

THÈSE
pour le
DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE

par

Héloïse HARBONNIER

Présentée et soutenue publiquement le 25/03/2019

**Violences faites aux femmes :
Rôle du pharmacien d'officine dans le dépistage et la prise
en charge**

Président : Mme Nathalie CAROFF, Professeur de Bactériologie

Membres du jury : Mme Françoise NAZIH, MCU de Biochimie
Mme Isabelle DERRENDINGER, directrice de l'École de Sages-Femmes,
Mr Pierre POINCELET, pharmacien à La Verrie (85130),
Mme Camille DORMEGNIES, directrice de l'ADAVI 44,
Mme Emmanuelle BEAUCHÊNE, coordinatrice Solidarité Femmes

Loire Atlantique.

TABLE DES MATIERES

I.	INTRODUCTION	10
II.	ÉTAT DES LIEUX DES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES EN FRANCE EN 2017	12
1)	DEFINITIONS ET CADRE JURIDIQUE	12
A.	<i>Les violences sexuelles</i>	12
i.	Le viol	12
ii.	Les agressions sexuelles.....	14
iii.	L'exhibition sexuelle	15
iii.	Le harcèlement sexuel.....	15
B.	<i>Autres types de violences :</i>	16
2)	DONNEES STATISTIQUES DISPONIBLES.....	18
A.	<i>L'enquête ENVEFF</i>	19
i.	Mise en œuvre de l'enquête :	19
ii.	Résultats	20
B.	<i>L'enquête VIRAGE</i>	25
i.	Mise en œuvre de l'enquête :	25
ii.	Premiers résultats sur les violences sexuelles	26
3)	ZOOM SUR LA LOIRE-ATLANTIQUE	31
4)	SYNTHESE	34
III.	VIOLENCES DANS LE COUPLE	36
A.	<i>Mise en place de la violence au sein du couple</i>	36
i.	Le cercle de la violence	36
ii.	Violence psychologique	38
iii.	Violences physiques	43
iv.	Violences sexuelles.....	47
v.	Violences économiques et administratives.....	48
IV.	IMPACT DES VIOLENCES	49
1)	SUR LA SANTE PHYSIQUE.....	50
2)	SUR LA SANTE MENTALE	51
A.	<i>Données générales</i>	51
B.	<i>Le stress post traumatique</i>	53
V.	MOYENS MIS EN ŒUVRE DANS LA LUTTE CONTRE LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES	60
1)	PLANS GOUVERNEMENTAUX.....	60
A.	<i>Historique</i>	60
B.	<i>Le 5^{ème} plan de lutte contre les violences faites aux femmes</i>	62

2)	RESSOURCES ASSOCIATIVES	64
A.	<i>Le 3919 – Violences Femmes Info</i>	64
B.	<i>Ressources locales :</i>	65
i.	SOLIDARITÉ Femmes Loire-Atlantique	65
ii.	CIDFF Nantes.....	67
iii.	La fédération France Victimes.....	68
C.	<i>Ressources en ligne</i>	70
i.	Stop violences femmes	71
ii.	Résonantes :.....	75
VI.	REALISATION D'UN QUESTIONNAIRE AUPRES DES PHARMACIENS D'OFFICINE	78
1)	MISE AU POINT DU QUESTIONNAIRE.....	78
A.	<i>Choix des questions</i>	78
B.	<i>Diffusion du questionnaire</i>	80
2)	RESULTATS ET DISCUSSION	82
A.	<i>Réponses aux questions générales</i>	82
B.	<i>Réponses aux questions sur les violences</i>	84
C.	<i>Retour d'expérience</i>	90
D.	<i>Discussion</i>	92
VII.	CREATION D'OUTILS A DISPOSITION DES OFFICINAUX.....	93
1)	REALISATION D'UNE AFFICHE	93
2)	REALISATION D'UNE PLAQUETTE.....	96
VIII.	CONCLUSION	99
IX.	ANNEXES	102

Liste des figures

Figure 1 : Extraits d'articles parus dans la presse en ligne entre le 10/10/18 et le 16/10/18 ...9	9
Figure 2 : Termes employés pour insulter les femmes dans l'espace public17	17
Figure 3 : Infographie sur les violences faites aux femmes en Loire Atlantique.....33	33
Figure 4 : Synthèse des données statistiques sur les violences faites aux femmes.35	35
Figure 5 : Schéma du cycle de la violence au sein du couple37	37
Figure 6 : Conséquences pour la santé de la violence exercée par un partenaire intime.....49	49
Figure 7 : Conséquences fréquentes de la violence à l'égard des femmes sur la santé.....51	51
Figure 8 : Conséquences sanitaires des violences faites aux femmes52	52
Figure 9 : Critères diagnostic de l'ESPT d'après le DSM-V.....55	55
Figure 10 : « Fear conditioning pathways ».....57	57
Figure 11 : Le rétrocontrôle négatif des glucocorticoïdes permet une régulation de leurs concentrations après exposition à un stress.58	58
Figure 12 : « Les principales mesures du plan de lutte contre les violences faites aux femmes ».....62	62
Figure 13 : Récapitulatif des actions de formation réalisées et à venir dans le 5ème plan de lutte contre les violences faites aux femmes63	63
Figure 14 : Exemple de formation proposée par SOS Loire Atlantique66	66
Figure 15 : Répartition des associations adhérentes de la Fédération France Victimes en France et dans le monde en 201669	69
Figure 16 : Les différents outils proposés par le site stop-violences-femme.gouv.fr.....71	71
Figure 17 : Capture d'écran du site stop-violences-femmes.gouv.fr.....72	72
Figure 18 : Capture d'écran du court-métrage « Anna »73	73
Figure 19 : Page d'accueil du site de l'application.....76	76
Figure 20 : Capture d'écran du site de l'application.77	77
Figure 21 : Projet de bracelet connecté77	77
Figure 22 : Répartition des répondants au questionnaire en fonction de leur profession. N=53.82	82
Figure 23 : Répartition des répondants en fonction de leur tranche d'âge. N = 5383	83
Figure 24 : Répartition des répondants selon leur lieu d'exercice. N=5383	83
Figure 25 : Répartition des réponses à la question « Avez-vous, au cours de votre carrière, été confronté à une situation dans laquelle vous avez soupçonné qu'une de vos patientes puisse être victime de violence ? » N=53.....84	84

Figure 26 : Répartition des réponses à la question "Avez-vous, au cours de votre carrière, été confronté à une situation dans laquelle vous avez soupçonné qu'une de vos patientes puisse être victime de violence ?" selon la profession. N=53.....	84
Figure 27 : Répartition des réponses des participants diplômés à la question « Avez-vous, au cours de votre carrière, été confronté à une situation dans laquelle vous avez soupçonné qu'une de vos patientes puisse être victime de violence ? ». N=38.....	85
Figure 28 : Répartition des réponses à la question "Avez-vous, au cours de votre carrière, été confronté à une situation dans laquelle vous avez soupçonné qu'une de vos patientes puisse être victime de violence ?" selon l'âge. N=53.....	85
Figure 29 : Répartition des réponses à la question "Avez-vous, au cours de votre carrière, été confronté à une situation dans laquelle vous avez soupçonné qu'une de vos patientes puisse être victime de violence ?" selon le lieu d'exercice en pourcentage. N=53	86
Figure 30 : Répartition des violences rencontrées par les participants. N=29.....	87
Figure 31 : Répartition des déclarations de violence physique. N=24.....	87
Figure 32 : Répartition des déclarations de violence psychologique. N=19	88
Figure 33 : Répartition des réponses à la question « Avez-vous eu le sentiment d'avoir adopté une posture professionnelle adaptée pour gérer la situation grâce à votre formation professionnelle ? ». N=29	88
Figure 34 : Répartition des réponses à la question "Avez-vous eu le sentiment d'avoir adopté une posture professionnelle adaptée pour gérer la situation grâce à votre formation professionnelle " en fonction de l'âge. N=29	89
Figure 35 : Répartition des réponses à la question « Seriez vous intéressé par une plaquette informative sur le repérage ainsi que la prise en charge des femmes victimes de violence à l'officine ? ». N=59.....	89
Figure 36 : Affiche à destination des officines.....	95
Figure 37 : Recto de l'affiche réalisée à destination des pharmacies de Loire Atlantique	97
Figure 38 : Verso de l'affiche réalisée à destination des pharmacies de Loire Atlantique	98

Liste des tableaux

Tableau 1 : Proportion de femmes ayant déclaré avoir subi des violences conjugales au cours des 12 derniers mois selon la situation de couple au moment de l'enquête (en %)	21
Tableau 2 : Proportion de femmes ayant déclaré avoir subi des violences au cours des 12 derniers mois selon l'âge (en %)	23
Tableau 3 : proportion dans les 12 mois et effectifs annuels estimés de victimes de violences sexuelles (hors harcèlement et exhibitionnisme) par catégorie juridique et par sexe	27
Tableau 4 : Proportions des violences sexuelles (hors harcèlement et exhibitionnisme) par catégorie juridique, par espace de vie et par sexe dans les 12 derniers mois, en %.....	28
Tableau 5 : Fréquence regroupée des viols et tentatives de viols au cours de la vie par espace de vie, en %	30
Tableau 6 : Principales violences déclarées par les femmes victimes de violence conjugale ayant téléphoné au 3919 en 2015	39
Tableau 7 : Combinaison de différentes formes d'atteintes psychologiques ou d'agressions verbales au sein du couple en %	41
Tableau 8 : Différences entre violences conjugales et conflits de couple, « L'enfant issu de la violence conjugale, son vécu, notre rôle, l'enfant, une éponge » Louise Paradis (2012).....	42
Tableau 9 : Violences physiques et/ou sexuelles au sein du ménage	43
Tableau 10 : Fréquence des violences physiques subies au sein du ménage au cours des 24 derniers mois (en %).....	44
Tableau 11 : Synthèse des différentes peines encourues selon l'infraction commise.....	46

Liste des annexes

Annexe 1 : Campagne du département de Loire Atlantique contre les violences faites aux femmes, 2018.....	102
Annexe 2 : Campagne pour le 3919, 2015.....	104
Annexe 3 : Affiche à destination des pharmacies, 2013.....	105

Remerciements

Merci à ma maman pour ses relectures, ses conseils et pour m'avoir donné l'envie de m'intéresser au sujet,

Merci à mon père pour son soutien pendant toutes ces années d'études,

Merci à Etienne pour son soutien tout au long de ce travail,

Merci à Joana, Camille, Margaux, Rose-Anne, Vanessa et Mathilde d'être la crème de la crème,

Merci à Dounia, Carole et Marion d'avoir été les meilleures copines de fac dont on puisse rêver,

Merci à Françoise Nazih d'avoir bien voulu diriger cette thèse et d'avoir su m'aiguiller dans ce travail,

Merci à Isabelle Derrendinger d'avoir co-dirigé cette thèse et pour sa relecture,

Merci à Nathalie Caroff d'avoir accepté de présider mon jury,

Merci à Emmanuelle Beauchêne (Solidarité Femmes Loire Atlantique) et Camille Dormegnies (ADAVI 44) de m'avoir reçu en entretien, de leurs précieuses relectures et d'avoir accepté de faire partie de mon jury,

Merci à Alice Etourneau (CIDFF 44) pour son entretien téléphonique et ses réponses à mes questions,

Merci à toute l'équipe de la pharmacie Thorette Orioux à Nantes de m'avoir accueillie pour mon stage de 6^{ème} année,

Merci à Aurélie et Pierre Poincelet pour leur accueil dans leur pharmacie et pour avoir pris le temps de me transmettre leur passion du métier.

Revue de presse

Une femme blessée d'un coup de couteau à la main par son mari



Lorraine: Condamné pour avoir mis le canon d'une arme dans la bouche de sa femme

JUSTICE Un homme comparait devant la justice pour avoir pointé une arme sur sa femme lors d'une dispute familiale...

Une jeune femme de 24 ans victime d'un viol en réunion sur le parking d'une gare, dans l'Hérault

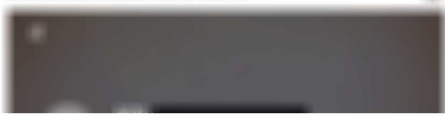


LE QUOTIDIEN
DU MEDECIN.fr

Harcèlement et violences sexuelles : un impact significatif sur la santé physique et mentale des femmes

ACCUEIL / SOCIÉTÉ

Harcèlement sexuel : Dorothee, 39 ans, joggeuse parisienne : "j'ai senti une claque sur mes fesses, j'étais pétrifiée"



#MeToo, du phénomène viral au « mouvement social féminin du XXIe siècle »

Des milliers de femmes s'unissent « contre les violences » à l'appel de Muriel Robin



La somme de témoignages de femmes rassemblés sous ce label a engendré en un an une prise de conscience internationale sur le harcèlement sexuel.

Figure 1 : Extraits d'articles parus dans la presse en ligne entre le 10/10/18 et le 16/10/18

I. Introduction

Le 23 Novembre 2016, Laurence Rossignol, alors Ministre des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes, présente à la presse le 5^{ème} plan de lutte et de mobilisation contre toutes les violences faites aux femmes. Dans son introduction, la Ministre rappelle la réalité glaçante des chiffres : en France, une femme est violée toutes les sept minutes ; tous les deux jours et demi une femme est tuée par son conjoint ou son ex-conjoint¹. Face à ce constat, Laurence Rossignol écrit « *Les violences faites aux femmes sont séculaires et planétaires. Elles sont économiques, physiques, morales, ou sexuelles. Nous les affrontons toutes. Nous combattons leur banalisation, en usant de mots adaptés pour les nommer. Nous combattons la solitude et l'isolement des victimes. Nous combattons l'impunité des auteurs. Nous avons les moyens. Nous avons la volonté. Nous devons aux femmes des résultats.* »

Parmi les moyens de lutte proposés par ce 5^{ème} plan, le Ministère évoque pour la première fois la participation des pharmaciens par une formation continue qui devrait leur donner les moyens, à leur tour, de prendre part au combat contre les violences sexistes.

Mais dans quelle mesure les pharmaciens peuvent-ils aider les femmes victimes de violence ? Comment les aider à trouver le bon positionnement face à ces patientes ?

J'ai voulu dans ce travail essayer de trouver des éléments de réponse. Pour cela j'ai choisi de m'intéresser tout d'abord aux violences en elles-mêmes : que sont-elles, leurs fréquences ; puis au cadre de vie particulier qu'est le couple et aux mécanismes psychologiques qui lui sont propres. J'ai ensuite voulu montrer l'impact de ces violences sur la santé de nos patientes avant d'évoquer les moyens qui existent aujourd'hui en France pour combattre ces violences. Finalement, j'ai réalisé un questionnaire destiné aux professionnels de l'officine afin de mieux cerner leur ressenti et leurs attentes sur la question.

L'ensemble de cette réflexion m'a permis d'aboutir à la réalisation de deux outils qui, je l'espère, pourront trouver leur utilité dans l'exercice à l'officine et servir à engager la

¹ Ministère des Familles, de l'Enfance et des Droits des Femmes, « 5^{ème} plan de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes (2017-2019) : Dossier de presse », 23 novembre 2016, <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2016/11/6-Dossier-de-presse-22.11-v2-AES.pdf>.

discussion sur ce que nous pouvons faire, en tant que pharmacien, pour venir en aide à ces femmes.

II. État des lieux des violences faites aux femmes en France en 2017

« Ne restez pas silencieux. Lorsque vous êtes témoin de violence à l'égard de femme ou de fille, ne restez pas sans rien faire, agissez. »

Ban Ki-moon, ancien Secrétaire Général de l'ONU.

Avant d'aborder de manière chiffrée le problème des violences à l'égard des femmes en France, il nous faut tout d'abord préciser la typologie de ces violences (sexuelle, physique, psychologique et économique) et les définitions légales, quand elles existent, qui les accompagnent.

1) Définitions et cadre juridique

A. Les violences sexuelles

Les violences sexuelles sont définies dans le code pénal à l'article 222-22 comme étant « toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise ». L'article précise la notion de « contrainte » et dit que celle-ci peut être soit physique, soit morale, résultant par exemple d'une différence d'âge entre l'agresseur et sa victime ou d'une relation d'autorité (article 222-22-1). De plus, le texte dit également que « constitue une agression sexuelle le fait de contraindre une personne par la violence, la menace ou la surprise à subir une atteinte sexuelle de la part d'un tiers » ce qui signifie que le fait de ne pas participer à l'acte sexuel en tant que tel ne diminue pas la responsabilité de l'agresseur. Enfin, il est également indiqué que la tentative du délit est punie des mêmes peines que la réalisation du même délit (article 222-22-2).

i. **Le viol**

Le code pénal dit que « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui ou sur la personne de l'auteur par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol » (article 222-23).

La mention « de quelque nature qu'il soit » est intéressante car elle permet de prendre en compte non seulement les pénétrations péniennes mais également les pénétrations par des objets. Ainsi, un contact entre les parties génitales de l'agresseur et celles de sa victime n'est pas requis pour pouvoir parler de viol.

La peine de réclusion criminelle encourue sera, selon la gravité du crime commis, de 15 ans de réclusion criminelle ou de 20 ans dans les situations suivantes :

- Lorsqu'il a entraîné une mutilation ou une infirmité permanente ;
- Lorsqu'il est commis sur un mineur de quinze ans ;
- Lorsqu'il est commis sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de l'auteur ;
- Lorsqu'il est commis sur une personne dont la particulière vulnérabilité ou dépendance résultant de la précarité de sa situation économique ou sociale est apparente ou connue de l'auteur ;
- Lorsqu'il est commis par un ascendant ou par toute autre personne ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait ;
- Lorsqu'il est commis par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions ;
- Lorsqu'il est commis par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice ;
- Lorsqu'il est commis avec usage ou menace d'une arme ;
- Lorsque la victime a été mise en contact avec l'auteur des faits grâce à l'utilisation, pour la diffusion de messages à destination d'un public non déterminé, d'un réseau de communication électronique ;
- Lorsqu'il a été commis à raison de l'orientation ou identité sexuelle de la victime² ;
- Lorsqu'il est commis en concours avec un ou plusieurs autres viols commis sur d'autres victimes ;
- Lorsqu'il est commis par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité ;
- Lorsqu'il est commis par une personne agissant en état d'ivresse manifeste ou sous l'emprise manifeste de produits stupéfiants ;

² Cette circonstance aggravante a été abrogée le 6 août 2018.

- Lorsqu'il est commis, dans l'exercice de cette activité, sur une personne qui se livre à la prostitution, y compris de façon occasionnelle ;
- Lorsqu'un mineur était présent au moment des faits et y a assisté ;
- Lorsqu'une substance a été administrée à la victime, à son insu, afin d'altérer son discernement ou le contrôle de ses actes.

De même, l'article 222-25 précise qu'un viol ayant entraîné la mort de la victime est punissable de 30 ans de réclusion criminelle et que la perpétuité est applicable quand le viol est « précédé, accompagné ou suivi de tortures ou d'actes de barbarie » (article 222-26).

Le viol est considéré comme un crime. Il est jugé à la Cour d'Assises et la victime dispose de 10 ans pour porter plainte (délai de prescription) sauf si les violences ont été commises quand elle était mineure (délai allongé à 20 ans après la majorité).

ii. Les agressions sexuelles

Les agressions sexuelles autres que le viol sont, elles, punies de 5 ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende (article 222-27). Tout comme dans le cas du viol, certaines situations sont considérées comme aggravantes et donc exposent à des peines plus lourdes. Ainsi, l'article 222-28 précise que les sanctions sont élevées à 7 ans d'emprisonnement et 100 000 euros d'amende dans les cas suivants :

- Lorsqu'elle a entraîné une blessure ou une lésion ;
- Lorsqu'elle est commise par un ascendant ou par toute autre personne ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait ;
- Lorsqu'elle est commise par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions ;
- Lorsqu'elle est commise par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice ;
- Lorsqu'elle est commise avec usage ou menace d'une arme ;
- Lorsque la victime a été mise en contact avec l'auteur des faits grâce à l'utilisation, pour la diffusion de messages à destination d'un public non déterminé, d'un réseau de communication électronique ;

- Lorsqu'elle est commise par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité ;
- Lorsqu'elle est commise par une personne agissant en état d'ivresse manifeste ou sous l'emprise manifeste de produits stupéfiants ;
- Lorsqu'elle est commise, dans l'exercice de cette activité, sur une personne qui se livre à la prostitution, y compris de façon occasionnelle.

De plus, l'article 222-29 dit que les sanctions sont de 7 ans d'emprisonnement et de 100 000 euros d'amende quand elles « sont imposées à une personne dont la particulière vulnérabilité due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse apparent ou connue de son auteur ». Plus particulièrement, une agression sexuelle sur un mineur de moins de 15 ans expose à une amende de 150 000 euros et à 10 ans d'emprisonnement.

Les agressions sexuelles sont des délits jugés au Tribunal Correctionnel et le délai de prescription est de 3 ans. Ce délai est augmenté à 10 ans après la majorité si la victime était mineure au moment des faits, voire 20 ans si la victime avait moins de 15 ans au moment des faits, ou que l'agression a été commise par un ascendant, une personne ayant autorité, ou par plusieurs personnes.

iii. L'exhibition sexuelle

L'article 222-32 du code pénal définit le délit d'exhibition sexuelle comme étant « l'exhibition sexuelle imposée à la vue d'autrui dans un lieu accessible aux regards du public ». Il prévoit une peine d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

L'exhibition sexuelle est un délit jugé en correctionnel.

iii. Le harcèlement sexuel

Le harcèlement sexuel est défini comme « le fait d'imposer à une personne, de façon répétée, des propos ou comportements à connotation sexuelle qui soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante » (article 222-33). De même, le texte précise que « le fait, même non répété, d'user de toute forme de pression grave dans le but réel ou apparent

d'obtenir un acte de nature sexuelle, que celui-ci soit recherché au profit de l'auteur des faits ou au profit d'un tiers » est assimilé à du harcèlement sexuel.

Ces faits sont punissables de 2 ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende.

Comme vu précédemment, certaines circonstances peuvent porter les sanctions à 3 ans d'emprisonnement et 45 000 euros d'amende si les faits sont commis :

- Par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions ;
- Sur un mineur de moins de quinze ans ;
- Sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de leur auteur ;
- Sur une personne dont la particulière vulnérabilité ou dépendance résultant de la précarité de sa situation économique ou sociale est apparente ou connue de leur auteur ;
- Par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice.

(article 222-23 du code pénal).

B. Autres types de violences :

Il existe une multitude de formes de violences et toutes ne seront pas abordées dans ce travail. En voici une liste (non exhaustive) qui permet de prendre conscience de la diversité du problème :

- agressions dans l'espace public : agressions verbales (voir figure 2), harcèlement de rue, agressions physiques ...
- prostitution
- esclavage moderne
- violences au travail : pressions psychologiques, agressions verbales, agressions physiques, destruction du travail et/ou de l'outil de travail, harcèlement et agressions sexuelles
- mutilations sexuelles
- mariage forcé
- violences à l'école
- ...

sexes et démonter les idées préconçues sur le genre qui associent traditionnellement certaines qualités à un sexe (la douceur pour les femmes par exemple).

2) Données statistiques disponibles

La réalisation d'enquêtes statistiques entièrement dédiées aux violences vécues par les femmes en France est un phénomène relativement récent. En effet, avant 1996, les enquêtes étaient plus générales comme les « Enquêtes Permanentes sur les Conditions de Vie des ménages (EPCV) »⁴ qui posaient la question de violences à travers un module sur la sécurité personnelle des individus (vols, agressions, menaces, injures) ou comme les enquêtes qui visaient plus particulièrement les comportements sexuels⁵. Ces études ne permettaient pas un recueil précis et exhaustif des types de violences subies par les femmes car le module qui y était consacré était trop court pour permettre une réelle analyse de ces phénomènes. Il existait également des rapports écrits par des associations de lutte contre la violence⁶ qui exploraient plus le ressenti des victimes et qui décrivaient mieux la multiplicité des violences. Mais ils ne permettaient pas une analyse globale de la situation sur le territoire car les échantillons n'étaient pas représentatifs de la population française. Enfin, les ministères de la Justice, de l'Intérieur et de la Défense produisaient eux des statistiques qui concernaient plus les auteurs des violences que les victimes elles-mêmes.

En 1995, l'ONU (Organisation des Nations Unies) organise la quatrième conférence mondiale sur les femmes à Beijing. A l'issue de cette conférence, elle recommande aux différents gouvernements « de produire des statistiques précises concernant les violences faites aux femmes ». L'année suivante l'INED (Institut National d'Études Démographiques) va donc être chargé par le Service des Droits des Femmes et le Secrétariat d'État aux Droits des Femmes

⁴ Organisées de 1996 à 2006 à raison de 3 études par an.

⁵ Enquête sur les comportements sexuels en France (ACSF), 1992 ; enquête sur les comportements sexuels des jeunes en France (ACSJ), 1994.

⁶ Fédération nationale solidarité femmes, Collectif féministe contre le viol, Association européenne contre les violences faites aux femmes au travail.

de réaliser une étude qui concernerait toutes les femmes et toutes les violences qu'elles subissent.

C'est dans ce contexte qu'est née l'enquête ENVEFF (Enquête Nationale sur les Violences envers Femmes en France) qui, avec l'enquête VIRAGE (Violences et Rapports de Genre) que nous aborderons dans un second temps, a permis de dresser un portrait plus exhaustif des types de violences rencontrées (notamment les violences psychologiques), de leur fréquence et de leur mécanisme de mise en place.

