

COMPTES RENDUS DE CONGRÈS

ANSF 2021

Assises Nationales des Sages-Femmes



FOCUS EN DERMATOLOGIE

PATHOLOGIES VULVAIRES : LE DIAGNOSTIC PAR L'IMAGE **Dr Clarence DE BELILOVSKI, dermatologue et vénérologue, Paris** *Rédigé par Camille Tallet*

Pour faire un diagnostic par l'image, il faut avoir de bons yeux, être bien éclairé avec une femme en position gynécologique. Il est possible d'utiliser une loupe. Il est important de faire des photos de suivi. On utilisera le miroir pour montrer à la patiente ce qu'elle a et comment mettre les crèmes si elle en a besoin.

Quand on examine une vulve et que l'on trouve une lésion il faut quand même bien observer toute la vulve. L'environnement cutané aide au bon diagnostic. Nous allons donc voir la démarche diagnostic en dermatologie pour le lichen scléreux, Les lésions HPV induites, Les lésions pigmentées, les Candidoses récidivantes et/ou chroniques et le psoriasis.

La démarche diagnostic en pathologie vulvaire :

On décrit des lésions avec les critères suivants :

- La couleur : rouge, blanc ou marron +/- ulcération
- Le toucher : on retrouve une épaisseur ou c'est mou.
- Le bord des lésions : bien délimités ou pas.
- La topographie : antérieur/postérieur, externe/interne.

1- Le lichen scléreux

- Couleur : Blanc, brillant, nacré, porcelaine
- Toucher : pas d'épaisseur. Si épais on adresse au spécialiste pour une biopsie : bénin ou précancéreux
- Bords : Bien délimités
- Topographie : Classiquement bilatéral et symétrique. Commence classiquement dans les espaces inter labiaux, atteint souvent le clitoris et la fourchette.

Atrophie des reliefs (petites lèvres, capuchon clitoridien) est possible et fréquente mais pas indispensable au diagnostic. Possible accolement des petites lèvres : synéchies de même que pour le capuchon du clitoris qui se colle au gland puis il y a un encapuchonnement.

Pas d'atteinte vaginale, c'est une maladie purement dermatologique.

Le signe d'appel est un prurit, mais cette démangeaison n'est présente que dans 2/3 des cas. Le pic d'âge est à la ménopause mais il existe aussi plus jeune.

On ne peut pas faire revenir l'atrophie en arrière mais sous traitement la brillance et la blancheur vont diminuer.

Parfois on retrouve des hémorragies sous épithéliales (purpura), ce sont des petites taches rouges de sang. Cela peut être dû au grattage qui fait éclater des vaisseaux et surtout lié à la fragilité des vaisseaux car le lichen scléreux est une dermatose inflammatoire qui abîme le derme (derme dans lequel se trouvent les vaisseaux fragilisés). Ce n'est pas un signe de gravité, cela conforte juste le diagnostic de lichen. Les hémorragies sous épithéliales vont partir avec la crème aux corticoïdes. Il existe aussi des pigmentations mais c'est sans gravité.

Le lichen scléreux est important à dépister puisqu'il fait le lit de 2/3 des carcinomes épidermoïdes invasifs (moins de 5 % des lichens).

Le traitement repose sur des dermocorticoïdes à doses dégressives avec une dose d'entretien de 2 applications par semaine à vie.

2- Les lésions HPV induites

Les condylomes : maladie bénigne (Papillomas virus N°6 ou 11) sexuellement transmissible. Il faudra faire un bilan MST complet. Cela donne des verrues génitales de plusieurs couleurs parfois. Il faut toucher la lésion car on la sent sous ses doigts.

Le condylome peut être blanc, rosé ou plus pigmenté, cela ne change rien. Le diagnostic différentiel est les papilles physiologiques qui sont des élevures de la muqueuse, plutôt sur le vestibule, bilatérale et symétrique. On ne sent rien au toucher, c'est tout mou et très régulier. On les retrouve aussi au niveau du bord lisse des petites lèvres.

Un autre diagnostic différentiel est le **molluscum contagiosum** qui est une affection à Poxvirus. C'est une MST

qui n'atteint jamais le vagin. Le traitement est de l'azote liquide. Cela fait des petites boules rondes translucides posées sur la peau.

Les lésions de haut grade à HPV : Ce n'est pas grave en soi mais c'est potentiellement précancéreux, c'est lié au Papillomas virus 16, 18, 31, 33...

- Couleur : cela donne des plaques blanches, rouges ou pigmentées
- Toucher : papules, bords surélevés, surface irrégulière
- Bords : bien limités
- Topographie : asymétrique, uni focal à (papule blanche et/ ou rosée : biopsie car risque de carcinome) ou multifocale (papules polymorphes, souvent pigmentées : biopsie, risque de carcinome faible).

Il faudra rechercher d'autres localisations : dans le vagin, sur le col et sur la zone péri-anale.

Le traitement repose sur l'azote, l'Aldara et le laser.

3- Les lésions pigmentées

Comment savoir si c'est grave ou pas ? S'il faut faire quelque chose ou pas ?

Le diagnostic d'une lésion pigmentée est très difficile pour n'importe quel professionnel de santé. Au niveau de la vulve les lésions se ressemblent beaucoup. Toutes lésions pigmentées vulvaires doivent être biopsées. Surtout si c'est une seule tache.

- Lésion unique : éliminer un mélanome et une lésion HPV induite
- Lésions multiples : regarder s'il y a une dermatose autour, faire une biopsie.

Les grains de beauté sur la vulve apparaissent quand on est jeune, donc il faut adresser la patiente si une tache de type grain de beauté apparaît tardivement.

4- Les Candidoses récidivantes et/ou chroniques

Les Candidoses qui se répètent deviennent de véritables vulvites récidivantes et/ou chroniques.

- Couleur : toujours rouge, parfois des érosions arrondies
- Toucher : pas de corps
- Bords : mal limités, collerette desquamative périphérique
- Topographie : Bilatérale et symétrique, présent plutôt sur la partie postérieure de la vulve.

Il y a un prurit vulvaire et des brûlures vaginales.

Lorsque la mycose devient chronique il n'y a plus ou peu de pertes et plus ou peu de démangeaisons, mais des douleurs aux rapports.

Pensez à faire le prélèvement en vaginal et vulvaire (dans 10 % des cas on retrouve le Candida sur la vulve et pas dans le vagin).

Le traitement peut-être avec des crèmes et des ovules mais surtout avec du Fluconazole par voie orale.

Il ne faut jamais associer corticoïdes et antimycosiques.

Il faudra faire la différence avec le psoriasis.

5- Le psoriasis

Dans 50 % des cas des patientes qui ont un psoriasis il y a une atteinte génitale. Cela donne un tableau de vulvite érythémateuse récidivante, mais la rougeur n'est pas la même.

- Couleur : rouge et homogène sec
- Toucher : relief variable
- Bords : Bien limités
- Topographie : souvent antérieur (pubis) + postérieure (pli inter fessier)

Il n'y a pas d'atteinte vaginale, cela peut ressembler à une candidose. Il y a souvent des atteintes cutanées qui sont les oreilles, la nuque, les coudes et les genoux.

Il faudra toujours éliminer une mycose avec un prélèvement vaginal et vulvaire négatif avant de démarrer les traitements par corticoïdes.

Quiz de formation

- Quels sont les symptômes de la mycose chronique ?
 - **Lorsque la mycose devient chronique il n'y a plus ou peu de pertes et plus ou peu de démangeaisons, mais des douleurs aux rapports.**
 - Rougeur, grattage et pertes abondantes.
 - Sensation d'infection urinaire.

Réponse : 1

- Comment savoir si une lésion pigmentée est gâve ou pas ? S'il faut faire quelque chose ou pas ?
 - **Le diagnostic d'une lésion pigmentée est très difficile pour n'importe quel professionnel de santé. Au niveau de la vulve les lésions se ressemblent beaucoup. Toutes lésions pigmentées vulvaires doivent être biopsées. Surtout si c'est une seule tache.**
 - On appuie dessus.
 - On la palpe.

Réponse : 1

- Quel est le signe d'appel de lichen scléreux ?
 - **Le signe d'appel est un prurit,**
 - Une décoloration.
 - Des pertes blanches épaisses.

Réponse : 1

QUAND LA SCIENCE EN PARLE

LE CYCLE MENSTRUEL : SERVITUDE OU LIBERTÉ ?

Chantal BIRMAN - Sage-femme Paris

Rédigé par Camille Tallet

Au travers de notions sociologiques, anthropologiques, ethnologiques, physiologiques et de vocabulaire nous allons revisiter la réalité quotidienne de nos règles.

Une recherche rapide sur la nomination du « cycle menstruel » permet de constater que ni le langage savant, ni le langage populaire, ne tient compte de l'observation clinique fine de ses réalités. En effet, chaque femme, selon chaque époque de sa vie, aura des cycles de durée variable, avec un flux sanguin plus ou moins abondant, des contractions plus ou moins algiques, et un état émotionnel fluctuant selon son âge et ses désirs. Le « cycle menstruel » n'est donc pas si « cyclique », si répétitif et immuable que le vocabulaire qui lui est attribué !

C'est plutôt une spirale à trois dimensions, dont chaque anneau s'étire plus ou moins au fil du temps. Ces prétendues « règles » sont fluctuantes. Quant au terme « menstruel », il désigne mal une ménorrhée qui se produit tous les vingt-huit jours, plutôt que tous les trente ou trente-et-un jours. Le langage populaire parle plus justement de « périodes » ou de « lunes ».

