



Sous la coordination du CNGOF,
Pari(s) Santé Femmes réunit 22 sociétés savantes
autour de la santé des femmes



RÉSUMÉS DES INTERVENTIONS AUX POINTS PRESSE QUOTIDIENS

Contacts presse et communication :

Marie-Hélène Coste, MHC – Finn Partners
Costemh@gmail.com marie-helene.coste@finnpartners.com
06 20 89 49 03

Véronique Simon-Cluzel, MHC – Finn Partners
veronique.simon-cluzel@finnpartners.com
06 68 86 32 30



PARI(S) SANTÉ FEMMES

EN BREF

Du 29 au 31 janvier 2020, PARI(S) SANTÉ FEMMES

22 sociétés savantes françaises et francophones réunies

3 jours de conférences scientifiques et d'ateliers entièrement dédiés à la santé des femmes.

Des Points presse quotidiens

Du 29 au 31 janvier, Pari(s) Santé Femmes réunit 22 sociétés savantes françaises et francophones au Paris Convention Center de la porte de Versailles (Paris) pour trois jours de conférences scientifiques et d'ateliers entièrement dédiés à la santé des femmes. Sexualité, contraception, fertilité, grossesse, ménopause, ou encore prévention et traitements des cancers féminins figurent parmi les nombreux thèmes de cette première édition, organisée à l'initiative du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF).

« Le CNGOF avait coutume d'organiser ses journées scientifiques en décembre, chaque année. Il nous a semblé important de les transformer pour les ouvrir à d'autres spécialités chirurgicales médicales et paramédicales, elles aussi impliquées dans la santé des femmes, explique Israël Nisand, président du CNGOF. L'idée est de favoriser les échanges entre tous les acteurs de la prise en charge avec un double objectif, l'amélioration de la qualité des soins et l'amélioration de la qualité de vie des femmes à tous les âges de la vie ».

Pari(s) santé femmes offre la possibilité à tous les congressistes - gynécologues obstétriciens et médicaux, sénologues, sages-femmes, anesthésistes-réanimateurs, pédiatres, radiologues, biologistes, anatomopathologistes, éthiciens, sexologues, médecins généralistes, urologues, kinésithérapeutes, infirmiers, psychologues, etc. - d'écouter **les dernières recommandations pour la pratique clinique et de se former sur les thématiques les plus pointues**. Ainsi, tout au long de ces trois jours, ce sont **78 ateliers** qui sont proposés aux participants, dont **25 ateliers gratuits consacrés à la formation des internes**.

Par ailleurs, Pari(s) santé femmes réunit aussi près de **70 exposants** qui présentent leurs solutions thérapeutiques et innovations.

Ci-après, le programme des points presse quotidiens (salle C de 11h30 à 13h00)

Pour en savoir plus et/ou recevoir la newsletter : paris-sante-femmes.fr/

Pour accéder au programme : [Télécharger](#)





PARI(S) SANTÉ FEMMES



Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

POINTS PRESSE - salle C de 11h30 à 13h00

Programme

Mercredi 29 janvier :

Recommandation de pratique clinique (RPC) : Ovaires borderline	Emile Darai
Césariennes à vif, comment les éviter ?	Hawa Keita
Recommandation de pratique clinique (RPC) : Tabac et grossesse	Gilles Grangé
Difficultés en contraception hormonale	Geoffroy Robin
Le dépistage du col de l'utérus évolue	Joseph Monsonego

Jeudi 30 janvier :

La bientraitance au cours de la grossesse et de l'accouchement	Amina Yamgnane
Douleur post-opératoire en chirurgie gynécologique et pelvienne	Hervé Fernandez
Lois de bioéthique, quelles avancées et quels écueils ?	Joëlle Belaisch Allart
Les progrès récents de l'échographie obstétricale et gynécologique	Jean-Marc Levailant

Vendredi 31 janvier :

Le point sur l'affaire des malformations des membres supérieurs	Alexandra Benachi
Endométriose, comment la prise en charge s'organise-t-elle ?	François Golfier
Accessibilité à l'IVG en France, comment l'améliorer ?	Philippe David
Sexualité et ménopause	Brigitte Letombe
Environnement et grossesse – les mille jours	Philippe Deruelle

Contacts presse et communication :

Marie-Hélène Coste, MHC – Finn Partners
Costemh@gmail.com marie-helene.coste@finnpartners.com
06 20 89 49 03

Véronique Simon-Cluzel, MHC – Finn Partners
veronique.simon-cluzel@finnpartners.com
06 68 86 32 30

Recommandations du CNGOF pour la pratique clinique :

Prise en charge des tumeurs frontières de l'ovaire

Emile Daraï, Nicolas Bourdel, Cyrille Huchon.

Les tumeurs frontières de l'ovaire (TFO) sont des tumeurs d'origine épithéliales (comme les cancers les plus fréquents de l'ovaire), qui sont à la limite entre tumeur bénigne et tumeur maligne, d'où leur nom. Elles représentent 10 à 20 % des tumeurs épithéliales de l'ovaire et surviennent dans près d'un tiers des cas chez des femmes âgées de moins de 40 ans, avec potentiellement un projet de grossesse. Jusqu'à récemment, leur traitement était fondé sur des critères histologiques de pronostic (micro-invasion, carcinome intra-épithélial, composante micro-papillaire et implants péritonéaux) qui conduisaient à une chirurgie radicale comportant une annexectomie bilatérale¹, voire une hystérectomie et des gestes complémentaires comportant une omentectomie (ablation de l'épiploon²), des biopsies péritonéales et, pour les tumeurs mucineuses, une appendicectomie systématique.

Les nouvelles recommandations du CNGOF reposent sur l'analyse des données de la littérature qui remet en cause à la fois les critères pronostiques histologiques classiques ainsi que le traitement radical pour favoriser le traitement conservateur. En effet, dans la majorité des cas, les TFO sont découvertes à un stade précoce définies par une atteinte limitée à un ou aux deux ovaires (stade FIGO I). Le taux de survie est élevé, avec une survie globale supérieure à 94 % à 10 ans, et le risque de récurrence sous forme invasive est faible (0,5 à 3,8 %).

Diagnostic et évaluation du risque

Ces nouvelles recommandations ont permis d'établir les facteurs de risque et de hiérarchiser les examens complémentaires d'imagerie et de biologie sur lesquels s'appuie la définition du traitement initial.

Elles déterminent aussi les facteurs de risques de récurrence, et permettent d'évaluer à titre individuel grâce à des nomogrammes et des scores qui aident à la définition d'une stratégie thérapeutique intégrant toujours l'avis de la patiente dans le respect de la décision médicale partagée.

Elles soulignent aussi la nécessité d'adresser les patientes présentant une TFO à des stades avancés à des centres experts dans le traitement des carcinomes ovariens.

Traitements : vers une désescalade thérapeutique

La place de la chirurgie coelioscopique a été précisée : elle est réalisable dans la majorité des cas.

¹ Ablation des trompes de Fallope et des ovaires

² Repli du péritoine

Pour les tumeurs séreuses, un traitement conservateur comportant une kystectomie uni ou bilatérale doit être privilégié.

Pour les tumeurs mucineuses, le traitement est basé sur l'annexectomie unilatérale. Lorsqu'il s'agit de tumeurs mucineuses bilatérales, il convient d'éliminer la possibilité d'un carcinome digestif primitif.

Par ailleurs, dans la désescalade thérapeutique, l'hystérectomie n'est plus indiquée hors des TFO endométrioïdes chez les patientes n'ayant plus de projet de grossesse. Et en cas de traitement radical, les indications du traitement hormonal substitutif sont précisées.

Enfin, dans le traitement des récurrences, les recommandations soulignent la faisabilité d'un traitement conservateur itératif.

Elles déterminent aussi les indications de reprise pour stadification lorsque la stadification chirurgicale initiale n'a pas été réalisée ainsi que les modalités de surveillance.

Préservation de la fertilité

Les recommandations du CNGOF insistent sur l'utilisation de techniques visant à préserver la fertilité qui doit au mieux être évaluée en préopératoire. Elles précisent les modalités et les indications du traitement de l'infertilité associé aux TFO ainsi que les techniques de procréation médicalement assistée utilisables. Elles présentent, par ailleurs les modalités de la contraception.

Le cas particulier des TFO diagnostiquées au cours de la grossesse

Enfin, ces nouvelles recommandations proposent un point particulier sur la prise en charge des TFO diagnostiquées en cours de grossesse, dont l'incidence croît avec l'augmentation grossesses tardives et de la détection grâce à l'échographie systématique du premier trimestre de la grossesse.

Césariennes à vif :

de la prise de conscience à la rédaction de préconisations pour sa prévention et sa prise en charge

Hawa Keita¹

Malgré l'efficacité et la sécurité incontestables de l'anesthésie locorégionale pour la pratique de la césarienne, presque tous les professionnels de santé qui travaillent en obstétrique ont vécu ou entendu parler de situations dans lesquelles une analgésie insuffisante a conduit les femmes à vivre des douleurs plus ou moins intenses lors de leur césarienne. Cette situation de césarienne « à vif » est, à juste titre, un motif de plainte des femmes à l'encontre des équipes d'obstétrique et d'anesthésie. Elle a d'ailleurs été pointée dans les débats sur les pratiques et attitudes qualifiées de «violences obstétricales».

La fréquence de cette insuffisance analgésique est estimée entre 5 et 10 %. Elle peut être à l'origine de souffrances physiques et psychiques aux conséquences potentiellement graves. **Ainsi, la survenue d'une douleur au cours de la césarienne impose une prise en charge adaptée à court, moyen voire à long terme, en particulier en présence d'un état de stress post-traumatique.**

C'est dans ce contexte qu'un **groupe de travail pluriprofessionnel a été mis en place sous l'égide du CARO (Club d'Anesthésie-Réanimation en Obstétrique) et du CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français), en collaboration avec plusieurs autres sociétés savantes** : la SFAR (Société Française d'Anesthésie Réanimation), le CNSF (Collège National des Sages-Femmes), la SFMP (Société Française de Médecine Périnatale), la SFN (Société Française de Néonatalogie) ou encore la SoFraSimS (Société Francophone de Simulation en Santé). **Les groupes représentant les patientes - CIANE (Collectif inter associatif autour de la naissance) et Césarine - ont également été associés afin que leur voix soit entendue.** Ce groupe de travail, mobilisé pendant plus d'un an, a établi des préconisations dont les objectifs étaient de **sensibiliser et donner des règles de bonne pratique à l'ensemble des professionnels** impliqués dans la prise en charge des femmes césarisées sous anesthésie locorégionale pour la prévention, la reconnaissance, le traitement et le suivi des défauts ou insuffisances d'analgésie.

Ces préconisations s'articulent autour :

- **de l'information des femmes** : proposée dès la consultation d'anesthésie, l'information doit porter sur le risque d'échec des techniques d'anesthésie locorégionale pour césarienne ainsi que sur les stratégies qui peuvent être proposées en cas de douleur ; des facteurs de risque reconnus d'insuffisance d'analgésie ;
- **de la gestion de l'échec de l'anesthésie en fonction du degré d'urgence de la césarienne** ;
- **des approches médicamenteuses et non médicamenteuses** qui permettent de réduire le risque de douleur pendant la césarienne et d'en assurer une meilleure prise en charge ;
- **de l'optimisation organisationnelle** des prises en charge ;
- **de l'identification et du suivi d'un état de stress post-traumatique** ;
- des aspects médico-légaux.

¹ La professeure Hawa KEITA-MEYER travaille au sein du Service d'Anesthésie-Réanimation Pédiatrique et Obstétricale de Hôpital Necker - Enfants Malades (Paris) ; elle est Présidente du CARO (Club d'Anesthésie Réanimation Obstétricale).

