
GRAND ANGLE

SANTÉ GYNÉCOLOGIQUE

La fin des tabous ?

Dossier réalisé par
Alice Bomboy

Nous disposons aujourd'hui de connaissances fournies sur la reproduction. Grâce à elles, les femmes ont accès à un large éventail de traitements et de technologies qui leur permettent d'avoir des enfants, même quand elles rencontrent des problèmes de fertilité ou présentent une grossesse à risque. À l'inverse, les troubles rencontrés par les femmes sans lien direct avec l'enfantement sont largement méconnus, voire ignorés, surtout quand ils concernent les douleurs gynécologiques ou la santé mentale. Ainsi, nous savons bien peu de choses sur les mécanismes du syndrome prémenstruel, du syndrome des ovaires polykystiques ou même de l'endométriose, pourtant largement répandus, et restons démunis pour apporter du soulagement à celles qui en souffrent : ils sont perçus comme problèmes mineurs et négligeables. Comment la recherche progresse-t-elle sur ces sujets ? Que dit cette situation en matière d'inégalités de genre pour la recherche, le diagnostic, le développement de traitements et l'accès aux soins ?

“J’

ai toujours eu des règles douloureuses, mais on me disait que c’était normal.

Dès le lycée, la prise d’antalgiques était chaque mois un passage obligé », raconte Kahina*, 38 ans. Lorsqu’elle commence à prendre la pilule, à 20 ans, les douleurs s’estompent. Mais après avoir accouché de son fils, elle décide de se passer de pilule comme moyen de contraception et le calvaire recommence. « Lors de mes premières règles sans contraception hormonale, j’étais en vacances ; j’avais tellement mal au ventre que je pensais avoir fait une intoxication alimentaire. J’avais des sueurs froides, je n’ai pas dormi de la nuit, se souvient-elle. La seconde fois, j’étais au travail et je ne pouvais tout simplement plus me lever. Quand j’ai manqué perdre connaissance, une collègue a dû me raccompagner chez moi où je suis restée au lit toute la journée. » Après un rendez-vous avec sa gynécologue et une échographie, le verdict tombe : endométriose. Comme Kahina, une femme sur 10 souffre en France de cette maladie liée à la prolifération des cellules de l’endomètre, la muqueuse qui tapisse l’intérieur de l’utérus, à l’extérieur de celui-ci. Des millions d’autres sont atteintes de douleurs prémenstruelles, du syndrome des ovaires polykystiques, d’un syndrome dysphorique prémenstruel ou d’autres troubles extrêmement courants – et pourtant peu ou pas reconnus. Où



© iStock

⬇ Les crampes menstruelles peuvent être assez intenses pour empêcher la station debout et provoquer des vomissements.

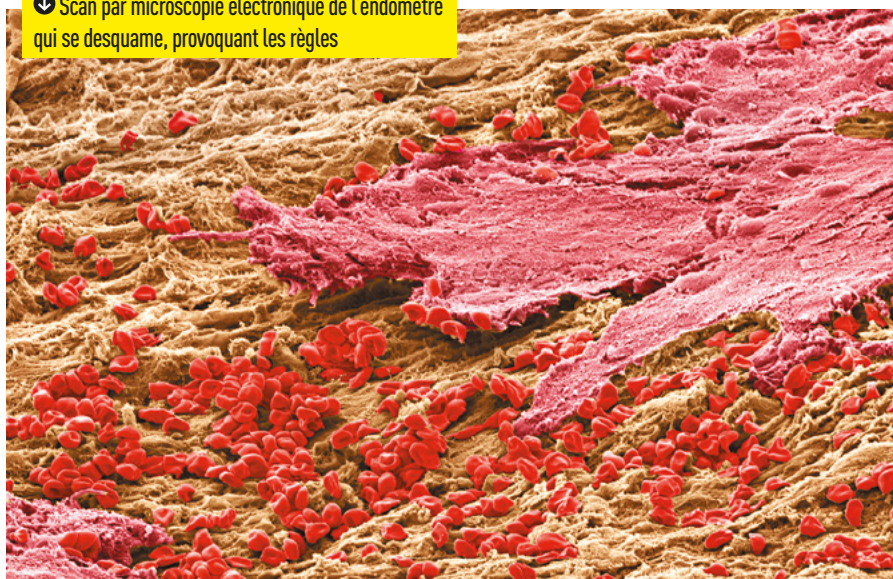
en sont les recherches pour mieux comprendre les mécanismes de ces maladies et leurs répercussions sur la santé et la vie des femmes ? Où en sommes-nous de la prévention, du diagnostic, de leur prise en charge ? Des politiques de santé publique existent-elles pour mieux y faire face ou, tout simplement, les faire reconnaître pleinement par la société ?

L’ordinaire des souffrances privées

Il y a des symptômes que 80 % des femmes connaissent bien : rétention d’eau, masto-

dynies – des douleurs aux seins caractéristiques –, céphalées, troubles intestinaux, fatigue, émotivité, puisqu’elles en font l’expérience avant ou au début des règles. Des troubles psychiques peuvent aussi être au rendez-vous, comme une humeur dépressive. Chez environ un tiers des femmes, les symptômes sont si sévères qu’on parle de syndrome prémenstruel, ou SPM. Et pour 5 % des cas, ils constituent un handicap qui peut avoir un impact majeur sur la vie personnelle et professionnelle, car les symptômes sont analogues à ceux d’un épisode dépressif majeur : c’est le trouble dysphorique prémenstruel (TDPM). « Malgré leur prévalence importante, les douleurs liées aux règles, appelées dysménorrhées, ainsi que d’autres troubles gynécologiques comme les incontinences urinaires qui touchent les femmes n’ont jamais été considérés comme un sujet intéressant à étudier, constate **Virginie Ringa**, chercheuse épidémiologiste au sein du Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations (CESP) à Villejuif. Ce ne sont pas des maladies dangereuses, elles ne mettent pas la vie en danger, et

⬇ Scan par microscopie électronique de l’endomètre qui se desquame, provoquant les règles



© Steve Gschmeisner / Science photo library

*Les récits de patientes, anonymes, ont été recueillis suite à un appel à témoignages.

Virginie Ringa : unité 1018 Inserm/Université Paris-Saclay

⌘ K.T. Zondervan et al. *N Engl J Med.* 26 mars 2020 ; doi : 10.1056/NEJMra1810764

⌘ R.C. Martin-Du-Pan. *Rev. Med. suisse*, 11 août 2010 ; 258 (4), 1517

⌘ F. Bianchi-Demicheli. *Rev. Med. suisse*, 8 février 2006 ; 52 (9), 393-9

elles ne concernent que les femmes. Je n'ai jamais eu connaissance d'un appel à projets qui porte sur les dysménorrhées, par exemple. » Au-delà du désintérêt sociétal et scientifique pour ces thèmes, il est très difficile pour les chercheurs, qui sont dépendants des budgets de recherche, de travailler sur des projets qui concernent la santé gynécologique et sexuelle sans financement dédié. Sans compter que les femmes elles-mêmes semblent avoir intégré le peu d'attention portée à ces troubles perçus, par défaut, comme anodins. « Lorsqu'on interroge les femmes sur les douleurs liées aux règles, on constate que nombre d'entre elles les trouvent normales et acceptables. Dès l'enfance, on leur a inculqué que les règles sont censées être pénibles, qu'il s'agit d'un mal nécessaire, poursuit la chercheuse. Une des conséquences de cela est que les femmes rapportent rarement à leurs médecins l'existence de ces douleurs, dont la cause ne sera pas recherchée et qui ne seront donc pas traitées. » Et ce d'autant plus quand les règles sont considérées comme un sujet privé, voire honteux ; s'en plaindre, ce serait exagérer, ne pas se conformer à un tabou commun

**Voir Magazine de L'Inserm n°50, Grand angle « Le ventre. Une attention méritée ? », p. 24-35

François Margueritte, Xavier Fritel, Arnaud Fauconnier : unité 1018 Inserm/Université Paris-Saclay

F. Margueritte et al. J Clin Med, 3 juin 2021 ; doi : 10.3390/jcm10112481

à toutes les femmes. Paradoxalement, on a pourtant affaire à une souffrance presque universelle, qui ne se dit pas sur le plan individuel.

