detail/article/les-abus-et-le-harcèlement-ca-existe-guide-pour-les-intervenantes-et-les-intervenants-en-loisir-e/>

OUTILS

Violences au sein du couple et les violences sexuelles

La MIPROF (Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains, en collaboration avec des équipes pluridisciplinaires d'expert.e.s et de professionnel.le.s, a conçu en 2018 des outils de formation sur les violences faites aux femmes : courts-métrages et livrets d'accompagnement, fiches réflexes spécifiques à certaines professions, clips vidéo « paroles d'expert.e.s ».

Ces outils s'adressent à l'ensemble des professionnel.le.s susceptibles d'intervenir auprès des femmes victimes de violences : professionnel.le.s de la santé, du social, de l'éducation, de la sécurité, de la justice...

- le kit « Anna » : les violences au sein du couple
 - le kit « Elisa » : les violences sexuelles
 - le kit « Une femme comme moi » : les violences sexuelles au travail
 - le kit « Bilakoro » : le repérage et la prise en charge des mineures confrontées aux mutilations sexuelles féminines
 - le kit « Harcèlements et violences sexuelles dans les transports »
 - les mariages forcés : le repérage et la prise en charge des filles et des femmes victimes de mariages forcés
 - les clips vidéo « paroles d'expert.e.s » approfondissant certaines notions clés du socle commun de connaissance sur les violences
- Ces outils sont téléchargeables gratuitement en ligne : <https://stop-violences-femmes.gouv.fr/telecharger-les-outils-de.html>

Stop Cybersexisme

Le Centre Hubertine Auclert met à disposition depuis 2017 un kit de sensibilisation au cybersexisme comprenant flyers, affiches,

spot de prévention. Un site de ressources accompagne ce dispositif : <https://www.stop-cybersexisme.com/>

Pour commander le kit :

<https://www.centre-hubertine-auclert.fr/outil/campagne-contre-le-cybersexisme>

Selflife jeune adulte

Ce jeu de plateau, réalisé en 2016 par le CRIAVS Auvergne, propose aux participants (15-25 ans) de prendre position et de s'exprimer et d'exprimer leurs émotions sur des situations à travers différentes thématiques (la sexualité, la fête, la violence et la transgression, les pratiques liées aux nouveaux médias, l'estime de soi et l'exposition de soi) elles-mêmes balayées transversalement par les questions du respect de soi et de l'autre, des relations aux autres (amoureuses ou autres), de l'intime et de l'estime.

Présentation de l'outil :

<http://criavs-auvergne.org/wp-content/uploads/2017/08/Poster-Selflife-CRIAVS.pdf>

Pour en savoir plus : <http://criavs-auvergne.org/>

Programme de prévention « Sortir Ensemble et Se Respecter »

Le programme SE&SR s'inspire du programme américain « *Safe Dates* » (Hazelden Betty Ford Foundation). Le programme a été développé et adapté au contexte suisse romand par Jacqueline De Puy, Sylvie Monnier et Sherry L. Hamby qui ont publié la première version du programme en 2009 (ies Editions, Genève). Une deuxième édition a été rééditée par le BEFH Vaud en 2016. Le programme SE&SR s'adresse aux jeunes de 13 à 18 ans et est construit en 9 sessions de 1h15 qui se concentrent sur les thématiques suivantes :

- Module 1 : Définir ce que je veux dans une relation
- Module 2 : Définir les abus dans une relation
- Module 3 : Pourquoi les comportements abusifs
- Module 4 : Comment aider les ami-e-s en difficulté
- Module 5 : Des exemples pour aider les ami-e-s
- Module 6 : Ce qu'on s'imagine à propos des relations
- Module 7 : Les agressions sexuelles
- Module 8 : Partager le pouvoir et communiquer
- Module 9 : Mes sentiments, mes réactions

[Source : site web SE&SR]

Plus d'informations et ressources à télécharger sur le site SE&SR :

<https://www.sesr.ch/>

VOIR AUSSI

Réseau documentaire de la Fédération française des CRIAVS

Impulsé en 2009, le réseau documentaire des CRIAVS (Centre de Ressources pour les Intervenant·e·s auprès d'Auteurs de Violences Sexuelles) met à disposition des professionnels des secteurs de la santé, du social, de la justice et de l'Éducation nationale une documentation ciblée sur la thématique des auteurs de violences sexuelles. Sa mission de service public est de « *rechercher, rassembler, mettre à disposition et faire connaître des professionnels toute la documentation et la littérature sur les Auteurs de Violence sexuelle* » comme indiqué dans la circulaire DHOS/DGS/O2/6C n° 2006-168 du 13

avril 2006. Le réseau documentaire fait partie de la Fédération française des Centres Ressources pour les Intervenant·e·s auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (FFCRIAVS). C'est une association loi 1901 née d'une volonté des professionnels des CRIAVS de mutualiser leurs connaissances et leurs pratiques et d'initier des actions inter-CRIAVS d'envergure nationale et internationale.

