



DOSSIER DE PRESSE

Marie-Hélène Coste et Véronique Simon Cluzel

06 20 89 49 03 - 06 68 86 32 30

MHC
FINN
PARTNERS



Bienvenue à Pari(s) Santé Femmes 2021

Le congrès Pari(s) Santé Femmes, pour sa deuxième édition, se déroulera intégralement en virtuel du 13 au 15 janvier 2021, crise sanitaire oblige.

Site internet du congrès : <https://paris-sante-femmes.fr/>

Pari(s) Santé Femmes c'est 22 sociétés savantes engagées pour la santé des femmes, réunies durant trois jours, à l'initiative du Collège national des gynécologues obstétriciens français (CNGOF).

Après un pari réussi l'an dernier avec une première édition au Paris Convention Center de la Porte de Versailles, les sessions cette année consacrées aux RPC, aux séances des sociétés savantes, aux ateliers, les communications orales et les posters, tous ces contenus seront accessibles pour certains en live sur une chaîne dédiée, pour les autres en VOD et disponibles pendant trois mois.

Il est encore temps de vous inscrire à PSF 2021 pour avoir accès à ces contenus. Vous pouvez en faire la demande à : psf@clq-group.com

.....

Programme de la conférence de presse d'ouverture et de ce dossier :

- Comment améliorer la prise en charge des IVG en France par **Joëlle Belaisch Allart** (Saint-Cloud)
- Les **Recommandations de Pratique Clinique** sur la ménopause par **Nathalie Chabbert Buffet** (Paris) et **Florence Trémollières** (Toulouse)
- COVID-19 et grossesse par **Cyril Huissoud** (Lyon)
- La laïcité dans les maternités par **Israël Nisand** (Strasbourg)
- Les **Recommandations de Pratique Clinique** sur les saignements anormaux ou ménorragies par **Jean-Luc Brun** (Bordeaux)

Position du CNGOF sur l'accès à l'IVG en France

Joëlle Belaisch Allart ¹

L'IVG n'est pas un acte médical ordinaire, c'est un sujet difficile et clivant mais c'est une liberté des femmes depuis la loi VEIL et nous sommes conscients, au CNGOF, que l'accès à l'IVG en France n'est pas évident pour toutes les femmes et que des progrès sont indispensables.

Le sujet de l'allongement du délai légal de l'IVG de 14 à 16 semaines d'aménorrhée (soit 4 mois sans règles) ou en termes de durée de grossesse de 12 à 14 semaines est un sujet délicat. Précision : il faut distinguer la durée en semaines sans règles dites semaines d'aménorrhée et la durée en semaines de grossesse. On admet que l'ovulation, donc le jour de début de la grossesse, survient vers le 14-ème jour du cycle, il faut donc ajouter 2 semaines pour parler en semaines sans règles ou semaines d'aménorrhée. L'allongement envisagé est donc de 12 à 14 semaines de grossesse ou de 14 à 16 semaines d'aménorrhée.

C'est un sujet délicat car, comme l'a souligné Israël Nisand, président actuel du CNGOF auquel je succéderai à la fin de notre congrès Pari(s) Santé Femmes, un fœtus de 14 semaines mesure environ 12 cm et l'extraction lors de l'IVG chirurgicale n'est guère facile. Nous avons tous fait des interruptions médicales de grossesse pour anomalies fœtales à ce terme et nous en gardons un mauvais souvenir.

Mais ce n'est pas parce qu'un geste est désagréable pour le médecin qu'il ne faut pas le faire. D'ailleurs, dans certains pays voisins tels que la Hollande, l'Espagne, l'Angleterre ces IVG tardives sont pratiquées.

A ce terme c'est, l'interruption médicamenteuse que nous privilégions tous. Celle-ci est un accouchement a minima, et représente - il faut oser le dire - une épreuve pour la femme.

L'Académie de médecine s'est récemment opposée à l'allongement du délai légal de l'IVG, mettant en avant les risques ultérieurs dus à l'ouverture forcée du col de l'utérus en cas d'IVG chirurgicale. Il est vrai que plus le terme de la grossesse est avancé, plus le pourcentage de complications augmente, même si les complications graves sont très rares.

Il faut aussi rappeler que les femmes qui ont le plus recours à l'IVG sont celles avec le plus bas niveau socio-économique. Or, les femmes qui dépassent le délai légal doivent aller à l'étranger ce qui est coûteux et cela aggrave les inégalités. Les cliniques étrangères, qu'elles soient espagnoles ou hollandaises, ne donnent pas de statistiques mais l'étude de Zordo et al² publiée tout récemment a évalué entre 1500 et 2000 le nombre des femmes françaises devant, pour des raisons de délais, avoir recours à une IVG à l'étranger. C'est beaucoup moins que les chiffres parfois annoncés.

L'ensemble de ces points permettent d'expliquer les débats et les divergences sur cette question parmi les gynécologues-obstétriciens.

¹ Présidente élue 2021 du CNGOF

² Gestational age limits for abortion and cross-border reproductive care in Europe: a mixed-methods study, de Zordo et al. BJOG

L'enquête menée auprès des gynécologues-obstétriciens du CNGOF

C'est pourquoi, afin de pouvoir nous exprimer au nom de notre profession, nous avons adressé, en novembre 2020, un questionnaire aux adhérents du CNGOF à jour de leur cotisation pour recueillir leur point de vue.

L'analyse de ce questionnaire a distingué les réponses des gynécologues-obstétriciens pratiquant l'IVG de ceux ne le pratiquant pas.

Sur 783 réponses au total, elle fait apparaître que seuls 20,4 % sont favorables à l'allongement du délai de l'IVG soit 1 gynécologue-obstétricien sur 5,72 % y sont défavorables (soit près des trois quarts) et 7 % ne se prononcent pas.

Parmi les 542 médecins qui pratiquent eux-mêmes des IVG ,71 % sont opposés à cet allongement, 23 % y sont favorables et 6 % sans avis. Ces résultats sont donc quasiment identiques à ceux de l'ensemble de l'échantillon.

Si la loi passe, seuls 37 % de l'ensemble des gynécologues questionnés déclarent qu'ils pratiqueront des IVG au-delà de 14 semaines ; 46% parmi ceux qui pratiquent eux-mêmes des IVG.

