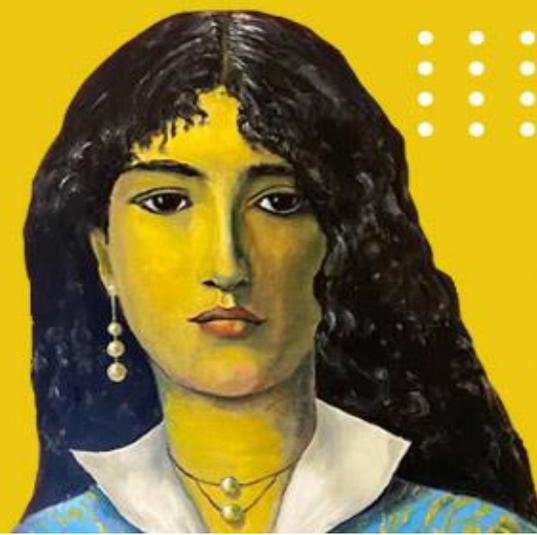


26^e C O N G R È S
GENESIS

2 JOURS
POUR
LA SANTÉ
DES
FEMMES



26 & 27
SEPTEMBRE
2024

UICP

16 rue Jean Rey
75015 PARIS

www.congresgenesis.fr

Prévention: définitions, dernières recommandations et bonnes pratiques

Dr Aurélie Bourmaud

Unité Epidémiologie Clinique - Hôpital Robert Debré (Paris)

Université Paris Cité & INSERM 1137 IAME

www.congresgenesis.fr

Conflits/Liens d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt à déclarer

Principes de Prévention

Hygie

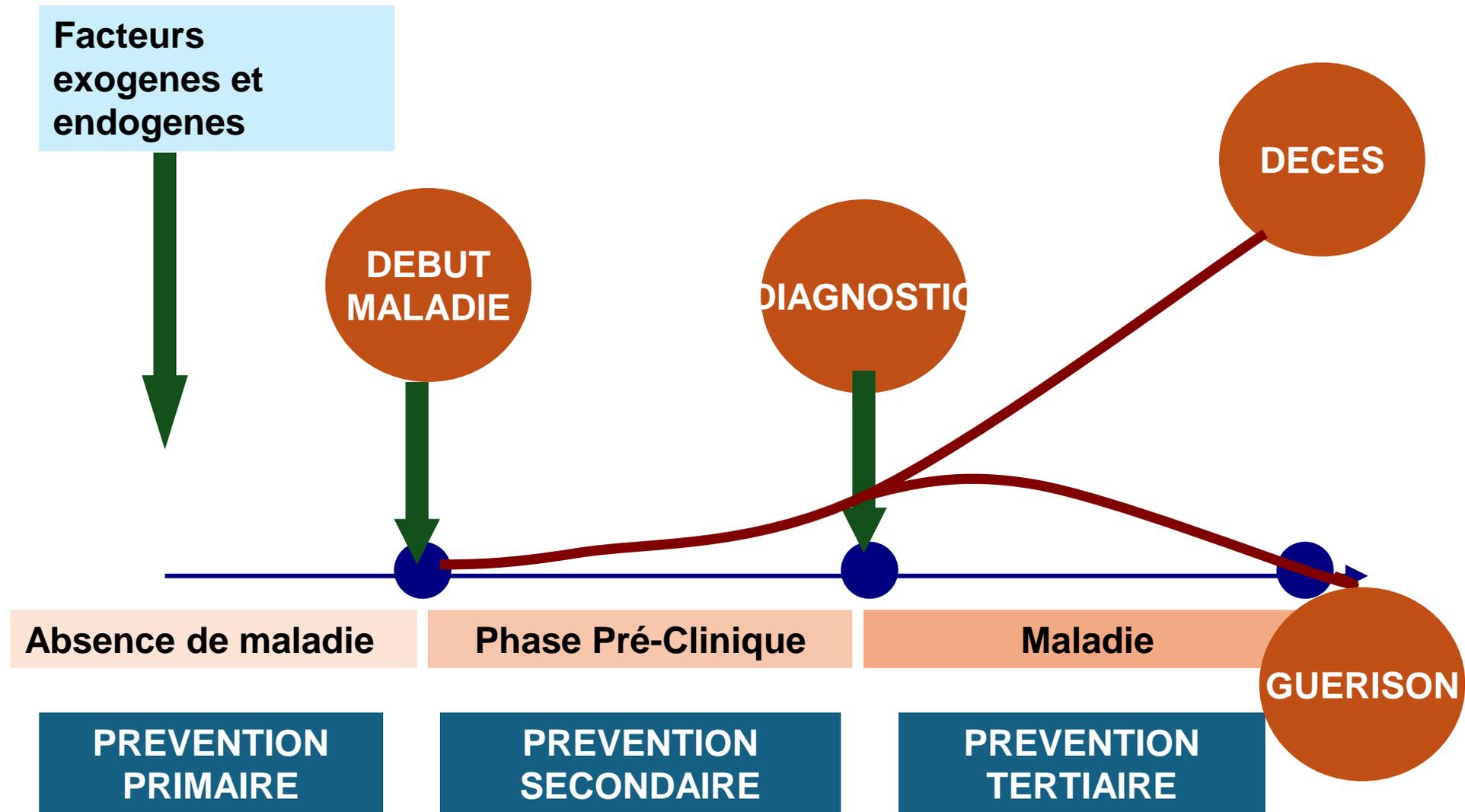


Esclapios (Esculape) dieu de la médecine

Panacée



Principes de Prevention moderne: Histoire naturelle de la maladie



Prévention : Définition

Ensemble des mesures (individuelles et collectives) visant à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies

- **Primaire** : Réduire les causes et les **facteurs de risque** des maladies. **Diminuer la fréquence des nouveaux cas.**
- **Secondaire**: Réduire la durée d'évolution des maladies. **Diminuer le nombre** de sujets malades. Elle comprend le **Dépistage** et les **diagnostics précoces** de la maladie, avant qu'elle ne se soit exprimée.
- **Tertiaire** : **Diminuer les complications**, les rechutes, les conséquences (incapacités, handicaps) des maladies

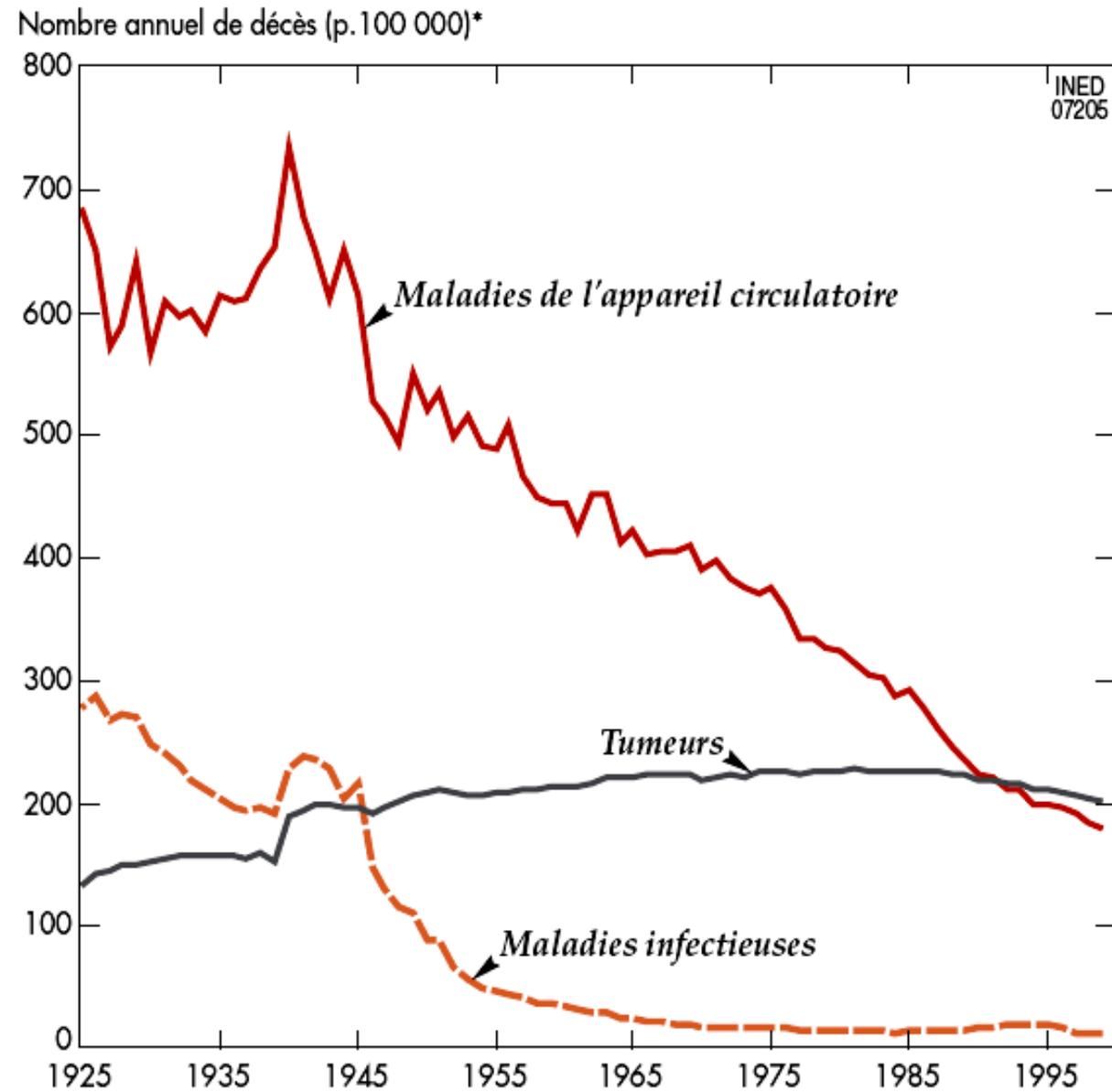
Quand déployer une intervention de prévention ?

Lorsque le problème de santé identifié est :

- Fréquent (approche populationnelle)
- Grave (impact sur santé et survie des populations)
- Évitable :
 - Dans son apparition (démarche individuelle ou collective d'éviction des FdR)
 - Dans son évolution (pratiques médicales diagnostiques)
 - Dans ses complications (pratiques thérapeutiques, sociales, éducatives)

Les outils à disposition de la Prévention

Vaccination



Années 1925-2000 le recul des deux causes principales de mortalité du siècle

* *taux comparatif de mortalité.*

Vaccination

- Grandes vagues de vaccination en France

| | Decès annuel avant vaccination | Decès annuel après vaccination | Taux de protection En % |
|--------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------|
| Variolle : 1902 | 2 000 | 0 | 100 |
| Tuberculose : 1949 | 80 000 | 650 | >99 |
| Diphtérie : 1930 | 4 500 | 0 | 100 |
| Tétanos: 1940 | 1 000 | 10 | 99 |
| Coqueluche : 1947 | 500 | 10 | 98 |
| Polio : 1964 | 250 | 0 | 100 |
| Rougeole : 1968 | 100 | 0 | 100 |

Dépistage

Il permet la détection de lésions potentiellement malignes ou le diagnostic de cancer à un stage très précoce

Il est réalisé en l'absence de tout symptôme

Il s'adresse à une population cible :

- Dans un cadre opportuniste (approche individuelle)
- Dans un cadre populationnel organisé (approche collective)

Dépistage

Il permet la détection de lésions potentiellement malignes ou le diagnostic de cancer à un stage très précoce

Il est réalisé en l'absence de tout symptôme

Il s'adresse à une population cible :

- Dans un cadre opportuniste (approche individuelle)
- Dans un cadre populationnel organisé (approche collective)

Son objectif est de diminuer la mortalité liée au Cancer, par rapport à une population non dépistée

Dépistage : quand devient-il une politique nationale ?