Le congrès Pari(s) Santé Femmes est l'occasion de présenter pour la première fois les conclusions du groupe de travail.

L'ensemble des préconisations seront très prochainement disponibles, sur les sites des différentes sociétés et associations partenaires. Elles feront également l'objet d'une communication très large auprès des professionnels afin d'induire une prise de conscience et une amélioration des pratiques professionnelles pour que la césarienne « à vif » ne soit plus un aléa acceptable mais un événement indésirable grave, prévenu et combattu par tous.

Comité de pilotage du groupe de travail

« Préconisations « Insuffisance d'analgésie au cours de la césarienne sous anesthésie péri-médullaire : prévention - prise en charge immédiate et différée »

Dan BENHAMOU : SFAR (Société Française d'Anesthésie Réanimation), SoFraSimS (Société Francophone de Simulation en Santé)

Hawa KEITA-MEYER : Présidente du CARO (Club d'Anesthésie-Réanimation en Obstétrique)

Philippe DERUELLE : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)

Anne EVRARD : Co-présidente du CIANE (Collectif inter associatif autour de la naissance)

RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE (RPC) TABAC ET GROSSESSE

Résumé

Rapport d'Experts et Recommandations sur la prise en charge du tabagisme en cours de grossesse

Par le CNGOF Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
et la SFT Société Francophone de Tabacologie
avec le soutien financier de Santé publique France

Sociétés savantes et associations collaboratrices :

AUDIPOG, CIANE, CMG, CNSF, FFRSP, GEGA, RESPADD, SFP

AUDIPOG, Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie

CIANE, Collectif Interassociatif Autour de la Naissance

CMG, le Collège de la Médecine Générale

CNSF, Collège National des Sages-Femmes de France

FFRSP, Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité

GEGA, Groupe d'Etude Grossesse et Addiction

RESPADD, Réseau de prévention des addictions

SFP, Société Française de Pédiatrie

Auteurs : Grangé Gilles¹, Berlin Ivan², Bretelle Florence³, Legendre Guillaume⁴

MESSAGES CLES

Nous insistons sur les points :

- 6 : la cigarette électronique**
- 10 : initier un traitement nicotinique
accepter le tabagisme associé**
- 11 : l'allaitement**
- 12 : les risques de rechutes après la grossesse**

¹ Maternité Port-Royal, AP-HP. Centre, Université de Paris

² Département de pharmacologie, APHP Paris, France ; Centre Universitaire de Médecine Générale et de Santé Publique, Lausanne, Suisse

³ Hôpital de la Timone, Prenatal diagnosis, Marseille, Provence-Alpes-Côte d'Azur, France

⁴ CESP-INSERM, U1018, Team 7, Genre, Sexual and Reproductive Health, Paris-Sud University, Paris-Saclay University, UVSQ, INSERM, Villejuif. Department of Obstetrics and Gynecology, Angers University Hospital, Angers

1

Le taux de tabagisme actif par consommation de cigarettes, en France, avant la grossesse est d'environ 30%.

Il est de 20 à 24% au 1er trimestre de la grossesse et de 14 à 20% au 3ème trimestre de la grossesse. Il existe une grande disparité selon les régions et départements en France métropolitaine (9,4 à 24,0%) et les régions d'outre-mer (5,2%).

2

Le tabagisme est clairement associé aux catégories socio-professionnelles les moins favorisées. En effet, les facteurs de risque les plus importants sont l'âge jeune, le faible niveau d'instruction, la première grossesse, l'absence de profession, un conjoint fumeur, l'absence de conjoint ou une dépression associée.

3

Le tabagisme en cours de grossesse est un fléau de santé publique.

En effets les augmentations de risque les plus associés en cours de grossesse sont

Les fausses couches précoces : +20%

Le petit poids de naissance : +100%

La prématurité : +20%

La mort fœtale in utero : +30%

Les grossesses extra-utérines : +73%

Certaines anomalies congénitales

4

Les risques de santé pour l'enfant après la naissance associé au tabagisme en cours de grossesse, sont :

La mort inattendue du nourrisson : +100%

L'asthme ou les symptômes respiratoires dans l'enfance : +100%

Le surpoids et l'obésité chez l'enfant ; le tabagisme en cours de grossesse expliquerait 17% des enfants obèses.

5

Le tabagisme passif en cours de grossesse est associé à un risque accru de mort fœtale in utero, de malformations fœtales, de prématurité et poids à la naissance inférieur à 2500g. La France doit donc garder une politique ferme sur le tabagisme dans les lieux collectifs et la renforcer.

6

La cigarette électronique :

L'exposition à la nicotine persiste avec la cigarette électronique si elle en contient. Bien que le fœtus ne soit pas exposé aux toxiques combustibles de la cigarette « classique », des recherches sont nécessaires pour évaluer le rapport bénéfice/risque de son utilisation. Les effets d'autres composants de la cigarette électronique, comme les arômes, le propylène glycol et le glycérol sont, à ce jour, inconnus. En l'état actuel des connaissances, il convient de respecter le principe de précaution. La prescription des traitements de substitution nicotinique bien étudiés est donc

vraiment prioritaire. Il est ainsi recommandé de déconseiller l'initiation ou la poursuite des produits de vapotage pendant la grossesse. Il faut aussi garder du bon sens : il est probablement préférable d'être exposé à la cigarette électronique qu'à la fumée du tabac. Il est donc important d'encourager la patiente dans sa démarche de ne plus fumer du tabac. L'attitude du praticien ne doit pas aboutir à la reprise de la cigarette « classique » pour celles qui sont passées aux produits de vapotage.

7

Il est recommandé aux médecins et sages-femmes de dépister le tabagisme chez la femme enceinte en posant systématiquement la question du tabagisme ou en mesurant le monoxyde de carbone (CO) expiré lors des différentes consultations. Le CO testeur est un outil de dépistage, un matériel portable miniaturisé, peu coûteux, dans lequel les femmes soufflent afin de mesurer le CO dans l'air expiré. Il permet d'impliquer la patiente dans l'alliance de soin. Aucune étude n'a prouvé son intérêt dans la démarche thérapeutique. Il convient donc ensuite, de proposer une prise en charge en collaboration avec un réseau de soins dédié, de proximité, en renouvelant les sollicitations si nécessaire au cours de la grossesse.

Il est demandé aux décideurs publics de développer une offre de soin dédiée de proximité accessible à chaque femme enceinte fumeuse.

8

Il est recommandé aux médecins et sages-femmes de réaliser "un conseil" ("counselling") (conseil minimal et/ou entretien motivationnel et/ou thérapie-soutien comportemental) à toute femme enceinte fumeuse afin de favoriser le sevrage.

L'utilisation de supports écrits ou électroniques (brochures, manuels avec des programmes structurés sous format écrit ou sous forme d'applications ou de vidéo via le téléphone, le smartphone ou internet) est recommandée ; ces outils peuvent éventuellement améliorer le taux de sevrage.

Les mesures d'incitation financière sont sérieusement à l'étude. Il s'agit de donner des bons d'achat aux femmes enceintes qui persistent dans le sevrage. Médicalement, il s'agit d'un outil de récompense. Le sevrage est objectivé par une mesure biologique. Les premiers résultats sont encourageants. La réalisation d'expérimentations sur la mise en place pratique de ces méthodes et sur l'évaluation coût/efficacité en France permettra d'établir des recommandations et de cibler les femmes susceptibles d'en bénéficier.

9

La nicotine est le principal composant du tabac responsable de l'addiction au tabac.

Les différentes formes galéniques des traitements de substitution nicotinique (TSN) peuvent être utilisées de façon combinée.

D'après les études, la prescription des dispositifs transdermiques (patches) et/ou des substituts nicotiniques à action rapide (gommes, comprimés à sucer, etc.) pendant la grossesse est associée à une abstinence tabagique pendant la grossesse ou en fin de grossesse.

10

La prescription de TSN peut être proposée à toute femme enceinte fumeuse ayant échoué à un sevrage spontané sans TSN.

Cette prescription peut être initiée par tout professionnel de santé prenant en charge la femme enceinte en début de grossesse. Nous proposons des ordonnances types en annexe. Nous encourageons les médecins et sages-femmes dans cette voie.

Le maintien du TSN en cas de faux-pas est associé à une réduction de la consommation tabagique.

- En cas de faux-pas ou de reprise tabagique, il est recommandé de poursuivre la substitution nicotinique. Il ne faut donc pas conseiller à une femme enceinte de retirer le patch si elle fume des cigarettes. Il convient de l'encourager à continuer son traitement. En effet, elle réduit avec le traitement l'intoxication tabagique qui peut être objectivé par le CO testeur.

11

A propos de l'allaitement :

Il n'est pas recommandé de faire intervenir le statut tabagique dans le choix du mode d'alimentation du nouveau-né. Une femme fumeuse ne doit donc pas être découragée à débiter un allaitement. A l'inverse elle ne doit pas non plus recevoir un discours d'incitation qui pourrait la mettre en échec. Aucun élément inquiétant n'a été signalé chez les enfants allaités de mère sous substitution nicotinique. L'utilisation des TSN est donc possible pendant l'allaitement.

L'allaitement maternel est un facteur associé à la réduction de la consommation tabagique.

Pour les femmes fumeuses allaitantes, il est probablement préférable de fumer après la tétée pour réduire l'exposition de l'enfant à la nicotine.

12

Le risque de reprise du tabac en post-partum est élevé (jusqu'à 4/5 à un an), et les femmes sevrées ne le savent pas. Elles pensent avoir été plus fortes que la cigarette et que le combat est gagné. Cette croyance doit être relativisée. Une femme sevrée en cours de grossesse ne doit donc pas hésiter à consulter de façon spécifique son médecin ou un tabacologue pour anticiper les risques de reprise. Les principaux facteurs associés au maintien de l'abstinence en post-partum sont l'allaitement, le fait de ne pas avoir de fumeur à la maison, même si la maison est non-fumeur, et l'absence de symptômes de dépression du post-partum.

Contraception et hormonothérapies

Dr Geoffroy ROBIN

Les derniers mois ont été marqués par trois sujets de préoccupation dans le domaine de la contraception et des hormonothérapies.