François Margueritte, gynécologue-obstétricien à Poissy et chercheur au sein du CESP, aux côtés de ses collègues Virginie Ringa, **Xavier Fritel** et **Arnaud Fauconnier**, fait partie des scientifiques qui ont, en dépit des contraintes, travaillé sur les douleurs pelviennes – dans le cadre d'une étude fondée sur la cohorte Constances, qui regroupe plus de 21 000 femmes âgées de 18 à 49 ans.

Des douleurs partout où l'on regarde

L'analyse des résultats, publiés cette année, a confirmé ce que le chercheur pressentait : la prévalence des algies pelviennes, ces douleurs diffuses ressenties au niveau du bas ventre, est largement sous-estimée : 39,8 % des femmes interrogées ont ainsi affirmé souffrir de dysménorrhées modérées à sévères. Ces douleurs liées aux règles semblent particulièrement toucher les plus jeunes, 20,3 % du sous-groupe de femmes âgées de 18 à 24 ans évoquant des dysménorrhées sévères. Les dyspareunies, soit les douleurs pendant les rapports sexuels, affectent quant à elles « souvent » ou « toujours » 7,9 % des femmes entre 18 et 49 ans et jusqu'à 12,8 % des plus jeunes. Quant aux douleurs pelviennes chroniques et non liées aux règles, elles touchent 17 % d'entre elles. « Les algies pelviennes



⬆ Photographie de Karl Rokitsansky (1804-1878), médecin pathologiste, qui a décrit dès 1860 « la présence de muqueuse utérine en dehors de l'utérus »

©Welcome collection

peuvent avoir des causes très diverses, rappelle le spécialiste. Elles peuvent être liées à un syndrome prémenstruel, à de l'endométriose, à des causes intestinales comme par exemple une maladie inflammatoire chronique de l'intestin**, à un problème urinaire, aux conséquences d'une chirurgie,

Le syndrome des ovaires polykystiques : une maladie sans traitement

Pour les femmes engagées dans un processus d'assistance médicale à la procréation, le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) est bien connu. C'est la première cause d'infertilité féminine : 50 % des femmes qui présentent un SOPK sont infertiles. Il est causé par un dérèglement hormonal d'origine ovarienne, ou provoqué par le cerveau. Résultat : une production excessive d'hormones androgènes, dont la testostérone. Celle-ci entraîne la formation de « kystes » au niveau des ovaires

– en réalité une multitude de follicules contenant les ovocytes en maturation qui ne parviennent jamais à se développer normalement, et bloquent l'ovulation. Mais les symptômes du SOPK, qui touchent 10 % des femmes en âge de procréer, sont plus vastes encore. Du fait de la production excessive de testostérone, une hyperandrogénie peut se développer, marquée notamment par une hyperpilosité, de l'acné et une chute de cheveux. Certaines femmes présentent aussi un syndrome métabolique, marqué par un surpoids, une dyslipidémie**, une hypertension artérielle, des troubles de la glycémie, qui peuvent entraîner à terme une insulino-résistance et un diabète, lesquels augmentent à leur tour le risque de maladies cardiovasculaires. Quid du

traitement ? Il n'y en a tout simplement pas. Les seules solutions envisagées consistent à traiter les symptômes.

⬇ Reconstitution d'un ovaire recouvert de follicules au développement inachevé, qui perturbent le fonctionnement normal de l'organe et sont susceptibles de bloquer l'ovulation



⚡ **Dyslipidémie** : élévation du taux de lipides et de lipoprotéines dans le sang

©Albireo - stock

à des malformations génitales. » Parfois, les causes ne sont pas organiques, mais liées à un dysfonctionnement au niveau du système nerveux central, à l'origine de douleurs chroniques ou d'une réaction accrue à la douleur. Il faut également rappeler que les femmes ayant subi ou subissant des violences sexuelles sont très nombreuses, et que ces épisodes ont des répercussions à long terme sur le vécu des relations sexuelles, le rapport au corps et à la douleur. On estime que 94 000 femmes âgées de 18 à 75 ans sont, au cours d'une année, victimes de viols et/ou de tentatives de viol ; une enquête de l'Inserm sur la sociologie des

violences sexuelles rapporte que 1,8 million de femmes ont été abusées avant l'âge de 18 ans dans différentes sphères de socialisation. « Du fait de cette variété de causes à l'origine des symptômes douloureux, le diagnostic étiologique est parfois difficile à poser, reconnaît François Margueritte. L'interrogatoire de la patiente par le soignant va être primordial : déterminer depuis quand les douleurs existent, de quels types de douleurs il s'agit, quand elles surviennent dans le cycle menstruel, si elles sont liées ou non aux rapports sexuels. Il permet aussi d'identifier l'ampleur du retentissement que ces douleurs ont dans la vie des femmes : celui-ci peut être très important – arrêts de travail, isolement social, éloignement intime – et nécessiter un traitement contre la douleur. »

Mettre le doigt sur les causes exactes des algies pelviennes est souvent une épreuve.

❖ **Circulation péritonéale.** Circulation du liquide péritonéal, qui permet de lubrifier les viscères et est secrété dans la cavité abdominale

Marina Kvaskoff : unité 1018 Inserm/Université Paris-Saclay

arretonstlesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel/chiffres-de-reference-violences-faites-aux-femmes

N. Bajos, J. Ancian, J. Tricou, A. Valendru (Inserm/Iris/EHESS) ; *Sociologie des violences sexuelles au sein de l'Église catholique en France (1950-2020)*, septembre 2021

V. Ghai et al. *J. Obstet Gynaecol.*, 22 juillet 2019 ; doi : 10.1080/01443615.2019.1603217

embryology.ch/francais/gnidation/rote01.html

« La méconnaissance de l'endométriose va plus loin que le grand public et touche l'ensemble de la communauté médicale, car de nombreuses spécialités sont en réalité potentiellement concernées »

C'est notamment le cas lorsqu'il s'agit de diagnostiquer l'endométriose, cause numéro 1 de ces douleurs très envahissantes. En moyenne, il ne se passe pas moins de sept années entre le début des symptômes et le diagnostic de cette maladie ! Lorsque **Marina Kvaskoff**, épidémiologiste