Il doit remplir plusieurs conditions :

Pour le cancer :

- Fréquent
- Mortalité importante
- Phase pré-clinique longue
- Thérapeutique efficace sur la phase pré-clinique

Pour le test de dépistage:

- Fiable et reproductible
- Bonne sensibilité +++
- *Bonne spécificité*
- Coût modéré
- Bien toléré pour le patient

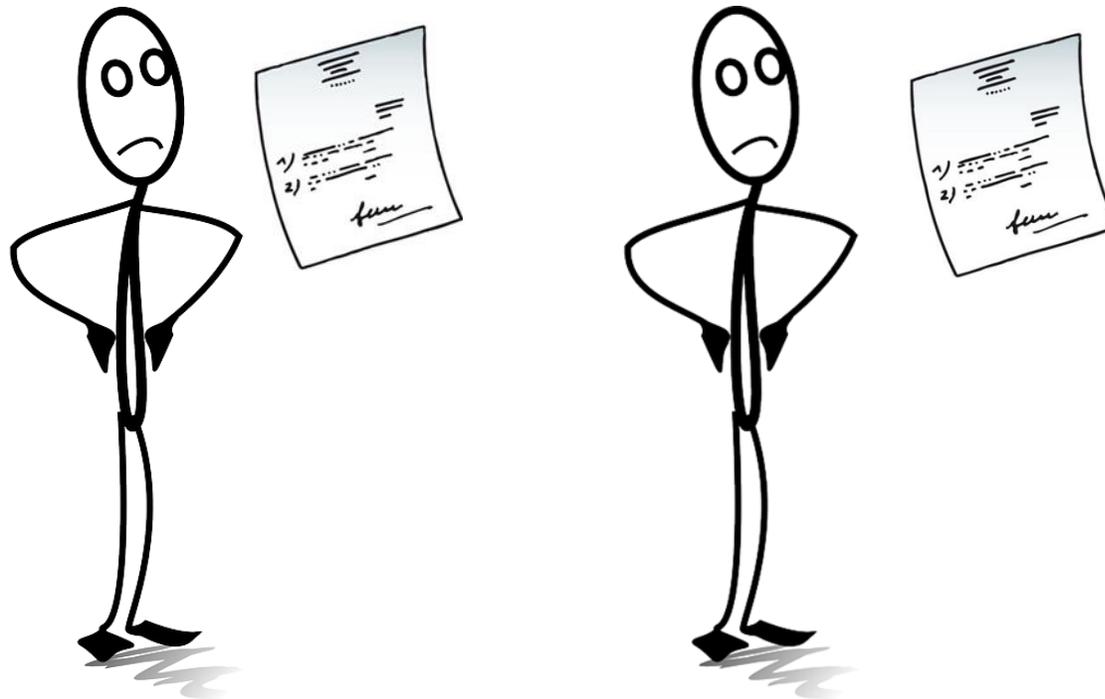
Pour la généralisation:

- Démonstration de son caractère coût-efficace

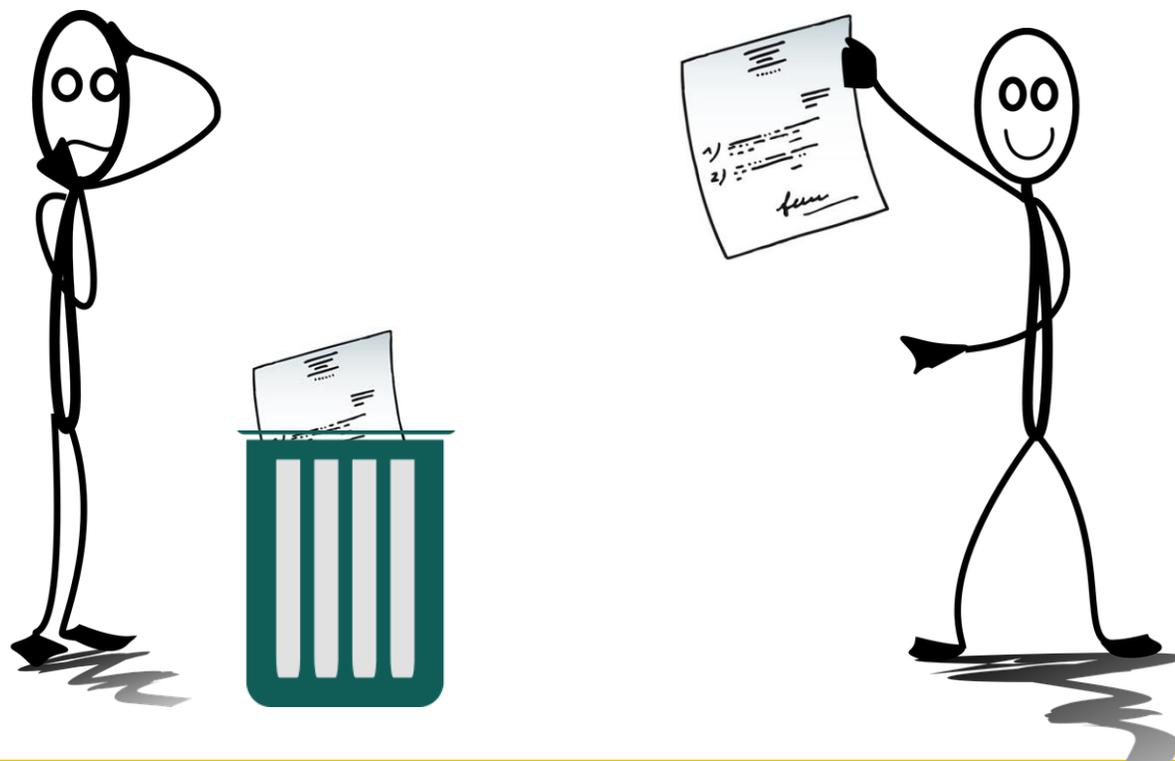
Education

- Elle intervient à tous les stades de prévention, c'est une action de prévention individuelle
- Elle repose sur les **sciences de la pédagogie**, qui elles même reposent sur:
 - La psychologie sociale
 - La psychologie clinique
 - La sociologie
 - L'anthropologie
 - Les sciences de la communication

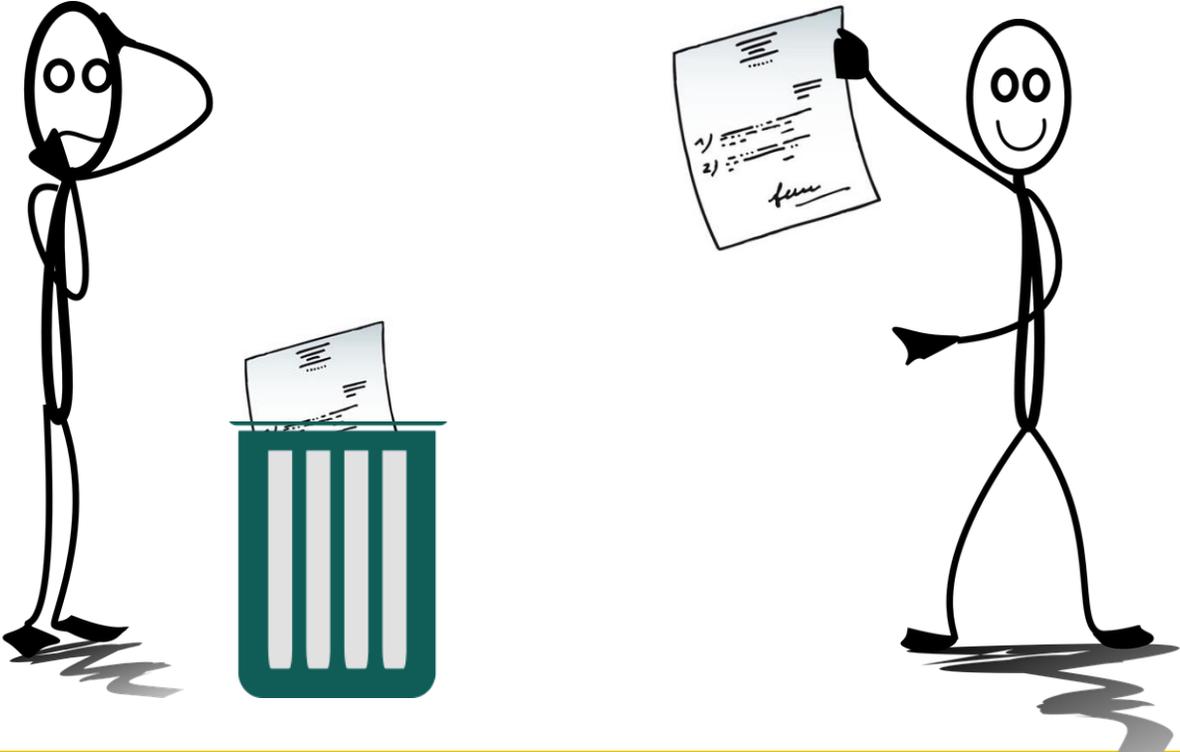
2 patients reçoivent la même ordonnance pour traiter la même maladie :

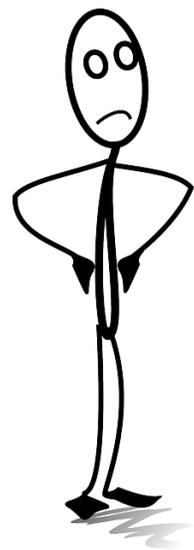


Les 2 patients, une semaine plus tard

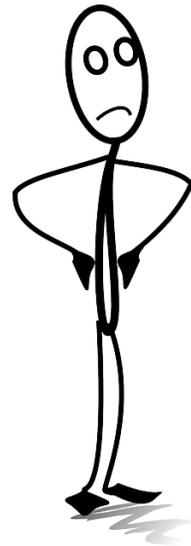


Qu'est-ce qui les différencient ?