1) Les migrations d'implants contraceptifs

L'implant sous-cutané à l'étonogestrel assure une contraception très efficace pendant les 3 ans qui suivent son insertion. Ce dispositif doit impérativement être administré en sous-cutané pour limiter au maximum d'éventuelles complications sur les organes situés dans des régions plus profondes en regard du site d'insertion. Ponctuellement, des cas de migration d'implant dans les vaisseaux du bras et même dans des vaisseaux pulmonaires ont été décrits. Une enquête des centres régionaux de pharmacovigilance en France rappelle que cette complication reste exceptionnelle (1,76 cas /100 000 patientes porteuses d'implant). Une des questions posées actuellement est de savoir s'il ne faudrait pas rechercher une zone d'insertion de l'implant qui limiterait encore plus le risque de migration dans les vaisseaux pulmonaires en cas d'insertion un peu trop profonde, c'est-à-dire en dessous de l'espace sous-cutané. En effet, il serait théoriquement préférable d'insérer l'implant contraceptif dans une zone un peu plus éloignée de la gouttière anatomique entre le biceps et le triceps, au sein de laquelle passent un certain nombre de gros vaisseaux, comme la veine basilique. Une étude anatomique récente publiée par Iwanaga *et al.* dans la revue internationale *Contraception* a permis de répondre à cette question et une nouvelle zone d'implantation a ainsi été définie. Le laboratoire MSD qui commercialise l'implant sous-cutané progestatif en France va donc modifier le résumé des caractéristiques du produit en accord avec les autorités sanitaires françaises. Les médecins et sages-femmes devront donc se former à la nouvelle technique d'implantation. **Rappelons que ce qui conditionne principalement le risque de migration d'un implant dans les vaisseaux est une insertion trop profonde de l'implant et non la région anatomique utilisée.**

2) Les effets des contraceptifs hormonaux sur l'hypothalamus

Une étude de neuro-imagerie menée par l'équipe du Dr Lipton à New-York a récemment indiqué que les femmes utilisant une contraception hormonale orale présentaient un hypothalamus de plus petite taille que celles qui n'y avaient pas recours. Ce travail a été présenté en fin d'année 2019 lors du congrès annuel de la *Radiological Society of North America*. Les auteurs de cette communication orale ont ainsi examiné 50 IRM chez des femmes dont 21 prenaient une contraception orale. Les clichés centrés sur la région sellaire (c'est-à-dire la région hypothalamo-hypophysaire) ont identifié une différence de près de 6% entre les deux groupes de patientes. Les capacités intellectuelles des patientes n'étaient absolument pas altérées et restaient comparables dans les deux groupes. Il n'est pas non plus exclu que cet effet soit transitoire et régresse à l'arrêt de la pilule contraceptive. Enfin, un des modes d'action de la pilule contraceptive est de « mettre au repos » certaines zones de l'hypothalamus impliquées dans la régulation de la fonction ovarienne pour exercer le blocage de la croissance des follicules ovariens mais aussi le processus d'ovulation ; ce qui est un des effets recherché lorsqu'une femme prend une contraception hormonale. Les auteurs de ce travail concluent clairement qu'il ne faut surtout pas « diaboliser » la pilule hormonale et que des travaux ultérieurs sur

des effectifs beaucoup plus importants sont nécessaires pour mieux comprendre d'une part, leurs effets sur la morphologie hypothalamique et d'autre part, les éventuelles conséquences neurologiques et/ou hormonales.

3) Les méningiomes et l'utilisation d'acétate de cyprotérone

Comment ne pas évoquer la question des méningiomes chez les femmes utilisant de l'acétate de cyprotérone (CPA) ? Les méningiomes sont des tumeurs cérébrales bénignes dont 2/3 peuvent être sensibles aux hormones dérivées de la progestérone (progestatifs) parce qu'elles expriment des récepteurs de cette hormone. Le CPA utilisé à d'assez fortes doses chez la femme (25 à 50mg/jour) est un puissant traitement anti-androgénique indiqué dans les hirsutismes d'origine non tumorale. A la dose de 100mg/jour, le traitement chez l'homme peut être utilisé dans le cadre des cancers androgéno-dépendants comme le cancer de la prostate. Depuis 2018, une étude française issue des données de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) suggère que l'utilisation de CPA a des doses de plus de 25 mg/jour (50 à 100 mg/jour) pourrait augmenter le risque de présenter un méningiome (risque multiplié par 7 au-delà de 6 mois d'utilisation et risque multiplié par 20 au-delà de 5 ans d'utilisation à des doses de 50mg à 100mg/jour). Ces chiffres assez inquiétants doivent être interprétés en tenant compte du fait que l'incidence annuelle des méningiomes reste très faible en population générale (8/100 000). Le tableau ci-dessous donne une idée de la fréquence annuelle en pourcentage de survenue d'un méningiome chez des femmes non-utilisatrices versus les femmes utilisatrices de CPA :

Incidence annuelle des méningiomes	Pas de CPA	CPA (>25mg/j) pendant au moins 6 mois	« Forte exposition » au CPA 25mg/j > 10 ans ou 50mg/j > 5 ans
Incidence annuelle en population générale	0,008%	0,056%	0,16%
Incidence annuelle chez femme ≤ 20 ans	0,0014%	0,0098%	0,028%
Incidence annuelle chez femme ≥ 80 ans	0,049%	0,0343%	0,98%

Le traitement par CPA n'est absolument pas interdit mais nécessite désormais des précautions d'utilisation qui sont imposées par l'ANSM : une IRM cérébrale doit être réalisée avant l'initiation de ce traitement pour s'assurer de l'absence de méningiome préexistant. Cet examen est renouvelé au bout de 5 ans si le traitement par CPA est maintenu pendant toute cette même durée. Un formulaire de consentement signé par la patiente et par le médecin prescripteur doit accompagner la prescription. Sans ce formulaire, le CPA ne peut être délivré.

Deux éléments doivent également être notifiés :

- En cas de découverte de méningiome chez une femme sous CPA, l'arrêt de ce traitement permet une diminution de la taille de ces tumeurs, lorsqu'elles possèdent des récepteurs à la progestérone, confirmant ainsi l'effet promoteur de cette molécule ;
- Ces données ne concernent pas l'association oestroprogestative (Diane35® et ses génériques) car les doses de CPA utilisées dans cette pilule sont 12 à 25 fois moins importantes que celles reçues par les femmes utilisant l'Androcur® ou ses génériques pour traiter l'hirsutisme.

D'autres cas de méningiomes ont été décrits chez des femmes ayant recours à d'autres progestatifs macrodosés (acétate de chlormadinone 10 mg/jour ou acétate de nomégestrol 5mg/jour). Pour l'instant, aucune série n'a spécifiquement été publiée ; ainsi, il n'est pas justifié de prescrire de manière systématique une IRM cérébrale chez les utilisatrices de ces molécules, en l'absence de signes cliniques évocateurs et/ou de facteurs de risque de méningiome. Une information des patientes et une réévaluation de la balance bénéfices-risques sont vivement recommandés par l'ANSM dans leur communiqué du 07/02/2019.

Le dépistage du cancer du col utérin évolue en France, état des lieux

Joseph Monsonogo

jmonsonogo@wanadoo.fr

Chaque année en France, on recense près de 3 000 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus invasif - les trois quarts survenant chez des femmes jeunes de 25 à 65 ans. Ce cancer est à l'origine d'environ 1 000 décès par an dans notre pays.

Le cancer du col de l'utérus est évitable mais on observe que le nombre de nouveaux cas n'a pas diminué de manière substantielle depuis plus de quinze ans, ce qui témoigne des limites et des écueils du dépistage opportuniste français par frottis et examen cytologique tel qu'il a été longtemps pratiqué :

- le taux de couverture demeure insuffisant (environ 60%) ;
- **la sensibilité du frottis, d'interprétation subjective, est médiocre : ainsi 25% des cancers du col sont observés chez les femmes régulièrement dépistées.**

C'est pourquoi deux évolutions majeures vont entrer en vigueur en France de façon progressive :

- **L'organisation du dépistage à l'échelon régional** afin d'améliorer la couverture et de toucher les femmes qui en bénéficient le moins : on estime que cela pourrait permettre de porter la participation à environ 72 %¹
- **L'utilisation du test HPV en dépistage primaire** en remplacement du frottis, après 30 ans, afin de cibler une population à risque, d'optimiser la détection des CIN3 et d'espacer en toute sécurité l'intervalle du dépistage pour les femmes HPV négatives. Par ailleurs, l'auto-prélèvement sera proposé, à partir de 30 ans, aux femmes non dépistées ou insuffisamment dépistées : il a pour objectif de faciliter le dépistage des femmes qui ne se font jamais dépister ou qui ne se font pas dépister selon le rythme recommandé². (HAS recommandations juillet 2019).

Les bénéfices du test HPV

Tous les cancers du col sont induits par la persistance du papillomavirus à risque (HPV). Le processus d'évolution vers le cancer est assez long depuis l'exposition au virus jusqu'au développement de pré-cancers (CIN3). Le but du dépistage est donc de détecter au mieux les lésions précancéreuses CIN3 et de les prendre en charge de façon appropriée.

De nombreuses études randomisées montrent les bénéfices du test HPV (test de détection du papillomavirus) dans le cadre du dépistage primaire³ :

- lorsque le test HPV est positif, il permet d'augmenter la détection des CIN3 de 30% par rapport au frottis et détecter les pré-cancers plus précocement que la cytologie (frottis classique). De fait, le test HPV accroît la protection contre le cancer sur le long court ;

¹ [BEH N°22-23, 17 Sept 2019](#)

² [Évaluation de la recherche des papillomavirus humains \(HPV\) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immuno-marquage p16/Ki67, HAS](#)
Recommandation en santé publique, mise en ligne le 11 juil. 2019

³ On parle de dépistage primaire chez les femmes qui n'ont pas eu de cancer auparavant.

- Lorsque le test HPV est négatif, il rassure presque totalement sur l'absence de pré-cancers et de cancer, ce que la cytologie ne garantit pas toujours. Cela permet d'allonger en toute sécurité l'intervalle du dépistage à 5 ans sans risquer de voir se développer une CIN3 ou un cancer dans l'intervalle.

Cependant, la spécificité du test HPV pour détecter les lésions précancéreuses est inférieure à celle du frottis : ainsi, seuls 4% des tests HPV positifs sont associés à une des lésions précancéreuses (15 à 20% lorsque l'on identifie une HPV 16). « Le triage » des femmes ayant un test HPV de dépistage positif représente donc un enjeu important. **La France a fait le choix de trier les femmes HPV positif par le frottis et de n'adresser en colposcopie que celles ayant un frottis anormal, à une exception près : l'identification d'un HPV 16 est une indication de colposcopie même lorsque le frottis est normal.**

Chez les femmes de moins de 30 ans, le manque de spécificité du test HPV est supérieur au reste de la population : en effet, la prévalence des infections à HPV transitoires est élevée et il existe un risque de surdiagnostic et de surtraitement non dénués de conséquences. C'est pourquoi, avant 30 ans le dépistage par frottis sera maintenu.

Conduite à tenir en cas de test HPV positif

Pour les femmes âgées de 30 à 65 ans, lorsque le test HPV est positif, un examen cytologique doit être réalisé :

- si le résultat de la cytologie est anormal, la femme doit être rappelée pour une colposcopie ;
- si le résultat de la cytologie est négatif, un test HPV est réalisé un an plus tard.
 - Si le nouveau test HPV est positif, une colposcopie doit être réalisée.
 - S'il est négatif, un nouveau test de dépistage par test HPV doit être proposé 5 ans plus tard.

La bientraitance au cours de la grossesse et de l'accouchement

Amina Yamgnane

La première des violences – qui s'ignore – réside dans l'absence de vrai dialogue.

L'anamnèse obstétricale, telle qu'elle s'apprend sur les bancs des Facultés, vient cruellement montrer les limites de l'apprentissage. Le l'étudiant apprend à poser des questions orientées, qui permettent de dépister les femmes et les bébés à risque médical mais il n'apprend pas à entendre les patientes...

En effet, la médecine telle qu'enseignée aujourd'hui par les Facultés de Médecine est centrée sur l'organe et la maladie. L'avancée de la science et de la technique en obstétrique donne réponse à tout ou presque, et pour le meilleur. Les chiffres sur la santé physique des femmes et des bébés en témoignent avec force. Mais en ce début de XXIème siècle, un nouveau défi se présente à nous, professionnels : l'obstétrique moderne du XXème siècle, à qui les femmes et les bébés doivent beaucoup, ne suffit plus, car la naissance ne saurait se résumer à la venue au monde d'un enfant de 3kg en bonne santé dont la mère se porte bien.

Ce que vient questionner le débat sur les violences obstétricales n'est pas tant la compétence technique des professionnels de la médecine périnatale que leur capacité d'écoute, leur perception des émotions et leur façon de respecter les femmes et leurs choix. Ce débat nécessite de rendre des comptes sur la façon dont nous allons continuer de prodiguer ces soins en les rendant assimilables, digérables, compréhensibles par celles qui vont les recevoir. Il va nous falloir désormais donner du sens à nos pratiques, les femmes l'exigent et nous ne saurions éluder cette demande.