Selon le CNGOF l'accès à l'IVG en France est certes encore problématique mais il n'est pas sûr que l'allongement du délai corrige ces difficultés. Le secteur planning /IVG est trop souvent mal considéré dans nos établissements : insuffisance de locaux, de personnel dédié et formé, de places aux blocs opératoires, acte jugé peu rentable par nos établissements (à juste titre) et dans notre sondage seuls 37 % des gynécologues-obstétriciens disent avoir des moyens suffisants ...

Les propositions du CNGOF pour améliorer l'accès à l'IVG

Pour améliorer le parcours d'une femme en demande d'IVG en France, le CNGOF a 5 propositions :

- 1- **Imposer un délai court de prise en charge et le respect du choix de la méthode si des moyens nous sont donnés** : 87 % des gynécologues-obstétriciens sont prêts à s'engager à recevoir les femmes dans les 5 jours.
- 2- **La contraception gratuite pour toutes les femmes.** Les IVG sont les plus fréquentes chez les femmes de 20 à 29 ans (65 % des IVG) alors qu'elles ont diminué chez les femmes de 15 à 19 ans pour lesquelles la contraception est gratuite.
- 3- **Augmenter sensiblement la valorisation des actes d'IVG, ou, à défaut, que les services reçoivent une indemnisation du même type que celles perçues pour les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ou MIGAC** - celle-ci serait basée sur la qualité de la prise

en charge des IVG (délai des rendez-vous, qualité de l'organisation). En complément, il conviendrait de créer des postes médicaux et paramédicaux **financés**, et, comme aucun médecin ne souhaite faire que des IVG, créer des postes dont la moitié du temps sera dédiée aux activités de planning.

4- Rémunérer de la même façon l'IVG médicamenteuse ou chirurgicale pour ne pas favoriser financièrement une méthode plutôt qu'une autre.

Actuellement, le forfait IVG chirurgicale à l'hôpital varie de 463,25 à 664,05 euros environ, selon la durée de l'hospitalisation et le type d'anesthésie locale ou générale, celui des IVG médicales est de 282.91 euros. Or, si la majorité des IVG médicales peut se dérouler à domicile, quelques-unes nécessitent une hospitalisation en hôpital de jour non rentable et même déficitaire pour les établissements de santé.

5- L'information à la sexualité dans les écoles pour que près d'une grossesse sur quatre ne se termine pas par une IVG (en 2019 le nombre d'IVG s'est élevé à 232 244, le nombre de naissances à 753 000).

L'analyse des IVG réalisées en milieu hospitalier en 2019 montre que la moitié concernent des grossesses de moins de 6 semaines tandis que les IVG des 2 dernières semaines ne représentent que 5 % des IVG. Les travaux récents de de Zordo et al³ sur les femmes françaises qui doivent aller à l'étranger pour cause de délai dépassé démontrent que 70 % d'entre elles ne se savaient pas enceintes avant 14 semaines et sont prises en charge en moyenne à 19 semaines. L'allongement du délai ne règlera donc pas tous les problèmes.

Mieux vaut promouvoir l'interruption médicale de grossesse (IMG) psycho-sociale que défend le CNGOF et qui pourrait répondre aux cas rares de demandes au-delà de 14 semaines de grossesse (2000 sur 219 000 soit 0.9 % des IVG). La femme doit certes justifier sa demande et l'avis est rendu par une commission multidisciplinaire. Encore faut-il que l'IMG psycho-sociale soit réellement accessible partout, ce qui nécessite une vraie organisation, que l'écoute des centres soit favorable aux femmes en détresse et que le choix des femmes soit respecté chaque fois que cela est possible.

Le Comité consultatif national d'éthique (CCNE), dans son opinion émise le 8 Décembre 2020, ne s'y est d'ailleurs pas trompé. Certes, il a conclu qu'il n'y avait pas de raisons éthiques de s'opposer à l'allongement de 12 à 14 semaines de grossesse mais le rapport a aussi repris toutes les propositions du CNGOF et souligne bien la nécessité d'une politique de santé ajustée aux problématiques soulevées (accès équitable à l'IVG, prise en charge rapide, la demande d'IVG devant être considérée comme une situation d'urgence). En l'absence d'une telle politique,

« L'allongement s'apparenterait à un palliatif non bienfaisant d'une prise en charge bienfaisante ...

Le CCNE ne saurait cautionner une mesure prise pour pallier les multiples dysfonctionnements matériels, économiques, juridiques d'une politique de santé publique majeure pour les femmes. »

³ Gestational age limits for abortion and cross-border reproductive care in Europe: a mixed-methods study, de Zordo et al. BJOG

En conclusion, le CNGOF comme le CCNE, demande une réelle amélioration de la prise en charge des IVG en France. C'est à ce prix que la liberté de choix des femmes sera réellement respectée.

Ménopause : un bilan d'étape pour préparer la santé future

Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) et le Groupe d'Étude de la Ménopause et du Vieillissement Hormonal (GEMVI) publient leurs recommandations pour la prise en charge des femmes au début de la ménopause. Elaborées selon la méthode de référence de la Haute Autorité de Santé, elles prennent en compte l'ensemble des données scientifiques validant les différentes approches thérapeutiques.

Les points forts de ces recommandations sont présentés par les Prs Nathalie Chabbert Buffet (Hôpital Tenon, Paris) et Florence Trémollières (Hôpital Paule de Viguer, Toulouse).

La ménopause se caractérise par la fin des possibilités de procréation et l'arrêt des menstruations. Le diagnostic de ménopause est clinique, basé sur une période d'aménorrhée consécutive de 12 mois sans cause évidente, dans une tranche d'âge compatible (après 45 ans). Les signes climatériques associés (bouffées de chaleur, sueurs nocturnes, sécheresse vaginale...) sont fréquents, mais inconstants et d'intensité variable ; ils ne sont pas indispensables pour poser le diagnostic.

L'âge moyen de la ménopause est remarquablement stable dans le temps et varie peu selon les ethnies. Il est en France de 51 ans.

La ménopause marque une transition obligatoire dans la vie des femmes. Si cette étape est tout à fait physiologique, la carence en estrogènes qui l'accompagne peut favoriser ou aggraver certains facteurs de risque avec lesquels la femme aborde la ménopause, explique le Pr Florence Trémollières. Le début de la ménopause devrait ainsi représenter, le moment idéal pour faire un bilan de santé et mettre en place les mesures hygiéno-diététiques adaptées.