Quelques notions sociologiques et environnementales autour du cycle menstruel :

Une femme aura environ quatre-cent-cinquante fois ses règles, qui dureront en moyenne de trois à cinq jours. Une fille sur dix manque l'école et perd vingt pour cent du programme scolaire. À l'âge adulte, leur impact sur le travail est une donnée non négligeable de santé publique à prendre en compte.

Quelques notions anthropologiques et ethnologiques :

L'hygiène menstruelle est un droit humain, et pourtant trente-cinq pour cent des écoles dans le monde n'ont pas d'eau. Michaël Houseman, anthropologue, membre du Centre d'Études du Monde Africain, et professeur d'étude des religions à l'École Pratique des Hautes Études, parle ainsi de précarité menstruelle.

Il rappelle que les menstruations sont souvent, dans les sociétés traditionnelles, des symboles de malédiction ; que le sang « impur » du cycle menstruel nuit à la réussite de la chasse, qui, elle, fait couler le sang pur ! Nicole Verdier, elle, recense les sortilèges de nos campagnes qui, pour beaucoup d'entre nous ont l'odeur de notre enfance : une femme en période de règles peut faire tourner le lait, le beurre, la mayonnaise, gâcher la viande... Dans nombre de traditions, le rite existe de gifler une fille lors de ses premières règles, signifiant que devenant une mère potentielle, la sexualité qu'elle implique est sous contrôle. La transgression de cet interdit d'une sexualité libre, par la cruauté de la gifle, oriente l'imaginaire vers la violence des suites possibles ! L'histoire de la psychiatrie passe par la notion d'hystérie : Cette névrose décrite par Charcot, au dix-neuvième siècle, comme prétendument spécifiquement féminine serait une atteinte psychique qui viendrait de l'appareil génital féminin, et dont les règles, par leur vidange périodique, protégeraient les femmes. Pour ce préjugé, le saignement mensuel aurait donc été préventif, voire salvateur !

Restent les scandales sanitaires et cela mondialement : Toutes les études montrent le retard à la prise en charge des femmes par rapport à l'ensemble des pathologies, sauf l'ostéoporose et la dépression, où là le retard à la prise en charge est du côté des hommes. Le retard à la prise en charge de la douleur chez la femme est particulièrement patent et signifiant. Pourquoi, me direz-vous, aborder ce point à propos du cycle menstruel ? Parce qu'aujourd'hui, l'absence de prise en charge historique de l'endométriose est considérée comme le troisième scandale sanitaire au détriment des femmes, après la Thalidomide et le *Distilbène*[®]. D'un point de vue environnemental, la culotte menstruelle a un impact écologique faible et la coupe menstruelle, existant depuis les années Trente, est réellement sans impact.

Donc si la servitude s'origine bien dans le cycle menstruel, l'absence de cycle n'est pas non plus l'occasion d'une quelconque émancipation pour les femmes. Alors où serait cet espace de liberté annoncé dans le titre de mon propos ? On a vu que la pratique sexuelle avec contrôle volontaire de l'éjaculation était pour les hommes

une pratique familière de la liberté. La contraception a permis aux femmes un contrôle de leur fertilité et donc le choix d'avoir ou pas un enfant et par là de dire non à la maternité. Ce début de liberté est seulement la conséquence du rapport sexuel fécondant. Ce qui s'inscrit directement dans la sexualité, grâce à la

contraception, c'est l'apparition de la notion de libre plaisir féminin. Le recul historique de l'avortement clandestin libère en outre de la hantise de la mort, inscrite auparavant au cœur même de la sexualité féminine. L'accès au plaisir sexuel conjoint devient un sujet sociétal, avec la bien plus grande liberté donnée aux femmes de choisir, de changer de partenaire.

Là encore Nathalie Trignol m'a fait remarquer que la contraception hormonale je la cite : « *était un vrai enjeu de liberté également sur le cycle menstruel. Si on l'utilise en schéma flexible, on peut choisir des hémorragies de privation (et non des règles comme c'est si mal dit), quand on le souhaite. La question est plutôt, une fois la vérification d'une bonne tolérance et compréhension faite, pourquoi alors n'est-ce pas systématiquement prescrit ainsi pour toutes les femmes ? Il faut dire aussi que pour certaines femmes cette « indisponibilité menstruelle » d'enfin pouvoir souffler et de ne pas subir une sexualité envahissante et difficile à refuser est à considérer ! Liberté dans la contrainte conjugale... » Il faut évoquer aussi les femmes en désir d'enfant pour qui les règles sont une véritable déception. Nathalie rapporte une phrase d'une de ses patientes pour évoquer ses règles : « *je n'en peux plus des pleurs de mon utérus déçu* ».*

En conclusion, il me semble que le pouvoir s'inscrit toujours dans un rapport dominant dominé. Ce serait irréaliste de nier que le pouvoir n'est pas aussi source de plaisir. De ces questions naissent forcément des projets éducatifs. Les qualifier d'utopistes c'est refuser de travailler à la construction nécessairement évolutive d'un monde plus égalitaire. La sage-femme, profession particulièrement représentative de la place accordée aux femmes dans notre société est le curseur, le symbole de cette évolution égalitaire.

Quiz de formation

- Quel est le troisième scandale sanitaire au détriment des femmes ?
 - L'affaire de la Thalidomide
 - L'absence de prise en charge historique de l'endométriose
 - L'affaire du Distilbène®.

Réponse : 2

- Qu'est-ce que la notion d'hystérie en psychiatrie, au dix-neuvième siècle ?
 - Une atteinte psychique qui viendrait de l'appareil génital féminin
 - Trouble mental avec un égarement de l'esprit.
 - Manque de jugement ; absence de raison.

Réponse : 1

MORBIDITÉ MATERNELLE EN CAS DE GROSSESSE GÉMELLAIRE

Dr Diane KORB Gynécologue-Obstétricienne Paris

Rédigé par Camille Tallet

Les études portant sur les grossesses gémellaires se sont jusqu'à maintenant très majoritairement intéressées aux complications survenant chez les enfants. Elles ont mis en évidence que la grossesse gémellaire est une situation à haut risque de complications néonatales comparativement à la grossesse mono-fœtale. Ces complications sont dominées par le risque de décès, de prématurité et de retard de croissance intra-utérin.

Les complications maternelles n'ont été que peu étudiées alors même qu'il s'agirait d'un groupe de femmes à risque élevé de morbidité maternelle sévère, et que ses potentiels facteurs de risque sont liés aux évolutions récentes de soin : procréation médicalement assistée et césarienne.

En France, les grossesses gémellaires représentent actuellement 3 % des naissances. Ce taux a fortement augmenté à partir des années 1980 et il reste à présent stable depuis une dizaine d'années.

Cette augmentation est due principalement à deux facteurs : le recours plus fréquent aux techniques de procréation médicalement assistée et le report des naissances à des âges maternels plus tardifs.

Comparativement aux femmes ayant une grossesse unique, les femmes ayant une grossesse gémellaire ont un risque multiplié par quatre de développer un événement de morbidité maternelle sévère. Cette augmentation de risque peut varier selon les sous-groupes de femmes. Les facteurs de risque de morbidité maternelle sévère en cas de grossesse gémellaire ont été peu étudiés et l'extrapolation à partir des singletons est discutable car la grossesse gémellaire constituant en elle-même un contexte clinique à haut risque, pourrait modifier le profil d'autres facteurs de risque.

Deux études nous apportent des résultats mais elles ont des limites méthodologiques. Tout d'abord l'étude de Witteven aux Pays-Bas qui ne disposait que de données agrégées pour les femmes sans morbidité maternelle sévère ce qui n'a pas permis de réaliser un ajustement sur tous les facteurs de risque considérés simultanément.

Puis l'étude américaine de Martin limitée principalement par un biais de sélection lié au fait que cette étude soit issue d'une base de données d'assurance en procréation médicalement assistée.

Il était donc nécessaire d'évaluer la morbidité maternelle sévère en cas de grossesse gémellaire car cela pourrait permettre une information personnalisée et une prise en charge précoce des complications pour éviter leur évolution vers la sévérité.

Nous avons donc cherché à caractériser la morbidité maternelle sévère et les facteurs de risque de morbidité maternelle sévère parmi les femmes ayant une grossesse gémellaire et à identifier les sous-groupes de femmes à haut risque au sein de la cohorte française en population, JUMODA.

Dans JUMODA, 8 823 femmes ayant une grossesse gémellaire ont été incluses.

Définition de la morbidité maternelle sévère dans JUMODA

Un des objectifs secondaires énoncé lors de la rédaction du projet était l'étude de la morbidité maternelle sévère à court terme selon la voie d'accouchement programmée.

Le critère de jugement principal de morbidité maternelle sévère était un critère composite. La définition retenue était déclinée de celle de l'étude EPIMOMS associant des diagnostics, des dysfonctions d'organes et des interventions.

La morbidité maternelle sévère était une variable binaire définie par la survenue d'au moins un des éléments suivants :

- Décès maternel
- Hémorragie sévère du post-partum
- Éclampsie
- HELLP syndrome avec admission en unité de soins intensifs ou en réanimation
- Prééclampsie sévère définie par une hypertension $\geq 140/90$ et protéinurie $\geq 0,3$ g/24 heures et responsable d'une prématurité induite d'indication maternelle avant 32 semaines d'aménorrhée.

