

Année 2017

2017TOU3 1008

THESE

POUR LE DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement le 24 janvier 2017

Par

Lucile DUFFAY

**LE SUIVI GYNECOLOGIQUE DES FEMMES TRAITEES PAR
MEDICAMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACES SUIVIES
DANS LES CSAPA ET LES CAARUD EN HAUTE GARONNE**

Directrice de thèse : Dr Julie DUPOUY

JURY :

Professeur Pierre MESTHE	Président
Docteur Brigitte ESCOURROU	Assesseur
Docteur Anne FREYENS	Assesseur
Docteur Julie DUPOUY	Assesseur
Docteur Véronique BELLEVILLE	Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2016

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. ESCAT Jean		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques		
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard		

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur SALVAYRE Bernard
Professeur MURAT	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur LOUVET P.	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	
Professeur CARATERO Claude	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
Professeur COSTAGUOLA Michel	
Professeur ADER Jean-Louis	
Professeur LAZORTHES Yves	
Professeur LARENG Louis	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur MAZIERES Bernard	
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
Professeur SIMON Jacques	
Professeur FRAYSSE Bernard	
Professeur ARBUS Louis	

Doven : D. CARRIE

Professeur Associé de Médecine Générale
POUTRAIN Jean-Christophe

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis (C.E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandro	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Amaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIER Alain (C.E)	Pneumologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALNIER Michel	Cardiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Ess. de la Santé et Prévention
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUMBAUD Roanne	Cancérologie
Mme HANARE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biophysique
M. MALESCAZE François (C.E)	Ophtalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie
M. ROLLAND Yves	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIÈRE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H. 2ème classe

M. ACCADBLED Randi	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Anblin	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHALFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. DECAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
Mme DILLY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GALNIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. LAFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. LEQUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEUX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZERESJW Juliette	Dermatologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. ROUX Franck-Emanuel	Neurochirurgie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugenia	Génétique et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loïc	Hématologie

Professeur Associé de Médecine Générale
Pr STILMUNKES André

Professeur Associé en O.R.L.
Pr WOISARD Virginie

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Pol André	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BETH Eric	Génétique
Mme BONGARD Yvonne	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSANG Sophie	Parasitologie
M. CAVAGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLIZEZSKY Isabelle	Physiologie
Mme DEMAS Valérie	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DURU Philippe	Physiologie
M. FAUJER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUD Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. JUBART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KRZYN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Marysa	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme MONTASTIER Emile	Nutrition
M. MONTYA Richard	Physiologie
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUSSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Fédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SFontes Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Optimologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASOL Emmanuelle	Biochimie
Mme CAUSSE Etienne	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSANG Nicolas	Génétique
Mme CLAVE Danyelle	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jili	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUBIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GLYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme WGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du développement et de la reproduction
M. LEFAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du développement et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRADAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMALHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U. Médecine générale

M. BEMUTH Michel	Médecine Générale
M. BEMUTH Serge	Médecine Générale
Mme ROUGES BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Membres du Collège des Enseignants de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUT Yves
Dr CHICOULAN Bruno
Dr IRIO ELAHAYE Malika
Dr FREYSS Anne

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BRESENT Jordan

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Pierre MESTHE

Professeur des Universités

Médecin Généraliste

Merci sincèrement d'avoir accepté de présider ce jury.

A Madame Brigitte ESCOURROU

Maître de conférences des Universités

Médecin Généraliste

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Merci d'avoir été présente à un moment où j'en avais le plus besoin. Merci d'avoir réfléchi à un mode d'exercice adapté à mes attentes. Veuillez recevoir ma profonde reconnaissance.

A Madame Anne FREYENS

Maître de conférences Associés des Universités

Médecin Généraliste

Merci sincèrement d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

A Madame Julie DUPOUY

Médecin Généraliste

Merci de m'avoir guidée pendant mon internat, pour tes conseils, ta patience, ton énergie, ta disponibilité, ta bienveillance. Merci d'avoir accepté le rôle de directrice de thèse et de m'avoir si bien accompagnée. Sincèrement, merci.

A Madame Véronique BELLEVILLE

Médecin Généraliste

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Mon stage au centre de planification et d'éducation familiale a été une étape clé dans mon parcours d'interne. Tout ce que tu m'as

appris pendant ces trois mois de stage m'a permis d'orienter ma pratique de médecin généraliste vers la gynécologie.

A Monsieur Marc LORRAIN, Madame Emmeline DUCOS DE LAHITTE, Madame Sandra MAHAIE,

Médecins Généralistes

Merci pour le stage SASPAS que j'ai effectué dans votre cabinet. Merci de m'avoir ouvert les yeux sur la médecine générale et de m'avoir permis de me sentir aussi bien avec vous.

Merci de m'avoir fait confiance et de me permettre aujourd'hui d'exercer dans votre nouveau cabinet ; remerciements également aux infirmières, secrétaires et à l'équipe d'orthodontie pour leur sympathie.

A Madame Laurie PY,

Médecin Généraliste,

Merci de m'avoir fait confiance. C'est un plaisir de te remplacer au centre médical de la canalette.

Et je remercie de tout mon cœur,

Ma famille tout d'abord pour leur soutien durant ces longues années. Merci à mon papa pour ses petits plats dans mes années concours, à mon frère qui a toujours cru en moi et bien sûr à ma maman pour sa réassurance et remotivation dans les moments difficiles. Je vous aime de tout mon cœur.

Merci à ma marraine et mes cousines qui ont été une vraie bouffée d'air pur. Merci à Sandrine d'avoir veillé sur moi durant mon parcours, pour ses conseils.

Merci à ma famille d'adoption Martine, Jean-Yves et Mathilde qui m'a accueillie à mon arrivée à Toulouse et qui m'ont apporté du réconfort au cours de mon internat.

Merci à mon amie d'enfance, Claire, qui a toujours été là dans les bons et les mauvais moments et ce depuis maintenant 25ans...Merci de m'avoir soutenue dans mon parcours et de m'avoir aidé de toutes les manières que l'on peut aider quelqu'un. Merci aussi à Julien d'avoir été là.

Merci à Hélène d'avoir été présente lors de ma première année de médecine à la faculté et à la prépa ; cela aurait été plus difficile sans elle.

Merci à mes joyeux compagnons d'externat qui me laisseront un souvenir impérissable de ces années tant les anecdotes sont nombreuses. Merci pour tous ces moments de rire, pour leur douce folie, pour leur amitié : Morgane, Sabine, Elodie, Manel, Mathieu, Philippe, Lorraine. Ne changez pas !!!

Merci à Mathieu pour son soutien à mon arrivée à Toulouse. Il a été comme un grand frère.