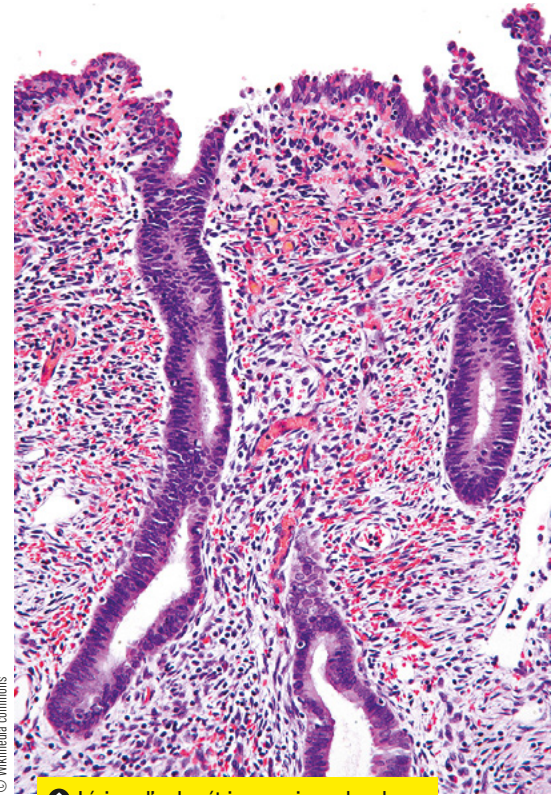
au sein de l'équipe Exposome, hérédité, cancer et santé du CESP, a commencé à s'intéresser à l'endométriose, elle a très vite été interpellée par le vécu des femmes face à cette maladie. « L'endométriose n'est pas nouvelle ; elle englobe un ensemble de symptômes observés depuis l'Antiquité, et a été décrite en 1860 par un médecin autrichien, rappelle la spécialiste. Malgré cela, on a toujours considéré les femmes qui s'en plaignaient comme "hystériques". Ce déni est bien sûr lié aux tabous qui touchent à l'intimité, à la minimisation de la douleur gynécologique des femmes et à un manque d'écoute flagrant de cette souffrance. Mais quand une algie ne passe pas avec des médicaments antidouleur, quand elle interfère avec le quotidien, que la femme ne peut travailler ni rien faire d'autre, qu'elle reste couchée, qu'elle vomit, que sa vie intime est affectée, il y a bien une maladie qu'il faut prendre en charge. »

Comment expliquer qu'un trouble décrit il y a 161 ans déjà soit encore si souvent réduit au silence ? « La méconnaissance de cette maladie va plus loin que le grand public et touche aussi les médecins généralistes, les gynécologues, les sages-femmes et l'ensemble de la communauté médicale, car de nombreuses spécialités sont en réalité potentiellement concernées par l'endométriose », avance la chercheuse.

Une maladie emblématique de la santé gynécologique

L'endométriose est en effet un ovni médical : elle est caractérisée par la présence de cellules de l'endomètre, la muqueuse qui recouvre l'utérus, à l'extérieur de l'organe dont elles font pourtant partie intégrante. Du fait de cette particularité, elle est parfois comparée, à tort, aux cancers à métas-

tas – ces amas de cellules malignes qui se propagent à différents endroits du corps. L'endométriose n'a pourtant rien de commun avec les cancers. Mais en effet, les cellules endométriales, ou lésions endométriales, sont capables de voyager vers tous les organes ou presque, vraisemblablement en suivant la circulation péritonéale ou la circulation sanguine : les ovaires, où elles peuvent être à l'origine d'hypofertilité ; le système digestif, par exemple dans le cul-de-sac de Douglas, une zone délimitée par l'espace entre le vagin et le rectum, où elles peuvent donner des douleurs lors de la défécation ; les poumons, où elles peuvent engendrer une gêne respiratoire voire des pneumothorax ; mais aussi la vessie, les membres, le cerveau, les glandes lacrymales... Kahina, elle, souffrait de douleurs au ventre mais, plus étrangement, également au niveau de la jambe. « J'avais la sensation d'avoir une sciatique. Il s'est avéré qu'un kyste de 7 cm était présent sur l'ovaire gauche, mais j'avais aussi des lésions sur les ligaments utéro-sacrés, qui relient l'utérus au sacrum », décrit-elle. Comment ces lésions apparaissent-elles ?



© Wikimedia commons

⬆ Lésions d'endométriose au niveau du col de l'utérus

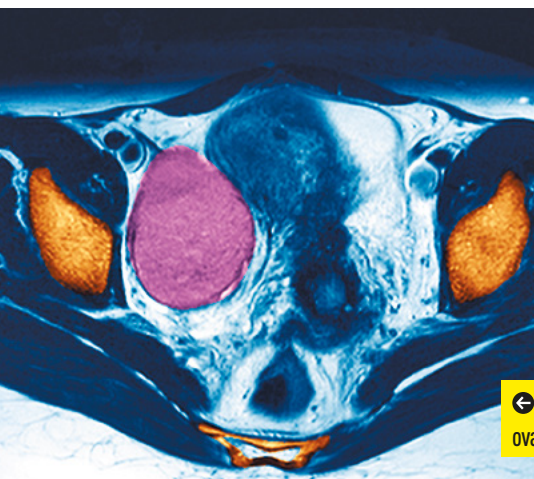
tases – ces amas de cellules malignes qui se propagent à différents endroits du corps. L'endométriose n'a pourtant rien de commun avec les cancers. Mais en effet, les cellules endométriales, ou lésions endométriales, sont capables de voyager vers tous les organes ou presque, vraisemblablement en suivant la circulation péritonéale ou la circulation sanguine : les ovaires, où elles peuvent être à l'origine d'hypofertilité ; le système digestif, par exemple dans le cul-de-sac de Douglas, une zone délimitée par l'espace entre le vagin et le rectum, où elles peuvent donner des douleurs lors de la défécation ; les poumons, où elles peuvent engendrer une gêne respiratoire voire des pneumothorax ; mais aussi la vessie, les membres, le cerveau, les glandes lacrymales... Kahina, elle, souffrait de douleurs au ventre mais, plus étrangement, également au niveau de la jambe. « J'avais la sensation d'avoir une sciatique. Il s'est avéré qu'un kyste de 7 cm était présent sur l'ovaire gauche, mais j'avais aussi des lésions sur les ligaments utéro-sacrés, qui relient l'utérus au sacrum », décrit-elle. Comment ces lésions apparaissent-elles ?

« Comme tous les tissus de l'organisme, l'endomètre a des capacités de régénération. De la même manière que les cellules de la peau se renouvellent, celles de l'endomètre sont éliminées au moment des règles et sont ensuite remplacées pendant la phase folliculaire du cycle menstruel, au cours de laquelle elles vont atteindre une épaisseur maximale pour permettre la nidation d'un éventuel embryon, et être de nouveau éliminées si il n'y a pas eu fécondation », explique **Daniel Vaiman**, directeur de recherche et responsable de l'équipe From gametes to birth à l'institut Cochin à Paris. Les cellules permettant cette régénération sont des cellules souches, c'est-à-dire des cellules qui, en fonction de l'environnement dans lequel elles se développent et des signaux moléculaires qu'elles reçoivent, pourront se différencier en telle ou telle cellule spécialisée. Les cellules souches responsables du renouvellement de l'endomètre ne sont cependant pas des cellules totipotentes : elles sont simplement pluripotentes, ce qui implique qu'elles sont intrinsèquement programmées pour fabriquer des cellules de l'endomètre. « Ce détail a son importance pour comprendre une des origines possibles de l'endométriose, précise le spécialiste. Celle-ci serait due à une remontée, au moment des règles, des cellules souches endométriales vers les

❖ **Phase folliculaire.** Phase au cours de laquelle les ovaires se préparent à libérer un ovule et qui dure en moyenne du 1^{er} au 14^e jour du cycle menstruel.