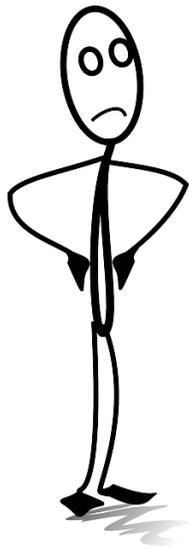




Bla-Bla-Bla



environnement



environnement

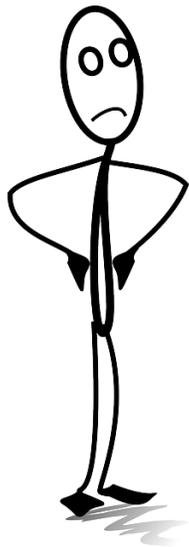


environnement

environnement

Histoire de vie

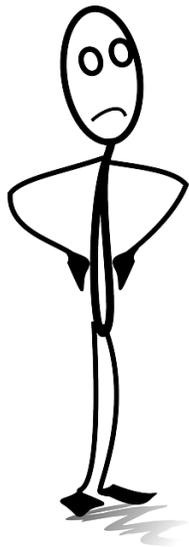
Histoire de vie



environnement

Histoire de vie

motivation

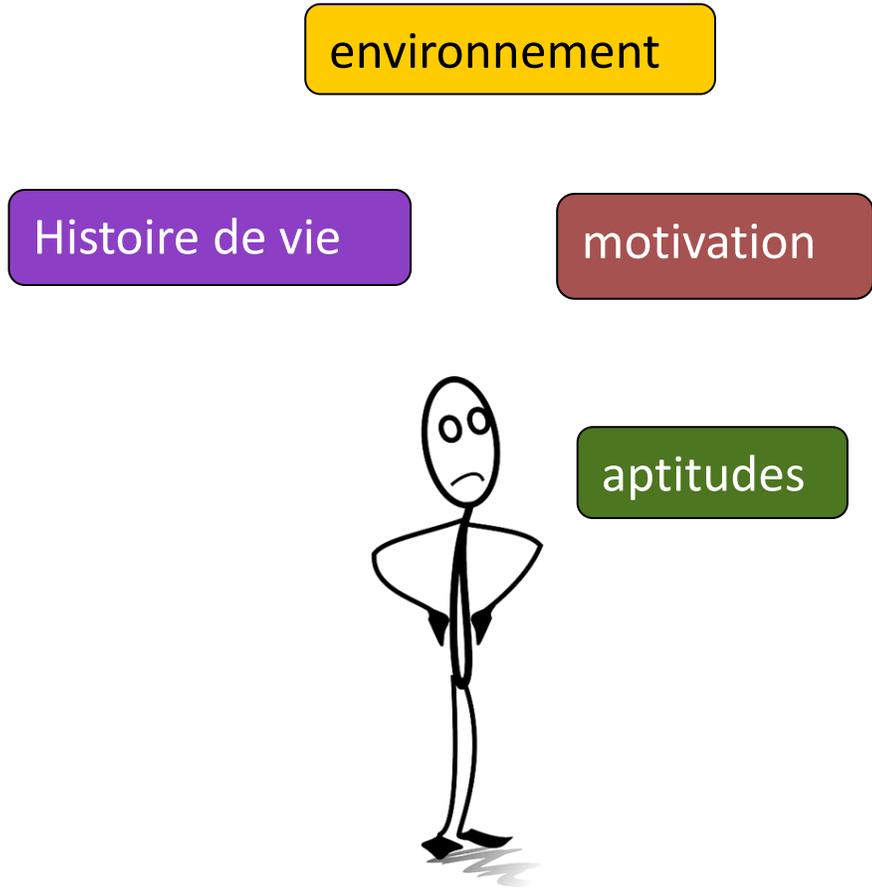
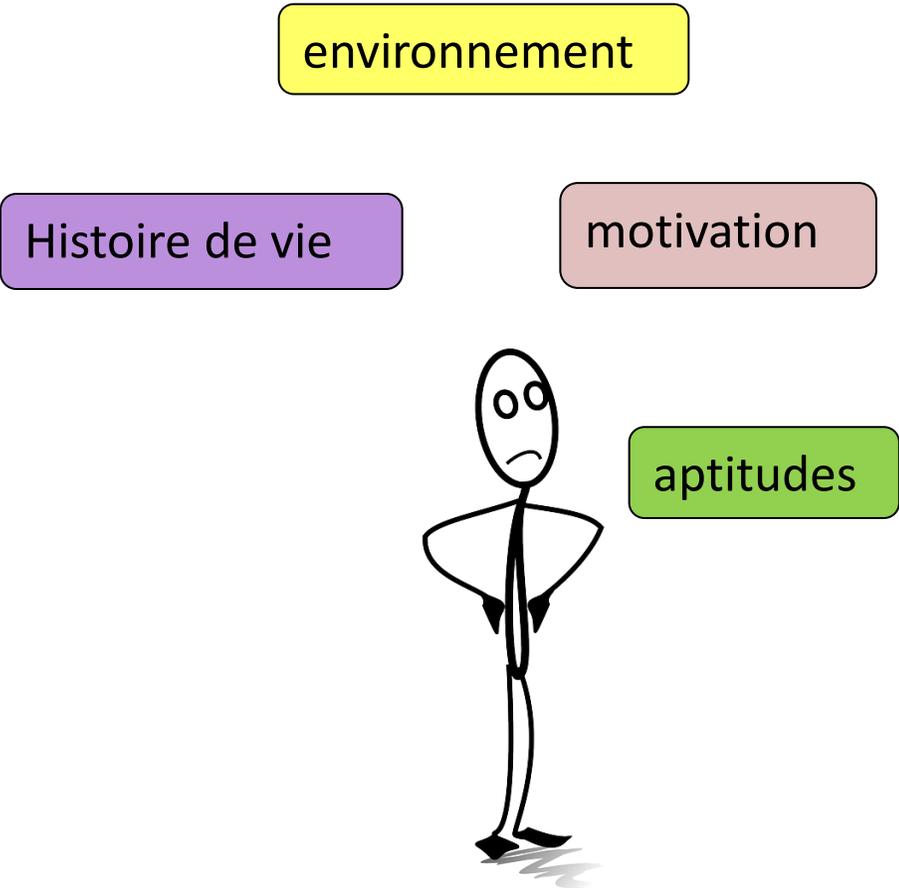


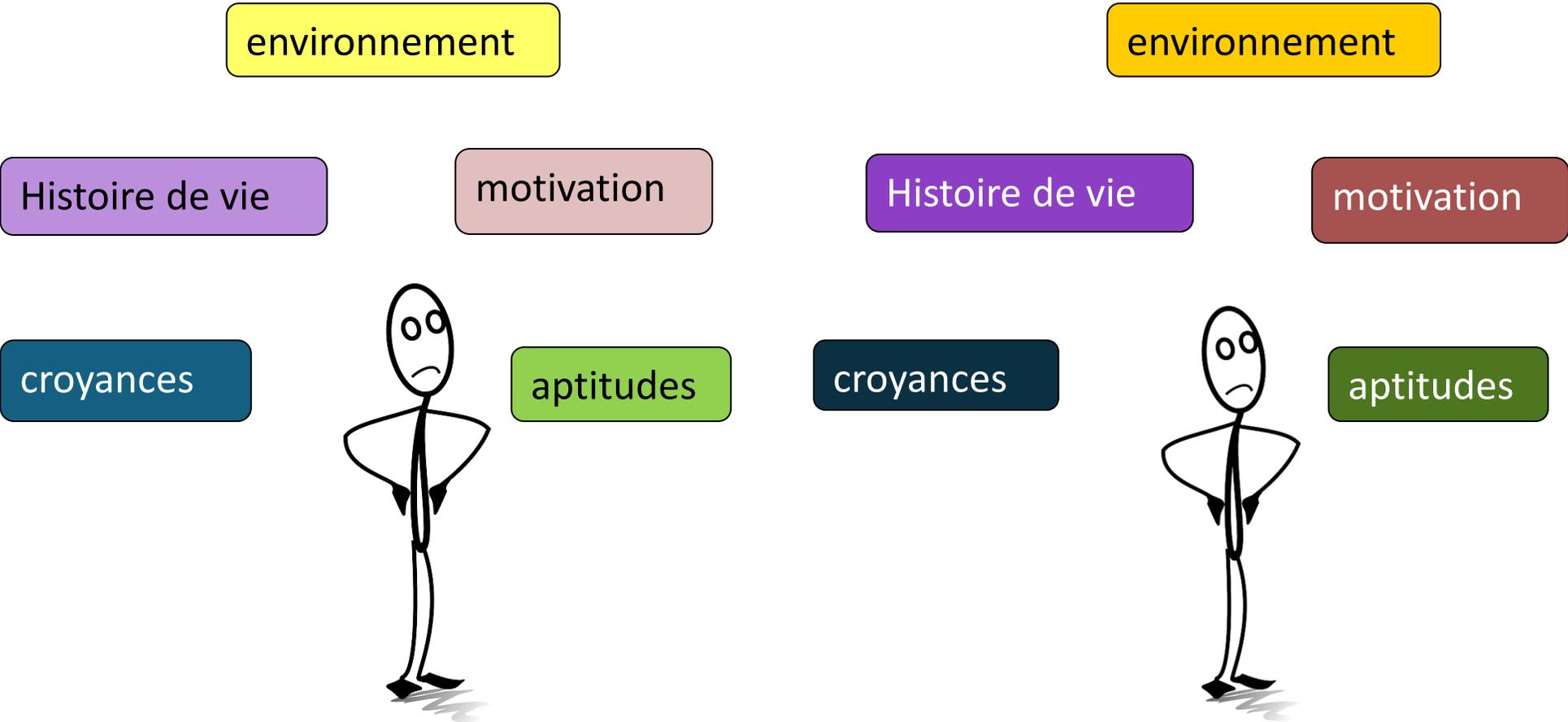
environnement

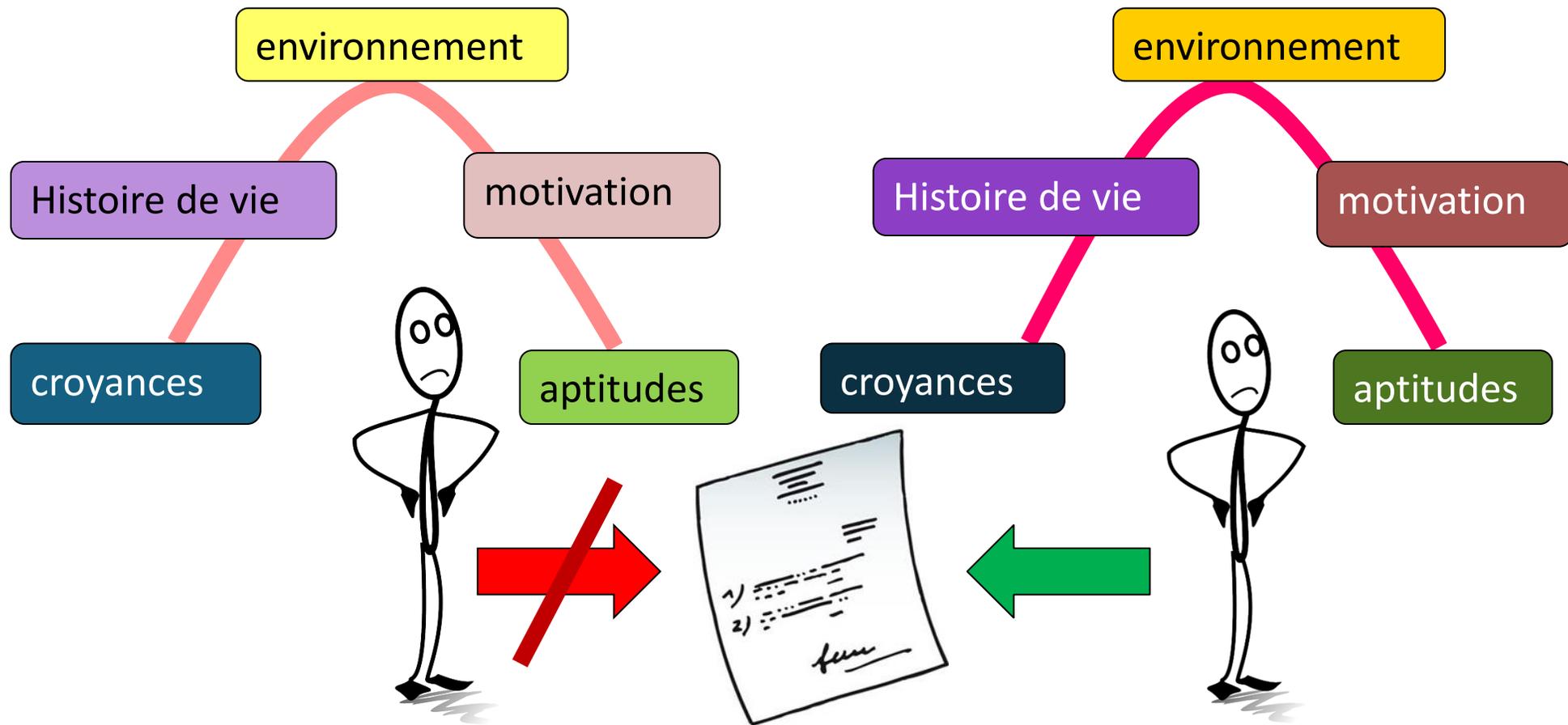
Histoire de vie

motivation









constat

- Les individus ne font pas (toujours) ce qu'on leur dit
- Personne - à part la personne concernée - ne peut préjuger de ses priorités
- L'ensemble des déterminants des actions de chaque individu impactera toujours plus ses choix qu'une action de santé quelle qu'elle soit

=> Obtenir un comportement vertueux en santé de la part d'un individu est difficile et nécessite des interventions complexes



Education

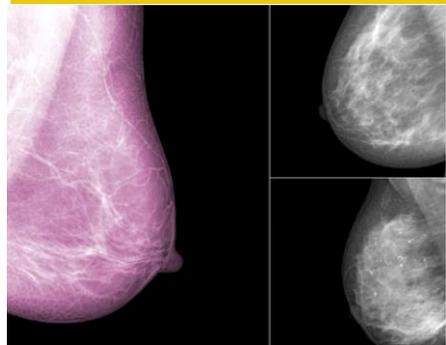
- **Ce qu'elle n'est pas :**
 - De l'information
 - Du soin au sens clinique
- **Ce qu'elle est :**
 - Apprentissage
 - Vise à modifier le comportement du patient
 - Dans sa vie quotidienne
 - En travaillant sur l'ensemble de son environnement



C'est la mise en œuvre d'un modèle d'apprentissage qui vise au changement de comportement :

- **Adopter des comportements vertueux**
- **Développer sa capacité à agir sur son environnement**