- Embolie pulmonaire
- Hématome rétro placentaire associé à une dysfonction hématologique
- Accident vasculaire cérébral ou accident ischémique transitoire
- Trouble psychiatrique sévère
- Dysfonction cardiovasculaire
- Dysfonction respiratoire
- Dysfonction rénale
- Dysfonction neurologique
- Dysfonction hématologique caractérisée par une thrombopénie < 50 000/mm³ ou par une anémie sévère aiguë < 7 g/dl en l'absence de pathologie chronique.
- Prise en charge chirurgicale secondaire nécessitant une laparotomie
- Admission en unité de soins intensifs ou réanimation

Analyses statistiques :

Les facteurs de risque de morbidité maternelle sévère ont été déterminés par un modèle multivarié de Poisson, et les sous-groupes de femmes à haut risque par un arbre de décision de type CART. Ces analyses ont été faites en deux temps : d'abord en considérant seulement les caractéristiques connues en début de grossesse, puis en ajoutant les complications pouvant survenir durant la grossesse.

RÉSULTATS :

Parmi les 8 823 femmes incluses de l'étude JUMODA,

- 542 (6,1 %, IC 95 % 5,6-6,6) ont développé un événement de morbidité maternelle sévère. L'hémorragie sévère du post-partum était la principale cause de morbidité maternelle sévère (77,5 %).

Les facteurs de risque de morbidité maternelle sévère identifiés en début de grossesse étaient :

- la naissance de la mère en Afrique Sub-Saharienne (RRa 1,6, IC 95 % 1,1-2,3)
- l'antécédent de diabète (RRa 2,2, IC 95 % 1,1-4,4)
- la nulliparité (RRa 1,6, IC 95 % 1,3-2,0)
- la FIV avec ovocyte autologue (RRa 1,3, IC 95 % 1,0-1,6) et le don d'ovocyte (RRa 2,0, IC 95 % 1,4-2,8)
- Les nullipares avec don d'ovocyte ont été identifiées comme le sous-groupe le plus à risque de morbidité maternelle sévère en début de grossesse (taux de morbidité maternelle sévère : 14,7% (IC 95 % 10,3- 19,1).

Les facteurs de risque supplémentaires identifiés au cours de la grossesse étaient :

- la prééclampsie non sévère (RRa 2,5, IC 95 % 1,9-3,2),
- le placenta prævia (RRa 3,5, IC 95 % 2,3-5,3),
- la macrosomie pour l'un des deux fœtus (RRa 1,7, IC 95 % 1,3-2,1)

Deux sous-groupes de femmes à plus haut risque de morbidité maternelle sévère ont été identifiés :

- Les femmes ayant eu un don d'ovocyte et développant une pré-éclampsie non sévère (taux de morbidité maternelle sévère de 28,9 % (IC 95 % 19,9-37,9).
- Et les femmes nullipares d'origine subsaharienne développant une prééclampsie non sévère (taux de morbidité maternelle sévère de 26,9 % (IC 95 % 9,9- 43,9).

On peut donc conclure qu'il existe des risques spécifiques pour la future mère lors d'une grossesse gémellaire. Elles sont 6 % à développer un événement de morbidité maternelle sévère, dont le plus fréquent est l'hémorragie du post-partum. L'étude montra aussi qu'il existe des groupes plus à risque. Ces informations vont permettre d'optimiser la prise en charge de ces patientes et leurs surveillances le jour de la naissance.

Quiz de formation

- Quel est l'évènement de morbidité maternelle sévère le plus retrouvé dans l'étude JUMODA ?

- **L'hémorragie sévère du post-partum était la principale cause de morbidité maternelle sévère (77,5 %).**
- La prééclampsie non sévère
- Le placenta prævia

Réponse : 1

- Quels sont les sous-groupes de femmes à plus haut risque de morbidité maternelle sévère ?

- Les femmes ayant eu un don d'ovocyte et développant une prééclampsie non sévère et les femmes nullipares d'origine subsaharienne développant une prééclampsie non sévère.
- **Les femmes nullipares d'origine subsaharienne développant une prééclampsie non sévère**
- Les femmes nullipares

Réponse : 2

QUAND LA SCIENCE EN PARLE

INFECTIONS URO-GENITALES RECIDIVANTES

Dr Jean-Marc Bohbot, infectiologue, Paris

Rédigé par Camille Tallet

Lorsque les femmes consultent pour des leucorrhées, 70 % d'entre elles ont une infection. Les autres peuvent avoir une vaginite atrophique, un lichen scléreux, des affections dermatologiques diverses... On comprend vite que l'abus d'utilisation de traitement quand on croit avoir une infection peut avoir des conséquences !

Il existe deux catégories d'infections : la première catégorie est très inflammatoire avec des démangeaisons, des brûlures, un érythème et de très nombreux leucocytes au prélèvement vaginal.

C'est essentiellement le cas des candidoses et des vaginites à trichomonas.

La deuxième catégorie, ce sont des vaginites non inflammatoires, donc avec beaucoup moins de symptômes violents. On retrouve des leucorrhées isolées, souvent malodorantes : le plus souvent c'est une vaginose bactérienne.

Enfin il existe des infections exogènes comme à Chlamydiae et Gonocoque qui donnent plutôt des cervicites.

Les candidoses sont des infections extrêmement fréquentes puisqu'elles touchent 50 % des femmes, dont 9 % qui récidivent au moins 4 fois par an, c'est ce que l'on appelle les vulvovaginites candidosiques récidivantes.

La vaginose bactérienne est l'infection la plus fréquente (50 % des étiologies infectieuses).

Il existe aussi les cystites qui sont en lien étroit avec ses pathologies puisque reliées au microbiote. Toutes les 30 secondes en France une femme déclare une cystite. On parle de cystite récidivante si une patiente fait une de 4 épisodes par an.

Quelles sont les causes des récidives ?

1- L'inefficacité ou l'efficacité insuffisante des anti-infectieux classiques (antibiotique et antifongique).

Tout d'abord les traitements de la candidose, en libre-service, par ovule et crème : Les traitement imidazolés locaux ou le Fluconazole per os (sur prescription). Ils sont efficaces rapidement sur le Candida Albicans certes mais attention aux risques de mésusages car il n'y a pas que la candidose qui donne des démangeaisons et des brûlures. De plus toutes les mycoses ne sont pas liées à du Candida Albicans, donc les traitements classiques ne fonctionnent pas bien.

Il existe des infections mixtes : vaginose + mycose.

Pour les traitements des vaginoses par voies orales, les résultats à court terme du Secno ou Métronidazole sont bons : entre 75 et 85 % d'efficacité. Mais il y a un risque de récurrence qui dépasse 50 % entre 6 et 12 mois. La vaginose est une infection poly bactérienne, donc le traitement est variablement efficace en fonction des différents germes. De plus les antibiotiques n'ont aucune action de restauration du microbiote vaginal, or la vaginose bactérienne est le stade ultime du déséquilibre de la flore.

Enfin pour la vaginite aérobie (Streptocoque B par exemple) l'efficacité est bonne puisque fondée sur l'antibiogramme, mais il y a des effets secondaires, des risques de résistance et des risques de candidoses secondaires au traitement.

Pour les cystites récidivantes, les recommandations actuelles sont de donner des antibiotiques en cure prolongée à raison d'un sachet de fosfomycine une fois par semaine pendant 6 mois. Il y a des risques de résistance, des risques de candidose et une aggravation de la dysbiose intestinale, vaginale et vésicale.

2- La persistance de biofilm bactérien ou fongique sur les muqueuses vaginales ou vésicales.

Il tapisse la paroi, il est ubiquitaire pour toutes les bactéries : les bactéries se fixent par l'intermédiaire de récepteurs, elles se multiplient et sécrètent une matrice protectrice qui les protège des antibiotiques. Lorsque le biofilm, c'est bien développé, il relargue un certain nombre de bactéries. Et le cycle recommence. Le biofilm bactérien tolère des concentrations d'antibiotique jusqu'à 1 000 fois supérieures aux concentrations minimales inhibitrices. Le biofilm rend les bactéries complètement opaques aux traitements. Il faut donc augmenter les doses et la durée du traitement ce qui augmente le risque de conséquences négatives. Aujourd'hui la recherche se tourne vers la lutte anti-biofilm.

3- Dysbiose des microbiotes : intestinal, vésical ou vaginal.

Le microbiote vaginal est œstrogène-dépendant et peu diversifié contrairement au microbiote intestinal. Un microbiote vaginal très diversifié est donc déséquilibré.

Il est résilient, c'est-à-dire qu'après une période de déséquilibre il peut revenir spontanément à un état d'équilibre. Il est formé à 80 % par des lactobacilles (bactéries protectrices). Certains sont des lactobacilles « amis » : *crispatus*, *gasseri*, *gensenii* et d'autres non comme le lactobacilles *inners* (retrouve dans les vagins sains ou avec un déséquilibre).

Quand il y a une dysbiose, il y a une disparition ou une raréfaction des lactobacilles. Les bactéries anaérobies vont proliférer (*streptocoque*, *staphylocoque*...)

Les antibiotiques, les douches vaginales et l'hygiène inadaptée participent au déséquilibre des microbiotes. La ménopause, certaines pilules très faiblement dosées et le tabac (ennemi numéro un du vagin et de la vessie car la nicotine diminue le taux d'œstrogènes) sont des facteurs de diminution du taux d'œstrogène qui ont des conséquences sur les microbiotes.

