



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>



UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD - LYON 1
FACULTÉ DE PHARMACIE
INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES

Thèse n° 04

THÈSE

Pour le **DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

Présentée et soutenue publiquement le 15 janvier 2026 par

Mme Domitille Bador
Née le 01 avril 1997 à LYON

**PRISE EN CHARGE OFFICINALE DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES
CONJUGALES : ÉTAT DES LIEUX SOCIO-HISTORIQUE ET PERSPECTIVES DE
FORMATION AUPRÈS DES PHARMACIENS**

JURY

Présidente du jury : Mme. Audrey JANOLY-DUMENIL, Pharmacien PU-PH

Directrice de thèse : Mme Muriel SALLE, MCU - Docteur en études de genre et humanités médicales

Membre du jury : Mme Chloé HERLEDAN, Pharmacien PHC

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

Président	Bruno LINA
Vice-Président en charge de la Recherche	Arnaud BRIOUDE
Vice-Présidente du Conseil d'Administration	Sandrine CHARLES
Vice-Présidente de la Commission Formation	Julie-Anne CHEMELLE
Directeur général des services	Pierre ROLLAND

SECTEUR SANTÉ

Doyen de l'UFR de Médecine Lyon-Est	Gilles RODE
Doyen de l'UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud - Charles Mérieux	Philippe PAPAREL
Doyen de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques (ISPB)	Claude DUSSART
Doyen de l'UFR d'Odontologie	Jean-Christophe MAURIN
Directeur de l'Institut des Sciences & Techniques de Réadaptation (ISTR)	Jacques LUAUTÉ
Présidente du Comité de Coordination des Études Médicales	Philippe PAPAREL

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

Directrice de l'UFR Biosciences	Kathrin GIESELER
Directeur de l'UFR Faculté des Sciences	Bruno ANDRIOLETTI
Directeur de l'UFR Sciences & Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Guillaume BODET
Directeur de Polytech Lyon	Emmanuel PERRIN
Directeur de l'Institut Universitaire de Technologie Lyon 1 (IUT)	Michel MASSENZIO
Directeur de l'Institut des Science Financière & Assurances (ISFA)	Nicolas LEBOISNE
Directeur de l'Observatoire de Lyon	Bruno GUIDERDONI
Directeur de l'Institut National Supérieur du Professorat & de l'Éducation (INSPÉ)	Pierre CHAREYRON
Directrice du Département-composante Génie Électrique & des Procédés (GEP)	Rosaria FERRIGNO
Directrice du Département-composante Informatique	Saida BOUAZAK BRONDEL
Directeur du Département-composante Mécanique	Marc BUFFAT

LISTE DES DEPARTEMENTS PEDAGOGIQUES

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DE SCIENCES PHYSICO-CHIMIQUES ET PHARMACIE
GALÉNIQUE

• **CHIMIE GÉNÉRALE, PHYSIQUE ET MINÉRALE**

Monsieur Raphaël TERREUX (PR)

Madame Julie-Anne CHEMELLE (MCU)

• **CHIMIE ANALYTIQUE**

Monsieur Lars-Petter JORDHEIM (PR-HDR)

Madame Anne DENUZIERE (MCU)

Madame Christelle MACHON (MCU-PH-HDR)

Monsieur Wael ZEINYEH (MCU)

• **PHARMACIE GALÉNIQUE -COSMÉTOLOGIE**

Madame Marie-Alexandrine BOLZINGER (PR)

Madame Stéphanie BRIANCON (PR)

Monsieur Fabrice PIROT (PU-PH)

Monsieur Eyad AL MOUAZEN (MCU)

Madame Sandrine BOURGEOIS (MCU)

Madame Danielle CAMPIOL ARRUDA (MCU)

Madame Ghania HAMDI-DEGOBERT (MCU-HDR)

Monsieur Plamen KIRILOV (MCU)

Madame Giovanna LOLLO (MCU-HDR)

Madame Jacqueline RESENDE DE AZEVEDO (MCU)

Madame Eloïse THOMAS (MCU)

Monsieur Thomas BRIOT (MCU-PH)

Monsieur Damien SALMON (MCU-PH)

• **BIOPHYSIQUE**

Monsieur Cyril PAILLER-MATTEI (PR)

Madame Laurence HEINRICH (MCU)

Monsieur David KRYZA (MCU-PH-HDR)

Madame Sophie LANCELOT (MCU-PH-HDR)

Madame Elise LEVIGOUREUX (MCU-PH)

Madame Sarah CHAIB (AHU)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE PHARMACEUTIQUE DE SANTE PUBLIQUE

- **DROIT DE LA SANTE**
Madame Valérie SIRANYAN (PR)
Madame Maud CINTRAT (MCU)
Monsieur Hojjat VAHIDI (ATER)

- **ECONOMIE DE LA SANTE**
Madame Nora FERDJAOUI MOUMJID (PR)
Monsieur Hans-Martin SPÄTH (MCU-HDR)

- **INFORMATION ET DOCUMENTATION**
Madame Maryem RHANOUI (MCU)

- **INGENIERIE APPLIQUEE A LA SANTE ET DISPOSITIFS MÉDICAUX**
Monsieur Xavier ARMOIRY (PU-PH)
Madame Claire GAILLARD (MCU)

- **QUALITOLOGIE – MANAGEMENT DE LA QUALITÉ**
Madame Alexandra CLAYER-MONTEBAULT (PU)
Madame Audrey JANOLY-DUMENIL (PU-PH)
Monsieur Vincent GROS (MCU-enseignant contractuel temps partiel)
Madame Pascale PREYNAT (MCU-enseignant contractuel temps partiel)

- **MATHÉMATIQUES – STATISTIQUES**
Madame Claire BARDEL-DANJEAN (MCU-PH-HDR)
Madame Marie-Aimée DRONNE (MCU)
Madame Marie-Paule GUSTIN (MCU-HDR)

- **SANTE PUBLIQUE**
Monsieur Claude DUSSART (PU-PH)
Monsieur Matthieu LEBRAT (AHU)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE SCIENCES DU MÉDICAMENT

- **CHIMIE ORGANIQUE**

Monsieur Pascal NEBOIS (PR)
Madame Amanda GARRIDO (MCU)
Madame Christelle MARMINON (MCU)
Madame Sylvie RADIX (MCU-HDR)
Monsieur Luc ROCHEBLAVE (MCU-HDR)

- **CHIMIE THERAPEUTIQUE**

Monsieur Marc LE BORGNE (PR)
Monsieur Thierry LOMBERGET (PR)
Monsieur Laurent ETTOUATI (MCU-HDR)
Monsieur François HALLE (MCU)
Madame Marie-Emmanuelle MILLION (MCU)

- **BOTANIQUE ET PHARMACOGNOSIE**

Madame Marie-Geneviève DIJOUX-FRANCA (PR)
Madame Anne-Emmanuelle HAY DE BETTIGNIES (MCU-HDR)
Madame Isabelle KERZAON (MCU)
Monsieur Serge MICHALET (MCU)

- **PHARMACIE CLINIQUE, PHARMACOCINETIQUE ET EVALUATION DU MEDICAMENT**

Madame Christelle CHAUDRAY-MOUCHOUX (PU-PH)
Madame Catherine RIOUFOL (PU-PH)
Madame Magali BOLON-LARGER (MCU-PH)
Monsieur Teddy NOVAIS (MCU-PH)
Madame Florence RANCHON (MCU-PH)
Madame Delphine HOEGY (MCU-PH)
Madame Céline PRUNET-SPANNO (MCU)
Madame Chloë HERLEDAN (AHU)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DE PHARMACOLOGIE, PHYSIOLOGIE ET TOXICOLOGIE

- **TOXICOLOGIE**

Monsieur Jérôme GUITTON (PU-PH)

Madame Léa PAYEN (PU-PH)
Madame Francesca ANGILERI (MCU)
Monsieur David BARTHELEMY(AHU)

- **PHYSIOLOGIE**

Madame Elise BELAIDI (PU)
Madame Kiao Ling LIU (MCU)
Monsieur Ming LO (MCU-HDR)

- **PHARMACOLOGIE**

Monsieur Laurent BOURGUIGNON (PU-PH)
Monsieur Sylvain GOUTELLE (PU-PH)
Monsieur Luc ZIMMER (PU-PH)
Monsieur Roger BESANCON (MCU)
Madame Evelyne CHANUT (MCU)
Monsieur Nicola KUCZEWSKI (MCU)
Monsieur Romain GARREAU (AHU)

- **COMMUNICATION**

Monsieur Ronald GUILLOUX (MCU)

- **ENSEIGNANTS CONTRACTUELS TEMPS PARTIEL**

Monsieur Sylvain BERTRAND (MCU-enseignant contractuel temps partiel)
Madame Pauline LOUBERT (MCU-enseignant contractuel temps partiel)
Monsieur Vincent LESCURE (MCU-enseignant contractuel temps partiel)
Madame Hortense PRELY (MCU-enseignant contractuel temps partiel)
Madame Aurélie SANDRE (MCU-enseignant contractuel temps partiel)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DES SCIENCES BIOMEDICALES A

- **IMMUNOLOGIE**

Monsieur Guillaume MONNERET (PU-PH)
Madame Morgane GOSSEZ (MCU-PH)
Madame Anaïs NOMBEL (AHU)

- **HEMATOLOGIE ET CYTOLOGIE**
 - Madame Christine VINCIGUERRA (PU-PH)
 - Madame Sarah HUET (MCU-PH)
 - Monsieur Yohann JOURDY (MCU-PH)

- **MICROBIOLOGIE ET MYCOLOGIE FONDAMENTALE ET APPLIQUÉE AUX BIOTECHNOLOGIES INDUSTRIELLES**
 - Monsieur Frédéric LAURENT (PU-PH)
 - Madame Florence MORFIN (PU-PH)
 - Madame Veronica RODRIGUEZ-NAVA (PR)
 - Monsieur Didier BLAHA (MCU-HDR)
 - Madame Ghislaine DESCOURS (MCU-PH)
 - Monsieur Alexandre GAYMARD (MCU-PH)
 - Madame Anne DOLEANS JORDHEIM (MCU-PH-HDR)
 - Madame Emilie FROBERT (MCU-PH)
 - Monsieur Jérôme JOSSE (MCU)
 - Madame Floriane LAUMAY (MCU)
 - Monsieur Matthieu CURTIL DIT GALIN (AHU)

- **PARASITOLOGIE, MYCOLOGIE MÉDICALE**
 - Monsieur Philippe LAWTON (PR)
 - Madame Nathalie ALLIOLI (MCU)
 - Madame Samira AZZOUZ-MAACHE (MCU-HDR)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DES SCIENCES BIOMÉDICALES

- **BIOCHIMIE – BIOLOGIE MOLECULAIRE - BIOTECHNOLOGIE**
 - Madame Caroline MOYRET-LALLE (PR)
 - Madame Carole FERRARO-PEYRET (PU-PH)
 - Madame Emilie BLOND (MCU-PH)
 - Monsieur Karim CHIKH (MCU-PH)
 - Monsieur Anthony FOURIER (MCU-PH)
 - Monsieur Boyan GRIGOROV (MCU-HDR)
 - Monsieur Alexandre JANIN (MCU-PH)
 - Monsieur Hubert LINCET (MCU-HDR)

Monsieur Olivier MEURETTE (MCU-HDR)

Madame Angélique MULARONI (MCU)

Madame Stéphanie SENTIS (MCU)

Monsieur Jordan TEOLI (AHU)

- **BIOLOGIE CELLULAIRE**

Madame Bénédicte COUPAT-GOUTALAND (MCU)

Monsieur Michel PELANDAKIS (MCU-HDR)

INSTITUT DE PHARMACIE INDUSTRIELLE DE LYON

Madame Marie-Alexandrine BOLZINGER (PR)

Monsieur Philippe LAWTON (PR)

Madame Sandrine BOURGEOIS (MCU)

Madame Marie-Emmanuelle MILLION (MCU)

Madame Alexandra MONTEBAULT (MCU)

Madame Angélique MULARONI (MCU)

Madame Marie-Françoise KLUCKER (MCU-enseignant contractuel temps partiel)

Madame Valérie VOIRON (MCU-enseignant contractuel temps partiel)

PR :	Professeur des Universités
PU-PH :	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
PHU :	Praticien hospitalo-universitaire
MCU :	Maître de Conférences des Universités
MCU-PH :	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
HDR :	Habilitation à Diriger des Recherches
AHU :	Assistant Hospitalier Universitaire
ATER :	Attaché temporaire d'enseignement et de recherche



Serment des Pharmaciens

Au moment d'être reçu

Docteur en Pharmacie,

En présence des Maîtres de la Faculté, je fais le serment :

- D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle aux principes qui m'ont été enseignés et d'actualiser mes connaissances*
- D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de Déontologie, de l'honneur, de la probité et du désintéressement*
- De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers la personne humaine et sa dignité*
- En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.*
- De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession*
- De faire preuve de loyauté et de solidarité envers mes collègues pharmaciens*
- De coopérer avec les autres professionnels de santé.*

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque.

Date :

Signatures de l'étudiant et du Président du jury

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury

À Madame la Présidente, Docteur Audrey Janoly-Dumenil, je vous remercie d'avoir accepté de présider mon jury de thèse et d'y apporter l'expertise que j'ai tant admirée lors de vos cours à la faculté.

À Madame la Directrice de thèse, Docteur Muriel Salle, je vous remercie d'avoir accepté de suivre ce projet de thèse. Votre engouement de la première heure ainsi que l'œil expert que vous avez apporté ont rendu ce travail profondément enrichissant. J'admire l'engagement dont vous faites part, il m'inspirera sur mon propre militantisme tout au long de ma vie.

À Madame la Tutrice pédagogique, Docteur Florence Ranchon, je vous remercie d'avoir accepté de porter ce projet auprès de l'ISPB.

À Madame la Docteure Chloé Herledan, je vous remercie de m'avoir apporté votre aide depuis le début de ce projet. Vos retours ont été précieux pour son élaboration.

À mes proches

À ma famille, mes parents et mes frères, merci de m'avoir encouragée à rêver toujours plus grand et de m'avoir enseigné que rien n'est hors de portée si on croit en ses projets.

À mes parents, merci de m'avoir apporté un soutien sans failles durant chacune de ces années. En PACES, pendant mes années de pharmacie, de n'avoir jamais douté une seconde de ma réussite. N'avoir cessé de me répéter lors de chaque période de concours puis d'examens votre certitude que tout se passerait bien a été un mantra qui m'a portée pendant ces 8 années.

À Papa, merci d'être venu me chercher presque chaque soir pendant deux ans place Bellecour pour me faire gagner 30 à 45 minutes de sommeil et d'avoir été une présence réconfortante et rassurante à la fin de ces longues journées. Merci de m'avoir insufflé cette vocation depuis les trajets à l'école primaire où je te demandais comment le corps humain fonctionnait, jusqu'à aujourd'hui. Ta manière d'exercer la médecine est un exemple que je

conserverai précieusement pendant ma carrière (et désolée de bientôt te voler le titre suprême de Docteur-Couteau-Suisse).

À Maman, merci pour tes mots gentils et toutes tes petites attentions (surtout les chocolatées) tout au long de ces études. Merci pour tous les bons petits plats concoctés avec amour, pour l'immense réconfort qu'ils ont apporté surtout pendant les difficiles périodes de révision. Tu es un exemple de résilience et de ténacité optimiste (#ronce). Tu as toujours cru en moi et ça m'a vraiment portée pendant ces études.

À Thibault, merci de m'avoir encouragée à suivre la voie dont je rêvais même si cela impliquait de ne pas suivre un chemin conventionnel. Merci pour ce petit cœur de cire offert pendant ta P2 que j'ai précieusement conservé en espérant y voir un futur porte-bonheur, à raison finalement. Merci de m'avoir ouvert les portes de ton cabinet en 2020, j'ai hâte de devenir ta consœur en 2030 !

À mes grands-parents paternels, j'aurais souhaité que vous puissiez être là aujourd'hui. Je ne doute pas que vous veillez sur moi.

À mes neveux et nièces, vous êtes tous nés pendant mes études. Quel bouleversement pour la dernière de la fratrie mais quelle joie immense ! Vous voir grandir me comble de bonheur.

À mes amies,

À Mathilde et Bianca, comment coucher en quelques lignes tout ce que vous représentez pour moi, l'importance de notre trio dans ma vie ! Comme Mathilde l'illustre justement, vous en êtes les piliers, cette thèse n'existerait pas sans vous. Vous êtes mes plus fidèles supportrices depuis 2008 : merci de m'avoir épaulée pendant chaque année de ce long cursus tout en me rappelant que la vie ne s'y résume pas et que le bonheur se trouve ailleurs. Vos weekends à Lyon, mes escapades à Versailles puis Paris et nos retraites annuelles à Annonay ont été une bouffée d'air frais et un shot de bonheur indispensables pendant ma scolarité. Je ressens tellement de gratitude et de fierté à l'idée d'avoir des femmes aussi extraordinaires que vous dans ma vie. Que dire à part merci ? Merci pour tout, pour ces bientôt 20 ans d'amitié, merci d'être mes sœurs. Je vous aime plus que tout et j'ai hâte de continuer l'aventure de la vie à vos côtés.

À Margot, à notre belle amitié qui a fleuri en PACES et qui n'a cessé de grandir depuis. Merci d'avoir associé ces deux années à d'innombrables fous rires (même si j'ai toujours le roi d'Avignon en travers de la gorge) et d'en avoir fait un beau souvenir aux côtés de Lucas et Camille. Merci d'être un soutien indéfectible, une conseillère hors pair et une amie si drôle. Les cafés, restos, terrasses, soirées qui ont ponctué les 5 années suivantes nous ont rappelé que l'amitié profonde qui nous unies résiste à toute distance. Merci d'avoir toujours cru dans mes projets farfelus et d'y avoir participé avec enthousiasme. Tu es un modèle d'optimisme contagieux pour moi, qui a guidé mes années de pharmacie et qui me suit dans celles qui commencent maintenant. J'ai déjà hâte des fous rires qui nous attendent lors de mes futurs stages à ton cab et lors de nos retrouvailles annuelles à Lisbonne (je ne perds pas espoir pour le semi là-bas...).

À Camille, Solène, Alix et Marjorie, merci d'avoir rendues inoubliables ces années de pharmacie. Nos nombreuses soirées de P2, les galas, les verres tardifs en terrasse... jusqu'à aujourd'hui. Vous avez été les plus belles découvertes de ces études.

À Alix, si on avait su que le vol discret d'un casier d'interne dans le couloir des 2ndes aux Chartreux mènerait à une si belle amitié ! J'éprouve une grande tendresse pour tout le chemin que nous avons parcouru côte à côte. Les nous de 18 ans ne nous croirait pas si on leur disait que nous ne sommes pas là où elles nous attendaient mais qu'on est heureuses ainsi. Merci d'avoir été une présence affectueuse tout au long de nos études, merci pour nos discussions-balades du Parc de la Tête d'or jusqu'à la jetée d'Audierne. Malgré nos éloignements géographiques ou temporels (ton emploi du temps de ministre règne en maître...) je sais que notre amitié reste tout aussi belle et solide.

À Marjorie, tout d'abord tu vois : on est enfin arrivées à bout de ces études !! Lorsque je te fredonnais le chant des vagues au WEI de p2, je savais déjà qu'on deviendrait amies. Mon intuition ne se trompait pas puisque les fous rires de fin de journée BU ont résonné jusque dans la salle de bain de la colloc. Merci d'avoir égayé les années post-covid à la rue Baltazar et surtout d'avoir supporté mes réveils sonnans dans le vide alors qu'ils faisaient office de bande-son de mon sommeil profond. Merci pour les débats enflammés tant à propos de géopolitique que de l'importance aérodynamique des bras ou pour les « Tu préfères... » sans fin. Merci d'avoir enrichi ma (pop)culture générale et d'avoir été un réel soutien à la réussite de chaque année.

À Camille, merci pour nos discussions à rallonge jusqu'au cœur de la nuit dans ton petit cocon parisien, j'ai hâte que tu viennes à Lisbonne et qu'on les poursuive encore. Merci pour les journées BU que tu as égayées de nos fous-rires, rendues dix fois plus légères et pour les soirées pharma mémorables. Tu as été un pilier dès le début de nos études et venir te voir à Paris est à chaque fois une véritable joie. Merci d'être si drôle, si intelligente et de rendre si normales toutes nos discussions et interrogations existentielles sur la vie. Tu me manques au quotidien mais chaque retrouvaille me montre que l'amitié transcende notre éloignement géographique (et nos difficultés à répondre aux messages !).

À Solène, merci aux Tek-Paf de before d'avoir signé le pacte de notre amitié. Depuis on a bien essayé de courir ensemble mais ce qui est resté c'est surtout une amitié qui ne s'essouffle pas. Tu as rendu la P2 inoubliable et conforme à toute l'insouciance étudiante que l'on espérait. Tu es autant une oreille attentive, qu'une épaule pour s'épancher que la meilleure partenaire de soirée. J'admire la force de caractère dont tu fais preuve et je ne doute pas un instant que Paris te réservera la vie de star que tu mérites. J'ai hâte qu'on s'y retrouve encore pour nos weekends annuels et qu'on instaure une nouvelle tradition lisboète !

À Juliette, tu as été la belle découverte du stage de 6A, merci d'en avoir été la bulle positive. J'ai hâte que la voyageuse que tu es pose ses petites valises à Lisbonne.

À Philippine, merci d'avoir supporté et répondu à chacun de mes vocaux de détresse sur cette thèse, j'aurais sûrement mis un an de plus à la finaliser sans toi !

À Pauline, nos souvenirs d'enfance et d'adolescence, véritables madeleines de Proust dont je me rappelle avec tendresse, m'ont appris à ignorer les avis inopportuns et à croire en moi. J'ai hâte de rattraper le temps perdu et de vous accueillir, toi et Olivier, à Lisbonne.

À la famille Grand, à Mireille et Hervé : merci d'avoir été des soutiens indispensables tout le long de ces études. Merci de m'avoir poussée sans relâche à poursuivre mes rêves, de m'avoir insufflé votre positivité à des moments clefs et de nous avoir accueillies, Bianca et moi à Annonay depuis de nombreuses années et d'en avoir fait un petit cocon de famille de cœur. Merci de nous y attendre chaque année avec autant de chaleur, de rire et d'affection.

À tous mes proches que je n'ai pas cités et qui ont partagé cette période ma vie, merci d'avoir contribué chacun à votre manière à la réussite de ce parcours universitaire. Que cela se soit exprimé par un soutien discret, un mot juste ou un encouragement, un message

rassurant ou un geste réconfortant, ce soutien a été essentiel. Vous avez toute ma gratitude et mon affection.

Enfin, merci à toutes celles et ceux qui se sont déplacés en ce jour de soutenance si important pour moi, pour m'accompagner (enfin !) dans la clôture de ces 9 années riches d'enseignements de vie. Votre présence y apporte une conclusion joyeuse et émouvante.

Merci ♥

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	10
TABLE DES MATIÈRES.....	15
LISTE DES FIGURES	18
LISTE DES ABRÉVIATIONS	19
INTRODUCTION	20
Partie 1 : Les violences conjugales, un problème de société	22
1.1 Spécificités des violences conjugales	22
1.1.1 Définitions.....	22
1.1.2 Cycle et escalade de la violence.....	24
1.1.3 Contrôle coercitif	25
1.2. Des inégalités aux violences	26
1.2.1 Statistiques des violences faites aux femmes.....	26
1.2. 2 Inégalités systémiques dès le plus jeune âge	28
1.2.3 Continuum des violences	30
1.3. Mise au point légale et historique	31
1.3.1 Parcours de plainte.....	31
1.3.2 Héritage historique d’une justice sexiste	37
1.3.3 Victimisation secondaire.....	39
1.3.4 Perspectives sociétales et judiciaires	41
1.4 Enjeux sociétaux des violences masculines.....	42
1.4.1 Qui sont les auteurs d’abus ?	42
1.4.2 La culture du viol.....	45
1.4.3 Conséquences économiques des violences conjugales.....	46
Partie 2 : Les violences conjugales, un problème de santé	47
2.1 Physiopathologie du traumatisme	47
2.1.1 Physiologie du stress.....	47
2.1.2 Mémorisation du stress	49
2.1.2.1 Types de mémoire	49
2.1.2.2 Phases de mémorisation.....	50
2.1.2.3 Mémorisation du stress et structures cérébrales impliquées	50
2.1.3 Mécanismes neurobiologiques à l’origine des psychotraumatismes	51

2.1.4 Les psychotraumatismes	53
2.1.4.1 La mémoire traumatique	53
2.1.4.2 La dissociation traumatique	56
2.1.4.3 Trouble de stress post traumatique.....	59
2.1.4.4 Altérations neurologiques et génétiques des psychotraumatismes	59
2.1.5 Impact d'une méconnaissance sur la PEC des victimes	61
2.2 Enjeu de santé publique	63
2.2.1 Conséquences des violences conjugales sur la santé	64
2.2.1.1 Impacts sur la santé physique	64
2.2.1.2 Impacts sur la santé psychique.....	65
2.2.1.3 Impacts sur la santé gynéco-obstétricale et sexuelle.....	66
2.2.1.4 Impacts sur la vie sociale	67
2.2.2 Les enfants : Co-victimes des violences conjugales.....	68
Partie 3. Le pharmacien, professionnel de santé, un relai légitime.....	71
3.1 Le pharmacien officinal, professionnel de santé de première ligne.....	71
3.2 Le Covid-19 : contexte particulier de l'émergence du rôle des pharmaciens dans la prise en charge des violences conjugales	72
3.3. Le rôle du pharmacien	73
3.3.1 Dépistage à l'officine	73
3.3.1.1 Situations à risque	74
3.3.1.2 Signes somatiques.....	75
3.3.1.3 Mésusage médicamenteux	76
3.3.1.4 Dispositifs d'alerte existants	77
3.3.1.5 Ouvrir le dialogue face à un repérage suspect	79
3.3.2. Limites du rôle des pharmaciens officinaux	81
3.3.3 L'interprofessionnalité nécessaire.....	82
3.4. Pour un vade-mecum de la PEC des victimes de violences conjugales à l'officine	83
3.4.1 Outils à la disposition des pharmaciens	83
3.4.1.1 Outils d'aide au dépistage.....	83
3.4.1.2 Outils de formation à destination des professionnels	85
3.4.1.3 Outils spécifiques aux officines	88
3.4.2 Bonnes pratiques officinales	90
3.4.2.1 Dépister.....	91

3.4.2.2 Accueillir.....	92
3.4.2.3 Informer	95
3.4.2.3.1 Informations d'ordre médical	95
3.4.2.3.2 Informations d'ordre socio-judiciaire	97
3.4.2.3.3 Informations d'ordre pratique	98
3.4.2.4 Orienter	99
3.4.2.4.1 Le réseau médical	100
3.4.2.4.2 Les services sociaux-judiciaires.....	100
3.4.2.4.3 Les services des forces de l'ordre	102
3.4.2.5 Agir	102
3.4.3 Élaboration d'une affiche de formation destinée à l'équipe officinale.....	104
DISCUSSIONS ET PERSPECTIVES.....	106
CONCLUSIONS GÉNÉRALES	108
BIBLIOGRAPHIE.....	110

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Schéma du cycle de la violence (12)	24
Figure 2 : Devenir des affaires de violences sexuelles et conjugales lors de la procédure pénale (50)	40
Figure 3. Accessibilité des officines sur le territoire métropolitain en 2019 (94).....	71
Figure 4 : Le signal d'alerte "point noir" (106)	78
Figure 5 : Geste de la main pour demander de l'aide silencieusement (108).....	79
Figure 6 : Le violentomètre (110)	84
Figure 7 : Roue des violences, disponible sur cespharm.fr (111)	85
Figure 8 : Site arrêtonslesviolences.gouv.fr (112)	86
Figure 9 : Table des matières du livret d'accompagnement du court-métrage « Anna », destiné aux pharmaciens (112).....	87
Figure 10 : Violences familiales - Affiche 1 (115).....	89
Figure 11: Violences familiales - Affiche 2 (115).....	89
Figure 12 : Violences faites aux femmes - Tous mobilisés (115)	90
Figure 13 - Poster de formation sur la prise en charge des victimes de violences conjugales à l'officine.....	105

LISTE DES ABRÉVIATIONS

VC : Violence(s) Conjugale(s)

MIPROF : Mission Interministérielle pour la PROtection des Femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains

PEC: Prise En Charge

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

PDS : Professionnel De Santé

TSPT : Trouble de Stress Post-Traumatique

TC : Tronc Cérébral

SNA : Système Nerveux Autonome

HHS : axe Hypothalamo-Hypophysaire-Surrénalien

CRH : Corticotropin- Releasing Hormone

ACTH : AdrenoCorticoTrophin hormone

SNC : Système Nerveux Central

NMDA : N-méthyl-D-Aspartate

EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing, soit Désensibilisation et Retraitement par les Mouvements Oculaires

HAS : Haute Autorité de Santé

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

IST : Infection Sexuellement Transmissible

ORL :

CESPHARM : Comité d'Éducation Sanitaire et sociale de la PHARMacie française

ITT : Incapacité Totale de Travail

INTRODUCTION

Le 26 mars 2020, Bernard Cazeneuve, alors ministre de l'Intérieur, annonce la mise en place d'un nouveau dispositif d'alerte destiné aux femmes victimes de violences conjugales au sein des pharmacies. Neuf jours seulement après le début du confinement lié à la pandémie de Covid-19, une hausse alarmante des violences domestiques est constatée : +32% sur l'ensemble du territoire français et jusqu'à +36% à Paris (1). Dans ce contexte, le gouvernement souhaite permettre aux femmes de solliciter discrètement l'aide des pharmaciens en utilisant le mot de code « masque-19 » au comptoir. Les pharmaciens doivent alors alerter les forces de l'ordre pour qu'elles interviennent en urgence. Ce même dispositif est mis en place dans plusieurs pays européens, témoignant d'une volonté officielle commune de vigilance quant aux violences faites aux femmes.

Le 02 juillet 2020, la chaîne YouTube *Would You React* publie une vidéo composée de six courtes caméras cachées tournées dans des pharmacies bruxelloises (2). Des acteurs y jouent un couple hétérosexuel dans lequel la femme, maquillée pour simuler des bleus sur le visage, laisse présumer qu'elle est victime de violences conjugales. Elle se présente seule au comptoir sous prétexte d'achat de paracétamol pendant que son compagnon, au comportement visiblement agressif, l'attend près de l'entrée. Elle demande un « masque-19 » en espérant ainsi alerter les professionnels de santé. Dans chacune des scènes, le refus de la victime que les pharmaciens appellent les forces de l'ordre les laisse désemparés. Ils tentent de la convaincre dans l'urgence mais rapportent ensuite, lors du bilan avec l'équipe de tournage, ne pas savoir comment agir et réagir en dehors d'un appel à la police. Une pharmacienne évoque le besoin d'un support de formation disponible en arrière-boutique pouvant être consulté pour adopter les bons réflexes.