La conception de la prise en charge de la ménopause a en effet beaucoup évolué au cours des 20 dernières années, souligne le Pr Nathalie Chabbert Buffet. L'accent est davantage mis sur une prise en charge globale de la femme pour préserver au mieux sa santé à venir. Les objectifs sont à la fois la maîtrise des symptômes liés à la carence estrogénique et la prévention et/ou la prise en charge de la perte osseuse et des facteurs de risque cardiovasculaires. Le traitement hormonal de la ménopause (THM) garde sa place, mais apparaît comme l'une des options thérapeutiques et ses indications et ses modalités d'utilisation sont mieux définies.

La première consultation « ménopause »

Certes physiologique et incontournable, la ménopause est un bouleversement hormonal et psychologique dont les femmes parlent encore peu. La première consultation de ménopause a pour objectif essentiel de les écouter, de les encourager à exprimer leur ressenti, leurs symptômes, leurs interrogations et leurs inquiétudes et de répondre à leurs demandes. Cette consultation dédiée doit ainsi permettre d'évaluer les répercussions de la carence estrogénique, notamment les bouffées de chaleur et les sueurs nocturnes, les troubles de l'humeur et du sommeil, mais aussi les symptômes génito-urinaires, toutes ces manifestations qui altèrent leur qualité de vie au quotidien.

Le bilan médical, qui devrait donc être proposé à chaque femme à cette période charnière de sa vie, vise aussi à identifier des facteurs de risque d'ostéoporose ou de pathologies cardio-vasculaires

susceptibles d'être favorisés ou amplifiés par la ménopause afin de mettre en place une prise en charge adaptée.

➤ **Repérer les symptômes génito-urinaires**

Les experts insistent sur la nécessité de mieux identifier les différentes composantes du syndrome génito-urinaire de la ménopause (SGUM), entité qui a remplacé l'ancien terme d'atrophie vulvo-vaginale, car les symptômes vulvo-vaginaux (sécheresse, douleurs, brûlures, irritation, prurit) sont responsables de troubles sexuels et peuvent s'accompagner de signes urinaires (pollakiurie, urgences mictionnelles, infections urinaires à répétition).

Le médecin doit interroger les femmes sur l'ensemble de ces symptômes, car elles n'en parlent pas toujours spontanément et, notamment pour les signes urinaires, ne les attribuent pas à la ménopause.

La prise en charge de ce syndrome, qui touche entre 25 et 70% des femmes à la ménopause et qui peut s'aggraver au fil du temps, repose sur des mesures générales, notamment la rééducation vésicale et la relaxation, et sur des traitements locaux avec des produits hydratants et/ou lubrifiants plus ou moins associés à un traitement hormonal local, estradiol ou estriol par voie vaginale.

➤ **Evaluer le risque osseux**

La recherche de facteurs de risque cliniques de fracture doit être systématique en début de ménopause, puisque l'on sait que la carence estrogénique va majorer la perte osseuse.

Facteurs de risque non modifiables	Facteurs de risque modifiables
<ul style="list-style-type: none">▪ Age▪ Antécédent personnel de fracture par fragilité▪ Antécédent maternel ou paternel de fracture vertébrale ou de hanche▪ Antécédent d'hypogonadisme précoce (avant 40 ans)▪ Antécédents d'endocrinopathies et pathologies <u>déminéralisantes</u>	<ul style="list-style-type: none">▪ Faible IMC (< 19 kg/m²)▪ Tabagisme▪ Corticothérapie systémique (supérieure à 7.5 mg d'équivalent prednisone de plus de 3 mois)▪ Traitements <u>déminéralisants</u> (anti-aromatases)

La systématisation de la mesure de la densité minérale osseuse par absorptiométrie biphotonique à rayons X pour évaluer le risque fracturaire reste discutée, mais elle doit être recommandée chez les femmes ayant un ou plusieurs facteurs de risque de fracture. Elle peut aussi être indiquée au cas par cas, notamment dans la discussion de la balance bénéfice-risque du THM.

➤ **Rechercher les facteurs de risque cardio-vasculaire propres aux femmes**

Si les facteurs de risque cardiovasculaires classiques (diabète, insuffisance rénale, dyslipidémie, tabagisme, obésité, hypertension artérielle...) communs aux deux sexes sont bien connus, des facteurs dits émergents, car longtemps mésestimés faute d'études chez la femme, doivent être recherchés. Ce sont en particulier les événements cardiovasculaires survenus pendant la grossesse :

hypertension artérielle gravidique, prééclampsie ou éclampsie, diabète gestationnel, mais également le stress psycho-social ou l'apnée du sommeil.

L'expression d'une atteinte coronaire peut également être atypique chez la femme. Il faut l'évoquer devant des douleurs thoraciques de repos ou d'effort, mais aussi en cas de fatigabilité ou de dyspnée à l'effort d'aggravation progressive, de palpitations ou de signes digestifs tels que des épigastralgies ou des nausées.

Comme l'explique le Pr Trémollières, cette consultation vise à dépister des facteurs de risque qui, s'ils sont identifiés, vont conduire à un bilan cardiologique plus approfondi pour préciser le niveau de risque cardiovasculaire et la mise en place de mesures hygiéno-diététiques spécifiques et, si besoin, de traitements adaptés.

Une prise en charge globale

➤ Les mesures hygiéno-diététiques

Ces nouvelles recommandations mettent en avant les mesures hygiéno-diététiques, à savoir l'amélioration de l'hygiène de vie et de la nutrition, l'éviction de facteurs de risque, en particulier le tabac, et la promotion d'une activité physique adaptée à chacune. Ces mesures contribuent à limiter l'impact à long terme de la carence estrogénique tout comme celui du vieillissement sur le développement de nombreuses pathologies.

Le maintien d'un poids stable passe bien entendu par un bon équilibre alimentaire, mais les experts insistent sur le rôle des dépenses énergétiques et donc sur la pratique d'une activité physique régulière qui diminue également la mortalité globale et cardio-vasculaire chez la femme ménopausée.