Objectifs

Informier : veille et documentation sur la thématique des violences sexuelles

Soutenir dans le travail de prévention des violences et de la formation des professionnels

Mutualiser les connaissances par le biais de la base de données ThéséAS

Services documentaires

Base de données nationale ThéséAS : <https://theseas.reseaudoc.org/> (en cours de rénovation)

Prêt Entre Bibliothèque (PEB) : au sein même du réseau CRIAVS et du réseau GIP

Ascodocpsy Recherche documentaire et accompagnement des utilisateurs en région

Produits documentaires

Bulletin hebdomadaire de la documentation : diffusion des résultats de la veille documentaire

Archives et inscriptions gratuite : <https://www.ffcriavs.org/ressources/bulletins-documentaire/>

Filmographie : base de références de films pouvant servir de supports d'animation ou de formation

Répertoire des tests, échelles et questionnaires d'évaluation nécessaires aux professionnels soignants

Bibliographies thématiques

Veille législative réalisée en partenariat avec une juriste

Diffusion sélective de l'information

Partenariats

GIP Ascodocpsy

Association Docteurs Bru

École nationale de protection judiciaire de la jeunesse (ENPJJ)

Sites internet

www.ffcriavs.org

<https://www.ffcriavs.org/ressources/reseau-documentaire/>

Contact - Référents du réseau documentaire des CRIAVS

Laure Alexandre-Duband, CRIAVS Bourgogne Dijon

Candide Couture, CRIAVS Auvergne Clermont-Ferrand
documentation@ffcriavs.org

Connaissances et comportements des Français face à la canicule

Karine Laaidi,
chargée de projet, PhD,

Christophe Perrey,
chargé de projet, PhD,

Christophe Léon,
chargé de projet, MSc,

Marie Mazzoni,
chargée d'étude scientifique,

Pascal Beaudeau,
chargé de projet, PhD,
Santé publique France.

Résultats

Perception du risque

Peu de Français (12 %) se considèrent fragiles ou très fragiles en situation de canicule, et ce bien que 40 % de l'ensemble des Français aient déclaré avoir pâti de la chaleur pendant l'été 2015. Cette perception du risque augmente peu chez les personnes de 65 ans et plus (4 % d'entre eux se considèrent très fragiles, contre 2 % des 18-65 ans).

Connaissance des risques et moyens de prévention

En cas de fortes chaleurs, les personnes interrogées considèrent que deux types de populations sont plus à risque : 90 % d'entre elles nomment les personnes âgées (et 64 % nomment les nourrissons de 0 à 2 ans. Viennent ensuite les personnes souffrant de maladie chronique (18 %), les enfants de 2 à 5 ans (14 %), les personnes dépendantes ou fragiles, les travailleurs exposés à la chaleur (2 %), les femmes enceintes, les personnes en situation de précarité ou les personnes isolées (1 %).

La population française se considère globalement bien informée sur la canicule, que ce soit sur les risques (90 %) ou les précautions à prendre pour se protéger des effets de la chaleur (86 %). Les canaux d'information sont divers : mutuelles, caisses d'assurance maladie et de retraite, mairies, professionnels de santé. 77 % des personnes interrogées se souviennent avoir reçu des messages institutionnels au cours de l'été précédent et, parmi elles, 41 % ont déclaré qu'ils avaient eu un impact sur leurs comportements lors de la dernière canicule.

Paradoxalement, seuls 32 % des personnes interrogées savent définir le coup de chaleur comme une mauvaise régulation de la température par le corps, et sa dangerosité est nettement sous-estimée : 38 % d'entre elles

L'ESSENTIEL

► Une enquête de Santé publique France souligne la forte solidarité de l'entourage (famille, amis et voisins) envers les personnes vulnérables en cas de canicule, solidarité dont l'influence positive a également été montrée par nos collègues québécois. En revanche, des signes d'alerte aussi importants que le coup de chaleur continuent d'être largement méconnus. Par ailleurs, la perception de ses propres risques est faible, y compris chez les personnes âgées : ceci peut retarder la mise en place de gestes de prévention, pourtant globalement bien connus, et freiner l'inscription sur les registres municipaux de personnes vulnérables.

considèrent qu'il peut être mortel et 7 % qu'il n'a aucune gravité. Les effets d'un coup de chaleur s'avèrent mieux identifiés par les personnes directement confrontées dans leur quotidien professionnel à de fortes chaleurs, tandis que les personnes les plus âgées sont les moins bien informées.