Disponibles sans rendez-vous, les pharmaciens sont facilement accessibles pour la population. En tant que professionnels de santé de proximité, ils jouent un rôle central dans l'accueil, l'écoute, la prise en charge et la réorientation des patients. A ce titre, ils pourraient jouer un rôle de première ligne dans le dépistage et le soutien des victimes de violences conjugales. C'est pourquoi il apparaît ainsi pertinent d'examiner la place du pharmacien officinal dans la prise en charge de cet enjeu de santé publique et d'analyser les modalités selon lesquelles il pourrait contribuer à cette problématique. Nous analyserons dans quelle mesure l'évolution socio-historique de la place des femmes dans la société influence la

prise en charge des victimes de violences conjugales, afin de proposer *in fine* un vademécum des bonnes pratiques officinales.

Partie 1 : Les violences conjugales, un problème de société

Les violences conjugales ne sont pas l'expression extrême d'un conflit mais celle d'inégalités sociales et de genre qui en font un véritable enjeu de santé publique (3). Pour que les pharmaciens accompagnent au mieux les victimes, il faut qu'ils saisissent les spécificités de ces violences, leur enracinement sociétal ainsi que leur traitement légal et historique. Une compréhension globale est la clé d'une prise en charge adaptée et efficace.

1.1 Spécificités des violences conjugales

1.1.1 Définitions

Les violences faites aux femmes sont définies par l'Organisation des Nations Unies comme « tous les actes de violence dirigés contre les femmes, et qui causent ou peuvent causer un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles, psychologiques. Les violences comprennent également la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou privée » (4) et incluent, entre autres, les mutilations génitales féminines, les mariages d'enfants et la violence conjugale.

Cette dernière se définit comme « tout comportement qui, dans le cadre d'une relation intime (partenaire ou ex-partenaire) cause un préjudice d'ordre physique, sexuel ou psychologique, ce qui inclut l'agression physique, les relations sexuelles sous contrainte, la violence psychologique et tout autre acte de domination » (5). Les violences conjugales (VC) ne concernent pas seulement les couples mariés, mais tout couple ou ex-couple ayant, ou non, vécu sous le même toit. Elles prennent différentes formes qui peuvent se cumuler ou exister seules (6,7) :

La violence physique (bousculades, coups de poing ou de pied, gifles, brûlures, griffures, morsures... tout geste violent visant ou non à blesser). C'est le type de violence le plus repérable et souvent situé au niveau de la tête et du cou.

La violence sexuelle (gestes à caractère sexuel exécutés sous la menace, le chantage, la contrainte physique ou psychologique) : souvent la plus difficiles à révéler car teintées d'humiliation ou de honte (8).

La violence psychologique (propos, insultes, menaces, chantage... pour dévaloriser, humilier) : la plus fréquente, vise la perte d'estime de soi avec un dénigrement systématique de la personnalité, des compétences (professionnelles, personnelles, relationnelles) de la victime qui sont méprisées avec l'installation d'un climat de tension progressif.

La violence économique (privation d'autonomie financière, contrôle et/ou privation des ressources du couple, mise en danger des ressources financières ou patrimoniales, modification des codes d'accès aux comptes bancaires, de sécurité sociale, etc.) qui prive la victime de son autonomie.

La violence administrative : confiscation de documents essentiels (carte d'identité, passeport, carte vitale et/ou de mutuelle, livret de famille, diplômes, etc.), lecture du courrier de la victime, de ses mails, des messages de son téléphone, etc.

La violence sociale : instaure une dépendance unilatérale marquée à l'agresseur par une isolation progressive de la victime de son environnement (famille, amis, collègues, connaissances, etc.) notamment par la surveillance voire confiscation du téléphone, ordinateur, voiture, clefs.

Les violences conjugales diffèrent des conflits conjugaux et n'en sont pas une forme particulière. Les conflits sont légaux et normaux dans un couple où la peur de l'autre n'existe pas et où les deux personnes coexistent sur un pied d'égalité. La violence conjugale se base sur un rapport inégalitaire où la domination unilatérale d'un partenaire sur l'autre s'exprime par différentes formes de violences illégales (9). L'expression la plus extrême des violences conjugales est le féminicide, défini comme l'homicide volontaire d'une femme en raison de son genre et est généralement commis par un homme. Le féminicide se différencie donc de l'homicide d'un homme par cette spécificité et par le fait d'être le plus souvent commis par un ancien ou actuel partenaire. On estime d'ailleurs que 35% des féminicides sont commis par un (ex) partenaire. En comparaison, 5% des meurtres d'hommes sont commis par une (ex) partenaire (10).

1.1.2 Cycle et escalade de la violence

Bien que chaque forme de violence puisse exister seule ou se cumuler, les violences conjugales s'articulent généralement autour de plusieurs phases, se répétant à la manière d'un cercle vicieux. C'est le cycle de la violence, théorisé par Leonore Walker en 1979 (11).



Figure 1: Schéma du cycle de la violence (12)

- 1) La phase de lune de miel : au début de la relation, une idéalisation de l'autre s'installe où le bonheur ressenti occulte les défauts et problèmes naissants de la relation. Le « love bombing » ou « bombardement d'amour » désigne la première manipulation psychologique dans les violences conjugales. Ce terme, élaboré par la psychiatre Margaret Singer, désigne une avalanche de démonstrations d'affection (paroles, cadeaux, attentions, promesses, etc.) visant à créer une dépendance forte et immédiate d'une personne à l'autre. Cette phase peut durer de plusieurs jours à plusieurs années (7).
- 2) La phase de tension : elle survient lorsque la relation sort de l'idéalisation. Le partenaire montre des signes d'exaspération, d'agacement, d'impatience face à des situations auparavant tolérées. La victime se retrouve déstabilisée, est sujette au stress voire à l'anxiété et tente, en se soumettant au tempérament changeant de son

partenaire, de retrouver la phase de lune de miel initiale. Cette période peut s'étendre d'heures en mois (7).

- 3) La crise : point culminant du cycle marqué par une explosion de violences. Cette phase est généralement plus brève que les précédentes et diffère par son caractère très intense. L'agresseur se calme ensuite et marque ainsi la fin de cette phase. La victime est bouleversée voire sidérée et souvent envahie par des sentiments de peur, d'humiliation, de colère et/ou de culpabilité (7).
- 4) La phase de justification : l'agresseur minimise ou nie les faits en justifiant ses actes par une inversion de la culpabilité. Il affirme que les violences sont accidentelles, exceptionnelles mais surtout provoquées par la victime. Celle-ci intègre cette version des faits et que l'expression ou l'atténuation de la violence de son partenaire est de sa responsabilité ce qui accentue son sentiment de culpabilité. Elle pense que les violences ne se reproduiront plus si elle change. Cette croyance est confortée par le retour à la phase de lune de miel qui relance le cycle (7).

Le rythme de ce cycle, d'abord lent, tend à s'accélérer au fur et à mesure du temps, déclenché par des événements du quotidien (changement professionnel, grossesse, déménagement, séparation du couple). Les premières violences sont souvent verbales et psychologiques, puis s'intensifient et sont suivies de violences physiques, sexuelles, économiques et sociales (7). La violence devient pérenne à mesure que l'altérité de la victime est bafouée et effacée. La victime est dans le déni du basculement de l'autre de partenaire à auteur d'abus et développe une soumission progressive, nourrie par une inversion de la culpabilité et qui semble justifier les abus (13).

L'alternance des différentes phases et leur caractère cyclique explique en partie pourquoi il faut en moyenne 7 à 8 tentatives avant qu'une victime parvienne à quitter définitivement une relation violente (14). Le cycle de la violence permet aussi de mieux comprendre certains comportements paradoxaux de la victime : des discours incohérents, une volonté de rester ou de revenir auprès de l'agresseur, un ou plusieurs retraits de plainte.

1.1.3 Contrôle coercitif

Les violences conjugales sont un sous-genre des violences sociales. En effet, le contrôle coercitif, mécanisme central des violences conjugales, se nourrit des inégalités de genre et

s'inspire du système sociétal de domination masculine. Les stéréotypes sexistes viennent « justifier le droit auto-octroyé des hommes à subordonner les femmes dans le domaine conjugal, non sanctionné socialement car conforme et confirmatoire des représentations traditionnelles » (3). Le contrôle coercitif s'appuie sur le sexisme (discrimination basée sur le sexe féminin (15)) et la misogynie (hostilité ou mépris envers les femmes (16)) qui ne sont pas traités comme des interdits mais transmis, même inconsciemment, dès le plus jeune âge.

On peut ainsi définir le contrôle coercitif comme un ensemble de comportements, stratégies et actes de contrôles répétés, intentionnels et malveillants (14). Employé majoritairement par des hommes (3), il vise à dominer la victime et la soumettre à sa volonté en employant diverses formes de violences qui l'intimideront, l'humilieront, la puniront dans le but de la priver de sa liberté individuelle. En pratique, c'est l'ensemble des attitudes et gestes contrôlants qui maintiennent la victime dans un état de tension et de soumission. On peut citer à titre d'exemple concret l'isolement progressif d'une victime de son entourage, qui commence par la critique de ses proches, l'insistance à ce qu'elle reste à la maison, la surveillance de ses communications, de ses déplacements et dépenses médiés par la culpabilisation, le chantage voire les menaces. La victime perd petit à petit ses repères et son autonomie, sous le joug du contrôle coercitif qui s'inscrit comme une domination psychologique continue, difficile à repérer d'un point de vue extérieur.

La compréhension de cette conduite change la perspective : ce n'est plus « pourquoi n'est-elle pas partie ? » mais « comment s'y est-il pris pour l'en empêcher ? ». La connaissance de cette stratégie de domination insidieuse permet aux professionnels de santé de mieux détecter et ainsi rompre l'isolement des victimes de violences conjugales (3).

1.2. Des inégalités aux violences

1.2.1 Statistiques des violences faites aux femmes

En 2023, 230 000 victimes de violences sexuelles (recouvrant viols, tentatives de viol et agressions sexuelles) ont été recensées en France. Parmi elles, 85% sont des femmes. Parmi ces femmes, 23% déclarent avoir subi plusieurs viols, et 45% d'entre elles l'ont été dans le

cadre conjugal. Quand la victime de violences conjugales est une femme, 93% des auteurs de ces violences sont des hommes (17).

La même année, 271 000 victimes de violences conjugales ont été recensées en France, soit un taux de 4 victimes pour 1000 habitants. Pour les femmes âgées de 15 à 64 ans, qui représentent 84% des victimes, ce taux s'élève à 10,6 pour 1000 (18).

En ce qui concerne les différentes formes de violences domestiques, 90% des victimes de violences sexuelles sont des femmes, tout comme 76% des victimes de violences psychologiques et 71% des victimes de violences physiques (17).

L'escalade des violences conjugales peut conduire au féminicide. En 2023, 93 femmes ont été tuées par leur (ex-)compagnon (17). En 2024, 140 femmes ont été tuées par leur (ex-)conjoint dont plus de 50% à leur domicile, dans un contexte de séparation et/ou de violences connues, et dont au moins 43 étaient mères. Enfin, les féminicides de 2024 laissent au moins 78 orphelins dont 24 qui ont été témoins du meurtre de leur mère (19).

Pour rendre compte plus largement des violences faites aux femmes, la Mission Interministérielle pour la PROtection des Femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) prend le parti de quantifier les féminicides indirects c'est-à-dire les suicides ou tentatives poussés par le harcèlement d'un conjoint ou ex conjoint. Cette approche ajoute 773 femmes victimes aux 93 victimes de féminicides directs. Ainsi en 2023, 1185 femmes auraient été tuées, auraient tenté de se suicider ou contraintes par le harcèlement subi de se suicider, par un (ex-)conjoint. Cela équivaut alors à 3 femmes victimes par jour (17), tout en sachant que cette estimation n'intègre pas les décès indirects liés aux problèmes de santé découlant de violences conjugales (maladies cardio-vasculaires, dépression, addictions, etc.) (17).

Il ne s'agit pas ici de nier l'existence des hommes victimes de violences conjugales, mais d'éclairer le fait que la très grande majorité des victimes sont des femmes au sein de relations hétérosexuelles. De plus, les violences conjugales subies par les hommes diffèrent de celles vécues par les femmes : elles sont généralement ponctuelles, majoritairement psychologiques (dans 90% des cas), rarement accompagnées d'un sentiment de peur et de crainte pour sa vie. Les violences conjugales perpétrées sur les femmes ont un caractère plus durable, fréquent, grave et pluriel dans leurs expressions, fréquentes et graves (3,20). Avoir une idée de ces statistiques permet aux pharmaciens de mesurer l'ampleur de ce phénomène sociétal et de déconstruire des idées reçues. Cela leur permettra de jouer un rôle

dans le repérage qu'il est souhaitable de rendre plus systématique pour mieux orienter ensuite les patientes. Car en effet, la violence masculine envers les femmes ne résulte pas d'actes isolés perpétrés par des marginaux. Au contraire, elle s'ancre et débute par une culture imprégnée de misogynie et de stéréotypes de genre transmis dès l'enfance. Cela explique pourquoi les « violences faites aux femmes » sont si répandues et touchent tous les milieux sociaux (8,21,22).

1.2. 2 Inégalités systémiques dès le plus jeune âge

Si le sexisme est le terreau fertile des violences conjugales, il est essentiel d'en comprendre les racines. Le Haut Conseil à l'Égalité (HCE), dans son rapport de 2024 (21), désigne trois incubateurs : la famille, l'école et le numérique qui intègrent le sexisme dès la petite enfance et le font perdurer à l'âge adulte. Pourtant, 41% des parents pensent avoir éduqué leurs enfants de sexe opposé de la même manière, tandis que 70% des femmes considèrent avoir été traitées différemment en raison de leur genre au sein de leur famille. Un tel écart s'explique par le fait que, si les figures parentales ne perçoivent pas le sexisme dans leur éducation, celui-ci est pourtant bel et bien présent. On valorise plus chez les petits garçons, de manière consciente ou non, la force, la compétition et la prise d'initiative tout en méprisant chez eux les « attendus » féminins comme la douceur, la docilité et l'empathie. Cette hiérarchie des stéréotypes de genre se perpétue par exemple dans les jouets dont le rôle est d'apprendre aux enfants à analyser leur environnement et se comporter dans ce dernier. Cette hiérarchie des genres se perpétue, par exemple, dans les jouets dont le rôle est d'apprendre aux enfants à analyser leur environnement, et s'y comporter. Les petites filles seront poussées vers le rose, les poupées et les jouets centrés sur l'apparence physique ainsi que les objets de ménage tandis que les garçons se verront proposer des jouets mécaniques et d'extérieur. On constate ainsi l'utilisation d'univers caricaturaux séparés très tôt, qui conditionnent dès l'enfance les stéréotypes de genre (21).

Alors que la société actuelle semble tendre vers plus d'égalité à travers des avancées historiques et sociales, une polarisation idéologique importante se creuse entre les jeunes femmes et les jeunes hommes. Les premières adoptent des positions progressistes tandis que les derniers s'orientent d'avantage vers des idées conservatrices et sexistes (23) . Le masculin est toujours considéré comme plus neutre et le féminin comme une particularité. Alors que 76% des parents pensent avoir offert à leurs enfants de sexe opposés les mêmes

jouets, on constate que 33% des petites filles ont reçu des jouets dits masculins contre 19% des petits garçons ayant reçu des jouets « féminins ». Enfin, les jouets destinés de prime abord aux filles visent à développer des compétences sociales (cuisine, ménage, faire les courses, etc.), encourageant à développer une attitude maternelle dès le plus jeune âge tandis que les jouets destinés aux garçons cherchent à développer leurs compétences techniques et d'analyse. Les enfants apprennent donc très jeunes la ségrégation genrée de la société, où les comportements attendus diffèrent, avec une hiérarchie déjà visible où le masculin est plus valorisé que le féminin (21).

L'édition 2022 du HCE considère, à propos du rôle de l'école dans l'intégration du sexisme que « du primaire au baccalauréat, l'école est le premier lieu de cristallisation du sexisme, de fixation des rôles sociaux et des stéréotypes de sexe » (24). Cela est confirmé dans le rapport 2024 : 96,7% des collégiens punis pour « violence sur autrui » sont des garçons, et 90% de l'espace de la cour de récréation est encore réservé au football, laissant peu de place aux filles et où la domination masculine s'établit déjà (21). On peut également citer les manuels scolaires d'Enseignement Moral et Civique (EMC) dont le but est de donner un socle de valeurs et d'informations républicaines. Les femmes n'y sont représentées de manière majoritaire que dans le domaine des tâches ménagères (22). En effet, les hommes représentent plus de 80% des exemples issus des thématiques telles que le sport, les sciences et savoirs, l'économie, les arts et lettres, etc. Il ne s'agit pas d'une exception : le rapport du HCE 2022 pointe du doigt que, dans les manuels destinés aux classes de cours préparatoires (CP), les femmes représentent moins de 40% des personnages mais plus de 70% de ceux réalisant des tâches ménagères. Au lycée, plus de 95% des textes étudiés en Première sont issus d'auteurs masculins et 97% des biographies de personnes historiques présentés aux classes de Seconde ne concernent que des personnages masculins (24).

En ne proposant pas une représentation égalitaire des modèles, les enfants et adolescents voient des croyances stéréotypées délétères pour les femmes renforcées, qui seront la base et la justification de violences sexistes. En effet, l'école est une microsociété où les enfants passent l'essentiel de leur temps et où il n'est pas seulement question d'apprentissages théoriques : les enfants, adolescents et jeunes adultes y apprennent à vivre en collectivité, mais aussi à se construire en tant qu'individus (22,24).

L'espace numérique amplifie aussi le sexisme : 88% des vidéos destinées aux adultes sur la plateforme YouTube contiennent au moins un stéréotype de genre, prônant des valeurs viriles et un climat de violence, sous couvert d'humour. Dans la catégorie « enfants » de la plateforme, 100% des 100 contenus les plus visionnés transmettent un stéréotype de genre (personnages, décors, rôles et/ou qualités attribués) (21).

De plus, on estime qu'en 2022, plus de 30% des mineurs ont été exposés au moins une fois par mois à des contenus pornographiques (25) sur des sites dont on sait que 90% des contenus présentent des actes non simulés de violences (physique, sexuelle, verbale) envers les femmes (21). On peut trouver parmi les mots-clefs de recherche les plus populaires « surprise », « fantasme familial », « salope », « étranglement », voire « torture ». Cela a des conséquences dramatiques : 45% des hommes ayant visionné un film pornographique pour la première fois avant l'âge de 11 ans estiment qu'une femme disant non à une relation sexuelle exprime en réalité un consentement implicite (21).

Ainsi, le sexisme est socialement transmis et entretenu par de multiples canaux, engendrant non seulement des inégalités, mais constituant aussi les prémices des violences sexistes et sexuelles. C'est ce que l'on appelle le continuum des violences.

1.2.3 Continuum des violences

Ce concept est développé par la sociologue engagée Liz Kelly qui rejette l'idée de hiérarchiser par échelle de gravité les violences sexuelles car elles sont liées par un dénominateur commun : la domination masculine et son appropriation du corps des femmes, qui se manifeste par diverses formes d'abus et de contraintes (26).

Ce lien structurant constitue un élément essentiel à la compréhension des violences, car encore aujourd'hui, les violences masculines sont analysées au prisme d'une perception polarisée. Ce qui est grave est jugé à juste titre comme tel, mais ce qui est habituel est considéré comme inoffensif. Les violences ordinaires sont alors minimisées par la société et « autorisent, permettent et légitiment les autres violences, jugées plus graves. [...] la banalisation de l'outrage sexiste et sexuel dans l'espace public contribue à l'autorisation socio-historique des agressions sexuelles, viols, voire des féminicides » (17). Autrement

dit : “De nombreux viols prolongent tout simplement les échanges hétérosexuels, dans lesquels la demande masculine et la réticence féminine sont ordinaires et formalisées. Bien que le viol soit une forte exagération du pouvoir sexué, il contient les codes et les rituels de la rencontre, de la séduction et de la conquête hétérosexuelles.” (27).

Il est essentiel que les professionnels de santé appréhendent les violences sexuelles et sexistes dans le cadre global du continuum des violences. La prise en charge des victimes de violences conjugales doit se faire avant l’arrivée de faits « graves » mettant la vie de la patiente en danger. Le principe de continuum favorise le dépistage et l’attention particulière à des formes de violences banalisées et moins visibles que les violences physiques (violence verbale, administrative, psychologique).

1.3. Mise au point légale et historique

1.3.1 Parcours de plainte

Lorsqu’une femme évoque des violences sexuelles et/ou conjugales subies, le premier réflexe est souvent de lui conseiller de porter plainte.

Toutefois il est essentiel que les pharmaciens, au même titre que l’ensemble des professionnels de santé, comprennent les nombreuses difficultés du parcours judiciaire, malgré les progrès législatifs des dernières décennies.

Me Filippis-Abate, avocate engagée pour le droit des femmes, explique que la réalité de ce parcours n’est pas à la hauteur des avancées acquises car le sexisme ancré dans la société est tout aussi enraciné dans les Institutions de l’État (22).

Selon le rapport du Haut Conseil à l’égalité (HCE) de 2022, soit cinq ans après MeToo, si la parole des victimes s’est libérée, l’écoute et les sanctions n’ont pas suivi (28). Le nombre de plaintes augmente mais le taux de condamnations reste extrêmement faible, aux alentours des 1%, en sachant que seules 10% des victimes de viol portent plainte. Parmi ces plaintes, les chances d’obtenir justice sont réduites notamment en raison de la

requalification des viols (crime) en agression sexuelle (délit), entraînant alors une baisse de 40% des condamnations. Pour le HCE, ces chiffres alarmants s'expliquent par « un manque criant de moyens, de formation et de compréhension des mécanismes de violence chez les professionnel.les chargé.es de les recueillir, les instruire, et les condamner » menant les femmes à « céder au découragement et à la colère » (28).

Le dépôt de plainte implique pour la victime de répéter le motif de sa venue à plusieurs reprises avant d'être entendue dans le cadre d'une audition libre, où il lui est demandé de revenir en détail sur les faits. Bien que le refus de prendre une plainte soit illégal (29), il a pourtant lieu et a des conséquences dramatiques. En 2017, une femme a dû se rendre à trois reprises dans différents commissariats pour qu'on accepte enfin de prendre sa plainte pour violences conjugales, malgré la potentielle dangerosité de sa situation (30). En 2022, une autre femme est retrouvée grièvement blessée dans le hall de son immeuble, deux heures après que le policier l'ait invité « à repasser le lendemain » pour déposer plainte pour violences conjugales (31).

L'audition est souvent marquée par un « festival de sexisme ordinaire » selon l'avocate spécialiste Me Filippis-Abbate (22). Les forces de l'ordre doivent accueillir la parole sans jugement, pourtant de nombreux témoignages appuient l'hypothèse d'une réalité bien différente. La journaliste Emma Bougerol relate le témoignage d'une jeune femme ayant voulu déposer plainte en janvier 2021 à la suite d'un viol survenu lors d'une soirée à Paris (32). Après avoir été contrainte à déposer une main-courante sous le prétexte qu'il s'agit de « la procédure classique pour les viols à Paris », elle recevra chez elle un document officiel de la Direction Régionale de la Police Judiciaire intitulé « procès-verbal » contenant une série de questions aux formulations problématiques. « De quelle façon décririez-vous votre comportement vis-à-vis des hommes ? Parlez-nous de votre vie sentimentale ? Parlez-nous de votre sexualité ? ». Ce document émanant de la police témoigne d'un manque de pédagogie institutionnalisé et de la ténacité de préjugés sexistes. Il est parfois nécessaire, dans le cadre d'une enquête, de préciser des éléments comme la tenue vestimentaire de la victime (identification sur une vidéo de surveillance, vérification de témoignages...). Cependant, de nombreuses femmes sont confrontées à des interrogatoires culpabilisants, où elles doivent prouver leur bonne foi (22).

Pourtant, un audit commandé par Marlène Schiappa en 2021, alors qu'elle est ministre déléguée du ministre de l'Intérieur, constate que plus de 90% des 2000 femmes interrogées

sont satisfaites de l'accueil reçu en gendarmerie et commissariat de police (33). Cette enquête est toutefois réalisée par l'IGPN (Inspection Générale de la Police Nationale) et présente des biais méthodologiques : aucune des femmes interrogées ne s'est vu refuser sa plainte, ce qui interroge la neutralité de l'enquête. À l'inverse, une enquête de 2018 menée par la Fédération Nationale Solidarité Femmes montre que plus de 76% des associations de son réseau ont signalé des cas de refus de dépôt de plainte, principalement pour les motifs suivants : contestation de la qualification des faits, absence de présentation de certificat médical, d'ITT ou de preuves. Ces éléments ne sont pas requis légalement lors d'un dépôt initial. En 2021, les conclusions de l'enquête « Prends ma plainte » portée par le collectif militant NousToutes corroborent ces résultats : sur 3500 témoignages, 66% des répondantes déplorent une mauvaise prise en charge par les forces de l'ordre lorsqu'elles ont voulu porter plainte pour des violences sexuelles, sexistes et/ou conjugales (34,35). En 2022, l'Inspection générale de la gendarmerie nationale et l'Inspection générale de la police nationale publient pour la première fois un audit sur l'accueil des victimes de violences conjugales dont les chiffres se rapprochent de ceux de Marlène Schiappa : au moins 80% des victimes sont satisfaites des services des forces de l'ordre (aucune difficulté à porter plainte, environnement d'accueil satisfaisant...). Il est toutefois intéressant de noter que les conclusions de l'audit proposent des pistes d'amélioration équivalentes à celles demandées par les associations, comme une formation spécifique du personnel. La réalisation même de cet audit témoigne d'une considération grandissante et d'une volonté d'amélioration des services proposés par les forces de l'ordre (36).

Il est fondamental de rappeler que porter plainte est un droit, non une obligation. De nombreuses victimes renoncent à ce droit par crainte de la violence du processus, du risque statistiquement majoritaire de ne pas obtenir justice (99% des plaintes n'aboutissent pas à une condamnation), ou du risque de subir de nouveaux traumatismes lors de ce parcours.

En raison des mécanismes des psychotraumatismes (qui seront détaillés en seconde partie), la démarche d'aller porter plainte peut être très longue et difficile. La victime peut mettre un temps très long pour se reconnaître dans ce statut, parfois en atteignant le délai de prescription. Selon Maître Filippis-Abate, la plainte la « plus efficace » reste celle déposée le plus rapidement possible après une agression car la méconnaissance de la psychopathologie et des conséquences sur les victimes par les acteurs judiciaires les conduit à considérer la plainte comme de « bonne foi » lorsqu'elle est déposée rapidement après les faits (22).

Le pharmacien peut jouer un rôle intéressant en communiquant des informations basiques aux patientes à propos de leurs droits, des différentes étapes du processus de plainte, notamment le droit à être accompagnée d'un(e) avocat(e) dès le dépôt dont le rôle est alors de garantir le bon déroulement de l'audition et intervenir pour y veiller. Il est possible de demander en amont une « convention d'honoraires » pour connaître les modalités de prestation. L'aide juridictionnelle (prise en charge partielle ou totale par l'État des frais d'avocat) existe mais elle dépend des revenus ou de la nature de l'infraction (pour le viol elle est systématique). Elle n'est toutefois pas applicable immédiatement lors du dépôt et certains frais restent à la charge de la plaignante.

À la suite du dépôt, une enquête préliminaire peut être ouverte : elle comprend théoriquement des auditions, des interrogatoires, des perquisitions et des expertises. Le procureur de la République décide ensuite de l'orientation de l'affaire. De manière générale il tranchera entre le classement sans suite ou le jugement de l'affaire par le tribunal adéquat (correctionnel, de police ou cour d'assises) (37). Dans l'immense majorité des cas de violences sexuelles et conjugales, les affaires sont classées sans suite : le suspect n'est pas poursuivi, ce qui n'équivaut pas pour autant à être innocenté.

La victime peut se constituer partie civile à partir d'un délai de trois mois à la suite du dépôt, ce qui lui permet de suivre l'avancée de l'affaire. Ce délai n'est pas requis en cas de viol car il est caractérisé juridiquement comme un crime. Il existe ainsi des nuances entre la plainte simple et la plainte avec constitution de partie civile que Me Simmonet, avocat au Barreau de Paris explique (38) :

La plainte simple ne garantit pas que le procureur de la République engage des poursuites, tandis que la constitution de partie civile oblige l'ouverture d'une information judiciaire par saisie directe du juge d'instruction. Celui-ci décide de rejeter ou non la plainte (prescription, irrecevabilité...) ou de désigner un autre juge d'instruction plus compétent.

La constitution de partie civile peut être envisagée : pour un crime, à la suite d'une plainte simple classée sans suite, ou en l'absence de réponse du procureur à la suite d'une plainte simple. La demande doit être adressée par courrier au doyen des juges d'instruction, en joignant les copies du dépôt (établi au commissariat) ou l'accusé de réception si la plainte a été faite par courrier au procureur. Si l'enquête est refusée, un appel peut être fait auprès de la chambre de l'Instruction. Si l'affaire a été classée précédemment, la victime peut

demander une copie dudit dossier auprès du service de copie de greffe pour pouvoir se constituer partie civile.

La plainte avec constitution de partie civile est plus efficace que la plainte simple car elle oblige le juge d'instruction à se prononcer, mais elle est plus complexe et plus longue nécessitant souvent l'accompagnement par un(e) avocat(e). Elle est particulièrement indiquée pour les victimes souhaitant obtenir réparation du préjudice subi, tandis que la plainte simple est plutôt utilisée dans une logique de signalement des faits à la justice.

Le classement sans suite doit être justifié par un motif précis, le plus fréquemment invoqué dans les affaires de violences sexuelles et/ou conjugales étant le motif n°21. Il indique que l'infraction est « insuffisamment caractérisée », c'est-à-dire que les éléments réunis ne permettent pas d'établir la culpabilité du mis en cause. Selon une étude de l'Institut des Politiques Publiques (39) menée entre 2012 et 2021, plus de 94% des plaintes pour viol sont classées sans suite, principalement en raison du motif n°21.

L'avocate Me Filippis-Abate critique (22) ces classements, soulignant que des investigations cruciales ne sont pas réalisées en amont : auditions des parties, exploitation approfondie de la mémoire des témoins, etc. Une dépêche interministérielle parue le 31 mai 2021 entre les ministères de la Justice et de l'Intérieur (40) invite les procureurs à « prendre des mesures propres à la résorption des procédures » notamment en classant des affaires anciennes ou celles n'ayant pas encore donné lieu à une enquête.