La sexualité peut aussi avoir un impact, notamment avec les différents microbiotes de partenaires masculins. Le vagin peut avoir du mal à s'adapter lors d'un changement de partenaire. Il y a aussi une plus grande fréquence de dysbiose chez la femme homosexuelle sans explication logique actuellement.

Pour le traitement on peut se tourner vers l'utilisation d'un anti-infectieux, non antibiotique, à large spectre qui est le chlorure de déqualinium. Son mode d'action est double car il augmente la perméabilité cellulaire et perturbation de l'activité enzymatique. Il a une action bactéricide rapide et diminue le risque de résistance. Il a aussi l'avantage d'avoir un spectre très étendu. Il peut être prescrit pendant la grossesse.

Il faut aussi restaurer le microbiote uro-vaginal, pour cela il faut éliminer les facteurs de risques (tabac, excès d'hygiène, antibiothérapies intempestives...), l'utilisation de probiotiques (lactobacilles de « restauration »), des solutions prébiotiques (carburant pour les lactobacilles déjà présents dans le vagin) et il existe des solutions symbiotiques (probiotiques + prébiotiques).

Les probiotiques ont surtout un effet préventif pour la prévention des vaginoses et des cystites récidivantes. Pour leurs utilisations il faut privilégier la voie vaginale, pendant au moins trois mois. En association avec le traitement suppressif par Fluconazole pour les Candidoses. Après la première cure d'antibiotique ou de Chlorure de Déqualinum, pour la vaginose afin de rééquilibrer le microbiote.

Pour les cystites, les germes en causes étant de Colibacilles qui proviennent du colon il faut privilégier les probiotiques à visée digestive et lutter contre la constipation.

Pour éliminer le biofilm, il faut limiter la fixation des bactéries par l'utilisation de probiotiques locaux et utiliser des produits comme le Cranberry ou le D-mannose (sucre qui empêche les colibacilles de se fixer à la paroi vésicale).

En conclusion, les infections uro-génitales récidivantes impactent sérieusement la vie des femmes. Les traitements anti-infectieux classiques ont leur limite d'où l'intérêt de traitement anti-infectieux non antibiotique. Il faut restaurer les microbiotes uro-génitaux grâce aux probiotiques et à une hygiène « normale ». Enfin il ne faut pas négliger le microbiote intestinal.

Quiz de formation

- Quelle est l'infection vaginale la plus fréquente ?
 - **La vaginose bactérienne**
 - La mycose
 - L'infection herpétique

Réponse : 1

- Où se trouve le biofilm ?
 - **Il tapisse la paroi, il est ubiquitaire pour toutes les bactéries**
 - Sur la peau
 - Sur la muqueuse anale

Réponse : 1

- Quel est le nouveau type de traitement de ces infections vaginales ?
 - **Le chlorure de déqualinium.**
 - Les antibiotiques
 - Les antalgiques

Réponse : 1

QUAND LA SCIENCE EN PARLE

LA VAGINOSE BACTERIENNE PENDANT LA GROSSESSE

Pr Pierre Marès, Gynécologue-obstétricien, Nîmes

Rédigé par Camille Tallet

Toutes infections au niveau pelvien peuvent s'accompagner de pathologies comme une chorioamniotite, une rupture prématurée des membranes et donc d'accouchements prématurés, sans parler des endométrites post-césarienne.

Avant on s'intéressait au problème majeur des infections urinaires et des pyélonéphrites, car dans 20 à 25% des cas ces pathologies s'accompagnent d'une rupture prématurée des membranes ou d'un accouchement prématuré. Maintenant on se rend compte qu'il y a quelque chose de beaucoup plus subtil qui est la vaginose bactérienne.

Les études qui sortent depuis 10 ans montrent que les risques de cette vaginose sont aussi bien pour la mère que pour l'enfant. D'où l'intérêt, aujourd'hui de dépister cette dysbiose vaginale en plus de l'infection urinaire pendant et même avant la grossesse.

Entre une femme qui a une flore vaginale normale et celle qui a une dysbiose, le risque d'accouchement prématuré est multiplié par 3.

La difficulté étant qu'une femme qui présente une dysbiose n'a pas forcément de signes cliniques associés.

Il y a aussi un risque majoré de fausses couches tardives surtout si l'on retrouve un niveau élevé de *Gardnerella vaginalis* ou *Atopobium vaginales*.

Les études montrant la diminution des lactobacilles lors de la rupture prématurée des membranes soulèvent la question du traitement lactobacillaire en plus de l'antibiothérapie.

Le microbiote vaginal interviendrait aussi dans le post-partum avec un risque accru d'endométrite ou de septicémie en cas de dysbiose.

Il faut préciser qu'il y a une modification du microbiote vaginal en fin de grossesse due à la chute des œstrogènes.

L'équilibre microbiotique vaginal interfère avec l'équilibre microbiotique de l'enfant.

Le microbiote intestinal des nouveau-nés prématurés est moins diversifié, il a un retard d'implantation notamment pour les espèces anaérobies strictes et il y a un risque accru d'entérocolite ulcéronécrosante. La dysbiose digestive est un facteur de risque pour les allergies et l'obésité future.

Le traitement de la mère a donc un impact sur la prématurité de l'enfant mais aussi sur son devenir de santé.

Maintenant on parle de microbiote digestif, vaginal, vésical et placentaire.

Le microbiote pourrait même favoriser le risque d'hypertension artérielle, de prééclampsie et de diabète gestationnel.

Pour dépister cette dysbiose il faut faire un prélèvement vaginal pour obtenir le score de Nugent car la clinique est souvent pauvre. Que cela soit une vaginose bactérienne ou une vaginite aérobie le but est de la dépister pour la traiter.

Les traitements sont surtout le Métronidazole Oral 500 mg, 2 fois par jour, pendant 5 à 7 jours (pas recommandé au premier trimestre) et le Chlorure de Déqualinium 10 mg, 1 comprimé vaginal par jour pendant 6 jours. Il faut compléter ces traitements par des probiotiques locaux et par voies digestives.

Ne faudrait-il pas réfléchir à l'équilibre vaginal avant la grossesse pour éviter une dysbiose ?

En conclusion, le microbiote va devenir un enjeu majeur du suivi de la grossesse avec à débattre la place des probiotiques pendant cette période.

Quiz de formation

- Entre une femme qui a une flore vaginale normale et celle qui a une dysbiose, le risque d'accouchement prématuré est multiplié par combien ?
 - **Le risque d'accouchement prématuré est multiplié par 3.**
 - N'est pas augmenté
 - Le risque d'accouchement prématuré est multiplié par 10.

Réponse : 1

- Qu'est ce qui se passe si on retrouve un niveau élevé de Gardnerella vaginalis ou Atopobium vaginales ?
 - **Il y a aussi un risque majoré de fausses couches tardives.**
 - Il y a aussi un risque majoré de dépression du post-partum
 - Il y a aussi un risque majoré d'hémorragie du post-partum

Réponse : 1

QUAND LA SCIENCE EN PARLE

MÉNOPAUSE ET SAGE-FEMME **Michelle BACHELARD Sage-femme Paris** *Rédigé par Camille Tallet*

Pour notre profession, la loi HSPT du 21 juillet 2009 a étendu ses compétences stipulant que les sages-femmes peuvent assurer des consultations en matière de gynécologie préventive et de contraception auprès des femmes en bonne santé tout au long de leur vie. Cette évolution permet aux sages-femmes d'intervenir dans les domaines de la gynécologie et de la contraception durant toute la vie génitale d'une femme en bonne santé et plus seulement en postnatal. Une continuité de la prise en charge est donc possible.

On peut considérer que la ménopause est un état physiologique et ses manifestations ne relèvent donc pas de la pathologie. La prise en charge de ces patientes par les sages-femmes s'inscrit donc dans la continuité de notre approche holistique de la santé des femmes tout au long de leur vie.

Selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Assurance-maladie, une femme est considérée comme ménopausée au terme d'une année entière sans règles.

À noter que les cycles ne cessent pas du jour au lendemain : la ménopause est précédée d'une période de « péri-ménopause » avec des règles de plus en plus espacées et des carences en œstrogènes, susceptibles de générer d'autres symptômes.

Ainsi en France, environ 2,5 millions de femmes sont en périménopause et 11,5 millions sont ménopausées.

Malgré ce chiffre beaucoup de femmes abordent cette période de leurs vies avec difficulté, le sujet étant peu médiatisé ou avec une certaine pudeur, on pourrait penser que le sujet est tabou.

Selon l'Inserm, 80 % des femmes présentent au moins un autre symptôme en plus de l'arrêt des règles. Appelés troubles du climatère ces symptômes comprennent :

- Des bouffées de chaleur ;
- Des suees nocturnes ;
- Des maux de tête ;
- Une sensation de fatigue ;
- Des troubles du sommeil ;
- Une irritabilité ;
- Des douleurs articulaires.

À cela peuvent s'ajouter des désagréments plus intimes comme une sécheresse vaginale, une baisse de sa libido, une incontinence ou des infections urinaires à répétition...

Un quart des femmes se plaignent de ces symptômes encore 10 ans après leurs dernières règles, et 8 à 10 % des femmes concernées prennent un traitement hormonal régulier.