A. L'enquête ENVEFF

L'enquête ENVEFF (Enquête Nationale sur les Violences envers Femmes en France) a été conduite de mars à juillet 2000 en France métropolitaine sous la direction de Maryse Jaspard, statisticienne, et la coordination de l'Institut de Démographie de l'Université Paris 1 (Idup).

i. Mise en œuvre de l'enquête :

L'enquête a permis d'interroger 6970 femmes âgées de 20 à 59 ans, résidant hors institution et constituant un échantillon représentatif de la population française. La sélection a été réalisée de manière aléatoire à partir de listing téléphoniques et les entretiens étaient anonymes. Le recueil des données a été effectué par un institut de sondage utilisant un système de collecte assistée par téléphone et informatique (CATI : Computed Assisted Telephone Interviewing).

L'enquête a ensuite été réalisée de manière similaire dans la plupart des territoires et départements d'Outre Mer sur des échantillons de 150 à 200 femmes dans un premier temps puis en « grandeur nature » par la suite à La Réunion, en Nouvelle Calédonie et en Polynésie.

L'enquête était présentée aux répondantes comme étant une enquête sur la santé et la sécurité. Les femmes étaient tout d'abord interrogées sur un premier module qui permettait de recueillir des éléments comme leurs caractéristiques familiales, économiques, sociales ou résidentielles (etc.) ainsi que des éléments bibliographiques, des informations sur leur état de santé et des notions générales sur l'entente conjugale au quotidien. Le but de ce premier module, autre qu'obtenir ces informations essentielles à la compréhension des mécanismes

de la violence, était de mettre les femmes en confiance avant d'aborder des questions plus précises sur les violences (répartition des tâches ménagères, prise en charge des enfants, éventuelles disputes...). A ce sujet, l'équipe chargée de l'enquête a fait le choix de ne jamais référer au terme « violence » ou « violent » mais plutôt de nommer ou décrire précisément chaque acte.

Les femmes devaient donc répondre à des questions sur des actes violents subis dans les 12 derniers mois (ou au cours de toute leur vie pour les actes considérés comme les plus graves) dans tous les espaces de vie (aussi bien privés, c'est à dire au sein du couple et dans les relations avec la famille et les proches, que public et professionnel) et ce pour tous les types de violences (physique, verbale, sexuelle, psychologique). Les indicateurs choisis pour l'étude permettaient à la fois de préciser la nature de ces actes mais aussi leur fréquence, ce qui est essentiel car, pour certaines des violences (insultes, dénigrement, mépris, pressions psychologiques etc.), c'est leur répétitivité qui va conduire à une situation d'emprise sur la victime (alors que pris séparément ces actes seraient considérés comme étant sans gravité).

ii. Résultats⁷

L'enquête ENVEFF a permis de poser plusieurs grandes constatations sur les violences faites aux femmes.

La première est que c'est au sein du couple que les femmes sont le plus victimes de violences (tableau 1). L'indice global de violence conjugale⁸ révèle ainsi qu'une femme sur dix est victime de violences dans le couple (parmi les femmes étant en couple au moment de l'enquête ou ayant été en couple dans les 12 mois précédant). La proportion est d'autant plus importante chez les femmes qui n'étaient plus en couple au moment de répondre au questionnaire puisque l'indice était de 30% chez elles. Globalement, toutes les violences étaient plus fréquemment déclarées par ces dernières (en moyenne 3 à 4 fois plus) avec, par

⁷ Les résultats présentés ici sont issus de l'enquête menée en France Métropolitaine en 2000 et ne prennent pas en compte les résultats obtenus ultérieurement en Outre Mer.

⁸ Calculé selon les critères suivants : « avoir subi du harcèlement moral ou des insultes répétées, ou du chantage affectif, ou des violences physiques ou sexuelles ».

exemple, près de 60% d'entre elles rapportant des pressions psychologiques allant jusqu'au harcèlement moral⁹ dans 27,3% des cas.

Même si ce sont les pressions psychologiques qui sont le plus souvent déclarées par les victimes, l'enquête a également pu révéler l'importance des violences sexuelles au sein du couple : 1% des femmes ont ainsi rapporté avoir été victime de viol et autres pratiques sexuelles imposées.

Type de violence	En couple (n = 5793)	Plus en couple (n = 115)	Ensemble (n = 5908)
Insultes et menaces verbales	4,0	14,8	4,3
- dont répétées	1,6	8,1	1,8
Chantage affectif	1,7	8,2	1,8
Pressions psychologiques	36,5	59,4	37,0
- dont répétées	23,5	52,4	24,2
- dont harcèlement moral	7,3	27,3	7,7
Agressions physiques	2,3	10,2	2,5
- dont répétées	1,3	6,9	1,4
Viols et autres pratiques sexuelles imposées	0,8	1,8	0,9
Indice global de violence conjugale	9,5	30,7	10,0
<p>Champ : femmes de 20 à 59 ans ayant eu une relation de couple au cours des 12 mois précédant l'enquête.</p> <p>Source : ENVEFF, 2000.</p>			

Tableau 1 : Proportion de femmes ayant déclaré avoir subi des violences conjugales au cours des 12 derniers mois selon la situation de couple au moment de l'enquête (en %)

La seconde constatation que l'on peut tirer de l'étude est que toutes les femmes, peu importe leur niveau socio-professionnel et économique ou leur âge, sont concernées.

Le redressement des résultats de l'étude par calage sur les données de l'enquête Emploi de l'Insee réalisée en 1999 a en effet permis de voir que tous les milieux et tous les âges étaient

⁹ Défini comme « avoir subi plus de trois faits constitutifs des pressions psychologiques dont l'un au moins a une occurrence fréquente ».

touchés par ce type de violence avec quelques différences dans leur répartition. L'étude montre ainsi que ce sont les femmes les plus jeunes (20-24 ans) qui déclarent le plus, toutes formes de violences confondues (tableau 2). Elles semblent ainsi particulièrement exposées aux violences dans l'espace public où leur indice global de harcèlement sexuel est plus de deux fois supérieur à celui des autres tranches d'âge.

Type de violences	20-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-59 ans	Ensemble
Dans l'espace public*	(n = 717)	(n = 1934)	(n = 2122)	(n = 2197)	(n = 6970)
Insultes et menaces physiques	24,9	15,2	11,7	8,6	13,2
Agressions physiques	2,8	1,6	1,2	1,7	1,7
Être suivie	12,4	5,8	4	2,8	5,2
Exhibitionnisme	8,9	3,3	1,7	1,2	2,9
Avances et agressions sexuelles	6,5	2,6	0,9	0,5	1,9
Indice global de harcèlement sexuel ¹	21,9	9,9	5,9	3,9	8,3
Au travail**	(n = 335)	(n = 1409)	(n = 1596)	(n = 1408)	(n = 4748)
Insultes et menaces verbales	11,7	10,1	8,8	6,2	8,5
Pressions psychologiques - dont harcèlement moral ²	20,2	18,6	15,2	15,7	16,7
	5,2	4,7	3,6	3,1	3,9
Destruction du travail, de l'outil de travail	3,6	2,8	2,3	1,3	2,2
Agressions physiques	0,6	0,6	0,6	0,5	0,6
Harcèlement sexuel	4,3	2,8	1,9	0,7	1,9
Violences conjugales***	(n = 464)	(n = 1707)	(n = 1872)	(n = 1865)	(n = 5908)
Insultes et menaces verbales	6,1	4,1	4,3	3,9	4,3
Chantage affectif	2,7	1,4	2,3	1,6	1,8
Pressions psychologiques - dont harcèlement moral	51,2	40,1	35,4	32,6	37
	12,1	8,3	7,5	6,5	7,7
Agressions physiques	3,9	2,5	2,5	2,2	2,5
Viols et autres pratiques sexuelles imposées	1,2	0,9	1	0,6	0,9
Indice global de violences conjugales	15,3	11	10	8	10
¹ : avoir, au moins une fois, été suivie ou en présence d'un exhibitionniste, ou avoir subi des avances ou une agression sexuelle. ² : parmi l'une des 3 composantes de cet indice (brimades, critiques ou dénigrement, mise à l'écart) au moins une a une occurrence fréquente.					
Champs : *ensemble des femmes de 20 à 59 ans **femmes de 20 à 59 ans ayant exercé une activité professionnelle au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête ***femmes de 20 à 59 ans ayant eu une relation de couple au cours des 12 mois précédant l'enquête Source : ENVEFF, 2000.					

Tableau 2 : Proportion de femmes ayant déclaré avoir subi des violences au cours des 12 derniers mois selon l'âge (en %)

D'un point de vue socio-professionnel il apparaît que les chômeuses sont plus exposées aux violences (14% déclarent des violences conjugales) que les femmes ayant un emploi ou les femmes étant au foyer (9% pour les deux). Par contre, parmi les femmes de 25 ans et plus, les cadres déclarent plus d'agressions physiques répétées ou non (4%) que les employés et les professions intermédiaires (2%). Les menaces et le chantage sont observés dans tous les milieux alors que les insultes concernent surtout les femmes de catégories plus défavorisées. Ces chiffres montrent bien que le niveau d'éducation et l'emploi ne sont pas des éléments protecteurs dans le cas des violences conjugales et contribuent uniquement à une variation des formes de violences. Cela confirme donc le fait que le repérage des victimes doit concerner l'ensemble de la population car chaque femme peut être potentiellement exposée.

Un autre enseignement que l'on peut tirer de l'enquête ENVEFF et qui est tout particulièrement inquiétant est la **sous déclaration des violences par les femmes qui en sont victimes**. Ainsi, en 1998, la police et la gendarmerie comptabilisaient 7828 viols dont 3350 concernaient des femmes majeures. Or, l'enquête ENVEFF a elle fait état de 0,3% de femmes victimes de viol(s) par année ce qui, rapporté à la population de femmes en France (15,9 millions de femmes entre 20 et 59 ans d'après le recensement de 1999) donne un chiffre de 48 000 viols par an en France métropolitaine. Cela signifie donc que seulement 5% des viols de femmes majeures conduiraient à un dépôt de plainte. Cette insuffisance dans la dénonciation et donc in fine la répression des violences faites aux femmes justifie donc pleinement un effort tout particulier dans la prévention, le dépistage et l'accompagnement des victimes par les différents professionnels concernés dont le pharmacien doit faire partie.

B. L'enquête VIRAGE¹⁰

L'enquête Violences et rapports de genres : contextes et conséquences des violences subies par les femmes et les hommes, dite Virage, est la seconde enquête de grande envergure réalisée en France et vient donc réactualiser mais également compléter les connaissances qui avaient été apportées par ENVEFF.

Pilotée cette fois-ci par l'INED (Institut National d'Etudes Démographiques), Virage répond ainsi aux souhaits exprimés en 2009 par la Mission d'évaluation de la politique de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes qui dans ses propositions finales suggérait de « organiser une nouvelle enquête consacrée aux violences faites aux femmes sous le modèle d'ENVEFF ».

Virage vient donc s'inscrire dans la continuité de cette enquête pionnière en France mais fixe également comme objectif principal de permettre l'approfondissement des connaissances sur les violences en se basant sur une hypothèse de travail qui dit que « *(le) degré de gravité (des violences) ne peut être saisi que par la description fine de leur nature, de leur fréquence et cumul, de leur ancienneté, des contextes et circonstances où elles se produisent, des liens existant entre les auteurs et les victimes et des conséquences sur le devenir des personnes* ».

i. Mise en œuvre de l'enquête :

Virage s'est déroulé du 10 Février 2015 au 13 novembre 2015 et a permis d'interroger un échantillon représentatif de 27 268 personnes (15 556 femmes et 11 712 hommes) âgés de 20 à 69 ans et résidant en France Métropolitaine¹¹.

¹⁰ Alice Debauche et al., « Présentation de l'enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles », consulté le 20 septembre 2017, <https://www.centre-hubertine-auclert.fr/sites/default/files/fichiers/enquete-virage.pdf>.

¹¹ Ceci correspond au volet principal de l'enquête Virage. Des volets complémentaires devaient être réalisés par internet pour permettre d'interroger des populations souvent sous représentées dans ce type d'étude (étudiants, LGBT, population de victimes de violences ayant recours à des associations). A ce jour les résultats de ces volets complémentaires ne sont pas parus.

Les enquêtes se sont faites par téléphone et, comme pour ENVEFF, avec, dans un premier temps, des questions concernant le statut socio-démographique, la biographie ainsi que l'état de santé des personnes interrogées afin de créer un lien de confiance entre l'interviewé(e) et l'intervieweur. Puis s'en suivaient des questions relatives aux éventuelles violences dont auraient pu être victimes les personnes de l'échantillon à la fois dans les 12 derniers mois et tout au long de leur vie.

Les concepteurs de l'étude ont fait le choix de ne jamais nommer les violences mais plutôt de s'en tenir aux faits pour faire émerger le plus de témoignages possibles. Les victimes devaient ensuite préciser la fréquence de survenue de ces violences, leur nature ainsi que la gravité subjective et les auteurs. Pour les violences jugées comme étant les plus graves la victime devait en plus fournir des éléments de contextualisation ainsi que donner les conséquences éventuelles.

ii. Premiers résultats sur les violences sexuelles

A ce jour (septembre 2017), seuls les résultats concernant les violences sexuelles ont été publiés par l'équipe de recherche.

Ces premiers chiffres ([tableau 3](#)) permettent de confirmer ce qui avait été annoncé par ENVEFF, notamment concernant le nombre de victimes par an mais aussi sur le fait que, contrairement à beaucoup d'idées reçues, l'agresseur est dans la grande majorité des cas connu de la victime.

Catégorie juridique	Femmes		Hommes	
	%	Effectif de victimes	%	Effectif de victimes
Viol	0,26	52 500	0,01	2500
Tentative de viol	0,18	37 000	0,01	1000
Autre agression sexuelle	2,76	552 500	1,00	185 000
Autre acte au pratique sexuel(le) forcé(e) ¹	0,05	10 000	0,08	15 500
Toutes catégories juridiques ²	2,90	580 000	1,03	197 000
Effectif observé	15 556		11 712	
<p>¹ : La catégorie « autre acte ou pratique sexuel(le) forcé(e) regroupe plusieurs modalités de violences sexuelles qui ne peuvent être classées dans les catégories juridiques au vu des informations disponibles.</p> <p>² : Une personne pouvant avoir déclaré des faits dans plusieurs espaces de vie, ce chiffre n'est pas égal à la somme des sphères.</p> <p>Champ : femmes et hommes de 20 à 69 ans vivant en France métropolitaine en ménage ordinaire.</p> <p>Source : Virage, Ined (2015)</p>				

Tableau 3 : proportion dans les 12 mois et effectifs annuels estimés de victimes de violences sexuelles (hors harcèlement et exhibitionnisme) par catégorie juridique et par sexe

Ainsi, Virage estime à 52 500 le nombre de femmes victimes chaque année de viol. Au total elles sont près de 600 000 à subir des violences sexuelles tous les ans sachant que ces statistiques ne prennent pas en compte la fréquence des agressions (chaque victime n'est comptabilisée qu'une seule fois dans sa ou ses catégories même si l'agression se produit à plusieurs reprises au cours de l'année).

Chez les hommes ces chiffres sont nettement inférieurs mais, comme le précisent les auteurs, cela s'explique par la constitution de l'échantillon qui ne comportait que des hommes majeurs. Or, pour les hommes, la majorité des viols se produisent pendant l'enfance ou l'adolescence ce qui pourrait expliquer en partie cette différence.

Lorsque l'on regarde de plus près les lieux de vie où se produisent ces violences ([tableau 4](#)), on constate que les femmes sont particulièrement exposées au cours de leurs études (0,41% des femmes ayant fait des études dans les 12 derniers mois déclarent avoir été victime de viol) mais aussi au sein du couple (0,18%). Comparativement, l'espace public (c'est à dire les bars,

les transports, les administrations...) ne concentrent qu'une minorité des viols et tentatives de viol (respectivement 0,05 et 0,02%).

Catégorie juridique	Espace de vie					
	Famille et proches	Études	Travail	Couple	Ex-conjointe(e)	Espaces publics et autres
Femmes						
Viol	0,02	0,41	0,00	0,18	0,09	0,05
Tentative de viol	0,02	0,00	0,00	0,14	0,09	0,02
Autre agression sexuelle ¹	0,10	1,78	1,05	0,18	0,09	1,90
Autre acte ou pratique sexuel(le) forcé(e) ²	0,00	0,00	0,00	0,01	0,05	0,01
<i>Effectif observé</i>	<i>15 556</i>	<i>610</i>	<i>9430</i>	<i>10 285</i>	<i>506</i>	<i>15 556</i>
Hommes						
Viol	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00	0,00
Tentative de viol	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00
Autre agression sexuelle ³	0,03	1,63	0,50	0,07	0,03	0,47
Autre acte ou pratique sexuel(le) forcé(e) ²	0,00	0,00	0,00	0,08	0,02	0,01
<i>Effectif observé</i>	<i>11 712</i>	<i>510</i>	<i>7903</i>	<i>8193</i>	<i>316</i>	<i>11,712</i>
<p>¹ : Dont « attouchement des seins et des fesses, baiser forcé et pelotage » et « attouchement du sexe ».</p> <p>² : La catégorie « autre acte ou pratique sexuel(le) forcé(e) regroupe plusieurs modalités de violences sexuelles qui ne peuvent être classées dans les catégories juridiques au vu des informations disponibles.</p> <p>³ : Dont « pelotage » et « attouchement du sexe ».</p>						
<p>Champ : femmes et hommes de 20 à 69 ans vivant en France métropolitaine en ménage ordinaire.</p> <p>Source : Virage, Ined (2015)</p>						

Tableau 4 : Proportions des violences sexuelles (hors harcèlement et exhibitionnisme) par catégorie juridique, par espace de vie et par sexe dans les 12 derniers mois, en %.

Lorsque ces chiffres sont basés sur l'ensemble des agressions que la personne a pu subir tout au long de sa vie et non pas seulement au cours des douze derniers mois, on observe une augmentation de la prévalence des agressions dans un contexte familial (1,41% des femmes contre 0,02% au cours des 12 derniers mois ; 0,27% pour les hommes contre 0,00%). Cela peut s'expliquer comme dit précédemment par le fait que les viols familiaux sont plus fréquents chez les sujets plus jeunes que ceux qui étaient interrogés dans l'étude. A partir de 20 ans les personnes ayant été victime dans le passé ont pu couper les liens avec leur famille et se soustraire eux même au danger.

Globalement, tout au long de sa vie, c'est au sein du couple que la femme est le plus exposée à un risque de viol (1,57%)¹². Le deuxième cadre de vie le plus fréquent est ensuite la famille et les proches avant les espaces de vie. Cela signifie donc que dans plus de 80%¹³ des cas la victime connaît son agresseur.

De plus, au sein de la famille et des proches et du couple les agressions sont plus souvent répétées que dans l'espace public ou au cours des études (tableau 5). Ainsi, dans la famille et les proches les faits multiples sont deux fois plus fréquents que les faits uniques (62,4% contre 31,9%) et ils sont également près de trois fois plus fréquents dans le couple (72,9% contre 25,7%).

¹² Ce chiffre correspond à la proportion de femmes ayant déclaré au moins un viol par leur conjoint (0,74) ou par leur ex-conjoint (0,83) au cours de leur vie.

¹³ Ce chiffre correspond à l'addition des proportions de femmes ayant déclaré au moins un viol au cours de leur vie dans les cadres de vie hors « espaces public » ramenée au total des proportions de femmes ayant déclaré au moins un viol au cours de leur vie.

Espaces de vie	Fait unique	Fait multiples	NSP / NVPD*	Total (effectif observé)
Familles et proches	31,9	62,4	5,7	100 (208)
Études	68,8	30,6	0,6	100 (32)
Travail	NS**			
Couple	25,7	72,9	1,4	100 (152)
Ex-conjoint(e)	20,8	78,6	0,6	100 (86)
Espaces public et autres	70,0	29,7	0,2	100 (173)
* : NSP= ne sait pas, NVPD = ne veut pas dire				
** : NS = non significatif				
Champ : femmes et hommes de 20 à 69 ans vivant en France métropolitaine en ménage ordinaire.				
Source : Virage, Ined (2015)				

Tableau 5 : Fréquence regroupée des viols et tentatives de viols au cours de la vie par espace de vie, en %.

3) Zoom sur la Loire-Atlantique

Le 29 septembre 2016, le département de Loire-Atlantique a annoncé sur son site internet la création d'un Observatoire départemental des violences conjugales¹⁴ qui devait permettre, entre autres, de produire des statistiques et de les analyser ainsi que centraliser les moyens mis à disposition de ces femmes (mise en place de réseaux de professionnels, coordination des actions de prévention).

Un an plus tard, ce projet semble s'être étendu à un Observatoire départemental des violences faites aux femmes et a rendu ses premières conclusions publiques¹⁵ publiant l'infographie présentée ci-dessous (figure 3). Ces chiffres confirment au niveau local l'ampleur d'un problème national annonçant 4600 femmes victimes de violences conjugales (physiques et/ou sexuelles), et, plus largement, 65 000 femmes âgées de 20 à 59 ans victimes de violence dans l'espace public.

En 2018, la Loire Atlantique a lancé une campagne de sensibilisation qui a été diffusé du 30 avril au 14 mai dans tout le département sous la forme d'affiches, de flyers, de bannières

¹⁴ « Un observatoire pour lutter contre les violences conjugales », Loire-atlantique.fr, consulté le 4 décembre 2017, https://www.loire-atlantique.fr/jcms/services/enfance-famille/actualite-un-observatoire-pour-lutter-contre-les-violences-conjugales-fr-p2_788216. disponible sur https://www.loire-atlantique.fr/jcms/services/enfance-famille/actualite-un-observatoire-pour-lutter-contre-les-violences-conjugales-fr-p2_788216. Consulté le 04/12/17.

¹⁵ « Mobilisation collective contre les violences faites aux femmes », Loire-atlantique.fr, consulté le 4 décembre 2017, https://www.loire-atlantique.fr/jcms/services/enfance-famille/actualite-mobilisation-collective-contre-les-violences-faites-aux-femmes-fr-p1_916083?portal=aca_6026&category=c_5060. disponible sur https://www.loire-atlantique.fr/jcms/services/enfance-famille/actualite-mobilisation-collective-contre-les-violences-faites-aux-femmes-fr-p1_916083?portal=aca_6026&category=c_5060. Consulté le 04/12/17.

web¹⁶ (voir en annexe). Un hashtag a également été créé pour être repris sur les réseaux sociaux : #StopViolencesFemmes.

¹⁶ « Une campagne de sensibilisation pour stopper les violences faites aux femmes », Loire-atlantique.fr, consulté le 25 juin 2018, https://www.loire-atlantique.fr/jcms/services/citoyennete-vie-associative/lutte-contre-les-violences-faites-aux-femmes/une-campagne-de-sensibilisation/une-campagne-de-sensibilisation-pour-stopper-les-violences-faites-aux-femmes-fr-p1_952246?portal=aca_6941&category=p1_950069.

Violences faites aux femmes en Loire-Atlantique : les chiffres

65 000

soit **19%** des femmes de 20-59 ans sont victimes de violence dans l'espace public chaque année.

Toutes violences confondues : insultes, exhibitions, attouchements, tentatives de viol, viols, brutalités, vols, menaces ou attaques avec arme...

Violences sexuelles

1 femme sur 7

a subi au moins une forme de violence sexuelle au cours de sa vie (soit 60 900, ce qui représente 14,5% des femmes)

1 240

femmes sont victimes de viols, tentatives de viol ou les deux, chaque année.

56% étaient mineures au moment des faits.

Violences conjugales

4 600

femmes sont victimes de violences conjugales (physiques et/ou sexuelles) par an

3 000

enfants vivent dans un ménage dans lequel la femme est victime de violences conjugales.

1 femme sur 2

n'entreprend aucune démarche.

3 femmes sont mortes en Loire-Atlantique en 2016 suite à des violences conjugales.



Aide et assistance

1 appel par jour en moyenne en Loire-Atlantique au 39-19, numéro national de référence d'écoute téléphonique et d'orientation à destination des femmes victimes de toutes formes de violence.

4 assistantes sociales du Département sont détachées au sein des bureaux d'aide aux victimes (BAV) de la police et de la gendarmerie, en plus des accueils dans les centres médico-sociaux et des associations d'aide aux victimes.



Figure 3 : Infographie sur les violences faites aux femmes en Loire Atlantique.

4) Synthèse

Cette étude statistique des violences faites aux femmes permet de prendre conscience de l'ampleur du problème. Ainsi, face à ces chiffres, il est impossible de nier à quel point ces violences sont fréquentes et répandues dans la population française.

Il ne s'agit pas d'un phénomène isolé auquel seulement quelques-uns d'entre nous seront confrontés mais bel et bien d'un problème que nous pouvons rencontrer potentiellement quotidiennement dans notre exercice de pharmacien d'officine.

Or, lorsque l'on sait que seule une femme sur deux va entreprendre des démarches face à ces violences, on sent bien qu'il y a là un besoin pour un meilleur dépistage et un meilleur accompagnement des victimes.

Par son rôle de professionnel de santé, librement accessible et réparti sur l'ensemble du territoire, le pharmacien d'officine a une position particulièrement intéressante et une opportunité de devenir un véritable relai pour ces femmes. Le développement accru des missions de suivi individualisé (entretiens pharmaceutiques, bilan de médication partagé, vaccination ..) ces dernières années permet d'envisager des moments privilégiés pour améliorer le dépistage des violences.

Cela justifie donc la nécessité pour une formation de tous les pharmaciens d'officine, mais également des préparateurs, aussi bien sur l'accueil et l'orientation de ces patientes, mais aussi sur les conséquences de ces violences sur la santé des femmes.

Avant de continuer ce travail, j'ai souhaité proposer une infographie (figure 4) que j'ai réalisé sur le site piktochart.com¹⁷. Celle-ci reprend quelques données statistiques marquantes sur les violences faites aux femmes afin de bien visualiser l'importance du problème.

¹⁷ « Create Infographics, Presentations & Flyers | Piktochart », Piktochart Infographics, consulté le 8 mai 2018, <https://piktochart.com/>.

Les violences faites aux femmes en France en chiffres



52 500

Femmes sont victimes de viol chaque année en France



10 

Ce qui correspond à un viol toutes les dix minutes environ.



123

Femmes tuées par leur partenaire ou ex-partenaire en 2016.



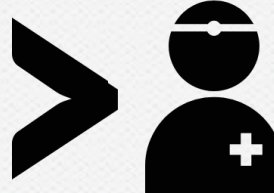
3 

Ce qui correspond à une femme tuée tous les 3 jours environ.



223 000

Femmes déclarent subir des violences conjugales physiques et/ou sexuelles chaque année en moyenne.



mais ...
1 femme sur 2

N'entreprend aucune démarche.



Dans le repérage, l'écoute et l'orientation des victimes, le pharmacien a un rôle à jouer.

powered by

 **PIKTOCHART**

Figure 4 : Synthèse des données statistiques sur les violences faites aux femmes.

III. Violences dans le couple

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) définit la violence entre partenaires intimes comme « *tout comportement au sein d'une relation intime qui cause un préjudice ou des souffrances physiques, psychologiques ou sexuelles aux personnes qui sont parties à cette relation.* »¹⁸

Les études statistiques présentées précédemment montrent bien que les violences conjugales sont fréquentes et que les femmes ne les dénoncent seulement dans une minorité des cas. En effet, selon l'enquête Cadre de vie et sécurité 2016¹⁹, 85% des victimes de violences physiques et/ou sexuelles au sein de leur couple n'effectuent aucune démarche auprès des forces de police. Pourquoi ces femmes ne dénoncent-elles pas les violences dont elles sont victimes ? Pourquoi restent-elles en couple avec leur agresseur après un premier acte de violence ? Pour répondre à ces questions, il faut s'intéresser à la façon dont la violence conjugale se met en place au sein d'un couple afin de mieux comprendre les réactions des victimes.

A. Mise en place de la violence au sein du couple

L'apparition de violence au sein d'un couple se fait le plus souvent de manière progressive. Ainsi, comme l'explique Marie France Hirigoyen dans son livre « Femmes sous emprise »²⁰, la violence physique, qui est celle qu'on se représente le plus souvent quand on évoque la violence conjugale, n'est en fait bien souvent que la suite d'autres violences qui se sont déjà implantées dans la relation.

i. Le cercle de la violence

Avant de s'intéresser aux différents types de violence que l'on peut retrouver au sein du couple, il est important d'essayer de comprendre comment ces violences peuvent se mettre

¹⁸ Etienne G. Krug et al., « Rapport mondial sur la violence et la santé - OMS », s. d.

¹⁹ INSEE, ONDRP, et SSMI, « Rapport d'enquête Cadre de Vie Santé 2016 », Décembre 2016.

²⁰ Marie France Hirigoyen, *Femmes sous emprise*, Oh ! Editions (Pocket, s. d.).

en place mais surtout pourquoi elles peuvent perdurer des années sans que la victime n'arrive à s'en défaire. Pour cela il faut parler du cycle de la violence (figure 5).

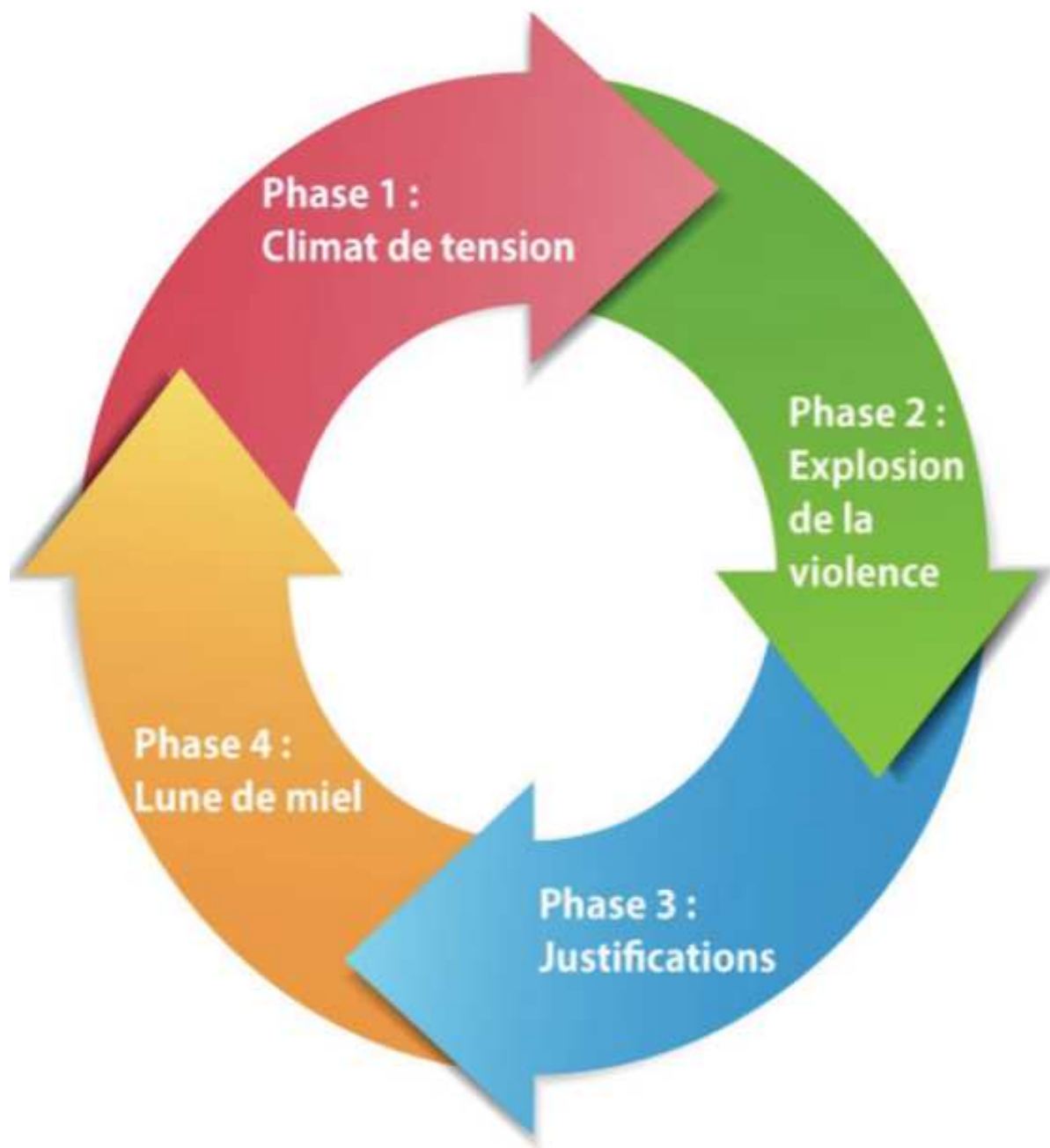


Figure 5 : Schéma du cycle de la violence au sein du couple, disponible sur <https://solidaritefemmes-la.fr/home-besoin-daide/3-le-cycle-de-la-violence-conjugale/>, consulté le 20/10/2018.

Comme le montre le schéma (figure 5), le cycle de la violence repose sur quatre phases distinctes qui vont s'enchaîner dans le temps de manière répétée.

La première phase, aussi appelée « phase d'escalade », correspond au moment où l'agresseur va « préparer » sa victime en instaurant un climat de peur via des pressions, des remarques qui vont l'inquiéter et la rendre hyper-vigilante.

Dans la deuxième phase, l'agresseur va donner l'impression qu'il perd le contrôle alors qu'en réalité c'est là qu'il va le prendre en s'adonnant à des actes de violence (physique, sexuelle,

psychologique). La victime a alors peur et surtout ne comprend pas pourquoi elle subit ces violences qu'elle va tenter d'arrêter en essayant de calmer la situation.

Dans la troisième phase l'agresseur cherche à justifier les violences qu'il a commise en rejetant la faute sur sa partenaire. Il n'assume pas la responsabilité de ses actes ce qui pousse la victime à se remettre en question et à se sentir elle-même responsable de ce qu'elle subit.

Enfin, dans la quatrième phase l'agresseur va s'excuser et promettre des changements dans son comportement. Il peut faire des efforts, changer d'attitude pendant un temps et tout cela est remarqué par la victime qui revient alors vers lui.

Ce cycle de la violence explique donc en partie pourquoi il est parfois si compliqué pour ces femmes de se sortir de la violence conjugale. En effet, elles vont commencer leurs démarches pendant la première ou la deuxième phase du cycle mais la lune de miel peut les inciter à faire machine arrière, pensant que l'amélioration sera définitive. De plus, l'enchaînement des quatre phases sera particulièrement épuisant pour ces femmes qui petit à petit ne sont plus capables de distinguer leurs torts de ceux de leurs conjoints et qui, à force de retomber dans la violence, perdent confiance en leur capacité à s'en sortir définitivement.

ii. Violence psychologique

« Quand il m'injurie, c'est comme s'il me rouait de coups. Ça m'a laissé sonnée, malade physiquement, K-O. »

« J'ai longtemps cru que la violence conjugale ne me concernait pas, parce que mon mari ne me battait pas, mais en fait, j'étais si soumise qu'il n'avait pas besoin de me frapper pour que je fasse ses quatre volontés. La violence physique n'est apparue que quand j'ai commencé à résister. »²¹

La violence psychologique est à la base de toute violence conjugale. Ainsi, on peut très bien avoir des violences conjugales sans violences physiques ou sexuelles mais cependant il est très peu probable d'avoir une violence conjugale sans violence psychologique. En effet, celle-ci

²¹ Marie-France Hirigoyen, *Femmes sous emprise: les ressorts de la violence dans le couple* (Paris: Pocket, 2006).

peut se manifester seule ou alors servir à « préparer le terrain » pour les autres agressions potentielles.

Dans le rapport annuel d'analyse des données issues des appels au 3919²², on peut ainsi voir que 86,7% des appelantes déclaraient avoir subi des violences psychologiques et 76% des violences verbales (tableau 6).

Principales violences déclarées en 2015	Nombre de victimes	Nombre de faits déclarés
Violences verbales	8 585	20 438
Violences psychologiques	9 800	37 073
Violences physiques	7 709	12 877
Violences sexuelles	785	1 121
Violences économiques	2577	4 153
Violences administratives	246	337

Source : FNSF 3919 2015

Champ : ensemble des fiches violences conjugales (hors non renseignées pour la variable « type de violences conjugales »)

Note : N= 11 300 victimes ; les appelantes peuvent déclarer plusieurs faits (en moyenne 2,5 par appelante) et plusieurs types de violences.

Tableau 6 : Principales violences déclarées par les femmes victimes de violence conjugale ayant téléphoné au 3919 en 2015

Marie France Hirigoyen définit la violence psychologique comme étant une situation où « une personne adopte une série d'attitude et de propos qui visent à dénigrer et à nier la façon d'être d'une autre personne ». Elle peut se manifester par :

- des injures ;
- des actes de contrôle (contrôler les heures de sommeil, les horaires des repas...)
- un isolement de la victime vis à vis de ses amis et de sa famille ;
- une jalousie pathologique ;
- un harcèlement (appels incessants, questionnements sur ses activités ...) ;
- un dénigrement en privé ou en public (dénigrer l'intelligence, la santé mentale, le physique, les émotions, la capacité à élever des enfants ..)

²² Fédération nationale Solidarité Femmes, « Extrait de l'analyse globale des données issues des appels au "3919 Violences Femmes Info" Année 2015 », 2015, <http://www.solidaritefemmes.org/upload/FNSF-donn%C3%A9es-chiffres-3919-2015.pdf>.

- des intimidations (actes de violences sur des objets ou des animaux de compagnie par exemple)
- des menaces (menaces de s'en prendre à soi même, aux enfants, à la victime)

Toutes ces agressions vont avoir pour objectif d'installer la domination du conjoint sur sa victime. Si prises individuellement chacune de ces violences peut paraître inoffensive, c'est le caractère cumulatif et répétitif qui va peu à peu détruire la femme sur le plan psychique la rendant de plus en plus vulnérable et de moins en moins apte à se défendre. Ainsi, comme le montre le tableau 7 issu de l'enquête « *Cadre de vie et sécurité 2014-2015* »²³, plus de 40 % des femmes déclarant des violences psychologiques et verbales subissent deux ou trois formes d'atteinte.

La violence psychologique est particulièrement difficile à diagnostiquer car elle est dite silencieuse : contrairement aux coups ou aux viols, elle ne laisse pas de traces visibles. La victime ne va donc souvent pas elle-même identifier ce qu'elle subit comme étant de la violence, d'autant plus qu'elle n'a pas de « preuve » à présenter. Cependant, ceci n'enlève en rien à la gravité de cette forme de violence qui peut même se révéler mortelle sur le long terme, poussant les victimes au suicide.

²³ Carine Burricand et Lucile Jamet, « Atteintes psychologiques et agressions verbales entre conjoints - INSEE Première », *Insee Première*, Juillet 2016.

	Femmes	Femmes victimes
Ensemble	12,7	100,0
Une seule forme d'atteinte	7,4	57,7
Insultes et injures	0,2	1,6
Menaces et actes de contrôles	3,2	25,3
Comportements dévalorisants	3,9	30,9
Deux formes d'atteintes combinées	3,0	23,2
Comportements dévalorisants, menaces et contrôles	2,0	15,3
Insultes et injures répétées, menaces et contrôles	0,2	1,9
Insultes et injures, comportements dévalorisants	0,8	6,0
Trois formes d'atteintes combinées (insultes et injures, comportements dévalorisants, menaces et contrôles)	2,4	19,1
<p>Champ : personnes de 18 à 75 ans résidant en France métropolitaine, en couple ou ayant été en couple au cours des deux dernières années.</p> <p>Source : Insee ; ONDRP ; enquête Cadre de vie et sécurité 2014-2015</p> <p>Lecture : En 2014 et 2015, 2,4% des femmes ayant été en couple au cours des deux années précédant l'enquête ont été victimes de trois formes d'atteintes combinées de la part de leur conjoint ou ex-conjoint, ce qui représente 19,1 % des femmes victimes d'atteintes psychologiques ou d'agressions verbales au sein de leur couple.</p>		

Tableau 7 : Combinaison de différentes formes d'atteintes psychologiques ou d'agressions verbales au sein du couple en %

La violence psychologique peut également être difficile à nommer pour les femmes ou pour leur entourage qui vont la confondre avec une relation de couple « normale ». Or, dans la violence conjugale il n'y a pas de rapport d'égalité entre les deux partenaires : l'un des deux (l'agresseur) veut contrôler et dominer l'autre (la victime). Dans une relation de couple, les disputes peuvent survenir avec éventuellement des insultes, des mots blessants, des rabaissements de l'autre mais le rapport n'est pas à sens unique. Le plus souvent ces épisodes seront suivis d'excuses et ne correspondent pas à un besoin de domination d'un des conjoints au contraire de la violence psychologique où l'agresseur va rejeter la faute sur sa victime et refuser de prendre ses responsabilités. Cela va donc pousser la victime à se remettre en question en se demandant si ce n'est pas son comportement à elle qui justifie la façon dont la traite son agresseur. Ce report de la responsabilité est pour beaucoup responsable du silence de ces femmes qui vont d'une part remettre en cause l'existence

même de ces violences (puisque leur conjoint les nie) et d'autre part s'en sentir responsable.

	Violences conjugales	Conflits de couple
Le pouvoir	Pouvoir sur l'autre	Pouvoir sur la situation
L'intention	Moyen pour avoir le pouvoir sur l'autre	Le but est d'avoir raison sur le sujet du conflit et non le prétexte pour prendre le contrôle sur l'autre
La persistance	Installation d'une dynamique, les stratégies sont cycliques et récurrentes et visent à réaffirmer la domination sur l'autre	Sujet de conflit particulier qui n'est pas planifié
L'impact	Effets visibles sur la victime (peur, honte, culpabilisation, enfermement, doute ...)	Liberté d'expression pour chaque protagoniste

Tableau 8 : Différences entre violences conjugales et conflits de couple, « L'enfant issu de la violence conjugale, son vécu, notre rôle, l'enfant, une éponge » Louise Paradis (2012)

iii. Violences physiques

« Non, il ne me bat quand même pas ! Bien sûr, de temps en temps, il me frappe. Je n'aime pas le mot « battre » parce que c'est inadmissible, « frapper » c'est moins grave »²⁴.

Les violences physiques vont donc le plus souvent suivre des violences psychologiques. Marie France Hirigoyen explique en effet que le passage à l'acte physique se fait lorsque « *la femme résiste à la violence psychologique* ». Cette violence physique peut se manifester par des coups, des griffures, des morsures, des bousculades, des brûlures (...) allant parfois jusqu'à la mort de la victime. Le rapport des appels au 3919 précise que les coups à mains nues, les coups de pied et de tête sont ceux qui sont le plus fréquemment rapportés par les appelantes (80,2% des faits déclarés) et plus de la moitié d'entre elles ont dit avoir subi des bousculades et des gifles.

Ces violences sont moins fréquentes que les violences psychologiques. Ainsi, l'enquête « *Cadre de vie et sécurité 2016* » rapporte qu'entre 2011 et 2015, 0,9% de la population des 18-75 ans était victime de violences physiques au sein du ménage. Cela représente 330 000 victimes par an en moyenne dont 67% sont des femmes (tableau 9). Dans 59 % des cas, l'agresseur était le conjoint.

	Période 2011-2016
Victimes de violences physiques uniquement	330 000
Victimes de violences sexuelles (avec ou sans violences physiques)	56 000
Ensemble des victimes de violences au sein du ménage	386 000
En % de la population des 18-75 ans	0,9
Part de femmes parmi les victimes (%)	67
Champ : individus âgés de 18 à 75 ans de France métropolitaine, incident le plus récent dans l'année. Source : enquêtes Cadre de vie et sécurité 2007 à 2016, Insee-ONDRP-SSMSI.	

Tableau 9 : Violences physiques et/ou sexuelles au sein du ménage

²⁴ Hirigoyen, *Femmes sous emprise*.

Ces agressions physiques au sein du ménage²⁵ vont pouvoir se produire une seule fois dans un peu moins d'un tiers des cas (tableau 10) ou au contraire se répéter plus ou moins fréquemment. Marie France Hirigoyen explique que « *lorsqu'ils ne sont pas dénoncés, il y a toujours une escalade en intensité et en fréquence* ». Elle précise également que le dépôt de plainte va dans certains cas permettre de stopper les violences physiques pour un temps mais cela ne veut pas dire qu'il n'y aura plus de violences conjugales : les violences seront simplement reportées sur le plan psychologique.

Incident unique	31
Deux incidents	25
Moins d'une fois par mois	28
Plusieurs fois par mois	15
Plusieurs fois par semaine	1
Champ : individus âgés de 18 à 75 ans de France métropolitaine Source : enquêtes Cadre de vie et sécurité 2007 à 2016, Insee-ONDRP-SSMSI	

Tableau 10 : Fréquence des violences physiques subies au sein du ménage au cours des 24 derniers mois (en %)

Le passage à la violence physique va parfois permettre de déclencher une prise de conscience chez la femme qui va alors éventuellement effectuer une démarche soit en portant plainte, soit en contactant un médecin, un psychologue ou une association.

Cependant, selon l'enquête CVS 2016, 85% des personnes victimes de violences au sein du ménage ne font aucune déclaration à la police ou à la gendarmerie. Il existe donc bel et bien une sous déclaration, y compris des violences physiques. Cela peut s'expliquer par le fait que, comme expliqué plus haut, ces violences surviennent après que la victime ait déjà subi des attaques psychologiques de la part de son conjoint ce qui a pu la fragiliser. Une autre explication peut également venir de ce qu'on appelle le cycle de la violence que nous avons déjà évoqué plus haut.

D'un point de vue juridique, le code pénal prévoit plusieurs peines pour les violences physiques exercées par un conjoint ou un concubin selon le type de violence et les conséquences pour la victime (tableau 11). Les infractions présentées dans le tableau ci-

²⁵ Ces chiffres ne concernent donc pas uniquement les violences commises par un conjoint mais par toute personne vivant avec la victime au moment des violences rapportées (membre de la famille, proche ...).

dessous sont considérées comme des délits et sont donc de la compétence du Tribunal Correctionnel avec un délai de prescription de 3 ans après les faits. A celles-ci viennent s'ajouter deux autres infractions considérées cette fois-ci comme étant des crimes :

- les violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner : punissable de 20 ans de réclusion criminelle lorsque commises par le conjoint ou concubin de la victime ;
- le meurtre : réclusion criminelle à perpétuité quand il a été commis par le conjoint ou le concubin de la victime.

Les crimes sont jugés par la Cour d'Assises et le délai de prescription est de 10 ans.

Article du code pénal	Infraction commise	Peine encourue
222-13	Violences ayant entraîné une incapacité de travail inférieure ou égale à huit jours ou n'ayant entraîné aucune incapacité de travail ET commise par un conjoint ou concubin	3 ans d'emprisonnement 45 000 euros d'amende
222-12	Violences ayant entraîné une incapacité de travail de plus de huit jours ET commise par un conjoint ou concubin	5 ans d'emprisonnement 75 000 euros d'amende
222-14	Violences habituelles commises par le conjoint ou le concubin de la victime ayant entraîné une incapacité de travail de moins de huit jours	5 ans d'emprisonnement 75 000 euros d'amende
	Violences habituelles commises par le conjoint ou le concubin de la victime ayant entraîné une incapacité de travail de plus de huit jours	10 ans d'emprisonnement 150 000 euros d'amende
222-14	Violences habituelles commises par le conjoint ou le concubin de la victime ayant entraîné une mutilation ou infirmité permanente	20 ans de réclusion criminelle
	Violences habituelles commises par le conjoint ou le concubin de la victime ayant entraîné la mort	30 ans de réclusion criminelle
Source : code pénal		

Tableau 11 : Synthèse des différentes peines encourues selon l'infraction commise

En France, en 2016 ce sont 123 femmes qui ont été tuées par leur conjoint ou leur ex-conjoint²⁶. Sur 138 homicides au sein de couples officiels²⁷, hommes et femmes confondus, on recense dans 37% des cas des faits de violences antérieures. Chez les femmes victimes de leur conjoint officiel, 27,5% étaient des victimes de violences déjà connues des forces de l'ordre ou de leur entourage.

iv. Violences sexuelles

*« Au début je le faisais pour lui faire plaisir, maintenant je le fais pour avoir la paix car sinon il finit par être violent. »*²⁸

Les définitions des violences sexuelles dans le couple se superposent avec celles vues plus haut mais il apparaît cependant important de leur accorder une place particulière car celles-ci sont encore trop souvent attachées à de fausses idées notamment concernant leur « légalité ». Ainsi, on retrouve régulièrement cité par le grand public le concept de « devoir conjugal » qui signifie qu'il y aurait une obligation de rapports sexuels dans un mariage. Or, celui-ci ne repose sur aucun fondement juridique. En effet, l'article 212 du code civil précise bien que « les époux se doivent mutuellement respect, fidélité, secours, assistance » mais ne fait pas état d'une quelconque obligation de rapports sexuels. Il est donc complètement possible d'avoir un viol au sein d'un couple, que celui-ci soit marié ou non. Le code pénal reconnaît même le fait que le viol soit commis par le conjoint ou le concubin de la victime comme étant un fait aggravant puni de 20 ans de réclusion criminelle.

Les violences sexuelles se manifestent par le fait d'imposer un rapport sexuel, un type de pratique sexuelle mais aussi par le fait de contrôler la contraception de la femme et d'imposer ou au contraire d'interdire la pratique d'une IVG (interruption volontaire de grossesse)²⁹.

²⁶ Délégation aux victimes, Ministère de l'Intérieur, « Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple 2016 », 2016.

²⁷ Concubins, époux, pacsés.

²⁸ Hirigoyen, *Femmes sous emprise*.

²⁹ Il ne s'agit ici pas de la définition juridique des violences sexuelles dans laquelle ici seul le viol serait considéré comme une infraction pénale.

v. Violences économiques et administratives

« Son mari ne laissait Sonia ni conduire ni sortir seule. Elle n'avait ni carte bleue ni chéquier. Elle n'avait pas non plus la clé de la boîte aux lettres car il tenait à ouvrir tout le courrier. »

Les violences économiques et administratives vont se manifester par une confiscation des moyens de paiement, des papiers d'identité, de la carte vitale, des diplômes ...

L'agresseur va chercher à contrôler tous les aspects de la vie de sa victime ce qui va rendre son éventuelle fuite encore plus compliquée.

IV. Impact des violences

Peu importe leur typologie, les violences sont la cause de dommages sur la santé des femmes qui en sont victimes. Ces conséquences sont à la fois physiques mais également psychiques et vont impacter la vie de la femme au-delà même de la durée des violences³⁰.

Conséquences pour la santé de la violence exercée par un partenaire intime	
Physiques	
Traumatismes abdominaux et thoraciques	
Ecchymoses et zébrures	
Syndromes de douleur chronique	
Invalidité	
Fibromyalgie	
Fractures	
Troubles gastro-intestinaux	
Syndrome du côlon irritable	
Lacérations et ulcérations	
Lésions oculaires	
Fonctions physiques diminuées	
Sexuelles et génésiques	
Troubles gynécologiques	
Infertilité	
Endométrite	
Grossesse à complications/fausse couche	
Dysfonction sexuelle	
Maladies sexuellement transmissibles, dont le VIH/SIDA	
Avortement dans des conditions insalubres	
Grossesse non désirée	
Psychologiques et comportementaux	
Alcoolisme et toxicomanie	
Dépression et angoisse	
Troubles du sommeil et de l'alimentation	
Sentiments de honte et de culpabilité	
Phobies et troubles paniques	
Inactivité physique	
Mauvaise estime de soi	
Syndrome de stress post-traumatique	
Troubles psychosomatiques	
Tabagisme	
Comportement suicidaire et automutilation	
Comportement sexuel à risque	
Conséquences mortelles	
Mortalité liée au SIDA	
Mortalité maternelle	
Homicide	
Suicide	

Figure 6 : Conséquences pour la santé de la violence exercée par un partenaire intime.

Source : Rapport mondial sur la violence et la santé, OMS, 2002.

³⁰ Etienne G. Krug et Weltgesundheitsorganisation, éd., *Rapport mondial sur la violence et la santé* (Genève, 2002).

1) Sur la santé physique

Les conséquences des violences sur la santé physique des victimes paraissent assez évidentes dans le cas de violences physiques. Ainsi, c'est lors de la violence elle-même que la femme va subir coups et blessures qui vont pouvoir avoir un impact plus ou moins sévère sur sa santé physique allant parfois jusqu'au décès. Cependant, les conséquences physiques ne sont pas uniquement limitées aux seules violences physiques et peuvent, en réalité, être retrouvées dans toutes les autres formes de violence. Le stress causé par la situation dans laquelle est plongée la victime va avoir des conséquences majeures sur son organisme, se traduisant ainsi par une dégradation de l'état de santé. Comme l'explique le Rapport mondial sur la violence et la santé de l'OMS, les femmes ayant été victimes de violences physiques ou sexuelles au cours de leur vie sont plus souvent malades que les autres. Le fait d'avoir été exposée à des violences au cours de sa vie serait un facteur de risque pour le développement de maladies dont l'étiologie est souvent inconnue comme le syndrome du côlon irritable, les troubles gastro-intestinaux ou la fibromyalgie.

Un autre pan de ces conséquences concerne la santé sexuelle des patientes. Les femmes victimes de violences sexuelles vont ainsi être plus à risque d'être contaminées par des infections sexuellement transmissibles comme le VIH³¹ ou les chlamydioses avec le risque de stérilité qui en découle.

Les violences sexuelles³² vont également pouvoir entraîner des lésions au niveau des parties génitales de la femme, des avortements ou des complications de grossesse, des douleurs pelviennes à répétition, des grossesses non désirées (s'accompagnant donc d'un risque d'avortement avec toutes les conséquences que cela entraîne pour la femme).

³¹ La violence lors d'un rapport sexuel va augmenter le risque de transmission du virus car la pénétration forcée entraîne souvent des abrasions et des incisions. D'autre part, les adolescentes présentent un risque plus élevé de contamination car la muqueuse vaginale n'a pas encore la densité cellulaire qui constituera chez l'adulte une barrière efficace.

³² Par « violences sexuelles » on entend les viols et agressions sexuelles mais également les mutilations sexuelles.

Physique <ul style="list-style-type: none"> traumatismes physiques aigus ou immédiats, tels qu'ecchymoses, abrasions, lacérations, perforations, brûlures et morsures, ainsi que fractures et os ou dents cassés blessures plus graves, susceptibles d'entraîner des incapacités, notamment les blessures à la tête, aux yeux, aux oreilles et les traumatismes au thorax et à l'abdomen troubles gastro-intestinaux, problèmes de santé à long terme et mauvais état de santé, notamment syndromes de douleur chronique décès, notamment fémicide et décès liés au SIDA 	Sexuelle et génésique <ul style="list-style-type: none"> grossesse involontaire/non désirée avortement/avortement dans de mauvaises conditions de sécurité infections sexuellement transmissibles, notamment le VIH complications de la grossesse/fausse-couche hémorragies ou infections vaginales infections pelviennes chroniques infections urinaires fistule (déchirure entre le vagin et la vessie, entre le vagin et le rectum, ou les deux) rapports sexuels douloureux troubles sexuels
Mentale <ul style="list-style-type: none"> dépression troubles du sommeil et de l'alimentation stress et troubles anxieux (par exemple, l'état de stress post-traumatique) comportements autodestructeurs et tentatives de suicide mauvaise estime de soi 	Comportementale <ul style="list-style-type: none"> usage nocif de l'alcool et toxicomanies multiples partenaires sexuels choix de partenaires violents plus tard dans la vie diminution du recours aux contraceptifs et aux préservatifs

Figure 7 : Conséquences fréquentes de la violence à l'égard des femmes sur la santé, extrait de « Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes », OMS, consulté le 03/05/2018, disponible sur <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/86256/WH>

2) Sur la santé mentale

A. Données générales

Les violences vont également avoir un impact sur la santé mentale des victimes. Ainsi, le Rapport Mondial sur la Violence et la Santé de l'OMS³³ rappelle que la violence sexuelle est, par exemple, liée à une sur-représentation des troubles du comportement ou de maladie mentale chez les femmes qui en sont victimes. Ainsi 33% des femmes ayant subi des violences sexuelles présentent des troubles psychiatriques contre 15% des femmes victimes de violence physique de la part de leur compagnon et 6% des femmes n'ayant jamais subi de violence. De plus, les femmes ayant subi des violences sexuelles sont plus à risque d'avoir des idées suicidaires tout comme les femmes victimes de harcèlement sexuel.

³³ Etienne G. Krug et OMS, éd., *Rapport mondial sur la violence et la santé* (Genève, 2002).

La violence à l'encontre des femmes a de **graves conséquences sanitaires.**

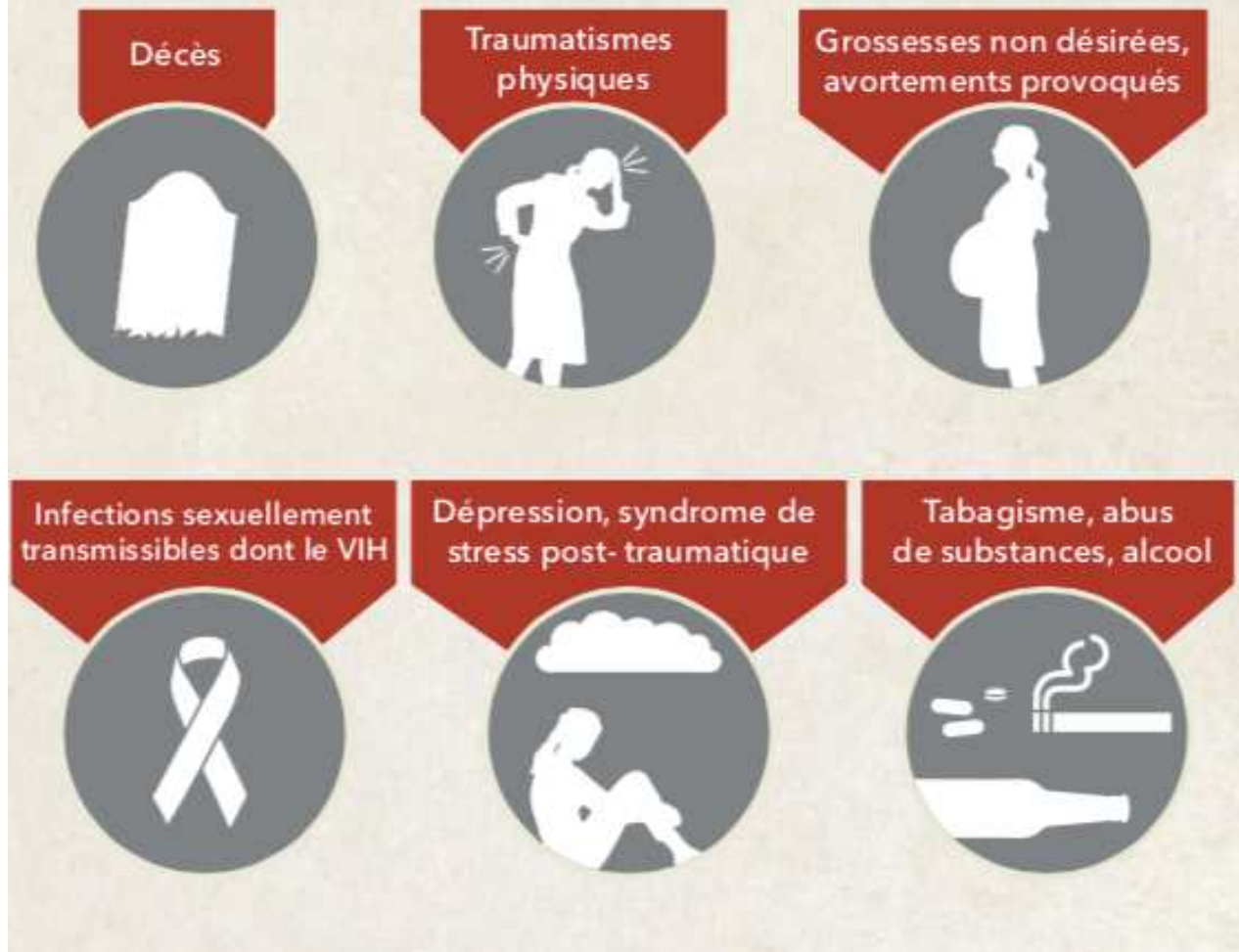


Figure 8 : Conséquences sanitaires des violences faites aux femmes. Source : « Violence à l'encontre des femmes » OMS, consulté le 03/05/2018, disponible sur http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85392/WHO_NMH_VIP_PVL_13.1_fre.pdf?sequence=1

B. Le stress post traumatique

Parmi les troubles recensés par l’OMS, on retrouve également l’état de stress post-traumatique (ESPT) ou PTSD (Post Traumatic Stress Disorder). Celui-ci se présente chez des personnes ayant ressenti une peur, une impuissance, un stress traumatique suite à des menaces de blessures ou de mort³⁴.

L’état de stress post traumatique se caractérise par la présence de trois groupes de symptômes distincts mais qui vont co-exister chez la victime :

- La reviviscence de l’évènement traumatique : intrusions spontanées et envahissantes, le plus souvent, incontrôlables de la mémoire traumatique sous forme de cauchemars, de flashes accompagnés d’un stress intense ;
- Le développement de stratégies d’évitement : mise en place par la victime de stratégies d’évitement vis à vis de son trauma (personnes, lieux, situations ...) conduisant généralement à un retrait émotionnel et social ;
- L’hypersensibilité ou hyper excitabilité : se manifeste par un faisceau de symptômes tels que l’insomnie, la difficulté à se concentrer, l’irritabilité, l’hyper-vigilance.

On retrouve ces trois groupes de symptômes dans la définition de l’état de stress post-traumatique donnée par la DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) qui propose les critères diagnostiques résumés dans la figure 9.

³⁴ Rachel Yehuda et Joseph LeDoux, « Response Variation Following Trauma: A Translational Neuroscience Approach to Understanding PTSD », *Neuron* 56, n° 1 (octobre 2007): 19- 32, <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2007.09.006>.

Critères diagnostiques de l'ESPT selon le DSM-V

- A. Exposition à la mort, à des blessures graves, ou à la violence sexuelle, effectives ou potentielles, d'une (ou plusieurs) des façons suivantes :
1. Vivre directement l'événement traumatique.
 2. Être témoin, en personne, de l'événement vécu par d'autres.
 3. Apprendre que l'événement traumatique a été vécu par un membre de la famille proche ou un ami proche. **Note** : En cas de décès ou de danger de décès d'un membre de la famille ou d'un ami, l'événement doit avoir été violent ou accidentel.
 4. Vivre une exposition répétée ou extrême aux détails pénibles de l'événement traumatique (par exemple, les premiers intervenants ou les policiers). **Note** : Le critère A4 ne s'applique pas à l'exposition par le biais des médias électroniques, de la télévision, de films ou de photos, à moins que cette exposition soit liée au travail.
- B. Présence d'un (ou plusieurs) des symptômes intrusifs suivants associés à l'événement traumatique, ayant débuté après ce dernier :
1. Souvenirs pénibles récurrents, involontaires, et envahissants de l'événement traumatique. **Note** : Chez les enfants âgés de plus de 6 ans, il peut s'agir d'un jeu répétitif dans lequel des thèmes ou des aspects de l'événement traumatique sont exprimés.
 2. Rêves répétitifs pénibles dans lesquels le contenu et/ou l'affect sont liés à l'événement traumatique. **Note** : Chez les enfants, il peut s'agir de rêves effrayants sans contenu reconnaissable.
 3. Réactions dissociatives (flash-backs, par exemple) dans lesquelles l'individu se sent ou agit comme si l'événement traumatique se reproduisait. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une perte totale de conscience de l'environnement actuel.) **Note** : Chez les enfants, des reconstitutions du traumatisme peuvent se produire dans le jeu.
 4. Détresse psychologique intense ou prolongée à l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique.
 5. Réactions physiologiques marquées à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique.
- C. Évitement persistant des stimuli associés à l'événement traumatique ayant débuté après ce dernier, comme en témoigne(nt) une ou les deux manifestations suivantes :
1. Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, les pensées ou les sentiments pénibles à propos de, ou étroitement associés à, l'événement traumatique.
 2. Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, lieux, conversations, activités, objets, situations) qui éveillent des souvenirs, des pensées ou des sentiments pénibles à propos de, ou étroitement associés à, l'événement traumatique.
- D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à l'événement traumatique, ayant débuté ou s'étant aggravées après ce dernier, comme en témoignent deux (ou plus) des manifestations suivantes :
1. Incapacité de se rappeler un aspect important de l'événement traumatique (typiquement en raison d'une amnésie dissociative et non d'autres facteurs tels que blessure à la tête, alcool ou drogues).
 2. Croyances ou attentes négatives persistantes ou exagérées à propos de soi-même, des autres, ou du monde (par exemple, « Je suis mauvais », « On ne peut faire confiance à personne », « Le monde est complètement dangereux », « Mon système nerveux entier est définitivement ruiné »).
 3. Cognitions persistantes et déformées concernant la cause ou les conséquences de l'événement traumatique qui amènent l'individu à se blâmer ou à blâmer autrui.
 4. État émotionnel négatif persistant (par exemple, peur, horreur, colère, culpabilité ou honte).
 5. Diminution marquée de l'intérêt ou de la participation à des activités significatives.
 6. Sentiment de détachement ou d'éloignement des autres.
 7. Incapacité persistante de ressentir des émotions positives (par exemple, incapacité à éprouver du bonheur, de la satisfaction ou des sentiments affectueux).
- E. Altérations marquées dans l'activation et la réactivité associées à l'événement traumatique, ayant débuté ou s'étant aggravées après ce dernier, comme en témoignent deux (ou plus) des manifestations suivantes :
1. Comportement irritable et crises de colère (avec peu ou pas de provocation) généralement sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
 2. Comportement imprudent ou autodestructeur.

<ol style="list-style-type: none"> 3. Hypervigilance. 4. Réaction de sursaut exagérée. 5. Problèmes de concentration. 6. Troubles du sommeil (par exemple, difficultés à s'endormir ou à rester endormi ou sommeil agité).
F. La durée de la perturbation (critères B, C, D, et E) est de plus que 1 mois.
G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans les domaines sociaux, professionnels, ou autres domaines importants.
H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, médicaments, alcool) ou d'une autre condition médicale.
<p>Spécificateurs</p> <p>Avec symptômes dissociatifs</p> <p>Les symptômes rencontrent les critères d'un trouble de stress post-traumatique, et en plus, en réponse au stress, la personne vit des symptômes persistants et récurrents tels que l'une des manifestations suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dépersonnalisation : expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment de détachement, et d'être un observateur extérieur de ses processus mentaux ou corporels (par exemple, sentiment d'être dans un rêve ; sentiment d'irréalité de soi ou de son corps ou que le temps se déroule lentement). 2. Déréalisation : expériences persistantes ou récurrentes d'irréalité de l'environnement (par exemple, l'environnement immédiat est vécu comme irréel, onirique, lointain, ou déformé). <p>Note : Pour utiliser ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être imputables aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, intoxication alcoolique) ou à une autre condition médicale (par exemple, crises épileptiques partielles).</p> <p>Avec expression retardée</p> <p>Ce spécificateur est utilisé si tous les critères diagnostiques ne sont remplis que 6 mois après l'événement (bien que l'apparition et l'expression de certains symptômes puissent être immédiates).</p> <p>Diagnostiques de stress aigu et de trouble de l'adaptation</p> <p>Un diagnostic d'état de stress aigu est posé si, de 3 jours à 1 mois après l'événement traumatique, tous les symptômes du stress post-traumatique sont rencontrés. Ce diagnostic est remplacé par celui de stress post-traumatique après un mois.</p> <p>Un diagnostic de trouble de l'adaptation est considéré,</p> <ul style="list-style-type: none"> • lorsque la réponse à un événement traumatique ne rencontre pas tous les critères de l'état de stress aigu ; • ou lorsque l'exposition à un événement stressant ne correspond pas aux critères de l'exposition à un événement traumatique.

Figure 9 : Critères diagnostic de l'ESPT d'après le DSM-V. Source : <http://www.psychomedia.qc.ca/sante-mentale/2015-11-15/stress-post-traumatique-criteres-diagnostiques-dsm-5>

Dans le critère D du DSM-V, on retrouve ainsi la notion d'une « incapacité de se rappeler un aspect important de l'événement traumatique (typiquement en raison d'une amnésie dissociative ...) ». Cette amnésie a été étudiée par le Dr Muriel Salmona, psychiatre, qui, dans son livre « Le livre noir des violences sexuelles »³⁵ évoque l'hypothèse de l'existence d'une « mémoire traumatique » chez ces femmes victimes de violence. Celle-ci correspondrait à un débordement du psychisme face à un stress auquel le cerveau ne saurait répondre de manière appropriée.

En effet, face à un stress « normal », le cerveau réagit par un circuit bien défini³⁶ (figure 10).

Dans un premier temps, l'amygdale, qui est une petite structure sous-corticale, va commander une « réaction émotionnelle de survie »³⁷ qui est automatique et non contrôlable par l'individu. L'objectif de cette réaction est de permettre au sujet de répondre au danger en l'affrontant, en le fuyant ou alors en l'évitant. Pour cela, l'amygdale va mobiliser les glandes surrénales pour produire les hormones du stress (adrénaline, cortisol) qui vont permettre de mobiliser le glucose et l'oxygène dans le sang.

Dans un second temps, le cortex cérébral va faire appel à l'hippocampe ; structure cérébrale responsable de la mémorisation, de l'apprentissage et du repérage spatio-temporel ; pour analyser la situation et prendre la décision la plus appropriée.

Enfin, tout au long de l'événement, le cerveau va pouvoir stocker au niveau de l'hippocampe toutes les informations sensorielles, émotionnelles ainsi que la réflexion engagée pour pouvoir être utilisées plus tard au besoin. C'est pour cela que lorsque nous avons déjà été exposé à un danger nous réagissons plus rapidement quand nous le rencontrons à nouveau. Par exemple, un enfant qui a été mordu par un chien aura dans le futur tendance à ne pas s'approcher du chien et à le fuir car il associera le chien à un souvenir de morsure.

³⁵ Muriel Salmona, *Le livre noir des violences sexuelles* (Paris: Dunod, 2013).

³⁶ J E Ledoux et J Muller, « Emotional memory and psychopathology. », *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences* 352, n° 1362 (29 novembre 1997): 1719- 26.

³⁷ Muriel Salmona, *Le livre noir des violences sexuelles* (Dunod, 2013).

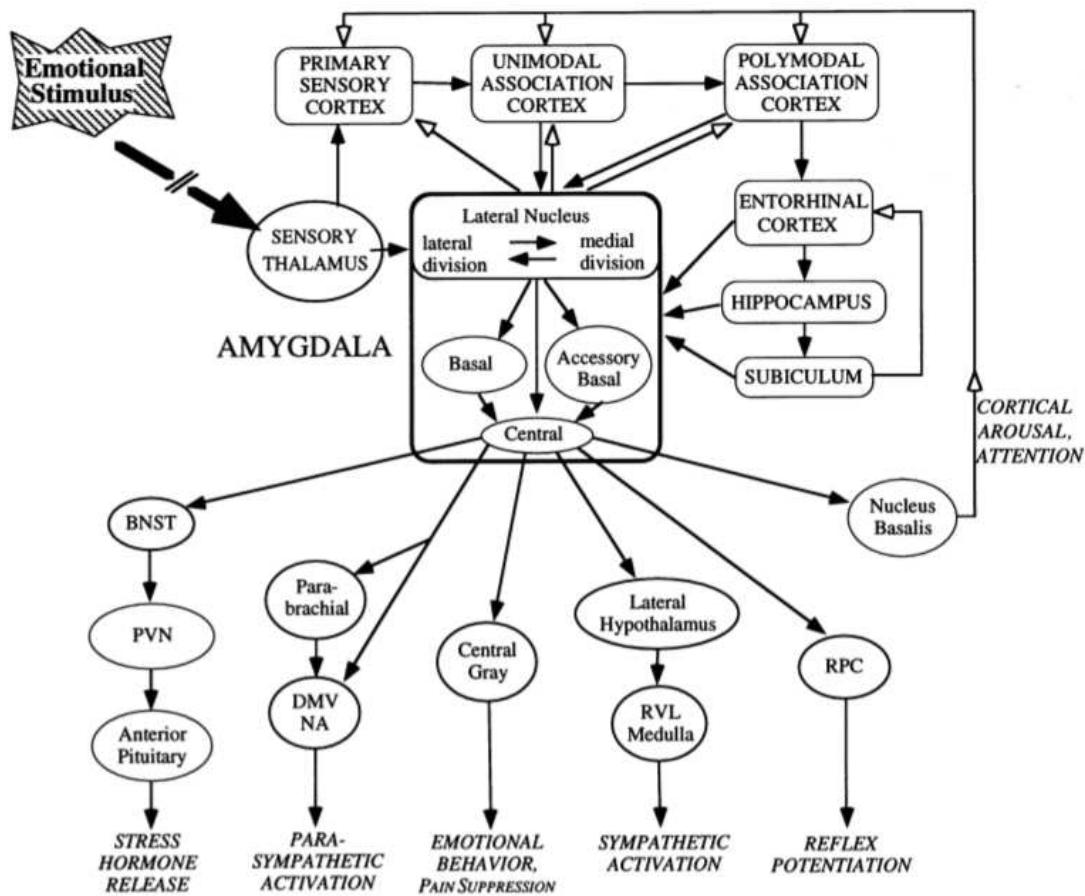


Figure 10 : « Fear conditioning pathways »

Source : « Emotional memory and psychopathology ». Ledoux et Muller, 1997.

Dans le cas d'un stress « normal », il existe un rétro contrôle négatif du cortisol qui va permettre un retour à la normal³⁸ (figure 11) dès l'éviction du facteur de stress.

³⁸ Allan Munck, Paul Guyre, et Nikki J. Holbrook, *Physiological Functions of Glucocorticoids in Stress and Their Relation to Pharmacological Actions*, vol. 5, 1984, <https://doi.org/10.1210/edrv-5-1-25>.

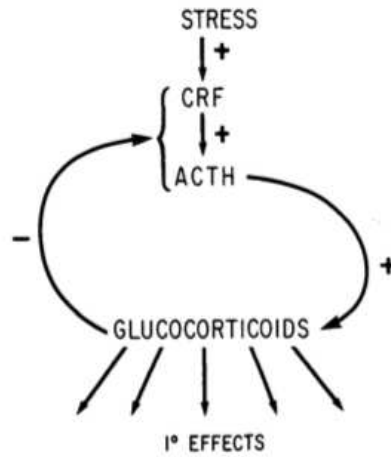


Figure 11 : Le rétrocontrôle négatif des glucocorticoïdes permet une régulation de leurs concentrations après exposition à un stress³⁹.

Source : « *Emotional memory and psychopathology* ». Ledoux et Muller, 1997.

Dans le cas d'un stress « anormal » comme celui rencontré dans l'ESPT, des études ont montré des niveaux de cortisol périphérique significativement plus bas chez les personnes souffrant d'ESPT⁴⁰ ce qui entrainerait une absence de rétro-contrôle négatif ne permettant ainsi pas un retour à la normale une fois le danger écarté⁴¹.

Cela aura pour conséquence, chez les personnes qui en sont victimes, d'entraîner des modifications de l'organisme pour répondre à ce stress avec, notamment, des modifications au niveau du rythme cardiaque, de la pression artérielle ou de la respiration entraînant donc une sur comorbidité chez ces personnes⁴².

Muriel Salmona parle, elle, d'un « débordement du psychisme ». D'après sa théorie, les modifications cardio-vasculaires observées dans un ESPT vont conduire le cerveau à « disjoncter » afin de protéger l'organisme grâce à la sécrétion de substances comme les

³⁹ Munck, Guyre, et J. Holbrook.

⁴⁰ Yehuda et LeDoux, « Response Variation Following Trauma ».

⁴¹ L. M. Shin, « Amygdala, Medial Prefrontal Cortex, and Hippocampal Function in PTSD », *Annals of the New York Academy of Sciences* 1071, n° 1 (1 juillet 2006): 67-79, <https://doi.org/10.1196/annals.1364.007>.

⁴² A Jolly, « ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE : UNE REVUE DE LA LITTERATURE EPIDEMIOLOGIQUE », 2000, 19.

endorphines et les kétamines-like. Le fait de disjoncter va avoir plusieurs conséquences au niveau du psychisme des victimes :

- des troubles de la mémoire ;
- une dissociation (qui se manifestera pas une dépersonnalisation : pour se protéger, la victime se distance de la situation) ;
- une anesthésie aussi bien émotionnelle que physique.

Dans son article « L'amnésie traumatique : un mécanisme dissociatif pour survivre », la psychiatre évoque l'hypothèse selon laquelle la dissociation souvent observée chez les femmes victimes de violence proviendrait d'une rupture de contact entre l'amygdale, où arrivent les informations en premier, et l'hippocampe qui est normalement chargée de traiter les informations et de les stocker sous forme de mémoire⁴³.

Lorsqu'il y a un débordement du psychisme, les informations resteraient bloquées au niveau de l'amygdale et ne seraient pas traitées. Cela constituerait la mémoire traumatique. Celle-ci serait inaccessible à la victime qui n'aurait pas accès à ses souvenirs ce qui expliquerait les amnésies rencontrées lors de traumatismes comme les violences sexuelles par exemple.

⁴³ Muriel Salmona « L'amnésie traumatique : un mécanisme dissociatif pour survivre ». 2018, disponible sur www.memoiretraumatique.org, consulté le 10/01/2019.

V. Moyens mis en œuvre dans la lutte contre les violences faites aux femmes

L'ampleur des violences aussi bien en termes de chiffres, qu'en terme de conséquences sur la santé des femmes appelle donc à une lutte contre ces violences. Celle-ci est aussi bien institutionnelle qu'associative.

1) Plans gouvernementaux

Depuis 2004, cinq plans interministériels de lutte contre les violences faites aux femmes se sont enchaînés. Ces plans définissent des objectifs et des stratégies d'action en fixant des priorités ainsi que les budgets alloués. Ils mettent en avant une collaboration entre le ministère de l'Intérieur, le ministère de la Justice, le ministère des Affaires Sociales, de la Santé et du Droit des Femmes ; le ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation Professionnelle et de la Cohésion Sociale et du Haut Conseil à l'Égalité entre les Femmes et les Hommes.

A. Historique

Le premier Plan global de lutte contre les violences faites aux femmes a été annoncé le 24 novembre 2004 et concernait surtout les violences conjugales. Organisé autour de 10 mesures clés il apportait « des réponses sociales et économiques » et assurait « une meilleure protection juridique des femmes »⁴⁴. Ce plan s'étalait sur les années 2005 à 2007 et a ensuite été suivi par le 2^{ème} plan annoncé le 21 Novembre 2007.

Il s'agissait cette fois-ci d'un Plan global triennal de lutte contre les violences faites aux femmes, destiné à s'étendre de 2008 à 2010. Il comportait lui douze objectifs venant renforcer et compléter les dix mesures du premier plan avec, notamment, des actions dirigées vers l'entourage des victimes.

⁴⁴ « Les 1er, 2ème et 3ème plans interministériels de lutte contre les violences faites aux femmes », Secrétariat d'Etat chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes, consulté le 1 mai 2018, <http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/dossiers/lutte-contre-les-violences/les-plans-de-lutte-contre-les-violences-faites-aux-femmes/les-3-premiers-plans-interministeriels-de-lutte-contre-les-violences-faites-aux-femmes/>.

Le 3^{ème} plan, qui a couvert les années 2011 à 2013, prolonge les deux premiers en abordant plus particulièrement la question des violences intrafamiliales, des mariages forcés et de la polygamie.

Le 4^{ème} plan⁴⁵, enfin, se concentrait sur un nombre réduit de priorités mais introduisait la responsabilité de l'État devant le parlement quant au respect de ces mesures. Ces priorités étaient les suivantes :

- Organiser l'action publique autour d'un principe d'action simple : aucune violence déclarée ne doit rester sans réponse ;
- Protéger les victimes ;
- Mobiliser l'ensemble de la société.

⁴⁵ « Le 4^{ème} plan interministériels de lutte contre les violences faites aux femmes », Secrétariat d'Etat chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes, consulté le 6 mai 2018, <http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/dossiers/lutte-contre-les-violences/les-plans-de-lutte-contre-les-violences-faites-aux-femmes/le-4eme-plan-interministeriels-de-lutte-contre-les-violences-faites-aux-femmes/>.

LES PRINCIPALES MESURES DU PLAN DE LUTTE CONTRE LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

66 MILLIONS

d'euros pour les 3 prochaines années soit un doublement du budget

1650

solutions d'hébergement
d'urgence nouvelles d'ici 2017

350

intervenants sociaux en commissariats
et en brigades d'ici 2017

VIOLENCES FEMMES HOMME
APPELEZ LE
3919

Le numéro unique pour
orienter les femmes
victimes de violences,
gratuit et ouvert 7j./7



Un kit de constatation
en urgence des viols
expérimenté



Le téléphone grand
danger généralisé
pour protéger
les femmes victimes
de violences conjugales



MINISTÈRE
DES DROITS DES FEMMES

stop-violences-femmes.gouv.fr

Figure 12 : « Les principales mesures du plan de lutte contre les violences faites aux femmes ».

Source : <http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/11/Principales-mesures-du-4eme-plan.pdf>, consulté le 20/10/2018

B. Le 5^{ème} plan de lutte contre les violences faites aux femmes

Le 5^{ème} plan de lutte interministériels contre les violences faites aux femmes se distingue de ses prédécesseurs sur deux choses.

Premièrement, le plan donne une part importante dans ses objectifs à la lutte contre le sexisme qu'il reconnaît comme étant le problème à la source des violences. Ainsi, le troisième axe de lutte s'intitule « Déraciner les violences par la lutte contre le sexisme, qui banalise la culture des violences et du viol ». En prenant en compte le problème à l'origine, ce 5^{ème} plan espère ainsi pouvoir faire diminuer les violences faites aux femmes et non plus seulement en gérer les conséquences. Pour cela, il propose différentes actions de prévention aussi bien au niveau des établissements scolaires (notamment la formation des enseignants au repérage et à la prise en charge du sexisme) mais aussi sur internet en proposant une lutte contre toutes les cyberviolences (harcèlement, sexisme...) et dans l'espace public avec une volonté de mettre fin au harcèlement de rue.

La deuxième différence entre le 5^{ème} plan et ses prédécesseurs repose sur l'implication des pharmaciens. En effet, dans les plans précédents, les pharmaciens ne figuraient pas dans la liste des professionnels à former et à impliquer dans la lutte contre les violences faites aux femmes. Les outils qui étaient créés dans le cadre des plans s'adressaient donc principalement aux médecins, aux travailleurs sociaux ou aux agents d'accueil.

Le 5^{ème} plan prévoit lui l'implication des pharmaciens via la conception de « fiches -réflexes » avec l'appui du Conseil de l'Ordre. Il semblerait qu'à ce jour ce projet ne soit pas encore concrétisé car je n'ai pas pu trouver le fruit de ce travail.

Cependant, ce 5^{ème} plan montre bien qu'il y a une volonté d'inclure les pharmaciens dans ce rôle de prévention des violences et d'aide aux victimes d'où l'importance qu'une formation soit apportée aux officinaux.

ANNEXE 2

Récapitulatif des actions de formation réalisées et à venir

PROFESSION	FORMATION INITIALE	FORMATION CONTINUE	OUTILS DE FORMATION ELABORES PAR LA MIPROF DANS LE CADRE DU 4e PLAN	OUTILS DE FORMATION QUI SERONT ELABORES PAR LA MIPROF DANS LE CADRE DU 5e PLAN
PROFESSIONNEL LE.S DE LA SECURITE				
Police nationale	4 ^e plan	4 ^e plan	Fiche-reflexe sur l'audition des victimes de violences au sein du couple et/ou sexuelles	
Gendarmerie nationale	4 ^e plan	4 ^e plan	Fiche-reflexe sur l'audition des victimes de violences au sein du couple et/ou sexuelles	
Police municipale	-	5 ^e plan	Fiche-reflexe sur l'audition des victimes de violences au sein du couple et/ou sexuelles	Elaboration d'une fiche-réflexe et organisation de journées de formation de formateurs, en lien avec le CNFPT
Sapeurs-Pompiers	5 ^e plan	5 ^e plan	Elaboration d'un livret pédagogique (fiche-réflexes et cas pratiques)	Elaboration d'un livret pédagogique (fiche-réflexes et cas pratiques)
Militaires	4 ^e plan	4 ^e plan	Elaboration d'un kit de sensibilisation (film d'animation et livret) pour lutter contre le harcèlement sexiste et les violences sexuelles	Elaboration d'un kit de sensibilisation (film d'animation et livret) pour lutter contre le harcèlement sexiste et les violences sexuelles
Personnels au contact des femmes étrangères (agent.e.s de préfecture chargés de la délivrance des titres de séjour et de l'Office français de protection des réfugiés et apatrides)	-	5 ^e plan		Elaboration de fiches-réflexes
PROFESSIONNEL LE.S DE SANTE				
Médecins (dont les urgentistes)	4 ^e plan	4 ^e plan	Kit pédagogique de la MIPROF "Anna" Certificat médical par le Conseil national de l'ordre des médecins	Elaboration d'un kit de formation « mutilations sexuelles »
Autres professionnel.le.s de santé : dentistes, pharmaciens, infirmier.e.s, kinésithérapeutes	-	5 ^e plan		Elaboration de fiches-réflexes et de modèle d'écrit professionnel, avec l'appui du Conseil National de l'Ordre, en particulier concernant les violences sexuelles ; élaboration d'un kit de formation « mutilations sexuelles »
Sage-femmes	4 ^e plan	4 ^e plan	Kit pédagogique de la MIPROF "Anna" Certificat médical par le Conseil national de l'ordre des sage-femmes	Elaboration d'un kit de formation « mutilations sexuelles »

Figure 13 : Récapitulatif des actions de formation réalisées et à venir dans le 5^{ème} plan de lutte contre les violences faites aux femmes. Issu du 5^{ème} plan de lutte contre toutes les violences faites aux femmes.

Source : <http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/5eme-plan-de-mobilisation-et-de-lutte-contre-toutes-les-violences-faites-aux-femmes-2017-2019/>, consulté le 20/10/2018

2) Ressources associatives

Afin de pouvoir apporter une écoute et une information utiles aux patientes qui se présenteraient à l'officine en étant victimes de violences, il est important que les pharmaciens connaissent les différentes structures vers lesquelles les victimes peuvent être orientées mais aussi les ressources à la disposition des pharmaciens pour s'informer.

Les coordonnées ainsi que les principales missions des différentes associations ont été résumé dans la fiche « Contacts » disponible en annexe.

A. Le 3919 – Violences Femmes Info⁴⁶

Le 3919, numéro national gratuit et anonyme, est le numéro d'écoute destiné aux femmes victimes de violence. Disponible du lundi au vendredi de 9h à 22h et de 9h à 18h le samedi, dimanche et jours fériés ; ce numéro a été créé en 1992 par la Fédération Nationale Solidarité Femmes et s'intitulait alors « Violences Conjugales – Femmes Info Service ». En 2007 le numéro devient le Violences Conjugales Info avant de devenir le 1^{er} Janvier 2014 le numéro de référence d'écoute des femmes victimes de violence, quel que soit le type de violence (conjugale, sexuelle ...).

Le 3919 se compose d'écouteresses professionnelles qui vont offrir un cadre rassurant pour la victime pour lui permettre de raconter son histoire. Les écouteresses proposent également une orientation des victimes vers les services appropriés et peuvent offrir un suivi sur le plus long terme en permettant à la personne de recontacter le service quand elle le souhaite. Le 3919 peut également orienter vers des structures locales qui pourront prendre en charge la victime.

Ce numéro, qui devrait être connu par tous les professionnels de santé et donc par tous les pharmaciens, est le premier à communiquer aux patientes. Cette communication peut être orale (lors d'un entretien dans l'espace de confidentialité, lors d'une prise de mesure de bas de compression ...) ou visuelle au travers d'un affichage dans l'officine du numéro de manière évidente. La communication écrite doit elle être pratiquée avec prudence. En effet, celle-ci laisse des traces qui pourront éventuellement être retrouvées par l'agresseur de la femme

⁴⁶ <http://www.solidaritefemmes.org/appeler-le-3919> Consulté le 06/02/18

(notamment dans le cadre de violences conjugales) et donc donner suite à des violences supplémentaires.

B. Ressources locales :

Au cours de ce travail j'ai choisi de me concentrer sur les ressources disponibles dans le département de Loire Atlantique afin de proposer un guide pratique des différentes associations et de leurs missions qui pourrait être utilisé par les pharmaciens de la région.

Voici donc quelques associations basées sur Nantes ou sa région.

i. SOLidarité Femmes Loire-Atlantique



Solidarité Femmes Loire-Atlantique est une structure basée à Nantes qui fait partie de la Fédération Nationale Solidarité Femmes. Celle-ci regroupe 64 associations en France proposant des lieux d'accueil et des solutions d'urgence pour les femmes victimes de violences conjugales.

L'antenne de Nantes, créée en 1978, constitue donc un relai essentiel dans la prise en charge des patientes victimes de violence et est reconnue « Référent violences conjugales » et « Accueil de jour départemental » par l'État et le département.

Dans le cadre de leurs actions, l'association peut proposer notamment une « mise en sécurité » des victimes avec des hébergements en CHRS (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale) ou à l'hôtel. Elle dispose d'appartements pouvant accueillir des femmes avec ou sans enfants.

En dehors de ces situations d'urgence, Solidarité Femmes Loire Atlantique propose également :

- un accompagnement dans les démarches et recherches d'hébergement ;
- une écoute et un soutien moral pour les victimes (écoute collective ou lors de rendez vous individuels) ;
- une permanence tous les jeudis matins et le premier samedi matin du mois axée sur la recherche de solutions concrètes pour se sortir de la violence ;
- un accueil à leur permanence à Nantes avec mise à disposition de téléphones, d'ordinateurs (...) pour permettre aux femmes d'effectuer leurs démarches en toute sécurité.

SOLIDARITÉ Femmes Loire Atlantique joue également un rôle de formation et de sensibilisation auprès des professionnel.le.s ou futur.e.s professionnel.le.s du social, de la santé, de la gendarmerie, des élu.e.s et bénévoles d'associations.

CONFÉRENCE : SENSIBILISER À LA PROBLÉMATIQUE DE LA VIOLENCE CONJUGALE

<p>OBJECTIFS</p> <ul style="list-style-type: none">. Définir la violence conjugale. Comprendre les mécanismes et les impacts de la violence conjugale. Favoriser le repérage des situations de violence conjugale. Identifier les acteurs-trices de la prise en charge <p>PROGRAMME</p> <ul style="list-style-type: none">. Comprendre le phénomène de la violence conjugale<ul style="list-style-type: none">- Conflit de couple et violence conjugale- Formes de la violence- Cycle et escalade de la violence- Les impacts de la violence- Caractéristiques sociodémographiques. Le réseau<ul style="list-style-type: none">- Lieux ressources- Partenariat <p>MÉTHODES PÉDAGOGIQUES</p> <p>Projection documentaire vidéo Apports théoriques Échange avec les participant-e-s</p>	<p>PUBLIC Étudiant-es, Futur-es professionnel-le.s Tout public</p> <p>INTERVENANTES 2 professionnel-le.s, expérimentées dans l'accompagnement des femmes et des enfants victimes de violences conjugales.</p> <p>PARTICIPANT-ES 20 à 60 personnes</p> <p>DURÉE 2 heures</p> <p>DATES ET LIEUX En inter ou intra A la demande</p> <p>TARIFS 300 € pour un groupe Frais de transport en supplément</p>
--	--

Figure 14 : Exemple de formation proposée par SOS Loire Atlantique

Source : <https://solidaritefemmes-la.fr/formations/>, consulté le 10/01/2019.

ii. CIDFF Nantes



Les CIDFF (Centres d'Informations des Droits des Femmes et des familles) sont un réseau de 114 associations locales (loi 1901) et de 1387 points d'informations répartis sur le territoire français⁴⁷.

Leur création remonte au début des années 1970, et plus précisément en novembre 1970 où sont organisés les États généraux de la Femme présidés par le premier ministre de l'époque, Jacques Chalban-Delmas. Ces États généraux permettent une prise de conscience du manque d'information des femmes en France quant à leurs droits ce qui pousse le secrétaire d'État au premier ministre, Jacques Baumel, à suggérer la création d'un « Centre d'Information Féminin ». Celui-ci ouvrira ses portes en 1972 à Paris proposant une « information juridique, professionnelle et sur la vie quotidienne » au public. Le centre de Paris sera bientôt suivi par l'ouverture de plusieurs autres centres en Île de France et en Province à la demande de collectivités territoriales ou d'associations locales.

En 1982, le CIF devient le « CIDF » (Centre d'Information sur les Droits des Femmes) puis en 1987 et 1988 le « CIDFF » (Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles).

Les CIDFF sont reconnues d'utilité publique et remplissent des missions déléguées par l'État sur l'accueil, l'information et l'orientation du public ainsi que la prise en charge de victimes de violences sexistes quelle que soit la nature des violences subies.

Le CIDFF de Nantes a été fondé en 1978. Cette structure a pour objectifs de « écouter, informer, accompagner les femmes victimes de violences sexistes : violences au sein du

⁴⁷ « CIDFF : 40 ans d'engagement », s. d. Plaquette d'information sur le CIDFF disponible sur http://www.infofemmes.com/v2/p/Nous-connaetre/Notre-histoire/Notre-histoire_25 (page consultée le 03/04/2018).

couple, viols et agressions sexuelles, harcèlements sexuels, mutilations sexuelles, mariages forcés ». Ses équipes vont ainsi informer les victimes sur leurs droits de manière gratuite, anonyme et confidentielle. Elle permet un accompagnement global dans leurs démarches judiciaires mais aussi médicales, sociales et professionnelles.

Leur expertise concerne principalement le droit civil (droit des familles : procédures de divorces, garde des enfants ...).

L'accueil se fait pendant des permanences au siège de l'association à Nantes ou dans des permanences extérieures dans le reste du département sur rendez vous. Un numéro est disponible pour des renseignements juridiques les lundi, mardi et jeudi matin de 9h30 à 12h. En 2015, l'association a pu accueillir 439 femmes dont 82% dans des cas de violences conjugales.

Le CIDFF remplit également un rôle de formation auprès des gendarmes et des assistantes sociales.

iii. La fédération France Victimes

La fédération France Victimes, créée en 1986, regroupe 130 associations sur tout le territoire français. Elle est financée en partie par le ministère de la Justice avec comme objectif de « promouvoir et de développer l'aide et l'assistance aux victimes, les pratiques de médiation et toute autre mesure contribuant à améliorer la reconnaissance des victimes »⁴⁸.

⁴⁸ Extrait du site internet de l'association. Disponible sur <http://www.france-victimes.fr/index.php/nous-connaitre/2015-06-16-21-30-20/organisation>. Consulté le 06/04/2018.

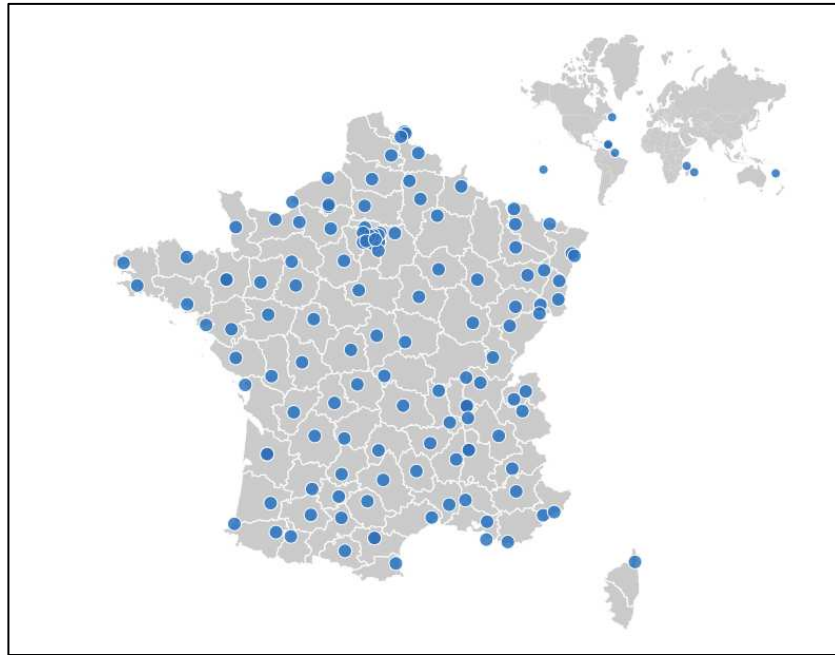


Figure 15 : Répartition des associations adhérentes de la Fédération France Victimes en France et dans le monde en 2016

Source : <http://inavem.konseil.info/index.html>. Consulté le 06/04/2018.

L'association gère la plateforme téléphonique du ministère de la Justice, disponible de 9h à 21h, 7 jours sur 7 au 08 842 846 37 (08 VICTIMES). Une boîte mail est également mise à disposition des personnes souhaitant contacter la fédération : 08victimes@france-victimes.fr.

Parmi les associations adhérentes à la fédération, deux sont présentes en Loire Atlantique : l'ADAVI (Association Départementale d'Aide aux Victimes d'Infraction) qui intervient sur l'Est du département (ressort géographique du Tribunal de Grande Instance de Nantes), et l'association Prévenir et Réparer qui, elle, se concentre sur l'Ouest du département (ressort géographique du Tribunal de Grande Instance de Saint-Nazaire).



L'ADAVI 44 (Association Départementale d'Aide aux Victimes d'Infractions) est une association (loi 1901) créée en 1988 à Nantes et faisant partie de la fédération nationale France Victimes. L'équipe de salariés est composée d'une directrice, d'une accueillante, de cinq juristes et de deux psychologues qui vont prendre en charge et accompagner toute personne victime d'une infraction au sens large, dont les victimes de violence.

L'association définit ses missions comme étant d'«accueillir, écouter, informer, soutenir, accompagner sur le plan juridique et psychologique, orienter ». L'ADAVI a ainsi pu aider 3700 personnes en 2017.

Les victimes peuvent prendre contact par téléphone puis pourront venir à un premier rendez-vous qui peut se faire en binôme si nécessaire (présence d'un juriste et d'un psychologue clinicien). L'association va accompagner la victime dans ses démarches en lui expliquant quels sont ses droits et comment se déroulent les procédures.

L'ADAVI intervient sur la partie Est du département de Loire-Atlantique et participe comme les autres associations à la formation des gendarmes.

C. Ressources en ligne

Les ressources en ligne sont intéressantes à la fois pour les victimes mais aussi pour les professionnels qui souhaitent s'informer sur les violences faites aux femmes. Accessibles

24h/24 et n'importe où, elles peuvent être un outil intéressant pour une équipe officinale qui souhaiterait se sensibiliser sur le sujet.

i. Stop violences femmes

Parmi les différents sites traitant du sujet des violences faites aux femmes, le site www.stop-violences-femmes.gouv.fr propose un accès grand public à destination des victimes ainsi qu'un espace destiné aux professionnels avec plusieurs outils⁴⁹. Ces ressources sont accessibles gratuitement et sont réparties en plusieurs catégories (figure ...) : violences au sein du couple, harcèlement sexuel, mariage forcé ...



Figure 16 : Les différents outils proposés par le site stop-violences-femme.gouv.fr

Source : <https://stop-violences-femmes.gouv.fr/> consulté le 20/10/2018

Pour accéder aux outils professionnels, il est demandé de remplir un questionnaire avec le nom et le prénom, une adresse mail, le département d'exercice ainsi que le domaine professionnel.

⁴⁹ Disponibles sur <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/telecharger-les-outils-de.html>. Consulté le 26/04/2018.

Veillez compléter le formulaire ci-dessous pour accéder aux liens de téléchargement des outils de formation :

Nom *

Prénom *

Courriel *

Département *

Secteur d'activité *

Si vous êtes étudiant.e.s, précisez le domaine d'étude

Autres, merci de préciser

Est-ce que vous organisez ou animez des séances de formation ou de sensibilisation ?

Oui

Non

Figure 17 : Capture d'écran du site stop-violences-femmes.gouv.fr

Source : <https://stop-violences-femmes.gouv.fr/>, consulté le 20/10/2018

Une fois le questionnaire envoyé, l'utilisateur a alors accès à une série de kits qui traitent d'une problématique en particulier.

Le kit « Anna », par exemple, a pour objet les violences au sein du couple. Il propose un court métrage, un livret d'accompagnement, une fiche à destination des travailleurs sociaux, un livret pour les infirmières, une fiche pratique pour les agents d'accueil, un dépliant à destination des femmes victimes de violences (disponible également en version anglaise).

Le court métrage suit le parcours d'Anna, une jeune femme, qui consulte son médecin pour des aigreurs d'estomac. Elle raconte son histoire en voix off avec l'escalade des violences au sein de son couple. Elle évoque aussi bien des violences physiques que psychologiques et, de par son interrogatoire mené par le médecin, on comprend l'impact de ces violences sur Anna mais aussi sur sa fille.

Ce court métrage est une occasion de voir en pratique la prise en charge de la patiente victime de violence.



Figure 18 : Capture d'écran du court-métrage « Anna »

Source : <https://stop-violences-femmes.gouv.fr/>, consulté le 09/05/2018

La patiente se présente chez le médecin pour une plainte somatique : « J'ai des aigreurs d'estomac, même le Maalox® ne suffit pas. J'espérais que vous pourriez me donner quelque chose de plus fort. » Face à cette demande, le médecin commence son interrogatoire : date de naissance, antécédents médicaux, antécédents chirurgicaux et notion de violences : « Est-ce que vous avez subi des violences dans votre vie ? Des violences au travail, à la maison, dans l'enfance ? ». La question des violences fait ici partie de l'interrogatoire de « routine ». C'est une question systématique que le médecin pose à tous ses patients, quel que soit la demande initiale de la consultation.

Au cours de l'examen clinique la patiente révèle que ses aigreurs lui donnent des douleurs importantes et ont commencé « mardi dernier ». Le médecin lui demande alors « Il y a quelque chose qui vous a contrarié ? ». La patiente va alors progressivement commencer à raconter son histoire. Elle parle ainsi de sa fille puis raconte la dispute de la veille où son mari l'a trainé par les cheveux devant leur fille. Elle évoque aussi des viols conjugaux ainsi que des violences psychologiques. Le médecin encourage la patiente à parler en lui posant des questions plus ou moins directes.

Une fois que la patiente a pu raconter son histoire, le médecin prend en charge la situation. Il commence par lui conseiller de rompre avec l'isolement puis lui rappelle qu'elle n'est pas responsable de ce qu'il lui arrive mais que c'est bien son mari le coupable. Il rappelle également que ces violences sont interdites par la loi et qu'elle peut porter plainte au commissariat, qu'un rapport forcé est un viol. Il lui propose des contacts (psychologue, kinésithérapeute) et l'oriente vers une association d'aide aux femmes victimes de violences où elle pourra être aidée et rencontrer des femmes vivant la même chose qu'elle. Le médecin propose également à Anna de revenir le voir en consultation la semaine suivante.

Extrait de l'échange entre Anna et son médecin.

« Comment vous avez su pour moi ?

*Vous savez je pose la question à tout le monde,
beaucoup de femmes sont victimes de violence,
il fallait que ça arrive. »⁵⁰*

⁵⁰ Extrait du court métrage « Anna » disponible sur stop-violences-femmes.gouv.fr

ii. Résonantes :

RESONANTES

L'association Résonantes est une association à but non lucratif qui lutte contre les violences faites aux femmes et, plus particulièrement, celles faites aux femmes jeunes (15 à 25 ans) dans la région de Nantes.

Elle propose des spectacles de sensibilisation, des ateliers d'écriture et a également conçu deux outils qui peuvent être proposés aux patientes étant victimes de violence.

Le premier est leur site internet (www.resonantes.fr) qui propose des informations sur les violences avec, notamment, des petites vidéos réalisées avec Muriel Salmona. Ces vidéos sont courtes, simples et permettent de donner des définitions aux violences avec des exemples concrets. Elles sont donc utiles aussi bien pour les femmes qui souhaitent pouvoir mettre des mots sur ce qu'il leur arrive que pour toute personne étant témoin de ces violences et souhaitant s'éduquer sur le sujet.

Le site propose également dans la rubrique « Que faire ? » une carte interactive recensant les différents acteurs d'aide aux victimes avec leurs coordonnées pour les femmes qui se sentent prêtes à faire des démarches ou pour l'entourage ou toute personne (dont les professionnels de santé) souhaitant avoir des informations sur les violences et la prise en charge des victimes⁵¹

Le deuxième outil proposé par l'association est l'application App-Elles®.

⁵¹ La carte n'était pas accessible le jour de rédaction (22/06/18).

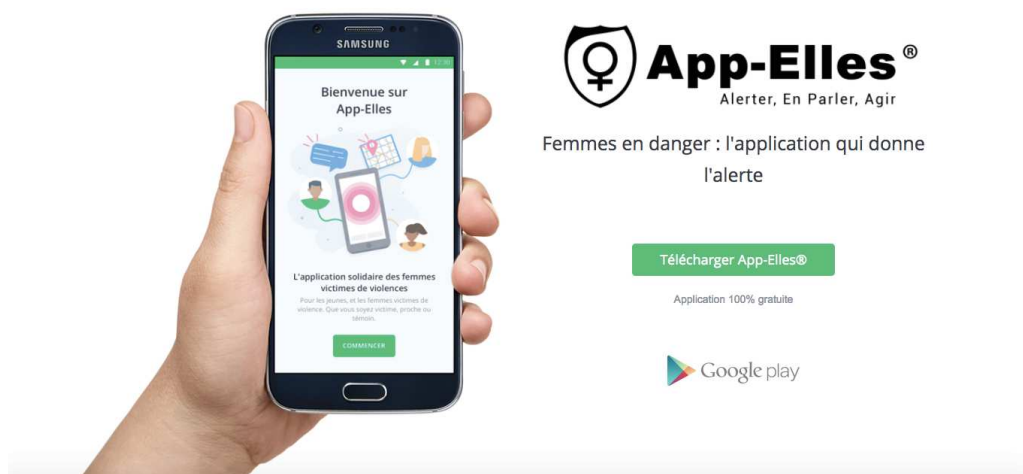


Figure 19 : Page d'accueil du site de l'application.

Source : <http://www.app-elles.fr/>. Consulté le 22/06/2018.

Disponible pour l'instant uniquement sur Google Play, l'application gratuite possède trois grandes fonctions :

- Alerter : permet de prévenir, suite au déclenchement d'une alerte, trois personnes au choix dont les coordonnées ont été renseignées.
- En parler : permet selon le secteur géographique choisi par la personne de fournir les coordonnées de plateformes téléphoniques (comme celles de l'ADAVI ou de SOLidarité femmeS Loire Atlantique par exemple).
- Agir : permet d'aider les personnes à trouver des informations sur leurs droits en ligne.

La fonction « Alerter » permet également d'envoyer la localisation GPS de la personne et de suivre cette localisation en temps réel et déclenche également l'enregistrement audio sur le téléphone. Cet enregistrement est ensuite enregistré et transmis aux personnes alertées et pourra servir selon le site de l'application en cas d'éventuelles poursuites.

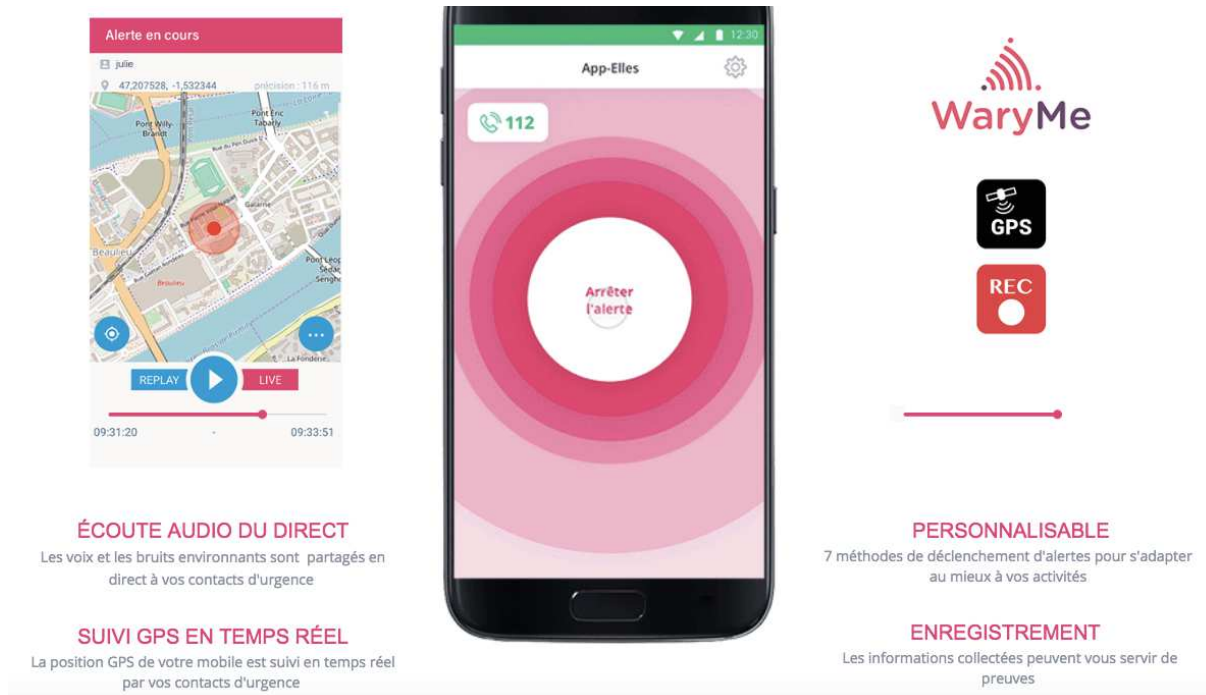


Figure 20 : Capture d'écran du site de l'application.

Source : <http://www.app-elles.fr/>. Consulté le 22/06/2018.

Le projet doit également bientôt se décliner sous forme d'un bracelet connecté qui permettra de donner l'alerte par une pression de 4 secondes. La date de sortie du produit n'était pas connue à la date de rédaction de cette thèse (20/10/2018).



Figure 21 : Projet de bracelet connecté

Source : <https://www.app-elles.fr/>, consulté le 20/10/2018

Afin de mieux cerner les perceptions des pharmaciens d'officine quant aux violences faites aux femmes ainsi que leurs attentes sur le sujet, j'ai réalisé un questionnaire que j'ai ensuite pu diffuser dans les pharmacies.

VI. Réalisation d'un questionnaire auprès des pharmaciens d'officine

1) Mise au point du questionnaire

A. Choix des questions

Pour que le questionnaire puisse être rempli par le maximum de participants possible j'ai choisi de faire quelque chose de court avec seulement neuf questions.

Les trois premières questions permettaient d'identifier les répondants en leur demandant leur profession, leur âge et leur type d'exercice.

Pour la profession étaient proposé comme choix :

- Pharmacien(ne) titulaire ;
- Pharmacien(ne) adjoint(e) ;
- Préparateur (préparatrice) en pharmacie ;
- Étudiant(e) en pharmacie.

A l'origine le questionnaire ne devait s'adresser qu'aux seuls pharmaciens d'officine (titulaires ou adjoints) mais après réflexion j'ai décidé d'inclure également les préparateurs dans les répondants ainsi que les étudiants en pharmacie. Le but était d'englober toutes les personnes susceptibles de rencontrer ces femmes au comptoir.

Les tranches d'âge sélectionnées pour la deuxième question étaient calées sur celles utilisées par l'INSEE :

- 18 à 24 ans ;
- 25 à 34 ans ;
- 35 à 49 ans ;
- 50 à 65 ans ;
- 65 ans et plus.

En ce qui concerne le type d'exercice, les participants devaient se classer selon la localisation de leur pharmacie :

- Pharmacie de centre ville ;

- Pharmacie de quartier ;
- Pharmacie de campagne ;
- Pharmacie de centre commercial.

Une fois ces questions générales remplies, les participants étaient interrogés sur le thème des violences via une première question intitulée « Avez-vous, au cours de votre carrière, été confronté à une situation dans laquelle vous avez soupçonné qu'une de vos patientes puisse être victime de violence ? ».

Cette question était volontairement générale et ne donnait pas un type précis de violence pour ne pas limiter les réponses. Le terme « soupçonné » a également été utilisé afin que les répondants ne se limitent pas aux seuls cas où une patiente leur aurait ouvertement parlé de violences subies mais incluent bien aussi les cas où il ne s'agissait que de suppositions de la part du pharmacien sans confirmation directe.

Pour les participants ayant répondu « Oui » à cette question, deux autres questions permettaient d'affiner leur réponse.

La question cinq portait ainsi sur le ou les types de violence dont ils pensaient avoir été témoin :

- Violences physiques ;
- Violences psychologiques ;
- Violences sexuelles ;
- Je ne sais pas.

Les répondants pouvaient sélectionner un ou plusieurs types de violence ou sélectionner la réponse « Je ne sais pas » s'ils ne se sentaient pas en mesure de nommer précisément la violence qu'ils avaient pu soupçonner.

La sixième question portait, elle, sur le ressenti de la personne quant à sa prise en charge : « Avez-vous eu le sentiment d'avoir adopté une posture professionnelle adaptée pour gérer la situation grâce à votre formation professionnelle ? ».

Cette question avait pour but de voir si les pharmaciens et les préparateurs pouvaient se représenter ce qu'est une posture professionnelle face à une victime de violence, mais aussi s'ils estimaient avoir été formé au cours de leur cursus sur cette thématique. Il s'agissait d'une question fermée avec comme choix « Oui » ou « Non ».

La question suivante proposait aux participants d'être recontactés s'ils le souhaitaient pour partager leur expérience.

La huitième question cherchait à évaluer l'intérêt éventuel des participants pour une formation sur ces violences par le biais de plaquettes d'informations : « Seriez vous intéressé par une plaquette informative sur le repérage ainsi que la prise en charge des femmes victimes de violence à l'officine ? ». Il s'agissait encore d'une question fermée avec pour réponse « Oui » ou « Non ».

Enfin, la neuvième et dernière question était une question ouverte où les répondants pouvaient s'ils le souhaitaient laisser leurs coordonnées pour être recontactés ou pour recevoir les résultats de l'étude.

Parmi les neuf questions posées, les questions une, deux, trois, quatre et huit étaient à réponse obligatoire c'est-à-dire que le participant ne pouvait valider son questionnaire et soumettre ses réponses sans répondre à minima à ces questions.

B. Diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été réalisé sur la plateforme gratuite Google Form⁵². Le lien du questionnaire a ensuite été partagé de plusieurs manières :

- Par un envoi mail aux différents membres du groupement « Unipharm » dont faisait partie ma maître de stage ;
- Par un partage sur la page Facebook de ma promotion d'officine ;
- Par un partage sur la page Facebook du groupe « Pharmacool », groupe privé destiné aux pharmaciens d'officine, aux étudiants en pharmacie ainsi qu'aux préparateurs.

Le questionnaire a été diffusé pendant environ trois semaines du 5 au 27 avril 2018.

⁵² « Google Forms vous permet de créer des questionnaires et d'en analyser les résultats gratuitement », consulté le 6 mai 2018, <https://www.google.fr/intl/fr/forms/about/>.

1. Quelle est votre profession ?
 - Pharmacien(ne) titulaire
 - Pharmacien(ne) adjoint(e)
 - Préparatrice ou préparateur en pharmacie
 - Étudiant(e) en pharmacie
2. Dans quelle tranche d'âge vous situez vous ?
 - 18 à 24 ans
 - 25 à 34 ans
 - 35 à 49 ans
 - 50 à 64 ans
 - 65 et plus
3. Dans quel type d'officine exercez-vous ?
 - Centre ville
 - Campagne
 - Centre commercial
 - Pharmacie de quartier
4. Avez-vous, au cours de votre carrière, été confronté à une situation dans laquelle vous avez soupçonné qu'une de vos patientes puisse être victime de violence ?
 - Oui
 - Non
5. Si oui, quel(s) type(s) de violence pensez vous avoir rencontré ?
 - Violence physique
 - Violence sexuelle
 - Violence psychologique
 - Je ne sais pas
6. Avez-vous eu le sentiment d'avoir adopté une posture professionnelle adaptée pour gérer la situation grâce à votre formation professionnelle ?
 - Oui
 - Non
7. Accepteriez vous d'être recontacté pour partager votre expérience ?
 - Oui
 - Non
8. Seriez vous intéressé par une plaquette informative sur le repérage ainsi que la prise en charge des femmes victimes de violence à l'officine ?
 - Oui
 - Non
9. Si vous souhaitez être recontacté pour partager une expérience ou pour pouvoir recevoir les résultats de l'étude merci d'indiquer ci-dessous une adresse mail où vous pouvez être contacté.

2) Résultats et discussion

A. Réponses aux questions générales

Au total le questionnaire a reçu 53 réponses dont 15 d'étudiants en pharmacie, 15 de pharmaciens adjoints, 14 de pharmaciens titulaires et 9 de préparateurs (figure 22).

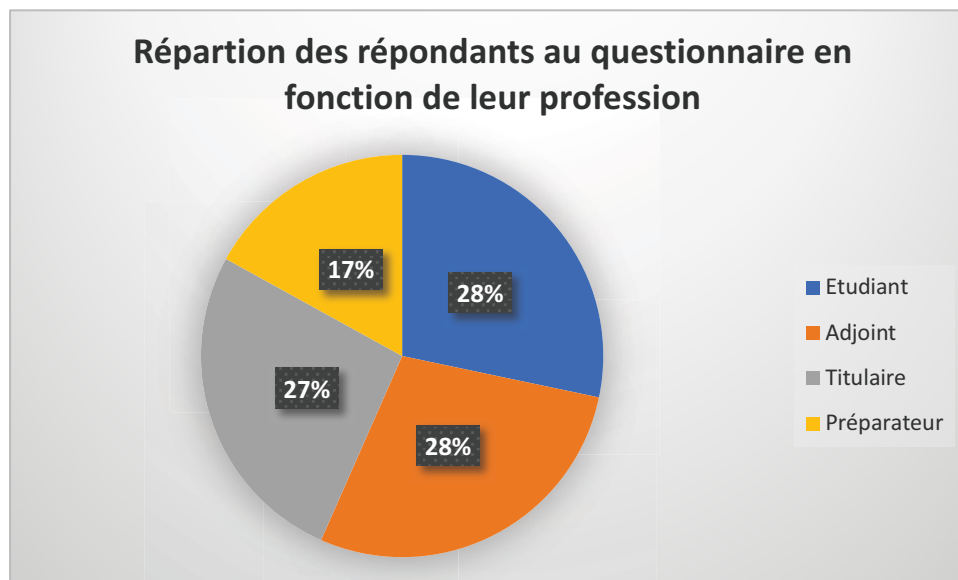


Figure 22 : Répartition des répondants au questionnaire en fonction de leur profession. N=53.

Il s'agit donc d'un petit échantillon et la réalisation de l'étude ne permet pas de garantir une représentativité. Les résultats obtenus ne doivent donc être pris qu'à titre informatif. Ils permettent de donner une première idée de la position actuelle des pharmaciens vis-à-vis des violences.

En ce qui concerne la répartition selon l'âge, on observe que la tranche d'âge des 25-34 ans est assez largement surreprésentée alors que l'âge moyen des pharmaciens en France était de 46,1 ans en 2016⁵³. Cela peut s'expliquer par le moyen de diffusion du questionnaire qui a notamment été posté sur Facebook qui est un média avec lequel les professionnels les plus jeunes sont peut être plus à l'aise. Cela s'explique également par le bon taux de réponse chez les étudiants, pour la plupart en 6^{ème} année, et donc dans le début de cette tranche d'âge.

⁵³ « La démographie des pharmaciens - Le pharmacien - Ordre National des Pharmaciens », consulté le 6 mai 2018, <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-pharmacien/Le-metier-du-pharmacien/La-demographie-des-pharmaciens2>.

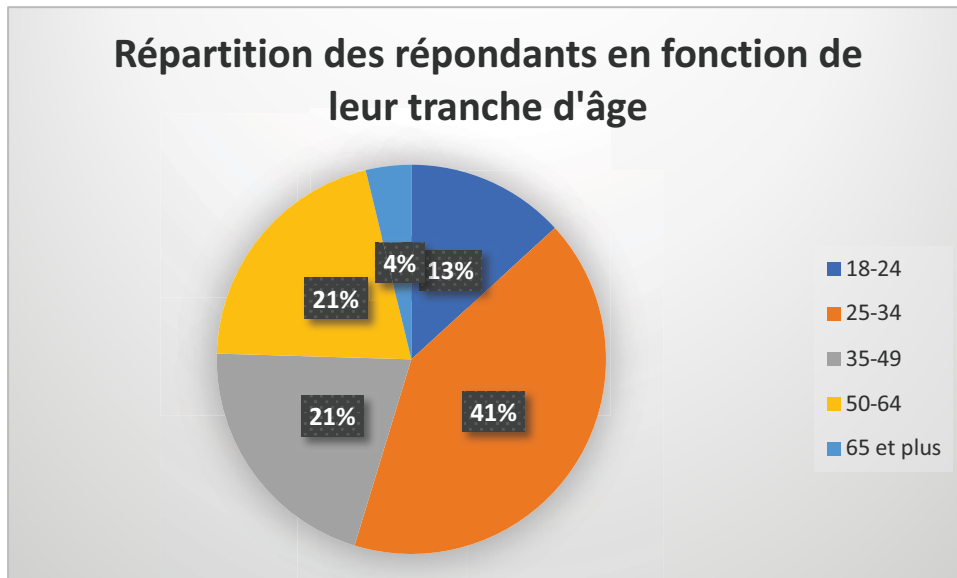


Figure 23 : Répartition des répondants en fonction de leur tranche d'âge. N = 53

Les réponses à la troisième question, qui portait sur le lieu d'exercice des participants, montrent une prédominance des pharmacies de campagne (19) ou de quartier (18) par rapport aux pharmacies de centre ville (11) et de centre commercial (5).

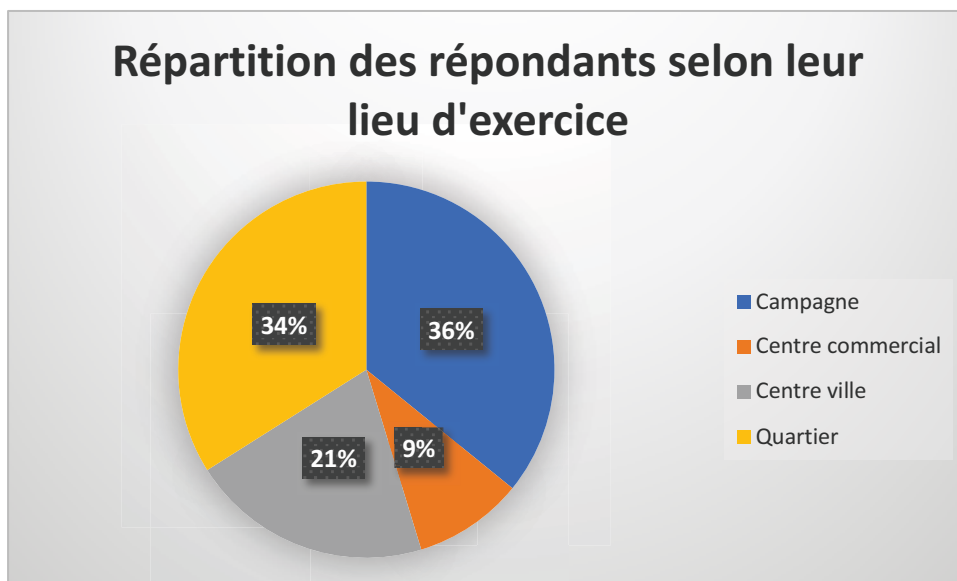


Figure 24 : Répartition des répondants selon leur lieu d'exercice. N=53

B. Réponses aux questions sur les violences

Sur les 53 participants au questionnaire, 29 ont déclaré avoir déjà soupçonné des violences chez une de leurs patientes contre 24 qui pensent ne jamais avoir été confronté au problème (figure 25)

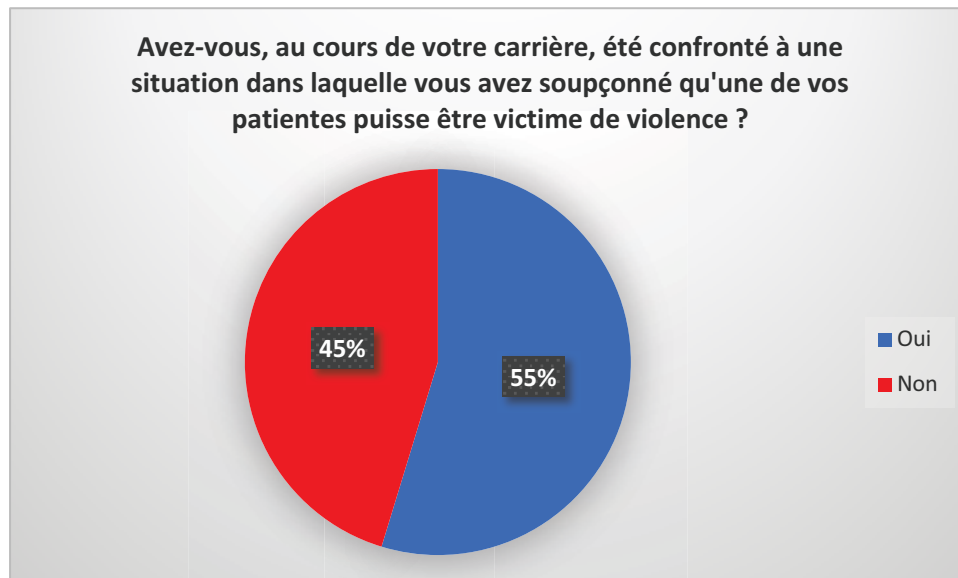


Figure 25 : Répartition des réponses à la question « Avez-vous, au cours de votre carrière, été confronté à une situation dans laquelle vous avez soupçonné qu'une de vos patientes puisse être victime de violence ? » N=53

Si on examine ces réponses en prenant en compte la profession du répondant on réalise que les étudiants sont en réalité les seuls à être plus nombreux à n'avoir jamais été témoins de violence (figure 26). Ceci peut s'expliquer par le fait qu'ils ont moins d'expérience en officine.

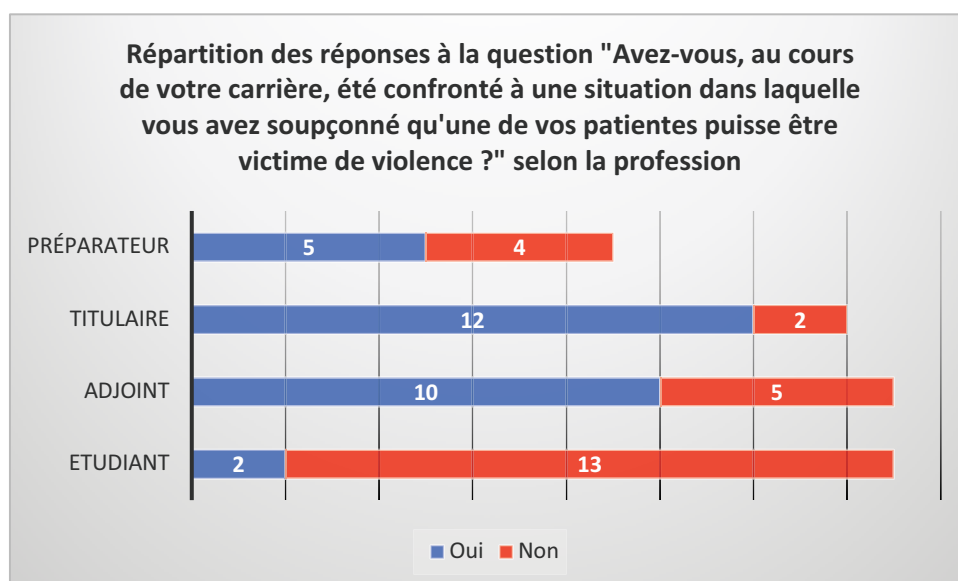


Figure 26 : Répartition des réponses à la question "Avez-vous, au cours de votre carrière, été confronté à une situation dans laquelle vous avez soupçonné qu'une de vos patientes puisse être victime de violence ?" selon la profession. N=53

Ainsi, si on se base uniquement sur les réponses des personnes déjà diplômées, on observe que 71% d'entre elles pensent avoir eu affaire à des patientes victimes de violence (figure 27).

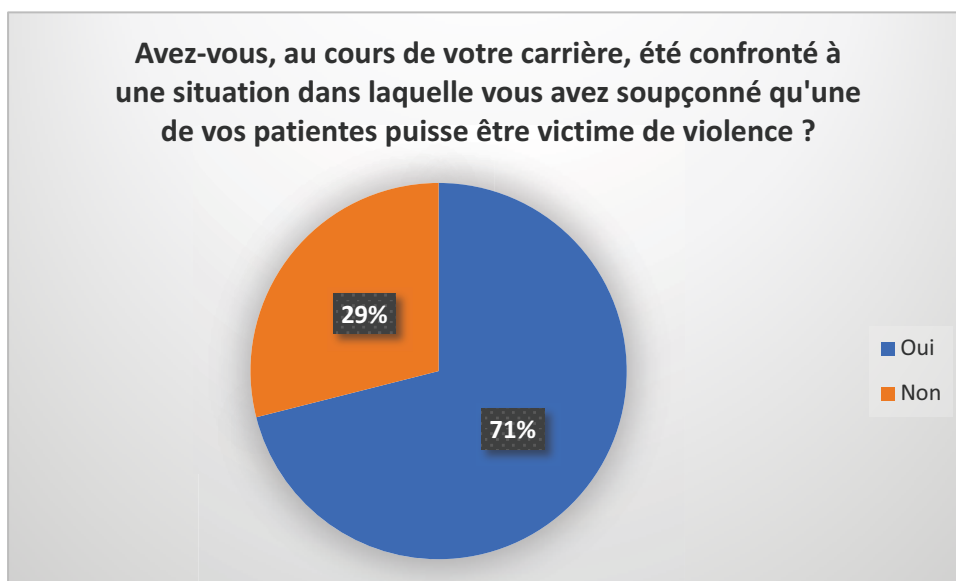


Figure 27 : Répartition des réponses des participants diplômés à la question « Avez-vous, au cours de votre carrière, été confronté à une situation dans laquelle vous avez soupçonné qu'une de vos patientes puisse être victime de violence ? ». N=38

La théorie comme quoi le manque d'expérience joue sur le repérage des violences paraît se confirmer lorsque l'on examine les réponses à la quatrième question en fonction de l'âge (figure 28).

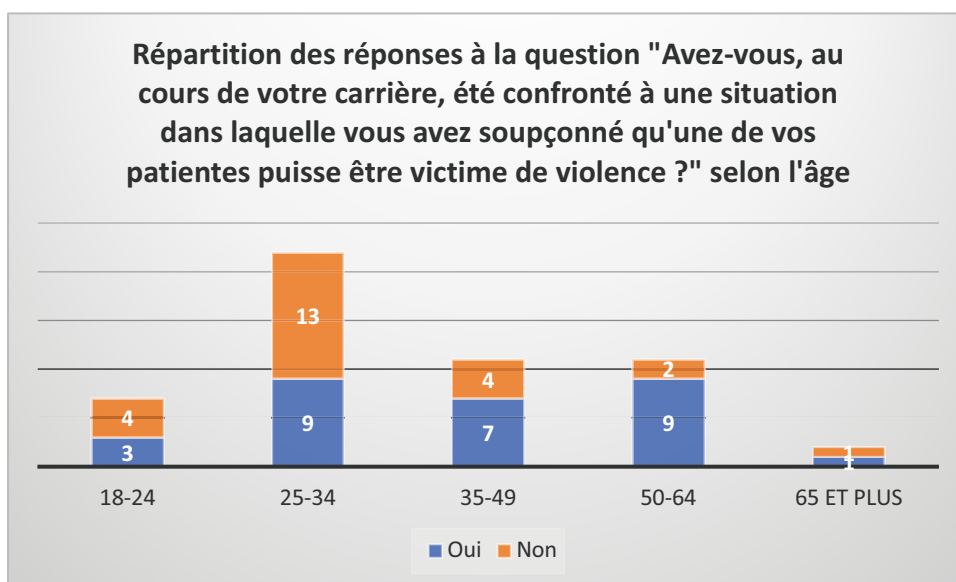


Figure 28 : Répartition des réponses à la question "Avez-vous, au cours de votre carrière, été confronté à une situation dans laquelle vous avez soupçonné qu'une de vos patientes puisse être victime de violence ?" selon l'âge. N=53

Ainsi, il semble que la proportion de personnes ayant soupçonné des violences chez une de leurs patientes augmente avec l'âge avec, comme exception, la catégorie des 65 ans et plus où on retrouve une répartition de 50/50.

Le lieu d'exercice des professionnels semble également jouer un rôle dans leurs réponses. En effet, environ 63 des répondants exerçant en campagne ont déclaré avoir déjà suspecté des violences contre seulement 39% des personnes exerçant en centre-ville. Cette différence, non significative à la vue de l'échantillon, pourrait peut-être s'expliquer par les différences de patientèle. Ainsi, les pharmacies de centre-ville ont peut-être plus affaire à des patients de passage que les officines de campagne qui ont une patientèle d'habités.

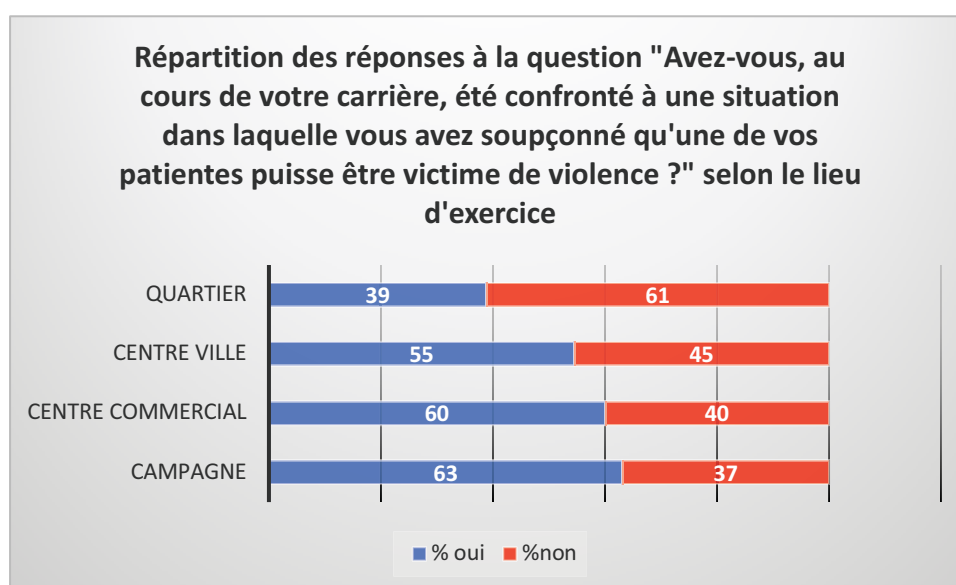


Figure 29 : Répartition des réponses à la question "Avez-vous, au cours de votre carrière, été confronté à une situation dans laquelle vous avez soupçonné qu'une de vos patientes puisse être victime de violence ?" selon le lieu d'exercice en pourcentage. N=53

Sur les 29 personnes ayant répondu « Oui » à la question des violences, 24 pensent avoir repéré des violences physiques, 18 des violences psychologiques et 2 des violences sexuelles⁵⁴. Une personne ne s'est pas prononcée sur le type de violence et a répondu « Je ne sais pas » (figure 30).

⁵⁴ Les participants pouvaient cocher plusieurs types de violences différents ce qui explique que la somme des réponses ne soit pas égale à l'échantillon (ici N=29).

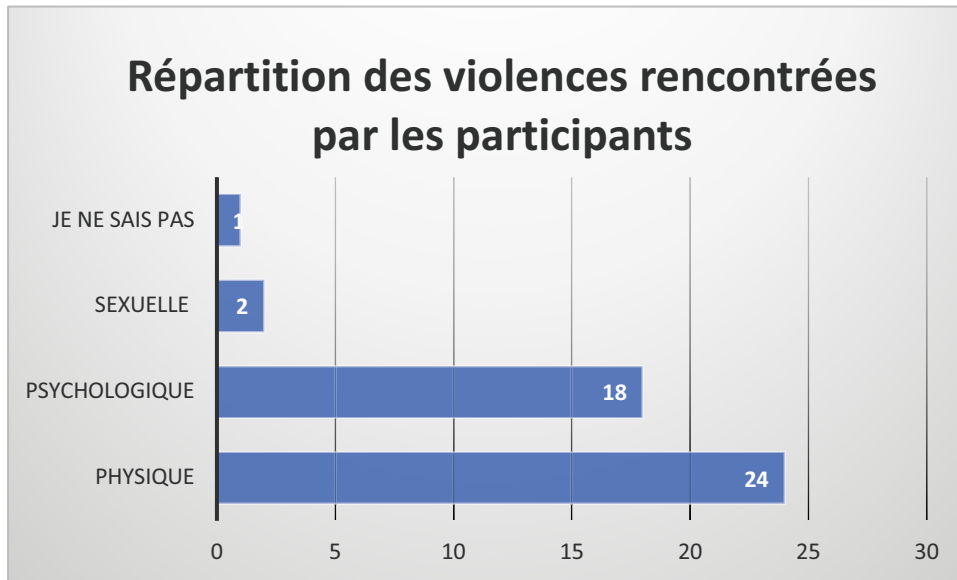


Figure 30 : Répartition des violences rencontrées par les participants. N=29

Les violences physiques sont donc celles qui sont le mieux repérées suivies par les violences psychologiques.

Si on détaille plus précisément les résultats, on peut voir que 62% des participants ayant repéré des violences physiques ont également observé d'autres types de violence ([figure 31](#)).

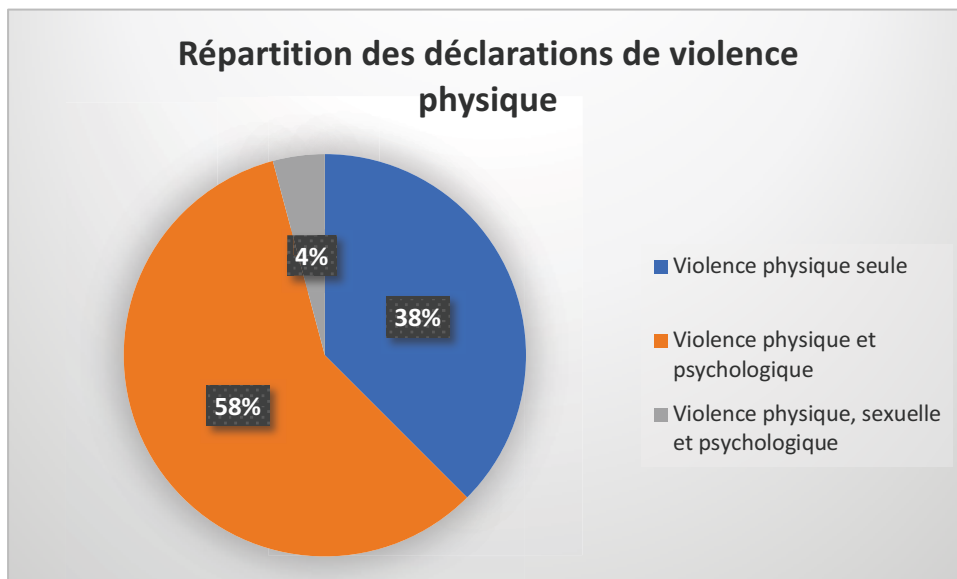


Figure 31 : Répartition des déclarations de violence physique. N=24.

Le même constat peut se faire pour les violences psychologiques puisque seules 16% des violences psychologiques ont été déclarées seules.

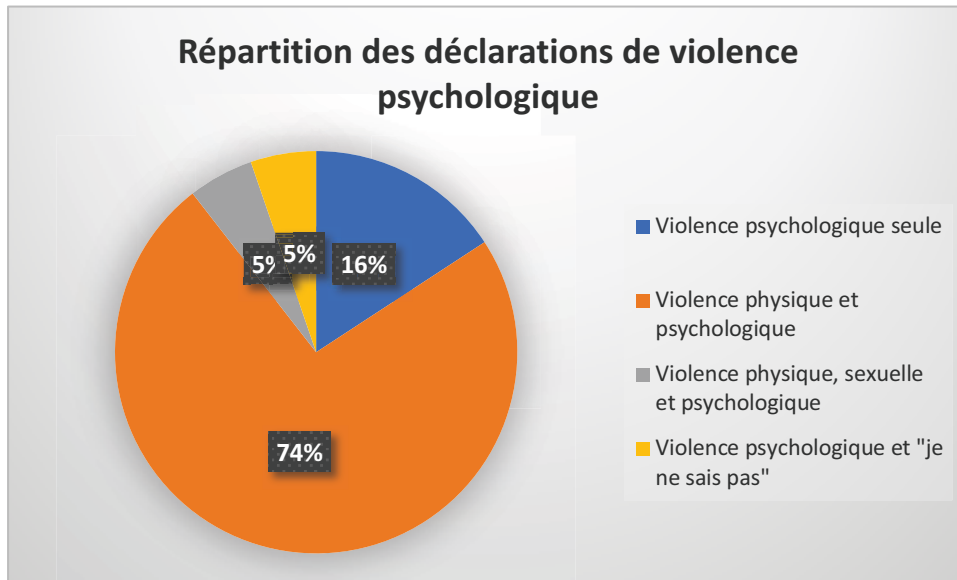


Figure 32 : Répartition des déclarations de violence psychologique. N=19

Concernant leur réaction face à ces soupçons de violence, les participants étaient très partagés : sur les 29 ayant répondu à la question, 13 avaient le sentiment d’avoir su bien gérer la situation tandis que 19 n’avaient pas l’impression que leur formation leur avait permis de faire face (figure 33).

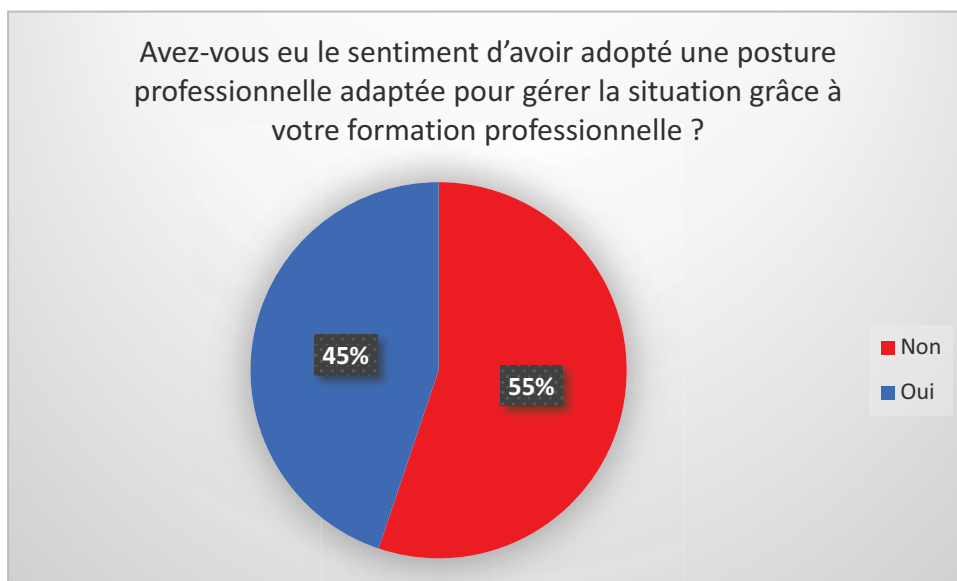


Figure 33 : Répartition des réponses à la question « Avez-vous eu le sentiment d’avoir adopté une posture professionnelle adaptée pour gérer la situation grâce à votre formation professionnelle ? ». N=29

Lorsque l’on regarde ces réponses en fonction de l’âge, il semblerait que celui-ci n’impacte pas vraiment le sentiment des personnes quant à leur capacité à prendre ce genre de situation grâce à leur formation professionnelle (figure 34).

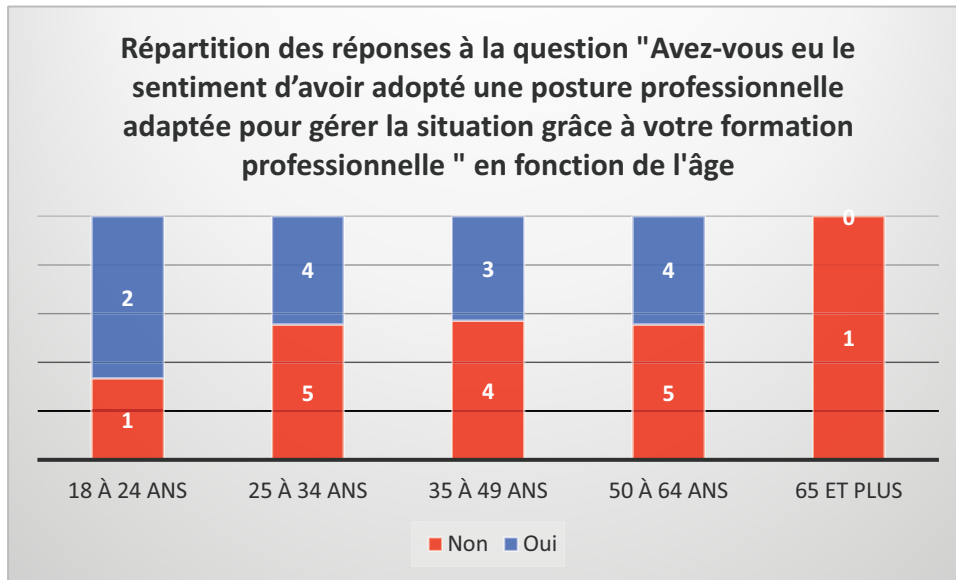


Figure 34 : Répartition des réponses à la question "Avez-vous eu le sentiment d'avoir adopté une posture professionnelle adaptée pour gérer la situation grâce à votre formation professionnelle " en fonction de l'âge. N=29

Sur les 29 personnes ayant eu affaire à des soupçons de violences chez leurs patientes, 7 ont acceptées d'être recontactées pour partager leur expérience.

Enfin, concernant l'intérêt pour un document d'information sur les violences faites aux femmes, celui-ci semble bien présent puisque seules 8 personnes ont répondu « Non » à la question contre 45 « Oui » (figure 35).

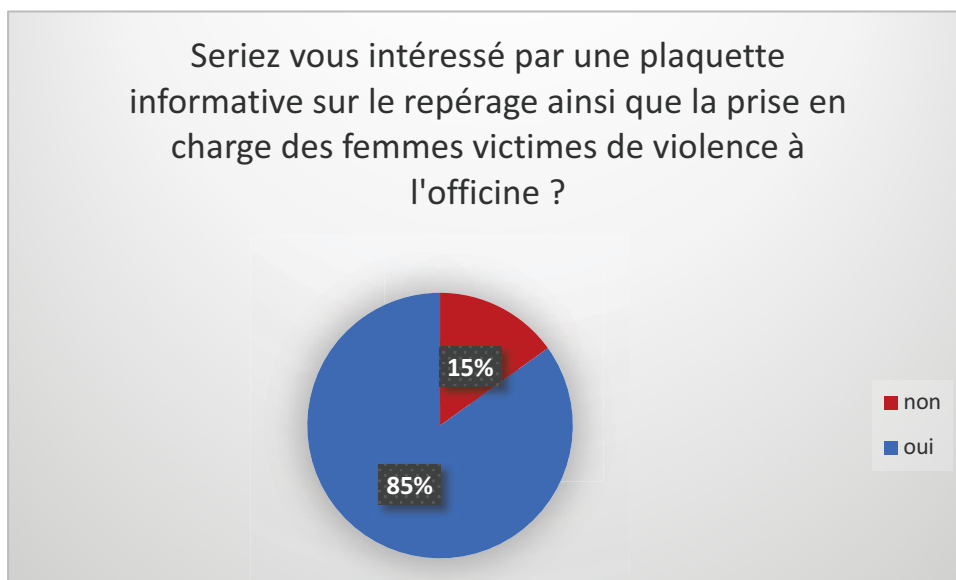


Figure 35 : Répartition des réponses à la question « Seriez vous intéressé par une plaquette informative sur le repérage ainsi que la prise en charge des femmes victimes de violence à l'officine ? ». N=59

Il est intéressant de noter que parmi les 8 personnes s'étant déclarées comme non intéressées par une information sur cette thématique, 7 ont déclaré avoir déjà soupçonné des violences

chez certaines de leurs patientes et 4 d'entre elles ont estimé ne pas avoir eu la posture adaptée ou avoir eu la formation nécessaire pour trouver cette posture.

C. Retour d'expérience

Parmi les 53 personnes ayant répondu au questionnaire, 9 ont accepté d'être recontactées pour partager leur expérience et, parmi elles, 3 ont fourni une adresse mail.

J'ai donc pu re-contacter par mail ces trois personnes pour obtenir finalement un seul témoignage d'une pharmacienne qui s'est retrouvé confronté au cours de sa carrière à une patiente victime de violences. La pharmacienne m'a autorisé à partager son expérience que j'ai retranscrit ci-dessous :

« Un vendredi soir, une patiente habituée de la pharmacie, environ 65-70ans, s'est présentée à mon comptoir. Elle sortait de l'hôpital à la suite d'une soi-disant chute, le visage tuméfié, avec atteinte des cervicales. Elle avait été recousue au niveau de l'arcade.

Une petite dame maigrichonne, modeste, faible psychologiquement et physiquement.

Au départ, elle disait qu'elle était tombée. Elle fréquentait un homme beaucoup plus jeune (environ 48 ans) grand et costaud.

Lui était client de l'officine, on les voyait régulièrement ensemble se promener. Il paraissait bienveillant.

Puis progressivement, elle s'est confiée, demandant conseil. Elle disait avoir peur, être impuissante face à lui. Elle disait qu'au début il était gentil mais l'alcool étant présent au quotidien chez eux. Elle me racontait que lorsqu'il avait bu il était fou.

Alors c'était difficile, on se sent impuissant, « est-ce que c'était réellement lui ? ». Je lui ai conseillé de porter plainte et de se faire accompagner (assistante sociale, association). En tant que pharmacien c'est en dehors de nos compétences et c'est la première fois que j'y étais confrontée.

C'est un peu comme si elle se réfugiait à la pharmacie elle s'y sentait en sécurité. Ce qui était compliqué c'est que malgré tout ce qu'elle pouvait raconter, peu de temps après l'accident on la voyait de nouveau avec lui.

Lui patientait à l'écart et pendant ce temps elle me demandait de trouver un mensonge pour qu'elle puisse me parler à l'arrière de l'officine en toute intimité. Un jour elle voulait plus sortir du local confidentialité, elle me disait qu'elle allait se suicider qu'elle avait envie de partir (elle avait un passé difficile), elle voulait se faire hospitaliser.

J'étais complètement impuissante, le dernier recours a été d'appeler la police, ils sont venus la chercher. Lorsqu'ils sont arrivés lui était parti faire une course et quand on l'a revu un peu plus tard, il nous a demandé si on savait où était la femme qui l'accompagnait.

Le plus difficile c'est ce sentiment d'impuissance. On veut l'aider mais on ne peut pas aller porter plainte à sa place. J'avoue que j'avais le sentiment de l'abandonner à son propre sort. J'en ai même discuté avec mon médecin, j'avais besoin d'un avis extérieur qu'on me dise "vous avez bien fait, vous ne pouviez pas faire plus". »

Ce témoignage reflète la complexité de la situation : la pharmacienne est ici clairement préoccupée de la situation de sa patiente et souhaite l'aider mais ne sait pas quoi faire et, surtout, a l'impression que ce qu'elle fait n'est pas suffisant. Pourtant elle a eu les bons réflexes (orienter vers des professionnels et des associations) mais malgré cela on sent dans son récit ce sentiment d'impuissance qui peut être très difficile à vivre et qui peut profondément marquer un individu.

Ce témoignage montre bien la nécessité qu'une formation plus poussée soit proposée aux pharmaciens afin que ceux-ci apprennent une posture professionnelle qui permette d'aider le patient mais aussi de tranquilliser les pharmaciens quant à leur prise en charge. Une formation pourrait permettre aux officinaux de comprendre les mécanismes de la violence et, par exemple, comprendre pourquoi une patiente qui subit des violences peut malgré tout ne pas quitter son compagnon immédiatement et définitivement pour autant.

Comme le dit très justement cette pharmacienne, prendre en charge sur le long terme ces patientes est en dehors de nos compétences. Cependant, l'accueil et l'orientation de ces victimes fait partie des rôles du pharmacien et celui-ci doit donc apprendre à le faire correctement et sereinement.

D. Discussion

Les résultats de l'enquête montrent donc bien que les pharmaciens et les préparateurs en pharmacie sont conscients de l'existence de ces violences puisque plus de 70% d'entre eux les ont déjà observés. Pour les 30% restants il faut se demander si le fait qu'ils pensent n'avoir jamais été confronté au problème vient d'un manque de sensibilisation de la profession car, d'après les chiffres abordés plus tôt dans ce travail, il paraît très peu probable statistiquement parlant qu'ils n'aient jamais rencontré de femme victime de violence.

Ce problème de la sensibilisation revient également quand on s'intéresse à la posture adoptée par les pharmaciens confrontés aux violences. Seuls 45% d'entre eux ont la sensation que leur formation leur a permis d'adopter une attitude adaptée face au problème. De plus, le questionnaire ne s'intéressait pas à leur définition de la réponse à apporter face à une femme victime de violence et ne permet donc pas de savoir si la posture qu'ils ont eu était réellement la bonne.

Une autre question qu'à posteriori j'aurais aimé poser dans ce questionnaire aurait été de savoir si les pharmaciens pensent qu'ils ont un rôle à jouer dans le dépistage et la prise en charge de ces violences. En effet, quand on voit que 4 personnes ont estimé de pas avoir eu la bonne attitude ou ne pas avoir reçu la bonne formation, mais refusent quand même d'être plus informé sur le sujet via des plaquettes, on peut se demander si ce refus n'est pas motivé par le fait qu'ils ne sentent pas concernés par ce problème. Si tel était le cas, il serait alors intéressant de questionner ces professionnels sur leurs représentations et leurs connaissances des violences ainsi que sur les raisons pour lesquelles ils ne jugent pas que le pharmacien doit être un relais d'aide pour ces femmes.

VII. Création d'outils à disposition des officinaux

L'objectif de ce travail était d'aboutir à la création de deux outils à destination des officines :

- Une affiche qui résumerait à la fois les signes d'alerte pour encourager le dépistage et des conseils pour gérer la situation,
- Une plaquette reprenant les contacts utiles à donner aux femmes pour les orienter au mieux selon leur demande.

1) Réalisation d'une affiche

L'objectif de la réalisation de l'affiche était de proposer un support reprenant quelques informations clés sur le repérage et la prise en charge des femmes victimes de violence à l'officine et qui puisse facilement s'afficher dans le back office pour servir de mémo aux professionnels.

L'enjeu était de réaliser quelque chose de suffisamment complet pour être utile mais soit tout de même assez concis pour rester facilement en tête.

J'ai donc choisi d'utiliser l'application en ligne Piktochart⁵⁵ qui permet de réaliser gratuitement des infographies soit à partir de modèles pré-conçus, soit à partir d'une page blanche entièrement personnalisable. J'ai ensuite travaillé par « blocs » afin de construire mon poster. Le premier bloc porte sur le dépistage des femmes victimes de violences. J'ai voulu rappeler que plusieurs types de violence existent et qu'elles peuvent se manifester par des maux qu'on rencontre très fréquemment à l'officine comme les problèmes de sommeil, les troubles digestifs, le stress ... L'objectif était que les pharmaciens puissent avoir une approche concrète des conséquences des violences sur la santé de leurs patientes et, petit à petit, pensent à la violence comme étant une cause potentielle de ces maux.

Le deuxième bloc concerne l'approche de la patiente avec la question « Est-ce qu'il y a des violences à la maison ? ». Cette question, qui est bien évidemment pas la seule que l'on puisse poser et qui peut être adaptée selon le type de violence que l'on rencontre, me paraissait plutôt simple dans sa formulation et donc facile à retenir.

⁵⁵ « Create Infographics, Presentations & Flyers | Piktochart ». Consulté le 10 mars 2018, <https://piktochart.com/>.

Le troisième bloc, lui, propose des phrases toutes faites permettant de construire sa réponse face à une patiente qui confierait subir des violences de manière spontanée ou à la suite d'un questionnement du professionnel. Ces phrases sont issues du kit de formation « Anna » que j'ai détaillé plus haut. Le fait de proposer une « marche à suivre » me paraissait essentiel car, face à une situation avec laquelle beaucoup d'entre nous sommes mal à l'aise, le fait d'avoir une procédure déjà tracée peut permettre de rassurer le professionnel. Cette prise en charge repose donc sur trois piliers :

- Rappeler à la victime qu'elle n'est pas responsable ;
- Affirmer le caractère illégal des violences ;
- Proposer une aide par des professionnels.

Pour chaque étape plusieurs phrases sont proposées toutes simples à mémoriser. J'ai volontairement choisi de ne faire référence qu'au 3919 dans la partie « aide par les professionnels » afin de ne pas noyer le lecteur dans trop d'informations. En effet, un professionnel qui souhaiterait orienter plus précisément sa patiente en fonction de son récit pourra toujours se référer au tableau des contacts que je présenterais dans un second temps. Le quatrième bloc, enfin, rappelle des interdits absolus dans la prise en charge de femmes victimes de violence comme le fait de minimiser les violences subies ou de rompre la confidentialité, notamment si la victime est mineure en communiquant avec les parents.

Repérer & accompagner les femmes victimes de violence à l'officine

1



Il existe **plusieurs formes de violence** (physique, psychologique, sexuelle ...). Leurs manifestations sont multiples :

- manifestations **somatiques** (troubles digestifs, douleurs chroniques, séquelles de coups ..)
- manifestations **psychologiques** (anxiété, troubles du sommeil, dépression ...)

Des demandes courantes et répétées peuvent vous alerter : "quelque chose pour m'**aider à dormir**", "un gel pour mes **douleurs de dos**", "un produit pour mes **remontées acides**" ...

2



Si vous vous en sentez capable, posez la question :

Est ce qu'il y a des violences à la maison ?

3



Si la femme vous répond "**Oui**" ou qu'elle se confie **spontanément** à vous :

Respectez toujours la confidentialité.

Soyez bienveillant et respectueux.

Ne minimisez pas les faits.

Rappelez lui qu'elle est la victime dans cette situation : "**Vous n'y êtes pour rien**" ; "**Seul votre agresseur est responsable**"

Dites lui que ces violences sont illégales : "**La loi interdit ces violences**" ; "**Il ou elle n'a pas le droit de vous faire du mal**"

Proposez lui de l'orienter vers des professionnels : "**Appelez le 3919, des professionnels peuvent vous aider**"

powered by

 **PIKTOCHART**

Figure 36 : Affiche à destination des officines

2) Réalisation d'une plaquette

Pour compléter l'affiche qui peut être utilisée dans toute la France, j'ai voulu créer une plaquette à destination des officines de la région de Nantes qui reprendrait les coordonnées ainsi que les missions des différentes organisations qui exercent dans le département (figure 38)

J'ai présenté dans un premier temps les numéros nationaux : le 3919 et les numéros d'urgence (police, SAMU, SAMU social et pompiers) ; puis dans un second temps les numéros locaux avec les coordonnées de Solidarité Femmes Loire Atlantique, du CDIFF, de l'ADAVI et de Prévenir et Réparer.

Pour chaque contact j'ai voulu décrire brièvement leurs missions et les raisons pour lesquelles on pourrait adresser nos patientes chez eux ainsi que leurs horaires et lieux d'ouverture.

Pour accompagner ce tableau j'ai également voulu proposer une présentation plus visuelle qui pourrait être affichée dans le back office à l'officine. J'ai donc repris une carte de la Loire Atlantique⁵⁶ sur laquelle j'ai positionné les logos des différentes associations ainsi que leurs coordonnées. J'ai également choisi de faire figurer le 3919 qui, à mon avis, reste indispensable à communiquer aux patientes (figure 37).

La carte annotée représente donc finalement le recto de la plaquette tandis que le tableau, plus complet, correspond au verso. L'objectif est donc de proposer l'affichage du recto afin d'avoir les numéros et adresses rapidement à portée de main tout en ayant la possibilité de retourner la plaquette pour avoir des informations complémentaires sur les différentes associations.

⁵⁶ « Loire-Atlantique carte géographique gratuite, carte géographique muette gratuite, carte vierge gratuite, fond de carte gratuit, formats graphiques courants contours, principales villes, noms (blanc) », consulté le 16 octobre 2018, https://d-maps.com/carte.php?num_car=118533&lang=fr.

Associations d'aide aux femmes en Loire Atlantique

PRÉVENIR
et RÉPARER

☎ 02 40 01 85 85

✉ 15 avenue du Commando
44 600 St Nazaire

**VIOLENCES
CONTRE LES FEMMES
LA LOI VOUS PROTÈGE**

VIOLENCES FEMMES INFO
**APPELEZ LE
3919***

*Appel anonyme et gratuit depuis un poste fixe.



**SOLIDARITÉ
femmeS** LOIRE ATLANTIQUE

☎ 02 40 12 12 40

✉ 23 rue Jeanne D'Arc
44 000 Nantes

CI3FF
Centre d'information
sur les droits des femmes
et des familles

☎ 02 40 48 13 83

✉ 5 rue Maurice Duval
44 000 Nantes

ADAVI44
Association Départementale d'Aide aux Victimes d'Infractions

☎ 02 40 89 47 07

✉ 5 bd Vincent Gâche
44 200 Nantes

Figure 37 : Recto de l'affiche réalisée à destination des pharmacies de Loire Atlantique

Associations d'aide aux femmes en Loire Atlantique

Numéros d'urgence :

18 : Pompiers
15 : Samu
17 : Police
115 : Urgences sociales

Numéro national : le **3919**

- ✓ **gratuit et anonyme**
- ✓ ouvert 7 jours sur 7
- ✓ de 9h à 22h du lundi au vendredi
- ✓ de 9h à 18h les samedi, dimanche et jours fériés

Pour quoi ?	Qui ?		Comment ?
Pour une prise en charge globale, une écoute, une solution d'hébergement	Solidarité Femmes Loire Atlantique	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Permanences et groupes d'échanges : tous les jeudis et le 1^{er} samedi de chaque mois de 9h30 à 11h30 (le lundi de 9h30 à 12h15 au CMP de Châteaubriant) <i>Les horaires et dates peuvent varier, pensez à téléphoner à l'association pour confirmer.</i> ✓ Entretiens individuels (sur place ou au téléphone) sur rendez-vous ✓ Accueil de jour pour effectuer des démarches (mise à disposition d'ordinateurs) du lundi au vendredi de 9h à 18h (sauf le mardi : 13h30 à 18h) 	<p>23, Rue Jeanne D'Arc 44 000 Nantes</p> <p>02 40 12 12 40</p> <p>contact@solidaritefemmes-la.fr</p>
Pour des renseignements juridiques et un accompagnement psychologique	ADAVI 44	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Information sur les droits des victimes souhaitant porter plainte ou ayant déjà porté plainte ✓ Aide aux démarches et écoute, suivi psychologique ✓ Information par téléphone et prise de RDV pour un accompagnement personnalisé 	<p>5, Bd Vincent Gâche 44 200 Nantes</p> <p>02 40 89 47 07</p>
	CIDFF	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Information sur les droits des victimes concernant le droit civil (divorce, garde des enfants ...) ✓ Aide aux démarches et écoute ✓ Information par téléphone et prise de RDV pour un accompagnement personnalisé 	<p>5, Rue Maurice Duval 44 000 Nantes</p> <p>02 40 48 13 83</p>
	Prévenir et Réparer	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Association d'aide aux victimes sur la région de St Nazaire ✓ Aide aux démarches, suivi psychologique ✓ Information par téléphone et prise de RDV pour un accompagnement personnalisé 	<p>15, Avenue du Commando 44 600 St Nazaire</p> <p>02 40 01 85 85</p>

Figure 38 : Verso de l'affiche réalisée à destination des pharmacies de Loire Atlantique

VIII. Conclusion

L'objectif de ce travail était de proposer une vue d'ensemble des violences faites aux femmes, des moyens de lutte à disposition, mais aussi d'envisager comment le pharmacien d'officine pourrait contribuer à cette lutte.

Il en ressort plusieurs éléments qui me paraissent essentiels à mettre en avant.

Premièrement, les violences faites aux femmes ne sont pas que physiques ou sexuelles. Trop souvent le terme de violence est associé dans l'inconscient collectif à une agression physique telle que des coups, des claques, un viol ... Ceci implique que lorsque la violence n'est pas visible (pression psychologique, harcèlement ...) elle perd de son importance aux yeux de la société. Or, comme nous l'avons vu dans ce travail, les violences psychologiques ont non seulement des conséquences sérieuses sur la santé des victimes, mais sont aussi le premier pas vers la violence physique. Il est donc impératif de lutter contre les violences psychologiques afin d'empêcher la violence d'escalader par la suite. Cela veut dire que le pharmacien doit pouvoir reconnaître des situations à risque comme une patiente dont le compagnon la rabaisse constamment quand ils sont à la pharmacie, et cela même sur le ton de l'humour, ou une patiente qui se plaint d'un stress avec troubles du sommeil et anxiété. L'absence de violence visible ne doit pas nous faire écarter la violence comme pouvant être la ou une des causes des maux d'une patiente.

Deuxièmement, ces violences sont statistiquement répandues et réparties dans l'ensemble de la population. Cela signifie que potentiellement chaque pharmacien y sera confronté au cours de sa carrière et cela qu'il exerce en ville, en rural, dans des quartiers défavorisés ou favorisés. La formation des pharmaciens sur les violences faites aux femmes doit donc concerner tous les pharmaciens que ce soit pendant leur formation initiale ou en formation continue.

Troisièmement ces violences sont sous-déclarées. Qu'il s'agisse de violence physique, psychologique, sexuelle, économique ou autre, les femmes portent peu plainte alors que leurs droits les plus élémentaires ont été violés. Là encore le pharmacien a un rôle à jouer. En informant les victimes sur leurs droits, en participant à leur orientation vers des professionnels

adaptés, le pharmacien peut contribuer à leur parcours de dépôt de plainte ou, tout du moins, à une prise en charge de ces femmes sur le plan psychologique.

Enfin, les violences faites aux femmes sont un problème de santé publique. Elles sont à l'origine de décès directement (123 femmes tuées en 2016 par leur compagnon ou ex-compagnon) ou indirectement par l'augmentation des comorbidités chez les femmes qui en sont victimes. Les violences vont détériorer leur santé physique, sexuelle et psychique. Elles contribuent à la propagation d'infections, à l'augmentation des maladies mentales et au recours à des pratiques à risque comme la consommation de drogue. Cet impact sur la santé des femmes justifie encore une fois l'implication du pharmacien en tant que professionnel de santé.

Le pharmacien d'officine doit donc pouvoir bénéficier d'une formation adéquate réalisée par des professionnels habitués à la question des violences faites aux femmes. Cette formation doit permettre aux pharmaciens d'acquérir des notions de base sur les violences et leur apprendre à gérer ces patientes à l'officine en leur donnant accès, par exemple, à des formulations adaptées selon les situations.

Afin d'encourager les pharmaciens à se former sur le sujet, il serait intéressant de proposer une campagne de sensibilisation dans les officines en rapprochant les violences faites aux femmes aux autres problèmes de santé publique auxquels les pharmaciens ont l'habitude d'être exposés. Par exemple, on pourrait imaginer une campagne qui comparerait le nombre de femmes atteintes de diabète (ou autre problème de santé courant) et le nombre de femmes victimes de violence afin de montrer que ce sont deux problèmes de santé publique qui sont répandus et qui ont tous deux des conséquences sur la santé des femmes.

Une campagne à destination cette fois-ci des patientes pourrait aussi être envisagée avec un message rappelant que le pharmacien est un professionnel de santé à l'écoute et qui peut aider ces patientes dans le respect du secret médical. Il serait particulièrement intéressant de proposer un affichage dans l'espace de confidentialité ainsi que dans l'espace orthopédie qui sont deux lieux où les pharmaciens et les préparateurs sont souvent seuls avec les patientes. En effet, ces dernières années, les pharmaciens se sont vus confiés de plus en plus de missions où ils sont amenés à rencontrer les patients seuls (mise en place des entretiens pharmaceutiques, bilan de médication, vaccination). Ces nouvelles missions pourraient

également servir à transmettre l'information aux patients par le moyen d'affiches ou de flyers mis à disposition.

Aujourd'hui et depuis la fin d'année 2017 les violences faites aux femmes bénéficient d'une couverture médiatique importante. Le phénomène du me-too a permis de déclencher une prise de conscience dans la société en révélant au grand jour à quel point ces violences sont courantes et pourtant tues. Le silence de ces victimes doit nous interpeller et nous pousser à nous demander comment nous pouvons contribuer à lever ce tabou qui condamne les femmes et transforme des victimes en coupables. Nous devons nous assurer que les pharmaciens constitueront des relais fiables et aidants pour ces femmes, qu'ils ne nieront pas les violences qu'elles peuvent subir et qu'ils accorderont l'importance nécessaire à chaque confession reçue, même si celle-ci peut paraître banale.

En tant que professionnel de santé nous devons, dans la mesure du possible, apprendre à adresser ces violences en surmontant nos appréhensions et nos aprioris.

J'espère que ce travail pourra contribuer à ancrer la participation des pharmaciens dans la lutte contre les violences faites aux femmes. J'ai pour cela projet de le partager avec le Conseil de l'Ordre des pharmaciens ainsi qu'avec des organismes de formation comme l'UTIP. Je souhaite pouvoir collaborer avec les associations avec lesquelles j'ai eu la chance de travailler comme Solidarité Femmes Loire Atlantique et l'Adavi 44 pour permettre aux pharmaciens de se former sur les violences et d'apprendre comment aider nos patientes.

IX. Annexes

Annexe 1 : Campagne du département de Loire Atlantique contre les violences faites aux femmes, 2018.



AIDONS
LES VICTIMES
À FAIRE
FACE

STOPPONS LES VIOLENCES
FAITES AUX FEMMES

loire-atlantique.fr/stopviolencesfemmes

VIOLENCES FEMMES INFO
APPELEZ LE
3919
Appel anonyme & gratuit

Aujourd'hui, les violences à l'égard des femmes (physique, sexuelle, psychologique ou économique) sont l'une des formes les plus systématiques et répandues de violation de leurs droits.

Parce que **tout le monde peut agir** pour lutter contre ces violences, **le Département de Loire-Atlantique et ses partenaires** se mobilisent.

Aidons les femmes victimes de violences à faire face.

Retrouvez toutes les informations et contacts utiles sur :
loire-atlantique.fr/stopviolencesfemmes

Le **Département et ses partenaires** agissent pour **lutter contre les violences** faites aux femmes en :

- accueillant et soutenant les femmes en danger,
- assurant un suivi médical et social,
- accompagnant et orientant les victimes.



Département de Loire-Atlantique
Direction solidarité/insertion
26 boulevard Victor Hugo - BP 94109 - 44200 Nantes
Tél. 02 40 99 10 00
Courriel : contact@loire-atlantique.fr
Site internet : loire-atlantique.fr

Conception et réalisation : Département de Loire-Atlantique - Moswo 1803005
Crédit photo : Gettyimages - Nicolas Balcazar / EyeEm
Impression : Département de Loire-Atlantique
Avril 2018

Source : Les documents de la campagne m'ont été fourni par mail par la Direction Solidarité/Insertion du département de Loire Atlantique.

VIOLENCES
CONJUGALES
VIOL HARCELEMENT
VIOLENCES FEMMES INFO
APPELEZ LE
3919
Appel anonyme et gratuit.
AGRESSEXUE
VIOLE
PSYCH
MARIAGE FORCÉ
EXCISION
AGRESSION
VIOLENCE
PSYCHOLOGIQUE
SEXUELLE

FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES
DES PROFESSIONNEL-LE-S VOUS ÉCOUTENT
ET VOUS ACCOMPAGNENT.
stop-violences-femmes.gouv.fr

SEXISME
PAS NOTRE GENRE!

Source : <https://stop-violences-femmes.gouv.fr/affiches-videos-et-campagnes-d.html>

Consulté le 20/10/2018.

**Vous êtes une femme victime de violences.
Parlez-en à votre pharmacien.
Il peut vous aider.**



VIOLENCES FEMMES INFO
**APPELEZ LE
3919***

*Appel anonyme et gratuit.

Numéro d'écoute et d'information anonyme et gratuit depuis tous les téléphones fixes et portables

actualités
pharmaceutiques

**VIOLENCES
CONTRE LES FEMMES
LA LOI VOUS PROTÈGE**

stop-violences-femmes.gouv.fr

© Elsevier Masson / Fotostudio / Photogramme / G. Roussin

Source : <https://stop-violences-femmes.gouv.fr/affiches-videos-et-campagnes-d.html>

Consulté le 20/10/2018

Bibliographie :

- Burrigand Carine et Jamet Lucile « *Atteintes psychologiques et agressions verbales entre conjoints - INSEE Première* ». Insee Première, Juillet 2016.
- CNIDFF « *CIDFF : 40 ans d'engagement* », 2012.
- Délégation aux victimes, Ministère de l'Intérieur. « *Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple 2016* », 2016.
- Fédération nationale Solidarité Femmes. « *Extrait de l'analyse globale des données issues des appels au "3919 Violences Femmes Info" Année 2015* », 2015.
- Hirigoyen, Marie-France. "*Femmes sous emprise: les ressorts de la violence dans le couple*". Paris: Pocket, 2006.
- INSEE, ONDRP, et SSMI. « *Rapport d'enquête Cadre de Vie Santé 2016* », Décembre 2016.
- Jolly, A. « *Etat de stress post-traumatique : une revue de la littérature épidémiologique* », 2000.
- Krug, Etienne G., Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony Zwi, et Rafael Lozano-Ascencio. « *Rapport mondial sur la violence et la santé - OMS* » 2002.
- Ledoux, J E, et J Muller. « *Emotional memory and psychopathology.* » Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences 352, n° 1362 (29 novembre 1997).
- Munck, Allan, Paul Guyre, et Nikki J. Holbrook. "*Physiological Functions of Glucocorticoids in Stress and Their Relation to Pharmacological Actions*" Vol. 5, 1984.
- Salmona, Muriel. "*Le livre noir des violences sexuelles*". Paris: Dunod, 2013.
- Shin, L. M. « *Amygdala, Medial Prefrontal Cortex, and Hippocampal Function in PTSD* ». Annals of the New York Academy of Sciences 1071, n° 1 (1 juillet 2006) <https://doi.org/10.1196/annals.1364.007>.
- Vion, Pascale. « *Combattre toutes les violences faites aux femmes, des plus visibles aux plus insidieuses* », novembre 2014.
- Yehuda, Rachel, et Joseph LeDoux. « *Response Variation Following Trauma: A Translational Neuroscience Approach to Understanding PTSD* ». Neuron 56, n° 1, octobre 2007.

Sites internet :

Adavi 44 <https://www.adavi44.fr/>

App-Elles <https://www.app-elles.fr/>

CIDFF Nantes <http://loireatlantique-nantes.cidff.info/>

Département de Loire Atlantique <https://www.loire-atlantique.fr>

D-Maps, cartes géographiques gratuites https://d-maps.com/carte.php?num_car=118533&lang=fr.

Egalité Hommes Femmes <http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr>

Fédération Nationale Solidarité Femmes <http://www.solidaritefemmes.org/>

Google Forms <https://www.google.fr/intl/fr/forms/about/>.

Ordre National des Pharmaciens <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-pharmacien/Le-metier-du-pharmacien/La-demographie-des-pharmaciens2>.

Piktochart <https://piktochart.com/>.

Prévenir et Réparer <http://aideauxvictimes-saint-nazaire.org/>

Résonantes <http://www.resonantes.fr/>

Solidarité Femmes Loire Atlantique <http://solidaritefemmes-la.fr/>

Stop Violences Femmes <https://stop-violences-femmes.gouv.fr/>

Vu, le Président du jury,

Nathalie CAROFF

Vu, le Directeur de thèse,

Françoise NAZIH

Vu, le Directeur de l'UFR,

Nom - Prénoms : HARBONNIER Héloïse

Titre de la thèse : Violences faites aux femmes : rôle du pharmacien d'officine dans le dépistage et la prise en charge.

Résumé de la thèse :

Les violences faites aux femmes sont un réel enjeu de santé publique dans lequel le pharmacien d'officine doit trouver sa place. Ces violences sont multiples et très répandues en France comme le montrent les dernières études réalisées sur le sujet. Les pharmaciens, quant à eux, ne sont pas toujours formés et peinent à adopter une posture adaptée. Ce travail présente les mécanismes de ces violences, de leur mise en place à l'impact qu'elles ont sur leurs victimes, et propose des outils à destination des pharmaciens afin de faciliter la prévention et la prise en charge de ces femmes.

MOTS CLÉS : FEMME, OFFICINE, OUTIL, PREVENTION, VIOLENCE.

JURY

PRÉSIDENT :

Mme Nathalie CAROFF, Professeur de Bactériologie, Faculté de Pharmacie de Nantes.

ASSESEURS :

**Mme Françoise NAZIH, MCU de Biochimie, Faculté de Pharmacie de Nantes,
Mme Isabelle DERRENDINGER, directrice de l'Ecole de Sages-Femmes,
Mr Pierre POINCELET, pharmacien à La Verrie (85130),
Mme Camille DORMEGNIES, directrice de l'ADAVI 44,
Mme Emmanuelle BEAUCHÈNE, coordinatrice Solidarité Femmes Loire Atlantique.**

Adresse de l'auteur : 6, PROMENADE EUROPA, 44200 NANTES.