Il convient de noter que ni la police ni la gendarmerie n'ont l'obligation d'informer les plaignants sur l'avancée des investigations dans le cadre d'une enquête. De plus, dans les cas de violences sexuelles et/ou conjugales, aucun protocole systématique n'a été mis en place pour guider l'enquête préliminaire, rendant les justifications du motif 21 d'autant plus opaques et arbitraires.

L'enquête inclut des auditions qui peuvent être menées librement ou lors d'une garde-à-vue. Les deux parties ont le droit à l'assistance d'un(e) avocat(e). En cas de versions divergentes, une confrontation peut être proposée mais elle n'est pas obligatoire. En revanche, le refus de cette confrontation peut accélérer un classement sans suite.

L'avocate Filippis-Abate souligne que les deux parties sont souvent placées côte à côte bien que l'agresseur présumé ne soit pas censé s'adresser directement à la victime. La confrontation consiste à répéter sa version des faits et répondre aux questions des

enquêteurs, ce qui place la victime dans une situation de vulnérabilité émotionnelle sans prise en compte des dynamiques propres aux violences conjugales, comme la coercition ou la culpabilisation. Selon le Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles (CIDFF), cet échange déterminant pour la suite de l'affaire dépend de la « stabilité et l'assurance » de la victime face à son agresseur, des éléments souvent altérés précisément par cette mise en situation (22). L'avocate ajoute que cette étape est de nouveau trop souvent marquée par des questions intrusives et culpabilisantes, illustrant de nouveau le manque flagrant de formation des acteurs judiciaires sur les violences sexistes et sexuelles. Enfin, aucune procédure n'existe pour empêcher les deux parties de se croiser à l'issue de la confrontation, à moins que l'agresseur présumé ne soit placé en garde-à-vue. Cela constitue un obstacle supplémentaire pour la victime dans son processus judiciaire.

L'enquête inclue également une expertise médicale se déroulant en unité médicojudiciaire (UMJ), visant à recueillir des preuves d'agression physique et à évaluer l'impact psychologique sur la victime. C'est en UMJ qu'on détermine l'ITT (incapacité totale de travail) en fonction des lésions physiques (coups, bleus, recueil de fluides biologiques...) et/ou psychiques (état de stress post-traumatique, dépression, anxiété, etc.). Cette expertise est déterminante pour l'évaluation des dommages subis et représente une première forme de reconnaissance judiciaire de l'agression. L'avocate (22) signale des failles dans cette procédure : les évaluations physique et psychologique sont souvent réalisées à des moments distincts, nécessitant deux rendez-vous successifs avec des spécialistes. Ce délai peut aggraver l'état de santé de la plaignante, en particulier lorsque l'évaluation psychologique a lieu ultérieurement à la consultation médicale. L'avocate souligne le manque de moyens des UMJ, engendrant des délais d'attente important et une prise en charge parcellaire, constituant une épreuve supplémentaire dans le parcours de la victime.

Enfin, des enquêtes d'environnement peuvent être menées et consistent à interroger les proches de la victime ou de l'agresseur présumé. Il est courant de demander aux deux parties une liste de témoins ou d'en désigner d'office.

Pour les pharmaciens, connaître les bases du parcours judiciaire et les difficultés spécifiques auxquelles les femmes victimes de violences conjugales sont confrontées est pertinent pour offrir un accueil bienveillant et une meilleure écoute à l'officine.

1.3.2 Héritage historique d'une justice sexiste

La justice française porte un lourd héritage de la subordination sociétale et judiciaire des femmes. Les acteurs du système judiciaire, issus de la société civile, sont aussi influencés par des biais sexistes plus ou moins conscients qui impactent leur manière de rendre la justice (22). Malgré une féminisation chiffrée de l'appareil judiciaire, l'Institution reste marquée par des biais cognitifs et structurels où la neutralité nécessaire du droit n'est donc qu'illusoire. Magali Fourcade, magistrate, préconise urgemment de former les magistrats et d'exercer la Justice en regard des sciences humaines et sociales : pour que la Justice soit juste et « réaliste », elle doit s'émanciper de biais de genre, racistes et classistes pour se tourner vers une réelle égalité (41). Pour mieux comprendre pourquoi ces biais pénalisent les victimes, il faut examiner l'héritage culturel qui découle de notre passé historique.

Avant d'être un État laïque, les préceptes religieux chrétiens imprégnaient le droit et justifiaient l'infériorité des femmes. Saint Thomas d'Aquin, figure d'autorité du XIII^e siècle, justifiait l'infériorité judiciaire des femmes par une supériorité intellectuelle et morale des hommes en s'appuyant sur la morale divine (42).

Au Moyen Âge, les femmes ne pouvaient pas porter plainte sans l'accord de leur mari et ne pouvaient pas obtenir un statut juridique de victime à l'égard de violences à leur rencontre. En effet, la justice de l'époque pouvait légitimer les violences conjugales voire le meurtre de l'épouse par son mari en cas, par exemple, de désobéissance, d'infraction à des valeurs morales ou d'adultère (22,43). La justice punissait alors les comportements féminins jugés comme immoraux, introduisant l'idée de « bonne » ou « mauvaise » victime en fonction d'une attitude féminine respectable attendue (44).

Au XVI^e siècle, des figures intellectuelles éminentes comme Jean Baudin affirmaient que cette hiérarchie des genres était naturelle car ordonnée par Dieu. La sphère judiciaire et juridique reflétait ce courant de pensée par une évidence religieuse difficilement contestable (45).

L'État s'affranchit de la loi divine en devenant laïc avec la fin de la monarchie en 1789, mais les femmes demeurent exclues de l'amélioration des droits des citoyens : la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen les exclut totalement de ce statut.

Le Code civil de 1804 les écarte de nombreux droits civiques : La domination religieuse devient laïque et se prétend rationnelle. L'ouvrage entérine l'obéissance que doit la femme à son mari, fait d'elle une éternelle mineure et exonère toujours le mari de poursuites en cas de meurtre au motif d'un éventuel adultère (46).

A la fin du XIXème siècle - début du XXème, les femmes sont toujours présentées comme inférieures aux hommes sur les plans émotionnel, moral et intellectuel. Jusqu'en 1938, elles doivent demander l'autorisation de leur mari pour agir en justice (47).

Ce n'est qu'en 1975 qu'un meurtre commis par l'homme sur son épouse adultère cesse d'être excusé par la loi. Jusqu'ici, le mari pouvait tuer son épouse adultère sans subir de procédure judiciaire, tandis qu'elle, devait répondre de ses actes devant la justice si elle commettait l'inverse (22).

Il faut attendre 1990 pour que soit reconnu le viol conjugal, c'est-à-dire entre époux. La réforme du code pénal du 22 juillet 1992 qualifie les violences envers une femme dans un couple marié comme circonstance aggravante (48). Cette notion sera étendue au pacte civil de solidarité (PACS), au concubinage et même à un ancien partenaire dans la loi du 4 avril 2006.

Au XXe siècle, les luttes féministes permettent des avancées importantes en matière de droit des femmes : En 1944 droit de vote est acquis ; en 1965, les femmes obtiennent le droit de travailler et d'ouvrir un compte en banque sans l'autorisation du mari ; en 1975 l'avortement est légalisé ; et ce n'est qu'en 2005 que les femmes obtiennent le droit de transmettre leur nom à leurs enfants. Bien que la justice contemporaine corrige petit à petit des siècles de misogynie légale, elle demeure marquée par le sexisme ordinaire.

L'année 2017 est marquée une étape majeure dans la libération de la parole des femmes. L'affaire Weinstein est à l'origine de la création du mouvement #MeToo qui se propage au niveau international via les réseaux sociaux. Depuis, la parole se libère sur les tabous des violences faites aux femmes, les plaintes augmentent, tout comme la couverture médiatique de ces problématiques. Pour les associations spécialisées et les mouvements féministes, il

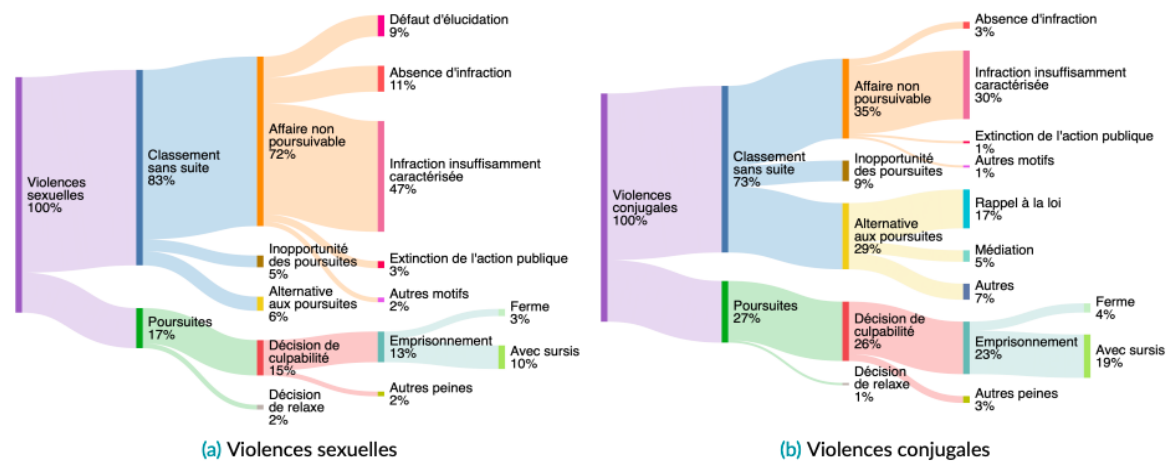
est aujourd'hui d'insister sur l'écoute et le fait de croire les témoignages qui affluent, en travaillant sur le sexisme ordinaire encore profondément ancré dans la société.

Pour les pharmaciens, avoir conscience de ce passé sexiste est important car il explique, en partie, les mécanismes de culpabilisation et de minimisation des violences que subissent encore les femmes aujourd'hui en raison de leur genre. En ayant conscience, ils peuvent travailler de manière pro-active leur posture pour qu'elle soit bienveillante, moins dans le jugement, pour mieux accueillir la parole des patientes à l'officine.

1.3.3 Victimisation secondaire

« Depuis que je suis arrivée dans cette salle d'audience, je me sens humiliée. On me traite d'alcoolique, que je me mette dans un état d'ébriété tel que je suis complice de M. Pélicot. C'est tellement humiliant et dégradant d'entendre cela. ». Le procès opposant Gisèle Pélicot à son époux et une cinquantaine d'hommes, accusés de viol aggravé dans un contexte de soumission chimique médicamenteuse, a démarré au dernier trimestre 2024. La défense de Mme Pélicot dispose d'environ 20 000 vidéos et photos documentant les faits, voire d'aveux de certains accusés. Alors qu'elle dispose de plus de preuves que la plupart des plaignantes dans des affaires de violences sexistes, sexuelles ou conjugales n'en auront jamais, elle dénonce à plusieurs reprises la violence de la procédure pénale où elle déclare être présumée menteuse (49).

Les violences sexuelles sont qualifiées dans le droit français et international comme des délits et crimes, soit les infractions les plus graves. Pourtant, les auteurs bénéficient de la plus grande impunité tandis que les victimes de ces infractions sont celles qui obtiennent non seulement le moins de reconnaissance juridique, mais sont aussi les plus maltraitées lors des procédures judiciaires (8,22). Seulement 20% des femmes subissant des violences conjugales et 10% des femmes violées intentent une action en justice (8,17). Parmi celles qui ne le font pas, plus d'un tiers l'expliquent par un manque de confiance voire une méfiance envers les procédures (17). Ces arguments peuvent notamment s'expliquer par le traitement judiciaire des plaintes dans le domaine des violences faites aux femmes.



Source : Fichier statistique Cassiopée, calculs réalisés par l'auteur.

Champ : Affaires de violences sexuelles ou conjugales traitées par les parquets, classées sans suite ou terminées en première instance au tribunal correctionnel ou en juridiction pour mineurs entre 2012 et 2019, hors non-lieux et cours d'assises/cours criminelles. Ces affaires sont identifiées par leur nature d'affaire principale (NATAFF) à leur arrivée à la justice (qui peut être différente de la dernière qualification de l'affaire au moment du jugement).

Lecture : 83 % des affaires de violences sexuelles (identifiées par leur NATAFF à leur arrivée à la justice) terminées entre 2012 et 2019 ont donné lieu à un classement sans suite, et 72 % de toutes ces affaires ont été classées sans suite car jugées non poursuivables. L'auteur a été poursuivi dans 17 % des affaires et reconnu coupable dans 15 % des cas, avec une condamnation à une peine d'emprisonnement dans 13 % de toutes les affaires de violences sexuelles.

Figure 2 : Devenir des affaires de violences sexuelles et conjugales lors de la procédure pénale (50)

Parmi les affaires traitées entre 2012 et 2019, la part des classements sans suite est écrasante : elle représente 83% des affaires de violences sexuelles et 73% des affaires de violences conjugales. Le verdict de culpabilité ne représente respectivement que 15% et 23% des affaires de violences sexuelles et conjugales et la prison ferme 3% et 4% (50). Ainsi, conseiller aux femmes de porter plainte en invoquant souvent une notion de « devoir » n'est pas une solution en soi car elles peinent non seulement à obtenir justice mais subissent souvent ce que l'on appelle de la « victimisation secondaire ».

Engager une procédure judiciaire peut ajouter des traumatismes secondaires au(x) premier(s) pour le(s)quel(s) on porte plainte. Les victimes revivent leurs souffrances et expériences traumatiques au cours des différentes étapes judiciaires, où les différents intervenants ne sont majoritairement pas formés à la victimologie et à la prise en charge spécifique requise. Elles doivent faire face aux stéréotypes sexistes à chaque étape judiciaire (8,22,51). 70% des victimes ne se sentent pas reconnues par les forces de l'ordre, 82% vivent mal le dépôt de plainte, 89% le procès et 81% des victimes estiment que la justice n'a pas joué son rôle. Enfin, on estime que les victimes ne se sentant pas reconnues comme telles par la justice ont plus tendance à se suicider que la moyenne des autres victimes interrogées (8,52).

En décembre 2024, une étude menée par le syndicat de la Magistrature révèle qu'un climat de violence sexiste règne au sein de la profession, tant dirigé contre les magistrates qu'à l'égard des plaignantes où on retrouve le même éventail de violences que dans la société civile : de la remarque sexiste, au harcèlement sexuel jusqu'à l'agression (53).

Il est important que les pharmaciens comprennent que le système judiciaire est aussi touché par le sexisme. Cette notion de victimisation secondaire explique pourquoi les victimes sont méfiantes vis-à-vis de la capacité du système judiciaire à leur fournir réparation. Les difficultés supplémentaires qui s'ajoutent peuvent avoir des conséquences potentiellement graves sur leur santé mentale et physique. Comprendre ce phénomène est essentiel mieux accueillir les patientes et assurer un environnement où elles se sentent écoutées et comprises.

1.3.4 Perspectives sociétales et judiciaires

Afin de lutter contre le sexisme, le HCE préconise les grandes lignes suivantes : aborder la question dès le plus jeune âge, tant dans la sphère publique que privée. Une prise de conscience collective est nécessaire quant à la diffusion, même involontaire, de stéréotypes à l'origine du sexisme. Il faut éduquer à l'égalité en s'adaptant aux tranches d'âge, réguler les contenus numériques et sanctionner le sexisme sous toutes ses formes, du délit au crime sexiste (21).

L'école n'est pas seulement vectrice de connaissances mais aussi de rapports sociaux, en participant à la construction des identités de genre. Il faut y intégrer activement des valeurs d'égalité afin de réformer les comportements. En effet, le sexisme est une construction sociale, c'est-à-dire un comportement créé, institutionnalisé puis transformé en tradition (21,22). Seules 10% des connexions cérébrales existent à la naissance, le reste se développe en grandissant grâce à la plasticité cérébrale c'est-à-dire la création et la modulation de chemins neuronaux. Donc, si le sexisme est infusé et transmis dès la petite enfance il est non seulement possible mais essentiel de lutter contre par l'apprentissage (54).

Repenser le traitement judiciaire c'est aussi repenser la manière dont l'égalité est apprise aux futurs citoyens donc aux futurs magistrats, avocats, membres des forces de l'ordre (22). Il est également recommandé d'avoir une réelle représentation transversale des femmes dans divers secteurs, notamment ceux dits de prestige et d'élite au sein des manuels

scolaires. Enfin, la loi prévoit depuis 2001 trois séances d'éducation à la sexualité du collège à la terminale qui doivent aborder les thèmes suivants : vision égalitaire des relations femmes-hommes, le respect dû au corps humain, sensibilisation aux violences sexistes ou sexuelles et aux mutilations sexuelles féminines (55). En juillet 2021, un rapport adressé au ministre de l'Éducation dénonce que seulement 15% des élèves en bénéficient réellement (56).

Pour l'avocate spécialiste Me Filippis-Abate, il est urgent de réformer le système judiciaire (22). Estimant que 80% des victimes de viol souffrent de syndrome de stress post-traumatique (52), il est nécessaire de mieux prendre en compte les psychotraumatismes liés aux violences pour un meilleur traitement médico-judiciaire des plaignantes.

Il serait également nécessaire de définir des critères d'enquête obligatoires à mettre en œuvre sans lesquels un procureur ne pourrait clore une affaire. Plusieurs pays ont aussi créé des juridictions spécialisées c'est-à-dire des tribunaux spécifiques dédiés à un type d'affaires. Les magistrats en charge sont spécialement formés et donc considérés comme experts (22). En Espagne, en 2019, le taux de condamnations de ces juridictions spécialisées était de 90%. Entre 2003 et 2019, ce pays a observé une baisse de plus de 25% des féminicides : pendant ce laps de temps, des juridictions spécialisées dans les violences faites aux femmes ont été créées et le budget alloué à la lutte contre les violences faites aux femmes largement revu à la hausse. La création de telles juridictions (existant déjà en France dans le cadre de la lutte contre la délinquance financière complexe) montrerait non seulement une volonté de mettre fin à l'impunité judiciaire mais obligerait une formation spécifique des acteurs médico-judiciaires (22).

1.4 Enjeux sociétaux des violences masculines

1.4.1 Qui sont les auteurs d'abus ?

Pour lutter efficacement contre les violences conjugales, il est essentiel de saisir que les relations amoureuses hétérosexuelles ne sont pas exemptes des discriminations sexistes, qu'elles soient conscientes ou non, évoquées précédemment. Ainsi les violences conjugales ne doivent pas être considérées comme des événements isolés mais comme des phénomènes inscrits dans un contexte sociologique plus large.

La militante féministe et autrice Rose Lamy l'explique dans sa « théorie des monstres » (57) : il est encore courant aujourd'hui d'opposer les « bons pères de famille » aux « monstres ». Les premiers sont des hommes socialement intégrés pour qui un acte de violence domestique sera perçu comme une exception, une « erreur de parcours » en opposition à un respect habituel des femmes. Les « monstres », quant à eux, seraient des individus marginaux, souvent issus de milieux défavorisés chez qui la violence est perçue comme gratuite et aléatoire contre des victimes objectivement innocentes. Les violences sont alors réduites à de simples faits divers, contre lesquels il est donc difficile de lutter car elles sont vidées de leur dimension systémique. La société adhère volontiers à cette théorie car elle constitue un moyen de protection : elle maintient un statu quo de bonne entente entre les genres, en occultant le fait qu'une femme est statistiquement plus exposée à des violences de la part de son (ex-)partenaire qu'à celles d'un inconnu dans l'espace public (57). Pour l'autrice, il est donc essentiel de déconstruire cette image du « monstre » pour lutter plus efficacement contre les violences conjugales.

Pour les femmes victimes, ce n'est pas tant leur position dans l'échelle sociale que leur rapport à l'emploi qui est déterminant : elles sont davantage exposées aux violences lorsque qu'elles sont inactives, au chômage ou à la retraite, que lorsqu'elles disposent d'un emploi, synonyme d'une certaine autonomie. De plus, si tous les milieux sociaux sont concernés, ils ne le sont généralement pas de la même manière (58):

- Dans les milieux plus défavorisés, la virilité s'exprime en toute-puissance dans le foyer familial en contraste avec une marginalité sociale. À cela s'ajoute l'héritage patriarcal très marqué où la masculinité se définit par la subordination conjugale de la femme.
- Dans les milieux plus favorisés, la virilité s'exprime davantage dans un rapport contrarié au contrôle, générant des violences conjugales face à une partenaire souvent plus libre, tant sur le plan financier, affectif que culturel.

Selon la psychiatre spécialisée dans les violences Muriel Salmona, même si la violence est compulsive, elle demeure intentionnelle dans le cadre d'une volonté de pouvoir et de domination sur la partenaire, même si l'agresseur n'a pas toujours l'intention de causer des dommages. Elle distingue deux types d'auteurs d'abus (8):

L'agresseur occasionnel, qui, dépassé dans ses capacités d'autorégulation, passe à l'acte. Lors d'un retour au calme, il peut ressentir de la culpabilité, chercher de l'aide et des soins pour (tenter de) ne pas repasser à l'acte.

L'agresseur « habituel », qui se perçoit comme supérieur, entretient une addiction aux violences pour anesthésier ses émotions, parfois liées à des violences antérieures. Il ne se remet pas en question et n'éprouve pas de compassion pour ses victimes.

La dissociation et l'anesthésie émotionnelles vécues par l'agresseur expliquent en partie la dualité entre son image sociale et ses actes violents. L'anesthésie émotionnelle facilite les agressions (physiques, psychologiques, verbales, sexuelles...) car elle diminue voire supprime la culpabilité et l'empathie qui pourraient les limiter ou les faire cesser. La dissociation émotionnelle engendre une mise à distance de ses propres actes, facilitant la coexistence d'une personne insérée socialement mais à la fois très violente dans l'intimité d'un ménage (8).

D'autres études concluent qu'il n'existe pas en l'état actuel de la science, de profil psychopathologique unique de l'agresseur en matière de violences conjugales bien que certaines caractéristiques psychologiques aient été retrouvées, comme l'alexithymie (13). Celle-ci se définit comme un trouble de l'analyse et de l'expression des émotions avec une « une inhabilité à pouvoir faire des connexions entre les émotions et les idées, les pensées, les fantasmes, qui en général les accompagnent et serait un point clef du passage à l'acte dans la violence » (59).

Bien que les violences existent dans tous les milieux socio-culturels, certains facteurs de risque sont identifiés, parmi lesquels : l'exposition à la violence dans l'enfance (chez les auteurs et les victimes), la consommation de drogues (chez les auteurs et les victimes), un faible niveau d'éducation (chez les auteurs et les victimes), des normes sociales valorisant l'homme ou lui attribuant un statut supérieur à celui de la femme, un faible accès des femmes à un emploi rémunéré, des inégalités de genre (lois discriminatoires etc.), des comportements dominateurs des hommes envers leur partenaire, ainsi que des conflits conjugaux et une insatisfaction au sein du couple (5) .

1.4.2 La culture du viol

Le continuum des violences désigne le fil conducteur entre la banalisation des violences sexistes quotidiennes (comme l'outrage sexiste maquillé en blague graveleuse) et la passivité consensuelle face aux actes les plus violents. Cette dynamique est notamment alimentée par un environnement social encore profondément ancré dans la société : la culture du viol. Elle peut être définie comme un « ensemble d'éléments, d'idées, d'images, d'écrits, de langages, de stéréotypes qui banalisent les violences sexuelles et qui font qu'on va les tolérer lorsque l'on va y être confronté » (60).

« Boys will be boys » (que l'on peut traduire par « les garçons resteront des garçons » sous-entendant que l'on ne peut pas changer les comportements masculins problématiques à l'égard des femmes), « Les hommes ont des besoins », « Comment était-elle habillée ? », « Elle avait bu », « Elle l'a bien cherché » ... Ces idées issues de la culture du viol et que tout un chacun a déjà entendues, lues ou dites, valident non seulement l'existence et la perpétuation des violences sexuelles à l'encontre des femmes mais plus largement celles exercées par les hommes contre les femmes. La culture du viol véhicule des représentations, jamais étayées scientifiquement, d'une masculinité intrinsèquement définie par la violence, la domination voire des comportements *animalesques* échappant à tout contrôle. Elle promeut également la vision de la féminité comme naturellement douce, soumise et passive (61).

La culture du viol nourrit alors l'impunité des auteurs d'abus, participe à la décrédibilisation de la parole des victimes et freine leur prise en charge. Les pharmaciens et autres professionnels de santé doivent être sensibilisés à cette problématique sociétale. Cela leur permettra : d'accueillir plus justement la parole des victimes, repérer les mécanismes de domination et de culpabilisation dans le discours d'un agresseur présumé ou dans l'auto-perception des victimes, contribuer à rompre l'omerta et lutter contre la stigmatisation et enfin mieux repérer et détecter les violences souvent peu visibles, afin d'augmenter les chances d'entrée des victimes dans un parcours de soin pluridisciplinaire.

1.4.3 Conséquences économiques des violences conjugales

Les violences conjugales sont plurielles et portent atteinte à la qualité de vie des victimes. La détérioration de leur santé bio-psycho-sociale a des répercussions à la fois personnelles et sociétales. On estime que les violences conjugales coûtent chaque année à la société française 3,6 milliards d'euros, soit environ 40 euros par personne (62). Ces chiffres englobent à la fois les coûts du système de soins (hospitalisation, urgences, soins de médecine générale et psychiatrie, médicaments...), les coûts judiciaires, les coûts des conséquences sociales indirectes (hébergement d'urgence, allocation parent isolé, arrêts de travail...) ainsi que les pertes de production (arrêt de travail, blessures, préjudices...) (63). La violence au sein du couple représente donc un enjeu économique révélateur de son ancrage profond dans la société (5).

Les violences conjugales sont donc un phénomène structurel dont les racines puisent dans le sexisme et des stéréotypes inculqués dès la petite enfance, perpétués à l'âge adulte notamment à travers la culture du viol. Les femmes victimes en subissent les conséquences non seulement au travers d'un parcours médicojudiciaire souvent vécu comme une double peine, mais la société est aussi impactée économiquement ce qui révèle leur étendue et les conséquences graves sur la santé des victimes. Les violences conjugales doivent donc être envisagées comme une question de santé publique. En effet, les violences conjugales engendrent des problèmes de santé multiples et durables nécessitant une prise en charge adaptée. Le pharmacien, formé correctement, pourrait jouer un rôle déterminant dans la détection et l'amorçage de leur prise en charge.

Partie 2 : Les violences conjugales, un problème de santé

2.1 Physiopathologie du traumatisme

2.1.1 Physiologie du stress

Le stress se définit comme « une réponse adaptative de l'organisme exposé à un événement intrinsèque ou extrinsèque considéré comme un danger se traduisant par des réponses neurobiologiques, physiologiques afin de se défendre. » (8). Pour déclencher ces réponses, le cerveau produit une émotion d'alerte : la peur, utilisée pour conserver l'intégrité physique et/ou psychique de l'organisme. (64)

L'activation de la réponse biologique stress suit plusieurs étapes (65) :

La phase d'alarme : mobilisation de toutes les ressources de l'organisme pour faire face au danger.

La phase de résistance : l'organisme adapte la réponse initiale pour la rendre plus stable et durable, dans l'attente de la mise en place de mécanismes spécifiques pour la réduction de l'agression ou la survie.

La phase de récupération : intervient lors de la disparition de l'élément stressant. Cependant, si celui-ci persiste, l'organisme peut être dit « dépassé » et ne plus être en mesure de maintenir un niveau de stress suffisamment haut visant la survie de l'organisme : c'est la phase d'épuisement. Elle peut entraîner des troubles physiques, psychiques, voire le décès.

La réponse biologique stress est médiée par plusieurs structures cérébrales et endocrines (64) :

Le complexe amygdalien est composé de deux noyaux appelés amygdales. Elles signalent à l'organisme la présence d'un danger et le préparent à réagir en initiant une émotion de peur très rapide. Bien qu'elles ne soient pas les régions les plus denses en neurones (cellules nerveuses permettant la transmission d'informations via des signaux électriques), ce sont les plus connectées aux autres régions cérébrales. Elles reçoivent, transmettent de

nombreuses informations, interagissent avec un large panel de zones du SNC, et commandent la sécrétion des hormones de stress (66).

Lors de la perception d'un danger, l'alarme est déclenchée par l'amygdale, alertant le tronc cérébral qui a une fonction de vigilance et d'analyse des informations fournies par l'hippocampe. Cela active l'axe hypothalamo-hypophysaire-surrénalien (HHS) où l'ACTH (adrenocorticotrophin hormone) produite stimule la production de cortisol, glucocorticoïde sécrété par la glande corticosurrénale. Cet axe est autorégulé par rétrocontrôle : le cortisol ajuste sa propre production en inhibant ou stimulant l'hypophyse et l'hypothalamus.

Le cortisol se fixe sur ses récepteurs (structure transmembranaire ou intracellulaire dont la liaison avec son ligand entraîne une cascade de réponses intracellulaires) et exerce des effets métaboliques et cardio-vasculaires essentiels à la réponse de stress physiologique.

Au niveau métabolique : il stimule la néoglucogénèse, la glycogénolyse, la protéolyse, la lipolyse et provoque une hyperglycémie fournissant à l'organisme une énergie disponible immédiatement pour permettre sa sauvegarde.

Au niveau cardiovasculaire : il augmente la contractilité myocardique, le débit cardiaque et l'effet cardiaque des catécholamines pour augmenter l'oxygénation des organes essentiels à la survie (cœur, cerveau, muscles, poumons...).

En parallèle de l'activation de l'axe HHS, le système nerveux autonome sympathique est aussi stimulé. Il déclenche la libération de catécholamines (adrénaline et noradrénaline) par la glande médullosurrénale. Elles agissent plus rapidement que le cortisol, se fixent sur leurs récepteurs propres entraînant : l'augmentation de la contractilité, du débit, de l'excitabilité et de la conduction cardiaque, la hausse de la tension artérielle, de la fréquence respiratoire, une hyperglycémie et une meilleure perfusion des organes.

Lorsque le danger est passé, le cortisol inhibe l'axe HHS, réduisant sa propre production. Le SNA parasympathique (ou vagal) prend le relais du SNA sympathique par un mécanisme d'action induisant l'inhibition de ce dernier. Cela permet la récupération de l'organisme et le retour à son état basal.

Enfin, l'amygdale ne peut s'éteindre elle-même : c'est le cortex et l'hippocampe qui modulent son activité en fonction de la perception du danger.

Dans la vie quotidienne, le stress modéré et répété est plus fréquent qu'un stress aigu intense. Deux mécanismes permettent la modulation du stress afin de pas dépasser l'organisme : l'habituation et la sensibilisation.