CONSÉQUENCES DE LA MÉNOPAUSE

Correspondant aux conséquences de l'hypo-ostéogénie, les troubles les plus fréquemment décrits sont :

1. Bouffées de chaleur : Elles sont constatées dans plus de 65 % des cas vers 50 –55 ans. Leur intensité est variable Elles durent en général quelques mois mais peuvent se poursuivre pendant des années : 15 % des femmes de 75 ans peuvent encore se plaindre de bouffées de chaleur.
2. Vulve et vagin : L'atrophie de la vulve et du vagin survient plus ou moins rapidement après la ménopause. Ainsi, grandes et petites lèvres s'amincissent, se dépigmentent et l'orifice vulvaire se rétrécit. La flore de protection vaginale diminue, entraînant une sensibilité plus grande de l'épithélium aux infections.
3. Troubles urinaires : Sur le plan urinaire, l'atrophie peut favoriser les troubles urinaires : dysurie, incontinence urinaire, impériosité mictionnelle.
4. Poils et cheveux : Ils tendent à se clairsemer dans les zones dépendant des œstrogènes. Au contraire, peut apparaître une pilosité de type androgénique (lèvre supérieure, joues).
5. Amincissements de la Peau

6. Poids : L'index de masse corporelle augmente après 50 ans dans environ 50 % des cas ; les causes sont multiples : diminution des dépenses énergétiques, augmentation de l'apport calorique, redistribution de la masse corporelle (augmentation de la masse grasse abdominale et diminution de la masse maigre).
7. Douleurs articulaires et ligamentaires : En relation avec la carence ostrogénique, des douleurs sont décrites dans environ 50 % des cas lors de la ménopause.
8. Autres troubles climatériques : Il s'agit de troubles de l'humeur (irritabilité, état dépressif, anxiété, tristesse) chez 40 % des femmes, d'une insomnie, de pertes de mémoire, de sécheresse vaginale pouvant être à l'origine de dyspareunie, de modifications de la libido, de modifications de la voix, etc.

LES RISQUES DE LA MÉNOPAUSE

- **Ostéoporose post-ménopausique** : Elle se définit par un état du squelette caractérisé par une diminution de la solidité osseuse exposant la femme à un risque accru de fracture. Elle constitue un réel problème de santé publique. Elle atteint une femme sur quatre. L'ostéoporose post-ménopausique constitue la complication la plus grave de la carence ostrogénique responsable d'une accélération brutale de la perte osseuse. La vitesse de résorption osseuse et la masse osseuse initiale atteinte à la puberté sont les éléments prédictifs de l'ostéoporose. Ils dépendent de facteurs génétiques et de facteurs comportementaux (apport calcique, exercice physique). D'autres facteurs aggravent l'ostéoporose : la malnutrition, le tabac et l'alcool.
- **Athérosclérose coronarienne** : Après la ménopause, progressivement la fréquence des coronaropathies féminines va rejoindre celles des hommes. Il existe un doublement de la fréquence des accidents coronariens après la ménopause. Le risque de cancer du sein n'augmente pas avec la ménopause, mais avec l'âge et avec le nombre total de cycles mensuels. Il est donc plus élevé en cas de puberté précoce et/ou de ménopause tardive. D'autres paramètres entrent aussi en jeu : âge à la première grossesse, nombre de grossesses, allaitement, etc. Une étude publiée par l'Inserm en 2016 suggère, par ailleurs, que plus de la moitié des cancers du sein qui apparaissent après la ménopause seraient attribuables à des facteurs comportementaux : indice de masse corporelle, consommation d'alcool, alimentation ou encore utilisation d'un traitement hormonal de la ménopause.

PRISE EN CHARGE DES PATIENTES MÉNOPAUSÉES AVANT LA MÉNOPAUSE

En tant que sage-femme, dans le cadre du suivi gynécologique, la prise en charge de la ménopause commence avant que celle-ci ne débute !

Notre rôle de prévention concernant les facteurs de risques d'ostéoporose, de pathologies coronariennes mais aussi de cancer du sein, passe par des recommandations liées à l'hygiène de vie.

Elles sont indispensables et s'inscrivent dans notre suivi médical de prévention :

- Pratique d'une activité physique,
- Régime alimentaire avec des apports en calcium suffisant,
- Prévention hygiène alimentaire et prise de poids, orientation vers un(e) diététicien(ne) si nécessaire, mesure du tour de taille.
- Prévention tabac (voire accompagnement d'un sevrage) et alcool

Influence des habitudes de vie sur l'âge d'apparition de la ménopause :

Un régime riche en oméga 3, en légumes frais ainsi que des aliments riches en vitamine B6 et en zinc repousserait la ménopause de 1 à 3 ans par rapport l'âge moyen situé aux alentours de 50 ans.

Ceci serait lié aux propriétés anti oxydantes de ces aliments.

À l'inverse, un régime contenant des glucides, comme le pain, les pâtes ou le riz, ont été plus nombreux à déclarer une ménopause précoce, environ un an et demi plus tôt que la moyenne.

Un lien existe entre la survenue précoce de la ménopause et une plus faible densité osseuse, et un sur risque de dépression (Cependant une ménopause tardive est associée à un plus haut risque de cancer du sein, des ovaires ou de l'endomètre).

La fréquence des rapports sexuels aurait également un impact sur l'âge de survenue de la ménopause (les femmes ayant eu des relations sexuelles chaque semaine étaient 28 % moins ménopausées autour de l'âge de 50 ans).

LA CONSULTATION GYNÉCOLOGIQUE D'UNE FEMME MÉNOPAUSÉE CONCRÈTEMENT :

- Rôle de dépistage à un âge où les pathologies bénignes et malignes gynécologiques et mammaires deviennent plus fréquentes.

- Un interrogatoire pour antécédents familiaux et personnels ciblés.
- Traitements hormonaux ou autre en cours.
- Précision sur le mode vie (activité physique, tabagisme, sexualité).
- Les symptômes climatiques.
- Un examen clinique général avec une attention particulière au poids, sa répartition (circonférence abdominale) et la TA.
- Un examen gynécologique classique adapté en fonction de la trophicité vaginale (lubrification, taille du speculum...).
- Recherche d'un prolapsus, évaluation de la tonicité périnéale.
- Examen du col, vulve, sein. Sensibiliser la patiente à l'autopalpation

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES : DANS QUEL CAS ?

Pour confirmer le diagnostic de ménopause :

- S'il existe des difficultés pour diagnostiquer l'aménorrhée (hystérectomie),
- Si ce tableau est incomplet ou survient à un âge inhabituel (< 40 ans)
- Éventuellement chez une femme prenant encore une contraception orale (prélèvement au 7^e jour après la dernière prise de pilule) ou porteuse d'un DIU au lévonorgestrel. Dans ces cas, on pourra confirmer le diagnostic sur les dosages de : FSH > 20 UI/L et E2 < 20 pg/L.

Pour le suivi de prévention

- Bilan biologique : cholestérol, triglycérides, glycémie, examens orientés par l'interrogatoire et la clinique à la recherche de facteurs de risque osseux (dosage TSH, calcémie et vitamine D) si nécessaire,
- Mammographie (si non réalisée depuis 2 ans ou plus),
- Frottis cervico-utérin à faire si non réalisé depuis 3 ans ou plus,
- L'échographie pelvienne si signes d'appel.

Pour évaluer un risque de fractures : Le densitomètre minéral osseuse (DMO) par technique bi photonique est demandé devant des facteurs de risque d'ostéoporose : période d'hypo-œstrogénie, corticothérapie au long cours, âge < 60 ans, antécédents de fracture > 40 ans, antécédents familiaux de fracture ou d'ostéoporose, immobilisation prolongée, IMC < 19, hyperthyroïdie et hyperparathyroïdie, insuffisance ovarienne primitive prématurée (c'est-à-dire avant 40 ans).

En cas d'aménorrhée de moins de 12 mois ou si l'examen clinique révèle une imprégnation ostrogénique (présence de glaire cervicale), on pourra pratiquer un test aux progestatifs. S'il est négatif (pas d'hémorragies de privation après la prise de 10 à 12 jours de progestérone ou d'un progestatif), ce test permet de vérifier qu'il existe bien une hypo-œstrogénie (ménopause). Au contraire, la survenue de règles témoigne d'une persistance d'un fonctionnement ovarien avec sécrétion d'œstrogènes.

LE POINT SUR LES TRAITEMENTS

Le traitement hormonal substitutif de la ménopause (THM).

Nous ne pouvons pas prescrire ces traitements mais pour information : Le traitement a pour objet d'éviter les effets secondaires de la carence hormonale.

Le THM simule l'imprégnation hormonale de l'âge de procréation et comporte donc un traitement substitutif associant un œstrogène naturel à un traitement progestatif (15–20 % des femmes prennent un THM, 40 % entre 50 et 55 ans mais 50 % abandonnent dans les 2 ans). C'est une étude de 2002 qui a semé le doute sur ce traitement. Elle niait les bénéfices concernant les maladies cardio-vasculaires et mentionnait une augmentation du risque de certains cancers, d'embolie pulmonaire et d'accidents vasculaires cérébraux.

Une balance qui pesait plus lourd pour les risques, que les avantages associés à un taux plus faible de fracture du col du fémur. Une volumineuse méta analyse publiée dans le Lancet en 2019 réaffirmait ses conclusions notamment sur l'augmentation du risque de cancer du sein. Cependant des biais sont relevés concernant le mode d'administration et le type de molécule. Il n'est pas recommandé d'utiliser un traitement hormonal de façon systématique ou à titre préventif.

Le THM ne doit être proposé que si les patientes se plaignent de symptômes climatiques altérant leur qualité de vie et si elles expriment le souhait de se traiter. Il peut aussi être envisagé pour prévenir l'évolution vers l'ostéoporose chez une femme qui débiterait sa ménopause avec une diminution de son capital osseux.