❖ **Cellule totipotente.** Cellule capable de produire un embryon entier, mais également le placenta et le cordon ombilical qui l'accompagne

Daniel Vaiman : unité 1016 Inserm/CNRS/Université de Paris



← Endométriose (en bleu) et kyste ovarien (en violet) vus par IRM

trompes, ce qui leur permettrait de quitter l'utérus et se s'implanter ailleurs, dans d'autres organes, puis de reconstituer à ces endroits des tissus semblables à ceux de l'endomètre, les fameuses lésions endométriales. Si ces cellules souches échappées de l'endomètre étaient totipotentes, elles seraient sensibles aux signaux de leur nouvel environnement et se différencieraient en cellules ovariennes, intestinales, de la vessie... Mais ça n'est pas le cas : ce sont réellement des cellules au comportement semblable à celles de l'endomètre qui se développent à distance de l'utérus. » Ces cellules sont, comme leurs parentes restées dans la cavité utérine, sensibles aux différents stimuli hormonaux, qui varient chez la femme au fur et à mesure de l'avancée dans le cycle menstruel. Ainsi, les lésions se comportent de façon cyclique, comme dans l'utérus : elles vont successivement proliférer, saigner et laisser des cicatrices à chaque cycle menstruel. De la même manière que des douleurs apparaissent au niveau pelvien avant et au début des règles, des douleurs peuvent aussi survenir au niveau des lésions endométriales – ce caractère cyclique des douleurs est d'ailleurs un des critères qui permet d'orienter le diagnostic vers l'endométriose, même si des algies peuvent aussi apparaître en dehors des règles, lorsque les patientes ont des rapports sexuels, urinent ou défèquent – la lésion constitue alors une gêne mécanique tout au long du cycle. Et lorsque les lésions sont particulièrement bien innervées, les douleurs n'en sont que plus intenses.

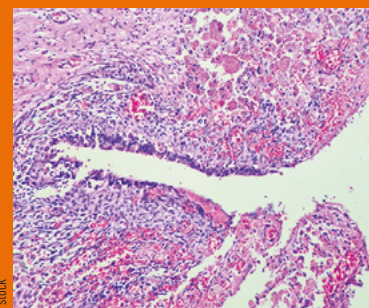
L'enquête est en cours

Si cette hypothèse de la remontée des cellules endométriales est la plus mise en avant, d'autres sont sérieusement étudiées. C'est le cas de la piste du défaut de l'embryogénèse. « Lors du développement de l'embryon, les cellules se spécialisent et les différents tissus se mettent en place. Certains tissus pourraient être "mal programmés", et du tissu endométrial serait alors dispersé, explique Marina Kvaskoff. Des autopsies pratiquées sur des fœtus non viables vont dans le sens de cette hypo-

Pourquoi l'endométriose peut-elle causer une infertilité ?

Les liens entre endométriose et reproduction ne sont pas encore clairement établis, mais l'infertilité pourrait être causée par la présence d'amas de tissus endométriaux au niveau des ovaires ou des trompes, lesquels créeraient une barrière physique empêchant la fécondation. En 2014, Daniel Vaiman et ses collègues de l'institut Cochin à Paris avaient montré que l'endomètre des patientes qui souffrent d'endométriose avaient également des caractéristiques inflammatoires différentes de celui des femmes ne présentant pas cette maladie. Ils avaient notamment remarqué que l'expression des gènes impliqués dans le métabolisme de certaines molécules inflammatoires, comme les prostaglandines, était plus importante chez les patientes endométriosiques : trois des quatre gènes codant pour les récepteurs aux prostaglandines étaient ainsi 10 à 20 fois surexprimés dans l'endomètre. En se concentrant sur les lésions endométriales, les chercheurs avaient remarqué que le taux d'expression y était multiplié par 40 ! Même constat pour une enzyme essentielle à la synthèse des prostaglandines, dont l'expression s'envole chez les patientes qui présentent de l'endométriose (10 fois plus que chez les contrôles). Cette inflammation permet-elle d'expliquer le développement d'endométriose et l'infertilité associée ? Les recherches se poursuivent.

P. Santulli et al. *J Clin Endocrinol Metab.*, 1^{er} mars 2014 ; doi : 10.1210/jc.2013-2950



↑ Un ovaire recouvert de lésions d'endométriose, et dont le fonctionnement est perturbé par les saignements

thèse : on a retrouvé chez 10 % d'entre eux des lésions d'endométriose, un taux identique à celui des femmes adultes souffrant de cette pathologie, ce qui impliquerait que ces lésions seraient présentes dès le stade embryonnaire, et donc avant même les premières règles. » La chercheuse reste néanmoins prudente. « La physiopathologie de cette maladie est de toute manière encore si mal connue que de nombreuses portes restent ouvertes, assure-t-elle. L'endométriose est très hétérogène, tant dans ses manifestations, dans la localisation des lésions, que dans la temporalité de son apparition. Aucune des hypothèses avancées jusque-là n'explique tous les cas, toutes les formes différentes observées en clinique. Il n'est à ce jour pas exclu de penser que différentes causes puissent expliquer différentes lésions », et donc que l'on aurait affaire à plusieurs maladies différentes. L'hétérogénéité de l'endométriose explique en partie les difficultés à la diagnostiquer encore aujourd'hui. Tout d'abord, l'importance des lésions n'est pas

forcément liée à l'intensité des douleurs : une femme avec peu de lésions pourra souffrir de douleurs intenses, alors qu'une autre, présentant de très nombreuses lésions, sera asymptomatique. Les lésions prennent aussi différentes formes. Ce peut être des kystes ovariens endométriosiques, remplis de tissu endométrial, visibles à l'échographie endovaginale ou à l'IRM. Un peu plus difficiles à observer, les lésions dites profondes sont implantées à plus de 5 mm dans les tissus. Quant aux lésions superficielles, souvent installées sur le péritoine, l'enveloppe recouvrant la cavité abdominale et les viscères qu'elle contient, elles sont difficiles à repérer par imagerie, et ce d'autant plus si la femme est jeune – les lésions ne sont alors pas pigmentées et gagnent en couleur avec le temps, au fur et

à mesure de l'accumulation de sang. Elles sont parfois diagnostiquées fortuitement, souvent à l'occasion d'un bilan de fertilité lorsqu'une femme rencontre des difficultés à concevoir un enfant, ou dans des circonstances plus dramatiques...