Merci à mes amies biologistes, Sanaa et Anne Sophie. Nos conversations le midi à l'internat de pharmacie et toutes nos activités m'ont apporté une bouffée d'air dans ce monde si particulier de la biologie médicale. Merci à Sanaa pour nos conversations, nos soirées « thèse » et son aide précieuse notamment pour la bibliographie. Merci à leurs compagnons Salim et François pour leur humour et leur sympathie.

Merci à mon ex colocataire Camille pour avoir été là dans les moments difficiles de mon internat, pour sa patience et son amitié.

Merci à Poerava, Shanine, Oda, Alice et Nico, Maya pour tous ces moments de bonheur que nous avons partagés, pour nos voyages à l'autre bout du monde.

Merci à tous ces amis qui ont veillé sur moi et à mon copain...

TABLE DES MATIERES

Liste des abréviations	p.11
Liste des annexes et tableaux	p.12
Introduction	
I) Suivi gynécologique des femmes sous médicaments de substitution aux opiacés : état des lieux	p.13
II) Objectifs	p.17
Matériels et Méthodes	
I) Schéma de l'étude	p.18
II) Participants	p.18
III) Recueil des données	p.18
Résultats	p.21
Discussion	p.29
Conclusion	p.31
Annexes	p.32
Références Bibliographiques	p.35

Liste des Abréviations

ACR	American college of radiology
BAC	Baccalauréat
BHD	Buprénorphine haut dosage
BRCA	Breast cancer
BTS	Brevet de technicien supérieur
BZD	Benzodiazépines
CAP	Certificat d'aptitude professionnelle
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues
CDPEF	Centre départementale de planification et d'éducation familiale
CDD	Contrat à durée déterminée
CDI	Contrat à durée indéterminée
CMU	Couverture médicale universelle
CSAPA	Centre de soins et d'accompagnement et de prévention en addictologie
DIU	Dispositif intra utérin
EMU	Aide médicale européenne
FCU	Frottis cervico utérin
FCV	Frottis cervico vaginal
GHB	Acide gamma hydroxybutyrique
HAS	Haute autorité de santé
HER	Human epidermal growth factor receptor
HPV	Human papilloma virus
IRM	Imagerie par résonance magnétique
IST	Infection sexuellement transmissible
IVG	Interruption volontaire de grossesse
LSD	Diéthylamide de l'acide lysergique
MDMA	3-4-méthylènedioxy-méthamphétamine
MSO	Médicament de substitution aux opiacés
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
RDV	Rendez vous
SDF	Sans domicile fixe
TSO	Traitement de substitution aux opiacés
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Annexes

Annexe 1:

Questionnaire utilisé pour l'étude	p. 32
------------------------------------	-------

Tableaux

Tableau 1. Données épidémiologiques des patients suivis en CSAPA et CAARUD en Haute Garonne en comparaison avec les données nationales de l'OFDT	p.21
Tableau 2. Caractéristiques des femmes prises en charge dans les CSAPA et les CAARUD	p.22
Tableau 3. Antécédents obstétricaux	p.23
Tableau 4. Caractéristiques de traitement addictologiques et les consommations des patientes	p.24
Tableau 5. Suivi gynécologique, freins aux consultations gynécologiques et contraception des femmes sous MSO	p.25
Tableau 6. Infections sexuellement transmissibles (IST)	p.26
Tableau 7. Dépistage des cancers du col de l'utérus par frottis cervico vaginal (FCV)	p.27
Tableau 8. Dépistage des cancers du sein par mammographie	p.28

INTRODUCTION

I) SUIVI GYNECOLOGIQUE DES FEMMES SOUS MEDICAMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACES : ETAT DES LIEUX.

La dépendance aux opiacés touche environ 15 479 000 personnes dans le monde. En Europe, le nombre d'usagers est estimé entre 3,6 et 4,4 pour mille habitants âgés de 15 à 64 ans (1).

Les Médicaments de substitution aux opiacés (MSO) ne sont apparus qu'en 1995 en France, contrairement aux autres pays européens dans lesquels ils étaient utilisés dès 1960 (2). Le but de leur utilisation était de permettre aux patients de modifier leur consommation et leurs habitudes de vie pour recouvrer une meilleure santé et une meilleure qualité de vie. Ainsi il faut distinguer les traitements de substitution aux opiacés (TSO) qui comportent une notion d'alliance thérapeutique avec le patient, soit une prise en charge globale sociale, psychologique et médicale, et les MSO qui ne sont en réalité que les médicaments utilisés tels la méthadone et la buprénorphine haut dosage. Les TSO constituent une pratique et les MSO un moyen (3).

Les MSO présentent des limites car l'accès aux soins est hétérogène et inégalitaire selon les zones géographiques en termes de choix du MSO, du nombre de médecins prescripteurs et des pharmaciens délivrant les MSO. En effet, la prescription des MSO s'accompagne d'un certain nombre de mesures : un contact médecin-pharmacien doit être établi avant la prescription et le nom du pharmacien doit figurer sur l'ordonnance (3). Ils doivent par la suite établir une communication régulière jusqu'à l'obtention de la posologie d'entretien ; il en est de même en période de déstabilisation (7). Des contrôles urinaires itératifs doivent être réalisés. Les professionnels sont incités à se former en addictologie et à travailler en réseau avec les centres spécialisés.

La méthadone nécessite une première prescription dans un centre de soins et d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ou par un médecin travaillant dans un établissement de santé (5). Lorsque le patient est considéré comme stable, il peut être orienté vers un médecin généraliste libéral. Un couple médecin-pharmacien accepte l'orientation proposée par le centre et prend ensuite en charge le

patient. Après 1 an de stabilité sous forme sirop, les utilisateurs ont accès aux gélules. Depuis 2008, la méthadone existe sous forme de gélules permettant une meilleure acceptabilité (moins stigmatisant) du traitement et la limitation des effets secondaires qu'incombe la forme sirop (goût, problèmes dentaires...) (5).

La buprénorphine peut être prescrite par un médecin généraliste sans autorisation particulière. Son action agoniste/antagoniste au niveau du récepteur μ lui confère une forte affinité à ce récepteur. Sa pharmacocinétique est caractérisée par un effet seuil qui rend le surdosage improbable. Sa durée d'action (24h) est plus courte que la méthadone qui a une longue demi-vie plasmatique (6). Malgré tous ces avantages, certains utilisateurs relatent d'une moins bonne satisfaction sous buprénorphine avec persistance parfois de consommations associées et risque d'interactions médicamenteuses dangereuses notamment avec les benzodiazépines.

Pour autant, un certain nombre de patients sous MSO vit dans des conditions précaires, rendant l'accès aux soins difficile. Il persiste des mésusages avec injection IV et sniff de la BHD (8,1% des utilisateurs) (22), décès par surdose de méthadone ou par potentialisation BHD-BZD notamment chez les injecteurs de BHD.

Des centres de soins CSAPA (Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie) et des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues (CAARUD) ont été créés dans tous les départements afin de permettre une meilleure prise en charge (8).