L'habituation est un phénomène neurobiologique qui permet l'apprentissage d'une réduction de la réaction de stress face à un danger jugé inoffensif ou maîtrisé. À l'inverse, la sensibilisation est l'apprentissage d'une réaction accrue face à un danger, mais peut conduire à une anxiété anticipatoire délétère (65). Ces deux mécanismes permettent une meilleure adaptation face aux événements de la vie quotidienne et équilibrent l'organisme entre réactivité et tranquillité face aux agressions.

2.1.2 Mémorisation du stress

2.1.2.1 Types de mémoire

Mémoire **sensorielle** : la plus brève, permet de se repérer dans l'espace-temps par la captation immédiate d'informations. Elle est de très courte durée (quelques millisecondes à secondes).

Mémoire **immédiate** : dure moins de 90 secondes. Elle constitue un passage obligatoire pour toute mémorisation devant être conservée au-delà du moment présent.

Mémoire à **long terme** : peut durer toute une vie, elle se subdivise en deux grandes catégories :

Mémoire **explicite** : accessible à la conscience, se divise en :

Mémoire **épisodique** : propre à chacun, concerne les informations de la vie personnelle, faits autobiographiques et événements. Elle est très influencée par la charge émotionnelle.

Mémoire **sémantique** : indépendante du contexte spatio-temporel, elle regroupe les connaissances générales sur le monde, les faits publics, etc.

Mémoire **implicite** : autonome, elle se forme sans participation consciente. Elle implique les automatismes, les habiletés motrices, les conditionnements réflexes. Elle n'implique pas la conscience.

2.1.2.2 Phases de mémorisation

L'encodage : désigne l'acquisition des stimuli puis leur tri pour créer une représentation cohérente de l'information apte à être retenue.

La rétention : phase de stockage de l'information, qui constituera la constitution de la mémoire à plus ou moins long terme. L'information passe par l'hippocampe qui joue un rôle central en codant l'information créant ainsi les premières connexions avec le cortex cérébral. La consolidation des connexions neuronales donne naissance à une trace mnésique durable, c'est à dire une mémoire à long terme.

La restitution : c'est le rappel de l'information stockée dans un contexte particulier permettant d'adapter le comportement à son environnement. Ce processus peut être spontané ou déclenché par un stimulus.

2.1.2.3 Mémorisation du stress et structures cérébrales impliquées

Le système limbique

Situé à la base du cerveau, il comprend plusieurs régions : le thalamus, l'hippocampe et les amygdales qui sont impliquées dans la physiologie du stress. Elles élaborent les émotions brutes sans régulation et sans nuance et sont activées dans les situations de danger. Le système limbique est notamment un acteur clef dans la formation des souvenirs liés aux émotions (3,64).

L'amygdale est le siège de la mémoire émotionnelle brute. Elle mémorise une agression et sa réaction pour générer une réponse réflexe lors d'une exposition ultérieure similaire qui sera alors plus rapide et mieux adaptée à la menace.

Cette réponse peut être inhibé par l'hippocampe et le cortex frontal, qui apportent des éléments contextuels. Ce contrôle fronto-hippocampique peut faillir si la première agression perd sa spécificité et que le cerveau généralise le danger. L'amygdale est suractivée, n'est plus capable de trier les situations générant du danger et la peur n'est plus conditionnée à un contexte précis (13).

Les lobes temporaux

Ils comprennent aussi l'hippocampe et constituent la porte d'entrée de l'information mnésique. C'est la région qui assure le codage, le repérage spatio-temporel, la consolidation de la mémoire mais pas son stockage (67).

En situation de danger, l'hippocampe traite, encode l'ensemble des données sensorielles, émotionnelles et cognitives qui seront stockées au niveau du cortex frontal. Lors de réminiscences, dans un premier temps le souvenir est associé à une forte charge émotionnelle qui diminue avec le temps. La mémoire émotionnelle médiée par l'amygdale, elle, reste active sans faiblir pour provoquer un signal d'alerte d'une expérience de danger à éviter (8).

Le lobe frontal

C'est le siège des émotions secondaires (admiration, gêne, honte, etc.) plus élaborées. Il est central dans l'adaptation des émotions, leur régulation, la prise de recul, l'apprentissage structuré et le rappel des informations (8,13).

2.1.3 Mécanismes neurobiologiques à l'origine des psychotraumatismes

Muriel Salmona, psychiatre spécialisée dans la prise en charge des victimes de violences décrit que les situations de violences entraînent une perturbation des mécanismes physiologiques de stress et de mémoire associée (8).

L'amygdale est activée, génère la peur pour mettre en route le mécanisme de stress protecteur de l'organisme. Les violences vécues comme incompréhensibles, la cruauté de l'agresseur, la potentialité de mort... sont des situations qui dépassent les capacités de compréhension de la victime et qui mettent à mal, voire détruisent ses représentations mentales et sa capacité de réflexion (3). L'impact de la violence réside dans la paralysie de l'activité corticale, incapable d'analyser et réagir à son environnement. Le lobe frontal, censé faire une analyse fine des situations pour élaborer une réponse appropriée, « court-

circuite » : c'est l'état de sidération (8,67). Il se manifeste par des symptômes de paralysie mentale et physique, une immobilité, l'incapacité à crier ou à parler, ainsi qu'une incapacité d'organiser rationnellement une défense, jusqu'à entraîner des comportements perçus comme dangereux et irrationnels (3).

Les violences conjugales sont particulièrement favorables à l'installation d'un stress prolongé trop intense qui épuise les capacités et ressources de l'organisme dans la lutte contre l'élément stressant, ne laissant plus de répit pour la récupération.

Lors de la phase de résistance, qui perdure dans ce genre de contexte, l'élévation du taux de cortisol est toxique et trop difficile à maintenir pour l'organisme. Les glandes surrénales s'épuisent et ne parviennent plus à en sécréter en quantité suffisante. L'état permanent de stress étant insupportable pour l'organisme, on observe un déclin physique et mental pouvant amener jusqu'au décès si l'individu ne peut récupérer de son épuisement (3).

La sidération constitue l'étape initiale des psychotraumatismes. Le cortex est paralysé, l'axe fronto-hippocampique censé arrêter la réaction amygdalienne ne fonctionne plus. L'alarme émotionnelle monte en intensité, induisant une sécrétion accrue d'hormones du stress plongeant l'organisme dans un état de stress extrême altérant la structure cérébrale.

Afin de se protéger d'un risque vital découlant de cette surproduction, le cerveau met en œuvre un mécanisme de sauvegarde : la disjonction (8). Ce processus a pour but de stopper la sécrétion hormonale afin de préserver l'organisme. Le cerveau sécrète en urgence des molécules inhibitrices. Parmi celles-ci :

Les endorphines (diminutif de substances morphines endogènes) qui se lient aux récepteurs opiacés (μ , κ et δ) comme le fait la morphine, sans partager de structure chimique commune (ce ne sont pas des dérivés opioïdes). En situation d'urgence, le but est d'obtenir les effets spécifiques de leur liaison ligand-récepteur : analgésie, sédation, hypotension, bradycardie et dépression respiratoire. La liaison peut toutefois aussi entraîner les effets paradoxaux suivants : excitation comportementale, anxiété, convulsions.

Des antagonistes au récepteur N-méthyl-D-Aspartate (NMDA), semblables à la kétamine (8,68) qui désensibilisent les voies de la douleur et provoquent un effet anesthésique et analgésique.

L'ensemble de ces molécules rompt la connexion entre l'amygdale et les autres structures cérébrales normalement impliquées. La disjonction se distingue de la sidération par l'arrêt

de la sécrétion d'hormones de stress et survient dans un second temps. Bien que l'amygdale reste en état de marche, elle ne peut plus communiquer avec l'hippocampe chargé d'encoder la mémoire de l'évènement traumatique et de lui donner des repères spatio-temporels (8). La disjonction provoque un état d'anesthésie physique et mentale où les victimes décrivent « ne plus rien ressentir », un sentiment d'irréalité, d'indifférence comme si elles étaient absentes ou spectatrices de l'évènement, ce qui les rend évidemment encore plus vulnérables et encore moins capables de se défendre.

Ces altérations conduisent à certaines pathologies ou états pathologiques appelés psychotraumatismes tels que la mémoire traumatique, la dissociation, le trouble de stress post-traumatique.

La sidération se retrouve dans toutes les formes de violence dès lors que la situation dépasse les capacités de l'individu à l'intégrer rationnellement dans la réalité. Parmi les formes de violence, les violences sexuelles sont les plus à risque de provoquer un état de sidération : on estime que 70% des femmes victimes de viol en souffrent ainsi que presque 100% des enfants victimes du même crime (8,69).

2.1.4 Les psychotraumatismes

Un psychotraumatisme est défini ainsi par la Dr Salmona: « phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un évènement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu qui y est exposé comme victime, témoin ou comme acteur » (8). C'est un phénomène reconnu comme pathognomonique c'est-à-dire reconnu comme un argument médical à valeur diagnostique des violences subies. La Dr Salmona décrit deux types de psychotraumatismes qui peuvent découler de toute forme de violence traumatisante : la mémoire et la dissociation traumatiques (8).

2.1.4.1 La mémoire traumatique

La disjonction entre l'amygdale et l'hippocampe est à l'origine de la mémoire traumatique. En effet, la rupture de connexion empêche l'hippocampe d'encoder et d'intégrer la trace mnésique de l'évènement violent au sein de la mémoire épisodique, consciente, qui traite

les faits autobiographiques et évoluant avec le temps. Physiologiquement, un souvenir douloureux y est stocké, travaillé, remanié et son poids émotionnel est modifié par le temps. Lors de sa réminiscence, les émotions associées se distancent petit à petit de l'expérience initiale. Cela permet de revivre les souvenirs douloureux sans revivre l'intensité brute initiale.

En revanche, lorsque l'on souffre de mémoire traumatique, l'évènement reste « figé » tel quel dans l'amygdale sous la forme d'une mémoire émotionnelle et sensorielle brute dont l'intensité ne décroîtra pas sans aide. Selon la Dr Salmona, ce psychotraumatisme peut être considéré comme une « bombe à retardement » car elle peut se réactiver soudainement et faire revivre le traumatisme dans toute sa dimension initiale sans que la victime ait le moindre contrôle conscient sur cette expérience (8).

La mémoire traumatique peut être déclenchée par n'importe quel stimulus rappelant le traumatisme, provoquant une réponse émotionnelle intense incompréhensible pour les zones cérébrales impliquées comme le cortex et l'hippocampe. Ces deux structures reçoivent des informations contradictoires : l'amygdale stimulée par un déclencheur envoie un message de danger imminent alors que le thalamus, qui analyse les stimulus externes et internes, ne détecte aucune menace dans la situation présente.

Le stimulus déclencheur peut être n'importe quel élément associé à l'évènement traumatique : un mot, des insultes, du bruit soudain, un objet, une couleur, une odeur, un regard, un mouvement, un visage ou une silhouette rappelant l'agresseur, une scène de violence au cinéma ou à la télévision, une surprise même positive, des maux de tête, un enrrouement, une cystite, une sensation d'effleurement ou d'enfermement, une situation incohérente, un lieu, une date, ou encore une condition climatique particulière. Lorsque la mémoire traumatique se réactive, elle envahit l'esprit de la victime, la plongeant immédiatement dans la situation traumatique qui prend toute la place, effaçant la réalité.

On peut distinguer les mémoires traumatiques diurne et nocturne.

Mémoire traumatique diurne : déclenchée par des éléments du quotidien comme des odeurs, des émotions, des sensations, un état de stress... tout ce qui est en lien (apparent ou non) avec le traumatisme. Elle peut se manifester sous forme de « flash-back » complet où la victime est piégée dans la réminiscence qu'elle ne peut ni modifier ni arrêter consciemment. Néanmoins, la mémoire traumatique diurne est le plus souvent parcellaire, se limitant à des émotions, à des douleurs, à des illusions sensorielles sans le contexte entier

de l'évènement. Elle peut se traduire par des idées obsédantes et violentes, une tension corporelle et/ou psychique, des crises de panique ou d'angoisse, des sensations de mort imminente etc.

Mémoire traumatique nocturne : se manifeste par des cauchemars « hallucinés » la victime revit l'évènement traumatique dans toute sa violence. Ces rêves peuvent être si intenses que le cerveau déclenche immédiatement une disjonction permettant une dissociation émotionnelle pour se distancer du traumatisme passé et de sa réminiscence. Ces cauchemars peuvent ne laisser aucun souvenir au réveil, à part une sensation de nuit très agitée, ou alors provoquer un réveil halluciné où le retour à la réalité sera progressif. Ces cauchemars peuvent durer des années, des décennies sans accompagnement par des spécialistes, rendant les nuits redoutées et générant des troubles du sommeil notamment des insomnies chroniques. Il peut également y avoir des états de paralysie psychomotrice, du somnambulisme. Les cauchemars, leurs symptômes et conséquences laissent les victimes épuisées et anxieuses au matin avec un fort impact sur leur santé mentale et physique.

La mémoire traumatique ne peut être analysée de manière rationnelle ou autobiographique, ni intégrée dans la mémoire consciente. Elle reste figée et revécue de manière hallucinée, identique à l'expérience initiale, sans que le temps adoucisse l'intensité des réminiscences. La victime ne fait pas forcément le lien entre le stimulus présent et le traumatisme passé, les réminiscences s'accompagnent donc de détresse face à des phénomènes physiques ou psychiques dont on n'identifie pas la cause.

Il est essentiel de comprendre que n'importe quel aspect de l'agression peut être réactivé : les violences en elles-mêmes, les émotions et sensations ressenties à ce moment-là, mais également tout ce qui concerne l'agresseur.

La mémoire traumatique englobe également les injures, les menaces, l'excitation, l'odeur de l'agresseur. Du fait du dysfonctionnement de la mémoire physiologique, ces données colonisent la victime et provoquent une confusion entre elle et l'agresseur. Cette confusion s'exerce de telle sorte que la victime perçoit ce qui appartient à l'agresseur comme provenant d'elle-même, ce qui constitue une souffrance supplémentaire. Par exemple, l'idée ou le souvenir parcellaire traumatique d'un viol, que le cerveau n'identifie pas correctement comme un souvenir propre, peut être interprété à tort comme un fantasme source de désir, rendant la victime honteuse. En réalité, il s'agit de réminiscences

traumatiques des violences imposées par l'agresseur que le cerveau perçoit comme d'origine personnelle.

Les paroles humiliantes, insultes, menaces réentendues en boucle lors de la réactivation de la mémoire traumatique peuvent faire croire à la victime qu'il s'agit de ses propres pensées. Cela altère l'image qu'elle a d'elle et son monde intérieur est envahi par la présence de l'agresseur. La victime déstabilisée peut perdre confiance en ses proches, subir des pensées intrusives très perturbantes, violentes voire à connotation sexuelle crue, être envahie par des peurs semblant incohérentes ou par des épisodes dépressifs très intenses. Les victimes sont privées de toute sensation de sécurité. La mémoire traumatique est un mélange de perspectives opposées, empêchant de faire une séparation salvatrice entre le soi victime et l'Autre, agresseur. Elles viennent à craindre les versions contradictoires d'elles-mêmes : la personne « normale », celle terrorisée par les réminiscences, ou encore celle qu'elles estiment perverse avec des désirs tabous. Le phénomène de mémoire traumatique peut entraîner de nouveaux traumatismes à travers les réminiscences de violences. Face à cette souffrance, le cerveau peut adopter un mécanisme de dissociation psychique afin de protéger l'organisme en réduisant la douleur émotionnelle. (8)

2.1.4.2 La dissociation traumatique

La disjonction en tant que mécanisme de survie exceptionnel permet à l'organisme de réduire l'impact du stress extrême mais n'offre pas de protection contre les psychotraumatismes. Ce mécanisme suspend la réaction émotionnelle amygdalienne, grâce à la libération d'un cocktail puissant d'endorphines et de substances similaires à la kétamine. Cela entraîne une anesthésie, à la fois physique et psychique, appelée dissociation traumatique. Les violences persistent, la victime dissociée se ressent comme indifférente à la douleur, à la souffrance et imperméable au phénomène de mémoire traumatique pouvant survenir ensuite. L'état dissociatif existe pour protéger l'individu pendant les violences, mais il peut perdurer ensuite également (8).

Si la mémoire traumatique se réactive parallèlement à la dissociation, elle est généralement perçue partiellement voire sans l'intensité émotionnelle qui l'accompagne habituellement. La victime développe alors une tolérance et une pseudo-indifférence face aux événements traumatiques. Cette situation comporte un réel danger car si la victime, privée de ses

émotions, n'est plus capable d'évaluer les situations de danger et d'y réagir correctement, elle est alors beaucoup plus à risque de subir de nouvelles agressions (8).

Les symptômes dissociatifs peuvent inclure la sensation de ne pas vivre l'évènement, de n'en être que spectatrice, ou d'évoluer dans une autre réalité. On l'appelle dissociation péri-traumatique : elle a lieu pendant le traumatisme et dure de quelques minutes, à quelques heures, voire persister pendant des jours, des mois, ou même des années après les violences (8).

Pendant ou après de l'agression, il est possible d'observer chez la victime des réactions émotionnelles inappropriées comme des rires, une excitation excessive, ou au contraire un calme ou une sérénité déconcertante... signes de l'anesthésie émotionnelle. Ces symptômes désorientent l'entourage, incrédule voire soupçonneux, qui risque de minimiser les faits, ne pas montrer d'empathie, voire faire preuve de maltraitance ou de non-assistance à personne en danger. L'anesthésie émotionnelle et l'état dissociatif peuvent conduire la victime à se mettre en danger : l'indifférence de son état peut provoquer une anosognosie (méconnaissance de son état pathologique) et de l'autonégligence entraînant un retard voire une absence de prise en charge potentiellement grave (8).

Lors de violences répétées et incessantes, les symptômes dissociatifs peuvent s'installer durablement. La victime se retrouve déconnectée de manière permanente, au point d'être perçue comme indifférente voire intellectuellement limitée tant elle semble apathique, incapable de se concentrer ou d'être attentive à son environnement. La mémoire des événements violents est comme engloutie dans un épais brouillard : les événements sont introuvables, dépourvus de toute émotion. La victime subit une amnésie traumatique dissociative qui peut durer des années voire des décennies tant que la dissociation demeure. Les souvenirs sont fragmentés en images parcellaires, en bribes d'émotions envahissantes avec des détails isolés dénués d'affectivité. Les souvenirs de la violence vécue sont partiels et apparaissent comme des scènes vécues sans aucune réaction, sans résistance ni douleur. Par conséquent, la victime minimise la gravité des événements, peut croire qu'ils étaient consentis ou qu'elle y a participé activement (8).

Les réminiscences de la mémoire traumatique peuvent surgir alors même que la victime demeure dissociée mais elles ne sont pas ressenties, ce qui ne les rend pas moins stressantes et traumatisantes pour l'organisme, bien au contraire, puisqu'il n'y a plus de mécanisme de défense. La psychiatre Muriel Salmona compare la situation à une main anesthésiée placée

sur une plaque électrique : l'absence de douleur ne signifie pas une absence de dommages. L'amnésie peut aussi être totale et la mémoire traumatique ne refaire surface qu'une fois la victime en sécurité et protégée. Les souvenirs émergent brutalement à la suite de déclencheurs (8).

Lorsque l'état dissociatif et l'anesthésie émotionnelle disparaissent, notamment après la disparition de l'agresseur ou du danger, la victime est submergée par des douleurs physiques intenses, des troubles anxieux sévères accompagnés de symptômes neuro-végétatifs sympathiques aigus (tachycardie, sueurs, tremblements, sensations d'étouffements) ainsi que des troubles du comportement (8).

L'effondrement émotionnel peut se traduire par une agitation extrême, des crises de logorrhée, des pleurs, des hurlements, des crises avec auto-agressions. La victime peut ressentir un besoin compulsif de courir, de se cacher... ou bien entrer dans un état de stupeur marqué par une inhibition psychomotrice totale, être mutique, vouloir se retirer du monde ou entrer en opposition avec ce dernier. Des phénomènes transitoires peuvent avoir lieu comme une cécité transitoire, une aphonie, une surdité, des paralysies motrices. Des troubles somatiques aigus liés au stress intense peuvent aussi apparaître (hypertension, tachycardie, extrasystoles, douleurs coronariennes, dyspnée, asthme, prurit, chute de cheveux, acouphènes, nausées, dégoût alimentaire, diarrhées, allergies, douleurs génitales...)(8).

Les victimes dissociées sont des cibles privilégiées car leurs troubles émotionnels et cognitifs les rendent particulièrement vulnérables. L'altération de leur perception de soi les rend également plus facilement influençables. Plus l'interlocuteur est menaçant, plus il active la mémoire traumatique de la victime, déclenchant alors une réponse dissociative. Celle-ci entre alors dans un état de « pilote automatique » ou « état hypnoïde » qui annihile sa capacité de réflexion, de défense et rendant la défense de son intégrité plus difficile. Cette incapacité à se défendre est souvent perçue par la victime comme une preuve de sa propre stupidité ou de son infériorité alors qu'elle résulte directement des mécanismes de protection mis en place face au danger que représente l'agresseur. Ce dernier profite évidemment de ces psychotraumatismes pour asseoir sa domination (8). Les victimes dissociées sont donc plus susceptibles de se retrouver dans des situations de danger, de subir des pratiques sexuelles dégradantes et humiliantes, des atteintes à leur dignité, ou même de tomber sous la coupe de proxénètes ou groupes sectaires (8).

2.1.4.3 Trouble de stress post traumatique

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) est un trouble survenant après un évènement traumatique, dont le tableau clinique est fréquemment retrouvé chez les victimes de violence. On y retrouve divers symptômes comme (70,71):

Une mémoire traumatique et des réminiscences diurnes et/ou nocturnes

Une dissociation traumatique s'exprimant par un détachement émotionnel, des expériences de déréalisation et/ou dépersonnalisation.

Des pensées et émotions négatives : mauvaise estime de soi, altération de la conception du soi et de l'humeur, culpabilité, honte.

Une attitude d'évitement pour éviter de faire resurgir le traumatisme : éviter certaines zones géographiques, certaines fréquentations, certaines activités en lien direct ou indirect avec l'évènement traumatique.

Bien que le diagnostic des troubles psychiatriques ne relève pas de la compétence du pharmacien d'officine, il est essentiel dans la prise en charge des victimes de violences conjugales de connaître les principaux psychotraumatismes. Ce savoir permet de repérer les signes d'alerte, de mieux comprendre le fonctionnement des victimes, d'adopter une posture d'écoute appropriée sans les juger et de leur fournir des conseils et informations adaptés.

2.1.4.4 Altérations neurologiques et génétiques des psychotraumatismes

Le stress traumatique est délétère pour l'organisme. L'hyperactivation des circuits cérébraux liés, alimentés par la mémoire traumatique et ses réminiscences, peut entraîner des lésions anatomiques cérébrales (64). On peut observer, notamment par le biais d'IRM, une réduction du volume de certaines régions à cause de la perte de dendrites et synapses, ou une hyperactivité d'autres. (8,64)

Des modifications neurobiologiques peuvent également survenir comme des dérégulations des systèmes utilisant les neurotransmetteurs dopaminergiques et sérotoninergiques. Ces

perturbations sont associées à une plus grande vulnérabilité face à l'anxiété, la dépression ou l'addiction (64,72).

Dans le cas de violences, des recherches ont révélé des modifications épigénétiques des gènes. Les modifications épigénétiques sont définies comme des processus moléculaires n'altérant pas la séquence d'ADN en elle-même mais modifiant son expression. Elles se traduisent par, par exemple, des modifications de la méthylation et de la structure de la chromatine et des histones, modifiant respectivement la lecture et le repliement de l'ADN. La transcription de l'ADN en ARN puis la synthèse protéique s'en trouvent modifiées et par conséquent la réponse cellulaire. À la suite de telles modifications, c'est la façon de répondre de l'organisme entier à un stress qui sera modifiée (65). Le gène NR3C1, qui joue un rôle dans le contrôle des réponses au stress et dans la régulation des hormones associées est modifié. Ces modifications peuvent être non seulement transmises à la descendance mais altérer la vulnérabilité à un nouveau stress. Ainsi, chacun ne sera pas égal dans la résistance de l'organisme au stress (8).

Certaines modifications épigénétiques sont désormais utilisées comme des marqueurs prédictifs de psychotraumatismes tel que le trouble de stress post-traumatique. Les taux de méthylation de certains gènes impliqués dans le TSPT peuvent retrouver des niveaux normaux grâce à des soins appropriés, notamment par le biais de thérapies. (64,73)

Les modifications épigénétiques causées par l'exposition à un stress aigu ou chronique peuvent donc être transitoires ou permanentes. Elles modulent profondément la manière dont le stress se manifeste, du conditionnement de la peur à la réponse de l'axe HHS (74). Ces modifications sont généralement invisibles au repos mais se manifestent lors d'agressions, exposant alors les vulnérabilités individuelles (65,74). Cependant, l'épigénétique n'est pas le seul facteur déterminant dans la réponse au stress. La plasticité cérébrale, qui désigne notre capacité propre à (re)modeller nos réseaux neuronaux ainsi que les capacités de résilience de chacun jouent un rôle important. Par exemple, le gène BDNF (Brain-Derived-Neurotrophic Factor) est essentiel à la fois pour la régulation du cortisol mais aussi pour la plasticité cérébrale (64,75). Alors que le stress pathologique peut diminuer son expression génique, des études montrent que l'activité physique peut au contraire la stimuler. Cela favorise la récupération tissulaire neuronale (65) et améliorera la plasticité cérébrale altérée, donnant un message d'espoir quant à la récupération post-

traumatique. Lorsqu'une victime de violences est prise en charge, un des objectifs visera à stimuler ces capacités afin de parvenir à établir un équilibre de vie post-traumatique.

Parmi l'arsenal thérapeutique, on retrouve la stimulation du SNA parasympathique visant à diminuer les niveaux d'hormones de stress. Des techniques comme la cohérence cardiaque, la sophrologie, la méditation et le yoga peuvent être proposées par les professionnels (64,76). Les traitements médicamenteux tels que l'usage de benzodiazépines, de bêta-bloquants, d'inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, sont utilisés pour atténuer les symptômes envahissants. Ils doivent cependant toujours être associés à des thérapies (psychothérapie, thérapie cognitivo-comportementale, EMDR ...) pour ne pas se limiter à un traitement symptomatologique mais de fond. D'autres thérapies, encore en phase d'essais cliniques (telle que l'utilisation médicale de MDMA, d'endocannabinoïdes, de kétamine) (64,77,78) pourraient offrir de nouvelles perspectives de prise en charge si les résultats sont confirmés. Ils pourraient, comme les bêta-bloquants, inhiber les effets de la noradrénaline au niveau cérébral et éviter la consolidation de la mémoire traumatique par la sécrétion d'hormones du stress lors de réminiscences.

Enfin, offrir un cadre sécurisant, encourager les victimes à renouer avec des activités qu'elles apprécient, à recréer des liens sociaux, en parallèle de la prise en charge médicale, contribue grandement à l'établissement d'un équilibre durable, et favorise l'extinction de la mémoire traumatique. (64)

2.1.5 Impact d'une méconnaissance sur la PEC des victimes

La psychiatre Muriel Salmona explique que l'ignorance des mécanismes des psychotraumatismes et de leurs conséquences contribue à l'isolement des victimes incomprises tant par leur entourage que par les professionnels censés les prendre en charge, ce qui profite indirectement à l'impunité des agresseurs. Elle l'explique de la manière suivante : (8)

Les réminiscences de la mémoire traumatique sont souvent fragmentaires, rendant le discours des victimes incertain et incomplet, surtout lorsqu'elles souffrent d'amnésie. De plus, le contrôle coercitif mis en place dans les violences conjugales génère chez la victime

des sentiments de crainte, de honte et de doute à propos d'elle-même. Cela peut l'amener à retirer sa plainte, à modifier son témoignage, ce qui peut être perçu par son entourage comme un manque de crédibilité ou une tendance à mentir, sans considérer que ces comportements puissent être des indices d'une situation de violence. Par ailleurs, les témoignages de violences peuvent aussi être traumatisants pour l'entourage, qui, non sensibilisé au fonctionnement des psychotraumatismes, peut aussi être dissocié et rejeter le récit de la victime pour ne pas se confronter à la réalité (8).

Le système de neurones miroirs désigne un ensemble de cellules neuronales cérébrales qui s'activent à la fois par l'expérience directe d'une émotion et par son observation chez un tiers (79). Face à la dissociation émotionnelle des victimes, l'empathie qui devrait découler de récits de violences n'est pas forcément présente à cause de l'apparent détachement des victimes. Les personnes confrontées à des victimes dissociées ne reçoivent aucune alerte émotionnelle et éprouvent donc bien plus difficilement de l'empathie ou de la préoccupation pour celles-ci.

Du côté de la victime, la dissociation altère le récit, le rendant incohérent et empreint de doutes. En effet, l'hippocampe n'ayant pas pu encoder correctement les informations lors de l'évènement traumatique, la mémoire épisodique de long terme est défaillante et notamment au niveau spatio-temporel. Les victimes relatent de grandes violences avec un détachement apparent surprenant les témoins. Un interlocuteur non formé peut être incrédule voire agacé face à un récit décousu et une victime qui ne semble pas concernée, ce qui aggrave l'état de cette dernière en renforçant l'état de dissociation. L'incapacité à exprimer ses émotions, à raconter son histoire, à porter plainte surtout si la victime est toujours en contact avec l'agresseur, seront autant d'éléments retenus contre elle car considérés comme incohérents plutôt que d'être utilisés pour estimer la gravité du traumatisme. (8)

Si les professionnels ne sont pas formés à reconnaître cet état dissociatif, ils vont remettre en question la véracité du témoignage, ne pas protéger la victime voire l'abandonner à son sort. Une meilleure connaissance de la victimologie permet de reconstruire les émotions adéquates pour bien prendre en charge les victimes de manière appropriée.

Les réminiscences traumatiques peuvent conduire à une errance diagnostique. Elles se manifestent sous la forme de symptômes non spécifiques : crises d'angoisse et/ou de panique, malaises, troubles cardio-vasculaires, cutanéomuqueux, digestifs... Et tendent à

être traitées de manière somatique sans que l'étiologie de violences ne soit recherchée. L'expression corporelle du traumatisme peut être telle que la victime consulte fréquemment les services de soins, où le personnel de santé, non formé, s'oriente davantage vers un diagnostic somatique uniquement. Enfin, les réminiscences émotionnelles, sensorielles et kinesthésiques peuvent être prises pour des hallucinations ou bouffées délirantes, entraînant une prise en charge psychiatrique inadaptée, fragilisant davantage la victime.