La commission Probité travaille depuis plus d'un an et a élaboré de nombreuses propositions au sujet

1. De l'usage de l'entretien prénatal précoce
2. L'élaboration et l'usage des projets de naissance
3. Le recueil et traçabilité du vécu de l'accouchement et du séjour en maternité
4. La prévention et l'accompagnement des difficultés maternelles, et leur prise en charge jusqu'aux 2 ans de l'enfant
5. L'information et la formation des professionnels à la question de la maltraitance dans les soins
6. L'utilisation des contraintes médico-légales pour hisser les professionnels vers l'excellence en la matière

Douleurs postopératoires en chirurgie gynécologique et pelvienne

Hervé Fernandez, Vincent Villefranque

herve.fernandez@aphp.fr

La prise en charge de la douleur postopératoire en chirurgie gynécologique et pelvienne est l'une des composantes majeures du concept de réhabilitation améliorée en chirurgie (RAC), dont la mise en place est un élément marquant de cette dernière décennie. De plus, la RAC peut contribuer à l'optimisation des procédures de prise en charge de chirurgie ambulatoire, l'un des objectifs prioritaires de cette prochaine décennie.

L'évolution des techniques opératoires et l'utilisation des nouvelles énergies (énergie bipolaire avancée, ultracision, plasma) permettent de privilégier les voies d'abord chirurgicales mini-invasives, qui diminuent l'agressivité du geste immédiat, limitent les réactions inflammatoires postopératoires et concourent à une limitation des douleurs postopératoires. De plus, ces techniques ont limité ou supprimé le recours au drainage du site opératoire, ont fait évoluer les habitudes pour permettre l'ablation précoce ou à la non-utilisation des sondes urinaires, ont diminué le stress postopératoire, facilité la mobilisation précoce des patientes, avec pour bénéfice une baisse de la gêne et la douleur postopératoire.

La prise en charge de la douleur postopératoire en gynécologie s'inscrit dans une globalité d'analgésies multimodales initiées dès l'intervention. Un traitement antalgique est administré dès le début de celle-ci, voire en prémédication. Il associe paracétamol et anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). Pendant l'opération (en peropératoire), il est important d'utiliser des morphiniques de courte durée d'action pour limiter ou supprimer les effets secondaires postopératoires comme le prurit, les nausées et vomissements, la constipation ou la rétention urinaire. L'objectif recherché pour la patiente est de **parvenir à un contrôle optimal de la douleur tout en limitant les effets secondaires des antalgiques**. Cela permet de proposer des hospitalisations ambulatoires ou de très courtes durées. Et pour participer à ce principe d'épargne morphinique, le contrôle de la douleur postopératoire peut comporter la réalisation d'une analgésie locorégionale, potentiellement associée à une anesthésie générale dans le cadre des chirurgies gynécologiques pelvi-abdominales avec laparotomie, et ceci tout particulièrement en oncologie. On peut être amené à utiliser, au-delà des péridurales pour analgésie pelvienne, des péridurales thoraciques, dans le cadre de chirurgies par laparotomie avec incision au-dessus de l'ombilic. En postopératoire, on privilégie les antalgiques par voie orale reposant sur les AINS et le paracétamol. Ils sont habituellement bien tolérés avec peu d'effets secondaires. Les posologies du paracétamol doivent être réduites en cas d'atteinte hépatique. Le nefopam, dont l'efficacité supérieure à celle de la majorité des analgésiques non morphiniques, peut être combiné au paracétamol. Les morphiniques seront utilisés par voie cutanée, orale, ou bien en injection, en cas d'efficacité insuffisante de l'analgésie multimodale débutée dès la période peropératoire.

Le but ultime est d'éviter d'entrer dans un cercle vicieux avec le retard de la mise en route d'un protocole d'antalgie efficace, avec parfois pour conséquence la survenue de douleurs invalidantes.

La surveillance postopératoire se fait à partir d'échelle visuelle analogique (EVA) cotée de 0 à 10.

En cas de réalisation de laparotomie, on peut pratiquer un TAP Bloc (Transversus Abdominis Plane) ou un bloc du carré des lombes avec injection d'anesthésique local dans le tissu sous-cutané.

Pour optimiser l'efficacité des traitements de la douleur postopératoire, il est essentiel d'informer les patientes avant l'intervention sur la mise en œuvre d'une stratégie thérapeutique afin de les rendre actrices de leur réhabilitation. Il faut notamment les convaincre de limiter leur consommation de tabac et d'alcool en amont de l'intervention, et se montrer vigilant sur l'absence de carence nutritionnelle et sur la correction d'une anémie préopératoire.

L'utilisation peropératoire de médicaments actifs sur la prophylaxie des nausées et vomissements comme l'ondansétron, permet de réduire la durée du jeûne postopératoire, d'améliorer le confort des patientes et de limiter les douleurs liées aux efforts de vomissements. Ces traitements permettent, de plus, la reprise rapide des boissons et de l'alimentation qui participent de l'efficacité de la prise en charge de la douleur postopératoire.

En dernier recours, si la voie orale antalgique n'est pas possible ou si elle est déconseillée, on peut utiliser des pompes à morphine pour optimiser la prise en charge de la douleur postopératoire.

L'acupuncture, les neurostimulations transcutanées, l'ostéopathie, n'ont pas été étudiées en chirurgie gynécologique et ne peuvent être recommandées de principe.

Le succès du déploiement de l'antalgie postopératoire au sein d'une structure hospitalière repose à la fois sur l'information des patientes, qui doivent comprendre la prise en charge, et sur la détermination des équipes, en veillant à l'étroite collaboration de l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans cette démarche antalgique.

Lois de bioéthique : quelles avancées et quels écueils ?

Joëlle Belaisch-Allart

Le projet de loi de bioéthique représente une avancée mais comme souvent le diable se cache dans les détails et les professionnels restent inquiets. Les couples de femmes et les femmes célibataires (appelées femmes non mariées dans la loi) pourront, en théorie, accéder à l'Assistance Médicale à la Procréation ou AMP, terme utilisé par les médecins et repris dans la loi, souvent appelée par le public PMA ou Procréation Médicalement Assistée. En pratique il leur faudra avoir recours à la seule banque de sperme autorisée en France les CECOS.

Un questionnaire adressé aux membres du CNGOF pendant l'été 2017 a montré que **67.6 % des praticiens sont favorables à la prise en charge des couples de femmes et 59.8 % pour les femmes seules**. En revanche nous sommes inquiets de la possibilité des CECOS de fournir le sperme. **Le délai d'attente actuel pour un couple hétérosexuel qui doit avoir recours à un don de sperme est de plus d'un an. Que va devenir ce délai avec les demandes supplémentaires ?** D'après les dernières données de l'Agence de Biomédecine, il y a eu, en 2017, pour les couples hétérosexuels, 2 972 inséminations intra utérines et 1 603 FIV- ICSI¹ avec sperme de donneur soit en tout 4 575 tentatives d'AMP avec des paillettes de donneur. Si l'on ajoute 2 000 demandes supplémentaires, nous craignons un allongement conséquent du délai. **Si rien n'est fait pour augmenter le sperme disponible en France, ces femmes devront toujours aller à l'étranger pour éviter des délais excessifs de sorte que leur autorisation d'accès à l'AMP restera théorique**. D'autant que la levée de l'anonymat des donneurs, inéluctable à l'ère des tests génétiques risque, au moins dans un premier temps, de réduire encore le nombre de donneurs.

Autre problème, le maintien de l'interdiction de la reprise des embryons en cas de décès du conjoint. En post mortem, il faut distinguer les gamètes (ovocytes et spermatozoïdes) et les embryons, humains potentiels. **Quand un conjoint décède alors qu'une procédure d'AMP est en cours** (ce qui est exceptionnel), s'il existe des embryons congelés, la femme ne peut pas les reprendre. La loi lui offre comme seuls choix de les donner à un autre couple, de les détruire ou de les donner à la science. **La nouvelle loi autorisera cette femme, désormais seule, à bénéficier d'une AMP avec le sperme d'un donneur anonyme mais elle ne pourra pas à reprendre les embryons obtenus avec son conjoint décédé, ce qui paraît inhumain**. La possibilité pour la femme devenue veuve d'obtenir le transfert des embryons issus d'un projet parental antérieur est souhaitée par les cliniciens, en la limitant dans le temps.

Enfin, l'autoconservation ovocytaire reste un souci car elle n'est que très partiellement autorisée dans le projet de loi. Les professionnels sont très favorables à l'autoconservation ovocytaire (du sperme aussi mais c'était déjà possible) comme l'avait montré le sondage CNGOF 2017 : **72,2% des praticiens sont POUR l'autoconservation ovocytaire**. Selon le projet actuel « Seuls les établissements publics de santé ou les établissements de santé privés à but non lucratif habilités à assurer le service public hospitalier peuvent, lorsqu'ils y ont été autorisés, procéder au prélèvement, au recueil et à la conservation des gamètes ». Actuellement, pour être en mesure de pratiquer les activités d'AMP, les

¹ ICSI (intracytoplasmic sperm injection) : la fécondation est réalisée par micro-injection d'un spermatozoïde dans l'ovocyte

établissements doivent avoir des autorisations délivrées par les Agences Régionales de Santé après avis de l'Agence de Biomédecine.

Si seuls les centres publics autorisés peuvent pratiquer l'autoconservation cela revient à l'autoriser théoriquement mais à l'empêcher en pratique. Le nombre actuel de centres autorisés pour la préservation de la fertilité est en effet très limité ; une quarantaine sur les 103 centres clinico-biologiques, d'après le dernier rapport de l'Agence de Biomédecine, dont une dizaine de privés. Ces centres privilégieront, à juste titre, les femmes atteintes de cancer, dont la préservation est urgente, et ne pourront prendre en charge que très peu de femmes qui souhaitent une conservation sans raison médicale. **À l'unanimité, les professionnels considèrent que cette prise en charge doit être possible dans tous les centres, publics ou privés, et non subordonnée à l'autorisation actuelle de préservation dans le cadre du cancer, mais intégrée à une autorisation unique intégrant tous les actes d'AMP.**

Nous regrettons aussi que la gestation pour autrui (GPA) d'indication médicale ne soit pas même évoquée dans la loi et n'ait donné lieu à aucun débat.

Le sondage réalisé par le Journal La Croix et le Forum Européen de Bioéthique révèle que **64 % des français sont désormais favorables à la GPA en cas d'absence congénitale de l'utérus ou de perte chirurgicale de celui-ci.** Le sondage des gynécologues de juillet 2017 montre que 58.8 % sont favorables à la GPA médicale traitement de l'infertilité utérine définitive. À ce jour, les françaises confrontées à une infertilité utérine définitive n'ont d'autre choix que de se tourner vers l'étranger. Les indications médicales de la GPA sont peu nombreuses et pourraient être examinées au cas par un comité national de la parentalité, avec l'aide d'experts des différentes disciplines comme cela existe pour la protection des personnes ou le diagnostic prénatal.

Nul ne trouve à redire au don d'ovocyte : on parle alors d'altruisme, de générosité, de don. Pourquoi une sœur, une amie ne pourrait-elle pas porter l'enfant de sa sœur, née sans utérus par altruisme ?

L'échographie foetale et gynécologique en 2020

Jean-Marc Levailant¹

1 - **L'échographie foetale** est arrivée à maturité ces dernières années, et, portée par les progrès de la génétique, de la cytogénétique, de la biologie et de l'IRM, a pris toute sa place dans la chaîne du dépistage de nombreuses anomalies, tout en balisant de façons claires ses limites.