La déshydratation est mieux connue : les trois quarts des répondants savent qu'il s'agit d'un manque d'eau et de sels minéraux dans le corps. C'est le premier problème lié à la chaleur cité par les 18-64 ans. Cependant, un individu de plus de 65 ans sur cinq n'a pu citer spontanément un symptôme consécutif à l'exposition à la chaleur, contre 8 % pour les 18-64 ans.

Comportements adoptés

Conformément aux recommandations, appeler le service médical d'aide urgente (Samu) serait la première action effectuée par les répondants face à une victime d'un malaise lié aux fortes chaleurs (41 %), la rafraîchir avec un linge mouillé vient en deuxième position (31 %).

Un Plan national canicule (PNC) a été mis en place en France en 2004, décliné localement par le préfet de département qui déclenche l'alerte, et par des structures municipales, sanitaires, sociales, associatives [1] qui mettent en œuvre les mesures de gestion et de prévention des risques. Depuis, la France a connu des canicules moins sévères que celle d'août 2003 [2]. Dans le cadre de ce plan, Santé publique France coproduit avec Météo-France le dispositif d'alerte, réalise la surveillance des impacts des canicules, produit et diffuse les supports d'information et de prévention nationaux. Elle a conduit, en 2015, une enquête afin de faire le point sur les connaissances, la perception des risques et les comportements associés à la canicule par la population, et d'en déduire des axes d'amélioration pour une meilleure prévention.

L'enquête a été menée par téléphone en octobre 2015, auprès d'un échantillon de la population résidant en France métropolitaine, constitué selon la méthode des quotas (sexe, âge, catégorie socio-professionnelle, région, catégorie d'agglomération). 2 504 personnes de 18 ans ou plus, dont 935 personnes de plus de 65 ans, ont été interrogées.

Vieillir en bonne santé
Revue des interventions efficaces

Quasiment tous les répondants savent qu'il faut s'hydrater et boire de l'eau (92 %), mais 17 % des plus de 65 ans n'ont pas ce réflexe. Maintenir sa maison au frais et se protéger de l'exposition au soleil sont des actions préventives connues par respectivement 43 % et 41 % des répondants. Les autres moyens de protection, comme se mouiller le corps (29 %), éviter les efforts physiques (16 %) ou aller dans un endroit climatisé ou frais (12 %) sont moins cités. L'hydratation de la peau en se mouillant régulièrement le corps au cours de la journée est une habitude peu familière (22 % des répondants le font systématiquement).

Les parents sont très vigilants pour protéger leurs enfants, surtout en les mettant à l'ombre et en évitant les activités et les sorties aux heures les plus chaudes (88 %). Ils sont moins nombreux (49 %) à aérer la chambre de l'enfant la nuit et à lui mouiller le corps durant la journée (42 %). Selon 84 % des personnes interrogées, les plus de 65 ans ont également bénéficié de mesures spécifiques de la part de leur entourage lors de la canicule de 2015. Plus de 60 % d'entre elles ont donné des nouvelles à leurs proches, et leur entourage familial leur a rendu visite dans 57 % des cas (visites d'amis et de voisins dans 40 % des cas). Plus de 10 % des répondants déclarent s'être personnellement investis en accueillant une personne fragile à leur domicile, et s'être assurés de son inscription sur les registres communaux des personnes à assister (voir article suivant).

Si la solidarité semble assez répandue, le recours à des relais professionnels est plus rare : 11 % des personnes fragiles ont bénéficié d'une aide à domicile, 7 % d'un contact de la part d'organismes publics, 7 % du recours à un professionnel de santé. Les comportements spontanés de signalement ou de demande d'aide à la mairie sont encore peu répandus : seulement 4 % des personnes âgées affirment avoir effectué une démarche de ce type l'été précédant l'enquête.

Discussion

Notre étude a mis en évidence les points qui font encore obstacle à l'efficacité de la prévention : la méconnaissance des signes d'alerte ou de certains gestes de prévention,

comme l'humidification du corps dont l'observance n'a pas beaucoup progressé depuis 2006 [3]. Toutefois, une large majorité des Français se montrent vigilants dans leurs habitudes quotidiennes ; à l'étranger, si 84 % des Australiens boivent de l'eau en cas de canicule [4], les Nord-Américains connaissent peu les gestes de prévention [5]. Les chercheurs japonais ont montré [6] que des attentions envers les personnes âgées, telle la distribution d'eau minérale embouteillée, stimulent l'acceptation, de la part de celles-ci, de suivre les messages de prévention prodigués. L'effet favorable de la diffusion de messages de prévention sur les comportements a également été montré à Montréal, ainsi qu'une synergie des différents médias (télévision, Internet, plaquette, etc.) [7].