En somme, la méconnaissance des professionnels de santé des mécanismes des violences, des psychotraumatismes et de leurs expressions psychosomatiques plurielles isole la victime, augmente le risque d'accroissement des violences, est source d'errance médicale et de risque de détérioration de l'état de santé général, voire de mort prématurée (8).

2.2 Enjeu de santé publique

Les violences conjugales sont un enjeu de santé publique pour lequel le pharmacien, professionnel de santé, doit être sensibilisé et formé. En effet, l'Organisation Mondiale de la Santé estime que dans le monde une femme sur trois est victime de violence sexuelle et/ou physique, la majorité du temps infligée par un partenaire intime (80). En France, au sein du couple, 1 femme sur 6 déclare avoir été victime de violences physiques et/ou sexuelles au moins une fois depuis l'âge de 15 ans, dont 67% estiment l'avoir été fréquemment. 1 femme sur 4 déclare avoir été victime de violences psychologiques au moins une fois depuis l'âge de 15 ans, dont 47% fréquemment (81). 37% des femmes françaises violées le sont par leur conjoint et on estime qu'un homme tue sa conjointe tous les 2,5 jours (71,82).

Alors qu'un médecin généraliste reçoit chaque jour dans son cabinet entre 2 et 3 femmes victimes de violences conjugales, 3 médecins sur 4 l'ignorent (71,83). Pourtant, les violences subies par les femmes affectent profondément et durablement leur santé physique, mentale et génésique (84). La recherche des antécédents médicaux est une démarche primordiale dans le soin mais celle d'antécédents de violences est rarement faite (81). Il est donc essentiel de mesurer l'ampleur des conséquences des violences conjugales

sur la santé pour tisser des liens entre des symptômes de prime abord très différents pour enfin mieux repérer et prendre en charge les situations de violence conjugale.

2.2.1 Conséquences des violences conjugales sur la santé

2.2.1.1 Impacts sur la santé physique

Les conséquences les plus visible sont les blessures physiques comme les ecchymoses, hématomes, griffures, morsures, fractures, entorses, brûlures, ainsi que des marques de tentatives de strangulation avec rupture de vaisseaux sanguins oculaires ou dans la gorge... ces lésions très diverses impactent la santé à court terme mais aussi à long terme en provoquant des handicaps, des invalidités, voire la mort. Certaines blessures peuvent être auto-infligées par un comportement d'auto-agressivité, comme la scarification. En effet, dans l'espoir d'apaiser un stress extrême, la victime se blesse volontairement pour que la douleur physique ressentie mette à distance la souffrance morale extrême (81).

Le stress chronique entraîne une production excessive de cortisol qui devient toxique pour l'organisme. Il affecte le bon fonctionnement du système immunitaire, provoque des troubles du sommeil et constitue un facteur de risque dans le développement et/ou l'aggravation de pathologies chroniques (insuffisances cardiaque et coronarienne, asthme, cancer, lupus etc.) (3,81). Le stress favorise par ailleurs la prise de poids. La prise alimentaire en excès veut réduire son impact sur l'organisme en inhibant la sécrétion de corticotropine, responsable de l'activation de l'axe HHS. In fine, le stress favorise la résistance à l'insuline et le développement de diabète de type 2 (65,85).

Le stress extrême présente aussi un risque vital immédiat. Au niveau cardio-vasculaire, la production excessive et prolongée de catécholamines est source d'une souffrance myocardique pouvant provoquer un infarctus du myocarde de stress et une mort subite. Le cortisol est également neurotoxique et peut être à l'origine, par une souffrance neuronale, de mal épileptique, de pertes de connaissances, ou encore d'ictus mnésique (amnésie transitoire soudaine pouvant durer de quelques minutes à quelques heures). Certaines structures neuronales impliquées dans la physiologie du stress sont endommagées (diminution du volume hippocampique et du cortex préfrontal (3)) avec une importante diminution des synapses et par conséquent des capacités cognitives (8).

Le stress pathologique est aussi responsable d'un tableau clinique diffus. La dérégulation végétative des neurotransmetteurs induit des symptômes très divers : troubles urinaires avec infections à répétition, brûlures mictionnelles, pollakiurie, mais aussi tremblements, sécheresse buccale, nausées, sensations vertigineuses, prurit (8). L'état permanent de tension psychique et corporelle entraîne maux de dos, céphalées, troubles digestifs (diarrhées ou constipation chroniques, ulcères, douleurs abdominales intenses, reflux gastro-œsophagien...), une fatigue chronique et un état douloureux généralisé (céphalées de tension, douleurs maxillo-dentaires, cervicales, dorso-lombaires, pelviennes, mammaires). Ces douleurs peuvent être particulièrement intenses et impressionnantes car en lien avec la mémoire traumatique : elles peuvent être la manifestation physique de réminiscences où l'intensité des sensations est identique aux violences physiques et/ou sexuelles vécues lors de l'agression (8).

Nombre de ces symptômes restent sans étiologie précise diagnostiquée et résistent aux traitements usuels (pouvant parfois aller jusqu'aux opérations chirurgicales).

2.2.1.2 Impacts sur la santé psychique

Face à un danger, le cerveau réagit en choisissant entre deux réponses : celle de « fuite » ou de « combat ». La menace évitée active le circuit cérébral de la récompense, procurant une sensation de plaisir, de satisfaction à l'organisme. Une perturbation de l'organisme par un stress aigu ou chronique entraîne quand même une recherche inconsciente de la sensation de « récompense ». Les victimes de violences conjugales, tout comme celles d'autres formes de violence, sont particulièrement à risque de conduites dangereuses et/ou d'addictions (alcool, drogues, médicaments psychotropes...) dans l'espoir d'activer ce circuit face au stress. Le mésusage de substances et les comportements à risque sont également utilisés pour atténuer les symptômes de psychotraumatismes (64) et pour s'anesthésier lors de moments où la dissociation émotionnelle cérébrale n'est pas active afin d'obtenir cet état (8). D'autre part, les différents psychotraumatismes à l'origine de ces comportements font eux aussi partie des conséquences psychiques majeures des violences conjugales.

Les violences conjugales sont également responsables de troubles du sommeil : insomnies régulières (facteur de risque d'obésité), réveils nocturnes, cauchemars, qui perturbent la qualité du sommeil et par conséquent la qualité de vie diurne (81).

Elles sont aussi à l'origine de troubles anxieux (crises d'angoisse et de panique, troubles obsessionnels compulsifs, phobies), de troubles dépressifs, de troubles cognitifs (trouble de la mémoire, de la concentration, trouble de stress post-traumatique), de pensées suicidaires voire de tentatives de passage à l'acte. Les victimes de violences conjugales peuvent également développer des troubles dissociatifs avec des amnésies fréquentes, des troubles de l'estime de soi, des troubles du comportement (retrait social, toxicomanie, troubles du comportement alimentaire et sexuel). On peut aussi observer chez certaines victimes une anhédonie sociale, c'est-à-dire une altération de la capacité à trouver du plaisir dans les interactions et liens sociaux (3) malgré leur importance fondamentale pour la santé mentale.

2.2.1.3 Impacts sur la santé gynéco-obstétricale et sexuelle

Les femmes victimes de violences conjugales sont particulièrement vulnérables quant aux problèmes de santé liés à la grossesse : grossesses non désirées, avortements dangereux, fausses couches, mort in utero, accouchements compliqués, ainsi que la naissance d'enfants prématurés et/ou de faible poids. Des études ont notamment établi des liens clairs entre les violences conjugales pendant la grossesse et les complications citées ci-dessus (81,84). En effet, la grossesse constitue une période propice à l'installation ou l'intensification des violences conjugales car elle modifie profondément les dynamiques interpersonnelles au sein du couple (84). Les études montrent d'ailleurs que les violences doublent presque le risque de fausse couche et augmentent de 17% la probabilité de naissance prématurée (8).

Les violences conjugales se manifestent aussi par un contrôle exercé sur la vie sexuelle et reproductive des victimes qui sont exposées à un risque accru d'IST, ont une liberté restreinte en matière de choix de contraception, cette dernière pouvant être autant imposée qu'interdite (84). Elles peuvent également être contraintes de pratiquer une IVG ou, au contraire, de conserver une grossesse contre leur gré. Les violences conjugales sont aussi source d'agressions sexuelles, viols et tentatives de viol ainsi que de pratiques sexuelles forcées. Les victimes souffrent également de divers troubles gynécologiques tels que des

lésions, tuméfactions génitales, douleurs abdomino-pelviennes, dysménorrhées, saignements, hémorragies, infections urinaires et génitales récurrentes (81).

La mémoire traumatique peut aussi s'exprimer à travers la vie sexuelle. À la suite d'épisodes de violence, elle perturbe la perception de la victime et confond l'excitation de l'agresseur et les violences subies en un seul point de vue. Ainsi, la victime peut ressentir de l'excitation face à des pratiques sexuelles violentes, ce qui peut entraîner une forme d'addiction. L'anesthésie émotionnelle induite par la sécrétion de substances proches de la morphine et la kétamine à la suite d'une disjonction traumatique peut être confondue avec un orgasme. L'attente de ce phénomène d'anesthésie peut alors engendrer une dépendance au stress, favorisant des comportements à risque dans l'espoir de retrouver cet état dissocié. Les scénarios ou actes sexuels violents, très stressants par leur intensité, déclenchent rapidement une disjonction cérébrale conduisant à un état de dissociation et d'anesthésie émotionnelle. Ces pratiques exposent également l'individu à des dangers physiques (IST, sévices, parfois auto-infligés). Enfin, lorsque ces substances reviennent à des concentrations basales, elles s'accompagnent d'une sensation de retour à la réalité brutale, empreint de honte et de détestation de soi, détériorant aussi la santé mentale. (8)

2.2.1.4 Impacts sur la vie sociale

Les violences subies par les victimes provoquent une rupture profonde dans leur existence en impactant leur vie sociale (autant affective, familiale que professionnelle) (8). Les violences affectent leur estime de soi, leur rapport aux autres, leur vision du monde ainsi que l'espoir qu'elles peuvent y placer. Les relations amicales et amoureuses deviennent difficiles à entretenir car l'intimité et la vulnérabilité qu'elles exigent peuvent être perçues comme une menace pour la survie, ou encore par crainte que l'on découvre la situation de violence (8).

Les troubles cognitifs induits par les violences rendent les activités intellectuelles plus difficiles, entraînant échecs scolaires, universitaires, professionnels... fragilisant davantage la situation de la victime. Au travail, la souffrance est double : d'un côté l'hypervigilance, l'estime de soi dégradée et la capacité à se dissocier face à des comportements malveillants fragilisent encore davantage les victimes face à de la malveillance. De l'autre côté, l'impulsivité et l'agressivité résultant de réminiscences traumatiques peuvent rendre les

relations professionnelles complexes et mener à des démissions, des licenciements, des arrêts maladie etc. Environ 50% des personnes atteintes de TSPT perdraient leur emploi dans les deux années suivant un traumatisme (8).

La victime développe des stratégies d'évitement pour fuir les réminiscences traumatiques qui rendent son quotidien insupportable. Ce faisant, sa qualité de vie se dégrade d'autant plus : activités simples difficilement réalisables, difficulté voire impossibilité à assister à des entretiens ou des examens, peur de se déplacer, d'utiliser les transports privés ou en commun, etc. Ces difficultés favorisent les situations de précarité et de mauvaise intégration sociale (8). Elles sont aggravées par les manœuvres de l'agresseur qui cherche à isoler sa victime en l'éloignant de ses proches, en l'incitant à abandonner ses activités quotidiennes, son travail, ses loisirs voire en lui confisquant des éléments essentiels à sa liberté (moyens de déplacements, moyens de paiement...). (86)

D'autre part, avec l'âge, la dépendance et le déclin cognitif naturel compliquent le maintien de comportements d'évitement et la gestion des résurgences psychotraumatiques. Les mécanismes habituels utilisés par les personnes devenues âgées ne suffisent plus et la mémoire traumatique se réactive plus aisément. Face à ce phénomène, de nouveaux troubles dissociatifs s'installent avec l'âge : délires de persécution où les victimes rejouent les violences vécues, autoagression, violence envers les autres, ou encore des propos obscènes et choquants (3,8).

Enfin, l'expérience de violences fragilise à long terme la victime car elle augmente le risque d'en être de nouveau victime de la part du même ou d'un autre agresseur (17,81).

L'ensemble des éléments précédents rend d'autant plus crucial le dépistage et la formation des pharmaciens à la prise en charge de victimes de violences conjugales.

2.2.2 Les enfants : Co-victimes des violences conjugales

Les enfants sont directement touchés par les violences conjugales du foyer. Ils n'en sont pas seulement témoins mais co-victimes. Les violences conjugales prennent de multiples formes et sont difficiles à identifier pour les adultes (victimes ou témoins) mais aussi pour les enfants qui peinent d'autant plus à en saisir les tenants et aboutissants. Ils intègrent en

revanche très tôt les rapports hiérarchiques ainsi que la notion de violence comme un danger, pour eux-mêmes ou autrui (87). Même lorsque les manifestations de violence ne sont pas dirigées contre eux mais envers l'un des parents, elles peuvent entraîner des psychotraumatismes comme la mémoire traumatique ou la sidération (8).

Les enfants exposés aux violences conjugales subissent de la maltraitance sous diverses formes. Le contrôle coercitif exercé sur la mère s'étend souvent à l'enfant (3,88). Les violences observées poussent l'enfant à prendre parti pour l'un des parents ou à n'en soutenir aucun, options toutes les deux délétères pour son bon développement bio-psycho-social (89). Par ailleurs, un auteur de violence conjugale peut également infliger des violences à l'enfant, au travers de sévices corporelles, des réprimandes violentes où son éducation est basée sur la peur et l'humiliation. L'enfant, exposé directement ou indirectement à la violence, en subit les conséquences qui s'étalent tout au long de son développement et peuvent perdurer longtemps après l'arrêt.

Parmi les symptômes observables chez les enfants, on retrouve des retards de croissance, des troubles du sommeil, de l'alimentation, du comportement avec des actes d'auto ou hétéro agressivité, des pleurs inexplicables, de l'hypervigilance, de l'anxiété, de la dépression, de la brutalité, du manque d'estime de soi, des mauvais résultats ou phobie scolaires, des troubles ORL ou dermatologiques (asthme, eczéma...), des allergies, des maux de tête et de ventre chroniques, un état de stress post-traumatique, des conduites addictives et/ou dangereuses... le stress chronique entraîne également une diminution de la taille du cerveau et augmente le risque de développer à l'âge adulte des troubles métaboliques et cardiovasculaires (87,89,90).

Lutter contre les violences conjugales est d'autant plus important que les enfants en sont profondément impactés. Ces violences sont profondément ancrées dans la société, ce qui en fait un enjeu majeur de santé publique. En 2021, 5,5 millions de personnes âgées de 18 à 74 ans ont rapporté avoir été exposées à un climat de violence entre leurs parents au moins une fois avant l'âge de 15 ans, soit 12,4% de la population (81). De plus, dans 82% des cas de violences conjugales contre les femmes, celles-ci sont mères et on estime que 4 enfants sur 5 sont des co-victimes (3). Enfin, l'OMS souligne que les enfants grandissant dans des foyers marqués par la violence sont plus susceptibles de développer des troubles comportementaux et émotionnels pouvant les mener ultérieurement à commettre eux-mêmes des actes violents ou à en être victimes de nouveau (80).

Les violences conjugales constituent donc un enjeu de santé publique majeur, en raison des conséquences et à court et à long terme sur les victimes mais aussi sur leur entourage, notamment les enfants. Elles ont des répercussions multiples, tant sur la santé physique, sexuelle, que mentale et sociale des individus. Les victimes étant souvent isolées et invisibilisées, il est essentiel que les professionnels de santé y soient sensibilisés. Le pharmacien d'officine, en tant que professionnel de santé de proximité, pourrait jouer un rôle clef dans la détection et l'orientation des victimes.

Partie 3. Le pharmacien, professionnel de santé, un relai légitime

3.1 Le pharmacien officinal, professionnel de santé de première ligne

Il existe en moyenne 30 officines pour 100 000 habitants en France (91). Malgré des disparités régionales, le maillage territorial correct exigé par le Code de Santé Publique (92,93) permet de garantir à la population l'accès à un service de santé de proximité avec un professionnel de santé de premier recours disponible sans rendez-vous.



Figure 3. Accessibilité des officines sur le territoire métropolitain en 2019 (94)

Les missions des pharmaciens officinaux sont plus variées et complexes qu'il n'y paraît. S'il est évident qu'ils doivent user de leur expertise en analyse pharmaceutique pour assurer une dispensation sécurisée des médicaments, garantir leur bon usage par le patient, ils sont aussi des acteurs centraux de santé publique. En effet, le pharmacien « peut mettre en place des actions de prévention et de promotion de la santé parmi les domaines d'action prioritaires [...]. Il contribue aux campagnes de sensibilisation et d'information sur des sujets de santé publique. » (95). Les pharmaciens participent régulièrement aux campagnes de prévention et de dépistage (dépistage du cancer colorectal, dépistage du diabète lors de

la semaine nationale de prévention au mois de septembre, campagnes de vaccination contre le Covid-19 et la grippe, sensibilisation au cancer du sein lors d'Octobre Rose...) pour lesquelles on leur reconnaît une vraie plus-value (96). Ils participent également aux premiers soins lors d'urgences variées (désinfection de petites plaies, administration d'adrénaline lors de chocs allergiques anaphylactiques...) et ont pour mission d'évaluer l'état de santé de leurs patients afin de les orienter vers d'autres professionnels de santé de façon optimale.

Alors que les pénuries touchent toutes les professions de santé et creusent les inégalités d'accès aux soins, les pharmaciens officinaux sont encore présents sur des territoires délaissés. Leurs services sont garantis 24/24h et 7/7j par des plannings de garde préétablis et leur disponibilité sans rendez-vous font de la profession non pas le dernier maillon de la chaîne de soin mais un acteur central de celle-ci (97). De manière plus générale, l'officine en tant que commerce et lieu de santé est souvent perçue comme un lieu de proximité où les pharmaciens incarnent une figure de confiance sont acteurs de la vie de quartier.

Ainsi, leurs missions, leur proximité et disponibilité envers la population font d'eux des acteurs légitimes dans le repérage et l'accueil des victimes de violence conjugales au sein des officines.

3.2 Le Covid-19 : contexte particulier de l'émergence du rôle des pharmaciens dans la prise en charge des violences conjugales

La crise sanitaire du Covid-19 a propulsé les pharmaciens d'officine comme acteurs incontournables du système de santé en leur confiant des missions de prévention, de dépistage et de vaccination des populations.

Le 27 mars 2020, une semaine après le début du premier confinement, le dispositif « alerte-pharmacies » est annoncé par le ministère de l'Intérieur en collaboration avec l'Ordre national des pharmaciens face à la recrudescence brutale et alarmante des violences domestiques (97). Pour la première fois, les pharmaciens officinaux sont désignés comme des acteurs légitimes dans le cadre de la lutte contre les violences conjugales (98,99). En effet, la pandémie augmente le danger auquel font face les victimes : le stress généré par

une situation sans précédent, l'obligation de rester confiné, la réduction drastique des relations sociales en dehors du foyer familial et les restrictions de sortie imposées sont autant de facteurs de risque d'augmentation des violences et d'accroissement du contrôle exercé par les auteurs d'abus (100).

On demande alors aux pharmaciens de mettre en sécurité toute personne se présentant au comptoir et demandant un « masque-19 » puis d'appeler les forces de l'ordre. Ce rôle d'accueil et d'initiation de la prise en charge peut être pertinent puisque seulement 24% des femmes victimes de violences physiques et/ou sexuelles sont vues à ce propos par un médecin à la suite des événements. Afin d'augmenter la prise en charge, améliorer la santé des femmes voire indirectement éviter des féminicides, les pharmaciens peuvent être des acteurs légitimes dans le dépistage et l'orientation des victimes (84).

Si le rôle des pharmaciens semble émerger avec la crise sanitaire de 2020, la volonté de parler et d'être entendues des victimes explose depuis déjà 2017 avec le mouvement MeToo (101). Cependant, 88% des pharmaciens et préparateurs interrogés se disent insuffisamment formés mais plus de 80% d'entre eux sont demandeurs de formation(s) pratique(s) qui leur permettraient d'être meilleurs dans la détection et la prise en charge des violences conjugales (102). il est en effet primordial d'être formé(e) à adopter une posture adaptée, facilitant le recueil de témoignage et la confiance inspirée, d'apprendre à repérer les facteurs de risques et signes d'alerte, d'être informé(e) sur la prise en charge multidisciplinaire afin de renseigner les victimes et répondre correctement à cet enjeu de santé publique.

3.3. Le rôle du pharmacien

3.3.1 Dépistage à l'officine

Les pharmaciens d'officine jouent un rôle clef dans le dépistage et l'orientation adaptée des patients selon leurs maux ce qui en fait des acteurs incontournables de la promotion de la santé publique. Dans le cadre de la lutte contre les violences conjugales, il est essentiel

qu'ils acquièrent des réflexes adaptés afin de maintenir une vigilance face à des situations susceptibles de relever de violences domestiques.

3.3.1.1 Situations à risque

Certaines situations présentent un risque accru d'émergence ou d'accentuation des violences au sein du couple et doivent être connues afin de susciter une vigilance particulière au comptoir.

Une grossesse, une période de post-partum, des situations de fragilité professionnelle (licenciement, chômage, changement de poste, retraite...) ou personnelle (séparation, divorce, décès, addiction ou alcoolisme du conjoint...), une situation de handicap ou de discrimination, d'isolement (familial, amical, géographique...), des antécédents ou une conduite actuelle de toxicomanie, une situation de marginalisation, de prostitution sont des situations de vulnérabilité devant être appréhendés comme des situations à risque par l'équipe officinale (98,103,104).

Les patientes peuvent également avoir des comportements qui alertent sur une possible situation de violence : des conduites à risque pendant une grossesse (consommation volontaire de substances toxiques comme l'alcool, le tabac, ou d'autres drogues), une absence de suivi médical ou un déni de grossesse, une prise ou une perte de poids importante, des accidents et/ou arrêts de travail fréquents, des hospitalisations récurrentes, des conduites sexuelles à risque fréquentes, une absence de précautions ou de prévention, une ou plusieurs addictions (de la victime ou du conjoint), une attitude fuyante ou au contraire ouvertement hostile vis-à-vis des professionnels de santé (104).

Enfin, l'attitude d'un conjoint accompagnant qui répond à la place de la patiente, minimise son discours ou cherche à expliquer ses intentions, qui se montre trop présent ou pressant, l'obligeant, elle à s'effacer, constituent d'autres signaux d'alerte pour dépister, même ultérieurement, des violences domestiques (98).

3.3.1.2 Signes somatiques

Les femmes victimes de violences conjugales sont deux fois plus susceptibles que les autres de présenter un mauvais état de santé général et souffrent davantage de troubles psychologiques (dépression, anxiété, phobies...) que les autres (98,105). Les conséquences des violences sur leur santé sont plurielles et graves. Pourtant, des notions essentielles comme le cycle de la violence et les psychotraumatismes sont encore trop peu connues du corps médical. En conséquence, les victimes souffrent souvent d'errance médicale et diagnostique car l'étiologie de violences est trop rarement recherchée, encore tabou. De plus, il n'existe actuellement aucun module dédié au thème des violences, notamment conjugales, dans la formation initiale en Pharmacie, tant dans le tronc commun que lors de la spécialisation en officine.

La psychiatre spécialisée Muriel Salmona explique que les plaintes et troubles somatiques sont « multiformes, chroniques, récidivants et résistants aux diverses prises en charge ». Ils proviennent de la mémoire traumatique et du stress intense qui se manifestent à travers le corps notamment par une hypervigilance, une grande tension psychique et musculo-tendineuse. Il est essentiel de porter une attention particulière aux patientes qui considèrent ces maux comme partie intégrante de leur personnalité (caractère anxieux, dépressif...) car il s'agit parfois des seuls symptômes visibles d'un psychotraumatisme (8).

Les plaintes les plus fréquentes associées à des violences conjugales portent sur une détérioration de l'état psychologique avec des idées noires, des crises d'angoisse et de panique, une grande fatigue, des pleurs incontrôlables, des phobies, des idées ou tentatives de suicide. Un changement dans les habitudes peut aussi être noté : une négligence dans l'apparence physique, l'hygiène, une nouvelle consommation de drogues (tabac, alcool...), ou encore des troubles du comportement alimentaire (104).

Les patientes rapportent aussi des douleurs chroniques invalidantes, des troubles cardiovasculaires (palpitations, hypertension, oppressions thoraciques), des troubles digestifs (ballonnements, nausées, constipation ou diarrhée chronique, reflux gastro-œsophagien...), dermatologiques (psoriasis, poussées d'eczéma, prurit...) voire ORL (mauvaise audition, otites ou angines à répétition, acouphènes...) (8). Elles sont également plus sujettes à des troubles dits fonctionnels c'est-à-dire de troubles dont on n'identifie pas l'étiologie de

manière claire : syndrome du côlon irritable, fibromyalgie, exacerbation d'asthme, etc. (98,105).

S'il est évident que l'ensemble de ces symptômes n'est pas forcément lié à des situations de violences domestiques, il faut les questionner dès qu'aucune cause organique ne semble être clairement identifiée (81).

Lorsque la patiente souffre d'un tableau clinique régulier et source d'errance médicale, qu'elle exprime des demandes répétées au comptoir ou que son contexte médical et médicamenteux s'y prête, il faut l'interroger au sujet de situations de souffrance, de vulnérabilité, voire de violences. Les victimes de violences conjugales souffrent de solitude et d'isolement imposés par l'auteur d'abus et poser des questions permet de renouer un lien social. Enfin, bien que les soignants appréhendent de questionner ce sujet par crainte de la réaction de la victime ou par leur manque de formation, les questions sont très bien accueillies par les patientes (104).

3.3.1.3 Mésusage médicamenteux

Les victimes de violences conjugales subissent une altération de leur état général qui se manifeste sous diverses formes (psychologiques, physiques, sexuelles...). Être victime de violences au sein du couple conduit à consulter des professionnels de santé pour des motifs variés sans lien apparent les uns avec les autres (71). Les multiples maux évoqués précédemment peuvent entraîner l'usage régulier de différentes familles médicamenteuses à visée symptomatique. Ces traitements ne permettent pas une guérison de la patiente à long terme, si celle-ci n'est pas prise en charge de manière globale en prenant en compte les violences subies mais seulement une réduction des symptômes de détresse psychologique, physique ou de la douleur.

Il est donc essentiel de porter une attention particulière quant à une consommation importante et/ou régulière d'antalgiques de paliers 2 et 3 (dérivés faibles ou puissants des opioïdes et de la morphine), d'anxiolytiques (benzodiazépines), d'hypnotiques (benzodiazépines et dérivés, antihistaminiques à visée sédatrice), d'antidépresseurs voire de neuroleptiques. Ces molécules visent notamment à atténuer des symptômes dépressifs, anxieux, ainsi que des douleurs aiguës ou chroniques pouvant évoquer des violences

passées ou actuelles, d'autant plus que la dépendance ou l'automédication qui peuvent en découler mettent en danger la bonne santé voire la vie de la patiente (98).

Lors d'une délivrance médicamenteuse, l'équipe officinale a désormais un accès facilité à l'historique médicamenteux au travers du Dossier Pharmaceutique via la Carte Vitale. Cela permet de consulter non seulement l'historique des délivrances de sa propre pharmacie, mais aussi celles réalisées dans d'autres. Le pharmacien doit normalement consulter systématiquement cet historique pour s'aiguiller dans les questions à poser pour sécuriser quelque délivrance. En fonction du contexte cela ouvre la voie à la recherche de différents antécédents personnels et/ou familiaux et donc in fine au dépistage de potentielles violences, de la même manière qu'on interroge communément les autres antécédents pathologiques et médicamenteux au comptoir.

3.3.1.4 Dispositifs d'alerte existants

Il existe des signaux d'alerte discrets qui peuvent être utilisés par des victimes au comptoir.

En 2015, la « Black Dot Campaign », ou « Campagne du Point Noir » est lancée par une ex-victime de violences conjugales. Elle crée un signe distinctif permettant de signaler discrètement un appel à l'aide, discret mais impactant. Il s'agit d'un point noir dessiné au centre de la paume de la main (106).



Figure 4 : Le signal d'alerte "point noir" (106)

Le confinement de la pandémie de Covid-19 donne une nouvelle impulsion à la création de ces codes. Celui de « Masque-19 » créé en collaboration entre l'Ordre national des pharmaciens français et le ministère de l'Intérieur vise à permettre une intervention rapide des forces de l'ordre, elles aussi théoriquement formées à ce message codé. Le pharmacien prend les coordonnées de la patiente, prétendument pour la joindre une fois le promis arrivé pour en réalité déclencher une alerte discrète auprès des services adéquats, en prétendant passer commande au téléphone. Ce fonctionnement permet d'agir même avec l'auteur d'abus présent (98,99).

Au même moment, la Fondation des Femmes canadienne imagine un code silencieux qui pourrait être utilisé en face à face tout comme pendant une visioconférence, pratique largement démocratisée pendant le confinement de mars 2020. Il s'agit d'un geste de la main avec le pouce plié contre la paume, puis on replie les autres doigts initialement tendus. Ce signe peut être répété plusieurs fois d'affilée. C'est un appel à l'aide demandant une prise de contact (107). Comme le « black dot », il peut être utilisé quand la communication orale est difficile ou impossible.

