

## Maternité sans risque et COVID-19 – Mise à jour de mars 2021

La nouvelle maladie du coronavirus, la COVID-19, causée par une infection par le syndrome respiratoire aigu grave du coronavirus 2 (SARS-CoV-2), est devenue une urgence de santé publique mondiale. Au moment de la rédaction de ce rapport, plus de 115 millions de personnes ont été infectées et la maladie a causé près de 2,6 millions de décès dans le monde.<sup>1</sup>

Cette déclaration est une mise à jour d'une déclaration publiée par le Comité pour la maternité sans risque et la santé du nouveau-né du 30 mars 2020, avec un accent sur la santé maternelle, la transmission verticale, l'allaitement et le rooming-in (premiers jours de cohabitation entre la maman et le bébé). La déclaration précédente a été archivée.

La vaccination contre la COVID-19 des femmes enceintes et allaitantes est couverte par une déclaration séparée de la FIGO, [disponible sur le site Internet de la FIGO](#).

### Position de la FIGO

#### Maladie maternelle grave liée à la COVID-19

Les premiers rapports sur les femmes enceintes ont montré que l'évolution clinique de la COVID-19 est légère dans la majorité des cas (86 %), grave dans 9 % des cas et critique dans 5 % des cas.<sup>2</sup> Cette répartition est similaire à celle de l'évolution clinique observée dans la population non enceinte - légère (81 %), grave (14 %) ou critique (5 %).<sup>3</sup> Des données plus récentes suggèrent que les femmes enceintes présentent un risque accru de maladie grave associée à la COVID-19 par rapport à leurs homologues non enceintes<sup>4-8</sup> bien que le risque absolu d'une COVID-19 grave reste faible. Cela inclut un risque accru d'admission en unité de soins intensifs (USI), de ventilation mécanique, d'oxygénation par membrane extracorporelle (ECMO) et même de décès, après ajustement en fonction de l'âge, de la race/ethnie et des conditions médicales sous-jacentes.<sup>4,7</sup>

Les comorbidités préexistantes, telles que les maladies respiratoires et cardiovasculaires coexistantes, le diabète, l'âge maternel avancé et l'obésité, semblent être des facteurs de risque importants pour une COVID-19 grave.<sup>4,6,9</sup> En outre, le taux d'infection par le SARS-CoV-2 chez les femmes enceintes semble être plus élevé que chez les adultes d'âge similaire.<sup>10</sup> Ces résultats suggèrent que la grossesse elle-même peut manifester une augmentation des complications et des morbidités chez les femmes présentant des symptômes graves et critiques de COVID-19. Les maladies maternelles graves semblent être plus fréquentes dans la seconde moitié de la grossesse, les femmes de plus de 20 semaines de gestation étant cinq fois plus susceptibles d'être admises en soins intensifs que celles de la première moitié de la grossesse.<sup>10,11</sup> Les complications telles que les naissances prématurées et la nécessité d'un accouchement sont également fréquentes chez les femmes souffrant d'une infection grave à la COVID-19.<sup>12,13</sup>

On a constaté que les femmes enceintes noires, asiatiques et hispaniques présentaient des taux disproportionnellement plus élevés d'infection à la COVID-19, d'admission en soins intensifs et de décès.<sup>4</sup> Ces disparités, comme celles observées dans la population générale, sont dues à des disparités dans le statut socio-économique, les taux de comorbidités, l'accès aux soins, l'exposition professionnelle et les inégalités dans les systèmes de soins de santé.

Pour réduire le risque de maladie grave et de décès lié à la COVID-19, les femmes enceintes doivent être informées de l'importance de consulter rapidement un médecin dès qu'elles présentent des symptômes tels que fièvre, fatigue, dyspnée et troubles gastro-intestinaux.<sup>8</sup> Les mesures de prévention de l'infection par le SARS-CoV-2 doivent être soulignées de manière répétée aux femmes enceintes et à leur famille pendant toutes les visites de soins prénataux. Il est important de noter qu'avec l'émergence de nouveaux virus mutants de la COVID-19, on s'attend à ce que la maladie sous une forme grave devienne plus fréquente. Il est donc impératif de prendre des mesures préventives et de réduire les facteurs de risque.

## Transmission verticale de la COVID-19

Jusqu'à présent, la plupart des cas mondiaux de COVID-19 présentent des preuves de transmission interhumaine. Le virus peut être facilement isolé dans les gouttelettes ou les sécrétions respiratoires, les matières fécales et les objets de surface. On sait que la transmission du virus se fait le plus souvent par contact étroit avec une personne infectée ou par des surfaces contaminées. Le taux d'infection périnatale est estimé à ~2,5 % et survient principalement chez les femmes qui ont contracté le virus dans la semaine précédant l'accouchement.<sup>14</sup>

Les preuves suggèrent maintenant que si une transmission verticale se produit, elle est peu fréquente.<sup>15</sup> Cependant, les échantillons placentaires et les immunoglobulines IgM néonatales sont rarement testés. Ainsi, si l'infection se produit, elle ne semble pas être affectée par le mode d'accouchement, la méthode d'allaitement ou le fait que la maman soit en période de rooming-in.<sup>16,17</sup> Cependant, que l'infection soit acquise avant la naissance ou qu'elle survienne peu après l'accouchement, les nouveau-nés concernés doivent être suivis de près à long terme pour détecter tout symptôme tardif.

## Allaitement en cas de COVID-19 aiguë

La question de savoir si les femmes atteintes d'une infection à la COVID-19 au moment de l'accouchement doivent ou non allaiter est un exemple des défis auxquels la FIGO est confrontée lorsqu'il s'agit de fournir des conseils en l'absence de preuves adéquates pour informer des risques.

Ce dont la FIGO est certaine, c'est que le lait maternel est la meilleure source de nutrition pour la plupart des nourrissons et qu'il offre une protection contre de nombreuses maladies, notamment les infections des oreilles, des poumons et du système digestif. L'allaitement maternel est également associé à une diminution des risques d'obésité infantile, ainsi que de certaines maladies auto-immunes, d'affections allergiques, de cancers infantiles et du syndrome de mort subite du nourrisson.<sup>18</sup> En outre, il sauve des vies, car le risque de mortalité est 14 fois plus élevé chez les nourrissons qui ne sont pas allaités que chez ceux qui le sont exclusivement.<sup>19</sup>

D'autre part, plusieurs rapports ont maintenant documenté la présence du virus dans le lait maternel en détectant l'ARN viral par réaction en chaîne par polymérase.<sup>20,21</sup> Il est impossible de savoir si cela correspond à un virus viable ou à un acide nucléique résiduel dégradé, car aucun effort n'a été fait pour cultiver le virus en culture cellulaire. A l'heure actuelle, les données ne sont donc pas suffisantes pour conclure à une transmission verticale de la COVID-19 par l'allaitement.

Pour les raisons mentionnées, les avantages avérés de l'allaitement à court et à long terme devraient l'emporter sur les risques potentiels de transmission, d'autant plus que la COVID-19 chez le nourrisson semble représenter une menace bien moindre pour la survie et la santé que

d'autres infections contre lesquelles l'allaitement protège. Ces avantages devraient être la principale considération dans le conseil aux patients jusqu'à ce qu'il soit clairement établi que le lait maternel est une source d'infection par le SARS-CoV-2 et que l'infection par le lait maternel nuit au nourrisson.

Sur la base des preuves disponibles, la FIGO, ainsi que la quasi-totalité des organismes et organisations scientifiques, continue de recommander que les mères présentant une COVID-19 suspectée ou confirmée soient encouragées à initier ou poursuivre l'allaitement.<sup>16,22-25</sup>

Le respect des mesures de prévention et de contrôle de l'infection est particulièrement important pour prévenir la transmission par contact entre les mères atteintes de la COVID-19 et leurs nouveau-nés. La mère devrait :

- se laver les mains à l'eau et au savon ou avec un désinfectant pour les mains contenant au moins 60 % d'alcool pendant au moins 20 secondes avant de toucher le bébé, le tire-lait ou les biberons, si elle choisit de donner le lait maternel en biberon
- éviter de tousser ou d'éternuer sur le bébé lorsqu'il est nourri au sein ou au biberon
- porter un masque pendant l'allaitement ou le pompage du lait
- suivre les recommandations pour le nettoyage de la pompe ou du biberon après chaque utilisation
- envisager de demander à une personne en bonne santé de donner le lait maternel en biberon au bébé.

La recherche devrait tenter de répondre à deux questions importantes pour mieux comprendre les risques et les avantages de l'allaitement maternel pendant une infection maternelle par le SARS-CoV-2. Premièrement, déterminer si le virus vivant infectieux est présent dans le lait maternel et, si c'est le cas, le moment de l'excrétion virale dans le lait par rapport à l'évolution de l'infection maternelle. Deuxièmement, les études devraient déterminer si l'allaitement maternel entraîne le développement d'anticorps à l'immunoglobuline G et/ou à l'immunoglobuline A et si ces anticorps contre le SARS-CoV-2 protégeraient le nourrisson contre une nouvelle infection maternelle et/ou contre les sources communautaires d'infection tout au long de la petite enfance.

## **Considérations relatives aux soins néonataux pour les femmes atteintes d'une COVID-19 aiguë**

Les premières orientations ont adopté une position conservatrice en recommandant que les mères infectées soient temporairement séparées de leurs nouveau-nés. Cela s'est produit à un moment où il était évident que le SARS-CoV-2 était très contagieux et que les personnes infectées pouvaient souffrir d'une morbidité et d'une mortalité graves.

Le contact peau à peau et les soins maternels de type kangourou ont des avantages bien établis sur le nouveau-né, notamment en facilitant l'allaitement et en améliorant la thermorégulation, le contrôle de la glycémie et l'attachement mère-nourrisson, ainsi qu'en diminuant le risque de mortalité et d'infection grave chez les nourrissons de faible poids de naissance.<sup>26</sup> Le contact physique entre la mère et le nourrisson a des effets positifs qui se prolongent au-delà de la période néonatale, notamment l'amélioration des habitudes de sommeil, la diminution des taux de problèmes comportementaux chez l'enfant et une interaction parentale de meilleure qualité.<sup>27,28</sup>

Le maintien de ce contact précoce et étroit entre la mère et le nouveau-né en gardant le nouveau-né à l'hôpital dans la chambre de la mère, appelé le « rooming-in », comporte un risque potentiel de transmission du SARS-CoV-2 au nouveau-né par contact avec les sécrétions respiratoires infectieuses de la mère. Les implications de la transmission virale doivent être formulées en termes de portée et de gravité de l'infection par la COVID-19 chez les nourrissons lorsque la transmission a lieu, par rapport aux conséquences néfastes de la séparation des nouveau-nés de leur mère. Chez les nourrissons, le risque d'infection par la COVID-19 est faible et l'infection est généralement légère ou asymptomatique, alors que les conséquences de la séparation entre la mère et l'enfant peuvent être importantes. En outre, les données suggèrent qu'il n'y a pas de différence dans le risque d'infection du nouveau-né par le SARS-CoV-2 selon que le nouveau-né est placé dans une chambre séparée ou reste dans la chambre de la mère.

Sur cette base, la mère confirmée ou suspectée d'être atteinte de la COVID-19 et son enfant doivent être autorisés à rester ensemble en partageant la chambre tout au long de la journée et de la nuit et à pratiquer le contact peau à peau, y compris les soins maternels kangourou, en particulier directement après la naissance et pendant la mise en place de l'allaitement. Cela doit être fait après que le risque potentiel de transmission pendant la cohabitation a été discuté entre le prestataire de soins de santé et la mère.

Les femmes doivent savoir que si elles choisissent de faire soigner leur nourrisson dans une chambre séparée, il n'est pas certain que cette séparation temporaire pendant l'hospitalisation permette de prévenir la transmission du SARS-CoV-2 au nouveau-né, étant donné le risque d'exposition de la mère après sa sortie de l'hôpital. Pour les femmes qui décident de rester dans la chambre, les précautions universelles doivent toujours être appliquées, notamment le port d'un masque et le respect de l'hygiène des mains lors de tout contact avec leur nouveau-né.

La séparation peut être nécessaire pour les mères qui sont trop malades pour s'occuper de leur enfant ou qui ont besoin d'un niveau de soins plus élevé, ou pour les nouveau-nés qui présentent un risque plus élevé de maladie grave (par exemple, les prématurés et ceux qui nécessitent un niveau de soins plus élevé).

## Engagements de la FIGO

- Tous les obstétriciens doivent se tenir au courant de l'évolution de la situation concernant la COVID-19. Nous avons tous des obligations individuelles envers nos patients, qui ne méritent rien de moins que notre engagement total en ces temps difficiles.
- Lorsque davantage de données de recherche seront disponibles, la FIGO révisera cette déclaration et toutes les recommandations que nous avons fournies pour s'assurer qu'elles sont claires et précises.

## Références

1. Disponible sur : [www.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6](http://www.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6)
2. Breslin N, Baptiste C, Gyamfi-Bannerman C, et al. Coronavirus disease 2019, infection among asymptomatic and symptomatic pregnant women: two weeks of confirmed presentations to an affiliated pair of New York City hospitals (Coronavirus 2019, infection chez les femmes enceintes asymptomatiques et symptomatiques : deux semaines de présentations confirmées à des hôpitaux affiliés de la ville de New York). *Am J Obstet Gynecol* 2020;2(2):100118
3. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: Summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention (Caractéristiques et enseignements importants de l'épidémie de coronavirus 2019 (COVID-19) en Chine : résumé d'un rapport de 72 314 cas du Centre chinois de contrôle et de prévention des maladies.) *JAMA* 7 avril 2020;323(13):1239-1242
4. Zambrano LD, Ellington S, Strid P, et al. Update: characteristics of symptomatic women of reproductive age with laboratory-confirmed SARS-CoV-2 infection by pregnancy status - United States, January 22-October 3, 2020 (Mise à jour : caractéristiques des femmes symptomatiques en âge de procréer ayant une infection par le SARS-CoV-2 confirmée en laboratoire, selon l'état de grossesse - États-Unis, 22 janvier-3 octobre 2020). CDC COVID-19 Response Pregnancy and Infant Linked Outcomes Team (CDC - Réponse à la COVID-19 - Équipe chargée de la santé pendant la grossesse et du nourrisson). *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69:1641-7
5. Delahoy MJ, Whitaker M, O'Halloran A, et al. Characteristics and maternal and birth outcomes of hospitalized pregnant women with laboratory-confirmed COVID-19 - COVID-NET, 13 states, March 1-August 22, 2020. COVID-NET Surveillance Team (Caractéristiques et santé maternelle et à la naissance des femmes enceintes hospitalisées présentant une COVID-19 confirmée en laboratoire - COVID-NET, 13 États, 1er mars-22 août 2020. Équipe de surveillance COVID-NET). *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69:1347-54
6. Panagiotakopoulos L, Myers TR, Gee J, et al. SARS-CoV-2 infection among hospitalized pregnant women: reasons for admission and pregnancy characteristics - eight U.S. health care centers, March 1-May 30, 2020 (Infection par le SARS-CoV-2 chez les femmes enceintes hospitalisées : motifs d'admission et caractéristiques de la grossesse - huit centres de soins américains, 1er mars au 30 mai 2020). *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69:1355-9
7. Allotey J, Stallings E, Bonet M, et al. Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis (Manifestations cliniques, facteurs de risque et conséquences maternelles et périnatales de la maladie du coronavirus 2019 sur la grossesse : revue systématique et méta-analyse vivante). *BMJ* 2020;370:m3320
8. Woodworth KR, Ellington S, Strid P, et al. Update: Characteristics of Symptomatic Women of Reproductive Age with Laboratory-Confirmed SARS-CoV-2 Infection by Pregnancy Status - United States, January 22-October 3, 2020 (Caractéristiques des femmes symptomatiques en âge de procréer ayant une infection au SARS-CoV-2 confirmée en laboratoire, selon l'état de grossesse - États-Unis, 22 janvier-3 octobre 2020). *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020 Nov 6;69(44):1641-1647
9. Knight M, Bunch K, Vousden N, et al. Obstetric Surveillance System SARS-CoV-2 Infection in Pregnancy Collaborative Group. Characteristics and outcomes of pregnant women admitted to hospital with confirmed SARS-CoV-2 infection in UK: national population based cohort study (Système de surveillance obstétrique - Groupe de collaboration sur l'infection par le SARS-CoV-2 pendant la grossesse. Caractéristiques et santé des femmes enceintes admises à l'hôpital en raison d'une infection confirmée par le SARS-CoV-2 au Royaume-Uni : étude de cohorte nationale basée sur la population.), *BMJ* 2020 Jun 8;369:m2107
10. Lokken EM, Taylor GG, Huebner EM, et al. Higher SARS-CoV-2 infection rate in pregnant patients (Taux d'infection par le SARS-CoV-2 plus élevé chez les patientes enceintes). *Am J Obstet Gynecol* 11 Fév 2021 ;S0002-9378(21)00098-3



11. Badr DA, Mattern J, Carlin A, et al. Are clinical outcomes worse for pregnant women at  $\geq 20$  weeks' gestation infected with coronavirus disease 2019? A multicenter case-control study with propensity score matching (Les résultats cliniques sont-ils plus mauvais pour les femmes enceintes de  $\geq 20$  semaines de gestation infectées par un coronavirus 2019 ? Une étude cas-témoins multicentrique avec appariement par score de propension). *Am J Obstet Gynecol* 2020;223(5):764-768
12. Della Gatta AN, Rizzo R, Pilu G, Simonazzi G. Coronavirus disease 2019 during pregnancy: a systematic review of reported cases (Coronavirus 2019 pendant la grossesse : une revue systématique des cas rapportés). *Am J Obstet Gynecol* 2020;223(1):36-41
13. DeBolt CA, Bianco A, Limaye MA, et al. Pregnant women with severe or critical coronavirus disease 2019 have increased composite morbidity compared with nonpregnant matched controls (Les femmes enceintes atteintes d'un coronavirus 2019 grave ou critique présentent une morbidité composite accrue par rapport aux témoins appariées non enceintes). *Am J Obstet Gynecol* 2020;S0002-9378(20)31312-0
14. Woodworth KR, Olsen EO, Neelam V, et al. Centers for Disease Control and Prevention. Birth and infant outcomes following laboratory-confirmed SARS-COV2 Infection in pregnancy – SET-NET, 16 Jurisdictions (Centres de contrôle et de prévention des maladies. Santé à la naissance et du nourrisson après une infection par le SARS-COV2 confirmée en laboratoire pendant la grossesse - SET-NET, 16 juridictions). 29 mars-14 octobre, 2020 *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 6 nov 2020 6;69(44):1635-1640
15. Walker KF, O'Donoghue K, Grace N, et al. Maternal transmission of SARS-COV-2 to the neonate, and possible routes for such transmission: a systematic review and critical analysis (Transmission maternelle du SARS-COV-2 au nouveau-né, et voies possibles de cette transmission : examen systématique et analyse critique). *BJOG* 2020;127(11):1324-36
16. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy (Collège royal des obstétriciens et gynécologues. Infection au coronavirus (COVID-19) pendant la grossesse). Version 13 : Publiée le mercredi 19 février 2021.  
[www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/2021-02-19-coronavirus-covid-19-infection-in-pregnancy-v13.pdf](http://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/2021-02-19-coronavirus-covid-19-infection-in-pregnancy-v13.pdf)
17. Salvatore CM, Han JY, Acker KP, et al. Neonatal management and outcomes during the COVID-19 pandemic: an observation cohort study (Gestion et santé néonatales pendant la pandémie de COVID-19 : une étude de cohorte d'observation). *Lancet Child Adolesc Health* 2020; 4(10):721-27
18. Greer FR, Sicherer SH, Burks AW. The effects of early nutritional interventions on the development of atopic disease in infants and children: the role of maternal dietary restriction, breastfeeding, hydrolyzed formulas, and timing of introduction of allergenic complementary foods (Les effets des interventions nutritionnelles précoces sur le développement de la maladie atopique chez le nourrisson et l'enfant : le rôle de la restriction alimentaire de la mère, de l'allaitement, des préparations hydrolysées et du moment de l'introduction d'aliments complémentaires allergènes). *Pediatrics* 2019; 143:e20190281
19. Sankar MJ, Sinha B, Chowdhury R, et al. Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: a systematic review and meta-analysis, *Acta Paediatric* 2015;104:3–13 (Pratiques d'allaitement optimales et mortalité infantile et juvénile : une revue systématique et une méta-analyse, *Acta Paediatric* 2015;104:3-13).
20. Wu Y, Liu C, Dong L, et al. Coronavirus disease 2019 among pregnant Chinese women: case series data on the safety of vaginal birth and breastfeeding (Coronavirus 2019 chez les femmes chinoises enceintes : données de séries de cas sur la sécurité de l'accouchement par voie vaginale et de l'allaitement maternel). *BJOG* 2020; 5:1471–528
21. Groß R, Conzelmann C, Müller JA, et al. Detection of SARS-CoV-2 in human breastmilk. *Lancet* 2020; 21:31181–8
22. World Health Organization. Breastfeeding and COVID-19 (Organisation mondiale de la santé. Allaitement et COVID-19.) [www.who.int/news-room/commentaries/detail/breastfeeding-and-covid-19#:~:text=WHO%20recommends%20that%20mothers%20with,confirmed%20COVID%2D19](http://www.who.int/news-room/commentaries/detail/breastfeeding-and-covid-19#:~:text=WHO%20recommends%20that%20mothers%20with,confirmed%20COVID%2D19)
23. Centers for Disease Control and Prevention. Evaluation and management considerations for neonates at risk for COVID-19 (Centres de contrôle et de prévention des maladies. Considérations relatives à

l'évaluation et à la prise en charge des nouveau-nés présentant un risque de COVID-19). [www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/caring-for-newborns.html#routes-transmission](http://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/caring-for-newborns.html#routes-transmission)

24. Management of Infants Born to Mothers with Suspected or Confirmed COVID-19 (Prise en charge des nourrissons nés de mères présentant une suspicion ou une confirmation de COVID-19). <https://services.aap.org/en/pages/2019-novel-coronavirus-covid-19-infections/clinical-guidance/faqs-management-of-infants-born-to-covid-19-mothers>
25. American College of Obstetricians and Gynecologists. Coronavirus (COVID-19), Pregnancy, and Breastfeeding: A Message for Patients (Collège américain des obstétriciens et des gynécologues. Coronavirus (COVID-19), grossesse et allaitement : un message pour les patientes). [www.acog.org/womens-health/faqs/coronavirus-covid-19-pregnancy-and-breastfeeding](http://www.acog.org/womens-health/faqs/coronavirus-covid-19-pregnancy-and-breastfeeding)
26. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Contact précoce peau contre peau pour les mères et leurs nouveau-nés en bonne santé). Cochrane Database Syst Rev 2016;11(11):CD003519
27. Korja R, Latva R, Lehtonen L. The effects of preterm birth on mother-infant interaction and attachment during the infant's first two years (Les effets de la prématurité sur l'interaction et l'attachement entre la mère et le nourrisson au cours des deux premières années de vie de l'enfant). Acta Obstet Gynecol Scand 2012;91(2):164-73
28. Howard K, Martin A, Berlin LJ, et al. Early mother-child separation, parenting, and child well-being in Early Head Start families (Séparation précoce mère-enfant, parentalité et bien-être de l'enfant dans les familles du programme Early Head Start). Attach Hum Dev 2011;13(1):5-26

## À propos de la FIGO

La FIGO est une organisation professionnelle qui regroupe des associations d'obstétrique et de gynécologie du monde entier. Elle vise à ce que les femmes du monde atteignent les normes les plus élevées de bien-être et de santé physique, mentale, reproductive et sexuelle possibles tout au long de leur vie. Nous menons des activités de programme globales, avec un accent particulier sur l'Afrique subsaharienne ainsi que l'Asie du Sud-Est.

La FIGO plaide sur la scène mondiale, notamment en ce qui concerne les objectifs de développement durable (ODD) relatifs à la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente et aux maladies non transmissibles (ODD3). Nous nous efforçons également d'améliorer le statut des femmes et de leur permettre de participer activement à la réalisation de leurs droits en matière de reproduction et de sexualité, notamment en luttant contre les mutilations génitales féminines (MGF) et la violence sexospécifique (ODD5).

Nous assurons également l'éducation et la formation de nos sociétés membres et renforçons les capacités de celles des pays à faibles ressources en renforçant le leadership, les bonnes pratiques et la promotion des dialogues politiques.

La FIGO entretient des relations officielles avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et bénéficie d'un statut consultatif auprès des Nations unies (ONU).

**Demandes de renseignements**  
[rob@figo.org](mailto:rob@figo.org)

Rob Hucker, responsable de la communication et de l'engagement  
+44 (0) 7383 025 731