Les CSAPA sont des structures à caractère médico-social assurant gratuitement et dans le respect de l'anonymat un accueil de proximité, une prise en charge pluridisciplinaire (médicale, psychologique, sociale et éducative) et un suivi tout au long du parcours de soins des patients. Ils sont un outil pour la prise en charge des addictions avec ou sans substance et constituent un poste d'observation pour les personnes confrontées à ces problèmes.

Selon un rapport de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies de juin 2016, les personnes accueillies en CSAPA avaient entre 25 et 45 ans, et étaient majoritairement des hommes : environ 3 hommes pour une femme. Le nombre de

personnes prises en charge pour usage de drogues illicites – opiacés – était estimé entre 79000 et 84000. Les trois quarts de ces usagers suivaient un TSO, plus souvent sous méthadone que sous BHD et la proportion de personnes sous TSO a progressivement augmenté (9).

Les actions de réduction des risques dans les CAARUD visent à limiter l'impact des drogues (notamment les infections virales), à informer sur les risques des différentes substances et pratiques, et à favoriser l'accès aux soins, aux droits sociaux et à des conditions de vie acceptables, sans toutefois exiger au préalable des usagers un arrêt des consommations. Ainsi les CAARUD reçoivent des usagers qui connaissent en général des usages plus problématiques et moins maîtrisés que l'ensemble des consommateurs. Ils vivent également souvent dans des situations sociales plus précaires (10).

Alors que le nombre d'utilisateurs n'a cessé de croître, l'efficacité des MSO et TSO a été clairement démontrée sur le plan socio-sanitaire avec une réduction de la mortalité, de la morbidité et des dommages sociaux. On peut signaler que les décès par surdoses à l'héroïne ont été diminués par 5 entre 1994 et 2002, le nombre de patients « injecteurs » a été diminué par 6 entre 1995 et 2003 et le nombre de prématurité diminué par 3 (3).

Les femmes sous opiacés ont elles aussi accès aux MSO depuis 1995 et l'âge moyen varie de 28 à 32 ans, ce qui coïncide avec les années de procréation (11). Il semble que les femmes soient plus réticentes à fréquenter ces différentes structures (9). Malheureusement, la dépendance aux opiacés implique une grossesse à risque (détresse respiratoire, syndrome de sevrage, malformations multiples, prématurité, faible poids de naissance). Les MSO constituent une excellente indication chez une femme dépendante aux opiacés, au mieux avant une grossesse désirée et au plus tard au deuxième trimestre de grossesse. Il n'y a pas lieu de modifier le TSO à la découverte d'une grossesse. En effet, selon une étude prospective de 2011, il n'a pas été observé plus de malformations chez les femmes sous BHD que sous méthadone (12). Au contraire cela pourrait augmenter le risque de complications avec difficultés de trouver une dose équipotente, risque de syndrome de sevrage lors de la commutation, consommation d'alcool ou autres substances illégales, risque de perte de contact avec la patiente (13). Un certain nombre d'études ont donc mis en exergue l'utilisation des opiacés durant la grossesse. La plupart des études s'intéresse au risque de grossesse sous MSO ou à la contraception ou au risque de MST

chez ces femmes. Pour autant, aucune donnée n'existe sur le suivi gynécologique de ces utilisatrices, et notamment sur le suivi recommandé par la HAS : dépistages organisés des cancers du col de l'utérus et du sein en France.

Un examen clinique mammaire annuel doit être réalisé par le médecin traitant ou le gynécologue chez toute femme, qu'elle soit à haut risque ou non, à partir de l'âge de 25 ans (15). Le cancer du sein est, en France, le plus fréquent des cancers chez la femme et la première cause de décès par cancer. Dans 90 % des cas, le cancer du sein est découvert lors d'un dépistage organisé (ou individuel), et dans 10 % des cas, par un examen clinique faisant suite à des signes d'appel : masse palpable, écoulement unipore sérosanglant mamelonnaire, maladie de Paget du mamelon. Le dépistage organisé du cancer du sein a été mis en place, en France, en 1994, par la Direction générale de la santé et généralisé à tout le territoire en 2004. Il a pour cible les femmes âgées de 50 à 74 ans, qui bénéficient d'un examen clinique des seins et d'une mammographie de dépistage tous les 2 ans ainsi que d'une double lecture systématique en cas de cliché normal ou bénin (14). Sont exclues les femmes ayant des facteurs de risque importants.

Il est également recommandé de réaliser un frottis cervico utérin tous les trois ans, après deux frottis normaux à un an d'intervalle, pour les femmes de 25 à 65 ans asymptomatiques, vaccinées ou non, n'ayant pas ou ayant eu une activité sexuelle (18). Dans le cadre d'un dépistage individuel du cancer du col de l'utérus, 6 millions de frottis cervico utérin sont pratiqués chaque année en France. Le taux de couverture du dépistage individuel stagne à 57 % depuis plusieurs années, avec de fortes disparités économiques et géographiques. Alors que la France enregistre encore 3 000 nouveaux cas de cancers du col de l'utérus invasifs et 1 000 décès chaque année, seuls 10 % des femmes concernées bénéficient d'un FCU dans l'intervalle recommandé. 50 % des femmes sont peu ou pas du tout dépistées (16). Ainsi le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus a fait preuve de sa supériorité par rapport au dépistage individuel en termes d'efficacité, d'efficience ainsi que d'équité et d'égalité d'accès à la prévention. Le cancer du col de l'utérus se prête idéalement au dépistage puisque l'on dispose d'un outil simple et éprouvé : le frottis. En le dépistant, on va mettre en évidence non seulement les cancers infra cliniques mais également nombre de lésions précancéreuses (19). L'arrivée sur le marché du vaccin anti-papillomavirus (HPV) humain protège contre les lésions dues à HPV 16 et 18 certes les plus fréquentes, mais il existe une quinzaine d'HPV potentiellement oncogènes, et toutes

les adolescentes ne sont pas vaccinées avant les premiers contacts sexuels (17). Le dépistage doit donc être poursuivi en synergie avec la vaccination.

Ainsi, les dépistages des cancers du sein et du col de l'utérus n'ont pas une couverture maximale dans la population générale. Pour autant, ce sont deux éléments importants du suivi gynécologique des femmes. Le suivi gynécologique systématique des femmes est recommandé en France mais certaines patientes ne consultent qu'en cas de problème.

Peu d'études se sont intéressées au suivi gynécologique des femmes sous médicaments de substitution aux opiacés. Même si aucune donnée n'existe pour l'étayer, on peut penser que celles-ci sont moins à même d'être à jour de leur suivi gynécologique et de s'intégrer dans des actes de prévention du fait de leur pathologie addictive et de son retentissement sur leur vie.