Pour la prévention de l'ostéoporose, des exercices en charge avec impacts et un renforcement musculaire sont recommandés, car ils sont plus efficaces sur l'évolution densitométrique et sur la réduction du nombre de fractures chez les femmes à risque faible ou modéré, notamment à distance de la ménopause. Des conseils nutritionnels sont également utiles, notamment des apports suffisants et diversifiés en protéines, en calcium, en privilégiant le calcium alimentaire, et en vitamine D.

➤ Les indications et les modalités d'utilisation du THM

Dans les dix premières années de la ménopause, la balance bénéfice/risque du THM est tout à fait favorable chez les femmes qui présentent des symptômes, souligne le Pr Chabbert Buffet. Les données de la littérature accumulées ces dernières années sont rassurantes, notamment concernant le risque cardiovasculaire avec les schémas thérapeutiques recommandés.

Pour limiter le risque de thrombose veineuse et d'accident vasculaire cérébral, la voie cutanée est privilégiée pour l'administration de l'estradiol). L'association d'un progestatif (progestérone micronisée ou dydrogestérone) est indispensable pour la prévention du cancer de l'endomètre.

Le risque de cancer fait bien entendu partie de l'évaluation globale précédant toute prescription de THM. On sait en effet que ce traitement est associé à une augmentation du risque de cancer du sein et de l'ovaire de type séreux et endométrioïde qui est pour partie dépendant de la durée du THM comme du type de molécule utilisée. Il est ainsi plus faible avec la progestérone ou la dydrogestérone qu'avec les autres progestatifs de synthèse, ce qui comme pour les risques précédemment cités justifie de les privilégier. Par ailleurs, la mortalité par cancer du sein n'est pas augmentée chez les femmes recevant un THM ni dans les essais randomisés, ni dans les études d'observation. Le THM est en revanche associé à une diminution des risques de cancer du colorectal, du pancréas, de l'œsophage et de l'estomac et du foie.

Les experts retiennent deux indications principales du THM : les troubles climatériques qui altèrent la qualité de vie et le risque fracturaire. En revanche, il n'est pas recommandé pour la seule raison de la prévention du risque coronarien ou du déclin cognitif.

Dans tous les cas, la mise en route d'un THM est une décision partagée, éclairée par le médecin, au terme d'une évaluation de la balance bénéfice/risques individualisée de chaque femme ménopausée, et doit répondre aux attentes de la femme.

La poursuite du traitement est soumise à une réévaluation régulière, généralement annuelle.

Si tous s'accordent pour ne pas initier un THM au-delà des dix années suivant l'installation de la ménopause, les données actuelles ne permettent pas de recommander une durée optimale du THM qui doit prendre en compte l'indication initiale du traitement comme sa balance bénéfice-risque.

COVID-19 et grossesse

Cyril Huissoud⁴

Au cours de l'évolution de l'épidémie de SARS-CoV-2, le CNGOF a élaboré dès mars 2020 des documents à l'attention des professionnels de santé pour aider à la prise en charge des femmes et de leur bébé. Au contexte sanitaire difficile lié à l'émergence d'une nouvelle maladie et au manque de matériel de protection se sont ajoutées durant la période initiale les interrogations et les difficultés liées naturellement ou plus tristement à notre domaine d'activité : risque de transmission fœtale ou néonatale, maintien des liens père-mère-enfant et manque criant de personnel médical exposant alors à un vrai risque de pénurie.

Ces documents ont fait l'objet de mises à jour régulières en s'appuyant sur l'expérience clinique des équipes, toutes spécialités confondues, et sur la littérature en visant toujours l'intérêt supérieur des mamans. Ce texte n'aborde pas la question des IVG qui a fait l'objet de mesures spécifiques, comme la chirurgie gynécologique, destinées à maintenir l'accès des femmes à l'IVG notamment durant la période du premier confinement.

La grossesse est associée à des modifications physiologiques qui contribuent à la survenue de formes plus sévères de COVID-19 : baisse de l'immunité, réduction de la capacité respiratoire, augmentation du travail cardiaque maternel et du risque de thromboses vasculaires qui surviennent plus souvent en cas d'infection à SARS-CoV-2. Il est actuellement difficile de déterminer si les femmes enceintes sont plus à risque de contracter le virus notamment parce qu'elles semblent se protéger plus et mieux en appliquant les mesures générales préconisées. Ces mesures sont les mêmes que celles recommandées dans la population générale et il n'y a pas de risque lié à l'utilisation des solutions hydro-alcooliques (SHA) en cours de grossesse, le passage sanguin de l'alcool étant très faible et négligeable pour le fœtus dans des conditions d'utilisation normale. Chez la femme enceinte comme dans la population générale la plupart des formes sont asymptomatiques, difficiles à estimer en réalité, probablement proches de 80 à 90% des cas de portage. Les symptômes généraux lorsqu'ils sont présents sont les mêmes chez les femmes enceintes que pour l'ensemble de la population. On relève en revanche une plus grande fréquence des formes sévères, à âge identique, chez les femmes enceintes et des hospitalisations plus nombreuses qui s'ajoutent à certaines complications spécifiques de la grossesse dont l'incidence est accrue chez les patientes présentant une COVID-19.

Il n'y a pas de différence majeure de la fréquence des symptômes généraux au cours de la grossesse même si on peut noter que la fièvre y est probablement moins fréquente, affectant à peine la moitié des femmes symptomatiques. La grande majorité des femmes ne ressent souvent que des symptômes banals comme une rhinite ou un syndrome grippal avec éventuellement de la toux, une fièvre, des douleurs musculaires ou des céphalées. Les signes plus spécifiques comme l'anosmie et les dysgueusies pourraient être un peu moins fréquents également. **En revanche, comparativement aux femmes présentant des caractéristiques similaires, d'âge en particulier, les femmes enceintes présentent plus de formes graves avec des pneumonies ou des syndromes de détresse respiratoire aiguë ; elles sont donc plus fréquemment hospitalisées (2 à 5 fois plus).** Ainsi, pour un âge moyen de 35 ans les études montrent que 10 à 30% des femmes

⁴ Secrétaire général du CNGOF

enceintes symptomatiques sont admises en établissement de soins. Durant ces séjours les femmes enceintes nécessitent plus souvent une oxygénothérapie ou une ventilation mécanique conduisant finalement 1 à 5 % de l'ensemble des patientes en réanimation médicale. L'augmentation de risque de décès chez la femme enceinte n'est pas montrée directement par les études - notamment car il s'agit heureusement d'un évènement rare dans la tranche d'âge concernée - mais certains travaux estiment tout de même le risque de décès à 1/500 (0,2%) chez les femmes enceintes symptomatiques.