Notre travail, au sein de la Commission Nationale et du Collège, est d'œuvrer sans cesse, en collaboration avec les autres sociétés savantes, pour que l'échographie soit la pierre angulaire du dépistage du « visible » : aspect morphologique, vitalité, bien-être, croissance d'un fœtus.

Dépister, diagnostiquer, prévoir :

- **dépister** les anomalies morphologiques, des plus simples (compter les doigts), aux plus compliquées (malformations complexes du cœur ou du cerveau par exemple) ;
- **diagnostiquer**, avec l'aide d'autres techniques, une maladie foetale létale ou non, pour mieux informer les couples avant la naissance ;
- **prévoir** une naissance sans souffrance, sans surprise, à terme ou prématurée, dans de bonnes conditions pour le nouveau-né et sa mère.

Telles sont les tâches des échographistes néonatalogistes.

Cette démarche passe par un travail incessant de mise à niveau des connaissances des échographistes de terrain, associé à une technologie ultrasonore qui s'améliore d'année en année, aussi bien en échographie 2D qu'en échographie 3D, sans oublier l'écho Doppler.

Les grands constructeurs dépassent en permanence les limites de la technologie au service du diagnostic ; l'usage des harmoniques, des fréquences de plus en plus élevées, l'amélioration des sondes électroniques et matricielles, permettent d'améliorer l'image et de sécuriser l'examen de l'enfant à naître.

Cet examen foetal se fait toujours dans un contexte qui allie la communication, l'empathie à la prudence, à une certaine aseptie verbale : les limites de l'examen tout comme nos limites humaines, doivent être exposées et partagées.

2 - **L'échographie gynécologique** a connu la même ascension grâce aux progrès des sondes vaginales, et aux travaux européens dirigés, pour la plupart, par l'équipe universitaire de Louvain (Belgique), et relayés en France par des formations continues sur l'ensemble du territoire.

2a - Nos échographistes sont maintenant capables de participer de façon efficace et peu onéreuse au **dépistage précoce des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus**.

2b - **L'endométriose**, qui touche 10 % des femmes, parmi lesquelles des femmes jeunes, peut être dépistée tôt. Le CNGOF, par l'intermédiaire de la commission nationale, lance une campagne d'enseignement approfondie de cette pathologie en 2020, campagne ouverte officiellement au cours de Pari(s) Santé Femmes.

L'échographie est l'examen le plus spécifique pour dépister l'endométriose pelvienne.

¹ Gynécologue-Obstétricien-échographiste, président de la Commission nationale d'échographie du CNGOF

Nous organiserons des formations qualifiantes pour former des échographistes référents dans le dépistage de l'endométriose et nous leur remettrons un compte-rendu testé par les centres pilotes afin que sur le tout le territoire, les réseaux de dépistage par l'échographie s'organisent et s'appuient sur un compte rendu d'échographie commun.

2c - Nous portons nos efforts sur **l'échographie de l'infertilité**, parallèlement au dépistage de l'endométriose. Les techniques nouvelles comme le Check-Up fertilité, permettent un état des lieux de la fertilité féminine en un seul temps échographique, associant l'étude de la réserve ovarienne, l'étude par hystérosonographie de la cavité utérine, et l'étude de la perméabilité tubaire sous échographie avec injection d'un produit de contraste indolore.

Les échographistes français ont maintenant la possibilité de suivre l'enseignement d'un Diplôme Universitaire unique en France, à l'Université de Paris 12, initié par trois membres de la Commission nationale du Collège français.

Un des projets de la Commission est de proposer cette année la mise en place d'un dépistage précoce du cancer de l'ovaire, sur l'ensemble du territoire. Nous considérons en effet que les conditions optimales sont maintenant réunies :

- matériel échographique performant en échographie 2D, 3D, Doppler ;
- échographie par voie vaginale bien acceptée et sécurisée en terme infectieux ;
- échographistes formés ;
- aide au diagnostic par calculs automatisés accessibles à tous.

Nous n'attendons plus qu'un soutien et une décision ministérielle pour déclarer le dépistage du cancer de l'ovaire « Cause Nationale », ce qui permettrait enfin à la France de revenir au niveau des pays européens déjà en campagne depuis de nombreuses années comme la Croatie par exemple.

Le point sur l'affaire des Agénésies Transverses des Membres Supérieurs

Alexandra Benachi

alexandra.benachi@aphp.fr

Entre 2010 et 2015, trois clusters d'enfants porteurs d'une agénésie transversale des membres supérieurs (ATMS) ont été signalés dans trois départements, l'Ain, la Loire Atlantique et le Morbihan, sans qu'aucune cause commune n'ait pu être identifiée par les investigations conduites dans ces régions.

Les agénésies transversales des membres supérieurs sont des anomalies congénitales rares, handicapantes pour l'enfant et tout au long de sa vie d'adulte.

Ces cas groupés d'enfants porteurs d'une ATMS et les résultats des investigations portés à la connaissance du public ont suscité un émoi important et ont mis en lumière l'inquiétude et l'incompréhension des familles touchées, leur insatisfaction sur les réponses apportées, jusqu'à mettre en cause les dispositifs de signalement et l'expertise des agences sanitaires. Les médias ont largement relayé les débats des professionnels autour des outils mis en place pour la surveillance, l'alerte, l'investigation de cas groupés et la recherche étiologique de ces malformations, avec notamment de nombreuses questions sur une possible origine environnementale.

La mise en place d'une expertise collective a été demandée par les ministres chargés des solidarités et de la santé, et de la transition écologique et solidaire, et de l'agriculture et de l'alimentation afin de répondre aux questionnements des familles et du public, et plus largement à leurs attentes de meilleure prise en charge de ces malformations dans la surveillance, de recherche, et d'accompagnement. Les résultats de cette expertise ont été rendus publics le 12 Juillet 2019.

Le comité d'experts scientifiques CES a, dans un premier temps, précisé la définition des Agénésies Transversales du Membre Supérieur (ATMS), en rappelant le processus physiologique de l'embryogénèse des membres et a posé le cadre physiopathologique des circonstances pouvant conduire à une agénésie transversale. La définition précise de l'événement de santé étudié, ici les ATMS, est cruciale. Une définition imprécise peut conduire à considérer comme cluster une agrégation de situations cliniques différentes du point de vue de leur étiologie alors même qu'elles peuvent présenter un phénotype proche. Une définition imprécise de l'événement de santé pourrait conduire à des raisonnements et résultats erronés. Ce préambule a permis :

- de mener les travaux dans le cadre précis des ATMS pour clarifier et approfondir les investigations des clusters ;
- d'élargir les réflexions à la problématique plus générale des malformations congénitales en termes de surveillance des populations et d'investigations.

Un rapport dont ce texte est un extrait a été remis aux trois ministres fin Juin 2019 - (*Premier Rapport sur les Agénésies Transversales des Membres Supérieurs. Saisine n°2018-SA-0242 « Demande d'avis relatif à l'existence de cas groupés d'agénésie transversale des membres supérieurs dans les zones géographiques restreintes de trois départements (Ain, Morbihan et Loire-Atlantique) »*).

Les missions du CES étaient de rendre les conclusions, avis et recommandations qu'il jugeait nécessaires pour répondre à la saisine de Santé publique France (SpFrance) et de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses), notamment sur : 1/ les questions qu'il était pertinent d'investiguer et les analyses à conduire ; 2/ l'interprétation des

données épidémiologiques ; 3/ les résultats des travaux réalisés et les approches méthodologiques à développer (procédures de détection, d'investigation, notamment environnementale...) et 4/ les attentes plus larges dans le champ des malformations congénitales.

Le CES s'est appuyé sur les travaux conduits par SpFrance et l'Anses dans le cadre de leurs missions propres, les questions du Comité d'orientation et de suivi (COS), des auditions de personnes choisies pour leur compétences et expérience nécessaires à la réalisation de l'expertise.

Les anomalies réductionnelles de membres rassemblent des anomalies qui regroupent des anomalies aux caractéristiques et étiologies variées (Figure 1). Si un cluster de malformations est suspecté, un même mécanisme physiopathologique peut être envisagé. Alors, une cause commune à l'origine de ce mécanisme physiopathologique va être recherchée. Il faut donc définir précisément le type de malformation étudié. Pour les malformations faisant l'objet de ce rapport, la définition d'un cas était « ATMS isolée ». Une expertise des dossiers médicaux a été réalisée par des experts extérieurs et certains membres du CES qui a permis d'identifier des cas d'anomalie des membres qui n'étaient pas des ATMS ou des ATMS non isolées dans les cas répertoriés par les registres. Cette analyse a montré l'importance en cas d'alerte d'une définition précise des cas et de la nécessité d'une expertise pour les malformations rares qui doit être réalisée avec l'aide des Centres de référence maladie rare.

Lorsque les 3 clusters ont été signalés, SpFrance a réalisé une analyse des 3 situations et avait conclu à une forte suspicion de cluster dans le Morbihan et en Loire-Atlantique et infirmé le cluster de l'Ain. De nouvelles analyses statistiques ont été réalisées par le CES à partir de ces nouvelles données concluant à une absence de cluster dans l'Ain et une suspicion de cluster pour Guidel (Morbihan) sur une période de 18 mois entre 2011 et 2013. Selon les analyses statistiques réalisées concernant la mise en évidence de clusters potentiels, les résultats étaient significatifs ou proches de la signification statistique (au seuil de 5%) pour la commune de Guidel. À noter que le plus jeune des enfants à Guidel a aujourd'hui 6 ans et qu'aucun cas n'a été signalé dans ce village depuis 2013. L'analyse des cas de Loire-Atlantique n'a pas pu être réalisée à ce stade en l'absence d'information complète précise sur les cas de la région, cette information étant toujours en cours de recueil.

Environ 3% des enfants qui naissent dans le monde sont porteurs d'une malformation. Cette prévalence peut varier en fonction des années, des pays et des régions en fonction de différents facteurs. En Europe, un organisme comme EUROCAT a pour mission de surveiller la prévalence et la répartition de 81 sous-groupes d'anomalies congénitales dont les anomalies réductionnelles des membres. Cinq des 6 registres français participent au recueil de données d'EUROCAT. Dans l'analyse européenne d'EUROCAT, aucun cluster temporel n'a été identifié au cours de la période 2007-2016. Aucune tendance paneuropéenne significative en matière de prévalence des anomalies réductionnelles du membre n'a été observée au cours des 10 dernières années. Cependant, de telles analyses ne sont pas faites pour mettre en évidence un cluster de 3 individus à 18 mois d'intervalle et le temps nécessaire à la vérification des données et à la réalisation et au rendu des analyses est de 2 ans pour les registres.

SpFrance a mis en place un système temporaire de traitement des signalements pour répondre aux attentes des citoyens. Cette base de recueil a permis au CES de prendre en compte les contributions citoyennes dans ses réflexions sur les facteurs de risques.

Dans le but de répondre à la question de l'origine de ces malformations, une revue de la littérature, une enquête par questionnaire et des analyses environnementales locales ont été réalisées dans un premier temps par SpFrance qui n'a pas identifié de cause évidente.

Actuellement une revue approfondie de la littérature à partir de mots-clés validés par le CES (réalisée par SpFrance et l'Anses) a permis de sélectionner plus de 20 000 articles qui vont être analysés afin de rechercher d'éventuels facteurs de risque actuellement non identifiés. Cette analyse devrait mobiliser 3 personnes à temps-plein pendant un an pour être menée de façon appropriée. Ce type de revue approfondie de la littérature scientifique est la première du genre et sera très précieuse pour la suite des travaux à mener, pour SpFrance et l'Anses et plus globalement pour la recherche.