II) OBJECTIFS

L'objectif était d'évaluer le suivi gynécologique des femmes traitées par médicaments de substitution aux opiacés suivies dans les CSAPA et les CAARUD en Haute Garonne, et secondairement, d'évaluer la réalisation d'actes de dépistage des cancers du col de l'utérus et du sein (frottis cervico utérin et mammographie).

MATERIELS ET METHODES

I)SCHEMA DE L'ETUDE

Une étude observationnelle transversale a été menée du 31 mai 2016 au 5 septembre 2016 en utilisant un questionnaire auto administré dans les différents centres CSAPA et CAARUD de Haute Garonne.

II)PARTICIPANTS

Les critères d'inclusion étaient :

- être une femme,
- se présenter au centre,
- être sous médicament de substitution aux opiacés (méthadone, buprénorphine, naloxone, autre médicament opiacé utilisé comme traitement de substitution hors AMM).

Le critère d'exclusion était :

- grossesse en cours (en effet la grossesse modifie de fait le suivi gynécologique).

Le critère de jugement principal était la réalisation d'une consultation de gynécologie dans l'année précédente. Les critères de jugement secondaires étaient la réalisation d'actes de dépistage des cancers du col de l'utérus et du sein (frottis cervico utérin et mammographie). Nous avons également évalué le mode de contraception et les freins à une consultation de gynécologie.

III)RECUEIL DE DONNEES

Afin d'être exhaustif, tous les CSAPA et CAARUD de Haute-Garonne étaient sollicités par appel téléphonique préalable et échanges par mails. Les CSAPA Clémence Isaure, Maurice Dide, Arpade, Passage et le CAARUD Intermède ont accepté de participer.

La distribution des questionnaires a eu lieu entre le 27 mai et le 1er juin. Les questionnaires étaient laissés aux médecins et/ou infirmières des CSAPA et animateurs des CAARUD qui délivraient ensuite aux patientes correspondant aux critères d'inclusion.

Pour des raisons d'organisation le questionnaire a été délivré plus tard, soit le 30 juin au CAARUD Aides.

La fin de l'étude était fixée le 29 juillet avec une exception pour Clémence Isaure en raison d'un nombre nul de questionnaires remplis le 29 juillet. Le CAARUD Aides n'avait pas d'autres patientes potentiellement éligibles à l'étude et n'a participé qu'un mois. A un mois d'étude tous les centres ont été visités afin de récupérer les questionnaires et connaître les conditions de remplissage par les patientes. Aucune difficulté n'a été relevée.

Dans le but d'obtenir des données complètes sur le suivi de ces femmes sous MSO et pour avoir une meilleure connaissance du sujet, une recherche bibliographique préalable avait été effectuée via Biblioinserm sur la base de données medline par l'interface pubmed. Les recherches ont porté sur le suivi gynécologique des femmes sous opiacés. N'ayant pas de résultat, nous avons étendu les recherches au suivi des patients sous opiacés suivis en médecine générale. Nous avons utilisé l'équation de recherche suivante :

("Buprenorphine"[Mesh] OR "Buprenorphine, Naloxone Drug Combination"[Mesh] OR "Methadone"[Mesh] OR "Opiate Substitution Treatment"[Mesh] OR "Opioid-Related Disorders"[Mesh]) AND (primary care or general care or family care or primary patient or general patient or general practic* or general practit* or family practic* or family practit* or primary practic* or primary practit* or GP or GPs or family doctor* or primary doctor* or general physician* or family physician* or primary physician* or family clinic* or general clinic* or primary clinic* or primary healthcare or primary health care or general health care or general healthcare or family health care or family healthcare or family medic* or general medic* or primary medic*) AND France

D'autres informations de nature épidémiologique, ont été recherchées sur la Haute Autorité de Santé et sur l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies.

Le questionnaire a ensuite été conçu pour pouvoir être rempli facilement et rapidement par les patientes sous MSO. Il comportait un recto sur des données socio démographiques telles l'année de naissance, la prise en charge sociale, le niveau d'études, le nombre d'enfants ainsi que la réalisation d'IVG et les substances consommées la semaine passée parmi une liste proposée. Le statut de poly consommatrice a été défini si la patiente consommait au moins deux substances psychoactives (20). Le verso portait sur des données essentiellement gynécologiques avec le type de contraception actuelle, les freins à une consultation gynécologique, la réalisation du dernier frottis cervico utérin, la réalisation d'une mammographie et l'existence d'antécédents d'infections sexuellement transmissibles. Le questionnaire utilisé pour l'étude est présenté en Annexe 1.

Les critères de jugement secondaires étant le dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus, les questions portant sur les FCV et la mammographie ont été détaillées en demandant la date de réalisation de ces derniers examens par tranche d'années, la normalité de ceux-ci et le praticien les ayant effectués.

Les questionnaires ayant des données manquantes sur le traitement de substitution ou les critères de jugements secondaires ont été exclus.

Afin d'évaluer le taux de réponse au questionnaire et la représentativité, il a été demandé à chaque centre de répondre à trois questions : 1) le nombre de femmes sous MSO, 2) la proportion hommes/femmes sous MSO, 3) les âges maximum et minimum des femmes sous MSO.

Les résultats ont été analysés sur saisies sur Open Office et analysés via Excel. Les variables quantitatives ont été décrites en moyennes et écarts types. Les données catégorielles ont été présentées en effectifs et pourcentages.

RESULTATS

Sur 10 sollicités, 6 centres ont retourné les questionnaires, 50 femmes ont été incluses mais seulement 46 questionnaires étaient analysables (3 exclus pour données manquantes et 1 pour cause de grossesse).

Seuls 4 centres ont retourné leurs données de 2015 sur les nouvelles patientes arrivées. Les données recueillies sont comparables en termes de proportions à celles d'un rapport de l'OFDT datant de juin 2015 (tableau 1). Le taux de réponse estimé sur ces 4 centres était de 43 % (tableau 1).

Tableau 1. Données épidémiologiques des patients suivis en CSAPA et CAARUD en Haute Garonne en comparaison avec les données nationales de l'OFDT

	OFDT	CSAPA Clémence Isaure	CSAPA Arpade	CSAPA Passage	CAARUD Intermède
Nombre de femmes sous MSO	34498,6	28	11	22	4
Nombre de femmes ayant répondu		5 (17,8%)	7 (63,6%)	14 (63,6%)	2 (50%)
Proportion Hommes/femmes sous MSO	76,8% H 23,2% F	82,3% H 17,7%F	72%H 28%F	75%H 25%F	85%H 15%F
Âges minimum et maximum des femmes sous MSO	Âge moyen : 35	20-44	29-53	24-50	31-50

Les femmes étaient âgées de 25 à 61 ans. Un tiers (26,1 %) n'avaient pas de formation, 71,7 % étaient sans emploi et 13,0 % sans logement. Le Tableau 2 décrit les caractéristiques sociales de ces patientes.