Ce risque est à moduler en fonction de facteurs individuels qui sont, en cours de grossesse, les facteurs de risque classiques d'évolution sévère de COVID-19 identifiés en population générale : âge > 35 ans, obésité et présence d'affection chronique comme le diabète préexistant à la grossesse et l'HTA. Le troisième trimestre de la grossesse constitue sans surprise un autre facteur de risque d'évolution sévère, pour deux raisons principales. D'abord parce que l'organisme maternel, système cardio-respiratoire en particulier, est plus sollicité par la grossesse à ce terme, ensuite car la fin de grossesse est une période privilégiée de survenue des complications spécifiques de la grossesse comme la prééclampsie ou de complications plus générales comme les thromboses. **Enfin, les patientes COVID-19 sont environ 3 à 4 fois plus exposées aux risques de complications qu'elles soient générales ou spécifiques (syndrome prééclampsique par exemple), en particulier en phase aiguë de l'affection. L'ensemble de ces complications explique une augmentation de la prématurité induite chez les malades, pouvant aller jusqu'à 20% de prématurité chez les patientes nécessitant une oxygénothérapie et une plus grande fréquence des césariennes à l'acmé de la maladie.**

A l'échelon de la population des femmes enceintes néanmoins, les études montrent que pendant la première période, **la pandémie en cours n'a pas influé sur les taux de césariennes et d'extractions instrumentales dans les maternités.** L'épidémie n'a semble-t-il pas d'incidence avérée non plus sur les taux de complications embryonnaires (fausse-couche précoce) ou fœtales comme la RCIU (restriction de croissance *in utero*) ou la MFIU (mort fœtale *in utero*) même s'il est impossible d'exclure totalement l'existence individuelle d'un accroissement de risque en lien avec des altérations fonctionnelles du placenta. **Le risque de transmission verticale, de la mère au fœtus, semble également extrêmement limité** notamment car le virus passe peu dans le sang maternel et parce que la barrière placentaire pourrait faire obstacle elle-même à la transmission. A ce jour il n'y a **pas de fœtopathie spécifique rapportée** en lien avec le SARS-CoV-2 et chez les enfants ayant contracté le virus *in utero*, le risque de complications spécifiques respiratoires ou neurologiques graves associées directement au virus n'est pas rapporté.

En post-natal la transmission virale est possible et justifie des mesures de prévention en cas de maladie (port du masque, recours au SHA...) car les nouveau-nés peuvent être infectés et présenter des symptômes respiratoires. Toutefois **le risque d'une forme néonatale sévère est quasiment nul.** Il n'y a donc aucune restriction majeure à envisager et tout doit être mis en œuvre pour favoriser le lien mère-enfant et l'allaitement maternel. Des cohortes de suivi d'enfants infectés ont été mises sur pied⁵ et permettront d'étudier l'évolution des nouveau-nés contaminés. Côté maternel, à distance de l'infection, une mère sur quatre présenterait encore des symptômes 2

mois après le début de la COVID-19, avec en particulier la persistance d'un souffle court, d'une anosmie ou d'une fatigue dont le lien avec la maladie n'est pas toujours évident.

Chez les femmes enceintes malades, comme chez les autres, l'épidémie et ses conséquences ont eu un impact psychologique réel, indéniable avec des conséquences parfois graves à des niveaux similaires à ceux observés dans la population générale. Durant cette période difficile pour tous et de tension dans les services d'urgence que sont les maternités Françaises, le CNGOF a tout mis en œuvre pour conjuguer la sécurité somatique et émotionnelle des patientes, des nouveau-nés et aussi celle des soignants qui œuvrent au quotidien dans leur cabinet ou les établissements de soins à leurs côtés.

La vaccination a débuté en France depuis deux semaines environ et les femmes enceintes ont été exclues de principe des différentes phases du programme. Bien qu'aucune étude sur l'efficacité et la tolérance de la vaccination n'ait eu lieu pendant la grossesse le CNGOF et le GRIG (Groupe de Recherche sur les Infections pendant la Grossesse) estiment qu'il n'existe pas de raison *a priori* de penser que les femmes enceintes devraient être exclues des campagnes de vaccination. Les vaccins actuellement proposés ne sont pas des vaccins vivants atténués et n'ont pas de raison d'être contre-indiqués par principe (de précaution). Comme pour toute population à risque les femmes enceintes devraient pouvoir avoir le choix de bénéficier (par précaution) de la protection qu'offrent les vaccins, en particulier en cas de facteur de risque surajouté.

La Virginité : un stigmate du patriarcat

Israël Nisand⁶

Comment faisait-on avant ? Avant qu'il n'y ait des professionnels pour se constituer en adresse valable pour vérifier la virginité des femmes ? On le faisait sans eux. Des matrones, souvent peu amènes, s'en occupaient et d'ailleurs se trompaient souvent (à la tête de la cliente).

Que vient faire le corps médical dans cette histoire trouble qui contribue à l'humiliation systémique des femmes ? Quelle est l'utilité médicale de tels certificats ? Quelle est la validité des conclusions médicales que l'on peut tirer d'un tel examen ? Et qui les demande ? Et que penser de la réalisation de faux certificats rédigés sans examiner la femme ? Pour ceux qui commettent le forfait d'un examen gynécologique dans cet objectif, que rédigent-ils comme certificat lorsqu'ils constatent que l'hymen est non intact ? La vérité ou un mensonge par écrit ?

Pour diverses raisons, essentiellement humanitaires, la pratique du certificat de virginité persiste encore en France pour « protéger » les femmes qui pourraient être menacées. La bonne conscience est au rendez-vous : Celles et ceux qui acceptent se donnent l'impression de sauver des femmes mais chemin faisant, ils les maintiennent dans l'archaïsme le plus absolu. Pour que cette pratique cesse définitivement, il faut que la loi dise qu'elle est interdite sans quoi certains se donneront toujours de bonnes raisons pour continuer.