« L'endométriose est très hétérogène, tant dans ses manifestations, dans la localisation des lésions, que dans la temporalité de son apparition »

C'est le cas de Julie*, qui se plaignait d'algies pelviennes importantes associées à la période des règles, et ce depuis de nombreuses années. Sa souffrance n'avait jamais été entendue par les différents médecins qu'elle avait consultés. Habitée à ces douleurs, elle ne réalise pas, lors d'un énième épisode, qu'elle est en train de faire une crise d'appendicite, laquelle ne sera pas

traitée tout de suite et dégènera en péritonite. Opérée en urgence, le chirurgien lui fait part de son étonnement, à la suite de l'intervention, qu'elle n'ait pas encore été opérée d'importantes... lésions endométriales. Ses douleurs chroniques n'avaient rien de « normales » et cette normalisation a eu de graves conséquences pour la patiente : installation de douleurs chroniques, développement d'une péritonite, dont l'issue aurait pu être fatale, et hypofertilité causée par l'endométriose. Il y a une dizaine d'années, le traitement de l'endométriose passait encore souvent par la chirurgie. Aujourd'hui, la prise en charge a évolué. « Les traitements sont de moins en moins chirurgicaux, car le rapport bénéfice/risque peut être défavorable. On propose aux patientes des antalgiques pour limiter la douleur et des traitements hormonaux pour supprimer les règles, et par là de nombreuses douleurs liées aux lésions d'endométriose. La chirurgie s'envisage normalement quand elle devient incontournable car les douleurs persistent malgré les traitements médicamenteux et sont trop handicapantes », détaille Marina Kvaskoff. Pour parvenir à cet objectif de tendre vers de moins en moins de chirurgie, les spécialistes visent un diagnostic de plus en plus précoce. Auparavant, le pic de diagnostic se situait autour de 40 ans, très certainement en lien avec des difficultés pour tomber enceinte. Mais l'incidence la plus importante se trouve désormais chez les plus jeunes et tend à diminuer avec l'âge – la maladie devient souvent silencieuse après la ménopause. « Derrière cette ambition de diagnostiquer la maladie de plus en

LES RÈGLES C'EST NATUREL PAS LA DOULEUR

LES RÈGLES DOULOUREUSES PEUVENT ÊTRE LE SYMPTÔME DE L'ENDOMÉTRIOSE PREMIÈRE CAUSE D'INFERTILITÉ

INFO-ENDOMETRIOSE.FR

© info-endometriose.fr

Logos of partners: INSERM, UNIVERSITÉ DE BORDEAUX, HEBER, L'ORÉAL, JDOCOM, ARTIS, FRAZIER, ELLE.

En 2016, l'association Info-Endométriose lance la première campagne nationale d'information et de sensibilisation à l'endométriose, pour toucher le grand public et les professionnels de santé.

Sur la piste des facteurs de risque

Plusieurs études ont permis l'identification de variations génétiques associées à la maladie. Une vingtaine de gènes serait impliquée, mais ils n'expliquent que 6 % des cas d'endométriose : de très nombreuses femmes porteuses de ces variations génétiques ne développeront pas du tout la maladie. « On peut imaginer que les mutations génétiques liées à l'endométriose ont été, au cours de l'évolution, assez délétères puisque cette maladie peut engendrer des difficultés à se reproduire. Du fait de cette incapacité à concevoir, les mutations n'ont pas pu passer à la descendance et ont été en partie éliminées. Or, pour rechercher des variations génétiques, il faut comparer deux groupes bien définis, les femmes endométriosiques, et celles qui ne le sont pas : c'est très difficile à faire car de nombreuses femmes sont asymptomatiques », explique le directeur de recherche Daniel Vaiman. En 2012, il a enquêté sur les particularités épigéné-

tiques associées à l'endométriose. Ces marqueurs correspondent à de petites molécules qui, sous l'influence de facteurs environnementaux, réorganisent le repliement de la molécule d'ADN et modifient sa lecture, et ainsi l'expression des gènes. Avec d'autres chercheurs, il a notamment découvert des différences de méthylation de l'ADN entre les cellules des lésions et celles de l'endomètre normal des patientes. Vecteurs de ces particularités épigénétiques, différentes versions de l'enzyme DNMT3L : la présence de l'une de ces versions multiplie par sept le risque de développer la maladie. En 2018, une autre étude, à laquelle a participé Marina Kvaskoff, épidémiologiste au CESP, a fait le point sur les facteurs exogènes de prédisposition à l'endométriose. Parmi ceux-ci, un âge précoce lors des premières règles, des cycles menstruels courts, un faible poids à la naissance et un indice de masse corporelle faible.

✍ B. Borghese et al. *Am J Pathol.*, mai 2012 ; doi : 10.1016/j.ajpath.2012.01.009

✍ A.L. Shafir et al. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.*, 3 juillet 2018 ; doi : 10.1016/j.bpobgyn.2018.06.00

naissance, les premières règles ou apparaissent-elles plus tard ? Quels sont les facteurs de prédisposition à la maladie ? Pourquoi certaines femmes développent-elles des symptômes et pas d'autres, alors que le reflux de cellules endométriales serait présent chez toutes les patientes, ou presque ? « Jusqu'à peu, cette maladie était noyée dans le programme des études de médecine : désormais c'est un sujet à part entière, ce qui devrait permettre aux nouvelles générations d'acteurs de la santé d'être plus attentifs à ces douleurs, à leur diagnostic et à leur prise en charge », précise François Margueritte.

Quant à sa collègue Marina Kvaskoff, elle s'intéresse aux conséquences de la maladie sur la qualité de vie à court et à long terme, et notamment à l'association de l'endométriose à d'autres maladies, tels que les cancers. Plusieurs études ont en effet rapporté à un risque plus élevé de développer un cancer parmi les patientes qui souffrent d'endométriose. En 2021, la chercheuse et ses collègues ont publié une méta-analyse qui étudiait 49 travaux antérieurs portant sur cette association. Verdict : l'endométriose est associée à un risque plus élevé de développer un cancer des ovaires et de la thyroïde, et de façon plus faible, à un cancer du sein. « Il faut noter que la majorité des études que nous avons analysées étaient d'une qualité insuffisante, car leur méthodologie comportait des risques

✍ M. Kvaskoff et al. *Hum Reprod Update.*, 19 février 2021 ; doi : 10.1093/humupd/dmaa045

plus tôt, il y a l'idée selon laquelle elle est plus facile à traiter à un stade peu avancé. Ou c'est en tout cas ce que l'on suppose... L'idée est de mobiliser les acteurs du parcours médical dans les écoles, les lycées, les facs, comme les infirmières et les médecins scolaires, afin de développer un screening précoce », espère François Margueritte.

Vers une stratégie nationale

En mars 2019, la ministre de la Santé Agnès Buzyn avait lancé un plan visant un diagnostic précoce de l'endométriose. Mais avec la crise sanitaire de la Covid-19, la mise en place de filières régionales conçues pour rassembler des spécialistes de la maladie a pris du retard. Deux ans plus tard, Olivier Véran a annoncé une future stratégie nationale contre l'endométriose, en cours d'élaboration. Celle-ci ambitionne de relever plusieurs défis : communiquer sur la maladie, améliorer sa détection, le parcours de soins des patients et leur

prise en charge, et poursuivre les efforts de recherche. Car les questions sont encore nombreuses. Outre les mécanismes physiopathologiques qui la sous-tendent, on ne sait toujours pas si les lésions progressent au fur et à mesure des cycles menstruels. Demeurent-elles stables ou peuvent-elles regresser ? Sont-elles présentes dès la



➔ EndoMarch a pour but de mieux faire connaître l'endométriose, qui touche 180 millions de femmes dans le monde. Ici, une manifestation à Paris en 2019.