La prescription doit être amorcée le plus tôt possible une fois la ménopause confirmée, à la dose minimale nécessaire pour les symptômes, et pour une durée limitée (en théorie, à celle des symptômes). Tout cela en tenant compte du profil de risque de chaque patiente vis-à-vis des maladies cardiovasculaires, des cancers du sein et de l'utérus.

Le bénéfice du traitement doit être régulièrement réévalué.

Le schéma thérapeutique peut être :

- Séquentiel (il induit des hémorragies de privation) ; œstrogènes puis association œstrogène et progestative.
- Ou combiné dit « sans règles ». La principale voie d'administration est orale ou intra-utérine pour le progestatif par l'intermédiaire d'un DIU (Miréna®).

La composante œstrogénique peut être apportée par voie orale, ou transdermique sous forme de gel ou de patch.

Le choix de la durée optimale du traitement n'est pas clairement établi. Elle doit être ajustée aux objectifs du traitement. Il est cependant recommandé de le limiter à 5 ans et d'évaluer tous les ans la balance bénéfices/risques.

La voie d'administration doit privilégier les formes non orales pour diminuer les risques thrombotiques.

Prévention ou traitement des complications à court et moyen termes :

- bouffées de chaleur, atrophie vaginale, troubles de l'humeur, troubles de la trophicité vaginale. – ostéoporose : diminution de 50 % des fractures ostéoporotiques (rachis surtout),
- troubles cognitifs : diminution possible de l'incidence de la maladie d'Alzheimer,
- cancer du côlon : diminution probable de l'incidence. (La prévention cardio-vasculaire est contestée).

Les principales contre-indications sont réparties en :

- contre-indications absolues : cancer du sein, maladies thromboemboliques (antécédents de phlébite profonde inexpliquée, d'embolie pulmonaire, d'accidents emboligènes inexpliqués pour la voie orale du THM) et des maladies plus rares (lupus, tumeur hypophysaire, porphyrie, affections hépatiques graves et évolutives, hyperlipidémies sévères, HTA grave) ;
- contre-indications relatives : elles nécessitent une discussion en fonction de leur sévérité et du contexte (désir de THM, possibilités de surveillance). Ce sont : fibrome, endométriose, mastopathies bénignes, HTA, diabète insulino-dépendant, antécédents familiaux de cancer du sein, de l'endomètre, cholestase, etc.

Les autres thérapeutiques :

- les phyto-œstrogènes (ex. : isoflavone) sont des compléments alimentaires (n'ont pas l'AMM des médicaments : vigilance et information !). Leur efficacité est discutée, ils sont contre-indiqués en cas d'antécédent de cancer. Des réserves ont été émises par l'Afssaps.
- traitements de la sécheresse vaginale : œstrogènes à action locale pour traiter la sécheresse vaginale (Trophigil®, Colpotrophine®, Trophicrème®), lubrifiants (Taido®, Sensilube®) pour les rapports et hydratants vaginaux (Replens®).
- traitements de l'ostéoporose les SERM (modulateur sélectif des récepteurs des œstrogènes) : Evista®, Optruma® (raloxifène) : actifs sur l'ostéoporose et ayant une action préventive sur la survenue d'un cancer du sein ; ils n'ont pas d'action sur les bouffées de chaleur ni la sécheresse vaginale. Ils ne sont pas remboursés sauf en cas d'ostéoporose confirmée (dose : 60 mg/j)
- L'acupuncture : Pour la Médecine Traditionnelle Chinoise (MTC), c'est une période de transition où l'équilibre entre le Yin et le Yang est fragile et un déséquilibre temporaire est possible. L'ampleur du déséquilibre sera reflétée par l'intensité et le nombre de signes et symptômes présents et expliquera les différences individuelles. L'acupuncture et la MTC proposent un suivi personnalisé afin d'agir sur les déséquilibres identifiés et leurs symptômes dans le but de faciliter cette transition. L'efficacité est particulièrement sur le sommeil, bouffées de chaleur et le syndrome dépressif entre autres. On peut initier les femmes à certains automassages de points d'acupuncture
- L'homéopathie : plus fréquemment Lachesis, parfois Sepia. On pourra leur associer selon le cas : En cas de sueurs abondantes Belladonna ou Veratrum viride ou encore Amylium nitrosum si la bouffée de chaleur vasomotrice apparaît et disparaît rapidement. Si les sueurs décrites sont peu abondantes on privilégiera Aconit sur une peau rouge et sèche, Sanguinaria si les joues sont rouges et brûlantes.

ACCOMPAGNEMENT : PRÉVENTION, SOUTIEN, ORIENTATION

Hygiène de vie :

D'après l'international ménopause society, plus de la moitié des femmes prennent en moyenne 3 à 5 kg à la ménopause. Le métabolisme de base va diminuer (200 kcal environ), il faut donc diminuer d'autant les apports dans l'alimentation (une barre chocolatée c'est 100 kcal de moins, un croissant 200...) ou augmenter la dépense énergétique d'autant (40 minutes de marche supplémentaire c'est 100 kcal).

- Privilégier les viandes maigres
- Consommer des Oméga 3
- Augmenter sa consommation de produits laitiers et donc de calcium (en supplémentation : calcium 1 200 à 1 500 mg/j) en prévention de l'ostéoporose. L'associer à la vitamine D en supplémentation.
- Augmenter sa consommation de fibres permet la régularisation des taux de glucose et de ghréline dans le sang (hormone régulant l'appétit).
- Les pesticides et engrais chimiques étant reconnus comme se comportant comme des leurres sur les récepteurs hormonaux, le choix d'une alimentation non traitée s'impose.
- Respect de la chronobiologie : plus petite quantité par repas et décalage de la prise des desserts par exemple, fruit à distance des repas
- La baisse brutale des œstrogènes peut générer des ballonnements. Pour limiter les ballonnements est de manger de plus petits repas.
- On peut également recommander la prise de probiotiques.

Pratique d'une activité physique régulière :

Expliquer qu'elle **diminue les symptômes climatériques** mais également troubles du sommeil, de l'humeur voire la prévalence de syndrome dépressif. Et même une augmentation de la densité osseuse dans la pratique de sport dit combiné (endurance et renforcement musculaire modérés) selon l'INSERM.

La pratique de la méditation de pleine conscience, même si les études sur la diminution des effets climatériques est modeste, le ressenti des femmes sur l'amélioration de la qualité de vie et du sommeil, sur la réduction du stress est réel.

Prise en charge de l'incontinence urinaire :

L'incontinence urinaire représente un symptôme sous-tendu par plusieurs mécanismes physiopathologiques comme l'hormono-dépendance des tissus du tractus génital. Proposer des séances de rééducation périnéale, un traitement ostrogénique par voie locale peu également améliorer l'incontinence urinaire et informer sur les possibilités chirurgicales en fonction des situations. De plus, entretenir son périnée permet de préserver une bonne tonicité et donc de garder une sexualité épanouie.

Le bien-être dans sa globalité :

En établissement une relation de confiance et de bienveillance avec nos patientes, tous les sujets peuvent être abordés afin de nous permettre de les accompagner au mieux. Là encore, nous n'hésiterons pas à les adresser si besoin.

Selon le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France, 40 % des femmes se plaignent de problèmes sexuels à ce moment de leur vie. La ménopause ne signifie pas la fin de la sexualité, mais la fin de la reproduction. La baisse de la libido est plus causée par des symptômes de la ménopause que par une réalité biologique. Le manque d'imprégnation hormonale locale des tissus est très souvent responsable d'une atrophie vaginale avec sécheresse et diminution de la lubrification. Alors qu'une jeune fille de 20 ans a une lubrification complète en moins de trente secondes, il faudra plus de deux minutes pour y parvenir après la ménopause. Ainsi, c'est l'ère du SlowSex qui est l'occasion de plus de tendresse, de plus de complicité, de réinventer sa sexualité (qui n'est pas que pénétrative.) C'est parfois une seconde lune de miel au sein du couple, qui s'était éloigné avec les enfants, se retrouve à deux, recommence à être attentionné et à faire l'amour quand il veut. Mais il est également démontré qu'une femme qui change de partenaire après la ménopause a autant de désir qu'une femme qui n'est pas ménopausée. C'est l'occasion de se sentir plus libre dans sa sexualité ! S'il est vrai que pour plusieurs femmes se sentir désirées et désirables les aides à vivre plus positivement leur sexualité, il importe de déconstruire la croyance qu'un corps vieillissant est non désirable. Le charme, la tendresse et la sensualité ne contribuent-ils pas aussi au désir et à la beauté de chacune ? Il y a un ralentissement des réactions sexuelles tant chez la femme que chez l'homme.

Ces changements physiologiques sont normaux et n'indiquent pas la fin du désir sexuel. Cette nouvelle réalité peut être l'occasion pour les femmes de réviser certaines de leurs attentes ou de leurs pratiques.

Ce moment de vie est très souvent corrélé au syndrome du nid vide, la préparation de l'arrêt d'une activité professionnelle, une certaine lassitude dans certains couples... Cette transition peut être un formidable moment de créativité et d'ouverture vers de nouvelles perspectives.