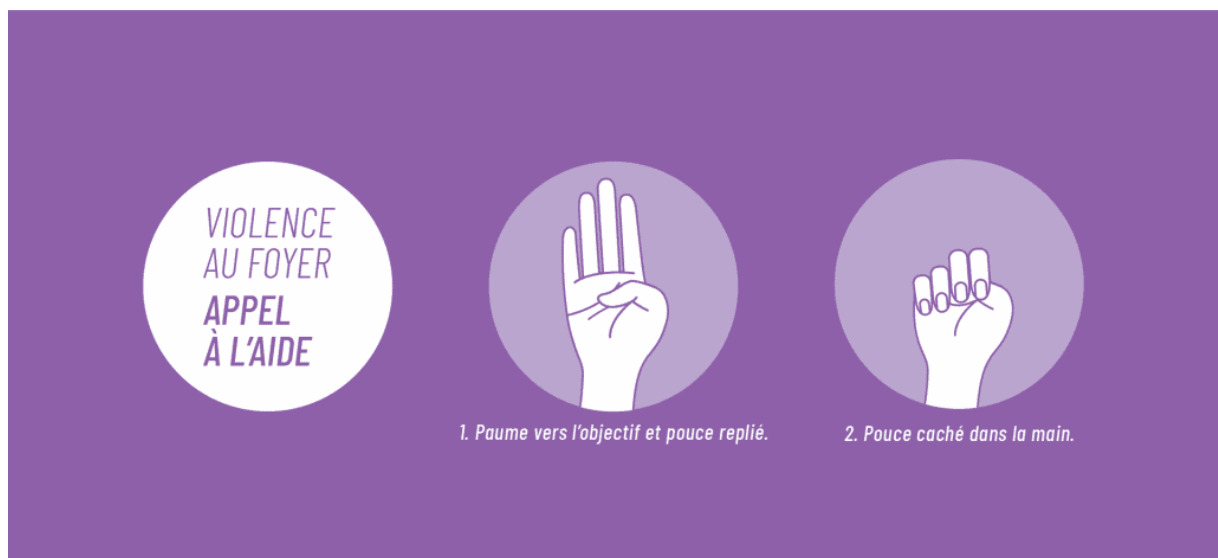


Figure 5 : Geste de la main pour demander de l'aide silencieusement (108)

3.3.1.5 Ouvrir le dialogue face à un repérage suspect

Les soignants hésitent encore trop souvent à dépister les violences domestiques comme ils le font pour d'autres antécédents médicaux. Le tabou autour des violences conjugales les rend mal à l'aise et les pousse à ne pas « s'immiscer » dans une « intimité » où ils ne se sentent légitimes d'intervenir. C'est pourquoi il est crucial de changer cette vision en rendant aux violences conjugales leur place centrale d'enjeu de santé publique. Leur dépistage doit devenir courant et systématique car ces violences se manifestent de manière plurielle et leurs conséquences sont multiples et graves pour la santé des victimes.

Les soignants craignent aussi de dépister car ils se sentent souvent insuffisamment formés. Il est donc essentiel d'intégrer cette thématique dans la formation initiale des pharmaciens

ainsi que dans l'offre des formations continues proposées tout au long de la vie professionnelle.

Une large majorité de répondants (88%) à un questionnaire de thèse de Pharmacie estime ne pas être suffisamment préparée pour faire face à de telles situations et plus de 80% se disent intéressés par une formation spécifique. Seulement 9,8% des équipes officinales interrogées estiment avoir adopté une posture professionnelle adaptée pour gérer l'accueil d'une victime de violences conjugales tandis que plus de 53% pense ne pas avoir eu « du tout » ou seulement partiellement une bonne posture (102).

Le dépistage, pourtant, est généralement très bien perçu. Les réactions les plus fréquentes sont une incompréhension initiale de la question posée permettant alors d'ouvrir le dialogue (« Pourquoi me pesez-vous la question ? » « Comment avez-vous su ? ») avec un soulagement de pouvoir briser le secret (71).

Le Dr Gilles Lazimi, médecin et militant associatif en Seine-Saint-Denis, souligne l'importance du dépistage systématique : « Il faut poser les questions des violences sinon les patientes ne vont pas nous le dire. Elles ne veulent pas nous faire du mal, nous mettre en difficulté, elles ont honte et se sentent responsables des violences qu'elles subissent ». La gynécologue obstétricienne à la Maison des Femmes de Saint Denis, Dr Ghada Hatem ajoute qu'en plus d'accepter positivement ce questionnement, l'aborder améliore à court et long terme la santé des patientes (81).

Si le dépistage systématique des antécédents de violences est recommandé particulièrement aux médecins et aux sage-femmes, il ne peut pas être mené de la même manière par les pharmaciens. Une salle de consultation offre un espace sécurisant et favorise la discussion de sujets sensibles. Si les espaces de confidentialité (salles de vaccination, d'entretien pharmaceutique, d'orthopédie...) deviennent une norme en officine grâce aux nouvelles missions, la plupart des échanges se font d'abord et en majorité au comptoir, ce qui n'est pas idéal.

L'approche du pharmacien peut donc varier et il doit se montrer souple. Le thème des violences conjugales peut être abordé de manière plus indirecte au comptoir : « Comment ça se passe dans la famille en ce moment ? », « Comment vous sentez-vous, êtes-vous tracassée par quelque chose ? », « Y a-t-il une situation actuelle ou passée qui vous fait souffrir ? » ... ces questions plus subtiles permettent d'aborder les relations intra-familiales ou amoureuses et d'évaluer l'état de santé de la patiente (71).

L'essentiel est que les pharmaciens soient à l'aise avec la manière dont ils formulent leurs questions, qu'ils évitent de brusquer leurs interlocutrices, instaurent un espace de confiance pour pouvoir guider la discussion pour la mener vers des questions plus précises (98).

3.3.2. Limites du rôle des pharmaciens officinaux

Il existe des limites au rôle que peuvent avoir les pharmaciens officinaux dans la lutte contre les violences conjugales. La plus évidente tient à l'agencement spatial des pharmacies : malgré l'existence d'espaces de confidentialité, l'organisation actuelle des lieux ne facilite pas leur dépistage ni leur prise en charge. De plus, les pharmaciens ne font pas partie des professionnels de santé autorisés à établir des documents tels que des arrêts de travail ou attestations de coups et blessures. Leur rôle doit donc se centrer autour de l'accueil, l'écoute, la délivrance d'informations fiables à la victime, l'appel éventuel aux secours et la réorientation vers des structures spécialisées (97).

Les pharmaciens officinaux, comme les autres professionnels de santé non spécialistes, ne connaissent pas toutes les informations ou aides à conseiller à une victime. Il faut donc avoir des connaissances élémentaires et des réflexes adaptés : pour favoriser la bonne réorientation vers des structures spécialisées nationales et locales en sachant quelle posture professionnelle adopter.

Un autre aspect limitant moins évident est la réaction face aux psychotraumatismes des victimes. L'experte psychiatre Muriel Salmona explique que les violences ont non seulement un pouvoir de sidération sur les victimes mais aussi sur les témoins, proches et professionnels les accompagnant. Il est donc essentiel pour le pharmacien de connaître l'existence et le fonctionnement des psychotraumatismes, comment il peut lui-même y être exposé en tant que témoin et aidant afin de limiter les risques d'être traumatisé et sortir d'un état de sidération qui nuirait à la prise en charge des patientes (8).

La méconnaissance des psychotraumatismes et leurs conséquences produit un double isolement : celui de la victime qui se tait de peur de traumatiser son entourage, de ne pas être crue et celui de l'entourage vis-à-vis de la victime, sidéré et incapable de se confronter à des violences qui leur paraissent intolérables. La victime rencontre des difficultés à trouver une protection auprès de son entourage social déjà souvent fragilisé et peut même

subir du rejet de leur part. C'est pourquoi être informé et formé aux psychotraumatismes est essentiel : pour prendre du recul sur ses réactions et « reconstruire les émotions adéquates » pour une bonne prise en charge des victimes (8).

Enfin si le pharmacien a lui-même un passé traumatique, le récit de violences peut raviver sa mémoire traumatique et provoquer un état de dissociation. Alors que la victime cherche à trouver de la protection auprès de la figure soignante, le professionnel de santé peut décompenser, avoir des réactions inadaptées jusqu'à la maltraitance, voire relever de la non-assistance à personne en danger. La personne soignante peut par exemple être submergée par des angoisses non maîtrisées, de l'agressivité, de l'irritabilité, ne pas manifester d'empathie ou de bienveillance, rejeter alors la victime. Il peut aussi réagir avec confusion, sidération et banaliser les violences subies. C'est pourquoi pour assurer une prise en charge de qualité des victimes de violences notamment conjugales il est intéressant que les pharmaciens soient conscients de leur passé traumatique, des répercussions qu'il peut avoir dans leur rapport actuel au monde et qu'ils apprennent à identifier et réguler leur propre réponse émotionnelle (8).

3.3.3 L'interprofessionnalité nécessaire

Les équipes officinales jouent un rôle essentiel de prévention et de dépistage auprès de la population. La prise en charge des violences conjugales peut commencer par elles, mais il est essentiel que les patientes soient épaulées de manière pluridisciplinaire. Les violences conjugales étant plurielles et graves nécessitent une coordination des soins, un partage d'informations et donc une collaboration entre les différents professionnels (professionnels de santé, psychologues, juristes, avocats, professionnels spécialisés dans l'aide aux victimes...) pour une aide efficace (71,109).

Alors que l'orientation vers les forces de l'ordre ou le médecin traitant est souvent faite, il est essentiel pour l'équipe officinale de connaître les associations locales ou nationales ou comment accéder aux informations les concernant car il s'agit de structures spécialisées où travaillent des professionnels experts (psychologues, travailleurs sociaux, juristes, professionnels de santé...) qui vont accompagner la victime tout au long de son parcours de façon personnalisée en fonction de ses besoins spécifiques (98).

3.4. Pour un vade-mecum de la PEC des victimes de violences conjugales à l'officine

92% des équipes officinales se déclarent intéressées par des documents de formation pour les aider à détecter et prendre en charge les violences faites aux femmes à l'officine (102). La section suivante sera consacrée à la présentation d'outils de formation, généraux et spécifiques aux professionnels de l'officine ainsi qu'aux bonnes pratiques pour la prise en charge des victimes de violence conjugale en officine.

3.4.1 Outils à la disposition des pharmaciens

3.4.1.1 Outils d'aide au dépistage

Le Violentomètre est un outil de sensibilisation aux violences conjugales. Créé en 2018 à l'initiative de la mairie de Paris, de l'Observatoire des violences faites aux femmes de Seine-Saint-Denis et Paris et l'association En Avant Toute(s), il a été adapté ensuite par le Centre Hubertine Auclert. Cet outil se présente sous la forme d'une règle graduée permettant de « mesurer » la gravité des violences au sein du couple (110). Il pourrait devenir un outil clef de dépistage en officine en s'aidant des exemples concrets qu'il propose. En effet, il peut être placé dans les salles de confidentialité pour des discussions discrètes ou laissé sur les comptoirs pour ouvrir le dialogue et susciter l'intérêt. Il est disponible à la commande et à la livraison en Ile-de-France ou en téléchargement pour le reste du territoire français.

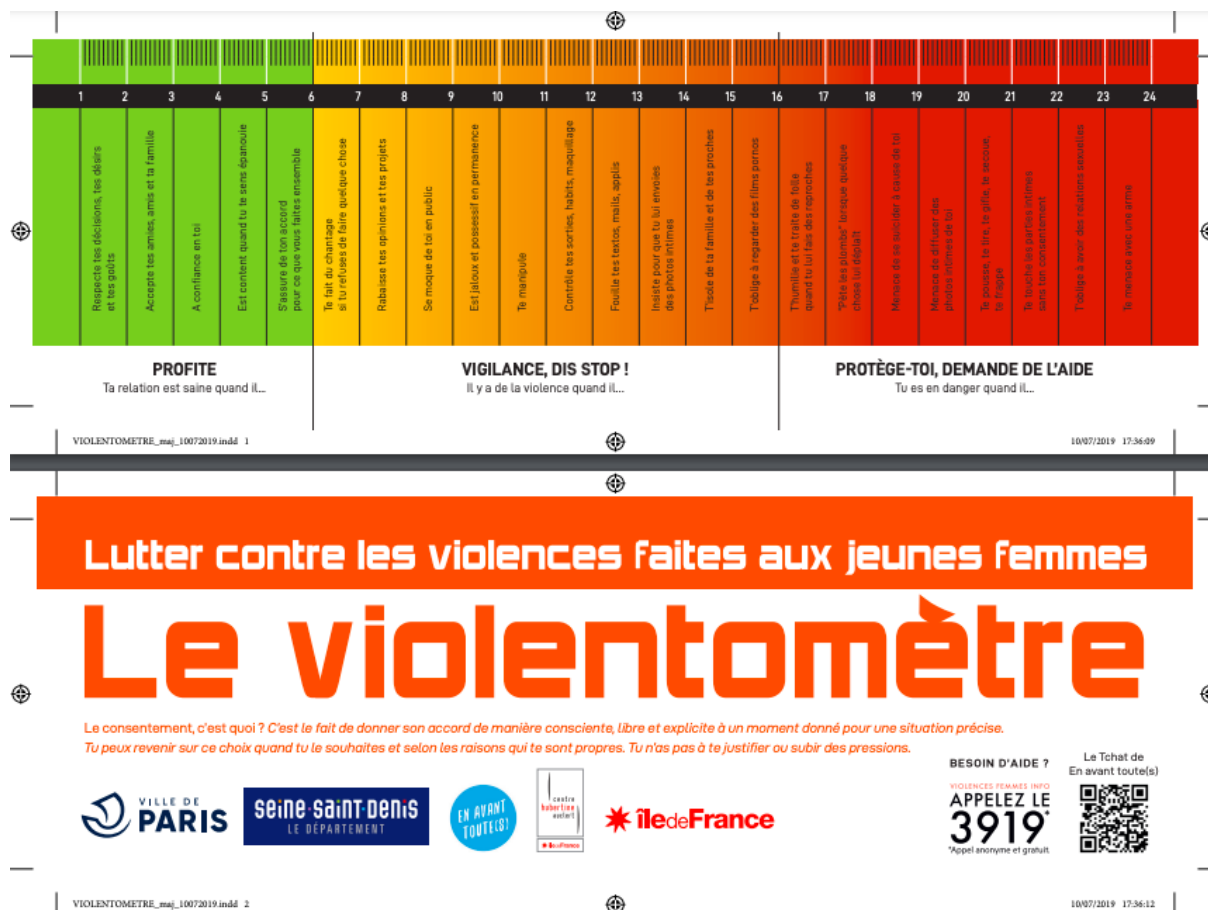


Figure 6 : Le violentomètre (110)

Le CESPARM est un organisme dédié à l'éducation à la santé des patients et constitue un outil d'aide à la prévention sanitaire pour les pharmaciens. Sur son site web, un catalogue regroupe diverses thématiques de santé avec des affiches, des flyers et des fiches pratiques destinés aux professionnels.

Une « Roue des violences » a été créée de concert avec le secrétaire d'État chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations (111). Placée sur les comptoirs ou dans les salles de confidentialité des officines, cet outil pourrait compléter le Violentomètre. En effet, la roue aborde les différentes formes de violences (économiques, physiques, sexuelles et sexistes, psychologiques) en les classant par niveaux de « gravité », allant de « attention » à « interdit ». Des exemples concrets sont également présents pour chaque type de violence. Par exemple dans la catégorie « violences sexuelles/sexistes », l'exemple « Interdit » est « il me force à avoir des relations sexuelles » et celui « Attention » est « il nie mes désirs ». Ces exemples permettent aussi d'introduire

Il ne faut pas interpréter à tort l'apparente « bonne réaction » des victimes qui paraissent calmes et peu impliquées par les violences qui les concernent. Cette attitude peut être la manifestation d'une dissociation, d'un choc ou d'une anesthésie émotionnelle (8). Les pharmaciens doivent être formés à cette dimension psychologique afin de comprendre les comportements apparemment paradoxaux ou inadaptés des patientes.

A cette fin, la MIPROF met à disposition des kits pédagogiques développés en collaboration avec des équipes pluridisciplinaires expertes. Ces kits, accessibles sur le site arrêtonslesviolences.gouv.fr dans l'onglet « Je suis professionnel », couvrent différentes thématiques liées aux violences telles que les violences au sein du couple, les protections juridiques existantes, quoi faire en cas de contact avec une femme majeure victime de violences.

LES VIOLENCES SEXISTES ET SEXUELLES SONT INTERDITES ET PUNIES PAR LA LOI

J'AI BESOIN D'AIDE **JE SUIS TÉMOIN** **JE SUIS PROFESSIONNEL**

#NERIENLAISSERPASSER

Figure 8 : Site arrêtonslesviolences.gouv.fr (112)

Le kit « Anna », dédié aux violences conjugales, est téléchargeable. Il comprend un court-métrage illustrant la violence et ses mécanismes, sa détection par un professionnel de santé ainsi que l'orientation de la victime. Il contient également des livrets de formation adaptés spécifiquement à chaque profession, abordant les points clefs des violences conjugales et propose des conseils spécifiques à chaque métier (112).

Table des matières	
INTRODUCTION : POURQUOI CE LIVRET ?	5
I. LES VIOLENCES AU SEIN DU COUPLE : DE QUOI PARLE-T-ON ?	7
1. Définition	7
2. Quelques données en France	8
3. Les différences entre conflits conjugaux et violences au sein du couple	11
4. Ce que dit la loi	12
5. Les formes de violences au sein du couple	14
6. Le cycle de la violence : un cercle vicieux	17
7. Les stratégies de l'agresseur	19
8. L'impact de la stratégie de l'agresseur sur la femme victime	20
9. Les conséquences des violences pour la victime	22
10. Les mécanismes neurobiologiques impliqués dans les conséquences psychotraumatiques des violences	25
11. Les conséquences pour les enfants exposés aux violences au sein du couple	28
II. L'INTERVENTION DU PHARMACIEN OU DE LA PHARMACIENNE AUPRES DES VICTIMES DE VIOLENCES AU SEIN DU COUPLE	31
1. Les spécificités de l'intervention auprès d'une victime de violences au sein du couple	31
2. Posture professionnelle recommandée	34
3. Repérage d'une situation de violences au sein du couple	36
3.1 Que faire si une femme révèle spontanément les violences subies au sein de son couple ?	36
3.2 Que faire en cas de suspicion d'une situation de violences au sein du couple ?	37
4. Orientation d'une victime de violences au sein du couple	39
L'orientation vers un réseau médical	39
L'orientation vers le réseau d'accompagnement social, judiciaire et associatif	39
5. Logigramme décisionnel	42
ANNEXE 1 : UN DISPOSITIF PARTENARIAL DE REPERAGE, D'ACCOMPAGNEMENT ET DE PRISE EN CHARGE DE LA FEMME VICTIME AU SEIN DU COUPLE	44
ANNEXE 2 : CONSEILS PRATIQUES POUR PREPARER LA SEPARATION	45
ANNEXE 3 : CONTACTS UTILES	46
ANNEXE 4 : LISTE DES OUTILS PEDAGOGIQUES DE LA MIPROF	47
ANNEXE 5 : L'AFFICHE DE LA CAMPAGNE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES	49

Figure 9 : Table des matières du livret d'accompagnement du court-métrage « Anna », destiné aux pharmaciens (112)

La Haute Autorité de Santé met également à disposition sur son site (www.has-sante.fr) des recommandations de bonnes pratiques pour le repérage des femmes victimes de violences conjugales. Celles-ci s'adressent à tous les professionnels de santé avec des messages clefs. En complément, une vidéo d'une minute sur le repérage des violences et le replay d'un webinaire organisé en collaboration avec le *Quotidien du Médecin* sont disponibles. Enfin, plusieurs fiches pratiques comme « Comment agir », « Comment repérer-évaluer », « Recommandations », « Prévenir, repérer, protéger, accompagner » peuvent être téléchargées gratuitement (113).

De plus, dans le cadre de leur formation continue, les professionnels peuvent s'inscrire à des Diplômes d'Université (DU) portant sur les violences de genre. L'université Paris 8 en propose un, intitulé « Violences faites aux femmes » destiné de manière large aux travailleurs sociaux et pas seulement aux professionnels de santé. Ce programme vise à fournir des compétences pratiques applicables en milieu professionnel, comme la mise en œuvre de préconisations thérapeutiques ou éducatives, la prise en charge et l'orientation des victimes tout proposant une solide compréhension des violences conjugales, du secret professionnel, ce qu'il autorise ou interdit, l'état du droit applicable et les conséquences sur la santé des victimes (114).

3.4.1.3 Outils spécifiques aux officines

Les pharmaciens officinaux jouent un rôle clef dans la promotion de la santé publique. À ce titre il est fréquent de voir en pharmacie des affiches portant sur des enjeux sanitaires actuels tels que la vaccination contre la grippe et le Covid-19, le dépistage du cancer du sein ou encore celui du cancer colorectal.

Il existe des affiches concernant la prévention des violences conjugales. Elles sont mises à disposition gratuitement par le CESPARM sur son site internet. Des documents de référence et des fiches pratiques destinées aux équipes officinales y sont également disponibles pour permettre l'apprentissage d'une bonne prise en charge des victimes (115), disponibles dans la rubrique « violences/maltraitances » du catalogue du site web www.cespharm.fr.



Figure 10 : Violences familiales - Affiche 1 (115)



Figure 11: Violences familiales - Affiche 2 (115)



Figure 12 : Violences faites aux femmes - Tous mobilisés (115)

Il est courant que les officines participent aux campagnes de dépistage ou de sensibilisation en santé publique. La Journée internationale pour l'élimination des violences faites aux femmes, célébrée chaque 25 novembre, pourrait ainsi être l'occasion de sensibiliser et d'éduquer les patients à ce sujet important de manière régulière. Laisser ce type d'affiche visible toute l'année au niveau des comptoirs, des murs ou encore des portes à la même visée que laisser les flyers (violentomètre, roue des violences) disponibles pour tous et toutes sur les comptoirs : montrer l'engagement, la disponibilité et la compétence de l'équipe officinale vis-à-vis de cette problématique.

3.4.2 Bonnes pratiques officinales

La mission des pharmaciens officinaux en matière de prévention, d'information et d'orientation des patientes est essentielle dans la lutte contre les violences conjugales. En aiguillant les victimes vers des spécialistes et/ou les forces de l'ordre, ils peuvent jouer un

rôle clef pour les faire entrer dans une prise en charge pluridisciplinaire. Cela nécessite une formation spécifique et complète.

3.4.2.1 Dépister

La sensibilisation des équipes officinales aux violences conjugales permet de faciliter leur dépistage au sein de la population générale. Il s'agit d'un premier pas pour encourager les victimes à intégrer un parcours de prise en charge interdisciplinaire (98).

Le dépistage des violences conjugales repose sur une bonne compréhension du fonctionnement du cycle de la violence, du contrôle coercitif, des psychotraumatismes et leurs conséquences multiples sur la santé. Ces connaissances permettent de maintenir un état de vigilance notamment face à certaines situations, comportements ou réactions. Les recommandations conjointes de la MIPROF et de la HAS soulignent trois axes de vigilance principaux (116) :

Le langage non verbal de la patiente : les gestes, attitudes et regards révélateurs de tension, d'une attitude de fuite, de crainte ou d'angoisse.

Les signes cliniques : des blessures physiques, ponctuelles ou récurrentes, accompagnées d'explications floues, confuses, ou d'un refus d'en parler. Un état de santé dégradé avec un parcours médical marqué d'errances et pour lequel diverses classes médicamenteuses sont utilisées sans forcément de résultats, des abus de substances (médicaments, stupéfiants, alcool...) voire des addictions, une santé mentale dégradée (anxiété, dépression, idéations suicidaires...) ainsi que des symptômes chroniques (douleurs, fatigue, troubles digestifs, gynécologiques).

Le comportement du conjoint : des comportements inadaptés, rapportés par la patiente ou observés à l'officine tels que le refus de laisser la conjointe seule, la surveillance des échanges avec l'équipe officinale, prise de décision à sa place, minimisation de ses symptômes, violence administrative (privation de moyens de paiement, carte vitale, carte de mutuelle, contrôle son budget etc.).

Selon le contexte différentes questions peuvent être posées tant au comptoir qu'en espace de confidentialité. Ces questions sont bien acceptées, il ne faut pas craindre de les poser car elles permettent de briser le silence dans lequel les victimes se sentent piégées (104).

Le questionnement peut être orienté de différentes manières : par exemple, en demandant comment se passe la vie à la maison, si la patiente enceinte se sent soutenue dans sa grossesse ou dans son environnement familial. On peut également relier certaines observations cliniques aux violences : « Il arrive que des patientes présentant les mêmes symptômes soient victimes de violences. Est-ce votre cas ? », ou encore « Parfois, ces symptômes peuvent être liés à du stress, ou à de la violence à la maison. Est-ce votre situation ? » (116).

Il est également possible de poser des questions plus directes pour orienter l'entretien : « Vivez-vous des situations stressantes ? » ou même aborder directement le sujet des violences « Avez-vous déjà vécu des situations de violence ? » comme on le ferait pour d'autres antécédents médicaux (104).

3.4.2.2 Accueillir

Savoir dépister implique aussi savoir accueillir les réactions des patientes. Parfois, malgré la main tendue certaines patientes ne souhaitent pas échanger ou révéler des violences suspectées. Il est important d'apprendre à gérer ce refus sans le prendre personnellement car il ne s'agit pas d'un échec thérapeutique. Il faut manifester aux patientes qu'elles ont le choix, que ce choix est respecté et qu'elles peuvent revenir plus tard si elles le souhaitent. Parler des violences subies est souvent très difficile pour les victimes en raison de facteurs multiples, parfois inconscients, qui se renforcent les uns les autres. Ces facteurs incluent des psychotraumatismes, avec la mémoire et la dissociation traumatiques, une angoisse constante liée à une sensation de danger permanent, la peur de ne pas être crue ainsi que des sentiments de honte et de culpabilité. Ces éléments peuvent expliquer une apparente instabilité, des discours changeants ou contradictoires, un détachement des faits pourtant graves, voire de leur minimisation. Il ne faut pas les interpréter comme une ambivalence ou une co-responsabilité de la victime, mais comme étant proportionnels à la gravité de la situation (116).

Un accueil de qualité d'une victime de violences nécessite que le pharmacien travaille sur sa propre relation à la violence. Si le récit d'une patiente peut traumatiser le pharmacien en tant que témoin, cela peut aussi raviver ses propres traumatismes. Cette résonance peut générer des réactions émotionnelles telles que le rejet, la colère, l'agacement, l'angoisse, la

dissociation émotionnelle qui seront susceptibles d'altérer la qualité de l'aide que vient chercher la victime. Le professionnel de santé doit savoir reconnaître et comprendre ses propres réactions afin d'assurer un accompagnement adapté pour ces patientes (8,116).

Le premier contact sera déterminant pour instaurer un lien de confiance, indispensable pour espérer faire entrer la patiente dans un parcours de prise en charge médicojudiciaire. Il est donc essentiel que le pharmacien ait une posture verbale et non verbale opposée à celle de l'agresseur. Cela commence par des signes visibles montrant que la pharmacie se positionne comme un lieu d'accueil où l'équipe est sensibilisée aux enjeux de violences conjugales, notamment grâce à l'affichage de posters ou affiches dans les locaux grand-public et la mise à disposition en libre-service de flyers et documents dédiés. Ce positionnement fort implique nécessairement la formation du personnel car la manière dont une victime est accueillie lors d'un premier échange influence profondément sa perception du système médico-socio-judiciaire et de sa capacité à lui apporter de l'aide (98,103).

Il faut proposer un espace confidentiel, à l'écart du comptoir et des allées et venues, qui sécurise la patiente et lui offre un espace d'expression. Qu'elle décide de parler ou non, cela lui montre que sa pharmacie est un lieu sécurisant où sa parole sera accueillie, entendue et respectée.

Il convient de laisser parler la patiente à son rythme, de respecter sa parole comme ses temps de silence, d'hésitation, de reformulation ou de confusion. L'attitude attendue est une attitude bienveillante, absolument absente de jugement, en reconnaissant la patiente dans son statut de victime (98). Dans le cadre de la prise en charge médicale, il ne revient ni au pharmacien ni à son équipe de juger de la véracité des faits, ou d'attendre une décision judiciaire pour lui apporter aide et soutien. Ainsi, la qualité de la communication est essentielle :

Proscrire toutes les questions débutant par « Pourquoi » qui induisent une forme de culpabilisation (« Pourquoi ne portez-vous pas plainte ? », « Pourquoi n'êtes-vous pas partie ? ») ainsi que toute minimisation ou remise en cause des propos confiés (« Ce n'est pas si grave » « Ça va s'arranger entre vous ») (116).

Employer un vocabulaire et des expressions adaptées, précises et respectueuses : il convient donc d'éviter les formulations culpabilisantes comme « Se faire violer » et préférer des expressions comme « Avoir subi un viol », « Avoir été violée ».

Ne pas utiliser des mots à consonnance affective pour désigner l'agresseur (papa, tonton, pépé, maman, nounou...) au profit d'un vocabulaire neutre et factuel « votre père/oncle/mère... ».

Utiliser un lexique médical relevant de l'agression et non pas de la relation sexuelle consentie : ne pas utiliser les mots « fellation », « rapports », « caresse » mais préférer les termes de « viol », « pénétration vaginale, buccale, anale imposée » (104).

Exprimer clairement sa foi en la parole de la victime est un levier fondamental pour briser le tabou et favoriser l'entrée de la victime dans un processus d'aide. Pour cela, avoir une posture de « bienveillance médicale » est essentielle. À défaut, le risque est de renforcer la défiance, le sentiment d'abandon et d'isolement, voire d'aggraver et d'éloigner la victime d'un début de prise en charge, avec des conséquences graves sur sa santé immédiate et à long terme.

Il est essentiel de verbaliser à la patiente qu'on la croit : « Ce n'est pas votre faute », « Je vous crois », « Vous n'y êtes pour rien », « C'est la faute de l'agresseur », « La loi interdit ces violences », « Vous pouvez être aidée », « Vous n'êtes pas responsable des violences que vous subissez », « Vous n'êtes pas seule », « Je suis là pour vous aider, pour vous accompagner », « Nos échanges sont protégés par le secret médical », « Il existe des ressources pour vous venir en aide ».

Pratiquer l'écoute active : il s'agit de laisser à la patiente le temps et l'espace nécessaires pour qu'elle s'exprime. Le pharmacien l'encourage et reformule ce qu'elle dit pour lui signifier qu'elle est écoutée mais aussi pour l'aider à se réapproprier ses propos et son histoire. Cela permet à la victime de reconstruire sa propre narration en dehors de celle de l'agresseur.

Tenir compte des psychotraumatismes et des conséquences qu'ils ont sur la victime comme les troubles de la mémoire, de la confusion, une sensation d'irréalité liés à la dissociation et la mémoire traumatiques. L'énonciation des faits est rendue difficile par l'angoisse, il existe une tendance à minimiser les violences en raison d'une perte d'estime de soi, ainsi que la possibilité d'observer une personne qui semble froide, distante des faits, dénuée de

tout affect ou émotion apparents. Il est donc essentiel de ne pas porter de jugement sur les comportements et attitudes de la victime, même lorsqu'ils semblent paradoxaux ou déconcertants car ces réactions sont liées au contexte de violence et aux mécanismes de survie mis en place (8,104).

3.4.2.3 Informer

Les victimes de violences conjugales sont isolées et soumises au contrôle coercitif de leur agresseur. Prendre position fermement contre les violences subies, les condamner en nommant les faits et en rappelant qu'aucun acte ou parole ne les justifie est la première démarche essentielle à faire, mais pas suffisante. Délivrer des informations claires est nécessaire pour rompre l'isolement, amorcer un départ, une prise de conscience ou de décision de la victime (104). Il est donc nécessaire d'être compétent d'autant plus que le manque d'informations constitue un frein important à l'émancipation des femmes victimes (98). Les pharmaciens n'étant pas des professionnels spécialistes des violences conjugales, ils doivent cibler les informations essentielles et les délivrer de la manière la plus claire possible.

