



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

DOSSIER DE PRESSE

La HAS mobilisée pour la santé des femmes

27 mai 2025

Sommaire

Mieux accompagner les femmes en situation de surpoids ou d'obésité	4
Le contexte	4
Les recommandations pour les professionnels de santé	4
Les conseils pour les femmes concernées	4
Pour en savoir plus	5
Infographie	6
L'éclairage de l'expert : 3 questions au Pr Pierre-Louis Druais	6
Diminuer le risque alcool des femmes	8
Le contexte	8
Les recommandations pour les professionnels de santé	8
Les conseils pour les femmes concernées	8
Pour en savoir plus	9
Infographie	9
L'éclairage de l'expert : 3 questions au Dr Marie-Josée Augé-Caumon	10
Un point sur l'endométriose	11
Le contexte	11
Encadré : Endotest	11
Pour en savoir plus	11
Les dernières recommandations de vaccination pour les femmes enceintes	12
Le contexte	12
Pour en savoir plus	13



Scannez ce QR code pour consulter
l'ensemble des sources «pour en savoir +»



Pr Lionel Collet, Président de la Haute Autorité de santé

Depuis sa création en 2004, la Haute Autorité de santé vise à développer la qualité dans les champs sanitaire, social et médico-social. A cet effet, elle évalue les produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux), mesure la qualité des établissements de santé et des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) pour l'améliorer et élabore des recommandations de bonnes pratiques professionnelles. L'objectif : permettre à chaque personne de bénéficier des meilleurs soins, prises en charge et accompagnements, et ce, quel que soit son état de santé, sa situation, son âge, son genre ou encore son sexe.

Sur ce dernier point, la santé des femmes est différente de celles des hommes pour des raisons biologiques liées au sexe et de comportements de genre. Les femmes peuvent connaître des situations et événements spécifiques tout au long de leur vie : la puberté, les règles douloureuses, la grossesse, l'accouchement, la contraception, la ménopause... Elles sont aussi plus souvent confrontées à certaines maladies que les hommes et sont également plus souvent victimes de violence. Pourtant, certains stéréotypes liés au genre et au sexe perdurent, empêchent une prise en charge optimale et accentuent les inégalités. Dès décembre 2020, la HAS alertait le Parlement et le Gouvernement sur ces enjeux dans son rapport d'analyse prospective intitulé « Sexe, genre et santé ». Le rapport prenait ainsi l'exemple des signes d'un infarctus chez la femme, trop souvent confondus avec ceux d'une crise d'angoisse, ou celui de pathologies soi-disant "réservées aux femmes", comme l'ostéoporose, conduisant à négliger ce diagnostic chez l'homme. La HAS en appelait, déjà, à une plus grande prise en compte des questions de sexe et de genre, afin d'améliorer l'accompagnement et les soins pour toutes et tous. Elaborer des recommandations tenant spécifiquement compte de ces questions figurait parmi les propositions de ce rapport.

C'est dans cette optique que nous avons publié ces derniers mois des travaux sur le dépistage et l'accompagnement des femmes en situation de surpoids ou d'obésité, la prise en charge du risque alcool, l'endométriose ou encore la vaccination de la femme enceinte. Avec une priorité : améliorer la prise en charge des femmes confrontées à ces situations médicales.

Avant de vous présenter le contenu de ces travaux, je souhaite insister sur un point : les professionnels de santé ne sont pas les seuls à pouvoir agir pour la santé des femmes. Les femmes elles-mêmes, entourées et épaulées par de nombreuses associations de patients et de patientes, ont le pouvoir d'agir sur leur état de santé global, en adoptant des comportements adaptés à leur situation. C'est pourquoi nous proposons, en plus des recommandations de bonnes pratiques à destination des professionnels, des conseils qui peuvent être utiles aux femmes pour mieux vivre au quotidien. Plus largement, c'est à l'ensemble de la société de se saisir de cet enjeu, car la santé des femmes nous concerne tous.