Les personnes âgées perçoivent moins le risque ou utilisent moins que les autres les mesures d'adaptation à la chaleur. Il convient donc de davantage les informer et les accompagner afin qu'elles perçoivent mieux ce risque [8].

Il paraît également important d'encourager le lien social, déjà présent, et également mis en évidence par une étude québécoise [9] où le principal facteur protecteur en cas de canicule était d'avoir un contact téléphonique journalier avec une connaissance, et également de favoriser le recours aux acteurs institutionnels via l'inscription sur les listes municipales de personnes vulnérables. ■

Pour en savoir plus

● karine.laaidi@santepubliquefrance.fr

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Direction générale de la santé. *Plan national canicule*, 2017 : p. 38. En ligne : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnc_actualise_2017.pdf

[2] Santé publique France. *Canicules : effets sur la mortalité en France métropolitaine de 1970 à 2013, et focus sur les étés 2006 et 2015*. En ligne : <https://santepubliquefrance.fr/Actualites/Canicules-effets-sur-la-mortalite-en-France-metropolitaine-de-1970-a-2013-et-focus-sur-les-etes-2006-et-2015>

[3] Léon C., Girard D., Arwidson P., Guilbert P. Comportements préventifs des Français et impact des campagnes de prévention durant la canicule de l'été 2006. *Évolutions*, 2007, n° 7 : p. 6. En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1048.pdf>

[4] Akompab D. A., Bi P., Williams S., Grant J., Walker I. A., Augoustinos M. Heat waves and climate change: applying the health belief model to identify predictors of risk perception and adaptive behaviours in Adelaide, Australia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2013, vol. 10, n° 6 : p. 2164-2184.

[5] Sheridan S. C. A survey of public perception and response to heat warnings across four North American cities: an evaluation of municipal effectiveness. *International Journal of Biometeorology*, 2007, vol. 52, n° 1 : p. 3-15.

[6] White-Newsome J. L., Sánchez B. N., Parker E. A., Dvonch J.T., Zhang Z., O'Neill M.S. Assessing heat-

adaptive behaviors among older, urban-dwelling adults. *Maturitas*, 2011, vol. 70, n° 1 : p. 85-91.

[7] Santé publique France. Bilan au 15 septembre 2015 des épisodes de canicule survenus à l'été 2015. *Le point épidémiol.* Saint-Maurice, France, 2015, n° 2 : p. 19. En ligne : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Environnement-et-sante/Climat-et-sante/Chaleur-et-sante/Actualites/Archives/Bilan-des-episodes-de-canicule-survenus-a-l-ete-2015.-Point-epidemiologique-au-9-octobre-2015>

[8] Laverdière É., Gagnéux M., Gaudreau P., Morais J. A., Shatenstein B., Payette H. Prevalence of risk and protective factors associated with heat-related outcomes in Southern Quebec: A secondary analysis of the NuAge study. *Canadian Journal of Public Health*, 2015, vol. 106, n° 5 : p. 315-321.

[9] Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Évaluation de la campagne d'éducation sur les risques à la santé reliés aux épisodes de chaleur accablante et sur les mesures à prendre pour se protéger. *Rapport Synthèse*, 2009 : 8 p. En ligne : https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/fichiers/population/sante-a-z/Chaleur/Rapport_Eval_campagne_chaleur_2009.pdf

[10] Takahashi N., Nakao R., Ueda K., Ono M., Kondo M., Honda Y., et al. Community trial on heat related-illness prevention behaviors and knowledge for the elderly. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2015, vol. 12, n° 3 : p. 3188-3214.

Canicule et personnes vulnérables : enquête sur les registres municipaux

Karine Laaidi,
chargée de projet, PhD,

Marie Mazzoni,
chargée d'étude scientifique,

Christophe Perrey,
chargé de projet, PhD,

Pascal Beaudeau,
chargé de projet, PhD,

Mathilde Pascal,
chargée de projet, PhD,
Santé publique France.

Suite à la canicule de 2003 en France, un Plan national canicule a été mis en place afin de prévenir et de gérer les risques liés à la chaleur. La constitution de registres municipaux de personnes vulnérables en est l'une des rares mesures obligatoires. Constitués sur la base du volontariat, ils permettent en cas de canicule d'appeler les personnes inscrites pour vérifier qu'elles vont bien et, si besoin, leur apporter conseil ou aide. L'objectif de cette étude est d'identifier les difficultés de fonctionnement de ces registres et les propositions d'amélioration des acteurs concernés.