3.4.2.3.1 Informations d'ordre médical

À la suite d'un viol ou de violences, il est possible de se rendre chez son médecin traitant, un médecin spécialisé en médecine générale ou en gynécologie, ou un(e) sage-femme afin de faire constater des blessures physiques ou psychologiques, avoir un certificat médical avec ou sans ITT et assurer un suivi à court et long terme. Cependant, le certificat médical établi chez ces professionnels n'a pas la même valeur qu'un examen médico-légal qui sera réalisé en UMJ.

L'UMJ est le lieu de référence pour effectuer des examens médicaux utilisables ensuite dans une procédure judiciaire. Comme les professionnels cités précédemment, les médecins, ici spécialement formés aux violences pourront établir un certificat médical. La différence s'inscrit plutôt dans la manière de procéder audit examen : des échantillons biologiques (salive, sang, cheveux, sperme...) peuvent être prélevés (préférentiellement dans un délai court) à la recherche de matériel génétique ou de molécules toxiques. Un examen détaillé des organes génitaux et para-génitaux est couramment réalisé en cas de violences sexuelles et/ou physiques. Les blessures seront documentées précisément et les

retentissements psychologiques recherchés (état de stress aigu, de choc, de détresse, dissociation traumatique...). Un test de grossesse peut être réalisé, tout comme le dépistage des infections sexuellement transmissibles, voire d'autres examens complémentaires (scanners, radios...) tout comme des traitements prophylactiques contre les IST.

Les UMJ sont accessibles gratuitement aux victimes. En cas d'urgence, on peut d'abord de se présenter aux urgences hospitalières qui orientent ensuite vers cette structure. Certaines de ces structures conservent les prélèvements biologiques en attendant une décision potentielle de la victime de déposer plainte.

Quel que soit le type de praticiens ou structures vers lesquels on se tourne, en cas de blessures physiques et/ou sexuelles, il faut conseiller à la patiente de ne pas se laver, de conserver toutes potentielles pièces à conviction (vêtements, linge, objets souillés...) afin que des prélèvements puissent être faits pour étayer le dossier médicojudiciaire.

Expliquer les mécanismes du contrôle coercitif et des psychotraumatismes pour que la victime comprenne ce qui lui arrive, et qu'elle est victime. Il est important de l'informer pour commencer un processus de sortie de l'emprise, pour l'épauler dans un processus de reconstruction de sa dignité. Lui expliquer que l'agresseur construit ses stratégies de domination à partir du sexisme banalisé. Ainsi, les violences s'installent le plus souvent insidieusement. Enfin, expliquer que la mémoire traumatique qui la colonise peut-être source de grande confusion car elle mélange son point de vue à celui de l'agresseur. Elle peut être envahie non seulement par ses propres émotions, sensations, douleurs mais aussi par les comportements, paroles voire excitation perverse de l'agresseur. Préciser qu'il s'agit de mécanismes psychologiques réflexes liés au dépassement des capacités d'entendement rationnel du cerveau et qu'elle n'est ni folle, ni coupable. Il est important de lui signifier qu'elle n'est pas ce que la mémoire traumatique met en scène (117).

Expliquer le cycle de la violence est essentiel pour éclairer les victimes sur la dynamique de leur situation. Expliquer les différentes phases permet de reconnaître que les violences ne sont pas un simple « conflit » de couple, mais une dynamique récurrente malsaine et dangereuse. Cela les déculpabilise et aide à rompre l'illusion de l'espoir d'un changement. Cela leur donne des armes pour prendre du recul, reconnaître les signaux des différentes phases pour mieux se préparer mentalement et matériellement à une nouvelle crise.

Expliquer que les violences conjugales (physique, sexuelle, psychologique, verbale, économiques...) revêtent des formes multiples, insidieuses et invisibles rendant leur

reconnaissance par la personne qui les subit difficile. Nommer et informer à propos de ces violences permet à la victime de reconnaître que ce qu'elle vit est bien une forme de violence. Cela lui permet aussi d'identifier ses besoins spécifiques (mise en sécurité, aide juridique, etc.), de se sentir légitime dans ses souffrances et de comprendre qu'il n'y a pas besoin d'attendre qu'il y ait de violence physique pour chercher de l'aide.

3.4.2.3.2 Informations d'ordre socio-judiciaire

Les pharmaciens ne sont pas des spécialistes du droit pénal, mais il est essentiel qu'ils soient capables de relayer des informations basiques. Ces éléments, mêmes succincts, peuvent contribuer à amorcer une prise de décision et une orientation de la victime vers des structures adaptées.

Il est possible de quitter le domicile conjugal avec les enfants, en informant les forces de l'ordre (police ou gendarmerie) via une main courante, afin de prévenir toute accusation ultérieure d'enlèvement d'enfant ou d'abandon de domicile (113).

Une ordonnance de protection peut être demandée auprès du juge aux affaires familiales, même en l'absence de dépôt de plainte ou de jugement (113). Ce dispositif permet aux victimes de bénéficier de mesures de protection urgentes. Elle vise à éloigner voire interdire l'agresseur présumé d'entrer en contact avec la victime (voire ses enfants) ou encore d'attribuer un logement à la personne demandeuse. Des témoignages écrits, datés et signés de proches (famille, amis, collègues, voisins, etc.) constituent des preuves pertinentes pour appuyer le dossier d'obtention de cette mesure (98,118).

Le téléphone grave danger est un outil de protection renforcé attribué par le ou la procureur(e) à certaines victimes de violences conjugales considérées comme étant en grand danger, dont on estime que l'auteur d'abus est à grand risque de récidive. Grâce à la géolocalisation de la victime, ce dispositif permet d'alerter très rapidement les forces de l'ordre en cas de danger grave et imminent.

Le bracelet antirapprochement est un autre outil de protection mis en place dans le cadre d'une ordonnance d'éloignement. Il localise l'agresseur présumé et alerte les forces de l'ordre et la victime en cas de violation du périmètre de sécurité.

L'examen médico-légal réalisé en Unité-Médico-Judiciaire est effectué sur demande des forces de l'ordre ou sur orientation par les services d'urgence hospitaliers.

Les associations d'aide aux victimes jouent un rôle central dans l'accompagnement. Elles proposent un soutien pluridisciplinaire avec une aide pour les démarches juridiques (par exemple pour obtenir une ordonnance de protection), un soutien psychologique, ou encore une aide pour obtenir un logement.

L'hébergement d'urgence peut être demandé via le 15, en lien avec le Service Intégré d'Accueil et d'Orientation (SIAO). Cela permet une mise à l'abri rapide parfois accompagnée d'un soutien social, juridique et psychologique.

Il est pertinent de rappeler que l'accès à la plupart de ces aides n'est pas conditionné par un dépôt de plainte. C'est une information clef à délivrer, car la plupart des femmes victimes de violences ne font pas appel à la Justice.

3.4.2.3.3 Informations d'ordre pratique

Il est important de recommander à la victime un scénario de protection pour préparer son départ ou sa mise en sécurité en cas de danger imminent. Ce plan inclut les actions suivantes (116) :

Mettre ses documents importants en sécurité : ils peuvent être déposés en lieu sûr, comme dans une association, chez un(e) notaire ou avocat(e) (98,118). La plateforme gratuite et sécurisée www.memo-de-vie.org permet d'y conserver une version scannée dématérialisée, accessible à tout moment pour impression. Cette démarche est conseillée pour les pièces essentielles comme les papiers d'identité, la carte vitale, les bulletins de salaire, les diplômes, les documents bancaires et de propriété, les certificats médicaux, les récépissés de dépôt de plainte ou de main courante, décisions judiciaires diverses, etc.

Recenser une liste de numéros d'urgence : qu'il s'agisse de numéros nationaux ou de proches, les apprendre par cœur.

Établir un message codé avec des proches : pour donner l'alerte en cas de danger et identifier si possible un lieu refuge en cas de départ (113).

Apprendre aux enfants la conduite à tenir en cas de danger (savoir téléphoner, qui alerter, aller chez des voisins...).

Établir une liste de produits de première nécessité à rassembler rapidement voire préparer un sac avec un double des clefs, de l'argent liquide, des produits de première nécessité, dans la mesure du possible(113).

Ouvrir un compte bancaire personnel : à son nom de naissance avec une adresse différente de celle partagée avec l'agresseur présumé.

Utiliser l'application « App-elles » : conçue pour soutenir les femmes victimes de violence, elle s'appuie sur trois axes : *Alerter – En parler – Agir*

Alerter : une touche d'alerte contacte simultanément 3 contacts de confiance prédéfinis ainsi que les services d'urgence en temps réel. Ces contacts reçoivent un SMS contenant la position GPS de la victime ainsi qu'une photo de son environnement, prise automatiquement.

En parler : grâce à la géolocalisation, l'application identifie trois structures d'aide les plus proches.

Agir : l'application donne accès à des conseils, des informations et des services en ligne spécialisés.

Ces mesures pratiques, présentées de manière claire et synthétique, favorisent l'adhésion initiale ainsi qu'une future coopération avec des professionnels qualifiés dans l'aide et l'accompagnement des victimes de violence conjugales.

3.4.2.4 Orienter

L'orientation adéquate des victimes constitue l'une des missions majeures des pharmaciens dans la lutte contre les violences conjugales. Elle amorce le parcours de prise en charge pluridisciplinaire et les replace en tant que décisionnaires au cœur de leur propre vie. Dans cette optique, la MIPROF propose aux pharmaciens trois grands axes de réorientation (116) :

3.4.2.4.1 Le réseau médical

Il vise à assurer la continuité des soins, à étoffer un dossier pénal, et à améliorer la santé des patientes.

La réorientation peut s'effectuer vers des structures libérales (médecins spécialisés en médecine générale, en gynécologie, sage-femmes, etc.), hospitalières, ou encore des unités spécialisées dans la prise en charge des psychotraumatismes. Les médecins et psychologues sont aptes à constater des blessures, délivrer des certificats médicaux avec ou sans ITT, attester de conséquences sur la santé mentale. Ces pièces peuvent ensuite servir de preuves à charge dans un procès.

3.4.2.4.2 Les services sociaux-judiciaires

Ces services jouent un rôle d'accompagnement des victimes et leur garantissent l'accès à leurs droits.

Les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale mettent à disposition des travailleurs sociaux pour accompagner les victimes dans divers aspects de leur quotidien.

Les conseils départementaux assurent une mission d'accompagnement social. Leurs sites internet recensent les coordonnées de professionnels et d'associations spécialisées, ainsi que diverses informations utiles.

Les professionnels de la justice, notamment les avocats, représentent les droits des victimes. Certains barreaux proposent des listes d'avocats spécialisés dans les problématiques de violences faites aux femmes. Les juges aux affaires familiales sont ceux qui statuent sur les mesures de protection des victimes (ordres d'éloignement, ordonnances de protection...).

Les associations d'aide aux victimes accompagnent les victimes dans leurs démarches de sortie des violences : aide au départ, accès au logement, accompagnement psychologique, etc.

On peut trouver les associations locales et nationales en contactant le 3919, ou via le site www.arretonslesviolences.gouv.fr. Parmi les associations nationales figurent notamment le Planning Familial, la Fédération Nationale Solidarité Femmes (FNSF), l'association

Femmes Solidaires et la Maison des femmes. Au niveau local, il existe le CIDFF : le Centre d'Information Départemental sur les Droits des Femmes et des Familles. Il est pertinent de communiquer aux patientes l'existence de ces structures parce qu'elles proposent sur leur site internet de multiples ressources. Voici plusieurs sites de référence pouvant être conseillés :

FNSF: www.solidaritefemmes.org

Centre national d'information sur les droits des femmes et des familles : www.infofemmes.com

Mouvement français pour le planning familial : www.planning-familial.org

Collectif féministe contre le viol : www.cfcv.asso.fr

Femmes solidaires : <http://www.femmes-solidaires.org>

Le site gouvernemental <http://stop-violences-femmes.gouv.fr> propose un accès officiel à des informations et ressources utiles pour les victimes, témoins et professionnels.

Il est également essentiel de communiquer voire rappeler les numéros d'urgence suivants, tous gratuits et accessibles depuis un téléphone fixe ou mobile, y compris bloqué ou sans crédit téléphonique.

17 : police ou gendarmerie

18 : sapeurs-pompiers

15 : SAMU

112 : numéro d'urgence européen

114 : numéro d'appel d'urgence accessibles aux malentendantes, sourdes ou ne pouvant pas parler au téléphone

39 19 : Violences Femmes Infos. Ligne nationale d'écoute, d'information et d'orientation des victimes mais aussi des témoins avec une garantie d'anonymat. Ligne gérée par la FNSF (Fédération Nationale Solidarités Femmes), elle travaille en réseau avec 73 associations spécialisées dans les violences conjugales, ainsi qu'avec d'autres structures

spécialisées dans d'autres types de violence pour proposer une prise en charge complète, de proximité et de long terme.

3.4.2.4.3 Les services des forces de l'ordre

Les victimes peuvent déposer une plainte ou une main courante auprès de la gendarmerie ou la police, qui ont l'obligation de les recueillir. L'enquête est ensuite menée sous l'autorité du ou de la procureur(e) de la République. Les personnes en situation de dépendance ou à mobilité réduite peuvent solliciter un dépôt de plainte à domicile, sur rendez-vous avec les forces de l'ordre.

La plateforme numérique de signalement des atteintes aux personnes et d'accompagnement des victimes (PNAV), accessible via le site arretonslesviolences.gouv.fr, permet de dialoguer par tchat avec des gendarmes ou policiers spécialement formés aux violences sexistes et sexuelles. Les victimes peuvent bénéficier de conseils, d'informations, d'une écoute bienveillante ainsi que d'un accompagnement dans leurs démarches via cette plateforme gratuite, accessible 24/24 et 7j/7.

3.4.2.5 *Agir*

Le pharmacien et son équipe ont un rôle concret à jouer en officine dans l'accompagnement des victimes de violences conjugales. Le simple fait de les accueillir avec bienveillance, de leur offrir une écoute attentive, de les informer sur les mécanismes des violences, leurs droits, les dispositifs d'aide existants, constitue un soutien précieux.

Un signalement auprès du procureur de la République peut être effectué avec l'accord de la victime afin de porter à sa connaissance les faits, violences ou sévices constatés, sans qu'il soit obligatoire de nommer l'auteur des faits.

Les professionnels de santé s'interrogent souvent sur la conduite à tenir face à leur devoir de secret professionnel et peuvent potentiellement se freiner dans l'action par crainte de basculer dans l'illégalité. La loi n°2020-936 du 30 juillet 2020 éclaircit ce point : les professionnels de santé peuvent « déroger au respect du secret professionnel lorsqu'ils estiment en conscience que la victime se trouve en situation de danger immédiat et d'emprise. Ils sont alors autorisés à signaler la situation au procureur de la République, sans l'accord de la victime, à condition toutefois de l'avoir informée de leur démarche. » (116).

L'article 226-14 du Code pénal autorise le pharmacien à faire un signalement sans le consentement de la victime dans certaines situations : si la victime est mineure, considérée comme vulnérable, ou si elle est majeure mais que le professionnel de santé estime qu'elle est exposée à un danger immédiat et dans l'incapacité de se protéger du fait de « la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences » (113). L'évaluation de la gravité du danger nécessite de prendre en compte le risque encouru par la victime mais aussi par ses enfants si les violences ont lieu au sein d'un foyer familial.

Si la patiente refuse de faire appel aux secours, les pharmaciens peuvent aussi proposer de prendre contact avec le médecin traitant, un soignant de confiance (gynécologue, sage-femme, psychiatre, psychologue...) ou autre professionnel ou structure adaptée (avocate, association d'aide aux victimes) (97). Dans tous les cas, il faut communiquer une liste de numéros d'aide et d'urgence évoqués précédemment.

Globalement, l'attitude attendue des pharmaciens et de l'équipe officinale doit se concentrer sur les bonnes pratiques énoncées précédemment : maintenir un accueil inconditionnel sans jugement, transmettre des informations claires et utiles, continuer d'encourager les démarches entamées et le chemin entrepris et garantir une écoute et un soutien constant et bienveillant.

Ces actions et ce soutien témoigné contribuent à favoriser la victime à reprendre confiance en elle, en la capacité des autres à lui venir en aide et en la possibilité d'une sortie de cette situation. La psychiatre spécialiste des violences Muriel Salmona insiste sur l'importance fondamentale de l'écoute et du soutien inconditionnel dans certaines situations où tout a déjà été mis en œuvre et où le professionnel de santé se sentirait démuni dans l'aide supplémentaire à apporter (117).

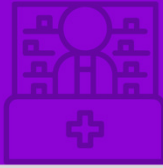
Ainsi les pharmaciens occupent une position clef dans le repérage, l'accompagnement et l'orientation des victimes. En témoignant, en informant et guidant les victimes vers des dispositifs d'aide existants et spécialistes compétents, les pharmaciens officinaux et leurs équipes contribuent à leur échelle à cet enjeu de santé publique, en se positionnant en tant que premiers professionnels de santé accessibles et engagés dans la lutte contre les violences conjugales.

3.4.3 Élaboration d'une affiche de formation destinée à l'équipe officinale

L'idée de concevoir une affiche à destination des équipes officinales m'est venue au cours de la rédaction de cette thèse. J'ai constaté l'absence notable d'un support de formation adapté, alors même que les professionnels de l'officine ont à cœur d'apprendre à bien prendre en charge les patientes victimes de violences domestiques et à améliorer leur pratique.

Cette affiche a pour vocation à être apposée à l'arrière des officines, sur les murs ou les portes, afin de fournir un support à la fois en situation d'urgence et dans un cadre plus tranquille de formation.

J'ai privilégié ce format car il me semble plus adapté aux contraintes de la pratique officinale, où la charge administrative est particulièrement lourde. Un flyer est facilement égaré parmi les nombreux documents distribués par divers intervenants. Une seule affiche par officine, visible de tous, peut suffire à sensibiliser et à former de manière élémentaire l'ensemble d'une équipe, les messages délivrés pouvant être mieux mémorisés s'ils sont lus régulièrement, même partiellement.



VIOLENCES CONJUGALES AU COMPTOIR, QUE FAIRE ?

Dr Domitille Bador - d.bador@hotmail.fr



arrêtonslesviolences.gov

DÉPISTER

- **Notions essentielles à maîtriser :** Cycle de la violence (Leonore Walker), contrôle coercitif, psychotraumatismes (mémoire & dissociation traumatiques)
- **Situations à risque :** être une **femme, grossesse, post-partum, situation personnelle/professionnelle précaire** (isolement géographique, social, économique, séparation, deuil, licenciement, handicap, toxicomanie, arrêts de travail ou maladie fréquents...), **antécédents personnels/familiaux de violences**
- **Signes cliniques comportementaux & parcours médical :**
 - **Plaintes somatiques diffuses :** douleur et fatigue chroniques, troubles digestifs, gynécologiques, cutanés, ORL, fractures, hématomes, migraines...
 - **Consommation et/ou mésusage médicamenteux** sans soulagement apparent (antalgiques palier I/II/III, anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseurs, neuroleptiques)
 - **Errance médicale et diagnostique :** hospitalisations à répétition sans atténuation des symptômes, pas soulagement thérapeutique (consultation de divers spécialistes, multiples essais médicamenteux, tolérance et augmentation des doses...), ou au contraire absence de suivi, maux physiques et/ou psychologiques d'étiologie floue
 - **Langage non verbal :** regard fuyant, évitement, hypervigilance, peur/appréhension du conjoint, attitude hostile/effacée
- **Attitude de l'ex-conjoint :** Indiquant une relation déséquilibrée. Interrompt, minimise, parle à la place de la patiente, refuse de la laisser seule, prend les décisions à sa place, gère ses papiers (carte vitale, mutuelle, ordonnances) etc.
- **Codes discrets à connaître**
 - **Point noir** dessiné sur la paume (« Black Dot »)
 - Code « **Masque-19** » au comptoir
 - Geste silencieux du **pouce replié contre la paume, parfois fait le bras dans le dos**
- **Questionner de manière directe** la patiente : **"Comment ça se passe à la maison en ce moment?"**, **"Ces symptômes peuvent être liés à un stress intense ou à des violences, est ce votre cas ?"**, **"Vivez-vous ou avez vous déjà vécu des situations de violence ?"**
- **S'aider d'outils** au comptoir ou les disposer dans les espaces de l'officine, disponibles en ligne : le **Violentomètre** et la **Roue des violences**

SE FORMER !



La Roue des violences: aide au comptoir

ACCUEILLIR

- Proposer un **espace de confidentialité, rassurer** quant au secret professionnel, **assurer sa disponibilité immédiate et à venir**
- **Posture de bienveillance médicale :** Attitude verbale et non verbale **accueillante et rassurante**, toujours utiliser des **termes médicaux neutres** pour qualifier les violences (« viol », « pénétration buccale... »), **ne jamais juger / culpabiliser**, pas de questions commençant par « Pourquoi... ? » (perçu comme jugeant et culpabilisant), **ne pas exiger de discours cohérent immédiat** (dénî, honte gêne, peur, détresse, état de sidération...)
- **Écoute active :** reformuler les propos, **respecter les temps de silence et d'hésitation**.
- **Exprimer clairement son soutien :** « **Je vous crois** », « **Ce n'est pas votre faute** », « **Vous n'êtes pas seule.e** », « **Vous pouvez être aidé.e** », « **Ces faits-là sont punis par la loi** »
- **Accepter** les discours changeants, attitudes paradoxales qui sont **proportionnels à la sévérité de la situation** et liés aux mécanismes psychologiques de survie.
- Si refus de dialogue : **respecter** le silence, **réassurer** quant à sa disponibilité ultérieure, **transmettre** des informations utiles

INFORMER & ORIENTER

Informations médicales

- Orienter vers **médecin, sage-femme, gynécologue, psychologue, assistante sociale, ou encore UMJ et associations spécialisées** (examen médico-légal, certificats, prélèvements, tests IST, grossesse).
- **Expliquer :**

Contrôle coercitif & psychotraumatismes → La victime n'est ni folle ni coupable

Cycle de la violence → Pas un conflit mais une dynamique récurrente

Violences multifformes : elles sont physiques, psychologiques, sexuelles, économiques... et peuvent exister seules ou se cumuler

Informations socio-judiciaires

- **La majorité des aides sont accessibles sans dépôt de plainte**
- Quitter le domicile avec les enfants est possible (déposer une main courante = protection juridique).
- Ordonnance de protection possible **même sans dépôt de plainte**.
- Dispositifs existants : téléphone grave danger, bracelet anti-rapprochement, ordonnance de protection
- Associations d'aide aux victimes = accompagnement pluridisciplinaire et spécialisé : orienter vers elles est essentiel !
- Hébergement d'urgence via le 15 / SIAO.
- Conseiller de ne pas se laver/de conserver les vêtements et objets souillés en cas de violences physiques/sexuelles pour constituer un dossier médical

Informations pratiques

- Préparer un **plan de protection** : Mettre les documents importants en sécurité (site : www.memo-de-vie.org) + Numéros d'urgence appris par cœur + Message codé avec proches + lieu refuge + Préparer sac d'urgence (clés, argent liquide, médicaments...) + Ouvrir compte bancaire personnel.

Orienter

- **Réseau médical :** médecins, sage-femmes, psychologues, UMJ.
- **Services sociaux-judiciaires :** associations (3919, Solidarité Femmes, CIDFF, Planning familial...), travailleurs sociaux, avocats.
- **Forces de l'ordre :** dépôt de plainte ou main courante, plateforme numérique arrêtonslesviolences.gov/fr.

Numéros utiles : 17 : Police / Gendarmerie + 15 : SAMU + 18 : Pompiers + 112 : Urgences Europe + 114 : SMS/visio pour personnes sourdes ou muettes + 3919 : Violences Femmes Infos

SE FORMER !



Haute Autorité de Santé



Le Violentomètre : aide au comptoir

AGIR

- **Accueillir et écouter :** Bienveillance, confidentialité, écoute attentive et active.
- **Informier & soutenir**
 - Informer sur les **mécanismes de la violence, droits et dispositifs d'aide nationaux et locaux**.
 - Donner une liste claire de numéros d'aide et d'urgence.
 - **Proposer un relais** vers le médecin traitant, un(e) soignant(e) de confiance, les associations, avocats.
 - **Valoriser chaque démarche** engagée par la victime, même si elle fait marche arrière (courant +++)
- **Signaler si nécessaire :**
 - Avec l'accord de la victime : signalement au procureur de la République.
 - Sans accord possible (loi du 30 juillet 2020, art. 226-14) si :
 - Victime mineure ou vulnérable.
 - Danger immédiat + incapacité de se protéger (emprise, contrainte morale).
- **Positionner l'officine comme relais clé**
 - Maintenir un **accueil inconditionnel et non jugeant**.
 - Se définir comme **premier point d'accès aux soins** et à l'orientation.
 - Contribuer à **redonner confiance**, favoriser le dialogue, la sortie des violences.

Figure 13 - Poster de formation sur la prise en charge des victimes de violences conjugales à l'officine

DISCUSSIONS ET PERSPECTIVES

La nécessité de former les pharmaciens et plus largement l'ensemble des professionnels de santé aux violences conjugales met en lumière la persistance d'une méconnaissance de ce sujet. Malgré les recommandations convergentes des sociétés savantes et associations spécialisées, les pratiques restent inégales. Ce décalage illustre de manière aiguë les tensions sociétales actuelles entre la volonté de réduire les inégalités de genre et la tendance à préserver un *statu quo* minimisant la responsabilité des auteurs d'abus.

Dans ce contexte, l'élaboration d'un vade-mecum officinal constitue une tentative concrète de transposition des recommandations des experts dans le cadre spécifique de l'officine. Le format choisi, un poster enrichi de QR-codes, vise à proposer un outil à la fois synthétique et accessible, adapté à l'environnement officinal où le temps d'échange avec les patients est limité. Cette approche pragmatique répond à la nécessité d'outils rapides d'utilisation mais présente des limites méthodologiques : la simplification des messages restreint la profondeur de la formation et le recours à des liens externes via QR-codes suppose une démarche volontaire d'autoformation de la part des professionnels.

Le choix du poster a imposé de renvoyer vers des sites officiels de formation, tel que la HAS ou arretonslesviolences.fr, faute d'espace suffisant pour détailler l'ensemble des contenus. Un livret de formation aurait permis d'aborder de manière exhaustive les bonnes pratiques et les notions fondamentales (cycle de la violence, contrôle coercitif, définition et expression des psychotraumatismes, etc.). Cependant, le choix du poster a été délibéré : j'ai privilégié l'aspect pratique du support, en cohérence avec les réalités de l'exercice officinal. En officine, les livrets de formation sont pertinents mais souvent conservés sans être lus en profondeur. À l'inverse, le poster permet une accessibilité immédiate de l'information, visible par l'ensemble de l'équipe et facilement mobilisable au quotidien. Ce choix traduit une volonté de favoriser la sensibilisation rapide et l'intégration spontanée de bons réflexes, même au prix d'une limitation du contenu.

L'analyse de ce travail met ainsi en évidence la dualité entre exhaustivité et accessibilité : rendre le contenu lisible et opérationnel sans en perdre la complexité. Ces limites soulignent la nécessité d'un complément de formation structuré et d'une évaluation de l'impact de ce type d'outil sur les pratiques officinales réelles.

D'un point de vue sociologique, l'intégration des connaissances relatives aux violences sexistes et conjugales dans la formation des pharmaciens apparaît comme un levier à utiliser pour harmoniser les connaissances et les pratiques des équipes officinales quant à l'accueil et l'accompagnement des victimes. Comprendre comment ces violences s'enracinent dans la construction sociale des rapports de genre dès l'enfance et jusque dans les institutions, permet d'adopter une posture professionnelle plus adaptée et plus consciente des obstacles rencontrés par les victimes.

Ainsi, les résultats de ce travail montrent que si la création d'outils de sensibilisation représente une avancée importante, elle ne saurait remplacer une véritable formation théorique et pratique. Le poster, bien qu'inévitablement limité dans son contenu, constitue un outil stratégique de diffusion et de sensibilisation en première intention, adapté au rythme et aux contraintes de l'officine. L'enjeu réside désormais dans l'intégration durable de ces connaissances dans la formation initiale et continue des pharmaciens afin de consolider leur rôle d'acteur de santé de proximité dans la lutte contre les violences conjugales.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

Université Claude Bernard



Lyon 1

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

THÈSE SOUTENUE PAR : MME Domitille BADOR

La crise sanitaire liée au Covid-19 et la mise en place du dispositif « masque-19 » dans les officines ont révélé le rôle pertinent des pharmaciens dans la détection et l'accompagnement des victimes de violences conjugales. Cet épisode a également mis en lumière le besoin d'outils concrets et adaptés pour permettre aux équipes officinales d'agir avec justesse et efficacité face à ces situations.

Les violences conjugales constituent un problème sociétal majeur, commis non pas par des marginaux mais aussi par des personnes socialement insérées. Majoritairement perpétrées contre les femmes par des hommes, elles traduisent un sexisme encore profondément enraciné. La socialisation différenciée dès l'enfance, la valorisation du masculin au détriment du féminin et les stéréotypes associés entretiennent un système de normes et de tolérance qui banalise et justifie encore trop souvent ces violences. Les violences conjugales se distinguent des conflits conjugaux par des mécanismes spécifiques de domination. Le cycle de la violence décrit par Lenore Walker et la notion de contrôle coercitif en sont des clés de compréhension essentielles. Leur connaissance permet au pharmacien d'adopter une posture adaptée, d'éclairer la victime sur la dynamique de relation qu'elle subit, et ainsi d'orienter efficacement sa prise en charge.

L'éclairage socio-historique sur la place des femmes dans la société explique les limites actuelles du système médico-judiciaire et aide ainsi les pharmaciens à ne pas stigmatiser ni culpabiliser les patientes, même de manière involontaire. La connaissance du mécanisme des psychotraumatismes et de leurs répercussions physiques, psychiques et sociales constitue également un prérequis essentiel permettant aux pharmaciens de mieux gérer leurs propres réactions et d'adopter une posture professionnelle adaptée.