Mieux accompagner les femmes en situation de surpoids ou d'obésité

Le surpoids et l'obésité restent élevés chez les femmes et sont en augmentation régulière depuis 20 ans. Aujourd'hui, près de 40 % des femmes sont concernées (dont 14 % en situation d'obésité), alors que cette proportion n'était que de 25 % en 1996 (baromètre Santé publique France). Or, la question du poids a de nombreux impacts sur la santé, dont certains sont méconnus. Les femmes concernées sont confrontées à différentes formes de stigmatisation et inégalités (sociales, professionnelles, etc...) liées à leur genre, ce qui induit fréquemment une vulnérabilité psychologique. Par ailleurs, leur suivi gynécologique est moins régulier alors qu'elles ont un risque augmenté de développer certaines pathologies (cancer du sein et de l'ovaire). L'obésité a également un impact sur la fertilité et peut entraîner des complications au cours de la grossesse et/ou au moment de l'accouchement. Enfin, au moment de la ménopause, l'obésité s'accompagne d'un risque cardiovasculaire augmenté.

Dans ce contexte, les dernières recommandations de la HAS sur le dépistage et l'accompagnement des femmes concernées par le surpoids ou l'obésité ont été publiées en février 2025. Prendre soin d'elles sans les stigmatiser et améliorer leur suivi gynécologique constituent deux des axes clés.

Les conseils pour les femmes concernées : activité physique et alimentation équilibrée

Comme pour tout un chacun, l'hygiène de vie et l'équilibre alimentaire sont à rechercher au quotidien. Cela passe par des mesures simples qui donnent rapidement des résultats bénéfiques sur la santé globale. L'activité physique (marcher, monter les escaliers...) a un effet positif, même sur de courtes durées (10-15 min) et avant même de pratiquer un sport. L'idéal est d'augmenter progressivement la fréquence et l'intensité pour atteindre les recommandations, à savoir 30 minutes par jour, et de compléter si possible avec du renforcement musculaire et des assouplissements, deux ou trois fois par semaine. Au contraire, la sédentarité (temps passé assis ou allongé) augmente de façon préoccupante le risque de surpoids et de diverses maladies (cardiovasculaires, diabète, cancers, etc...).

S'agissant de l'alimentation, quelques repères permettent de garder de bonnes habitudes : cuisiner « maison » au maximum ; veiller à la taille des portions ; prendre ses repas à heures régulières, sans écran et en restant à table au moins 20 minutes ; préférer une alimentation de type méditerranéenne (riche en fruits et légumes, légumineuses, céréales complètes, huile d'olive et pauvre en viande) qui a prouvé ses bénéfices sur la santé. A contrario, il convient de réduire autant que possible le grignotage entre les repas, notamment avec des aliments gras et sucrés. Enfin, un sommeil régulier et récupérateur permet d'éviter les fringales liées au manque de sommeil et a, là encore, une incidence positive sur le métabolisme en général.

Une attention toute particulière au suivi gynécologique, à toutes les étapes de la vie :

- Il est recommandé d'anticiper une future grossesse et d'en discuter avec son médecin. Celui-ci pourra proposer une consultation pré-conceptionnelle, qui sera l'occasion d'expliquer l'intérêt pour la femme de stabiliser son poids avant la grossesse et de modifier progressivement ses habitudes de vie. La HAS rappelle que la perte de poids ne doit pas être présentée aux femmes comme un préalable à la grossesse.

- Lors d'une grossesse après une chirurgie bariatrique, un suivi spécialisé et obstétrical est recommandée.

- Les femmes concernées doivent également être accompagnées pendant la période post-natale, et au-delà si besoin, afin de maintenir dans la durée les modifications des habitudes de vie pour stabiliser leur poids ou poursuivre une perte de poids progressive.

- Lors de la péri-ménopause et de la ménopause, la vigilance sur l'évolution du poids doit être maintenue car une obésité ou un tour de taille élevé augmente le risque de maladie cardiovasculaire

et de cancer. L'augmentation de l'activité physique et la diminution de la sédentarité sont d'autant plus encouragées pendant cette période.

- Les dernières recommandations de la HAS à destination des professionnels de santé pour une prise en charge médicale optimale :

- Le parcours de soins personnalisé doit être coordonné par le médecin généraliste, qui effectue le premier bilan puis oriente la patiente vers d'autres spécialistes si besoin (nutritionniste, psychologue, gynécologue, chirurgien, etc...).

- Le dépistage des situations de surpoids ou d'obésité peut être proposé avec un calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) et une mesure du tour de taille de toutes les femmes au moins une fois par an, avec un suivi de leur évolution chaque année. Certaines situations sont une bonne occasion de faire le point (bilans de prévention, demande de contraception...).

La HAS recommande aux professionnels de santé d'adopter une posture de non-jugement et d'écoute, d'éviter de blesser et de culpabiliser lors de l'annonce du diagnostic et du suivi. Il est essentiel d'aller au-delà de l'IMC et de comprendre les facteurs en lien avec l'obésité et le ressenti de la personne.