En raison du caractère spatio-temporel particulier des cas de Guidel, des investigations complémentaires vont être menées par SpFrance et l'Anses, chacun dans leur domaine de compétence respectif, afin de répondre à des points qui n'ont pas été étudiés lors des premières expertises ou qui mériteraient d'être approfondis après les résultats des analyses des contributions citoyennes, de la revue de la littérature, et des analyses menées par l'Anses sur l'identification de substances chimiques d'intérêt sur la base des dossiers réglementaires. Une recherche plus exhaustive de l'exposition aux médicaments pendant la période de grossesse à risque devrait être réalisée. Dans les limites de leur faisabilité, ces investigations complémentaires devront être réalisées uniquement pour les cas validés d'ATMS isolées et appartenant à un cluster validé.

Cependant ces investigations ont des limites en raison du temps écoulé (biais de mémoire, demi-vie possiblement courte des substances potentiellement incriminées, si elles existent) mais pas seulement. En effet, la présence d'un facteur X chez des sujets porteurs d'une maladie Y ne peut en aucun cas suffire pour affirmer au niveau collectif que le facteur X est la cause de la maladie Y. *A fortiori*, au niveau individuel, la présence du facteur X chez un malade ne peut pas permettre d'en tirer une conclusion sur l'imputabilité entre ce facteur et la maladie chez ce patient. Dans la démarche collective, il faudra rassembler un certain nombre de critères (dit de causalité) épidémiologiques et toxicologiques.

Plusieurs pistes de travail sont suggérées pour mieux caractériser et étudier l'origine des ATMS. La mise en place d'une étude épidémiologique de grande ampleur pourrait concerner les ATMS mais également d'autres malformations congénitales. Cependant, en l'état actuel des connaissances, étant donné l'absence d'une hypothèse prédominante, la prévalence très faible des anomalies étudiées, les grandes incertitudes notamment sur l'existence de cluster et le budget important que nécessiterait sa mise en place, le CES n'a pas recommandé une telle étude. Le CES a recommandé, en revanche, une augmentation des moyens de recherche sur les causes environnementales des maladies du développement, car d'un point de vue de Santé Publique, la connaissance est actuellement insuffisante. Cela permettrait de mieux caractériser les effets potentiels des facteurs environnementaux sur la santé humaine.

Le système de surveillance et d'alerte pour les malformations congénitales en France est complexe et a été détaillé et analysé dans ce rapport. Le CES recommande également de renforcer le système de surveillance des malformations. La mise en place d'une Fédération des registres avec des protocoles communs de fonctionnement, la création d'un 7^{ème} registre et le renforcement des registres actuels

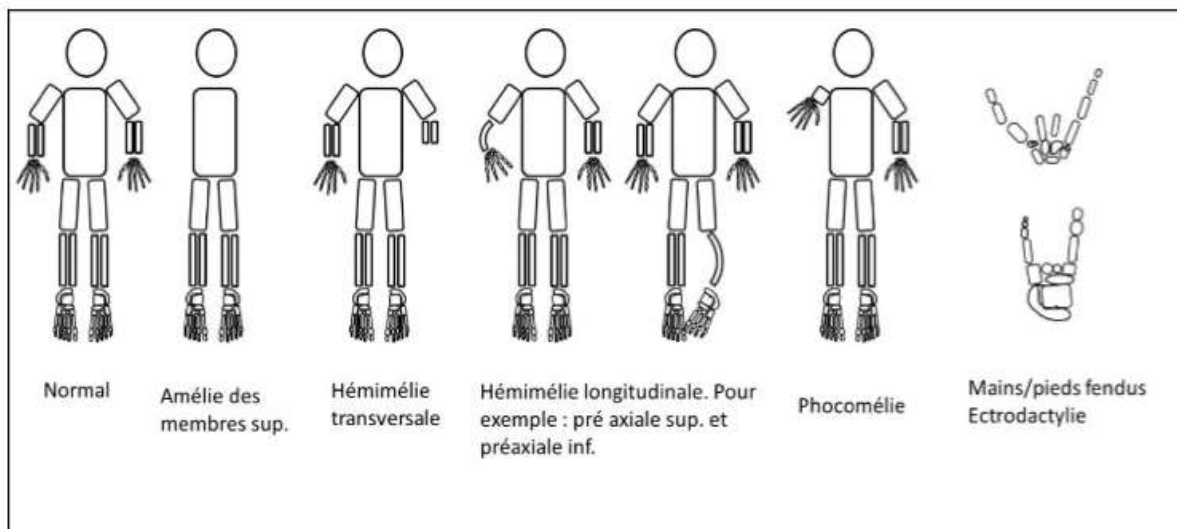
sont recommandés. Des travaux sont en cours pour permettre d'élaborer un mode de surveillance permettant une évaluation plus rapide au moins des augmentations de prévalences globales et si

possible de clusters en utilisant le Système national des données de santé. Enfin, la mise en place d'un dispositif réactif de coordination de tous les acteurs à mobiliser dès le signalement de cas groupés sous l'égide d'un Comité scientifique des malformations congénitales devrait être étudiée.

Quelle que soit la malformation, la prise en charge des enfants porteurs de malformations rares peut être améliorée et la création des Centres de références maladie rare devrait largement y participer.

Ce rapport présente les premiers résultats des travaux du comité d'experts scientifiques (CES) sur les Agénésies transverses des membres supérieurs (ATMS). Il constitue un premier rapport qui sera complété ultérieurement dans un rapport final qui intégrera les résultats de l'analyse de la revue de la littérature sur les facteurs de risque.

Figure 1. Schématisation des anomalies réductionnelles des membres (extrait du *Premier Rapport sur les Agénésies Transverses des Membres Supérieurs. Saisine n°2018-SA-0242 « Demande d'avis relatif à l'existence de cas groupés d'agénésie transverse des membres supérieurs dans les zones géographiques restreintes de trois départements (Ain, Morbihan et Loire-Atlantique) »*)



Endométriose en France en 2020 : encore en attente d'une structuration nationale

François Golfier

L'endométriose toucherait de l'ordre de 10 % des femmes françaises en période d'activité génitale. Plusieurs centaines de milliers de femmes sont donc vraisemblablement concernées en France. Elle est parfois à l'origine de symptômes douloureux particulièrement invalidants à l'origine d'une altération de la qualité de vie et de l'efficacité des femmes, d'un absentéisme scolaire ou professionnel. La présence de douleurs majeures pendant les règles > à 7 sur une échelle de 10, avec notamment des douleurs pour aller à la selle ou pour uriner, ainsi que des douleurs profondes sévères pendant les rapports sexuels, sont des signes d'appel en faveur du diagnostic. L'endométriose, bien que non synonyme d'infertilité, peut être associée à une difficulté à concevoir, à l'origine d'une inquiétude des femmes sur leur capacité future à procréer. La démarche diagnostique comporte, en premier lieu, un examen clinique gynécologique qui, lorsqu'il est bien conduit, est très riche d'informations. Secondairement, une exploration par imagerie est souvent nécessaire, comportant en premier lieu une échographie pelvienne puis, si nécessaire, une IRM pelvienne dont la qualité de réalisation et d'interprétation est essentielle aux errances diagnostiques en défaut comme en excès.

Une étape importante dans la prise en charge de l'endométriose a été franchie par la formalisation en 2017 des recommandations de pratique clinique élaborées par le CNGOF avec la Haute Autorité de Santé (HAS).

Conscient de la situation inadaptée du diagnostic et du traitement de l'endométriose en France, le CNGOF a créé en 2017 une Commission Endométriose (« CommEndo ») qui, en collaboration étroite avec la SCGP, a formalisé début 2018, sous forme de deux publications scientifiques, sa réflexion sur la structuration de la prise en charge de l'endométriose en France. Les associations de patientes, dont EndoFrance, avaient été sollicités pour avis en amont de la rédaction de ces articles scientifiques. La structuration proposée par les experts de cette commission, représentative des différentes professions et modalités d'exercice, était celle d'un centre expert fédérant plusieurs centres de référence régionaux. Outre leurs 3 missions de soin, de communication et enseignement ainsi que de recherche et évaluation, la 4^{ème} mission des centres experts était celle de l'organisation territoriale. Cette dernière mission a pour objectif de faciliter l'accès à des soins gradués de qualité, au sein d'un parcours allant des soins de 1^{ère} intention, sous l'égide des médecins généralistes, des sages-femmes et des services scolaires et universitaires – notamment à des soins spécialisés de gynécologie à orientation médicale –, jusqu'à une expertise pluridisciplinaire médico-chirurgicale, de PMA ou de traitement anti-douleur.

Après un rendez-vous assez brutal avec la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) en juillet 2018, où la labellisation des centres experts a été repoussée, sans solution de rechange proposée, il a fallu attendre 9 mois supplémentaires l'intervention d'Agnès Buzyn, Ministre des Solidarités et de la Santé (communiqué de presse du 8 mars 2019), pour promouvoir enfin un plan d'action avec notamment mise en place rapide d'un groupe de travail national pour définir des « filières endométriose » :
« Pour éviter les parcours de soins erratiques et renforcer l'égal accès aux soins dans tous les territoires, chaque région doit identifier sa « filière endométriose » regroupant l'ensemble des

professionnels (de ville comme hospitaliers : médecins généralistes, gynécologues, chirurgiens, sages-femmes, psychologues etc.) et associations de patientes ayant l'expertise de cette pathologie. »

« Sous l'égide du ministère, un groupe de travail national sera rapidement mis en place pour définir le contour de ces filières, d'ici l'été. »

« Les ARS devront ensuite formaliser ces « filières endométriose » en lien avec les représentants des professionnels de santé et les associations spécialisées de patientes, d'ici la fin de l'année 2019. »

L'année 2019 s'est pourtant terminée sans qu'aucune filière régionale n'ait encore été créée.

Pourtant, l'engagement ministériel avait été rapidement suivi d'effet avec une première réunion tenue à la DGOS dès le 26 avril 2019, suivie de la décision d'initier une réflexion dans 3 régions pilotes, Ile-de-France, Auvergne Rhône Alpes et Provence Alpes Côte d'Azur.

Plusieurs réunions s'en sont suivies, à la DGOS puis dans les ARS concernées, pour réfléchir une nouvelle fois à la structuration des filières endométriose. **L'identification des professionnels de 1^{er} recours a été la pierre angulaire de cette réflexion. Médecins généralistes, sages-femmes, infirmières scolaires et universitaires, pharmaciens font notamment partie de ce 1^{er} niveau qui doit *in fine* améliorer le délai diagnostique de l'endométriose, en étant sensibilisé aux signes d'appel de la maladie.** La fragilité des connaissances en endométriose a été alors enfin comprise, engageant *de facto* les experts spécialistes dans une démarche de **formation à destination des acteurs de 1^{er} recours**, démarche qu'ils assument depuis plusieurs années par un bénévolat non reconnu. Les modalités de cette sensibilisation sont connues et appelés des vœux de la « CommEndo » de longue date, tournant, à court terme, autour d'envoi de flyers à destination des professionnels régionaux, d'interventions de formation avec ou sans les associations de patientes ou de dispositifs de e-learning et, à plus long terme, par l'inscription effective de l'item « endométriose » au programme d'enseignement du 2^{ème} cycle des études de médecine qui est enfin en cours de formalisation.