➔ Vue par microscopie électronique de cellules anormales du col de l'utérus retrouvées dans un frottis de dépistage : les koilocytes. On les reconnaît à leur noyau hyperchromatique excentré.

©Alodie stock

importants de biais », pointe la chercheuse. D'après elle, il faut aussi prendre garde à ne pas trop faire « parler » les chiffres : le risque de cancer de l'ovaire serait par exemple 93 % plus élevé chez les femmes endométriosiques, et 39 % plus élevé pour le cancer de la thyroïde. « *Mais le risque absolu de développer un cancer de l'ovaire n'est que de 1,3 % et passe donc à 2,5 % en cas d'endométriose. Pour le cancer de la thyroïde, on passe de 1,3 à 1,8 %. Cela reste peu et signifie que 97,5 % des femmes atteintes d'endométriose n'auront pas de cancer de l'ovaire au cours de leur vie, et 98,2 % n'auront pas de cancer de la thyroïde* », rassure la spécialiste.

Dans la galaxie des cancers spécifiques aux femmes

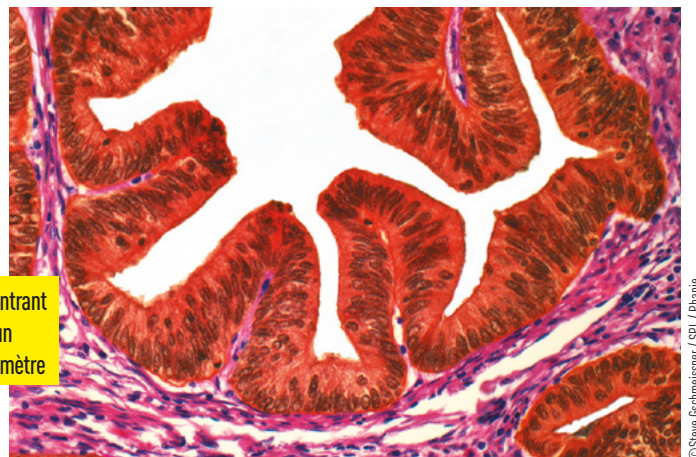
Contrairement aux troubles gynécologiques chroniques, si mal reconnus, les cancers intéressent davantage la recherche, peut-être parce qu'ils constituent une entité plus familière et plus menaçante, bien distincte des souffrances privées. Et s'il en est un dont les chiffres sont sans équivoque, c'est bien celui du cancer du col de l'utérus. Après le cancer du sein, il s'agit du second cancer le plus fréquent chez la femme à l'échelle mondiale : près de 500 000 nouveaux cas et 250 000 à 300 000 décès sont répertoriés tous les ans. En France aussi, 3 000 nouveaux cas sont

diagnostiqués tous les ans, et 1 000 victimes recensées. Sa particularité : il survient exclusivement après l'infection par des souches de virus appartenant à la famille des papillomavirus, le HPV, pour *Human Papillomavirus*. Cette famille est vaste : quelque 200 génotypes différents ont été répertoriés, certains se transmettant par contact cutané et infectant la peau, d'autres sexuellement transmissibles et potentiellement plus dangereux. Le papillomavirus n'est cependant pas une maladie en soi : 80 % des femmes et des hommes seraient exposés au cours de leur vie aux diverses souches de papillomavirus humain, très souvent au cours des premières années de leur vie sexuelle – lorsque les partenaires sont plus nombreux. Pour autant toutes les femmes ne vont pas déclarer un cancer du col de l'utérus : d'après les données renseignées dans les registres des cancers du réseau Francim, l'incidence, c'est-à-dire le nombre de nouveaux cas sur une année, est de 6,1 pour 100 000 personnes. Les pics de diagnostic et de décès, qui surviennent respectivement à 53 puis 64 ans, illustrent également la dynamique temporelle de l'infection et de son évolution.

Les manifestations les plus visibles de la contamination par le virus sont des verrues génitales, appelées condylomes acuminés. Plusieurs génotypes sont responsables de ces affections cutanées, tels les HPV 6 et 11. À la manière des verrues plantaires, les condylomes peuvent apparaître et disparaître tout au long de la vie, mais régressent dans 90 % des cas de manière spontanée. Laurence*, 40 ans, a souffert pendant deux années de ces condylomes. « *Ça a été une expérience vraiment difficile. Le premier gynécologue que j'ai consulté ne*

m'a rien expliqué, si ce n'est que c'était des "verrues" et que je devais avoir de très nombreux partenaires puisque c'était une maladie de "prostituées". Je me suis sentie tellement honteuse... La seconde gynécologue a tenté de traiter ces "verrues" à l'azote liquide, mais elle a renouvelé le traitement tous les jours pendant trois jours, ce qui est une fréquence bien trop rapprochée : cela m'a abîmé la peau et a nécessité que j'ai recours à des soins infirmiers. J'ai enfin correctement été prise en charge lorsque je me suis rendue dans un centre spécialisé sur les maladies sexuellement transmissibles, à l'hôpital Saint-Louis à Paris », se souvient-elle. Le traitement par crème ou azote liquide, renouvelé un plus ou moins grand nombre de fois, peut suffire à venir à bout de ces condylomes... mais ceux-ci peuvent réapparaître quelques semaines, mois ou années plus tard – à la manière du virus de l'herpès, en sommeil dans l'organisme et dont les manifestations extérieures resurgissent à la faveur d'épisodes de fatigue ou de stress par exemple.

Lorsque des signes de l'infection sont encore présents deux ans après le premier diagnostic, c'est souvent parce que d'autres génotypes comme les HPV 16, 18, 31, 33 et 45 sont impliqués (une vingtaine de génotypes sont liés à des anomalies cellulaires) : ce ne sont pas seulement des condylomes, mais des anomalies cellulaires qui apparaissent au niveau de la muqueuse du col de l'utérus, lesquelles peuvent évoluer en lésions tout d'abord précancéreuses et, 10 à 15 ans plus tard, vers un cancer. D'après l'Institut national du cancer, près de 35 000 lésions précancéreuses ou cancéreuses du col de l'utérus sont dépistées



➔ Coupe histologique montrant un cancer de l'utérus, ici un adénocarcinome de l'endomètre

©Steve Ischmaissner / SPL / Phanie

pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/cancer-du-col-uterus-papillomavirus

➔ Santé publique France, *Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018 - Volume 1 : Tumeurs solides. Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim*, 5 juillet 2019



⌚ Le frottis cervico-vaginal est un test mis au point dans les années 1920 simultanément par le médecin grec Georgios Papanikolaou et le médecin roumain Aurel Babes. Il peut être vécu comme un examen pénible.