Car cette rémanence du certificat de virginité se fait contre l'avis des femmes concernées, mais aussi contre celui de toutes les autorités religieuses dont aucune ne demande ce véritable viol de l'intimité féminine. Quel est le sens réel de cette obligation humiliante qu'aucun homme ne rencontre dans sa vie ? La demande émane toujours de la famille et c'est pourquoi l'ordre des médecins avait en 2003 proscrit cette pratique contraire au respect du secret professionnel. Elle a néanmoins continué.

Que dire d'une pratique médicale infondée qui nie, par son existence même, la parole de la femme ? En admettant que dans certaines cultures patriarcales il faille rendre des comptes sur ses antécédents sexuels, il ne suffit pas à une femme d'affirmer qu'elle n'a jamais eu de rapport. Il lui faut en plus le prouver. Ce qui veut dire que sa parole n'a aucune valeur ! Les parents qui sont à l'origine de cette véritable offense au corps de leur fille mineure devraient être poursuivis pour maltraitance à leur enfant pour que cesse enfin cette demande contraire à la dignité des femmes. Les médecins sont astreints à signaler les maltraitements qui concernent des mineurs. De quoi s'agit-il ici si ce n'est d'une véritable maltraitance ? Plutôt que de rédiger de tels certificats, les médecins devraient avoir l'obligation d'effectuer un signalement lorsqu'ils sont confrontés à une telle demande des parents pour leur fille mineure.

La survalorisation de l'hymen dans la culture patriarcale a de fait de nombreux effets adverses pour les femmes qui la subissent. Que dire de celles qui s'ingénient à avoir des rapports « autrement » pour ne pas être déflorées ? Que dire de l'effet négatif sur la sexualité pour toute une vie quand on a appris que rien n'est plus précieux que cette petite membrane à l'entrée du vagin, qui, si elle ne saigne pas lors du premier rapport (ce qui se produit dans 50% des cas car

⁶ Président du CNGOF

l'hymen est parfois très souple) jette une suspicion dangereuse sur « l'honnêteté » d'une femme ? Comment aider ces femmes porteuses d'une pathologie très spécifique et difficile à soigner qui a pour nom vaginisme qui va pourrir souvent définitivement leur vie sexuelle ?

Les gestes chirurgicaux pour restaurer la virginité au prétexte fallacieux que l'on protège ainsi les femmes alors même qu'on les confirme, de fait, dans leur état de soumission aux hommes, atteste de la chosification des femmes qu'impose le patriarcat. La réparation chirurgicale de l'hymen, dont certains médecins vont même jusqu'à faire la propagande de leur dextérité à ce sujet sur internet, devrait être interdite. La nomenclature des actes médicaux de la sécurité sociale en côte même le tarif à 75€. Cette cotation devrait disparaître de toute urgence.

Cette activité (non médicale)_sur le corps des femmes où les hommes les déflorent, les vérifient et les réparent (si elles en ont les moyens) avec force chirurgie sur la vulve et le sacro-saint hymen est une véritable maltraitance genrée. Inutile de comparer cela avec de la chirurgie esthétique car rien ne se voit, pas même à l'examen gynécologique. On ne peut pas non plus confondre cela avec les gestes de réparation clitoridienne effectués pour tenter de rendre une sexualité épanouie à des femmes excisées.

Ici, au contraire, on confirme le patriarcat ambiant en générant pour les femmes qui s'y soumettent, de gré ou de force, une souffrance psychique à la hauteur de ce que provoque le dévoilement impudique et intrusif de leur intimité à un moment où elles n'ont pas encore de vie sexuelle.

Une question plus philosophique réside dans le pourquoi de tout ce trafic sur le corps de femmes. Il s'agit en fait d'une volonté de maîtrise du corps fécond des femmes qui sert à calmer une immense angoisse de la gent masculine. Les femmes ont le pouvoir inouï de pouvoir choisir avec qui et quand elles font des enfants. Personne ne peut diriger une société sans mettre la main sur le pouvoir de reproduction. Pour avoir des enfants, les hommes sont obligés de passer contrat avec une femme. Pas les femmes. Quelle infériorité. De plus, elles détiennent la source de satisfaction sexuelle des hommes. Ils sentent bien de surcroît que leur capacité de jouissance sexuelle excède largement les moyens de satisfaction dont disposent les hommes. Qu'à cela ne tienne : il faut les priver de l'un et de l'autre. Ce n'est pas les femmes qui peuvent choisir librement le père de leurs enfants et on se débrouille, via la culture et la tradition, pour les rendre inaptes au plaisir sexuel afin que leur appétence sexuelle ne puisse même plus être formulée, tant elle est délégitimée par les hommes. « *Une femme honnête n'a pas de plaisir* ».

On perd définitivement sa virginité lors du premier rapport sexuel, quel que soit ce rapport (même s'il n'obère pas l'intégrité de l'hymen parce que la verge est trop petite par exemple) et ceci est irréversible. La virginité, ce n'est donc pas l'intégrité de l'hymen mais le fait de n'avoir jamais eu de rapport sexuel. S'il est respectable pour une femme (comme pour un homme d'ailleurs) de choisir, conformément aux traditions de sa famille, d'éviter toute relation sexuelle avant le mariage, il est en revanche inacceptable dans notre pays de se dispenser de la confiance faite à la parole des femmes.

Il est temps de cesser, cette administration genrée et maltraitante du corps des femmes.

Annexe : Réparation hyménale, la place des médecins par Karima Bettahar - Lebugle et Israël Nisand : [lien](#)

Ménorragies : des choix thérapeutiques orientés par le souhait des patientes de conserver ou non leurs possibilités de procréation

Les ménorragies représentent un tiers des motifs de consultation en gynécologie. Ces règles augmentées en abondance ou en durée altèrent la qualité de vie et sont associées à un risque d'anémie ferriprive parfois sévère. Les progrès dans leur prise en charge ont conduit le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) à réactualiser ses recommandations. Les explications du Pr Jean-Luc Brun, CHU de Bordeaux.

Les règles anormalement abondantes ou prolongées concernent 10 à 35 % des femmes. Elles altèrent leur qualité de vie, leurs activités professionnelles, familiales et sociales, elles ont un impact délétère sur leur vie sexuelle et leurs pratiques sportives. Elles sont responsables de fatigue et de carence en fer, voire d'anémie. Une prise en charge adaptée doit permettre de normaliser ces règles trop abondantes et trop prolongées.