Méthodes

Les acteurs locaux de six grandes villes (Paris, Lyon, Nice, Strasbourg, Nantes, Laon) ont été interrogés sur leur perception du risque caniculaire et de sa gestion sur le terrain, avec un volet spécifique sur les registres municipaux. Les interviews se sont déroulées en présentiel – et par téléphone pour trois d'entre elles – de juillet à octobre 2016, sous forme d'entretiens individuels (61 personnes) auprès des structures relais et des acteurs institutionnels (dont mairies et centres communaux d'action

sociale – CCAS), et sous forme d'entretiens en mini-groupes pour les professionnels intervenant au domicile des personnes âgées (30 personnes).

Résultats

Les acteurs municipaux constatent que les personnes les plus vulnérables, en particulier les plus isolées, sont difficiles à cibler et à recruter sur les registres, alors que d'autres, parfois bien entourées, sont inscrites mais absentes l'été, occasionnant un travail inutile pour la mairie. Par ailleurs, les relais potentiels – professionnels de santé, aidants professionnels, associations de bénévoles, caisses de retraite, Poste, caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), caisses d'allocations familiales (CAF), centres locaux d'information et de coordination (Clic), maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), commerçants, bailleurs sociaux... – sont peu ou pas informés de l'existence du registre, des modalités d'inscription et des services proposés aux personnes inscrites. Pour améliorer l'information sur les registres, il convient de varier les outils de communication (courrier, mail, SMS, appel, affichage municipal, fiches d'inscription dans les salles d'attente des médecins) et de mobiliser des relais potentiels, comme le préconise l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (Unccas) [1]. Les Canadiens suggèrent de renforcer les liens entre intervenants et de travailler avec les organismes communautaires afin d'informer les personnes vulnérables, mais ils soulignent aussi le coût et la complexité d'évaluer l'efficacité de ces interventions [2]. Les acteurs locaux souhaiteraient par ailleurs

fichiers (téléalarme, repas à domicile...) pour améliorer le recrutement et ils déplorent la rigidité des dispositifs de protection des données individuelles, qui constitue un obstacle.

Définir la notion de vulnérabilité

En parallèle, il est nécessaire d'ajuster l'équilibre entre sensibilité et spécificité des registres. Pour cela, il convient de mieux définir ce qu'est une personne vulnérable. Le décret du 1^{er} septembre 2004 relatif aux registres de personnes vulnérables cible les personnes de 65 ans et plus résidant à domicile ou de 60 ans et plus reconnues inaptes au travail, et les adultes handicapés. Cependant, la vulnérabilité à la chaleur est complexe et d'autres critères devraient être pris en compte, comme l'isolement, le faible niveau de revenus, le lieu de vie, les problèmes de santé, la solitude, l'appartenance à une minorité linguistique, la monoparentalité [1 ; 3-6]. Les études qualitatives montrent la complexité des interactions entre différents facteurs de vulnérabilité, comme celles de l'historien Richard Keller sur les « oubliés de la canicule » de 2003 [7] qui révèlent un type particulier d'isolement social, celui des personnes âgées pauvres, obèses ou malades, vivant sous les toits dans des immeubles huppés sans ascenseur, décédées sans que personne ne leur ait prêté attention.

Améliorer l'efficacité des registres

Afin d'améliorer l'efficacité d'utilisation des registres, il serait pertinent d'y intégrer des informations sur l'intervention d'une aide à domicile, le nom des personnes à prévenir, le type de logement, les possibilités de

rafraîchissement de l'habitation, le statut familial, et sur les périodes de vacances des personnes pour éviter l'envoi inutile de secours à domicile en cas d'appel resté sans réponse.

L'ESSENTIEL

► **Les registres municipaux de personnes vulnérables permettent en cas de canicule d'appeler les personnes inscrites pour vérifier qu'elles vont bien et, si besoin, leur apporter conseil ou aide. Cependant, ces registres sont constitués sur la base du volontariat, donc nombre de personnes, y compris parmi les plus vulnérables, n'y sont pas recensées. Enquête de Santé publique France auprès de six villes françaises.**

Il conviendrait par ailleurs de mieux prioriser les appels, par exemple selon des critères de vulnérabilité individuelle ou selon une approche spatialisée intégrant les déterminants socio-démographiques et physiques (îlots de chaleur urbains) pour identifier les quartiers les plus vulnérables. La Croix-Rouge australienne propose

ainsi un questionnaire concernant l'état de santé, le logement, l'entourage et le lieu de résidence afin d'identifier les personnes les plus vulnérables et d'adapter les aides [8].

Les acteurs interrogés soulignent également l'importance d'assurer ce service d'appels téléphoniques et, si besoin, des déplacements à domicile, pendant le week-end quand les aidants à domicile sont le moins présents.