Outils de la prévention



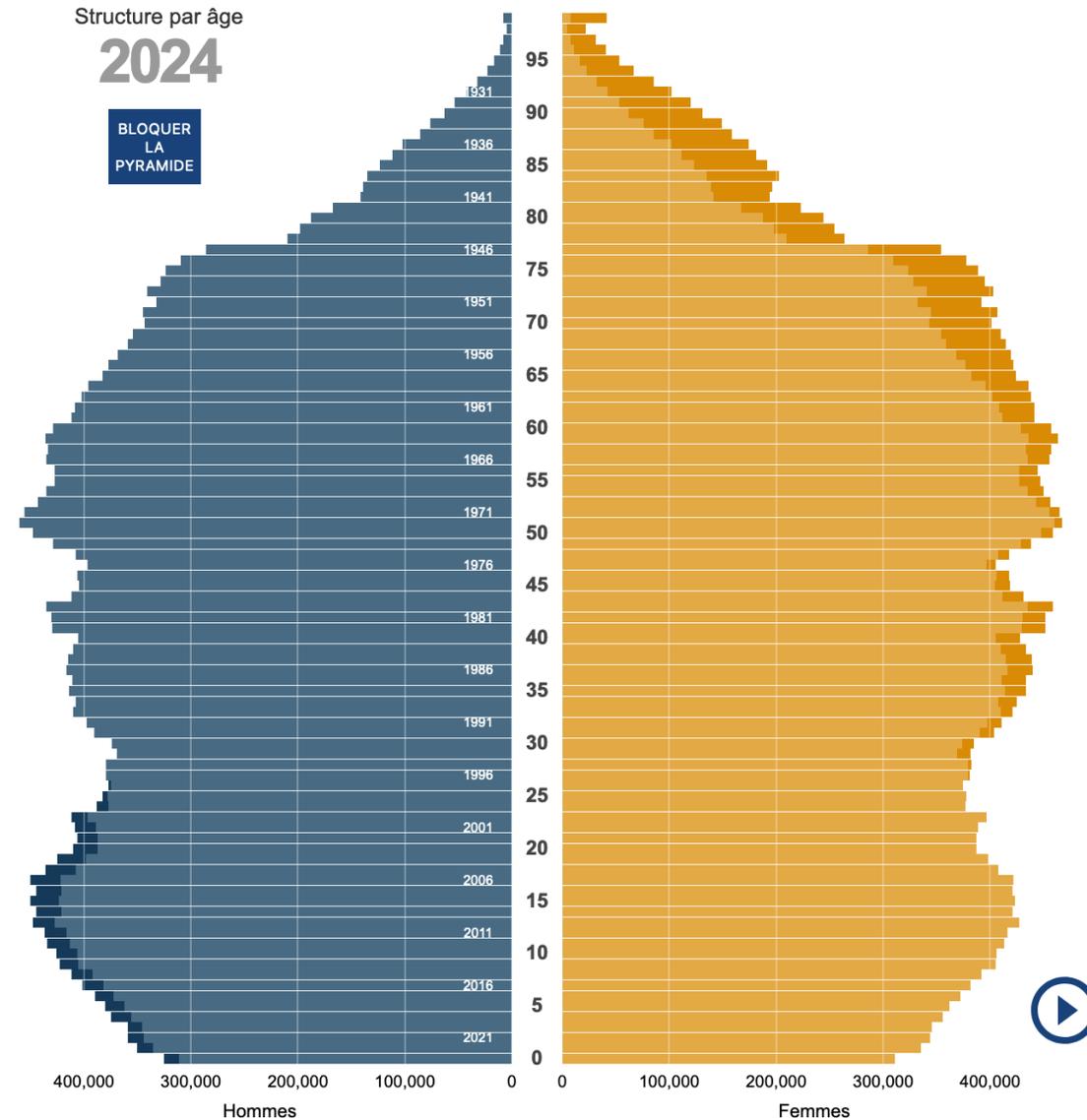
Pour obtenir une prévention efficace ces outils doivent être combinés :

- Proposés aux personnes concernées
- Proposés aux acteurs de santé
- Adaptés aux spécificités de chaque populations cibles



La santé des femmes en chiffres

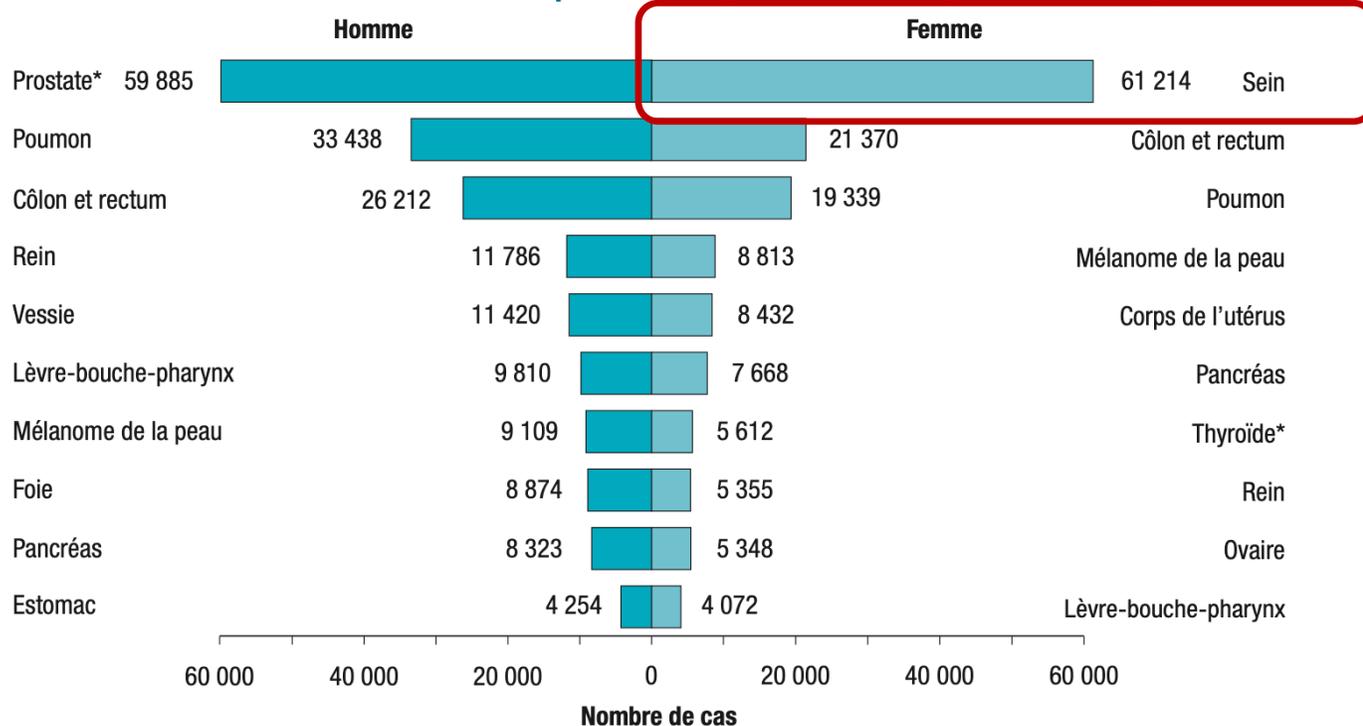
Pyramide des âges (source INSEE)



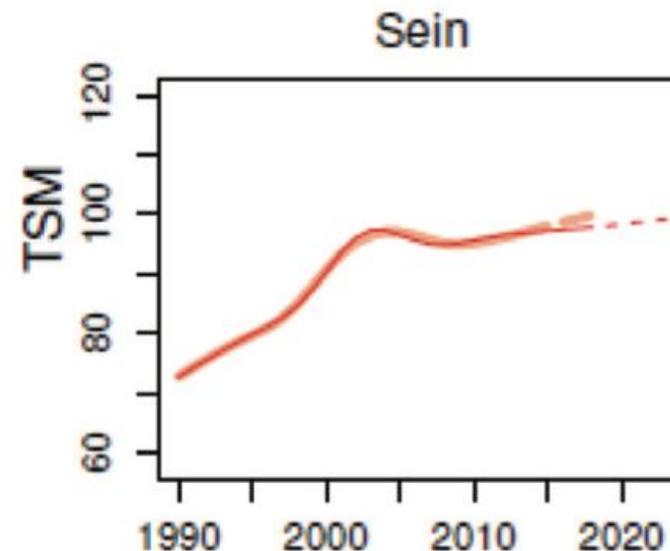
Janvier 2024 :
35,2 millions de
femmes
Pour 33,1 hommes

Cancer du sein : incidence

Nombre de nouveaux cas de cancers estimés pour les principales localisations, en France métropolitaine en 2023



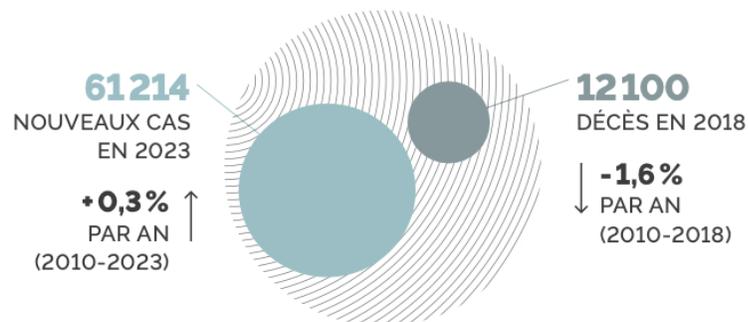
* Pour la prostate et la thyroïde, le nombre de cas est une estimation pour 2018 (et non 2023).



Source : BEH 4 juillet 2023

Cancer du sein : épidémiologie

**1^{er} CANCER CHEZ LES FEMMES ET 1^{re} CAUSE DE DÉCÈS
PAR CANCER CHEZ LES FEMMES**

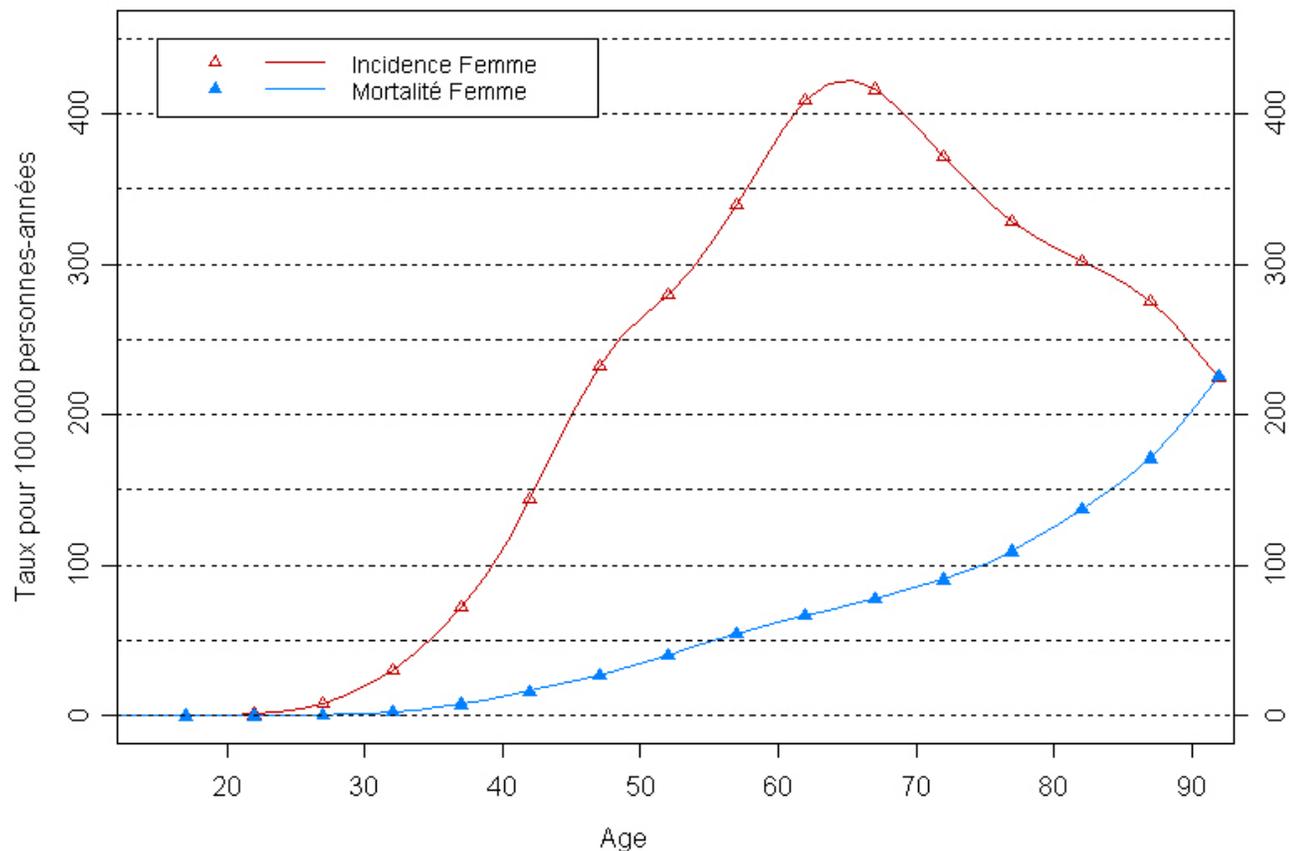


88%
**TAUX DE SURVIE
NETTE
STANDARDISÉE**
À 5 ANS DES FEMMES
DIAGNOSTIQUÉES
ENTRE 2010 ET 2015

EN 2017, LA PRÉVALENCE
DU CANCER EST ESTIMÉE À
913 089
PERSONNES

ÂGE MÉDIAN AU DIAGNOSTIC **64**ans

Source : Panorama des cancers 2023 INCa



Source : INCa

Cancer du sein : Prévention primaire

FACTEURS DE RISQUES

- Âge (80 % des cancers du sein se développent après 50 ans)
- Antécédents médicaux personnels et familiaux
- Consommation d'alcool et de tabac
- Surpoids, manque d'activité physique
- Certains traitements hormonaux de la ménopause
- Prédispositions génétiques
- Ne pas avoir allaité