Une attention particulière doit être portée aussi aux vulnérabilités sociales, familiales, professionnelles etc...de ces femmes et les orienter si besoin vers un psychologue ou un psychiatre.

Le conseil en plus : maintenir des activités sociales sous toutes leurs formes (relations amicales, familiales et professionnelles positives, activités culturelles et sportives...) renforce le bien-être physique et mental et l'image positive de soi.

Pour en savoir + :

- **Rapport : Surpoids et obésité chez la femme : dépistage et accompagnement.** (2025, 20 février). Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-02/rapport_-_surpoids_et_obesite_chez_la_femme_-_depistage_et_accompagnement_2025-02-27_11-33-25_955.pdf

- **Site de la CNAO.** <https://cnao.fr/>

- **Site de la Ligue contre l'obésité.** <https://liguecontrelobesite.org/>

- **Surpoids et obésité : calcul d'IMC et bilan médical.** (s. d.). *L'assurance Maladie.* <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/surpoids-obesite-adulte/calcul-imc-bilan-medical>

Annexe 3. Graduer les soins et l'accompagnement : surpoids et obésité

1. S'appuyer sur une évaluation multidimensionnelle



Source : HAS. (2025). Surpoids et obésité chez la femme : dépistage et accompagnement. In FICHE. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-02/fiche_memo_-_surpoids_et_obesite_chez_la_femme_-_depistage_et_accompagnement.pdf



3 questions au

Pr Pierre-Louis Druais,

Professeur de médecine générale, Vice-président de la Commission Recommandations, pertinence, parcours et indicateurs à la HAS

« Être dans une relation de bienveillance avec les patientes »

Quelles sont les principales difficultés rencontrées par les femmes en situation de surpoids ou d'obésité lors de leur prise en charge médicale ?

Tout d'abord, il y a des difficultés d'accès aux soins, avec un gradient social fort : lorsque vos moyens et votre temps sont limités, il est plus difficile d'être dépistée et diagnostiquée. Ensuite, il y a le poids des habitudes de vie, qui sont au centre de la prise en charge. Les points clés sont en effet l'activité physique au quotidien et la qualité alimentaire. Or, là encore, les déterminants sociaux sont forts et c'est une injustice. Il faut des moyens suffisants pour acheter un panier de course équilibré, avec des fruits et légumes en quantité et moins d'aliments prêts à l'emploi, souvent moins chers mais de mauvaise qualité nutritionnelle. Une activité physique au quotidien nécessite aussi du temps, un temps parfois difficile à libérer lorsque l'on travaille et que l'on a une charge familiale à côté.

Comment les professionnels de santé peuvent-ils limiter la stigmatisation en consultation ?

Lors du diagnostic, il faut utiliser des mots adaptés et faire attention aux regards et aux attitudes stigmatisantes qui peuvent créer un phénomène repoussoir et décourager la femme de consulter ou de poursuivre sa prise en charge. Pour ma part, quand je pesais une personne en surpoids, je lui demandais toujours si elle souhaitait connaître son poids et si la réponse était non, je le notais simplement dans son dossier médical, sans faire aucun commentaire. Ensuite, il faut des moyens matériels adaptés. Aujourd'hui, il est absolument inique que tous les médecins généralistes et gynécologues de France ne disposent pas d'une table d'examen adaptée à toutes les patientes ! Idem pour les brassards-tensiomètres et pour l'accès au cabinet, si la personne obèse est en fauteuil roulant. Heureusement, de plus en plus de cabinets médicaux sont équipés car ils ont l'obligation d'être aux normes.

Quelles améliorations sont attendues notamment sur le plan du suivi gynécologique ?

De nombreux gynécologues priorisent la perte de poids, alors que ce n'est pas la bonne démarche. En chirurgie aussi, de nombreux médecins disent « je vous poserai une prothèse de hanche quand vous aurez maigri ». Non, c'est parce que la personne est en situation d'obésité que sa hanche est détruite ! Il faut absolument inverser la logique. De même, le surpoids n'empêche pas la grossesse. Il faut expliquer à la femme qu'on va l'accompagner pour limiter au maximum sa prise de poids pendant sa grossesse. Et que, comme pour toutes les femmes, on s'occupera de sa perte de poids après la grossesse. C'est cela, être dans une relation de bienveillance avec les patientes.