Les objectifs des nouvelles recommandations du CNGOF sont de définir les stratégies diagnostiques cliniques et paracliniques devant des ménorragies et d'actualiser les stratégies thérapeutiques selon le diagnostic étiologique présumé des ménorragies (idiopathiques, polypes, myomes, adénomyose) en fonction des avancées médicales et interventionnelles.

1- Quels sont les éléments permettant aujourd'hui de poser le diagnostic de ménorragie et d'en identifier la cause ?

➤ **Le ressenti de la femme**

Dans les précédentes recommandations du CNGOF datant de 2008, le diagnostic de ménorragies faisait appel à un score de saignement dit des pictogrammes (PBAC) pour évaluer le volume menstruel, explique le Pr Brun. Cet examen n'est plus recommandé de façon systématique, les données de la littérature montrent en effet que la déclaration de la femme est tout à fait suffisante : si elle se plaint de saignements anormalement abondants, on estime qu'elle présente effectivement des ménorragies à prendre en compte et à explorer. Le recours au score reste indiqué chez l'adolescente et peut aussi être utile en cas de doute diagnostique chez l'adulte, précise le Pr Brun.

➤ **L'échographie, examen clé pour le diagnostic**

L'examen paraclinique de première intention reste l'échographie pelvienne, mais elle doit être réalisée par un médecin expérimenté pour assurer la qualité des images et de leur interprétation. L'échographie permet de détecter 4 types de pathologies responsables de ménorragies : l'hypertrophie de l'endomètre, les polypes, les myomes et l'adénomyose. Dans environ 80% des cas, aucune cause n'est identifiée, on parle alors de ménorragies idiopathiques.

➤ **Rechercher un trouble de la coagulation**

Si l'échographie est normale, un bilan sanguin à la recherche d'un trouble de la coagulation, et tout particulièrement une maladie de Willebrand, est indiqué. Cette anomalie est retrouvée dans environ 10% des ménorragies, plus souvent chez l'adolescente, si bien que le bilan sanguin est l'examen de première intention avant l'échographie chez les jeunes filles, précise le Pr Brun.

➤ **L'IRM : des indications précises**

L'IRM n'est indiquée que dans certaines situations : en cas de doute diagnostique sur les images échographiques ou pour préciser la stratégie thérapeutique. Chez une femme ménorragique de plus de 20 ans sans traitement hormonal ayant une échographie pelvienne révélant des myomes utérins, l'IRM pelvienne permet d'établir une cartographie avant une intervention chirurgicale conservatrice (myomectomie) ou une imagerie interventionnelle.

En revanche, si l'échographie a mis en évidence des polypes ou de l'adénomyose, l'IRM n'est indiquée qu'en cas de doute diagnostique.

➤ **La biopsie de l'endomètre réservée aux situations à risque**

Des ménorragies sont associées à un risque d'hyperplasie atypique ou de cancer de l'endomètre dans un faible pourcentage de cas, de l'ordre de 2 à 5%.

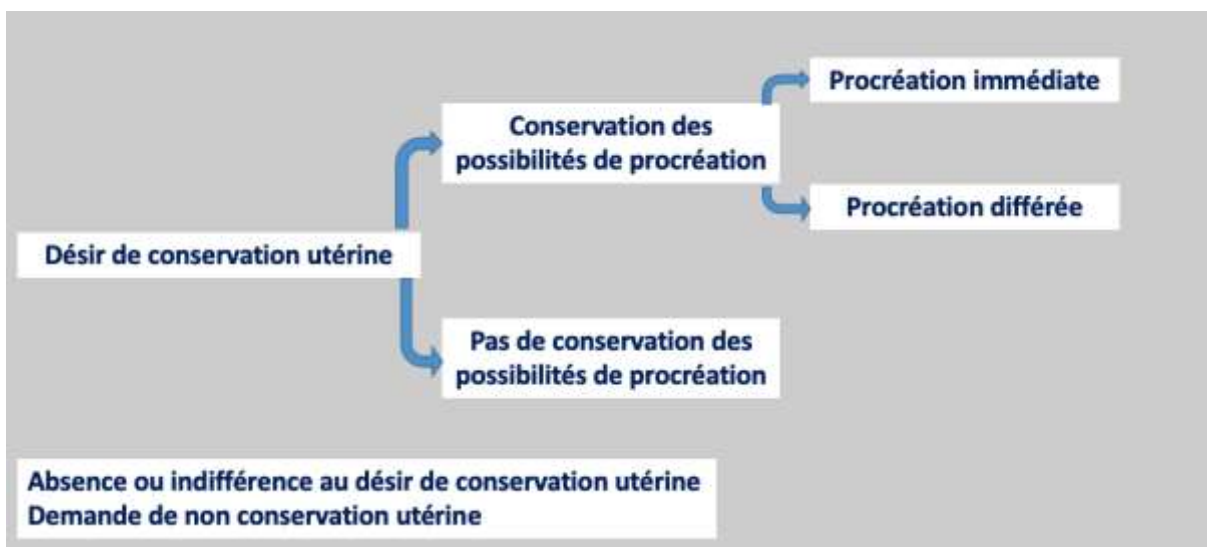
La réalisation d'une biopsie endométriale n'est donc plus déterminée que par l'âge de la patiente, mais aussi par l'épaisseur de l'endomètre (>12 mm) et par l'existence de facteurs de risque de cancer de l'endomètre (obésité, diabète, nulliparité).

2- Quelles sont les modalités thérapeutiques pour chaque étiologie ?

➤ **Un choix personnel après une information éclairée**

Sur le plan thérapeutique, la prise en charge a également évolué. Elle ne prend plus comme critères principaux l'âge (avant ou après 40 ans) et la parité, mais le souhait de la femme de conserver ou non des possibilités de procréation, immédiates ou différées et, dans les cas où elle ne souhaite pas de grossesse, son désir de conserver ou non son utérus. En effet, certaines femmes expriment une absence ou une indifférence au désir de conservation utérine, d'autres émettent le souhait de ne pas conserver leur utérus.

La patiente retrouve donc sa place décisionnaire dans son choix de traitement. Les stratégies vont en effet être orientées par ses désirs.