ACTIONS DE PRÉVENTION

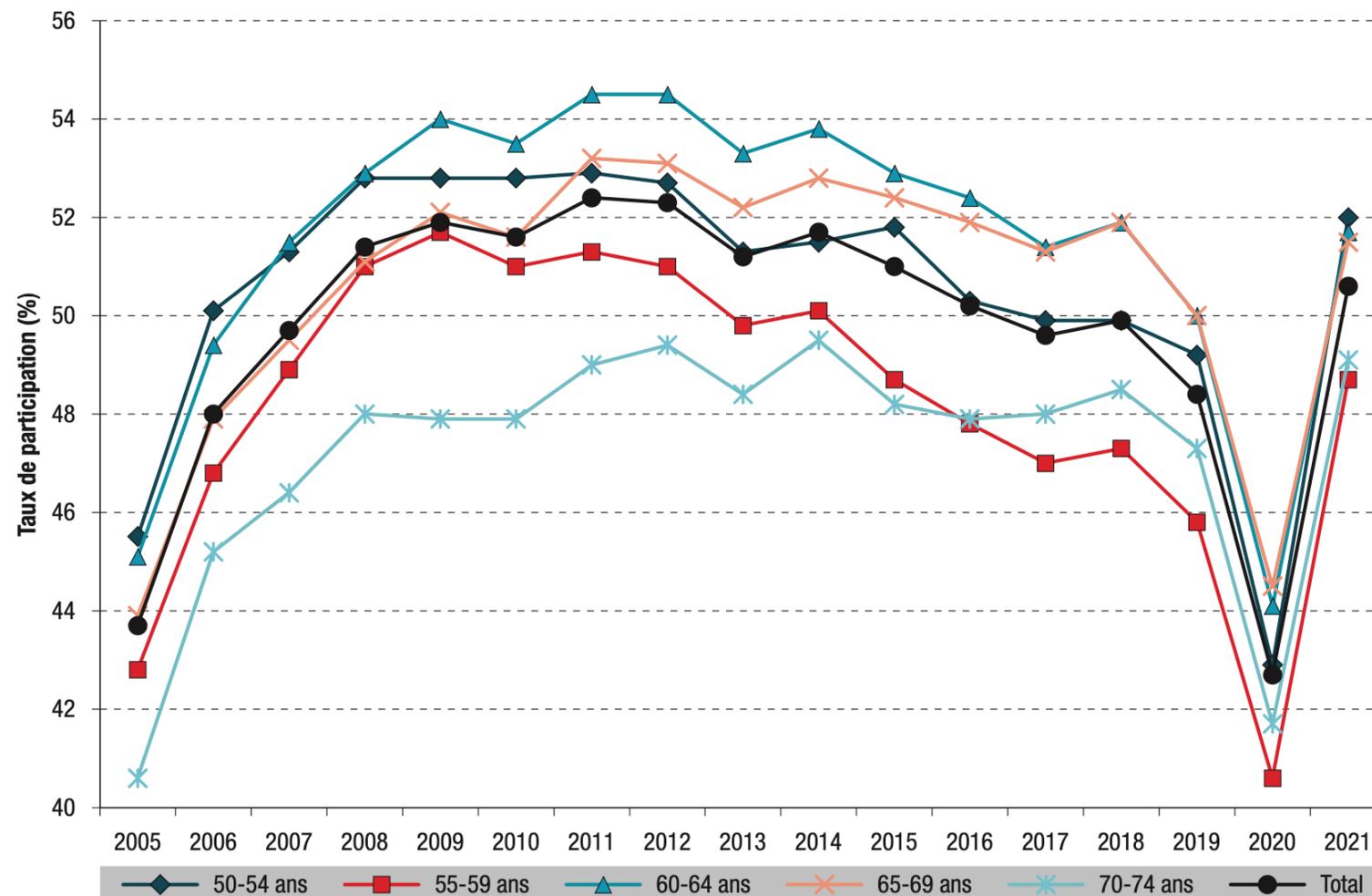
Parmi les cancers attribuables à la consommation d'alcool, le cancer du sein est le plus fréquent.

Diminuer sa consommation d'alcool, surveiller son poids, arrêter de fumer, bouger et manger varié et équilibré réduisent le risque de développer la maladie.

On estime que près de 20 000 cancers du sein pourraient être évités chaque année (soit un tiers des nouveaux cas de cancer pour l'année 2018).

Cancer du sein : Prévention secondaire

Évolution du taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein par année, tous âges et par âge, France entière, 2005 à 2021



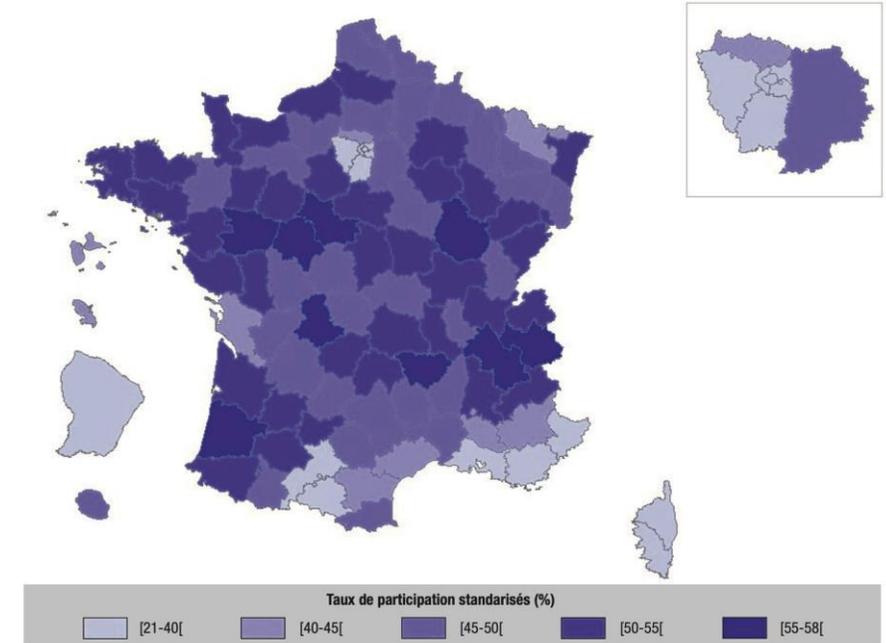
Source : BEH 11 juillet 2023

Limites du dépistage organisé du cancer du sein

Rapport de l'IGAS 2022 expliquant la faible participation:

- Organisation par les Centres Régionaux de Coordination des dépistages de Cancer beaucoup trop complexe
- La peur de la douleur, de la nudité (estimée chez 20% des femmes)
- La charge mentale du diagnostic (estimée chez 16% des femmes)
- Le manque de connaissance du dépistage

Participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein, taux départementaux standardisés



Source : ¹IGN-(GeoFLA)[®], 2014 ;
²Santé publique France, 08/03/2022

- La participation au DO du cancer du sein diminue avec :
 - Le niveau social
 - La distance aux infrastructures

Source : Rollet Q, *Cancers 2021*

Dépistage organisé du cancer du sein : solutions proposées



12 actions pour les 5 prochaines années (2024-2028)

Mieux informer la population sur les dépistages des cancers

Action n°1 : Sensibilisation et communication renforcées pour une participation au dépistage

Action n°2 : Prise en compte des dépistages des cancers dans la mise en place des bilans prévention

Action n°3 : Mise à disposition d'outils facilitant l'information sur les dépistages des cancers

Augmenter le nombre de participants aux dépistages organisés des cancers en population générale

Action n°4 : Amélioration de la connaissance des freins et des leviers à la participation aux dépistages

Action n°5 : Amélioration de l'accès aux dépistages

Action n°6 : Rénovation de l'organisation des dépistages organisés des cancers

Mettre en œuvre des actions spécifiques pour les personnes les plus éloignées des systèmes de prévention et dans les territoires avec de moindres taux de participation

Action n°7 : Renforcement du déploiement des actions efficaces individuelles et collectives d'aller-vers

Action n°8 : Mise à disposition d'auto-prélèvements pour les femmes non participantes au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus

Action n°9 : Accompagnement complémentaire des territoires ayant une moindre participation aux dépistages des cancers et/ou avec des taux d'incidence de cancers plus élevés

Action n°10 : Accompagnement complémentaire par l'INCa et la CNAM des territoires des DOM pour le déploiement des programmes de dépistages organisés

Viser une amélioration continue des dépistages des cancers

Action n°11 : Amélioration de la qualité des dépistages

Action n°12 : Préparation des dépistages de demain

Dépistage organisé du cancer du sein : solutions proposées



12 actions pour les 5 prochaines années (2024-2028)

Mieux informer la population sur les dépistages des cancers

Action n°1 : Sensibilisation et communication renforcées pour une participation au dépistage

Action n°2 : Prise en compte des dépistages des cancers dans la mise en place des bilans prévention

Action n°3 : Mise à disposition d'outils facilitant l'information sur les dépistages des cancers

Augmenter le nombre de participants aux dépistages organisés des cancers en population générale

Action n°4 : Amélioration de la connaissance des freins et des leviers à la participation aux dépistages

Action n°5 : Amélioration de l'accès aux dépistages

Action n°6 : Rénovation de l'organisation des dépistages organisés des cancers

Mettre en œuvre des actions spécifiques pour les personnes les plus éloignées des systèmes de prévention et dans les territoires avec de moindres taux de participation

Action n°7 : Renforcement du déploiement des actions efficaces individuelles et collectives d'aller-vers

Action n°8 : Mise à disposition d'auto-prélèvements pour les femmes non participantes au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus

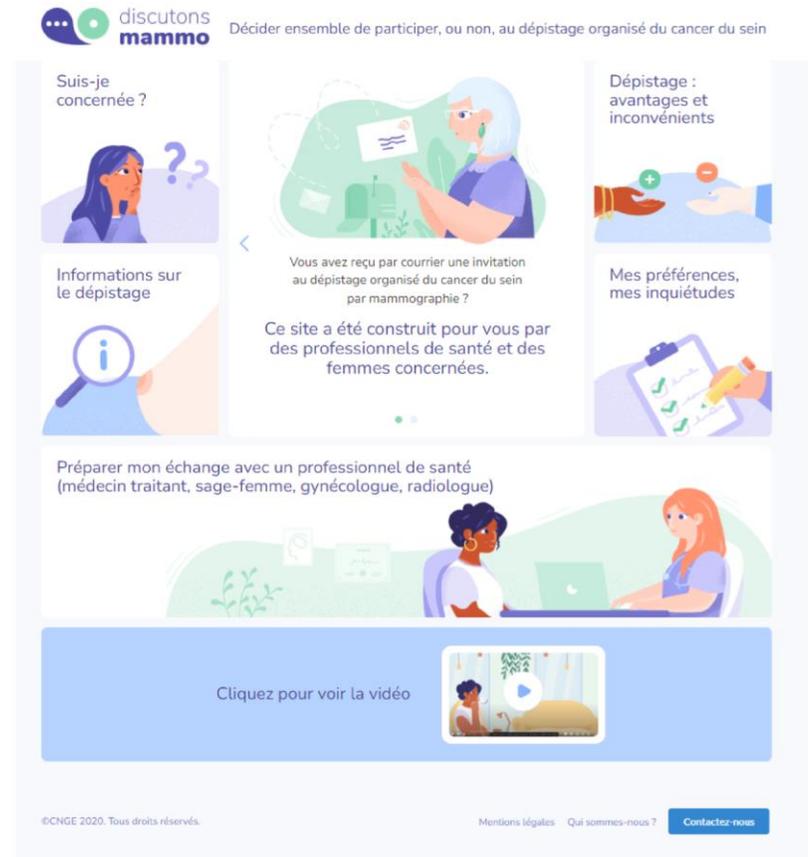
Action n°9 : Accompagnement complémentaire des territoires ayant une moindre participation aux dépistages des cancers et/ou avec des taux d'incidence de cancers plus élevés

Action n°10 : Accompagnement complémentaire par l'INCa et la CNAM des territoires des DOM pour le déploiement des programmes de dépistages organisés