médecin, faire garder ses enfants, s'organiser avec le travail... Le dépistage passe souvent à la trappe. » Indépendamment du niveau social, les femmes en surpoids ou obèses se détournent également de ce suivi, de même que les femmes lesbiennes. « Derrière ces constats, les explications sont multiples, avance la spécialiste. On peut citer le tabou que peut représenter le dépistage, lequel nécessite de faire un prélèvement au niveau du col de l'utérus, affectant l'intimité. Il y a aussi la difficulté à montrer son corps quand on souffre de problème de poids. Certaines femmes ont aussi peur des douleurs que cela peut engendrer. Quant aux jeunes femmes homosexuelles, elles ont moins recours à la contraception – on peut imaginer qu'elles consultent moins les gynécologues, sans compter la crainte exprimée par certaines d'entre elles de faire face à des soignants insuffisamment bienveillants vis-à-vis de leur sexualité. »

et traitées chaque année et nécessitent d'être suivies sur le long terme. Pourquoi certaines personnes éliminent-elles le virus et d'autres non ? Est-ce seulement lié aux souches de HPV en présence ? « On ne le sait pas, reconnaît Solène Vigoureux, gynécologue au sein du CESP. Les recherches montrent que, sur d'autres pathologies, le stress chronique joue, tout comme le fait d'être une femme d'un milieu social défavorisé. C'est probablement aussi le cas avec le HPV, même si on ne l'a pas clairement démontré. »

La santé sexuelle très étroitement liée aux inégalités

Pour prévenir la survenue du cancer du col de l'utérus, le dépistage par frottis du col utérin permet de déceler la présence de virus ou de cellules anormales. En France, les recommandations de la Haute Autorité de santé sont d'effectuer un tel frottis tous les trois ans chez toutes les femmes âgées de 25 à 65 ans, mais la réalité est plus complexe. Une étude, publiée en 2019, a analysé l'influence du mode de contraception sur la réalisation de frottis à la fréquence recommandée. Les chercheurs ont étudié les données issues de la cohorte Constances et inclus près de 17 000 femmes âgées de 25 à 50 ans. Résultat : 11,2 % des femmes questionnées ont admis être en retard dans leur schéma de dépistage. L'utilisation d'une contraception médicalement (dispositif intra-utérin, implant contraceptif ou pilule) ne semble pas avoir

d'incidence sur le délai en question, mais les femmes qui n'ont recours à aucune contraception, ou utilisent des contraceptifs non médicaux comme les préservatifs et les spermicides, accusent un retard de dépistage encore plus important. « Lorsque les femmes ont accès à des professionnels médicaux de santé, notamment pour renouveler leurs moyens contraceptifs, elles sont plus à même d'être à jour de ces frottis », commente Virginie Ringa. La chercheuse étudie depuis longtemps les facteurs influençant le recours des femmes à des professionnels de santé – dont l'adhésion au programme de dépistage du cancer du col. En 2010, elle a participé à un travail dirigé par Gwenn Menvielle, membre de l'Équipe de recherche en épidémiologie sociale (Eres) à Paris, et montré que des facteurs économiques défavorables – comme de faibles revenus, ou des épisodes de crises financières et d'un manque d'accès à la nourriture – affectaient considérablement le parcours de soin. « Les inégalités socioéconomiques jouent pleinement sur la prévention du cancer du col de l'utérus, analyse Virginie Ringa. Les femmes défavorisées sont celles qui effectuent le moins de frottis, et ce même si elles ont accès à un médecin traitant. Lorsqu'on rencontre des difficultés économiques et sociales, il faut trouver du temps pour aller chez le

« Les inégalités socioéconomiques jouent pleinement sur la prévention du cancer du col de l'utérus »

Se passer de consultation gynécologique ?

Solène Vigoureux a dirigé le mémoire d'une sage-femme, Elizabeth Lyonnais, sur les inégalités des femmes françaises vis-à-vis du dépistage du cancer du col de l'utérus suivant leur lieu de naissance. Cette dernière a examiné les données de l'enquête nationale périnatale de 2016, qui inclut plus de 13 000 femmes ayant accouché en France métropolitaine. 43 % d'entre elles étaient

Solène Vigoureux : unité 1018 Inserm/Université Paris-Saclay

Gwenn Menvielle : unité 1136 Inserm/Sorbonne université, Institut Pierre-Louis d'épidémiologie et de santé publique

🔗 e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Infections/Vaccination-contre-les-HPV-et-cancers

🔗 S. Mignot et al. *BMC Cancer*, 5 avril 2019 ; doi : 10.1186/s12885-019-5477-8

🔗 G. Menvielle et al. *Cancer Causes Control*, 20 mai 2014 ; doi : 10.1007/s10552-014-0397-z

en retard de dépistage, et parmi elles, 45 % n'avaient pas rattrapé ce retard pendant la grossesse, malgré le suivi gynécologique rapproché dont elles bénéficiaient au cours de celle-ci. L'analyse de ce « rattrapage » au cours de la grossesse a révélé des inégalités flagrantes.

Si le dépistage reposait jusque-là sur la nécessité de consulter un professionnel de santé, une nouvelle approche se développe : des campagnes régionales invitent désormais par courrier les femmes à aller se faire dépister, à confirmer ou non le statut de leur dépistage et, si rien n'est fait, elles sont relancées un an plus tard. Autre moyen complémentaire de prévenir le cancer du col de l'utérus : la vaccination, disponible en France depuis 2005. Celle-ci est depuis le 1^{er} janvier 2021 recommandée pour toutes les jeunes filles et pour tous les

jeunes garçons âgés de 11 à 14 ans révolus, soit avant les débuts de la vie sexuelle et d'une éventuelle primo-infection ; un rattrapage est aussi proposé entre 15 et 19 ans. Le vaccin commercialisé aujourd'hui en France protège contre différents génotypes, les HPV 16, 18, 31, 33, 45, 52 et 58, qui seraient mis en cause dans environ 90 % des cancers du col de l'utérus, 80 % des cancers de l'anus et 90 % des verrues ano-génitales, les condylomes. Dans certaines régions du monde, cette vaccination montre déjà ses effets très bénéfiques. L'Australie et la Nouvelle-Zélande ont ainsi atteint une très haute couverture vaccinale pour les deux sexes : près de 80 % des jeunes filles y sont vaccinées contre le papillomavirus humain depuis 2007-2008. Une étude publiée en 2019 estime que si cette situation se maintient, l'incidence devrait continuer à baisser de 4 cas pour 100 000 personnes chaque année, et le cancer du col de l'utérus pourrait ne plus être un problème de santé publique en Australie, dans moins de vingt ans. En Suède, une étude de 2020 utilisant les données du registre des cancers suédois, soit quelque 1,6 million de jeunes filles et de femmes âgées de 10 à 30 ans sur la période 2006-2017, a elle aussi démontré l'efficacité de la vaccination : les chercheurs ont dénombré seulement 47 cas pour 100 000 personnes chez les vaccinées.

➔ Depuis le 1^{er} janvier 2021, la vaccination contre les HPV a été étendue aux garçons de 11 à 14 ans. Si la vaccination des jeunes est réalisée avant le début de leur vie sexuelle, la protection apportée est proche de 100 %.

« En 1994, l'arrêt de la campagne de vaccination contre l'hépatite B dans les collèges, parce qu'un lien était suspecté, à tort, avec le développement de la sclérose en plaques, a laissé des traces durables »



© Adobe stock

En France, la situation est bien différente : d'après l'Institut national du cancer, en 2018 seules 24 % des jeunes filles avaient reçu un schéma vaccinal complet. « Une situation insuffisante et préoccupante, qui ne permet pas d'offrir une protection optimale de la population », estime l'institut. L'élargissement récent de la vaccination aux garçons devrait permettre de freiner la transmission du HPV – sous réserve là aussi que la couverture soit suffisante. Celle-ci reste en effet aujourd'hui très inférieure à l'objectif de 60 % pour 2019***, fixé dans le cadre du plan Cancer 2014-2019. « En France, l'hésitation vaccinale est ancienne, rappelle **Pierre Verger**, chercheur au sein de l'Observatoire régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur à Marseille. En 1994, l'arrêt de la campagne de vaccination contre l'hépatite B dans les collèges, parce qu'un lien était suspecté, à tort, avec le développement de la sclérose en plaques, a laissé des traces durables. »

Un renouveau de la santé sexuelle ?

En matière de prévention, **Philippe Martin**, chercheur en santé publique et spécialiste de la santé et des droits sexuels et reproductifs à l'université Paris-Diderot, a jeté son dévolu

sur les communautés en ligne. « Si l'on veut proposer une prévention adaptée aux jeunes, il faut se tourner vers leurs habitudes actuelles de sociabilisation, assure le jeune chercheur. Des communautés informelles se forment sur les réseaux sociaux, sur Instagram, sur des groupes Facebook fermés. Est-ce que l'institution peut s'emparer de ces processus d'éducation par les pairs via les communautés en ligne pour promouvoir la santé sexuelle en complément de stratégies plus traditionnelles ? » En 2017 a débuté le projet

*** Voir Magazine de l'Inserm n°46, Opinions « Papillomavirus, faut-il généraliser la vaccination ? », p. 42-43

Pierre Verger : unité 1252 Inserm/IRD/Aix-Marseille Université, Sciences économiques et sociales de la santé et traitement de l'information médicale (Sesstim)

Philippe Martin : unité 1123 Inserm/Université de Paris, Épidémiologie clinique et évaluation économique appliquées aux populations vulnérables

ajog.org/article/S0002-9378(20)31780-4/pdf

M.T. Hall et al. *The Lancet*, 2 octobre 2018 ; doi : 10.1016/S2468-2667(18)30183-X

J. Lei et al. *N Engl J Med.*, 1^{er} octobre 2020 ; doi : 10.1056/NEJMoa1917338

Institut national du cancer, *10 arguments clés sur la vaccination contre les infections liées aux papillomavirus humains (HPV)*, 23 décembre 2020



© Adobe stock

↳ En 2016, un sondage Smerep estimait qu'un étudiant français sur deux avait recours à une application santé ou bien-être – une situation propice au développement de la prévention via des outils numériques.

Sexpairs, dont il est le responsable scientifique aux côtés d'Élise de La Rochebrochard, directrice de recherche Ined, et de **Corinne Alberti**, qui co-dirige l'unité Épidémiologie clinique et évaluation économique appliquées aux populations vulnérables (Eceve) à Paris. Objectif ? Évaluer l'efficacité d'une intervention communautaire en ligne, par-

ticipative et interactive, menée par les pairs, visant à promouvoir chez les adolescents et les jeunes adultes des comportements positifs à long terme en matière de santé sexuelle et reproductive. Car le constat est là. « *Les jeunes sont face à des enjeux d'entrée dans la vie affective et sexuelle, ils sont concernés par les violences sexuelles et sexistes. On observe également une augmentation des infections sexuellement transmissibles. Les informations existent pourtant, mais lorsqu'elles sont partagées de façon descendante, cela ne suffit pas à impacter favorablement les comportements. Pour que la transmission se fasse, il faut également que le contexte soit adapté : il doit être ludique, interactif, sans rester superficiel* », estime le spécialiste, qui espère que des communautés hybrides, menées par des jeunes et des experts compétents issus d'institutions, pourront émerger afin de répondre au mieux à la fois aux attentes des jeunes et aux besoins de prévention en santé publique.

Plus que jamais, la santé sexuelle et gynécologique revêt aujourd'hui des aspects multidisciplinaires. « *On doit la regarder à travers toutes ses facettes* », confirme Virginie Ringa. Elle relève des chercheurs qui, en amont, étudient les mécanismes des maladies qui affectent la vie gynécologique et sexuelle des femmes, des soignants qui sont directement en contact avec elles, des épidémiologistes qui quantifient ce qui a trait à cette santé,

des sociologues et des économistes qui ont une approche plus qualitative. « *Quand va-t-on prendre la mesure de l'importance de mener des études sur tous les sujets qui font la santé gynécologique et sexuelle des femmes ?* » questionne-t-elle. Aux États-Unis, il a fallu qu'une femme, le Dr Healy, prenne la tête des National Institutes of Health pour qu'un essai clinique soit lancé sur les effets des traitements hormonaux de substitution prescrits aux femmes ménopausées – et finalement interrompus, tant leurs effets se sont avérés néfastes. En France, plus personne ou presque ne travaille sur les effets de la contraception ! »

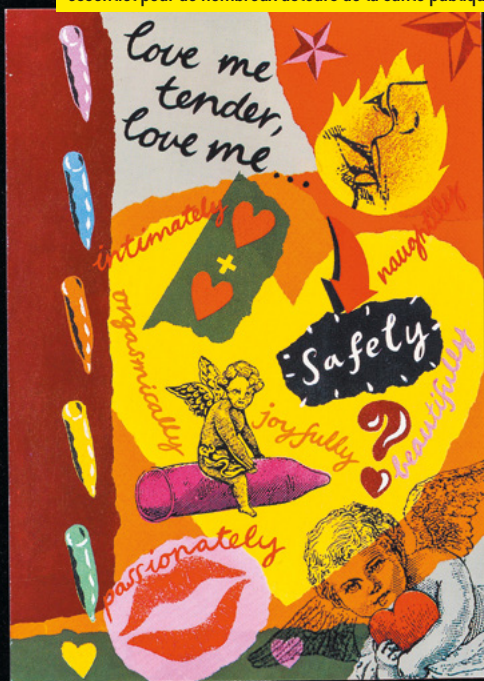
Enfin, le paysage de la prise en charge de la santé sexuelle et gynécologique des femmes est en train de radicalement évoluer pour des

raisons de démographie médicale. Un nombre important de gynécologues exerçant en libéral va bientôt partir à la retraite et éprouve des difficultés à se faire remplacer. Les soins gynécologiques pourraient ainsi être de plus en plus pris en charge par les médecins généralistes qui, très fré-

« *Quand va-t-on prendre la mesure de l'importance de mener des études sur tous les sujets qui font la santé gynécologique et sexuelle des femmes ?* »

quemment, exercent au sein de maison médicale auprès de sages-femmes elles-mêmes aptes à réaliser des suivis gynécologiques. « *Comprendre comment vont s'articuler ces trois types de professions médicales va devenir essentiel*, prévient Virginie Ringa. *On sait que les femmes les plus défavorisées vont plutôt voir leur médecin traitant qu'un gynécologue. Mais iront-elles voir une sage-femme si le médecin traitant délègue ces actes-là ? On ne le sait pas, peu d'études sont menées sur ce champ, alors qu'elles permettraient de vérifier que l'égalité d'accès à la prévention et aux soins primaires en lien avec la santé sexuelle est bien assurée.* » ■

↳ Affiche d'une campagne anglaise de promotion d'une vie sexuelle saine et sans risque pour les 16-24 ans. Travailler sur le rôle des jeunes dans les expériences d'éducation pour la santé est un enjeu essentiel pour de nombreux acteurs de la santé publique.



© Love me tender, love me... safely... : Your pocket guide to sex / Health Education Authority