A la demande de la DGOS, le CNGOF, en association avec la Société de chirurgie gynécologique et pelvienne (SCGP) et la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale (FNCGM), a lancé début 2020 une enquête nationale (inspirée d'une enquête similaire des radiologues) auprès des professionnels gynécologues à orientation médicale et chirurgicale pour dessiner une carte des forces spécialisées disponibles en France dans le cadre de la lutte contre l'endométriose. L'objet est de mieux cerner les **spécialistes de 2^{ème} recours. Ils seront bien sûr représentés par la grande majorité des gynécologues à orientation plutôt médicale et par les gynécologues à orientation chirurgicale générale, qui représentent ensemble la force de frappe essentielle** de la prise en charge diagnostique et thérapeutique des formes habituelles de l'endométriose. Ces forces ont besoin d'être reliées facilement avec les **forces de 3^{ème} recours pour pouvoir échanger sur des dossiers difficiles et pour améliorer leur propre expertise en endométriose.**

Pour ce qui est de ces forces de 3^{ème} recours impliquées dans la prise en charge des formes complexes d'endométriose, à vrai dire, elles ont été identifiées de longue date, notamment par la Commission Endométriose du CNGOF; elles travaillent dans des **centres « de recours » (remplaçant l'appellation centres « de référence ») du secteur public comme du secteur privé, fédérés par des établissements « tête de pont » (remplaçant l'appellation centres « experts »)** et associent les compétences

multidisciplinaires de professionnels experts qu'il s'agisse de **radiologues, de gynécologues à orientation médicale ou chirurgicale, de chirurgiens digestifs ou urologues, de médecins de PMA ou de centres de la douleur**. Ces établissements ont vocation à prendre en charge les formes complexes d'endométriose. Elles nécessitent une réflexion collégiale en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) sur les indications opératoires vraiment pertinentes, sur les bonnes indications de prise en charge en PMA dans les situations d'infertilité ou de préservation de la fertilité, sur l'adressage aux spécialistes de la douleur si nécessaire.

Les dernières réunions ARS de janvier 2020 orienteraient plutôt vers une seule filière par région, hors Ile-de-France, avec un établissement « tête de pont » par filière qui coordonnera les 3 niveaux de prise en charge. L'ARS entend échanger avec un seul comité de pilotage régional, qui pourra prendre la forme d'une association loi 1901, du type de l'association ENDORA créée en Auvergne Rhône Alpes et avec lequel la signature d'un contrat est envisagé après appel à candidature. Cet appel à candidature devrait préciser la structuration régionale prévue par le candidat (dont l'établissement « tête de pont » et les établissements de « recours » avec leurs RCP propres intra-établissement et les RCP régionales), les modalités prévues de formation des professionnels des différents niveaux afin d'harmoniser les pratiques sur la base des recommandations du CNGOF/HAS, ainsi que les modalités d'information du public en lien avec les associations de patientes.

La démarche d'information du public est en effet un point clé du processus de développement des filières, dans laquelle les associations de patientes sont particulièrement impliquées. Le CNGOF continuera de participer avec les associations avec l'objectif commun de progresser ensemble de façon intelligente vers l'optimisation de la prise en charge de l'endométriose en France.

Le CNGOF, qui entrevoit une mise en place des filières endométriose par les ARS pilotes à l'horizon du printemps 2020, restera particulièrement vigilant à l'extension, à court terme, à l'ensemble du territoire national, des expériences des trois filières pilotes, afin que l'ensemble des patientes françaises atteintes d'endométriose puisse bénéficier d'une prise en charge adaptée.

Améliorer l'accès à l'IVG

Philippe David

Philippe.david@mlla.fr

Selon une étude du ministère de la santé (Drees)¹, 224 300 interruptions volontaires de grossesses (IVG) ont été pratiquées en 2018, contre 216 700 en 2017, soit une légère hausse de 3%. Depuis 2001, le nombre d'IVG reste plutôt stable, oscillant entre 215 000 et 230 000 par an.

La majorité de ces actes médicaux (soit 209 500) a été réalisée en France métropolitaine. Cependant, si l'on prend en compte la population des **départements et régions d'outre-mer**, il apparaît que **le recours à l'IVG est plus important dans ces territoires**, notamment pour les mineures : ainsi, en 2018, on y compte 27,8 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans dans ces territoires, contre 15 IVG en France métropolitaine. Le recours à l'IVG est également plus élevé en Île-de-France ainsi que dans le sud-est (Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse).

Les femmes de 20 à 29 ans sont celles qui ont le plus recours à l'avortement (27,3 femmes sur 1 000 en France). Mais toutes les tranches d'âge sont concernées par l'IVG, avec un taux en baisse chez les moins de 20 ans depuis 2010, en hausse chez les 25-39 ans.

En 2018, 55 800 IVG ont été pratiquées hors d'une structure hospitalière, soit 25% du total des IVG. Depuis 2004, l'IVG médicamenteuse a été progressivement autorisée aux cabinets médicaux, aux centres de santé, aux plannings familiaux et, depuis juin 2016, aux sages-femmes. Le nombre des IVG instrumentales ne cesse de diminuer au profit des IVG médicamenteuses pratiquées en ville. En 2018, **69% des IVG étaient médicamenteuses**.

Près d'un tiers des IVG en Provence-Alpes-Côte d'Azur, en Île-de-France et à La Réunion ont été réalisées en cabinet libéral, alors que cette pratique ne concerne que 10% des IVG en Pays-de-la-Loire. Ces disparités sont notamment liées au manque de professionnels de santé et de structures de soins dans certaines régions.

Fin septembre 2019, la ministre de la santé, Agnès Buzyn, a annoncé de premières mesures pour favoriser l'égalité d'accès à l'IVG partout en France. Des plans d'actions seront ciblés sur les zones en difficulté et l'attention sera portée sur la formation des professionnels et l'information des femmes. Un rapport global sur l'accès à l'IVG sera également remis au Parlement en janvier 2020.

1) Les actions récentes pour améliorer l'accès à l'IVG

Un droit clairement réaffirmé et renforcé

La résolution du 26 novembre 2014, réaffirmant le droit fondamental à l'interruption volontaire de grossesse en France et en Europe, a rappelé que le droit universel des femmes à disposer de leur corps est une condition indispensable à la construction de l'égalité réelle entre les femmes et les hommes et d'une société de progrès.

Deux mesures relativement récentes sont à mentionner :

¹ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/224-300-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2018>

- la suppression, en 2014, de la notion de « détresse » pour justifier l'acte d'IVG ;
- la suppression, en 2015, du délai de réflexion de 7 jours.

Ces deux mesures renforcent l'autonomie des femmes, leur capacité à décider pour elles-mêmes.

L'information

Afin d'améliorer l'information sur l'IVG :

- le site ivg.gouv.fr a été lancé en 2013 ;
- depuis septembre 2015, un numéro unique d'information anonyme et gratuit (0 800 08 11 11), est accessible 6 jours sur 7. Ce numéro est géré par le Planning Familial.

L'offre de soins

L'offre de proximité en matière d'IVG a été modifiée par la loi du 26 janvier 2016, qui permet :

- aux sages-femmes de réaliser des IVG médicamenteuses ;
- aux centres de santé des IVG par aspiration (appelées également instrumentales ou chirurgicales sous anesthésie locale).

Cette loi garantit la confidentialité de l'acte pour les femmes qui le souhaitent (notamment mineures) ainsi que la gratuité de tous les actes associés à l'IVG (consultations, analyses, échographies, etc.).

2) Améliorer encore l'accès à l'IVG et les bonnes pratiques autour de l'IVG

L'offre de soins

L'offre de proximité pour l'IVG en ville doit être coordonnée en réseau avec les centres de référence. Les soins autour de l'IVG doivent être pensés réfléchis au sein de ces réseaux ; ils doivent être encadrés avec la même exigence de qualité de soin que dans n'importe quel autre domaine de la gynécologie obstétrique.

La Commission d'Orthogénie du Collège y veille, de même qu'elle veille à promouvoir la recherche dans ce domaine.

Elle y veille avec d'autant plus d'attention que si, dans la société française actuelle, ce droit est majoritairement reconnu, il est toujours la cible de mouvements activistes anti-IVG.

Dans un contexte parfois hostile et culpabilisant, il est capital que les femmes puissent être accompagnées lorsqu'elles expriment le besoin afin de n'être pas contraintes à la solitude.

Il faut donc continuer de préserver, de « sauvegarder » les Centres de contraception et d'IVG (CIVG) ou les unités fonctionnelles (UF) hospitalières et pour cela leur donner les moyens nécessaires à une pratique de qualité :

- juste rémunération des médecins orthogénistes indispensable à la juste valorisation de la profession ;
- juste choix aux femmes qui ne doivent pas être contraintes à une IVG médicamenteuse pour des raisons économiques. Le taux de ce type d'IVG, aujourd'hui majoritaire, ne doit pas être considéré comme un marqueur de qualité.

En un mot, il est indispensable que l'IVG ne donne pas lieu à une prise en charge « au rabais » car il s'agit d'un droit fondamental des femmes – et l'on connaît le sort des femmes dans les pays où l'accès à la contraception et à l'IVG est interdit. Il faut, au contraire, veiller à l'ensemble des soins, y compris l'accompagnement psychologique, relatif à cette prise en charge.

Le choix des femmes

Les structures d'accueil des femmes demandant une IVG doivent être en mesure d'offrir vraiment aux femmes le choix les modalités de réalisation de l'acte IVG :

- méthode médicamenteuse ;
- ou méthode chirurgicale (sous anesthésie locale ou générale).

Ce devrait être le cas dans toutes les structures, y compris en ville, grâce aux réseaux existant.

Les actions du CNGOF

Le CNGOF conduit des actions afin d'améliorer l'accès à l'IVG, notamment à travers sa Commission d'Orthogénie.

Il a publié un Guide de bonnes pratiques (RPC 2016)², et conduit une réflexion sur le sujet tant dans le champ des perceptions (changement des mentalités que dans celui de la recherche (recherche sur la douleur).

En conclusion :

Si nombre d'actions ont été réalisées ces dernières années afin d'améliorer l'accès à l'IVG, de nombreux points doivent encore être améliorés :

- Nombre de lieux d'accueil par territoire en veillant à ce qu'il existe des structures proposant toutes les modalités de prise en charge ;
- Raccourcissement des délais centre prise de RV et 1^{ère} consultation ;
- Organisation de l'accueil en réseau afin d'offrir aux femmes la possibilité de choisir le type de prise en charge qui leur convient le mieux (médicament / chirurgie) et organisation de passerelles fonctionnelles et bienveillantes avec les services de gynécologie obstétrique, les équipes d'Anesthésistes les services d'Urgence ;
- Amélioration de l'accompagnement des femmes

En sus de ces différents points, le recours à l'IMG (interruption médicale de grossesse) psychosociale devrait pouvoir être envisagé, lorsque péril grave pour la santé de la femme en dehors du délai légal IVG.

² <https://ansfl.org/document/cngof-2016-livg-medicamenteuse/>

Ménopause et Sexualité Brigitte Letombe¹

La ménopause ne sonne plus le glas de la sexualité ni de la féminité pour la « génération pilule » et les « séniors » imposent un regard nouveau sur leur sexualité. Si pour beaucoup « ménopause » signifie encore : baisse du désir du plaisir, de l'orgasme et apparition de douleurs, nombre d'enquêtes récentes montrent combien la fréquence des relations sexuelles et la satisfaction sexuelle ont augmenté depuis les années 70 chez les femmes de plus de 50 ans^{2,3,4}. Il n'en reste pas moins que les femmes à la période ménopausique doivent faire face, en plus des bouleversements hormonaux, à nombre de facteurs psycho-sociaux et relationnels qui se conjuguent pour avoir un impact potentiel sur leur qualité de vie et notamment leur sexualité.