Viser une amélioration continue des dépistages des cancers

Action n°11 : Amélioration de la qualité des dépistages

Action n°12 : Préparation des dépistages de demain



L'outil d'aide à la décision « discutons-mammo.fr

Source : S Hild, The Breast 2024

Dépistage organisé du cancer du sein : solutions proposées



12 actions pour les 5 prochaines années (2024-2028)

Mieux informer la population sur les dépistages des cancers

Action n°1 : Sensibilisation et communication renforcées pour une participation au dépistage

Action n°2 : Prise en compte des dépistages des cancers dans la mise en place des bilans prévention

Action n°3 : Mise à disposition d'outils facilitant l'information sur les dépistages des cancers

Augmenter le nombre de participants aux dépistages organisés des cancers en population générale

Action n°4 : Amélioration de la connaissance des freins et des leviers à la participation aux dépistages

Action n°5 : Amélioration de l'accès aux dépistages

Action n°6 : Rénovation de l'organisation des dépistages organisés des cancers

Mettre en œuvre des actions spécifiques pour les personnes les plus éloignées des systèmes de prévention et dans les territoires avec de moindres taux de participation

Action n°7 : Renforcement du déploiement des actions efficaces individuelles et collectives d'aller-vers

Action n°8 : Mise à disposition d'auto-prélèvements pour les femmes non participantes au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus

Action n°9 : Accompagnement complémentaire des territoires ayant une moindre participation aux dépistages des cancers et/ou avec des taux d'incidence de cancers plus élevés

Action n°10 : Accompagnement complémentaire par l'INCa et la CNAM des territoires des DOM pour le déploiement des programmes de dépistages organisés

Viser une amélioration continue des dépistages des cancers

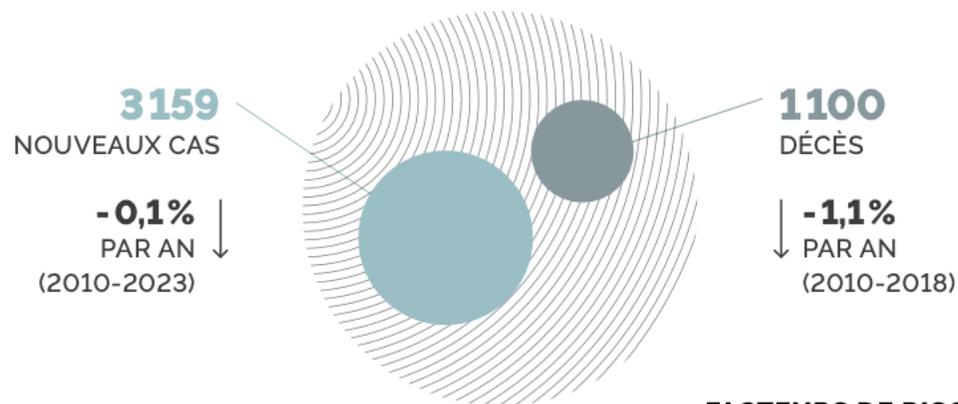
Action n°11 : Amélioration de la qualité des dépistages

Action n°12 : Préparation des dépistages de demain



Cancer du col de l'utérus : incidence

LE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS EN 2023



ÂGE MÉDIAN
AU DIAGNOSTIC

55 ans
COL DE L'UTÉRUS

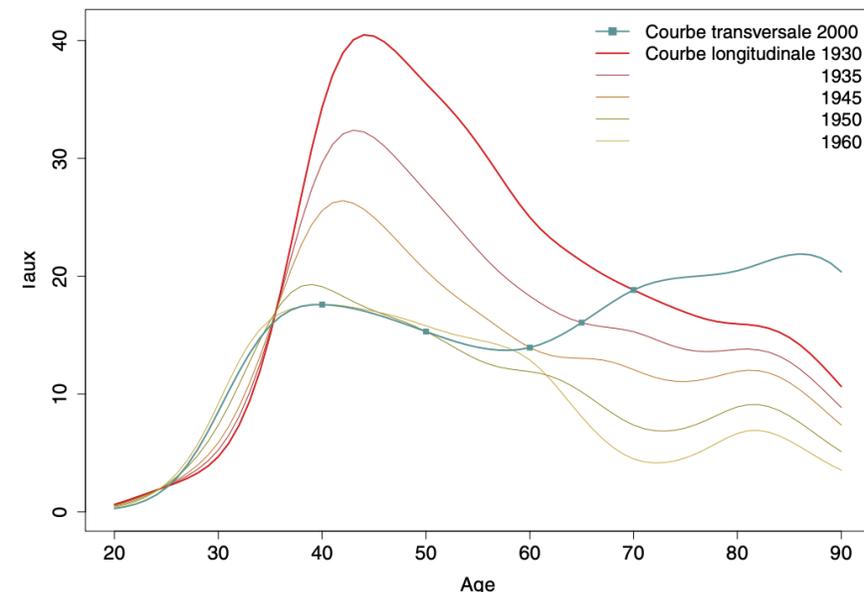
FACTEURS DE RISQUE

COL DE L'UTÉRUS

- Papillomavirus humain
- Rapports sexuels à un âge précoce
- Multiplicité des partenaires
- Multiparité
- Tabagisme
- Usage d'une contraception orale (pilule oestroprogestative)
- Immunosuppression ou certaines infections (VIH par exemple)

Source : Panorama des cancers 2023 INCa

FIGURE D | Taux d'incidence du cancer du col de l'utérus selon l'âge : courbe transversale en 2000 et courbes longitudinales pour les cohortes 1930 à 1960 (anciens registres)

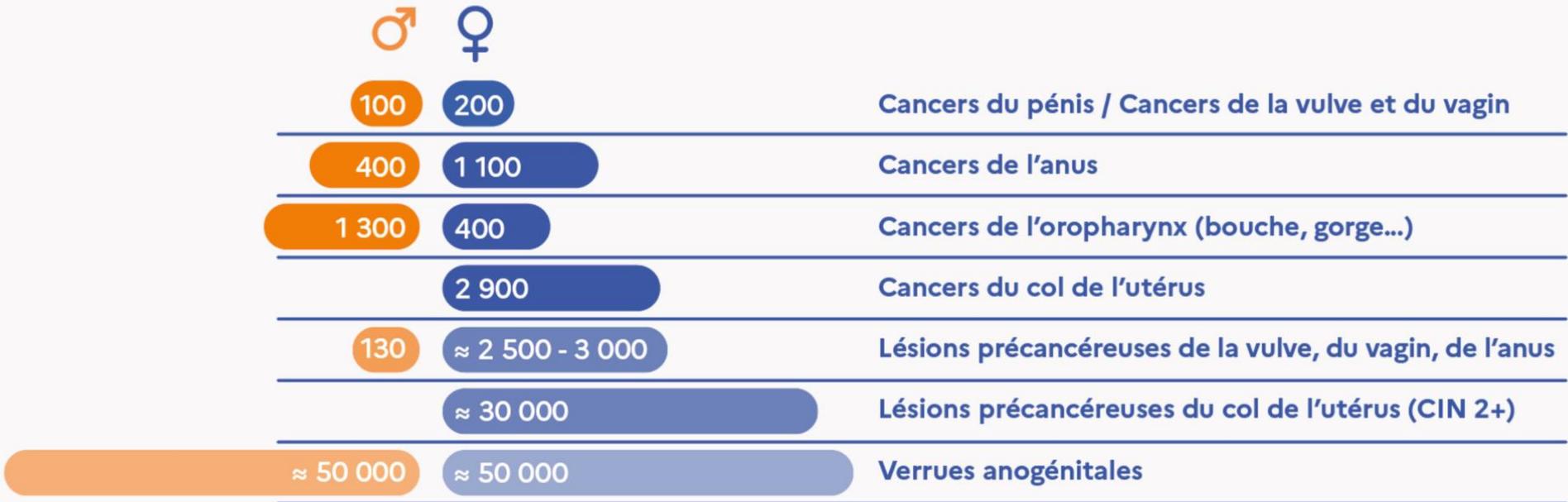


« La part des cas de cancers attribuables à la défavorisation sociale est la plus importante pour le cancer du col de l'utérus chez la femme, estimée à 21,1% »

Source BEH Février 2017

Cancer du col de l'utérus : HPV

Nombre de maladies HPV-induites chez les femmes et les hommes en France en 2015 (d'après Shield et al., Hartwig et al., 2015).



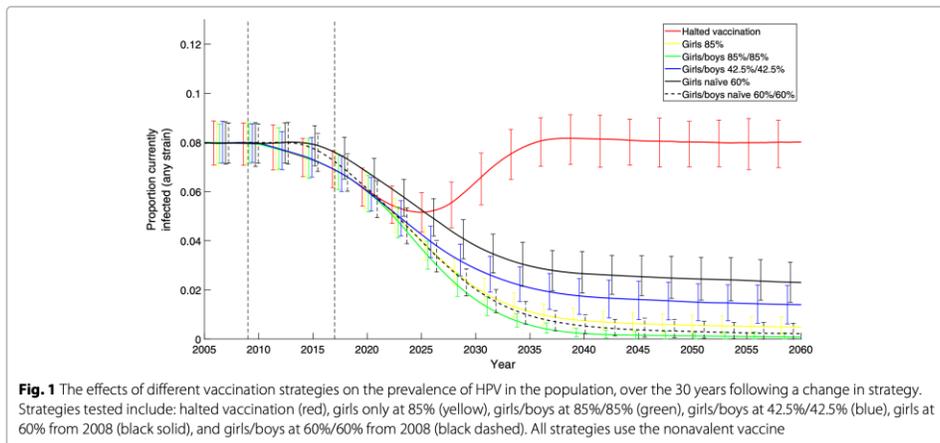
Cancer du col de l'utérus : Préventions

Primaire

- Vaccination HPV depuis 2008
- Recommandations mises à jour 2019

Au terme de son évaluation, la HAS est favorable à l'élargissement de la vaccination contre les papillomavirus chez les garçons dans le calendrier vaccinal français et recommande :

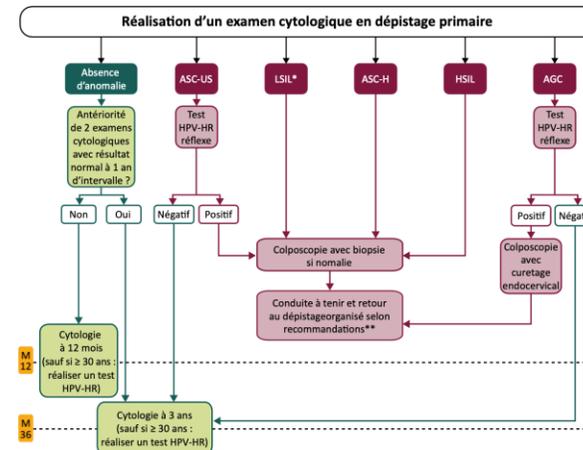
1. L'élargissement de la vaccination anti-HPV par GARDASIL g® (gHPV) pour tous les garçons de 11 à 14 ans révolus selon un schéma à 2 doses (M0, M6).
2. Un rattrapage possible pour tous les adolescents et jeunes adultes de 15 à 19 ans révolus selon un schéma à 3 doses (M0, M2, M6).
3. Le maintien d'une recommandation vaccinale spécifique par GARDASIL g® (gHPV) pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes jusqu'à 26 ans révolus selon un schéma à 3 doses (M0, M2, M6).