Ces violences ont un impact majeur et persistant sur la santé des victimes, sur leurs enfants, sur l'économie de la santé, en faisant alors un véritable problème de santé publique. Professionnels de santé de première ligne, accessibles à tous, les pharmaciens pourraient tenir un rôle déterminant dans le repérage, l'accueil et la réorientation des victimes de violences conjugales. Pour être perçus comme des interlocuteurs de confiance, ils doivent disposer de repères clairs et de supports leur permettant d'agir efficacement avec discernement. Le vademecum de bonnes pratiques officinales élaboré dans ce cadre tend à répondre à cette nécessité. Le choix du format poster, bien que limitant, se veut être plus adapté à la réalité de la pratique officinale : l'information se veut claire, synthétique et facilement accessible à l'équipe officinale.

La formation aux violences sexistes, sexuelles et conjugales et aux psychotraumatismes doit faire partie de l'enseignement pharmaceutique. Son intégration dès la formation initiale, notamment au second cycle pour les futurs pharmaciens officinaux, renforcerait leur capacité à agir de manière appropriée dans le cadre de cet enjeu de santé publique. Enfin, il apparaît essentiel d'intégrer pleinement l'officine dans les politiques publiques de lutte contre les violences conjugales, en la reconnaissant comme un lieu essentiel parmi un dispositif pluridisciplinaire coordonné.

En conclusion, le pharmacien d'officine a pleinement sa place dans la lutte contre les violences conjugales. Par sa proximité, son accessibilité et son lien favorisé avec les patients, il peut devenir un acteur clef du repérage et de la réorientation à condition d'être formé et soutenu par des moyens et outils adaptés. La consolidation de ce rôle notamment par le biais d'une formation complète constitue désormais un enjeu majeur pour renforcer la lutte contre les violences faites aux femmes.

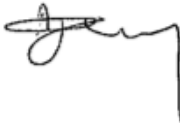
Le Président de la thèse,

Nom : JANOLY-DUMENIL Audrey

Vu et permis d'imprimer, Lyon, le 08/12/2025

Vu, le Directeur de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques, Faculté de Pharmacie

Signature:



Pour le Président de l'Université Claude Bernard Lyon 1,

Professeur C. DUSSART



BIBLIOGRAPHIE

1. Confinement : un dispositif d’alerte dans les pharmacies pour les femmes violentées - Le Parisien [Internet]. [Cité 16 déc 2024]. Disponible à: <https://www.leparisien.fr/faits-divers/confinement-un-dispositif-d-alerte-dans-les-pharmacies-pour-les-femmes-violentees-26-03-2020-8288838.php>
2. Lambinet J. Youtube. 2020. Would you react: pharmacies & masque-19. Disponible à: <https://www.youtube.com/watch?v=6ncJucaBRPM>
3. Gruev-Vintila A. Le contrôle coercitif : au coeur de la violence conjugale. Paris: Dunod; 2023. 256 p.
4. ONU Femmes France [Internet]. [cité 20 déc 2024]. Les violences conjugales et intrafamiliales. Disponible à: <https://www.onufemmes.fr/violences-conjugales-et-intrafamiliales>
5. Violence à l’encontre des femmes [Internet]. [cité 20 déc 2024]. Disponible à: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
6. Violences conjugales [Internet]. [cité 20 déc 2024]. Disponible à: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12544>
7. Daligand L. Les Violences conjugales. 8 août 2023 [cité 21 déc 2024]; Disponible à: <https://shs.cairn.info/les-violences-conjugales--9782715419018>
8. Salmona M. Le livre noir des violences sexuelles. Paris: Dunod; 2022. 512 p.
9. La différence entre conflit et violence au sein du couple [Internet]. 2022 [cité 19 août 2023]. Disponible à: <https://www.youtube.com/watch?v=PZljHu2N3Io>
10. WHO_RHR_12.38_fre.pdf [Internet]. [cité 20 déc 2024]. Disponible à: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/86253/WHO_RHR_12.38_fre.pdf?sequence=1
11. Walker L. the battered woman. New York: Harper & Row; 1979.
12. Webinaire | Violences conjugales : en parler pour mieux les repérer - 22/06/2023 [Internet]. 2023 [cité 21 août 2023]. Disponible à: <https://www.youtube.com/watch?v=GNSBChaTGys>
13. Briquet L. Comprendre les mécanismes de la violence pour recueillir la parole des victimes au comptoir. Actualités Pharmaceutiques. déc 2020;59(601):20-3.
14. Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale [Internet]. [cité 21 déc 2024]. Violence conjugale. Disponible à: <https://maisons-femmes.qc.ca/violence-conjugale/>
15. Dico en ligne Le Robert [Internet]. [cité 22 déc 2024]. sexisme - Définitions, synonymes, prononciation, exemples. Disponible à: <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/sexisme>
16. Dico en ligne Le Robert [Internet]. [cité 22 déc 2024]. misogynie - Définitions, synonymes, prononciation, exemples. Disponible à: <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/misogynie>

17. Lettre-Observatoire-des-violences-faites-aux-femmes-Miprof-Novembre-2024.pdf [Internet]. [cité 11 déc 2024]. Disponible à: <https://arretonslesviolences.gouv.fr/sites/default/files/2024-11/Lettre-Observatoire-des-violences-faites-aux-femmes-Miprof-Novembre-2024.pdf>
18. Violences conjugales : 271 000 victimes en 2023, en hausse de 10% | vie-publique.fr [Internet]. 2024 [cité 16 déc 2024]. Disponible à: <https://www.vie-publique.fr/en-bref/296048-violences-conjugales-271-000-victimes-en-2023-en-hausse-de-10>
19. Féminicides France [Internet]. [cité 19 déc 2024]. Statistiques 2024. Disponible à: <https://www.feminicides.fr/statistiques-2024>
20. l'Intérieur M de. <https://mobile.interieur.gouv.fr/Interstats/L-enquete-Vecu-et-ressenti-en-matiere-de-securite-VRS>. [cité 22 déc 2024]. L'enquête Vécu et ressenti en matière de sécurité (VRS). Disponible à: <https://mobile.interieur.gouv.fr/Interstats/L-enquete-Vecu-et-ressenti-en-matiere-de-securite-VRS>
21. hce - rapport annuel 2024 sur l'état du sexisme en france.pdf [Internet]. [cité 21 août 2024]. Disponible à: https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_-_rapport_annuel_2024_sur_l_etat_du_sexisme_en_france.pdf
22. de Filippis-Abate V. Classées sans suite : les femmes victimes de violences face à la justice. Paris: Payot; 2023. 206 p.
23. Rapport 2025 sur l'état du sexisme en France - A l'heure de la polarisation - Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes [Internet]. [cité 29 août 2025]. Disponible à: <https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/stereotypes-et-roles-sociaux/travaux-du-hce/article/rapport-2025-sur-l-etat-du-sexisme-en-france-a-l-heure-de-la-polarisation>
24. cp - sexisme en 2022 - le 1er barometre revele les raisons de sa persistance malgre une forte volonte des francais.es de le combattre.pdf [Internet]. [cité 18 nov 2024]. Disponible à: https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/cp_-_sexisme_en_2022_-_le_1er_barometre_revele_les_raisons_de_sa_persistance_malgre_une_forte_volonte_des_francais.es_de_le_combattre.pdf
25. CP - Fréquentation en hausse des sites pornographiques par les mineur·es : urgence à agir ! - Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes [Internet]. [cité 25 nov 2024]. Disponible à: <https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/violences-faites-aux-femmes/actualites/article/cp-frequentation-en-hausse-des-sites-pornographiques-par-les-mineur-es-urgence>
26. Kelly L, Tillous M. Le continuum de la violence sexuelle. Cahiers du Genre. 18 juill 2019;66(1):17-36.
27. Gilbert L, Webster P. Bound by love. Beacon Press. Boston, USA; 1982. 175 p.
28. 5 ans après #MeToo, passons à l'acte II : les violences ne peuvent pas rester impunies - Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes [Internet]. [cité 20 août 2024]. Disponible à: <https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/violences-faites-aux-femmes/travaux-du-hce/article/5-ans-apres-metoo-passons-a-l-acte-ii-les-violences-ne-peuvent-pas-rester>

29. État Français. Article 15-3 du Code de procédure pénale [Internet]. Disponible à : <https://www.legifrance.gouv.fr>
30. France 3 Provence-Alpes-Côte d'Azur [Internet]. 2022 [cité 20 août 2024]. TEMOIGNAGES. « On a refusé de prendre ma plainte pour violences conjugales ». Disponible à : <https://france3-regions.francetvinfo.fr/provence-alpes-cote-d-azur/bouches-du-rhone/marseille/temoignages-on-a-refuse-de-prendre-ma-plainte-pour-violences-conjugales-2681100.html>
31. Franceinfo [Internet]. 2022 [cité 20 août 2024]. Violences conjugales : comment l'agression d'une femme à Blois relance les interrogations sur le recueil des plaintes par les policiers. Disponible à : https://www.francetvinfo.fr/societe/violences-faites-aux-femmes/violences-conjugales-comment-l-agression-d-une-femme-a-blois-relance-les-interrogations-sur-le-recueil-des-plaintes-par-les-policiers_5556771.html
32. Bougerol E. Basta! 2021 [cité 20 août 2024]. Un procès-verbal à remplir chez soi : comment la police standardise le dépôt de plaintes pour viol. Disponible à : <https://basta.media/Viol-violences-sexuelles-deposer-plainte-proces-verbal-a-remplir-chez-soi-audition-DPJ>
33. Violences conjugales : 90 % des victimes sont-elles vraiment satisfaites de l'accueil au commissariat ? La Croix [Internet]. 7 mars 2021 [cité 21 août 2024]; Disponible à : <https://www.la-croix.com/France/Violences-conjugales-90-victimes-sont-elles-vraiment-satisfaites-laccueil-commissariat-2021-03-07-1201144275>
34. resultats_enquete_prendsmaplainte.pdf [Internet]. [cité 6 sept 2025]. Disponible à : https://www.noustoutes.org/ressources/resultats_enquete_prendsmaplainte.pdf
35. France Inter [Internet]. 2021 [cité 6 sept 2025]. Plus d'une femme sur deux a essayé un refus quand elle a voulu porter plainte pour agression. Disponible à : <https://www.radiofrance.fr/franceinter/podcasts/pas-son-genre/plus-d-une-femme-sur-deux-a-essuye-un-refus-quand-elle-a-voulu-porter-plainte-pour-agression-4050339>
36. Violences conjugales : l'accueil des victimes par police et gendarmerie | vie-publique.fr [Internet]. 2022 [cité 6 sept 2025]. Disponible à : <https://www.vie-publique.fr/en-bref/286860-violences-conjugales-laccueil-des-victimes-par-police-et-gendarmerie>
37. Que se passe-t-il après un dépôt de plainte ? [Internet]. [cité 10 nov 2024]. Disponible à : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F35505>
38. Quelle est la différence entre une plainte simple et une plainte avec constitution de partie civile ? - Maître Valentin Simonnet Avocat [Internet]. [cité 10 nov 2024]. Disponible à : <https://www.simonnetavocat.fr/quelle-est-la-difference-entre-une-plainte-simple-et-une-plainte-avec-constitution-de-partie-civile/>
39. Violences sexuelles : 86 % de classements sans suite. 3 avr 2024 [cité 21 août 2024]; Disponible à : https://www.lemonde.fr/societe/article/2024/04/03/violences-sexuelles-86-de-classements-sans-suite_6225743_3224.html
40. lejdd.fr [Internet]. 2022 [cité 22 août 2024]. Pour réduire le stock de dossiers bloqués dans les commissariats, les magistrats priés de classer sans suite. Disponible à : <https://www.lejdd.fr/Societe/pour-reduire-le-stock-de-dossiers-bloques-dans-les-commissariats-les-magistrats-pries-de-classer-sans-suite-4145531>

41. Lafourcade M. *Dém masculiniser la justice*. Paris: Les Petits Matins; 2025. 316 p.
42. d'Aquin T. *Somme théologique*. Paris: Cerf; 2024. 3702 p.
43. de Beaumanoir P. *Coutumes de Beauvaisis*. éd Picard. Vol. 2. Paris: A.Picard et fils; 1899. 512 p.
44. Verdon J. *La femme au Moyen Âge*. Paris: Gisserot; 1999. 125 p. (Gisserot-Histoire).
45. Bodin J. *Les Six livres de la République*. Paris: Jacques du Puys; 1576. 759 p.
46. texte FA du. *Code civil des français : éd. originale et seule officielle* [Internet]. 1804 [cité 2 déc 2024]. Disponible à : <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k1061517>
47. *Les femmes, le nom, Freud* | Cairn.info [Internet]. [cité 2 déc 2024]. Disponible à : <https://shs.cairn.info/revue-topique-2022-2-page-137?lang=fr>
48. LOI n° 92-684 du 22 juillet 1992 portant réforme des dispositions du code pénal relatives à la répression des crimes et délits contre les personnes (1). 92-684 juill 22, 1992.
49. LIBERATION, AFP. *Libération*. [cité 10 déc 2024]. Procès des viols de Mazan : Gisèle Pelicot se sent «humiliée» des soupçons de complicité à son encontre. Disponible à : https://www.liberation.fr/societe/police-justice/proces-des-viols-de-mazan-gisele-pelicot-se-sent-humiliee-des-soupcons-de-complicite-a-son-encontre-20240918_TTHIPKV3B5EHDJD2DQO3HUX5HE/
50. *Note_IPP_Violences_aux_femmes-novV2.pdf* [Internet]. [cité 12 déc 2024]. Disponible à : https://www.ipp.eu/wp-content/uploads/2024/11/Note_IPP_Violences_aux_femmes-novV2.pdf
51. Pontual SB de. *Revue Projet*. C.E.R.A.S; 2014 [cité 13 déc 2024]. Un appel à refaire société. Disponible à : <https://shs.cairn.info/revue-projet-2014-3-page-31>
52. *2015-Synthese-enquete-AMTV.pdf* [Internet]. [cité 6 déc 2024]. Disponible à : <https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/campagne2015/2015-Synthese-enquete-AMTV.pdf>
53. Turchi M. *Une étude révèle l'ampleur des violences sexuelles et sexistes au sein de l'institution judiciaire*. Mediapart [Internet]. 5 déc 2024 [cité 6 déc 2024]; Disponible à : <https://www.mediapart.fr/journal/france/051224/une-etude-revele-l-ampleur-des-violences-sexuelles-et-sexistes-au-sein-de-l-institution-judiciaire>
54. Berger P, Luckmann T. *La Construction sociale de la réalité* [Internet]. Armand Colin; 2022 [cité 6 déc 2024]. Disponible à : <https://shs.cairn.info/la-construction-sociale-de-la-realite--9782200633196>
55. *Code de l'éducation - Art. L312-16* [En ligne]. Code de l'éducation. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043982349 (consulté le 6 déc. 2025)
56. Sénat [Internet]. 2022 [cité 6 déc 2024]. *Éducation à la sexualité dans les établissements scolaires*. Disponible à : <https://www.senat.fr/questions/base/2022/qSEQ221204132.html>
57. Lamy R. *En bons pères de famille*. JC-Lattès. Paris; 2023. 250 p. (Nouveaux Jours).

58. Macé É. Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance - Maladie (JDSAM). L'Institut Droit et Santé, de l'université de Paris Cité; 2021 [cité 11 févr 2025]. Les auteurs de violence contre leur partenaire intime. Diversité des logiques d'action et des enjeux de soin. Disponible à: <https://droit.cairn.info/revue-journal-du-droit-de-la-sante-et-de-l-assurance-maladie-2021-3-page-45>
59. Jouanne C. L'alexithymie : entre déficit émotionnel et processus adaptatif. Psychotropes. 2006;12(3-4):193-209.
60. #NousToutes [Internet]. [cité 20 févr 2025]. S'informer : les bases. Disponible à: <https://www.noustoutes.org/sinformer/>
61. ONU Femmes [Internet]. 2019 [cité 20 févr 2025]. 16 façons de lutter contre la culture du viol. Disponible à: <https://www.unwomen.org/fr/news/stories/2019/11/compilation-ways-you-can-stand-against-rape-culture>
62. Les violences conjugales en société en France [Internet]. L'escale. [cité 13 févr 2025]. Disponible à: <https://lescale.asso.fr/les-violences-conjugales-en-societe/>
63. Nectoux M, Mugnier C, Baffert S, Albagly M, Thélot B. Évaluation économique des violences conjugales en France: Santé Publique. 15 sept 2010;Vol. 22(4):405-16.
64. Verney C, Gressens P, Vitalis T. Anatomie et physiologie du stress traumatique. Med Sci (Paris). nov 2021;37(11):1002-10.
65. Canini F. Éléments de physiologie et de physiopathologie du stress. Revue de neuropsychologie. 19 déc 2019;11(4):251-8.
66. campus105_dossier4_3DO.pdf [Internet]. [cité 3 janv 2025]. Disponible à: https://www.unige.ch/campus/files/9414/7246/8219/campus105_dossier4_3DO.pdf
67. Que se passe-t-il pour la victime durant l'agression et après ? Impacts du stress aigu et chronique [Internet]. 2022 [cité 19 août 2023]. Disponible à: <https://www.youtube.com/watch?v=Hp26-yXJw4I>
68. Zimmerman JM, Maren S. NMDA receptor antagonism in the basolateral but not central amygdala blocks the extinction of Pavlovian fear conditioning in rats. Eur J Neurosci. mai 2010;31(9):1664-70.
69. Möller A, Söndergaard HP, Helström L. Tonic immobility during sexual assault – a common reaction predicting post-traumatic stress disorder and severe depression. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica. 2017;96(8):932-8.
70. Édition professionnelle du Manuel MSD [Internet]. [cité 15 janv 2025]. Trouble de stress post-traumatique - Troubles psychiatriques. Disponible à: <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/anxiété-et-troubles-liés-au-stress/trouble-de-stress-post-traumatique>
71. Hatem-Gantzer G. Rôle du professionnel de santé dans le dépistage et la prise en charge des violences intrafamiliales. Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance - Maladie (JDSAM). 2021;30(3):84-9.
72. Douma EH, de Kloet ER. Stress-induced plasticity and functioning of ventral tegmental dopamine neurons. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 1 janv 2020;108:48-77.

73. Boks MP, Rutten BPF, Geuze E, Houtepen LC, Vermetten E, Kaminsky Z, et al. SKA2 Methylation is Involved in Cortisol Stress Reactivity and Predicts the Development of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) After Military Deployment. *Neuropsychopharmacol.* avr 2016;41(5):1350-6.
74. Daskalakis NP, Rijal CM, King C, Huckins LM, Ressler KJ. Recent Genetics and Epigenetics Approaches to PTSD. *Curr Psychiatry Rep.* 5 avr 2018;20(5):30.
75. Neurobiology of BDNF in fear memory, sensitivity to stress, and stress-related disorders | *Molecular Psychiatry* [Internet]. [cité 10 janv 2025]. Disponible à : <https://www.nature.com/articles/s41380-019-0639-2>
76. Berthoud HR, Neuhuber WL. Functional and chemical anatomy of the afferent vagal system. *Autonomic Neuroscience.* 20 déc 2000;85(1):1-17.
77. Bitencourt RM, Takahashi RN. Cannabidiol as a Therapeutic Alternative for Post-traumatic Stress Disorder: From Bench Research to Confirmation in Human Trials. *Front Neurosci.* 24 juill 2018;12:502.
78. Abdallah CG, Roache JD, Averill LA, Young-McCaughan S, Martini B, Gueorguieva R, et al. Repeated ketamine infusions for antidepressant-resistant PTSD: Methods of a multicenter, randomized, placebo-controlled clinical trial. *Contemporary Clinical Trials.* 1 juin 2019;81:11-8.
79. Benz A. Neurones miroirs : quel bilan, trente ans après ? *Cerveau & Psycho.* 6 juin 2022;144(6):16-22.
80. Violence à l'encontre des femmes [Internet]. [cité 17 janv 2025]. Disponible à : <https://www.who.int/fr/health-topics/violence-against-women>
81. Miprof-Observatoire-national-des-violences-faites-aux-femmes-Lettre-sante-des-femmes-2024.pdf [Internet]. [cité 10 déc 2024]. Disponible à : <https://arretonslesviolences.gouv.fr/sites/default/files/2024-06/Miprof-Observatoire-national-des-violences-faites-aux-femmes-Lettre-sante-des-femmes-2024.pdf>
82. Rapport d'enquête « Cadre de vie et sécurité » 2019 / L'enquête Cadre de vie et sécurité (CVS) / Interstats - Ministère de l'Intérieur [Internet]. [cité 17 janv 2025]. Disponible à : <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/L-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-CVS/Rapport-d-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-2019>
83. ViolencesConjugalesEtSexuelles_EnjeuDeSantePublique_VFD_FS.pdf [Internet]. [cité 17 janv 2025]. Disponible à : https://www.fabriquespinoza.org/wp-content/uploads/ViolencesConjugalesEtSexuelles_EnjeuDeSantePublique_VFD_FS.pdf
84. Lettre-thematique-observatoire-national-violences-couple-violences-sexuelles-mai-2015.pdf [Internet]. [cité 10 déc 2024]. Disponible à : <https://arretonslesviolences.gouv.fr/sites/default/files/2024-07/Lettre-thematique-observatoire-national-violences-couple-violences-sexuelles-mai-2015.pdf>
85. Chronic stress and obesity: A new view of “comfort food” [Internet]. [cité 18 janv 2025]. Disponible à : <https://www.pnas.org/doi/epdf/10.1073/pnas.1934666100>
86. Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale [Internet]. [Cité 25 janv 2025]. Violence conjugale. Disponible à : <https://maisons-femmes.qc.ca/violence-conjugale/>

87. SOS violence conjugale [Internet]. [Cité 11 févr 2025]. Les enfants : témoins et victimes de la violence conjugale. Disponible à : <https://sosviolenceconjugale.ca/fr/articles/les-enfants-temoins-et-victimes-de-la-violence-conjugale>
88. Gruev-Vintila A. Enfants covictimes de violence conjugale : le contrôle coercitif en première hypothèse. *Enfances & Psy*. 28 mars 2024 ;99(1):7-10.
89. Becker E de. L'enfant exposé aux violences conjugales : « Réflexions générales à partir d'une pratique pédopsychiatrique ». *L'information psychiatrique*. 2 mai 2019 ;95(4):261-9.
90. Les effets sur les enfants exposés aux violences conjugales - SOLidarité femmes Loire-Atlantique [Internet]. 2014 [cité 11 févr 2025]. Disponible à : <https://solidaritefemmes-la.fr/home-besoin-daide/les-effets-sur-les-enfants-exposes-aux-violences-conjugales/>
91. Les pharmaciens - Panorama au 1er janvier 2024 | CNOP [Internet]. [Cité 6 févr 2025]. Disponible à : <https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/la-demographie/les-pharmaciens-panorama-au-1er-janvier-2024>
92. Article R4235-49 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [Cité 6 févr 2025]. Disponible à : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913704
93. Article L5125-3 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [Cité 6 févr 2025]. Disponible à : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000048846839
94. Wolf-Thal C. Des professionnels de santé accessibles sans rendez-vous et harmonieusement répartis sur le territoire [Internet]. Disponible à : https://apiop.ordre.pharmacien.fr/content/download/454525/2097413/version/1/file/lettre-institutionnelle-onp_1.pdf
95. Sous-section préliminaire : Missions pouvant être exercées par les pharmaciens d'officine (Articles R5125-33-5 à R5125-33-12) - Légifrance [Internet]. [Cité 5 févr 2025]. Disponible à : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000023824207/
96. Le-role-des-pharmaciens-dofficine-dans-la-vaccination-Prise-de-position-du-GPUE.pdf [Internet]. [Cité 6 févr 2025]. Disponible à : <https://www.pgeu.eu/wp-content/uploads/2023/11/Le-role-des-pharmaciens-dofficine-dans-la-vaccination-Prise-de-position-du-GPUE.pdf>
97. Sougnac P. Le rôle du pharmacien d'officine face aux violences intrafamiliales. *Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance - Maladie (JDSAM)*. 2021 ;30(3):116-8.
98. Halouze E, Faure S, Moinard E. Le pharmacien face aux violences conjugales. *Actualités Pharmaceutiques*. déc 2020;59(601):24-8.
99. l'Intérieur M de. <https://mobile.interieur.gouv.fr/Archives/Archives-ministres-de-l-Interieur/Archives-Christophe-Castaner/Communique/Engagement-des-pharmacies-pour-permettre-l-accueil-des-victimes-de-violences-intrafamiliales>. [cité 6 févr 2025]. Engagement des pharmacies pour permettre l'accueil des victimes de violences

intrafamiliales. Disponible à: <https://mobile.interieur.gouv.fr/Archives/Archives-ministres-de-l-Interieur/Archives-Christophe-Castaner/Communiqués/Engagement-des-pharmacies-pour-permettre-l-accueil-des-victimes-de-violences-intrafamiliales>

100. Organisme Mondial de la Santé. Les risques de violence auxquels sont confrontés les femmes et leurs enfants pendant la crise actuelle de COVID-19 ne peuvent être ignorés. [Internet]. Disponible à: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/9def6b00-6af6-4446-9e79-49eb224e05a1/content>

101. CP - Un an après #MeToo, la lutte contre les violences sexistes et sexuelles doit se poursuivre et s'intensifier - Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes [Internet]. [cité 30 janv 2025]. Disponible à: <https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/violences-faites-aux-femmes/travaux-du-hce/article/cp-un-an-apres-metoo-la-lutte-contre-les-violences-sexistes-et-sexuelles-doit>

102. Bagot C. Rôle du pharmacien d'officine dans la détection et la prise en charge des violences faites aux femmes [Thèse d'exercice]. Caen, France : Faculté de pharmacie, Université de Caen ; 2022

103. Loubrieu C. Identifier les symptômes et comportements permettant le repérage des violences interpersonnelles : étude qualitative par analyse d'enregistrements de consultations de médecine générale en Poitou-Charentes [Thèse d'exercice]. Poitiers, France : Université de Poitiers ; 2019.

104. Que faire [Internet]. [cité 27 févr 2025]. Disponible à: <https://www.memoiretraumatique.org/que-faire-en-cas-de-violences/que-faire.html>

105. Rapport mondial sur la violence et la santé [Internet]. [cité 6 déc 2025]. Disponible à: <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9241545615>

106. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes [Internet]. [cité 17 mars 2025]. #lepointnoir CONTRE LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES. Disponible à: <https://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/lepointnoir-contre-les-violences-faites-aux-femmes/>

107. Appel à l'aide [Internet]. Fondation canadienne des femmes. [cité 17 mars 2025]. Disponible à: <https://canadianwomen.org/fr/appel-a-laide/>

108. Howard J. Signal For Help | Use Signal to Ask for Help [Internet]. Canadian Women's Foundation. [cité 23 oct 2025]. Disponible à: <https://canadianwomen.org/signal-for-help/>

109. Ercker A. Les étudiants, fiers d'être de futurs pharmaciens ! Actual Pharm. juin 2021;60(607):1.

110. « Le Violentomètre » | Centre Hubertine Auclert [Internet]. [cité 26 mars 2025]. Disponible à: <https://www.centre-hubertine-auclert.fr/egalitheque/publication/le-violentometre>

111. Cespharm - Roue des violences - flyer [Internet]. [cité 27 mars 2025]. Disponible à: <https://www.cespharm.fr/prevention-sante/catalogue/Roue-des-violences-flyer>

112. Télécharger les outils de formation | Arrêtons les violences [Internet]. [cité 27 mars 2025]. Disponible à: <https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel/telechargements>

113. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 20 déc 2024]. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Disponible à: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple
114. Formation continue, Alternance, VAE [Internet]. [cité 27 mars 2025]. Violences faites aux femmes-DU. Disponible à: <https://fc.univ-paris8.fr/-violences-faites-aux-femmes-du->
115. Cespharm - Catalogue [Internet]. [cité 27 mars 2025]. Disponible à: [https://www.cespharm.fr/prevention-sante/catalogue/\(theme\)/48263?page=2](https://www.cespharm.fr/prevention-sante/catalogue/(theme)/48263?page=2)
116. Livret pédagogique pharmaciens_MIPROF.pdf [Internet]. [cité 6 avr 2025]. Disponible à: https://arretonslesviolences.gouv.fr/sites/default/files/2022-11/Livret%20p%C3%A9dagogique%20pharmaciens_MIPROF.pdf
117. documents-a-telecharger [Internet]. [cité 6 déc 2025]. Disponible à: <https://www.memoiretraumatique.org/documents-a-telecharger/>
118. Solidarité Femmes [Internet]. [cité 6 févr 2025]. Que faire. Disponible à: <https://solidaritefemmes.org/que-faire/>

L'ISPB - Faculté de Pharmacie de Lyon et l'Université Claude Bernard Lyon 1 n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

L'ISPB - Faculté de Pharmacie de Lyon est engagée dans une démarche de lutte contre le plagiat. De ce fait, une sensibilisation des étudiants et encadrants des thèses a été réalisée avec notamment l'incitation à l'utilisation d'une méthode de recherche de similitudes.

BADOR Domitille

Prise en charge officinale des femmes victimes de violences conjugales : état des lieux socio-historique et perspectives de formation auprès des pharmaciens

Th. D. Pharm., Lyon 1, 2026, 118 p.

RÉSUMÉ

Les violences conjugales représentent un enjeu majeur de santé publique, aux conséquences physiques, psychologiques et sociales profondes. Elles concernent principalement les femmes et s'inscrivent dans un contexte sociétal encore marqué par des rapports inégalitaires et des stéréotypes persistants. Les pharmaciens d'officine, professionnels de santé de proximité, occupent une place stratégique pour repérer, écouter et orienter les victimes vers les structures adaptées.

L'étude explore les notions fondamentales permettant de comprendre les violences conjugales : le cycle de la violence, le contrôle coercitif ainsi que les manifestations des psychotraumatismes, notamment la mémoire et dissociation traumatiques. Elle souligne les répercussions multiples de ces violences sur la santé globale des victimes.

La pandémie de Covid-19 et la mise en place du dispositif « masque-19 » ont mis en évidence la nécessité de disposer d'outils concrets pour agir face à ces situations complexes. Le vademécum officinal, sous forme de poster, se veut offrir un support clair et synthétique favorisant les capacités d'action des pharmaciens. Il présente les points essentiels de la bonne posture à adopter : dépister, accueillir et informer, orienter et agir.

Le pharmacien d'officine s'affirme ainsi comme un acteur clef dans la lutte contre les violences conjugales, contribuant à une prise en charge bienveillante, coordonnée et efficace des victimes.

MOTS CLÉS : Violences conjugales, pharmacien d'officine, outil pédagogique, bonnes pratiques, poster

JURY

MME. JANOLY-DUMENIL Audrey, Pharmacien PU-PH

MME SALLE Muriel, MCU-Docteur en études de genre et humanités médicales

MME HERLEDAN Chloé, Pharmacien PHC

DATE DE SOUTENANCE

Jeudi 15 janvier 2026

CONTACT

Présidente du jury : audrey.dumenil@univ-lyon1.fr