En conclusion

La sage-femme a un rôle à jouer dans la prise en charge des femmes ménopausées. Tant du point de vue médical en termes de prévention et dépistage, que du point de vue de l'accompagnement de la femme dans son entièreté. Accompagnons les femmes et encourageons-les à aborder cette phase de la vie sous un autre prisme, un autre regard, c'est l'occasion de s'interroger et d'apporter des changements à son style de vie. Toutes les femmes vivent cette étape. La particularité des femmes japonaises est que seulement 10 % d'entre elles se plaignent de symptômes climatiques. Outre des différences de mode de vie, on ne peut nier que le regard porté par la société est une influence sur cette différence. Ainsi, en Occident, les femmes voient la ménopause comme un déclin et elle est redoutée. Au Japon, on n'en parle presque pas. Il n'y a pas de mot dans le vocabulaire pour « ménopause ». On parle plutôt d'un changement de la vie.

Cette vision de ce changement chez la femme souligne l'importance de la psychologie dans l'acceptation de cette étape de la vie. D'un côté, on redoute son arrivée et, de l'autre, on l'accepte avec sérénité. Une femme est capable de donner la vie, de la faire grandir en elle, de la mettre au monde. Tel est le pouvoir des femmes. Et peu importe si elles en usent ou non, il réside en elles à toutes les étapes de leur vie !

Quiz de formation

- Quel est le pourcentage de femme qui prend un TSM entre 50 et 55 ans ?
 - 10%
 - **40 % entre 50 et 55 ans mais 50 % abandonnent dans les 2 ans.** Le THM ne doit être proposé que si les patientes se plaignent de symptômes climatiques altérant leur qualité de vie et si elles expriment le souhait de se traiter.
 - 70 %

Réponse : 2

- Quel est le pourcentage de femme qui se plaint d'un retentissement sur leur sexualité ?
 - 10%
 - **40% des femmes se plaignent de problèmes sexuels à ce moment de leur vie.** La ménopause ne signifie pas la fin de la sexualité, mais la fin de la reproduction. La baisse de la libido est plus causée par des symptômes de la ménopause que par une réalité biologique. Le manque d'imprégnation hormonale locale des tissus est très souvent responsable d'une atrophie vaginale avec sécheresse et diminution de la lubrification.
 - 70 %

Réponse : 2

QUAND LA SCIENCE EN PARLE

EDUCATION À LA SENSUA-SEXUALITÉ

Cécile WALLART Sage-femme coordinatrice de la planification familiale du département de la Vienne Poitiers

Rédigé par Camille Tallet

L'éducation à la sexualité est une manière d'aborder l'enseignement de la sexualité et des relations interpersonnelles qui soit :

- Fondée sur l'égalité des sexes et des sexualités,
- Adaptée à l'âge,
- Basée sur des informations scientifiques,
- Sans jugement de valeur.

L'éducation à la sexualité vise, à partir de la parole des jeunes, à les doter des connaissances, compétences et savoirs être dont ils et elles ont besoin pour une vie sexuelle et affective épanouie. Cette éducation s'inscrit dans une conception holistique de la santé et est un outil indispensable pour atteindre l'égalité femmes-hommes. Compte tenu des enjeux posés en matière de citoyenneté, d'égalité femmes-hommes et de santé, il est de la responsabilité des pouvoirs publics de répondre à tou.te.s les jeunes par des informations objectives, sans jugement ni stéréotype, et, lorsqu'elles ou ils en expriment le besoin, de leur apporter l'accompagnement nécessaire.

Si les âges des filles et des garçons au premier rapport sexuel se sont rapprochés, des inégalités filles/garçons et représentations empreintes de stéréotypes et rôles de sexe sont très fortes en matière de sexualité :

- L'entrée dans la vie amoureuse est un moment révélateur des inégalités entre les filles et les garçons et des rôles attendus pour chacun.e.
- Les jeunes hommes sont valorisés selon une norme de virilité, les jeunes femmes subissent la double injonction de devoir se montrer désirables mais « respectables ». Les relations amoureuses et sexuelles des filles sont particulièrement surveillées.
- Les stéréotypes de sexe favorisent des violences sexistes sous diverses formes, touchant en particulier les jeunes femmes : harcèlement via les réseaux sociaux, agression sexuelle, prostitution, harcèlement dans les transports, mutilations sexuelles, violences au sein du couple, etc.
- Les phénomènes de réputation et de harcèlement sexiste sont amplifiés par la viralité des réseaux sociaux, qu'utilisent neuf adolescent.e.s sur dix.
- Les jeunes, et en particulier les filles, méconnaissent leur corps, et le plaisir féminin reste tabou : 84 % des filles de 13 ans ne savent pas comment représenter leur sexe alors qu'elles sont 53 % à savoir représenter le sexe masculin, et une fille de 15 ans sur quatre ne sait pas qu'elle a un clitoris.
- La responsabilité de la prévention des grossesses non désirées et des maladies sexuellement transmissibles continue de peser principalement sur les filles et les femmes. Par conséquent, les enjeux d'égalité posés par l'éducation à la sexualité sont nombreux : accès à l'IVG et à la contraception, prévention des grossesses à l'adolescence, prise en compte du désir et du plaisir des jeunes femmes, stigmatisation de la « réputation », inégalités et violences sexistes au sein d'un groupe ou au sein du couple, question du consentement, instrumentalisation des codes culturels et religieux justifiant l'inégalité filles-garçons, invisibilisation et intolérance vis-à-vis de l'homosexualité et notamment du lesbianisme.

Sexualité :

Mentionnons la définition plus globale suggérée par l'OMS : « La sexualité est un aspect central de l'être humain tout au long de la vie et comprend le sexe, les identités et les rôles socialement associés aux genres, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. La sexualité est vécue et exprimée sous forme de pensées, de fantasmes, de désirs, de croyances, d'attitudes, de valeurs, de comportements, de pratiques, de rôles et de relations. Si la sexualité peut inclure tous ces aspects, tous ne sont pas toujours exprimés ou expérimentés. La sexualité est influencée par l'interaction de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, éthiques, juridiques, historiques, religieux et spirituels. » OMS 2006.

Santé sexuelle :

« La santé sexuelle est l'intégration des aspects somatiques, émotionnels, intellectuels et sociaux de l'être humain sexué, de façon à parvenir à un enrichissement et un épanouissement de la personnalité, de la communication et de l'amour. » OMS 1975 « La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social relié à la sexualité. Elle ne saurait être réduite à l'absence de maladies, de dysfonctions ou d'infirmités. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences plaisantes, en toute sécurité, sans coercition, discrimination et violence.

Pour réaliser la santé sexuelle et la maintenir, il faut protéger les droits sexuels de chacun. » OMS 2006

Droits sexuels :

« Les droits sexuels s'inscrivent dans les droits humains déjà reconnus par les législations nationales, les instruments internationaux relatifs aux droits humains et autres textes bénéficiant d'un large consensus. Ils incluent le droit pour chacun-e, sans aucune contrainte, discrimination ou violence :

- De jouir du meilleur état de santé sexuelle possible, grâce notamment à l'accès à des services médicaux spécialisés en matière de santé sexuelle et reproductive ;
- De demander, d'obtenir et de transmettre des informations ayant trait à la sexualité ;
- À une éducation sexuelle ;
- Au respect de son intégrité physique ;
- Au choix de son partenaire ;
- De décider d'avoir une vie sexuelle active ou non ;
- À des relations sexuelles consensuelles ;
- À un mariage consensuel ;
- De décider d'avoir ou de ne pas avoir d'enfants, au moment de son choix ;
- d'avoir une vie sexuelle satisfaisante, agréable et sans risque.
- OMS 2002

Éducation sexuelle :

L'éducation sexuelle signifie l'apprentissage des aspects cognitifs, émotionnels, sociaux, interactifs et physiques de la sexualité. L'éducation sexuelle commence dès la petite enfance, et se poursuit à l'adolescence et à l'âge adulte. Pour les enfants et les jeunes, son objectif premier est d'accompagner et de protéger le développement sexuel. L'éducation sexuelle donne aux enfants et aux jeunes, en fonction de leur âge et de leur niveau de développement, les informations, les compétences et les attitudes qui leur permettent de comprendre leur sexualité et d'en jouir, d'avoir des relations sûres et satisfaisantes, et d'assumer la responsabilité de leur propre santé et bien-être sexuels, tout comme de la santé et du bien-être sexuels des autres. « Par éducation sexuelle, on entend une manière d'aborder l'enseignement de la sexualité et des relations interpersonnelles qui soit adaptée à l'âge, culturellement pertinente et fondée sur une information scientifiquement précise, réaliste et s'abstenant de jugements de valeur. L'éducation sexuelle offre la possibilité d'explorer ses propres valeurs et attitudes, et de développer des compétences en matière de prise de décisions, de communication et de réduction des risques, concernant de nombreux aspects de la sexualité. » UNESCO 2009

Dans ce rapport de 2010 l'OMS insiste encore sur la nécessité de débiter tôt l'éducation, elle doit être adaptée à l'âge et au développement des jeunes, c'est une matière multidisciplinaire. Dans les arguments en faveur d'une éducation à la sexualité, ce rapport rappelle qu'une éducation informelle ne suffit plus, rappelle les sources d'information : « Les médias contemporains, à commencer par les téléphones cellulaires et l'Internet, sont devenus en très peu de temps une source d'information très importante. Mais une bonne partie de cette information, surtout en ce qui concerne la sexualité, est dénaturée, incohérente, non réaliste et souvent humiliante, en particulier pour les femmes (pornographie sur Internet). Il en résulte un nouvel argument en faveur de l'éducation sexuelle : la nécessité de réagir et de corriger les informations et images erronées véhiculées par les médias. »

Le développement des comportements, sentiments et capacités cognitives en matière de sexualité débute in utero et se poursuit durant toute la vie. Le développement sexuel et personnel d'un être humain est plus particulièrement délimité par quatre domaines d'expérience qui sont appréhendés dès la prime enfance par rapport à ses besoins, ses relations et sa sexualité. Le développement sexuel s'accélère pendant la puberté. Les perceptions et motivations par rapport à la sexualité acquièrent une dimension sociale (avec et à travers d'autres gens). Le processus de maturation sexuelle bat son plein. Les différences entre filles et garçons s'accroissent. Pendant les premières phases de la puberté, les jeunes auront généralement des amis du même sexe comme confidents, mais feront les premiers pas vers le sexe opposé. La puberté marque généralement l'apparition d'un hiatus entre le développement physique et l'état psychologique. À ce moment de leur vie, les jeunes passent par une période de réflexion approfondie. Ils apprennent progressivement à penser à des sujets

abstrait et à des événements qu'ils n'ont pas vécus personnellement. Ils sont mûrs pour l'introspection. En outre, ils sont capables de combiner différentes aptitudes individuelles en une compétence qui leur permet de penser en termes de résolution de problèmes. Entre 12 et 20 ans, les jeunes développent leur orientation sexuelle et consolident leurs préférences sexuelles."

12-15 ans : puberté

La plupart des garçons commencent leur puberté. Leurs testicules et leur pénis poussent, ainsi que les poils sous les aisselles et les poils pubiens. Souvent ils grandissent d'un coup, leur voix mue et ils commencent à avoir du poil au menton. Les garçons ont leur première éjaculation à l'âge de 13 ans en moyenne, signe qu'ils sont mûrs sexuellement et peuvent faire des enfants. Les filles continuent de se développer. Elles ont grandi et commencent à avoir des poils sous les bras et des poils pubiens. Elles ont leurs premières règles à l'âge de 12 ans en moyenne, signe qu'elles sont mûres sexuellement et peuvent être enceintes. À cet âge, les jeunes se masturbent, les garçons plus que les filles. Les adolescents peuvent être très inquiets par rapport au changement de leur corps : se développent-ils normalement, leur développement est-il plus lent comparé à d'autres, etc. ? Ils doivent s'habituer à leur « nouveau corps », se sentent souvent embarrassés par lui, mal à l'aise. Ils développent une image de soi sexuée. Sachant qu'ils peuvent avoir des relations sexuelles, il devient très important d'être séduisants. Souvent assez mal dans leur peau, ils sont également peu sûrs de leur pouvoir d'attraction (sur un partenaire potentiel). Ils sont souvent très sensibles à l'opinion des autres et influencés par leurs pairs. Ils commencent à trouver les jeunes du même âge sexuellement attirants. Garçons et filles commencent à découvrir s'ils préfèrent les jeunes du sexe opposé ou du même sexe (orientation sexuelle). Souvent, ils tombent amoureux pour la première fois. Ils flirtent et ont leurs premières relations. Ils gagnent en expérience au niveau des baisers et des caresses : « petting ».

16-18 ans : Au seuil de l'âge adulte.

Les jeunes deviennent plus indépendants et ont des liens moins étroits avec leurs parents. Ils savent plus clairement s'ils sont hétérosexuels ou homosexuels. Ils font des expériences sur le plan relationnel. Ils gagnent en expérience sexuelle : ils embrassent et caressent, certains plus précocement que d'autres. Leur « carrière sexuelle » passe généralement par les étapes suivantes : s'embrasser, se toucher et se caresser tous habillés, se caresser nus, rapport sexuel complet (hétérosexuel) et, finalement, sexe oral et parfois anal. Ils gagnent en expérience sur la manière d'interagir avec l'autre sexe : négocier, communiquer, articuler les souhaits et les limites, faire preuve de respect – tous des thèmes importants.

L'éducation sexuelle doit s'appuyer sur les principes suivants :

1. L'éducation sexuelle est adaptée au niveau de développement et aux capacités intellectuelles de ses destinataires, en phase avec leurs réalités socioculturelles et leur genre. Elle correspond à la réalité de vie des jeunes.
2. L'éducation sexuelle est fondée sur une approche des droits (sexuels et reproductifs) humains.
3. L'éducation sexuelle est fondée sur une conception holistique du bien-être, qui inclut la santé.
4. L'éducation sexuelle est fondée sur l'égalité des sexes, l'autodétermination et l'acceptation de la diversité.
5. L'éducation sexuelle commence dès la naissance.
6. L'éducation sexuelle contribue à une société équitable et compatissante en soutenant les ressources et les compétences des individus et des communautés.
7. L'éducation sexuelle est basée sur des d'informations précises et scientifiquement étayées.

2. ARTICLES ET ÉMISSIONS

Ils sont très nombreux et beaucoup mettent en évidence par des chiffres l'insuffisance des contenus et leur grande variabilité. Selon l'UNFPA, "Pour avoir un effet sur la santé et le bien-être sexuels, l'éducation complète à la sexualité doit aborder ouvertement les relations sexuelles et les pratiques sexuelles saines, en plus d'informer sur les services compétents et les moyens d'y accéder." Nous intervenons bien souvent une seule fois, en une ou deux heures auprès des 4èmes ou des 3èmes la plupart du temps. Alors que leur transmettre d'essentiel, d'utile, de respectueux mais de vrai ? En tant que professionnel.le.s de santé nous pouvons aborder la sexualité pour ce qu'elle est, dans sa définition pour l'individu et en relation avec l'autre. En cela nous pouvons nous revendiquer de la définition de l'OMS en 1975 "... La santé sexuelle est l'intégration des éléments somatiques, affectifs et sociaux de la vie sexuelle, de façon à favoriser l'épanouissement et la mise en valeur de la personnalité, la communication et l'amour. Le droit à l'information sexuelle et le droit au plaisir sont des valeurs inhérentes à ce concept."

Les études montrent également l'efficacité d'une éducation à la sexualité sur la diminution des grossesses adolescentes et des violences sexuelles dans les pays où elle est appliquée.

ET UN ADOLESCENT, C'EST QUOI ?

En lui, en elle, c'est un tsunami de transformations (hormonales, neurologiques, morphologiques) et d'aspirations parfois contradictoires dans le devenir adulte. Devenir adulte c'est faire ses propres choix, ça prend du temps, et qui choisit au final, le moi profond ou la pression extérieure avec les normes du monde adulte ? L'adolescent a un profond désir de conformité qui peut le pousser à adopter les normes des adultes. Rappelons-nous que l'adolescence est l'acquisition de nouveaux pouvoirs, dont celui de la séduction sexuelle, non maîtrisée. L'adulte doit mettre un cadre pour dire à l'adolescent d'aller à l'extérieur chercher une relation amoureuse. La réassurance sur l'identité sexuelle passe beaucoup par le regard de l'autre.

4. SUJETS À ABORDER AVEC EUX

Définir les différents composants de la sexualité, à partir de leurs mots, construire avec eux le schéma de ce que je pense, ce que je ressens, ce que je sens, mon potentiel sexuel et ma relation à l'autre.

Explorer les notions clés de l'identité sexuelle, homme ou femme ou « ni-ni », ou et-et », ou « ne sait pas », évoquer la pression sociale à se définir (pairs, parents, adultes autour), rappeler les différences entre le corps et le cerveau dans leur maturation, que c'est long et évolutif, que le regard de l'autre est un élément à prendre en compte.

Aborder l'excitation sexuelle dans son expression corporelle, mettre des mots sur les sensations ressenties, montrer la courbe définie par Masters et Johnson.

Evoquer le rôle de la testostérone dans l'excitabilité, la puissance des décharges orgasmiques, les rêves érotiques. Rappeler que le néocortex se développe moins vite que le système limbique, donc qu'on ressent les choses sans les comprendre et sans les mémoriser. Et pour parler de sensualité indiquer les sources de l'excitation sexuelle : les 5 sens et l'imaginaire érotique, à développer avec eux.

Parler de plaisir sexuel et de désir sexuel, du processus d'érotisation.

Cheminer avec eux sur la question de l'orientation sexuelle, évoquer le Dr Kinsey et sa démonstration du continuum dans le temps, amener à prendre conscience que c'est une question dont la réponse n'importe pas même si les normes sociales poussent l'individu à se déterminer.

Rappeler une notion essentielle : la sexualité n'est pas "naturelle", c'est la reproduction qui l'est. La sexualité, elle, nécessite des apprentissages, évoquer les avantages de l'auto-érotisation dans la découverte des réactions de son propre corps pour guider ensuite son ou sa partenaire.

Quiz de formation

- Quel est le pourcentage de jeunes qui connaissent mal leur corps ?
 - **84 % des filles de 13 ans ne savent pas comment représenter leur sexe alors qu'elles sont 53 % à savoir représenter le sexe masculin, et une fille de 15 ans sur quatre ne sait pas qu'elle a un clitoris.**
 - 10 % des filles de 13 ans ne savent pas comment représenter leur sexe.
 - 70 % des filles de 13 ans ne savent pas comment représenter leur sexe.

Réponse : 1

- Y a-t-il un âge pour commencer l'éducation sexuelle ?
 - Dans un rapport de 2010 l'OMS insiste encore **sur la nécessité de débiter tôt l'éducation**, elle doit être adaptée à l'âge et au développement des jeunes, c'est une matière multidisciplinaire.
 - Pas avant 15 ans.
 - Dès la maternelle

Réponse : 1