Diminuer le risque alcool des femmes

Ces dernières années, les comportements des femmes avec l'alcool rejoignent de façon préoccupante ceux des hommes : alcoolisation des femmes mineures, consommations ponctuelles élevées (« binge drinking ») et augmentation de la consommation chez les femmes des catégories socio-professionnelles supérieures.

Entre 2017 et 2021, la proportion d'hommes consommant de l'alcool chaque semaine était en baisse (de 52,7 à 50,5 %), tandis que celle des femmes restait stable, autour de 28 % (Santé publique France, derniers chiffres disponibles). Par ailleurs, la part des femmes de 55 ans et plus déclarant des excès ponctuels est en augmentation, alors que ce comportement de « binge drinking » est en baisse chez les hommes de moins de 35 ans, public initialement le plus concerné par cette pratique à risque (*source BEH 04/09/23**). Enfin, malgré la consigne de « zéro alcool pendant la grossesse », une femme enceinte sur cinq déclare en consommer ponctuellement.

Cet état des lieux est d'autant plus préoccupant que le métabolisme des femmes n'est pas identique à celui des hommes : les risques pour leur santé sont plus élevés. Leur tolérance est moindre (ivresse accélérée), la toxicité hépatique et neurocognitive est supérieure et les effets psychosociaux sont plus sévères (violences subies, perte d'estime de soi, troubles anxieux). Si les femmes subissent globalement les mêmes complications que les hommes (hépatiques, cardiovasculaires, neurologiques, etc...), d'autres conséquences sur leur santé sont plus spécifiques et encore méconnues. C'est notamment le cas du risque de développer un cancer du sein, dont l'incidence est majorée par une consommation d'alcool régulière. Dans ce contexte, la HAS a actualisé ses recommandations en février 2025.

Les conseils pour aborder le sujet alcool avec les femmes

Aborder la question de sa consommation avec son médecin n'est pas toujours facile, mais elle est pourtant indispensable. En effet, le tabou sur le sujet et les jugements moraux freinent la parole des femmes et peuvent priver d'un accompagnement adapté ou le retarder. Le rôle du médecin est important pour créer un climat de confiance, premier pas vers une diminution du risque alcool. Pour préparer cette discussion, connaître les repères de consommation d'alcool dits à moindre risque et savoir se situer sont un bon préalable (cf infographie).

Par ailleurs, pour les femmes en couple ayant un désir d'enfant, l'implication du conjoint dans une réduction mutuelle de la consommation d'alcool est essentielle. Contrairement aux idées reçues, la question « alcool et périnatalité » concerne aussi les hommes à part entière ! En période de conception (y compris en cas d'aide médicale à la procréation), l'alcool altère la fertilité des hommes et des femmes et contribue à la survenue de troubles du spectre de l'alcoolisation foetale dont des troubles du neurodéveloppement.

Les recommandations de la HAS à destination des professionnels de santé pour une prise en charge médicale optimale :

- Les professionnels de santé de premier recours, notamment les médecins traitants, sont là pour ouvrir le dialogue sur le sujet de l'alcool, autant avec les femmes que les hommes, sans banaliser ni culpabiliser

- En consultation, le message clé que les professionnels de santé doivent transmettre est que l'alcool est un sujet de santé pour tous, comme toute autre question d'hygiène de vie, (alimentation, sommeil, tabagisme, etc...) et pas seulement en cas de complication apparente.

- Le médecin peut ensuite personnaliser son discours spécifiquement à l'attention de la femme, tout d'abord en lui garantissant le respect de la confidentialité et du secret sur ce sujet sensible, plus tabou chez les femmes que chez les hommes. Ensuite, le médecin peut l'interroger

sur sa vie affective et intime et solliciter si besoin des professionnels de santé au plus près de ces sujets (sage-femmes, gynécologues, etc...). Enfin, le médecin peut mettre l'accent sur le repérage des situations à risque pour les femmes (emprise, violences, discriminations).

- Le repérage systématique tout au long de la vie permet d'aider chaque femme à identifier les déterminants (effets recherchés, etc) et les risques de sa consommation, et lui offre l'opportunité de la modifier à tout moment au profit de sa qualité de vie.

- La sensibilisation consiste à expliquer que **toute exposition est à risque, celui-ci augmentant dès les premières quantités consommées pour les cancers, accidents et suicides, avec un effet-dose**. Le médecin peut également rappeler que chacun peut diminuer ce risque, toute action allant dans le sens d'une diminution de la consommation ayant un impact positif.

- Les principes et modalités d'accompagnement pour diminuer le risque alcool en population générale sont tous applicables aux femmes : approche motivationnelle, psychothérapie, soutien social, pair-aidance, etc...

Le soutien des associations d'entraide est précieux. Depuis de nombreuses années, il a fait la preuve de son efficacité. Les pairs offrent des informations et des conseils pratiques sur les dispositifs d'accompagnement existants, ainsi qu'un espace de parole et un soutien émotionnel.

Pour en savoir + :

- L'alcool, facteur méconnu du risque de cancer du sein | MILDECA. (s. d.). <https://www.drogues.gouv.fr/lalcool-facteur-meconnu-du-risque-de-cancer-du-sein>

- Sur ce site, un moteur de recherche répertorie les structures de prise en charge et les associations d'entraide : <https://www.alcool-info-service.fr/>

Infographie

Les nouveaux repères de consommation d'alcool

- maximum 10 verres par semaine,
- maximum 2 verres par jour,
- des jours dans la semaine sans consommation.

En résumé :

« Pour votre santé, l'alcool c'est maximum 2 verres par jour, et pas tous les jours ».



Sources :
Campagne « Alcool : Nouveaux repères de consommation à moindre risque » | MILDECA
De nouveaux repères de consommation d'alcool pour limiter les risques sur sa santé.



3 questions au

Dr Marie José Augé-Caumon,

Pharmacienne d'officine, présidente du CAARUD de Montpellier (Centre d'Accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogue) et membre du groupe de travail sur la diminution du risque alcool en population générale et du groupe de travail sur la diminution du risque alcool des femmes à la HAS.

« Considérons l'usage d'alcool comme n'importe quelle autre pathologie ! »

Quelles sont les difficultés rencontrées par les femmes ayant un risque alcool élevé ?

Le principal problème, pour les femmes comme pour les hommes qui boivent, est celui du regard des autres. Le fait de se sentir jugé est toujours difficile. En tant que présidente d'un CAARUD, les femmes me le disent : si on les juge d'emblée, elles n'ont plus envie d'en parler. Et ce mécanisme est le même pour l'alcool, le tabac ou la drogue. Alors, changeons notre regard et considérons l'usage d'alcool comme n'importe quelle autre pathologie ! Par ailleurs, il y a d'autres spécificités chez les femmes : physiquement, une consommation importante d'alcool va se voir rapidement, ce qui est difficile à assumer, donc les femmes vont tenter de le cacher. Enfin, la vulnérabilité, les violences subies et la charge mentale des femmes sont insuffisamment prises en compte dans leur parcours. Toutes ces spécificités expliquent la complexité de leur accompagnement.

Quelles sont les recommandations du côté des professionnels de santé ?

La première étape est le repérage. Avoir une intervention brève d'emblée puis en reparler à la consultation suivante. Pour cela, il faut avoir un peu de temps car le risque est de passer à côté, faute de disponibilité. Une fois ce repérage fait, les consultations auprès des addictologues ou des professionnels de la santé mentale peuvent s'enclencher. C'est la phase de repérage qui est trop longue actuellement. Ensuite, concernant la prise en charge, la stratégie avec l'alcool est celle de la réduction des risques aujourd'hui, comme pour les drogues, et non plus celle du sevrage total, stratégie qui a montré ses limites. Enfin, les professionnels de santé doivent être mieux formés sur cette question, avec notamment un apprentissage de la technique de l'entretien motivationnel. Ils doivent aussi mieux connaître les lieux de prise en charge (services d'addictologie etc...) autour d'eux car ce n'est pas toujours le cas aujourd'hui.

Quelles ressources conseiller aux femmes concernées pour trouver du soutien ?

Les CAARUD ou les CSAPA* sont des lieux où les femmes peuvent se présenter directement. Le Planning familial ou les centres d'addictologie sont aussi des structures adaptées, notamment pour les femmes enceintes ou qui désirent un enfant et qui ont un risque alcool élevé. Sur ce point, je rappelle que tous les professionnels de la périnatalité doivent marteler que c'est zéro alcool dès le désir d'enfant. Et cela vaut pour les hommes aussi car les risques de l'alcool se manifestent aussi bien sur les gamètes des hommes que sur ceux des femmes.

*Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

Un point sur l'endométriose

L'endométriose est une maladie gynécologique inflammatoire et chronique qui touche près de 10% des femmes, de la puberté à la ménopause. Elle est caractérisée par la présence hors de la cavité utérine de tissu semblable à celui de la muqueuse de l'utérus (ou endomètre). De nombreux facteurs sont impliqués dans son déclenchement : des facteurs gynécologiques (premières règles précoces, volume menstruel important, cycles courts), mais aussi génétiques (risque familial) et environnementaux.

L'endométriose ne s'accompagne pas forcément de symptômes et peut aussi être observée chez des femmes indolores et fertiles. En conséquence, la HAS ne recommande pas de dépistage systématique en population générale. En revanche, la prise en charge médicale est indispensable lorsque la maladie a un retentissement fonctionnel (douleur, infertilité).

Le diagnostic de l'endométriose repose sur différents outils (échographie pelvienne, IRM et test salivaire depuis peu, cf encadré) et est relativement complexe. Cela explique que les femmes concernées peuvent être confrontées à un retard de diagnostic.

Prise en charge de la douleur

Des traitements hormonaux, associés ou non à une chirurgie, pourront être proposés par les professionnels de santé dans la prise en charge de l'endométriose douloureuse. La HAS rappelle que la prise d'anti-inflammatoires non-stéroïdiens au long cours est à éviter, en raison d'effets secondaires importants (gastriques et intestinaux).

Enfin, d'autres thérapies non-médicamenteuses, en complément de la prise en charge médicale, peuvent améliorer la qualité de vie, notamment l'acupuncture, l'ostéopathie et le yoga.

En revanche, attention aux propositions « miracle » concernant des régimes ou compléments alimentaires. Les données scientifiques actuelles ne permettent pas d'en recommander un plutôt qu'un autre.

Qu'est-ce que l'Endotest® ?

En octobre 2024, la HAS a donné un avis favorable à la prise en charge conditionnelle du test salivaire Endotest® dans le cadre du forfait innovation, un dispositif dérogatoire et temporaire visant à permettre l'accès précoce des patients à des technologies innovantes, sous réserve de réaliser l'étude clinique finalisant la validation de la technologie. Pour Endotest®, le forfait innovation permet ainsi de donner un accès précoce à ce test à 25 000 femmes âgées de 18 à 43 ans, chez qui une endométriose est suspectée. Depuis le mois de février 2025, l'Endotest® est ainsi proposé dans 80 hôpitaux.

Comment fonctionne-t-il ?

Lorsque l'examen clinique en 1re intention et le bilan d'imagerie en 2e intention produisent des résultats discordants, un prélèvement de salive sera réalisé, suivi d'analyses. Celui-ci pourrait permettre de diagnostiquer la maladie dans un délai d'une dizaine de jours.

Quelles avancées pourrait permettre ce test ?

Ce test pourrait permettre un diagnostic rapide et non invasif de la pathologie, lorsque le bilan d'imagerie n'est pas suffisant. Il est susceptible d'éviter aux patientes une coelioscopie, examen qui présente des risques et se révèle parfois inutile. Si l'essai clinique est concluant, la prise en charge d'Endotest® par l'Assurance Maladie pourrait être généralisée et pérennisée prochainement.

Pour en savoir + :

- https://www.has-sante.fr/jcms/c_2819733/fr/prise-en-charge-de-l-endometriose
- <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/endometriose>

Les dernières recommandations de vaccination pour les femmes enceintes

La grossesse est une période délicate, durant laquelle une quantité importante d'informations est délivrée aux futurs parents. Pour cette raison, la HAS a mis récemment à disposition des femmes et des futurs parents des informations sur la vaccination pendant la grossesse.

Actuellement, quatre vaccins sont recommandés à différents moments pendant la grossesse (Covid-19, coqueluche, grippe, bronchiolite). Ceux-ci répondent à deux objectifs : protéger la santé de la mère et assurer notamment le bon déroulement de la grossesse, mais aussi protéger le bébé dès sa naissance.

Coqueluche

Dans un contexte de recrudescence de la **coqueluche**, une infection respiratoire très contagieuse pouvant entraîner des formes graves chez le nourrisson, la HAS a renforcé ses recommandations vaccinales en juillet 2024. La vaccination de la femme enceinte est en effet le moyen le plus efficace de protéger le nourrisson avant qu'il ne le soit par sa propre vaccination, puisqu'elle permet la fabrication d'anticorps par la mère, qui sont ensuite transmis au futur bébé. Elle est ainsi recommandée **à partir du deuxième trimestre de grossesse, préférentiellement** à partir du 5^{ème} mois de grossesse. Les études dans les pays qui pratiquent la vaccination des femmes enceintes depuis plus de 12 ans comme le Royaume-Uni et les États-Unis ont montré qu'elle était sûre et très efficace, assurant une protection des nourrissons contre les formes sévères et les décès de plus de 90 %. Ces études ont également montré que la répétition des vaccins à chaque grossesse ne comportait pas de risque. En l'absence de vaccination de la femme enceinte pendant la grossesse, une stratégie de cocooning par la vaccination doit être mise en place. Cette stratégie associe une vaccination de la mère en post-partum immédiat, avant la sortie de la maternité, même si la femme allaite, et la vaccination de l'entourage du nouveau-né. La HAS préconise par ailleurs que la vaccination coqueluche soit effectuée pour chaque grossesse et que l'entourage proche (quel que soit son âge) du nouveau-né/nourrisson reçoive une dose de rappel **si la vaccination anticoquelucheuse antérieure date de plus de 5 ans**.

La vaccination simultanée contre la coqueluche est possible avec le vaccin contre la grippe ou la covid-19, en limitant à deux vaccins en même temps, un dans chaque bras. Un délai de 14 jours entre la vaccination contre la bronchiolite et celle contre la coqueluche est recommandé.

Bronchiolite

Les futurs parents ont le choix entre deux stratégies de prévention contre la bronchiolite : la vaccination de la femme enceinte ou l'immunisation passive du nouveau-né par anticorps monoclonaux.

Lorsque le choix se porte sur la vaccination de la femme enceinte, la HAS la recommande lors du 8^{ème} mois de grossesse (entre 32 et 36 semaines d'aménorrhée) pendant la campagne de vaccination (de septembre à janvier ou février). A l'issue de son évaluation publiée en juin 2024, la HAS souligne que ce vaccin permet de protéger le nourrisson contre le risque d'hospitalisation ou de faire une forme grave jusqu'à son 6^{ème} mois de vie. Les études de sécurité menées depuis la commercialisation du vaccin aux États-Unis en 2023 montrent que le vaccin est bien toléré. Ce vaccin fait l'objet d'un suivi étroit par la pharmacovigilance, comme tout nouveau produit. Dans les cas où la vaccination n'a pas été réalisée chez la femme enceinte ou lorsqu'elle n'est probablement pas efficace (nouveau-nés prématurés, intervalle entre la vaccination et la naissance de moins de 14 jours), la HAS préconise un rattrapage par immunisation passive du nouveau-né par anticorps monoclonaux. Pour rappel, la bronchiolite touche chaque année en France près de 30 % des

nourrissons de moins de deux ans. Si la maladie est le plus souvent bénigne, avec une guérison spontanée en 5 à 10 jours, elle présente parfois des formes sévères.

Un délai de 14 jours entre la vaccination contre la bronchiolite et celle contre la coqueluche est recommandé. Le vaccin contre la bronchiolite peut être administré en même temps qu'un vaccin contre la grippe ou contre la Covid-19.

Grippe

Chaque hiver, **la grippe** circule de façon plus ou moins active entre novembre et mars. Or, cette infection respiratoire représente un danger pour les femmes enceintes (hospitalisation en réanimation et même décès) et peut aussi être à l'origine de complications pour la grossesse (contractions, fausses-couches, accouchement prématuré). De plus, la vaccination de la future mère permet de diminuer le risque de transmettre la grippe à son bébé après sa naissance : les anticorps transmis par la mère le protègent contre des formes sévères plus fréquentes avant l'âge de 6 mois. Les très nombreuses études de sécurité menées depuis plus de 10 ans en France et dans le monde confirment que le vaccin ne présente pas de risque sur le développement du bébé. Ainsi, la HAS recommande aux femmes enceintes, quel que soit leur trimestre de grossesse, de se faire vacciner lors de la campagne nationale qui a lieu chaque année.

La vaccination simultanée contre la grippe est possible avec le vaccin contre la coqueluche ou la covid-19.

Covid-19

La **Covid-19** continue de circuler dans la population ! Et les femmes enceintes sont malheureusement plus susceptibles de développer une forme grave de la maladie. C'est pourquoi la HAS leur recommande de se faire vacciner contre ce virus lors de la campagne automnale. L'objectif : éviter les complications de la grossesse, diminuer le risque d'infection du bébé après sa naissance et le protéger contre le risque d'hospitalisations. Les études de sécurité menées en France et dans le monde depuis 2021 confirment que le vaccin ne présente pas de risque sur le développement du bébé, quel que soit le moment de la grossesse où il est administré. Le vaccin le protège dès la naissance et jusqu'à 6 mois.

La vaccination simultanée de la Covid-19 est possible avec le vaccin de la grippe, le vaccin de la bronchiolite ou celui de la coqueluche

On n'oublie pas !

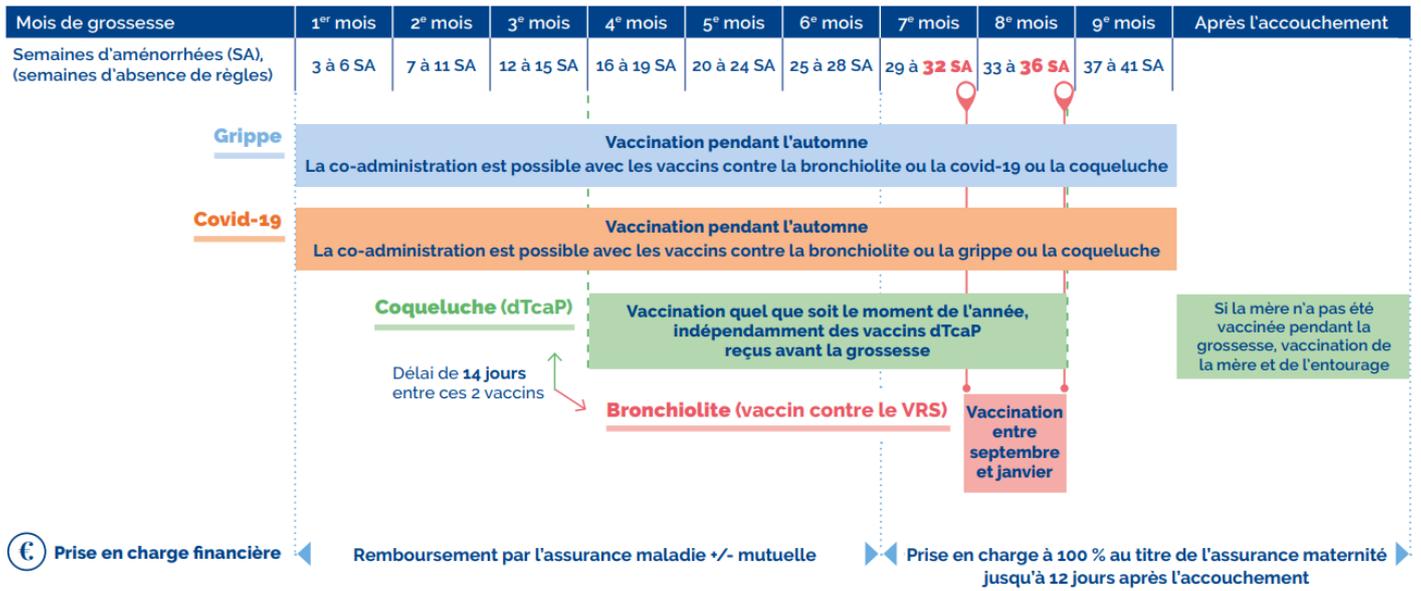
Les gestes barrières simples permettent de limiter la transmission du virus pendant l'épidémie : se laver les mains avant de toucher le bébé, porter un masque en cas de rhume ou de toux, aérer le logement.

Le conseil en plus : plusieurs professionnels de santé peuvent vacciner : gynécologue, sage-femme, médecin traitant, infirmier ou pharmacien. Il suffit de leur demander !

Pour en savoir + :

La HAS a récemment publié une fiche répondant aux principales interrogations des femmes enceintes concernant la vaccination. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-04/fu_vaccination_femme_enceinte.pdf

Vaccinations recommandées chez la femme enceinte



Qui peut prescrire et vacciner : gynécologue, médecin généraliste, sage-femme, infirmier, pharmacien.

! Les vaccins contre la rougeole-oreillon-rubéole (ROR), la tuberculose et la varicelle **sont contre-indiqués pendant la grossesse** car ils contiennent des virus vivants atténués. Les rappels et rattrapages vaccinaux sont possibles après l'accouchement.