La ménopause est une étape très particulière dans la vie d'une femme, moment d'extrême fragilité où la relation aux enfants, aux parents, au sexe opposé est en pleine mouvance. C'est le temps des changements professionnels voire de la retraite, du départ des enfants, de leur père, et des modifications corporelles accompagnant l'arrêt des règles. Cette période de changements, de pertes, de dévalorisation (encore trop souvent lue dans le regard des autres) est une période de crise qui s'accompagne d'un sentiment de danger, d'urgence du temps qui passe, d'urgence à utiliser le temps qui reste ; « c'est le moment où jamais »⁵. Chaque femme, face à ces changements de repères, devra mobiliser ses capacités adaptatives et réagira différemment en fonction de sa structure mentale et de son vécu pour lutter dans une société qui, même si elle s'en défend, supporte encore mal la « maturité » et la vieillesse, synonymes, toujours, de chute de performance voire de déchéance.

C'est dans ce contexte que devrait s'insérer une consultation spécifique de la ménopause, propice à l'instauration d'un dialogue sur tout cet environnement, et notamment sur la santé sexuelle.

Le rôle du médecin est là majeur pour rassurer, autoriser, dédramatiser, expliquer la physiologie des phénomènes hormonaux et de vieillissement.

La ménopause responsable d'une carence œstrogénique peut entraîner, tôt ou tard, au sein de la symptomatologie climatérique des troubles génitaux et urinaires. Le syndrome génito-urinaire de la Ménopause (SGM) regroupe atrophie vulvo-vaginale, sécheresse, diminution de l'excitation, des capacités orgasmiques, voire douleurs à la pénétration, conduisant à une diminution de l'activité sexuelle.

Le THM a incontestablement sa place, quand il est possible et accepté, dans la prise en charge du **climatère associant symptomatologie vasomotrice et syndrome génito-urinaire**. Nombre d'études

¹ Groupe d'Etude de la Ménopause et du Vieillissement hormonal (GEMVI) www.gemvi.org

² Bajos N, Bozon M : Enquête sur la sexualité en France. Ed. La découverte (2008)

³Trompeter SE Sexual activity and satisfaction in healthy community-dwelling older women. Am J Med 2012 ;125 :37-43

⁴ Beckman N. Secular trends in self-reported sexual activity and satisfaction in Swedish 70 years olds: cross-sectional survey of four populations 1971-200 BMJ 2008;337: a279

⁵ Lachowsky M., Qui a peur de la ménopause ? Femmes, médecins et ménopauses. Age Sante Société Berger-Levrault 1999.70-85

ont montré que l'administration d'estrogènes^{6 7} amélioreraient la fréquence des rapports sexuels, le degré de satisfaction, la lubrification vaginale, et réduisait la dyspareunie, même si l'on doit tenir compte, dans l'interprétation des résultats, des différences psychosociologiques entre les utilisatrices et les non-utilisatrices de l'hormonothérapie. Quoi qu'il en soit de nombreuses études cliniques ont mis en évidence que l'œstrogénothérapie restaurait un certain bien-être et une meilleure disponibilité psychologique et physique vis-à-vis de la sexualité. Les œstrogènes ont, en effet, un rôle fondamental sur le cerveau (action sur certains neurotransmetteurs), sur la qualité de vie grâce à l'amélioration des bouffées vasomotrices, des sueurs nocturnes, du sommeil (effet domino) et sur les récepteurs spécifiques notamment génito-urinaires (amélioration de la trophicité, de la sensibilité et de la vascularisation clitoridienne, vaginale, avec partant une meilleure lubrification).

Quant à l'androgénothérapie (testostérone), sa seule indication en est le TDSH (trouble et dysfonction du désir sexuel hypoactif), sachant qu'aucun produit destiné aux femmes n'est actuellement approuvé par une agence réglementaire nationale.⁸

Lorsqu'il ne s'agit de ne traiter que l'atrophie vaginale, la sécheresse (**SGM**), le traitement local est à privilégier : de nombreuses options thérapeutiques existent, qu'il s'agisse de gels, d'ovules, de crèmes, d'anneaux à base d'estradiol, d'estriol, de promestriène et de DHEA associés ou non à des hydratants, lubrifiants (acide hyaluronique, polycarbophile). Elles ne nécessitent pas d'adjonction de progestatif⁹¹⁰ et peuvent être utilisées autant que nécessaire.

Conclusion

La sexualité de la femme ménopausée est un enjeu de qualité de vie important :

« La santé, les connaissances, l'information et le traitement en matière de sexualité sont des composantes importantes de l'exercice de la médecine. Les médecins doivent considérer que l'évaluation de la santé sexuelle des patientes et de leurs besoins fait partie intégrante des soins à offrir »¹¹ d'autant plus à la ménopause¹².

⁶ Nathorst-Boos J, Wiklund I, Mattson LA : Is sexual life influenced by transdermal estrogen therapy ? a double blind placebo controlled study in postmenopausal women. *acta Obstet.gynecol.Scand* 1993,72 ;656-660

⁷ Scherwin BB. Effets des stéroïdes sexuels sur les mécanismes cérébraux se rapportant à l'humeur et la sexualité. In Lorrain J, Plouffe L, Ravnikar V et al. *La ménopause*. Paris Maloine 1995 :313-318

⁸ Déclaration de Consensus mondial sur l'utilisation du traitement à la testostérone pour les femmes IMS Susan R Davis *Climacteric* 2019

⁹ NAMS 2017 Hormone Therapy Position Statement Advisory Panel. The 2017 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause* 2017 ; 24 (7) : 728-53.

¹⁰ Suckling J et al, *Cochrane Database Syst Rev* 2006 CD001500, Issue 4 CD 001500

¹¹ Déclaration N°139, décembre 2003 *J Obstet Gynaecol Can* 2003 ;25 (12) :1041

¹² Sexual well-being after menopause. A. Simon, An International Menopause Society White Paper, *Climacteric*, DOI: 10.1080/13697137.2018.1482647

Si la sexualité à la ménopause est bien sûr influencée par des facteurs biologiques hormonaux (notamment le SGM qui doit être recherché et corrigé) elle l'est aussi, et surtout, par des facteurs psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, éthiques, juridiques, historiques, religieux et spirituels.

L'existence d'une vie sexuelle active et satisfaisante antérieure conditionne sa persistance au-delà de la ménopause : il est donc nécessaire de se pencher sur ses éventuelles dysfonctions antérieures (ainsi que sur les éventuelles dysfonctions du partenaire).

Enfin, pour désirer, il faut se sentir bien dans son corps, dans sa vie, dans sa tête, en un mot désirable !

En plus des solutions thérapeutiques nombreuses, malheureusement insuffisamment prescrites, que nous pouvons apporter pour améliorer le confort des relations sexuelles, il faut savoir interroger, écouter, informer, dédramatiser, faire accepter les nouveaux rythmes du corps, faire évoluer les scripts sexuels et privilégier peut-être l'émotionnel et l'affectivité plus que la performance.

Les émotions, les fantasmes, l'imaginaire érotique n'ont pas d'âge. A 50, 60, 70 ans on peut toujours se sentir belle, séduisante, attirante.

1000 jours pour améliorer la santé future !

Philippe Deruelle

Les « 1000 premiers jours » correspondent à la période qui va de la conception aux deux ans de l'enfant. Au cours de cette période, l'enfant est particulièrement vulnérable non seulement en raison de sa fragilité naturelle et de sa dépendance aux adultes mais aussi parce que l'environnement qui l'entoure et parfois l'agresse va influencer sa santé future. Initialement, ce concept des mille jours a été développé par l'UNICEF avec pour objectif de lutter contre la malnutrition dans les pays en voie de développement mais rapidement, ce concept a été étendu aux pays développés où sévissent les maladies chroniques.

Les maladies chroniques comme les maladies cardiovasculaires, l'obésité, le diabète de type 2, le cancer, les maladies dégénératives et mentales ou encore les allergies sont principalement attribuables à des facteurs environnementaux. Elles ont une importance majeure en termes de santé publique dans les pays développés mais aussi, dorénavant, dans les pays en voie de développement. C'est pourquoi elles sont identifiées comme une menace majeure par l'organisation mondiale de la santé. Elles sont les principales causes de décès dans le monde, représentant **2/3 de la totalité des décès annuels**. Par ailleurs, si la tendance actuelle se maintient, on prévoit que d'ici 2030, les maladies non transmissibles ou chroniques seront responsables de 80 % des maladies. Il est donc urgent de mettre en œuvre des stratégies de prévention efficaces, parce que les coûts des diagnostics et des traitements deviendront rapidement inabordables. **Jusqu'à présent, les efforts de prévention ont surtout porté sur quatre facteurs de risque concernant principalement les adultes : la mauvaise alimentation, l'inactivité physique, la consommation de tabac et d'alcool.**

Il est maintenant largement admis que la période périnatale et celle de la petite enfance représentent une fenêtre critique de vulnérabilité à l'environnement, parce que c'est la période au cours de laquelle le bébé et l'enfant se construisent. De nombreuses études épidémiologiques et expérimentales ont mis en évidence une relation entre des événements précoces du développement et les maladies non transmissibles à l'âge adulte. On parle d'origine développementale des maladies ou de phénomène de programmation. La dénutrition chez la mère mais aussi la surnutrition / malnutrition vont augmenter chez le futur enfant le risque d'obésité, de diabète et de maladies cardiovasculaires à l'âge adulte. L'exposition fœtale ou en début de vie à des toxiques de l'environnement, allant des métaux lourds à des produits chimiques perturbant le système endocrinien (perturbateurs endocriniens), agit sur le métabolisme des adultes, les fonctions du système immunitaire et du système neurologique, et la fonction reproductive. Grâce aux progrès des neurosciences, il a également été possible de montrer des liens entre le stress psychologique *in utero* et dans la petite enfance et la survenue ultérieure de maladies.

L'exposition à des conditions environnementales défavorables au cours du développement *in utero* et durant la petite enfance déclenche des adaptations qui auront des conséquences à court et/ou long terme. Ces phénomènes sont programmés au cours de cette période pour toute la durée de la vie. Les mécanismes qui expliquent ces modifications sont encore mal compris et font l'objet de

nombreux travaux de recherche. Ils semblent impliquer une programmation précoce au cours de ces « 1000 premiers jours ». Pendant cette période, l'expression du patrimoine génétique est extrêmement influencée par l'environnement. Ces modifications ne touchent pas directement les gènes eux-mêmes mais les éléments qui contrôlent leur expression, c'est l'épigénétique. Les facteurs épigénétiques contrôlent l'expression de l'ADN qui va donner les protéines qui régissent le fonctionnement du corps humain. Un nombre croissant de preuves suggère que l'exposition *in utero* à des polluants environnementaux, une mauvaise alimentation ou le stress peuvent induire des changements épigénétiques qui affectent durablement l'expression des gènes qui sont essentiels à la fois pour le développement fœtal mais aussi pour les fonctions physiologiques de la vie future. De la même manière que les gènes nous sont transmis par nos parents, ces modifications épigénétiques durables peuvent se transmettre ensuite de génération en génération.

Le temps n'est plus au constat. Nous savons maintenant que des actions durant cette période peuvent être capitales dans la prévention de ces pathologies. Il existe des moyens simples d'améliorer l'environnement de la mère et de l'enfant dans le but de prévenir les maladies de l'adulte. **Des recommandations ont été validées par les grands organismes nationaux et les Sociétés Savantes. Elles concernent les précautions environnementales pour protéger la mère et l'enfant, l'alimentation, de dépistages systématiques des situations à risques psycho-sociales, mais aussi la prise en charge du stress et de la douleur, et la prévention de l'obésité.** Pour ces facteurs de l'environnement dont l'impact est reconnu, le réel enjeu est clairement de prioriser les actions et d'en faire la promotion. C'est néanmoins un challenge qui nécessite pour être opérationnel la complémentarité d'expertises tant dans le domaine médical que dans les Sciences Humaines et Sociales pour adapter les politiques de soins et de prévention.