➤ **Dans les ménorragies fonctionnelles ou « idiopathiques »**

Dans les ménorragies idiopathiques, c'est-à-dire sans cause organique identifiée, si la femme souhaite une procréation « immédiate », un traitement antifibrinolytique lui est proposé. Si ce projet de grossesse est différé, le traitement repose en première intention sur un stérilet hormonal, le dispositif intra-utérin au lévonorgestrel (DIU-LNG), traitement le plus efficace et le mieux toléré.

Si elle ne veut pas conserver ses possibilités de procréation, le choix thérapeutique est alors guidé par l'âge : un stérilet hormonal avant 42 ans, une endoméctomie au-delà.

Pour les patientes qui ne veulent pas conserver leur utérus, une hystérectomie peut être envisagée. La chirurgie radicale par voie coelioscopique ou vaginale est donc aujourd'hui autorisée dans les ménorragies fonctionnelles à la demande de la patiente après l'avoir informée des alternatives ainsi que des risques et bénéfices attendus de l'hystérectomie, précise le Pr Brun.

Des stratégies thérapeutiques identiques sont recommandées pour la prise en charge de l'hyperplasie endométriale non atypique, c'est-à-dire sans cellules précancéreuses.

➤ **Dans les hyperplasies endométriales atypiques**

En cas d'hyperplasie atypique, le risque de progression carcinologique estimé entre 8 et 29% selon les études doit être pris en compte dans le choix thérapeutique.

Si la femme souhaite conserver des possibilités de procréation, le traitement repose sur une hormonothérapie pendant au moins 6 mois par progestatifs ou analogues de la Gn-RH, qui vont induire une atrophie endométriale. Compte tenu du risque d'évolution maligne, le choix d'un traitement médical pour permettre une grossesse nécessite une validation en réunion de concertation multidisciplinaire, précise le Pr Brun.

Si la femme ne souhaite pas conserver des possibilités de procréation, une hystérectomie est proposée, car les risques de récurrences sont relativement élevés, de l'ordre de 30%, en cas de traitement conservateur.

➤ **Dans les myomes (fibromes)**

Les ménorragies sont les principaux symptômes des myomes utérins, tumeurs bénignes les plus fréquentes. Leur prise en charge dépend de leur topographie.

Pour les myomes utérins de type 2, 3 et plus (développés dans l'épaisseur de la paroi utérine), le choix entre traitements médicamenteux et chirurgicaux se pose pour les femmes qui souhaitent conserver des possibilités de procréation.

Le traitement médicamenteux est soit un analogue de Gn-RH pendant 3 mois pour corriger une anémie avant chirurgie, soit un stérilet hormonal pendant 5 ans permettant une grossesse différée. Un traitement interventionnel peut être préféré. On peut opter pour une myomectomie ou faire appel à une embolisation des artères utérines (EAU). Cette option était réservée aux femmes qui ne souhaitaient pas conserver leurs possibilités de procréation ; cependant des études récentes ont

montré que l'EAU n'affectait pas directement la fertilité, mais augmentait juste le risque de fausses couches, précise le Pr Brun.

Chez les femmes qui ne désirent pas conserver leurs possibilités de procréation, plusieurs options thérapeutiques sont possibles sans argument permettant de privilégier l'une ou l'autre. Ainsi, faute de hiérarchisation, le stérilet hormonal, l'embolisation, la myomectomie et l'endométréctomie sont envisageables.

En cas d'absence de désir de conservation utérine, l'hystérectomie par voie mini-invasive est le traitement le plus efficace.

➤ **Dans les adénomyoses**

Dans le cadre des adénomyoses, le DIU-LNG est la méthode de choix pour les femmes qui souhaite conserver leurs possibilités de procréation.

Chez celles qui ne souhaitent pas conserver une possibilité de procréation, le traitement associe une endométréctomie et un stérilet hormonal. L'hystérectomie peut également être proposée en cas d'absence de désir de conservation utérine.

3- Conclusions et perspectives

➤ **Des options médicamenteuses insuffisantes**

Les stratégies thérapeutiques proposées dans ces recommandations mettent en lumière l'insuffisance des traitements médicaux actuellement disponibles dans notre pays pour la prise en charge des ménorragies, souligne le Pr Brun. Un certain nombre de médicaments, notamment les antiaromatases et certains progestatifs, n'ont pas d'AMM en France ou n'ont pas d'indication dans le traitement des ménorragies. L'ulipristal largement utilisé pour le traitement des ménorragies liées aux myomes à partir de 2012 a été retiré du marché en raison d'une alerte sur son hépatotoxicité. Quant à certains progestatifs prescrits en France dans les ménorragies, le risque de méningiome divulgué par l'ANSM a eu raison de leur utilisation.

Reste le stérilet hormonal qui a donc aujourd'hui de larges indications dans les ménorragies de la femme non ménopausée.

➤ **Améliorer l'accès aux nouvelles techniques de résection endométriale, à l'embolisation des artères utérines et à l'hystérectomie par voie mini-invasive**

Faute de traitements médicamenteux, les techniques interventionnelles ont trouvé une place plus importante dans le traitement des ménorragies.

La résection et la destruction endométriales sont proposées pour chaque étiologie, même si leurs indications restent à affiner. Néanmoins, certaines techniques de deuxième génération très performantes ont une utilisation encore restreinte en raison d'une cotation très inférieure à leur coût.

L'embolisation des artères utérines est aussi encore très insuffisamment développée alors qu'elle a montré son intérêt, même dans les myomes chez les patientes qui ont un projet de grossesse, explique le Pr Brun. On ne compte à l'heure actuelle que 3000 EAU par an dans notre pays contre

60 000 hystérectomies. Des associations de patientes ont souligné d'ailleurs cette situation et réclament l'extension de cette technique. Une inégalité d'accès aux soins qui n'est pas sans poser problème, souligne le Pr Brun.

Enfin, si l'hystérectomie par voie coelioscopique ou vaginale a toute sa place dans les stratégies thérapeutiques en assurant une efficacité de 100% chez les femmes qui ne souhaitent pas conserver leur utérus, l'abord mini-invasif exige d'une part des chirurgiens expérimentés et d'autre part des blocs opératoires équipés, ce qui peut limiter également l'accès aux soins dans certaines structures...