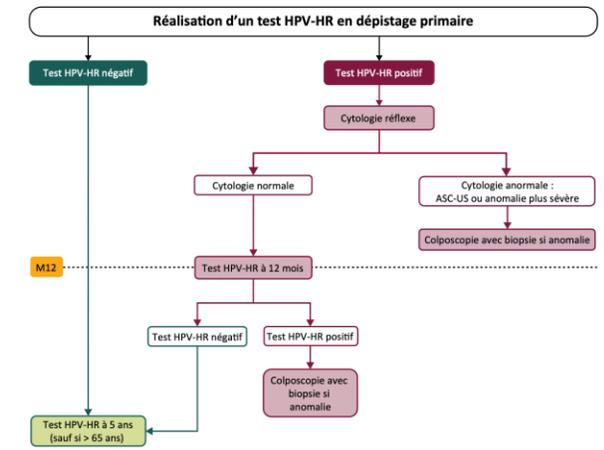
Secondaire

- Dépistage organisé du cancer du col 2018
- Recommandations HAS 2021

FEMMES DE 25 À 29 ANS



FEMMES DE 30 À 65 ANS



Source:
data et al
BMC inf dis
2019

Cancer du col : vaccination HPV

Figure 14. Evolution des couvertures vaccinales (%) contre les papillomavirus humains chez la jeune fille « 1 dose » à 15 ans, France, 2012-2023

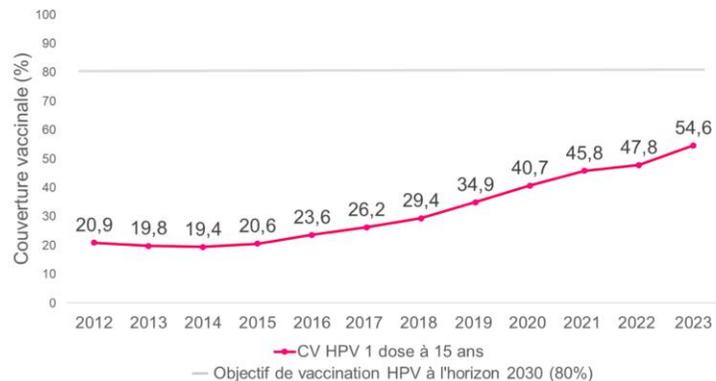
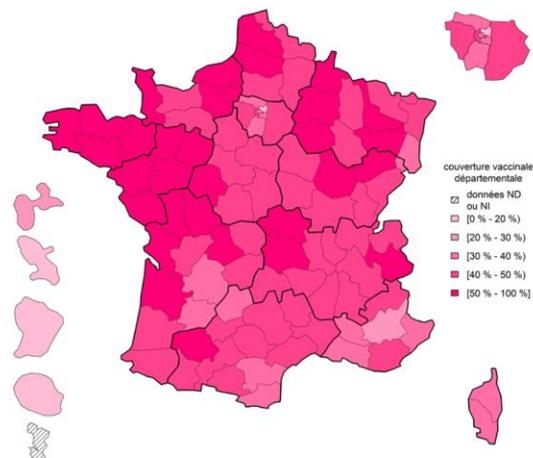


Figure 15. Couvertures vaccinales (%) départementales contre les papillomavirus humains chez la jeune fille « schéma complet à 2 doses » à 16 ans, France, 2023

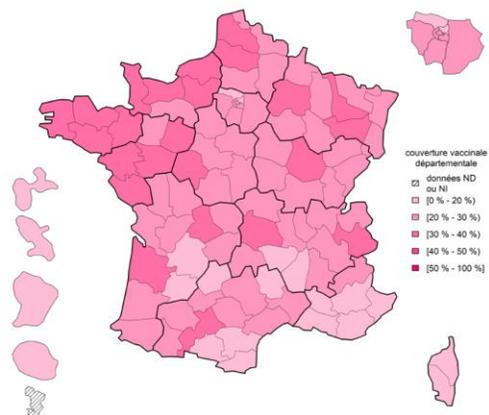


Organisation de la campagne nationale de vaccination HPV au collège à partir de 2023-2024
420 000 adolescents de 12 ans (48%) vaccinés



Source : Données SNDS-DCIR, traitement Santé publique France, données mises à jour au 31/12/2023

Figure 16. Couvertures vaccinales (%) départementales contre les papillomavirus humains chez le jeune garçon 1 dose à 15 ans, France, 2023



=> Re conduite en 2024-2025

Limites de la vaccination HPV

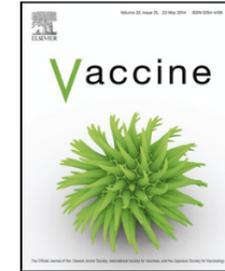
Vaccine 33 (2015) 4161–4164



Contents lists available at [ScienceDirect](#)

Vaccine

journal homepage: www.elsevier.com/locate/vaccine



Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants



Noni E. MacDonald^{*,1}, the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy¹

Department of Paediatrics, Dalhousie University, Canadian Centre for Vaccinology, IWK Health Centre, Halifax, Canada

Définition :

- Retard dans l'acceptation ou refus de la vaccination malgré la disponibilité des services de vaccination.
- L'hésitation à se faire vacciner est complexe et contextuelle, variant selon le temps, le lieu et les vaccins. Elle comprend des facteurs tels que la complaisance, la commodité et la confiance.

Limites de la vaccination HPV

Vaccine 33 (2015) 4161–4164



Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants

Noni E. MacDonald^{*,1}, the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy¹

Department of Paediatrics, Dalhousie University, Canadian Centre for Vaccinology, IWK Health Centre, Halifax, Canada



Complaisance : confiance dans

- l'efficacité et l'innocuité des vaccins
- le système qui les fournit (fiabilité et. compétence des services de santé perçue)
- les motivations des décideurs politiques qui décident des vaccins nécessaires.

Confidence : les risques perçus de maladies évitables par la vaccination sont faibles et la vaccination n'est pas considérée comme une action préventive nécessaire. Influencée par :

- D'autres responsabilités en matière de vie/santé considérées comme plus importantes
- Le succès d'un programme de vaccination paradoxalement (risques perçus de la vaccination par rapport aux risques perçus de la maladie désormais rare).
- L'auto-efficacité

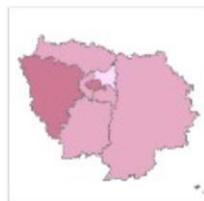
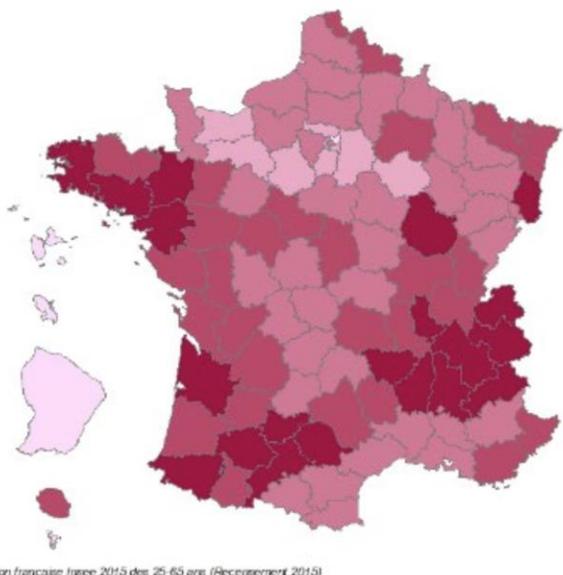
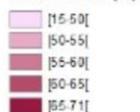
Commodité : La qualité du service (réelle et/ou perçue) et la perception des services de vaccination : pratiques et confortables

Limites du dépistage organisé du Cancer du Col

Dépistage du cancer du col de l'utérus

Taux de couverture départementaux standardisés* 2020-2022

Taux de participation standardisés (%)



Taux couverture nationale : 59,5%

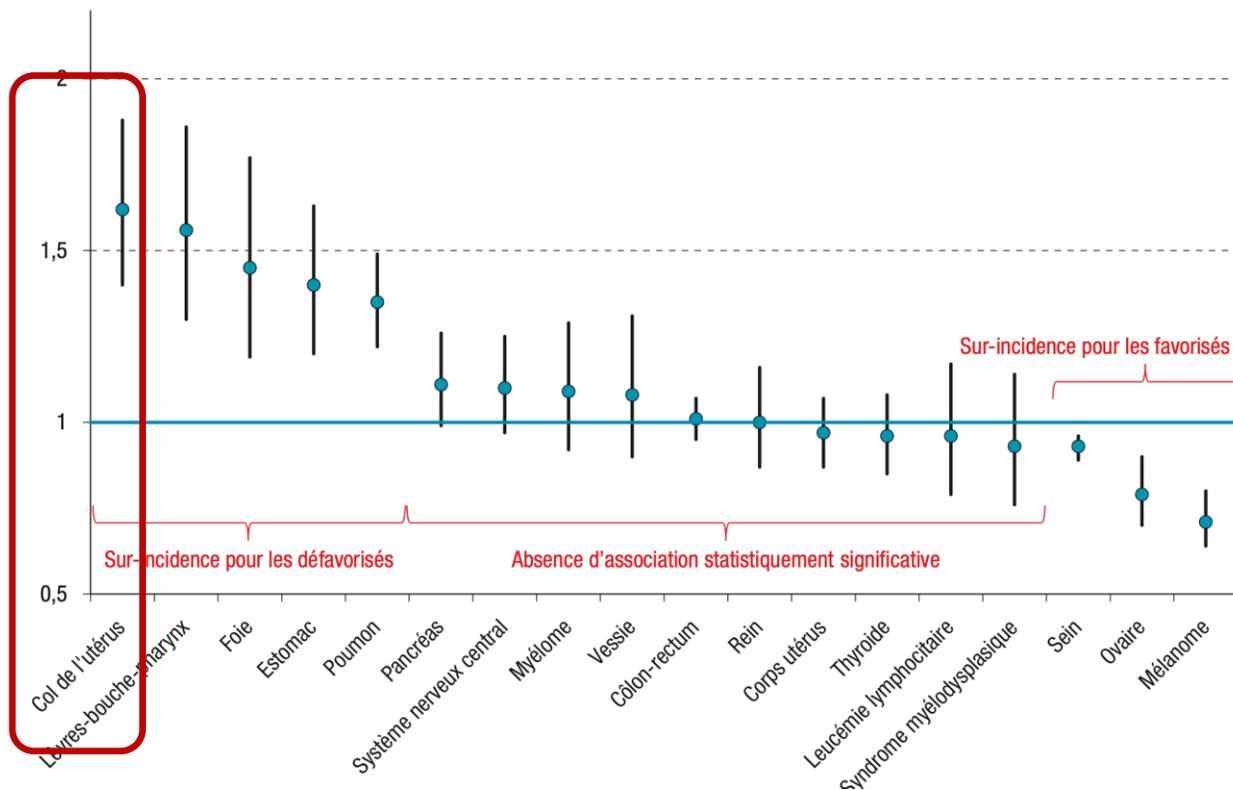
* Standardisés sur la population française Insee 2015 des 25-65 ans (Recensement 2015)

Source : IGIN-GeoLA® 2014 ;
 © Santé publique France, 16/04/2024
 Données issues du SINDS et ELP de l'Insee (non consolidées)



Risque relatif de cancer dans la catégorie la plus défavorisée par rapport à la catégorie la plus favorisée dans les registres du réseau Francim entre 2006 et 2009 – Femmes

Risque relatif catégorie 5 / catégorie 1



- « La part des cas de cancers attribuables à la défavorisation sociale est la plus importante pour le cancer du col de l'utérus chez la femme, estimée à 21,1% »

Source BEH Février 2017

Dépistage organisé du cancer du col : solutions proposées



12 actions pour les 5 prochaines années (2024-2028)

Mieux informer la population sur les dépistages des cancers

Action n°1 : Sensibilisation et communication renforcées pour une participation au dépistage

Action n°2 : Prise en compte des dépistages des cancers dans la mise en place des bilans prévention

Action n°3 : Mise à disposition d'outils facilitant l'information sur les dépistages des cancers

Augmenter le nombre de participants aux dépistages organisés des cancers en population générale

Action n°4 : Amélioration de la connaissance des freins et des leviers à la participation aux dépistages

Action n°5 : Amélioration de l'accès aux dépistages

Action n°6 : Rénovation de l'organisation des dépistages organisés des cancers

Mettre en œuvre des actions spécifiques pour les personnes les plus éloignées des systèmes de prévention et dans les territoires avec de moindres taux de participation

Action n°7 : Renforcement du déploiement des actions efficaces individuelles et collectives d'aller-vers

Action n°8 : Mise à disposition d'auto-prélèvements pour les femmes non participantes au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus

Action n°9 : Accompagnement complémentaire des territoires ayant une moindre participation aux dépistages des cancers et/ou avec des taux d'incidence de cancers plus élevés