Tableau 2. Caractéristiques des femmes prises en charge dans les CSAPA et les CAARUD		
Effectifs	46	
Âge		
Âge moyen	41,5	
Écart type	25,5	
Formation initiale, n %		
collège-lycée	12	26,1%
CAP	12	26,1%
BAC ou BAC professionnel	15	32,6%
BTS	2	4,3%
Études supérieures	5	10,9%
Activité		
Avec un emploi	12	26,1%
En CDD	6	50,0%
En CDI	5	41,7%
Données manquantes	1	8,3%
Sans emploi	33	71,7%
Données manquantes	1	2,2%
Conditions de vie		
Seule	17	37,0%
En couple	29	63,0%
Conditions d'hébergement		
Sans logement	6	13,0%
Hébergée chez des proches	2	4,3%
Locataire ou propriétaire	34	74,0%
Structure de soins	3	6,5%
Données manquantes	1	2,2%
Protection sociale		
Aucune	3	6,50%
CMU	21	45,60%
Sécurité sociale	20	43,50%
EMU	1	2,20%
Données manquantes	1	2,20%

Au niveau obstétrical, 60,8 % des femmes avaient déjà des enfants et 55,5 % avaient réalisé une interruption volontaire de grossesse.

Tableau 3. Antécédents obstétricaux, n=46		
Enfants		
Sans enfant	17	37,0%
Avec des enfants	28	60,8%
Avec 1 enfant	13	46,4%
Avec 2 enfants	9	32,1%
Avec 3 enfants	3	10,7%
Avec 4 enfants	2	7,2%
Données manquantes	1	3,6%
Données manquantes	1	2,2%
Interruption volontaire de grossesse		
Aucune IVG réalisée	19	41,3%
IVG déjà réalisée	26	55,5%
1 IVG	13	50,0%
2 IVG	8	30,8%
3 IVG	2	7,7%
4 IVG	2	7,7%
Données manquantes	1	2,2%
Données manquantes	1	3,8%

Les patientes incluses avaient toutes un traitement de substitution aux opiacés. Elles étaient traitées par méthadone, buprénorphine, Suboxone® ou Skenan®. Une large majorité de femmes (soit 67,4 %) étaient poly consommatrices c'est-à-dire qu'elles prenaient au moins 2 substances en excluant le tabac, et 86,9 % consommaient au moins 2 produits toutes substances confondues.

Tableau 4. Caractéristiques de traitement addictologiques et les consommations des patientes, n=46

Traitement de substitution		
méthadone	34	74,0%
BHD	8	17,3%
Suboxone®	3	6,5%
Skenan®	1	2,2%
Consommation dans les 7 derniers jours		
Alcool	22	47,8%
Cannabis	20	43,5%
Cocaïne, crack, free base	18	39,1%
Hallucinogènes: plantes, LSD, kétamine, GHB	1	2,2%
Héroïne, opium, rachacha	1	2,2%
Codéine, sulfate de morphine, oxycodone	5	10,9%
Méthadone, buprénorphine	27	58,7%
MDMA, amphétamines, speed, métamphétamines	3	6,5%
Anxiolytiques et somnifères	11	23,9%
Poppers, colles, solvants	0	0,0%
Tabac	41	89,1%

Concernant le critère de jugement principal, 41,3% des femmes interrogées avaient eu une consultation gynécologique dans l'année. Les principaux freins à une consultation de gynécologie étaient la peur et le manque d'envie. Certaines femmes ont évoqué d'autres freins que ceux proposés : le fait d'être SDF, homosexuelle, d'avoir des difficultés pour se libérer et faire garder ses enfants, l'âge, la difficulté de trouver un gynécologue qui soit de sexe féminin, enfin, une négligence devant un suivi déjà lourd chez ces patientes sous MSO. De façon similaire, plus de la moitié des femmes n'avaient pas de contraception. Quatre femmes avaient coché « aucune contraception » mais l'une d'elles avait une ligature des trompes et 3 étaient ménopausées.

Tableau 5. Suivi gynécologique, freins aux consultations gynécologiques et contraception des femmes sous MSO, n=46

Dernière consultation gynécologique		
N'a jamais eu de consultation	3	6,5%
Dans l'année	19	41,3%
Dans les 3ans	6	13,0%
Dans les 5ans	7	15,2%
Il y a plus de 5ans	11	24,0%
Freins à une consultation de gynécologie		
Les horaires	9	19,5%
Le lieu	10	21,7%
Le prix	9	19,5%
Carte vitale, CMU ou mutuelle non à jour	6	13,0%
Oubli des RDV	11	23,9%
Pas d'intérêt	2	4,3%
Peur	15	32,6%
Manque d'envie	18	39,1%
Mauvaise période du cycle	1	2,2%
Violences subies	6	13,0%
Autres	5	10,8%
Type de contraception		
Aucune	28	60,9%
Dispositif intra utérin	2	4,4%
Instauré par le médecin généraliste	1	50,0%
Instauré par le gynécologue	1	50,0%
DIU au cuivre instauré depuis moins de 5ans	2	4,4%
DIU Mirena®	0	0,0%
Implant	3	6,5%
Instauré par le gynécologue	1	33,3%
Instauré par le CDPEF	1	33,3%
Données manquantes	1	33,3%
Instauré depuis moins de 3ans	1	33,3%
Instauré depuis plus de 3 ans	2	66,6%
Pilule	6	13,0%
Instauré par le médecin généraliste	2	33,3%
Instauré par le gynécologue	1	16,6%
Données manquantes	3	50,0%
Préservatif	7	15,2%
Instauré seule	2	28,5%
Données manquantes	5	71,5%

Certaines patientes ont été exposées aux infections sexuellement transmissibles. Trois d'entre elles avaient été contaminées plusieurs fois: 2 femmes étaient contaminées par le virus de l'hépatite C et Chlamydiae et/ou gonocoque, et 1 femme avait contracté un herpès génital ainsi qu'un Chlamydiae et/ou gonocoque.

Tableau 6. Infections sexuellement transmissibles (IST), n=46		
Exposition à une IST		
Non	29	63,0%
Oui	17	37,0%
VIH ou hépatite C	12	
Syphilis	0	
Gonocoque ou Chlamydiae	6	
Herpès	1	
Autres: condylomes	1	

Les résultats des critères de jugement secondaires (réalisation des actes de dépistage des cancers du col de l'utérus et du sein) sont présentés dans les tableaux 7 et 8. Concernant celles rentrant dans les recommandations, 48,8% avait eu un FCV il y a moins de 3 ans. Selon les recommandations, parmi les femmes n'ayant jamais eu de FCV, elles auraient toutes dû en avoir déjà fait un. Concernant la mammographie, 25,0% de celles dans la tranche d'âge des recommandations l'avait réalisée dans un délai de moins de 2 ans. Seulement 6 femmes entrant dans les recommandations pour l'âge (27 %) avaient réalisé une mammographie. Cinq femmes avaient réalisé à la fois leur FCV et une mammographie entre 50 et 74ans.