Ils déplorent également la faiblesse des moyens humains et financiers disponibles pour répondre aux demandes reçues pendant les appels (fourniture de ventilateurs ou de brumisateurs, assistance à domicile, et surtout transport dans un lieu frais). Les réponses les plus courantes restent la transmission de conseils de prévention et, en cas de non-réponse répétée de la personne aux appels, intervention des pompiers. Les réseaux de bénévoles, les réserves communales de sécurité civile, la réserve sanitaire de Santé publique France ou les professionnels de santé dans le cadre du service sanitaire constituent des pistes d'aide aux mairies.

Conclusion

Les données recueillies auprès des villes ont confirmé la très faible inscription des personnes concernées sur les registres communaux, déjà mise en évidence par une enquête en

population [9] : entre 30 et 8 000 personnes inscrites selon les villes, soit de 0,2 % à 4 % des personnes de plus de 65 ans de chaque commune. Pourtant, ces registres comportent des avantages en termes de prévention individuelle : l'inscription permet de faire connaître le risque en amont de l'été, l'entourage est sensibilisé et peut réfléchir à son rôle en complément des services municipaux, et les appels en cas de canicule permettent de conseiller et de secourir les personnes.

Les registres ne règlent cependant pas le problème des personnes très isolées qui s'y inscrivent rarement, et leur impact est limité s'ils ne sont pas associés à des moyens d'intervention à domicile et de prise en charge, voire d'évacuation de la personne. De plus, la prévention individuelle ne suffit pas : il faut promouvoir des environnements favorables à la santé en fournissant de l'aide à l'adaptation des logements à la chaleur ou en adoptant des stratégies de réduction des îlots de chaleur urbains, notamment en ciblant les quartiers les plus chauds et où les populations

vulnérables sont les plus nombreuses. Il convient également de mieux informer du risque caniculaire l'ensemble de la population. C'est au cœur de cette approche dite « en population générale » qu'il faut faire connaître l'existence de ces registres municipaux : en effet, si les personnes vulnérables ne se sentent pas concernées par le risque caniculaire, leur famille ou leurs proches ne sont souvent pas conscients non plus du danger que représente la chaleur pour ces personnes (voir article, p. 47 dans ce numéro). Il est donc nécessaire d'améliorer le fonctionnement des registres et également de les intégrer fortement dans la politique globale de prévention. ■

Remerciements

Les auteurs remercient les membres du comité de suivi de l'étude pour leur relecture attentive des documents (guide d'entretiens, rapport de l'étude) : Olivier Borraz (Centre de sociologie des organisations, Sciences Po), Christine Jestin, Colette Ménard, Sébastien Denys et Jean-Luc Lasalle (Santé publique France).

Pour en savoir plus

● karine.laaidi@santepubliquefrance.fr

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Union nationale des centres communaux d'action sociale (Unccas). Mise en œuvre du dispositif canicule par les CCAS/CIAS. 2016. En ligne : https://www.unccas.org/la-mise-en-oeuvre-du-dispositif-canicule-par-les-ccas-cias-780#.XOLs5C_pP-Y
- [2] Bassil K., Cole D. C., Smoyer-Tomic K., Callaghan M., et al. *Quelles sont les données probantes sur l'applicabilité et l'efficacité des interventions de santé publique visant à réduire la morbidité et la mortalité durant les épisodes de chaleur ?* Examen effectué pour le Centre de collaboration nationale en santé environnementale, 30 avril 2007 : 54 p. En ligne : http://ccnec.ca/sites/default/files/Interventions_de_chaleur_avr_2007.pdf
- [3] Lane K., Wheeler K., Charles-Guzman K., Ahmed M., Blum M., Gregory K., et al. Extreme heat awareness and protective behaviors in New York City. *Journal of Urban Health*, juin 2014, vol. 91, n° 3 : p. 403-414. En ligne : <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs11524-013-9850-7.pdf>
- [4] White-Newsome J. L., McCormick S., Sampson N., Buxton M. A., O'Neill M. S., Gronlund C. J., et al. Strategies to reduce the harmful effects of extreme heat

- events: a four-city study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2014, vol. 11, n° 2 : p. 1960-1988. En ligne : <https://www.mdpi.com/1660-4601/11/2/1960/htm>
- [5] Gosselin P., Bélanger D., Doyon B. Les effets des changements climatiques sur la santé au Québec. In : Bélanger D., Berry P. Bouchet V. Charron D., Clarke K.-L., Doyon B., et al. *Santé et changements climatiques : Évaluation des vulnérabilités et de la capacité d'adaptation au Canada*. 2008 : chap. 6, p. 241-342. En ligne : http://publications.gc.ca/collections/collection_2008/hc-sc/H128-1-08-528F.pdf
- [6] Hansen A., Nitschke M., Saniotis A. et al. Extreme heat and cultural and linguistic minorities in Australia: perceptions of stakeholders. *BMC Public Health*, juin 2014, vol. 3, n° 14 : p. 550.
- [7] Keller R. Place matters: Mortality, space, and urban form in the 2003 Paris heat wave disaster. *French Historical Studies*, 2013, vol. 36, n° 2 : p. 299-330.
- [8] Australian Red Cross. *Telecross REDi heatwave vulnerability assessment tool*, août 2009. En ligne : <https://www.redcross.org.au/get-help/community-services/telecross/telecross-redi>

Renforcer la littératie en santé : les enseignements de dix pratiques étrangères innovantes

La Fondation Roi-Baudouin publie les résultats d'une investigation sur les pratiques de renforcement de la littératie en santé dans le monde. L'objectif de cette étude est de mettre en lumière les bonnes pratiques à l'international dans ce domaine, susceptibles d'inspirer les pratiques professionnelles. Dix projets ont été sélectionnés et commentés : aide à la « traduction » de prescriptions médicales, portails ou systèmes d'information, aide aux demandeurs de soins issus de l'immigration... Chaque initiative est présentée selon son modèle d'intervention, son historique, sa contribution à la littératie en santé ainsi que les raisons de sa sélection dans le rapport. Un tableau synoptique synthétise ces initiatives et les enseignements qui peuvent en être tirés.

Philippe Vandenbroeck, Liesbeth Jenné, Isa Van Dorsselaer. *Renforcer la littératie en santé : les enseignements de dix pratiques étrangères innovantes*. Bruxelles : Fondation Roi-Baudouin, 2018 : 110 p. Accès gratuit à la publication : <https://www.kbs-frb.be/fr/Activites/Publications/2018/20181112PP>

Accompagner les adolescents : nouvelles pratiques, nouveaux défis pour les professionnels

Patrick Cottin, directeur de la maison des Adolescents de Loire-Atlantique, coordonne cet ouvrage où psychiatres et professionnels du secteur social interrogent les nouveaux enjeux de l'accompagnement social des adolescents, en abordant des thèmes tels que l'estime de soi, le rapport au numérique, les addictions, la prise de risque, la sexualité.

Patrick Cottin (coord.). *Accompagner les adolescents : nouvelles pratiques, nouveaux défis pour les professionnels*. Toulouse : Éditions érès, coll. L'École des Parents, 2018 : 208 p., 13 €.

Rapport québécois sur la violence et la santé

Ce rapport, édité par l'Institut national de santé publique du Québec, fait suite au plan d'action initié par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2002 dans son *Rapport mondial sur la violence et la santé*. À partir de définitions, données épidémiologiques et pistes pour la prévention, ce rapport présente les différentes facettes de la violence : sexuelle, maltraitance envers les enfants et les aînés, en milieu sportif... et ses conséquences pour la santé.

Julie Laforest, Pierre Maurice, Louise-Marie Bouchard (dir.). *Rapport québécois sur la violence et la santé*. Montréal : Institut national de santé publique du Québec, 2018 : 366 p. En ligne : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2380_rapport_quebe-cois_violence_sante.pdf

Répertoire des interventions efficaces ou prometteuses en promotion de la santé

Santé publique France met à disposition, depuis décembre 2018, un répertoire de 14 thématiques d'interventions efficaces ou prometteuses en prévention et en promotion de la santé, qu'elles soient achevées ou encore en cours de déploiement en France ou à l'étranger. Pour chaque intervention, une fiche mentionne les objectifs, le contenu, les dates de début et de fin, l'organisme porteur du projet, la population ciblée. Les résultats de l'évaluation de l'intervention sont indiqués quand ils sont disponibles, ainsi que des documents d'information liés à sa mise en œuvre.

Santé publique France. *Répertoire des interventions efficaces ou prometteuses en promotion de la santé* [page web]. En ligne : http://inpes.santepubliquefrance.fr/registre_interventions/liste.asp

Les addictions au tabac et à l'alcool : avis du Conseil économique, social et environnemental

Le Conseil économique, social et environnemental (Cése) publie un avis sur la prise en charge des addictions liées au tabac et à l'alcool. Dix-huit recommandations sont déclinées en trois axes : fonder les politiques sur la réalité des dommages ; créer les conditions d'une rencontre précoce avec le soin ; proposer une prise en charge adaptée à la diversité des besoins et des parcours de vie.

Étienne Caniard, Marie-Josée Augé-Caumon. *Les addictions au tabac et à l'alcool* [Avis]. Paris : Cése, janvier 2019 : 75 p. En ligne : https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2019/2019_02_addictions.pdf

Baromètres de Santé publique France 2016 et 2017 – Tabac. Perception du paquet de tabac neutre par les fumeurs avant et après la mise en place du paquet neutre

Selon une enquête publiée par Santé publique France en janvier 2019, depuis que le nouveau conditionnement des produits du tabac (agrandissement des avertissements sanitaires et paquet neutre) a été rendu obligatoire en France au 1^{er} janvier 2017, la part de fumeurs qui déclarent que l'aspect de leur paquet de cigarettes leur plaît a été divisée par trois en 2017 (16 %) par rapport à 2016 (53 %). Les fumeurs gênés de sortir leur paquet à la vue de tous à cause de son aspect sont deux fois plus nombreux en 2017 (12 %) qu'en 2016 (6 %).

Santé publique France. *Baromètres 2016 et 2017 – Tabac. Perception du paquet de tabac neutre par les fumeurs avant et après la mise en place du paquet neutre*. Saint-Maurice : Santé publique France, coll. Études et enquêtes, janvier 2019 : 10 p. En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1872.pdf>

Systèmes de santé et personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie à l'horizon 2030

Le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie a rendu un avis sur les besoins en offre de soins et de prise en charge des personnes âgées. Il propose de : structurer l'offre de proximité ; redéfinir le rôle des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Éphad) ; mieux définir le rôle des différents intervenants ; renforcer les nouvelles technologies – telles que la téléconsultation.

Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM). *Systèmes de santé et personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie à l'horizon 2030* [Avis]. Paris : HCAAM, 22 novembre 2019 : 20 p. En ligne : https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/avis_personnes_agees_-_hcaam_-_22_novembre_2018.pdf

Réduction des inégalités sociales de santé : les villes agissent dès l'enfance

Les conditions de vie pendant la petite enfance sont un des déterminants majeurs de la santé à l'âge adulte. Dans ce contexte, le Réseau français des Villes-Santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) publie un guide sur les possibilités de mobilisation des collectivités pour prévenir le développement et l'installation des inégalités sociales de santé (ISS). Cet ouvrage détaille les enjeux de la réduction des ISS et de l'intervention précoce ; il présente également les différents acteurs locaux dans ce domaine, les stratégies possibles et des leviers d'action concrets.

Réseau français des Villes-Santé de l'Organisation mondiale de la santé (RfVS de l'OMS). *Réduction des inégalités sociales de santé : les villes agissent dès l'enfance*. Rennes : RfVS de l'OMS, décembre 2018 : 70 p. Téléchargeable gratuitement en ligne : <http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/2018-Ouvrage-ISS-Petite-Enfance-VF-Haute-Def.pdf> ; version papier : 15 €.

Parcours de santé. Parcours de genre

Cet ouvrage collectif, coordonné par deux sociologues et aux contributions pluridisciplinaires (sociologues, psychologues, psychiatres...), aborde la question du genre dans le parcours de santé à travers trois axes de réflexion : l'expérience du cancer ; la santé reproductive et la sexualité ; la construction sociale de corps sexués.

Anastasia Maidani, Arnaud Alessandrin (dir.). *Parcours de santé. Parcours de genre*. Toulouse : Presses universitaires du Midi, 2018 : 222 p., 25 €.

Sport Santé Bien-être : enjeux et pratiques pour les territoires

La pratique sportive est un enjeu majeur de santé publique, dont l'importance est renforcée aujourd'hui par la possibilité de prescription de sport sur ordonnance. À partir d'éléments de cadrage, de présentation d'actions concrètes et de retours d'expériences, cet ouvrage vise à fournir un panorama complet des enjeux de la pratique sportive sur le territoire.

Frédéric Depiesse, Marie-Cécile Doha, Bruno Taïana. *Sport Santé Bien-être : enjeux et pratiques pour les territoires*. Voiron : Territorial Éditions, août 2018 : 260 p., 45 €.

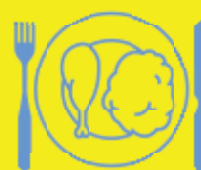


CANICULE, FORTES CHALEURS

ADOPTER LES BONS RÉFLEXES



Mouiller son corps
et se ventiler



Manger en
quantité suffisante



Maintenir sa maison
au frais : fermer
les volets le jour



Ne pas boire
d'alcool



Donner et prendre
des nouvelles
de ses proches



Éviter les efforts
physiques



**BOIRE RÉGULIÈREMENT
DE L'EAU**

EN CAS DE MALAISE, APPELER LE 15

Pour plus d'informations : **0 800 06 66 66** (appel gratuit)
www.solidarites-sante.gouv.fr • www.meteo.fr • [#canicule](https://twitter.com/canicule)