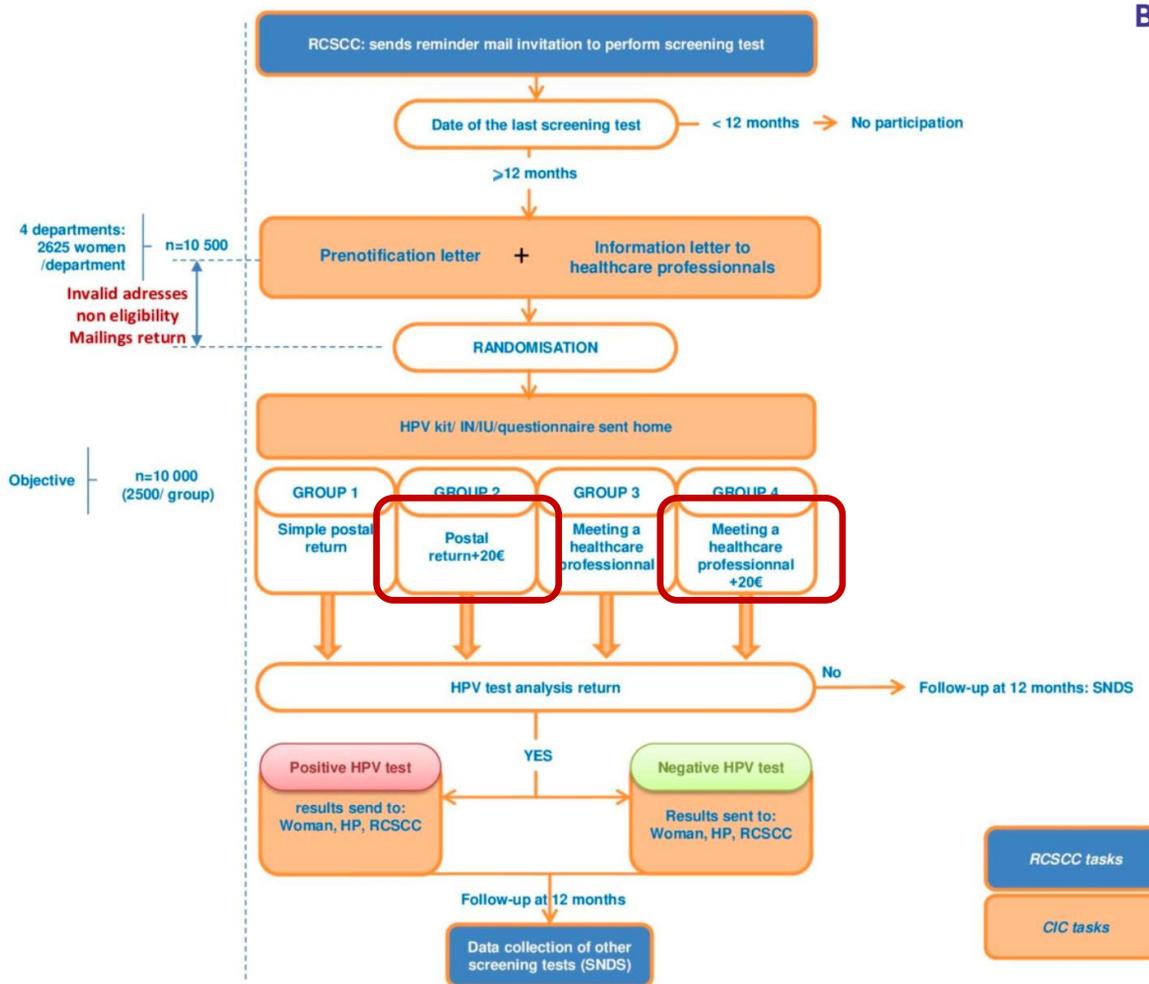
Action n°10 : Accompagnement complémentaire par l'INCa et la CNAM des territoires des DOM pour le déploiement des programmes de dépistages organisés

Viser une amélioration continue des dépistages des cancers

Action n°11 : Amélioration de la qualité des dépistages

Action n°12 : Préparation des dépistages de demain

Dépistage organisé du cancer du col : solutions proposées



BMJ Open Combined incentive actions, focusing on primary care professionals, to improve cervical cancer screening in women living in socioeconomically disadvantaged geographical areas: a study protocol of a hybrid cluster randomised effectiveness and implementation trial- RESISTE

Amir Hassine¹, Guillemette Antoni,² Muriel Fender,³ Katia Slama,⁴ François-Xavier Léandri,⁵ Jean-Luc Fanon,⁶ Christelle Auvray,⁷ Marie Christine Jaffar Bandjee,⁸ Nicolas Traversier,⁸ Laurence Fagour,⁹ Lise Rochaix,¹⁰ Camilla Fiorina,¹⁰ Dolorès Pourette,¹¹ Eric Opigez,¹¹ Alexandre Dumont,¹² Marc Bardou,¹ Resiste Study Group^{3,4,5,6,12,13,14,15}

Violences faites aux femmes

Violences sexuelles : Enquête Virage 2015 de l'INED

- 14,5 % des femmes adultes ont subies des violence sexuelles au cours de leur vie
- 40% avant leur 15 ans, 25% avant leur 11 ans
- Dans l'espace public > milieu étudiant > travail > conjoint

Violences conjuguales

- 244 000 victimes de violences intra-conjuguales enregistrées par le ministère de l'intérieur en 2022
- Selon l'OMS de 16% à 23% des femmes d'Europe ont subies des violences conjuguales
- EN 2018, 121 femmes ont été tuées dans un contexte de violence au sein du couple (*source HAS*)

Solutions proposées pour les professionnels de santé



COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES
ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS

Les professionnels ont parfaitement conscience de la particularité de la consultation de gynécologie ou d'obstétrique qui touche à l'intimité psychique et physique des femmes.

Cette consultation nécessite une écoute, une attitude, un dialogue et un examen physique dans un esprit de bienveillance et de respect mutuel.

C'est pourquoi nous proposons à tous les praticiens de France d'adhérer à cette charte et de l'afficher dans les lieux d'attente, et à chaque femme d'en prendre connaissance avant la consultation.

Charte de la consultation en gynécologie ou en obstétrique

- La consultation en gynécologie ou en obstétrique n'est pas une consultation comme les autres puisqu'elle touche à l'intimité des patientes.
- Le praticien, médecin ou sage-femme, conduit la consultation avec bienveillance et respect, en gardant à l'esprit la particularité de cette consultation et les besoins d'écoute et de dialogue.
- L'examen clinique n'est pas systématique. Par exemple, il n'est pas conseillé lors de la première consultation d'une jeune femme pour contraception, en l'absence de symptômes.
- L'examen clinique est précédé d'une explication sur ses objectifs et ses modalités. Si la femme désire ne pas être examinée, elle est invitée à en faire part en début de consultation.
- L'examen fournit des renseignements que l'imagerie ne peut pas apporter (comme l'état de la vulve, du vagin et du col, la mobilité des organes pelviens, la contraction des muscles ou la cartographie des zones douloureuses et la typologie des douleurs, ou encore l'origine de saignements ou de pertes). Il permet aussi la pratique de prélèvements (frottis, examens bactériologiques).
- L'accord oral de la femme est recueilli avant tout examen clinique.
- La femme doit pouvoir se dévêtir à l'abri des regards, dans le respect de sa pudeur.
- La personne examinée peut être assistée par l'accompagnant de son choix.

Outil d'aide au repérage des violences conjugales

Novembre 2022

Médecins généralistes, vous jouez un rôle-clé dans le **repérage des violences**. Pensez à **dépister toutes vos patientes** pour savoir si elles ont vécu ou vivent des violences conjugales, même en l'absence de signe d'alerte.

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



Consultez
la recommandation



Pourquoi dépister ?

- Vos patientes sont concernées : sur 10 patientes vues, 3 à 4 femmes pourraient être victimes de violences conjugales¹.
- En tant que médecin généraliste **vous êtes les interlocuteurs privilégiés des femmes** et les premiers acteurs à qui elles s'adressent, avant les forces de l'ordre et les associations².
- Le dépistage systématique, ça marche : vous avez 3 fois plus de chances de dépister des violences en posant directement la question³.
- Les violences constituent un risque pour la santé des femmes qui doit être évalué de manière systématique, indépendamment du milieu social.

Quand et comment dépister ?

Questionnez toutes vos patientes lors de l'anamnèse comme vous le faites pour les antécédents médicaux ou la consommation de tabac. N'hésitez pas à reposer la question ultérieurement en cas de grossesse ou de séparation.



Aborder le sujet peut vous paraître difficile. Vous pouvez **poser la question en vous aidant des exemples suivants** ou en les reformulant avec vos propres mots :

- comment ça se passe à la maison/avec votre partenaire ?
- pensez-vous avoir subi des violences (physiques, verbales, psychiques, sexuelles) au cours de votre vie ?

8 femmes sur 10 pensent qu'il est normal d'aborder ces questions avec son médecin⁴.

Pour normaliser le sujet, vous pouvez **préciser que vous abordez cette question avec toutes vos patientes**.

La prise de conscience et le départ définitif d'une victime découlent d'un long cheminement. Respectez le rythme de la patiente et ne vous découragez pas !

La prévention auprès des femmes

Pour obtenir une prévention efficace, les outils à notre disposition doivent être combinés :

- Proposés aux personnes concernées
- Proposés aux acteurs de santé
- Adaptés aux spécificités de chaque populations cibles

Dans certaines situations il existe des populations féminines à risque

La prévention auprès des femmes

Pour obtenir une prévention efficace, les outils à notre disposition doivent être combinés :

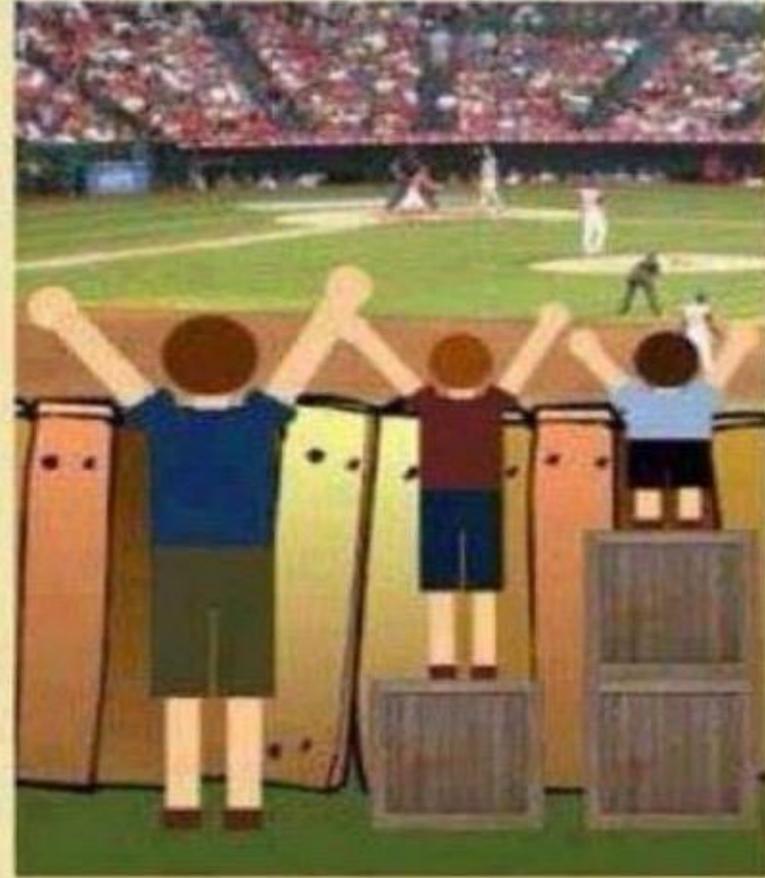
- Proposés aux personnes concernées
- Proposés aux acteurs de santé
- Adaptés aux spécificités de chaque populations cibles

Dans certaines situations il existe des populations féminines à risque, dans d'autres c'est toute la population féminine qui EST à risque.

Equality doesn't mean Justice



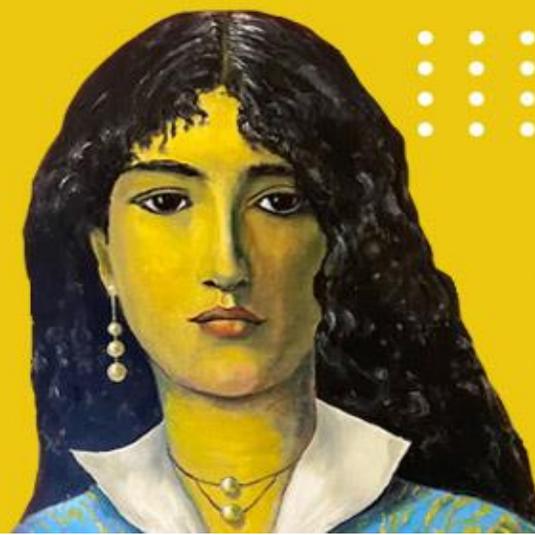
This is Equality



This is Justice

26^e CONGRÈS GENESIS

2 JOURS
POUR
LA SANTÉ
DES
FEMMES



26 & 27
SEPTEMBRE
2024

UICP

16 rue Jean Rey
75015 PARIS

www.congresgenesis.fr

Merci pour votre attention

aurelie.bourmaud@aphp.fr

www.congresgenesis.fr