Tableau 7. Dépistage des cancers du col de l'utérus par frottis cervico vaginal (FCV)		
FCV		
Non	9	19,6%
Oui	37	80,4%
Moyenne des âges des femmes n'ayant jamais eu de FCV	38,8 ans	
Nombre de femmes entre 25 et 65ans ayant eu un FCV dans les 3 ans selon les recommandations	21/43	48,8%
Dernier FCV		
Il y a moins de 6 mois	13	35,2%
Il y a 1 an	4	10,8%
Il y a 3 ans	6	16,2%
Il y a plus de 3 ans	14	37,8%
Normalité du dernier FCV		
Normal	32	86,5%
Anormal	2	5,4%
Données manquantes	3	8,1%
Praticien ayant réalisé le dernier FCV		
Médecin généraliste	5	13,5%
Gynécologue	29	78,4%
CDPEF	3	8,1%
PASS	0	0,0%

Tableau 8. Dépistage des cancers du sein par mammographie		
Mammographie		
Non	24	52,2%
Oui	22	47,8%
Moyenne des âges des femmes ayant déjà eu une mammographie	44,57 ans	
Ecart type des âges des femmes ayant déjà eu une mammographie	45,48 ans	
Nombre de femmes ayant eu une mammographie entre 50 et 74 ans selon les recommandations	2/8	25,0%
Dernière mammographie		
Il y a moins de 2 ans	10	45,5%
Il y plus de 2 ans	11	50,0%
Données manquantes	1	4,5%
Normalité de la dernière mammographie		
Normale	17	77,3%
Anormale	3	13,6%
Données manquantes	2	9,1%

DISCUSSION

Dans cette étude évaluant le suivi gynécologique des femmes traitées par MSO, plus de la moitié des femmes avait eu une consultation dans les 3 ans et près de 40 % dans l'année. Près de la moitié avait eu un FCV il y a moins de 3 ans. En revanche, seulement un quart de celles dans la tranche d'âge des recommandations avait réalisé une mammographie dans un délai de moins de 2 ans.

Ces résultats sont donc plus positifs que ce que nous avons imaginé, avec près de la moitié des femmes ayant un suivi gynécologique régulier et ayant réalisé un dépistage par FCV. Dans la population générale française, le taux de dépistage du cancer du col de l'utérus par FCV est de 60 % ce qui reste proche de nos résultats. Pour les mammographies, le taux de dépistage est inférieur (25,0 %) mais estimé sur un effectif plus petit (n=8). En France, le taux de dépistage du cancer du sein par mammographie est de 52,1 % (15). Il aurait été intéressant au vu des résultats de connaître le motif de prescription des mammographies hors recommandations. La méthadone demandant un suivi médical rigoureux, nous avons fait l'hypothèse d'une prise en charge gynécologique possiblement oubliée devant la multiplicité déjà existante des intervenants. On s'attendait par conséquent à une adhésion faible aux dépistages. Pour autant, cette hypothèse est un peu erronée. Cela peut s'expliquer par le fait que la plupart de ces femmes étaient socialement intégrées, avaient suivi une formation, avaient un logement, vivaient en couple avec des enfants et avaient une couverture sociale. Ces femmes consultaient des gynécologues en premier intervenant pour leur frottis. Malgré tout, certaines avaient une vie précaire, sans emploi et étaient poly consommatrices de substances.

La majorité de ces femmes n'avaient pas de contraception et une bonne partie avait déjà eu une IVG. La peur et le manque d'envie semblaient être les freins à une consultation gynécologique ; pour autant, près de la moitié avaient eu une consultation dans l'année et le plus souvent par un gynécologue.

Les femmes sous opiacés étaient majoritairement traitées par méthadone dans notre échantillon ce qui est en accord avec les données de l'OFDT : 43% traitées par méthadone versus 30% par BHD. La population de femmes des CSAPA et CAARUD interrogées était relativement comparable aux données nationales de l'OFDT.

Initialement, ce travail se voulait exhaustif en contactant tous les centres CSAPA et CAARUD en Haute-Garonne et en déterminant des dates de début et de fin d'étude identiques pour tous. Pour des raisons multiples cela n'a pas pu être mis en œuvre. La délivrance du questionnaire par les différents intervenants n'a pas semblé poser de réelles difficultés. Quatre questionnaires étaient inexploitable, ce qui est peu. En effet, on pouvait s'attendre à davantage compte tenu du caractère furtif du passage dans les centres et du nombre de substances consommées qui présageaient d'un remplissage aléatoire des questionnaires.

Il a été demandé quelles substances ces femmes consommaient sur la semaine précédente afin d'éviter un biais de mémorisation. On peut noter une source de confusion dans le questionnaire : il n'a pas été précisé que la méthadone et la BHD consommées la semaine passée devaient être des substances prises en dehors de leur MSO. De plus on peut s'interroger sur la véracité des informations recueillies même s'il s'agissait d'un questionnaire anonyme.

Concernant le volet contraception, il aurait été judicieux de distinguer les femmes ménopausées des femmes nécessitant encore une contraception. Il reste un vrai travail d'éducation afin de limiter les IVG et d'anticiper les grossesses. Quant aux praticiens réalisant les FCV, on peut se demander si la distinction a été bien faite entre un médecin généraliste ayant une compétence en gynécologie et un gynécologue. Enfin, il a été demandé si ces femmes avaient déjà eu une IST mais on peut se demander si celles qui n'en ont jamais eu ont déjà fait les tests.

CONCLUSION

Ce travail met en exergue un suivi gynécologique correct avec une adhésion au dépistage du cancer du col de l'utérus par FCV proche de celle de la population générale et une adhésion moindre au dépistage du cancer du sein par mammographie. Un travail de prévention et d'éducation reste nécessaire concernant notamment la contraception.

ANNEXE 1

Questionnaire utilisé pour l'étude:

Mesdames, Mesdemoiselles

Je suis interne en médecine générale. Dans le cadre de ma thèse je m'intéresse au suivi gynécologique des femmes suivies dans les CSAPA (centres spécialisés en addictologie et les CAARUD (centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues).

Pourriez-vous m'accorder quelques minutes de votre temps pour répondre à ce questionnaire afin de m'aider dans mon travail?

Bien évidemment ce questionnaire est anonyme.

En vous remerciant.

Lucile DUFFAY

QUESTIONS GENERALES:

ANNEE DE NAISSANCE:.....

FORMATION:

- ☐ Aucune
- ☐ collège/lycée
- ☐ CAP
- ☐ BAC/BAC pro
- ☐ BTS
- ☐ BAC + Sup

PROTECTION SOCIALE:

- ☐ Aucune
- ☐ CMU
- ☐ sécurité sociale

EMPLOI ACTUEL:

- ☐ emploi
 - ☐ CDD
 - ☐ CDI
- ☐ sans emploi
- ☐ étudiante ou en formation

MODE DE VIE:

- ☐ seule
- ☐ en couple

LOGEMENT:

- ☐ pas de logement
- ☐ chez des proches/famille
- ☐ locataire/ propriétaire
- ☐ structure de soins

AVEZ-VOUS DES ENFANTS?

- ☐ non
- ☐ oui: combien?.....

AVEZ-VOUS DEJA EU UNE IVG?

- ☐ non
- ☐ oui : combien?.....

QUESTIONS GENERALES:

POUR QUEL TRAITEMENT DE SUBSTITUTION ETES-VOUS SUIVIE?

- ☐ méthadone
- ☐ buprénorphine (subutex®)
- ☐ buprénorphine et naloxone (suboxone®)
- ☐ autre, précisez:

QUELLE(S) SUBSTANCE(S) AVEZ-VOUS CONSOMMEE(S) LA SEMAINE PASSEE? (PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES):

- ☐ Alcool
- ☐ cannabis (marijuana, haschich, huile de haschich)
- ☐ cocaïne, crack, free base
- ☐ hallucinogènes: plantes (salva divinorum, champignons, datura...), LSD, kétamine, GHB
- ☐ héroïne, opium, rachacha
- ☐ codéine, sulfate de morphine, oxycodone
- ☐ méthadone, buprénorphine (subutex®), suboxone®)
- ☐ MDMA (ecstasy et le cristal), amphétamines, speed, méthamphétamines (yaba, crystal methamphétamines)
- ☐ médicaments psychotropes non opiacés :
 - ☐ anxiolytiques / médicaments du sommeil
 - ☐ méthylphénidate (ritaline®) et modafinil (modiodal®)
- ☐ poppers, colles, solvants
- ☐ tabac
- ☐ autres: précisez:

LA CONTRACEPTION:

Quel moyen de contraception utilisez-vous actuellement:

- ☐ aucun
- ☐ stérilet
- ☐ implant
- ☐ pilule
- ☐ préservatif
- ☐ autre: précisez:

PAR QUI A ETE INSTAURE VOTRE CONTRACEPTION ACTUELLE:

- ☐ médecin traitant
- ☐ gynécologue
- ☐ centre de planification et éducation familiale (« planning »)
- ☐ PASS (permanence d'accès aux soins)
- ☐ autre: précisez:.....

A QUAND REMONTE VOTRE DERNIERE CONSULTATION DE GYNECOLOGIE?

- ☐ Jamais eu
- ☐ Dans l'année
- ☐ Dans les 3 ans
- ☐ Dans les 5ans
- ☐ Plus ancien que 5 ans

QUELS SONT POUR VOUS LES FREINS A UNE CONSULTATION DE GYNECOLOGIE PAR UN GYNECOLOGUE OU UN MEDECIN ? : (PLUSIEURS REponses POSSIBLES)

- ☐ Les horaires de consultation
- ☐ Lieu de consultation loin de chez moi
- ☐ Prix de la consultation
- ☐ Carte vitale/CMU/mutuelle non à jour
- ☐ J'oublie les RDV
- ☐ Je ne vois pas l'intérêt d'aller régulièrement faire une consultation de gynécologie
- ☐ Peur de l'examen
- ☐ Manque d'envie
- ☐ Mauvaise période du cycle (règles)
- ☐ Violences subies (récentes ou anciennes)
- ☐ Autre: précisez:

POUR LES FEMMES AYANT UN IMPLANT CONTRACEPTIF (DANS LE BRAS) :

Depuis combien de temps l'avez-vous?

- ☐ moins de 3ans
- ☐ Plus de 3ans

POUR LES FEMMES AYANT UN STERILET:

SANS HORMONE AU CUIVRE: DEPUIS COMBIEN DE TEMPS L'AVEZ-VOUS?

- ☐ moins de 5ans
- ☐ plus de 5ans

AVEC HORMONES: DEPUIS COMBIEN DE TEMPS L'AVEZ-VOUS?

- ☐ moins de 3ans
- ☐ entre 3 et 5ans
- ☐ plus de 5ans

DEPISTAGES par Frottis (dépiantage du cancer du col de l'utérus):

AVEZ-VOUS DEJA EU UN FROTTIS?

- ☐ non
- ☐ oui:

- Il y a combien de temps:

- ☐ 6 mois
- ☐ 1 an
- ☐ 3 ans
- ☐ > ou = 3ans

- était-il normal?

DEPISTAGES par Mammographie:

AVEZ-VOUS DEJA EU UNE MAMMOGRAPHIE?

- ☐ non
- ☐ oui:

- Il y a combien de temps:

- ☐ 2 ans
- ☐ > ou = 2ans

- était-elle normale?

- ☐ non
- ☐ oui

- ☐ non ☐ oui

- Qui a réalisé votre dernier frottis?

- ☐ médecin traitant
☐ gynécologue
☐ centre de planification et
éducation familiale (« planning »)
☐ PASS (permanence d'accès aux
soins)
☐ autre: précisez:.....

PREVENTION:

AVEZ VOUS DEJA EU UNE INFECTION SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLE:

- ☐ Non
☐ Oui
☐ VIH, hépatites
☐ Syphilis
☐ Gonocoque, chlamydiae
☐ Herpès

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Guillou Landreat M, Rozaire C, Guillet JY, Victorri Vigneau C, Le Reste JY, Grall Bronnec M. French Experience with Buprenorphine : Do Physicians Follow the Guidelines? PloS One. 2015;10(10):e0137708.
2. Brisacier AC, Collin C. Les traitements de substitution aux opiacés en France : données récentes. <http://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/les-traitements-de-substitution-aux-opiaces-donnees-recentes-tendances-94-octobre-2014/>. 2014.
3. HAS. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/TSO_court.pdf. 2004.
4. Boucherie Q, Frauger E, Thirion X, Mallaret M, Micallef J. New methadone formulation in France: results from 5 years of utilization. *Thérapie*. 2015 Apr;70(2):223–34.
5. Poloméni P, Pachabezian V, Pequart C, Glauzy C, Bouthillon-Heitzmann P. [Evolution of patients treated with methadone in general practice]. *Presse Medicale Paris Fr* 1983. 2013 Dec;42(12):1660–2.
6. Dupouy J, Bismuth S, Oustric S, Lapeyre-Mestre M. On-site drugs of abuse urinary screening tests for the management of opiate-addicted patients: a survey among French general practitioners. *Eur Addict Res*. 2012;18(4):175–83.
7. Feroni I, Aubisson S, Bouhnik A-D, Paraponaris A, Masut A, Coudert C, et al. [Collaboration between general practitioners and pharmacists in the management of patients on high-dosage buprenorphine treatment. Prescribers' practices]. *Presse Medicale Paris Fr* 1983. 2005 Oct 8;34(17):1213–9.
8. Poloméni P, Bronner C, Fry F, Ravoninjatovo B, Fatseas M. The management of opiate use disorders in France: results of an observational survey of general practitioners. *Addict Sci Clin Pract*. 2015 Jun 28;10:16.
9. Palle C. Les personnes accueillies dans les CSAPA. <http://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/les-personnes-accueillies-dans-les-csapa-situation-en-2014-et-evolution-depuis-2007-tendances-110-juin-2016/>. 2016.
10. Cadet-Taïrou A, Saïd S. Profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2012. <http://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/profils-et-pratiques-des-usagers-des-caarud-en-2012-tendances-98-janvier-2015/>. 2015.
11. Simmat-Durand L, Lejeune C, Gourarier L, Groupe d' Etudes Grossesse et Addictions (GEGA). Pregnancy under high-dose buprenorphine. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2009 Feb;142(2):119–23.
12. Lacroix I, Berrebi A, Garipuy D, Schmitt L, Hammou Y, Chaumerliac C, et al. Buprenorphine versus methadone in pregnant opioid-dependent women: a prospective multicenter study. *Eur J Clin Pharmacol*. 2011 Oct;67(10):1053–9.

13. Lacroix I, Berrebi A, Chaumerliac C, Lapeyre-Mestre M, Montastruc JL, Damase-Michel C. Buprenorphine in pregnant opioid-dependent women: first results of a prospective study. *Addict Abingdon Engl*. 2004 Feb;99(2):209–14.
14. HAS. Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1741170/fr/depistage-du-cancer-du-sein-en-france-identification-des-femmes-a-haut-risque-et-modalites-de-depistage. 2014.
15. HAS. Dépistage et prévention du cancer du sein. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/refces_k_du_sein_vf.pdf. 2015.
16. HAS. Cancer du col de l'utérus : la HAS recommande un dépistage organisé au niveau national. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1015771/fr/cancer-du-col-de-l-uterus-la-has-recommande-un-depistage-organise-au-niveau-national. 2011.
17. CNGOF. Quand faut-il commencer le dépistage du cancer du col utérin. http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2009_GM_539_morcel.pdf. 2009.
18. Institut National du Cancer. Dépistage du cancer du col de l'utérus : le frottis cervico-utérin. <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Le-depistage-par-frottis-cervico-uterin>. 2016.
19. HAS. Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/frottis_final_-_recommandations.pdf. 2002.
20. HAS. Abus, dépendance et poly consommations : stratégies de soins. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/audition_publique_abus_dependance_19-02-07.pdf. 2007.
21. CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique : prévention du cancer du col de l'utérus. http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/rpc_prev-K-col2007.pdf. 2007.
22. Nordmann S, Frauger E, Pauly V, et al. Misuse of buprenorphine maintenance treatment since introduction of its generic forms: OPPIDUM survey. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2012; 21: 184–190.

Title

The gynecological follow-up of women treated with opioid substitutes followed in CSAPA and CAARUD (specialised centers for drug addicts) in one region of France, Haute-Garonne.

Abstract

Few studies have focused on the gynecological follow-up of women on opiate substitution treatments. Even if there is no data to support it, we may think that they are less able to implement these acts of prevention because of their addictive pathology and its impact on their lives. The objective was to evaluate the gynecological follow-up of women treated with opioid substitutes followed in CSAPA and CAARUD (specialised centers for drug addicts) in one region of France, Haute-Garonne.

A cross-sectional observational study was carried out from May 31, 2016 to September 5, 2016, using a questionnaire for women treated with opiate substitutes in the various CSAPA and CAARUD centers in Haute-Garonne. Pregnant women were excluded. The questionnaire included general questions and gynecological questions, including follow-up by cervical uterine smear (FCV) and mammography.

Women were aged 25 to 61, 26.1 % had no vocational training, 71.7 % were unemployed, 13.0 % were homeless, 60.8 % had children, 55.5 % had already had an abortion and 37.0 % had had a sexually transmitted diseases. More than 50 % had no contraception but more than 50 % of women had had a gynecological consultation during the year. The main obstacles to a gynecological consultation were fear and lack of will. Thus, 48.8 % of women in the age bracket of the recommendations had done a pap smear and 25.0 % had a mammogram.

This work highlights correct gynecological follow-up with adherence to cervical cancer screening by FCV close to that of the general population and a lower adherence to screening for breast cancer by mammography. Prevention and education work is still needed on contraception.

Keyword

The gynecological follow-up, opioid substitutes, France, cervical cancer screening, breast cancer screening.

Le suivi gynécologique des femmes traitées par médicaments de substitution aux opiacés suivies dans les CSAPA et les CAARUD en Haute Garonne.

Directeur de Thèse : Julie DUPOUY

Toulouse, le 24 janvier 2017

Peu d'étude se sont intéressées au suivi gynécologique des femmes sous médicament de substitution aux opiacés. Même si aucune donnée n'existe pour l'étayer, on peut penser que celles-ci sont moins à même de s'intégrer dans ces actes de prévention du fait de leur pathologie addictive et de son retentissement sur leur vie. L'objectif était d'évaluer le suivi gynécologique des femmes traitées par médicaments de substitution aux opiacés suivies dans les CSAPA et les CAARUD en Haute-Garonne.

Une étude observationnelle transversale a été menée du 31 mai 2016 au 5 septembre 2016 en utilisant un questionnaire auto administré auprès des femmes traitées par médicament de substitution aux opiacés dans les différents centres CSAPA et CAARUD de Haute-Garonne. Les femmes enceintes étaient exclues. Le questionnaire comportait des questions générales puis des questions d'ordre gynécologique avec notamment le suivi par frottis cervico utérin (FCV) et mammographies.

Les femmes étaient âgées de 25 à 61 ans, 26,1 % n'avaient pas de formation professionnelle, 71,7 % étaient sans emploi, 13,0 % sans logement, 60,8 % avaient déjà des enfants, 55.5 % avaient déjà réalisé une IVG et 37,0 % avaient déjà eu une IST. Plus de 50 % n'avaient pas de contraception mais plus de 50 % des femmes avaient déjà eu une consultation gynécologique dans l'année. Les principaux freins à une consultation gynécologique étaient la peur et le manque d'envie. Ainsi, 48,8 % des femmes dans la tranche d'âge des recommandations avaient fait un FCV et 25,0 % une mammographie.

Ce travail met en exergue un suivi gynécologique correct avec une adhésion au dépistage du cancer du col de l'utérus par FCV proche de celle de la population générale et une adhésion moindre au dépistage du cancer du sein par mammographie. Un travail de prévention et d'éducation reste nécessaire concernant notamment la contraception.

Mots clés : suivi gynécologique, opiacés, médicaments de substitution aux opiacés femmes, France, dépistage du cancer du sein, dépistage du cancer du col de l'utérus.

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE