

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Marie SOURGET CECHELLA

Le 27 JUIN 2019

ETAT DES LIEUX DU SUIVI GYNECOLOGIQUE DES FEMMES RENCONTREES DANS LES CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) ET LES CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques chez les Usagers de Drogues) EN GIRONDE.

Directeurs de thèse : Pr CASTERA Philippe

Dr DELILE Jean-Michel

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE
Monsieur le Professeur Philippe CASTERA
Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU
Madame le Docteur Julie DUPOUY
Madame le Docteur Valérie SOHET

Président
Assesseur
Assesseur
Assesseur
Assesseur



TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2017

Professeurs Honoraires

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

Professeurs Émérites

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

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

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

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAVALD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PÂYOUX Pierre	Biophysique
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal	Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRÉ Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane Médecine Générale

P.U. - P.H.
2ème classe

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entéro
M. CALVAS Patrick	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépto-Gastro-Entérologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre Médecine Générale

P.A Médecine générale

POUTRAIN Jean-Christophe Médecine Générale

M.C.U. - P.H.

M. ABDO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSANG Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouana	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Celine	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	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. GASO David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cecile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO 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. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOUJAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan
Dr LATROUS Leila

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. 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 BURAS-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	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. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHAWICK Béatrice	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUMBARD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
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 (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

Professeur Associé de Médecine Générale
Pr STILLMUNKES André

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACCABLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Médecine Générale

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

Remerciements

A Monsieur le Professeur Pierre MESTHE

Professeur des Universités Médecin Généraliste

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail, recevez ma considération et mes remerciements les plus sincères.

A Monsieur le Professeur Philippe CASTERA

Professeur associé de Médecine Générale à Bordeaux

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de diriger ce travail. Merci pour votre disponibilité et votre réactivité malgré votre emploi du temps déjà très chargé avec vos innombrables thésards bordelais. Vous avez pris la peine de m'aider avec vos précieux conseils. Recevez Philippe ma profonde reconnaissance.

A Madame Brigitte ESCOURROU

Maître de conférences des Universités Médecin Généraliste

Il me tenait à cœur de vous compter parmi mon jury de thèse. Merci d'avoir accepté d'en faire partie. Merci d'avoir été présente et à l'écoute lorsque j'en ai eu besoin. Veuillez recevoir toute ma reconnaissance et le témoignage de mon profond respect.

A Madame Julie DUPOUY

Maître de conférences des Universités Médecin Généraliste

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Vous avez toute ma considération.

A Madame Valérie SOHET

Médecin Généraliste, Maître de stage

Tu m'as fait l'honneur d'accepter de faire partie de mon jury de thèse et je t'en remercie infiniment car j'y tenais beaucoup. Lors de notre première rencontre tu as dit : « On fait le plus beau métier du monde » et tu avais raison. Merci pour ta bienveillance, ta générosité et ta gentillesse. Tu fais partie des belles rencontres de mon internat.

A Madame Virginie PAILLOU

Médecin Généraliste addictologue au CEID-Addictions à Bordeaux

Merci pour ta relecture et tes conseils avisés. Tu as toute ma considération.

A tous mes collègues du CEID-Addictions de Gironde.

Merci pour votre implication et votre aide dans le recueil de mes questionnaires. Vous avez été vraiment chouettes. C'est un réel plaisir de travailler à vos côtés.

A toutes les personnes rencontrées au cours de mon internat et qui ont participé à ma formation, A l'ensemble des Professeurs, Praticiens Hospitaliers et Maîtres de stage.

Avec toute ma reconnaissance et mon profond respect.

A Madame Valérie HAMEL, mon amie de toujours

Tu as fait partie des rares personnes à croire en moi lorsque je me suis lancée dans les études de médecine.

Hier encore, nous étions sur les bancs du lycée et me voici à présent à soutenir ma thèse comme tu l'as fait des années plus tôt. Merci pour ta fidélité.

A Augustin LESSOURD, mon pépère, mon grand-père adoré

A toi l'être le plus gentil et généreux qui soit. Tu es la plus belle personne qui m'ait été donné de rencontrer. J'aurais tellement voulu que tu sois là. Sans toi, je ne serais pas qui je suis. Toi qui as toujours tendu la main sans distinction à tous ceux qui en avaient besoin, je te dédie ma thèse et espère que de là où tu te trouves tu seras fière de moi. Je t'aime à l'infini, tu me manques tellement.

A mes enfants chéris, Zélie et Enzo

Merci d'avoir supporté durant toutes ces années les choix improbables de votre maman. Vous avez souvent dû composer sans moi. Vous avez été patients et courageux. Merci ma puce pour la traduction en anglais de mon résumé et pardon de t'avoir fait rater ton dernier épisode de « Game of Thrones » ! Je vous aime par-dessus tout.

A toute ma famille, et à toi mon cousin Pom

Merci pour votre soutien et votre amour. Je vous en fais voire depuis si longtemps ! La sagesse arrive avec l'âge paraît-il...

Allez mon Pom, prend soin de notre Pépère, joue-lui un morceau et trinquez à notre santé !

A tous mes amis,

Merci pour votre fidélité et votre soutien depuis toutes ces années.

Liste des abréviations :

ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

BHD : Buprénorphine Haut Dosage

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CDD : Contrat à Durée Déterminée

CDI : Contrat à Durée Indéterminée

CEID-Addictions : Comité d'Etude et d'Information sur la Drogue et les Addictions

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPP : Comité de Protection des Personnes

DGS : Direction Générale de la Santé

FCU : Frottis Cervico-Utérin

HCE : Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes

HPV : Human Papillomavirus

Inca : Institut national du cancer

Inpes : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

Insee : Institut national de la statistique et des études économiques

IST : Infection Sexuellement Transmissible

ITG : Interruption Thérapeutique de Grossesse

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie

MILDECA : Mission Interministérielle de lutte contre les Drogues et les Conduites

Addictives

MSO : Médicaments de Substitution aux Opiacés

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

RDR : Réduction Des Risques

TSO : Traitement de Substitution aux Opiacés

Table des matières

Remerciements	6
Table des matières.....	11
INTRODUCTION.....	13
1- Addiction et dépendance	13
2- Focus sur les femmes.....	15
2.1- Femmes et toxicomanie.....	15
2.2- Qu'entend-on par suivi gynécologique ?.....	17
3- Objectifs.....	19
MATERIELS & METHODES.....	19
1- Schéma de l'étude.....	19
2- La population étudiée.....	20
3- Le contenu du questionnaire.....	20
4- Critères de jugement.....	21
5- Le recueil des données.....	21
6- Analyses statistiques.....	23
RESULTATS.....	24
1- Données sociodémographiques des femmes de l'enquête.....	26
1.1 - Tous centres confondus.....	26
1.2 - Détail par centre.....	27
2- Caractéristiques des consommations	28
3- Questions gynécologiques.....	29
3.1 - Critère de jugement principal : Consultation gynécologique.....	29
3.2 - Critères de jugement secondaires : FCU et mammographie.....	30

3.3 - IVG.....	33
3.4 - Contraception.....	34
3.5 - IST et vaccinations.....	35
4 - Freins à la consultation gynécologique.....	39
5 - Intérêt pour une consultation dédiée aux femmes dans les CSAPA ou CAARUD.....	41
DISCUSSION	43
1- Caractéristiques socio-économiques.....	44
2- Critère de jugement principal : ancienneté de la dernière consultation Gynécologique.....	44
3- Critères de jugement secondaires.....	45
3.1 – Frottis cervico-utérin.....	45
3.2 – Mammographie.....	46
4 – Contraception.....	47
5 – IVG.....	47
6 – Infections sexuellement Transmissibles.....	48
7 – Niveau vaccinal.....	48
8 – Freins à la consultation gynécologique.....	49
CONCLUSION	50
 BIBLIOGRAPHIE	 52
ANNEXES 1 (Questionnaire en français)	55
ANNEXES 2 (Questionnaire en anglais)	57

INTRODUCTION

Cette thèse trouve sa source dans un constat de terrain avec l'impression que les femmes usagères, sous MSO (Médicaments de Substitution aux Opiacés) ou non, rencontrées au sein des CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) et des CAARUD (Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues) n'ont pas de suivi gynécologique régulier, voire aucun pour certaines.

Il est difficile de trouver précisément des études sur le sujet. Malgré tout, une thèse de médecine générale soutenue en janvier 2017 par Lucile DUFFAY à Toulouse concernant le suivi gynécologique de cette catégorie de population en Haute Garonne concluait à un niveau de suivi correct et similaire à la population générale (1).

En revanche, on observe au travers d'un mémoire de sage-femme soutenu en 2016 par Chloé Buisson à Tours, que les femmes consommatrices de substances psychoactives, rencontrées en CSAPA d'Indre et Loire avait un suivi gynécologique moins soutenu que celui de la population locale (2).

Quel est le suivi gynécologique des femmes fréquentant les CSAPA et CAARUD en Gironde ?

1- Addiction & dépendance

L'addiction se caractérise par l'impossibilité répétée de contrôler un comportement et la poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives. La notion de conduite addictive comprend à la fois les addictions aux substances psychoactives (alcool, tabac, drogues illicites) mais également les addictions comportementales, sans substances psychoactives (jeu ou sexe par exemple).

Les addictions posent, en France comme à l'échelle européenne et dans le reste du monde, un problème de santé publique majeur, dont les impacts sont multiples, sanitaires, médicaux et sociaux (3).

La toxicomanie aux opiacés, devient de plus en plus préoccupante avec la banalisation de l'usage de substances psychoactives et l'augmentation des poly consommations. En 2014, on dénombre en France environ 300 000 personnes dépendantes aux opiacés dont presque un quart seraient des femmes en âge de procréer (4).

Les personnes en difficulté avec un usage de substances psychoactives peuvent notamment trouver de l'aide dans tous les champs de l'addiction auprès de structures spécialisées comme les CSAPA et les CAARUD.

Les **CSAPA** sont des structures ayant pour mission d'assurer des actions de prévention et de soins aux personnes atteintes de troubles de l'usage (drogues, alcool) ou des comportements (jeux, sexe, troubles alimentaires...). Ces structures accueillent, informent et proposent une aide médicale, psychologique, sociale et éducative. Elles sont financées par l'Assurance Maladie et portées soit par des associations, soit par des établissements publics de santé. Elles sont normalement présentes dans chaque département français. Les médecins de ces structures sont habilités à la mise en place et au suivi des traitements substitutifs aux opiacés (TSO) avec la méthadone en particulier.

Les **CAARUD**, créés en 2005 sont des structures médico-sociales chargées d'accueillir les usagers de drogues pour mettre en œuvre des actions de réduction des risques (RDR). L'objectif de ces centres est de prévenir, ou de réduire, les effets négatifs liés à la consommation de stupéfiants y compris dans leur association avec d'autres substances psychoactives et, ainsi, d'améliorer la situation sanitaire et sociale des usagers de drogues qui ne sont pas encore engagés dans une démarche de soins (5).

Contrairement aux établissements de soins traditionnels, les CAARUD accueillent les usagers avec un minimum de conditions à savoir, le respect de l'équipe et des autres usagers et l'interdiction de consommer sur place.

De la même façon que dans les CSAPA, l'abstinence, le projet de sevrage, la sobriété ou autres considérations ne sont pas exigés car il s'agit d'un public avec un usage nettement plus problématique et qui vit souvent dans des situations sociales particulièrement précaires (sans abri, en marge de la société, sans papier, ...).

Les CSAPA et CAARUD proposent un soutien aux usagers dans l'accès aux soins, mais également dans l'accès aux droits, au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle (6) (7).

Fondement de la politique de réduction des risques depuis 1995, les MSO (Médicaments de substitution aux opiacés) sont prescrits en France à environ 180 000 patients dont 65 % de Buprénorphine (avec 5% de Suboxone®) et 35 % de Méthadone. Ils constituent le traitement de première intention de la dépendance à l'héroïne (8) (9). Ils ont grandement contribué à favoriser l'accès aux soins des usagers de drogues dépendants aux opiacés, diminuant ainsi la morbi-mortalité et par conséquent les dommages sociaux qui peuvent en découler (10).

2 – Focus sur les femmes

2.1 - Femme et toxicomanie

En France, environ 20% des usagers dans les CSAPA et les CAARUD sont des femmes. Beaucoup d'entre elles éprouvent des difficultés pour venir au Centre. L'accès aux soins leur est souvent plus difficile notamment en raison d'une stigmatisation particulière et d'une insuffisance de prise en compte de leurs nécessités qui sont d'ordre physiologiques (gynéco-obstétricales principalement) couplées à des vulnérabilités psychosociales (11) (12).

La reconnaissance des besoins spécifiques des femmes toxicodépendantes est relativement récente. En effet, pendant longtemps, l'accueil et la prise en charge des toxicomanes se faisaient sans distinction de genre. Ce n'est qu'aux débuts des années 2000 que le Conseil de l'Europe désignait les usagères et leurs enfants comme public prioritaire dans les stratégies anti-drogue. C'est dans ce cadre, que la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), (devenue par la suite la Mission Interministérielle de lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives (MILDECA)) et la Direction générale de la santé (DGS) ont soutenu l'expérimentation de nouveaux modes d'accueil des femmes toxicodépendantes au sein des CSAPA et des CAARUD (13).

Les données de la littérature tendent à montrer qu'en dehors de l'usage de psychotropes pour lesquelles elles sont majoritaires, les femmes sont moins nombreuses que les hommes à présenter des addictions aux autres substances, mais lorsque c'est le cas, elles peuvent avoir des profils toxicologiques relativement lourds, caractérisés par des poly-consommations d'une part et des comorbidités psychiatriques d'autre part. Parmi les personnes reçues en addictologie, les femmes témoignent de situations sociales, familiales et affectives davantage dégradées que celles des hommes. Grande précarité, fragilité psychiatrique, prostitution, violences transparaissent fréquemment dans leur trajectoire (11) (14).

Des études ont montré que le suivi gynécologique notamment dans le dépistage du col de l'utérus était nettement plus régulier chez les femmes avec un niveau social élevé qui consultent des gynécologues plutôt que celles avec un niveau social moins confortable qui s'adressent plutôt à des généralistes lorsqu'elles s'en préoccupent (15).

C'est d'autant plus vrai et complexe chez les patientes rencontrées au sein des CSAPA et CAARUD qui peuvent donc présenter des parcours de vie accidentés par des traumatismes intimement liés à leur condition de femme et à leur sexualité (humiliation, maltraitance, viol, agression sexuelle, prostitution, IVG, ...).

Les femmes consommatrices de drogues opiacées ont des pratiques sexuelles à risques en lien avec leur pathologie addictive, associées à un usage non systématique du préservatif (16). Ces comportements majorent les risques infectieux et exposent également à une possible grossesse non programmée. Les risques obstétricaux, néonataux et périnataux en lien avec la consommation de stupéfiants pendant la grossesse sont avérés (fausse couche, retard de croissance intra-utérin, syndrome de sevrage néonatal, mortalité néonatale augmentée, prématurité, ...) (4).

Bien que cela ne soit pas l'objet de notre étude, des recommandations existent pour la prise en charge et le suivi des femmes enceintes consommatrices d'opiacés, lorsque la grossesse est programmée et qui permettent une diminution des risques, notamment par l'utilisation de MSO (17).

2.2- Qu'entend-on par Suivi gynécologique ?

En France, hors grossesse, le suivi gynécologique n'est pas obligatoire.

La santé sexuelle des femmes est un concept large qui comprend notamment le suivi gynécologique. Ce dernier concerne aussi bien la contraception, les examens gynécologiques que les actions de dépistage individuel et collectif des cancers du col de l'utérus et du sein.

En 2018, le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes (HCE) identifie trois sujets prioritaires pour lesquels l'élaboration de recommandations semble indiquée. Le suivi gynécologique «de routine» et la première consultation gynécologique en font partie.

Les cancers et pathologies gynécologiques de la femme sont favorisés par le tabagisme et par les comportements à risques associés aux addictions.

→ Dépistage du cancer du Col de l'utérus :

Première cause de décès par cancer chez la femme âgée de 22 à 32 ans.

Chaque année en France, plus de 3 000 cas de cancers invasifs du col de l'utérus sont détectés et 1 100 patientes en décèdent. 11^{ème} cancer en 2012 en terme de fréquence en France, c'est l'un des seuls cancers dont le pronostic se dégrade avec un taux de survie à 5 ans de 62 % pour la période 2005-2010 alors que ce taux était de 68 % sur la période 1989-1993 (18).

Et pourtant il est « évitable » grâce à la vaccination contre les infections à HPV (Human Papilloma Virus) et le dépistage par FCU (Frottis Cervico Utérin) qui constituent deux axes de prévention complémentaires (19).

L'Institut national du cancer (Inca) estime que 90 % des cancers du col de l'utérus pourraient être évités avec un test de dépistage tous les trois ans (20).

Pour rappel, la Haute autorité de santé recommande de réaliser un dépistage par frottis cervico-utérin tous les 3 ans, après 2 frottis annuels normaux, chez toutes

les femmes asymptomatiques de 25 à 65 ans, qu'elles soient vaccinées ou non contre les HPV (19).

Alors qu'il s'agissait jusqu'à présent d'un dépistage individuel, l'arrêté du 04/05/2018 paru au JO du 06/05/2018 ajoute le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus dans les programmes de santé au sens de l'article L. 1411-6 du code de la santé publique. Il s'agit donc (après celui du cancer du sein en 2004 et du cancer colorectal en 2009) du troisième programme national de dépistage organisé. Il s'adresse aux 17 millions de femmes asymptomatiques âgées de 25 à 65 ans. L'objectif du programme national est d'augmenter le taux de couverture de 20 points pour atteindre les 80 % et de réduire de 30 % l'incidence et la mortalité par cancer du col de l'utérus à 10 ans (21) (18).

Ce frottis sera pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie, sans avance de frais, sur présentation du courrier d'invitation.

→ Dépistage du cancer du sein

Le cancer du sein est, en France, le plus fréquent des cancers chez la femme et la première cause de décès par cancer que l'on estime à 11 883 cas en 2017. Sur la période 2015-2016, 38 905 cas ont été enregistrés, soit un taux de 7,5 cancers pour 1 000 femmes dépistées dans le cadre du dépistage organisé (22).

Le programme national de dépistage organisé du cancer du sein a été mis en place en France, en 1994, par la Direction générale de la santé (DGS) et généralisé à tout le territoire au début de l'année 2004. Il a pour cible les femmes âgées de 50 à 74 ans, sans facteur de risque particulier, qui bénéficient ainsi d'une mammographie de dépistage tous les 2 ans. Concernant le dépistage individuel, il est préconisé pour les femmes présentant des facteurs de risque de cancer du sein (23).

Le taux de participation sur la période 2016-2017 atteignait 50,3 %. A ce taux de participation global s'ajoute un taux estimé à entre 10 et 15 % de femmes de 50 à 74 ans se faisant dépister dans le cadre d'une démarche de détection individuelle. Pour rappel, l'objectif européen est de 70 % (22).

Néanmoins, il est recommandé de réaliser un examen clinique mammaire annuel 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 (23).

3 – Objectifs

- L'objectif principale de cette étude est d'évaluer le suivi gynécologique des femmes sous MSO ou non qui fréquentent les CSAPA et CAARUD en Gironde.

- Les objectifs secondaires sont :

- Identifier les moyens de contraceptions utilisés par les femmes interrogées et en mesurer les conséquences en termes d'interruption volontaire de grossesse et d'infections sexuellement transmissibles.
- Evaluer la couverture vaccinale (HPV et Hépatite B)
- Identifier les freins au suivi gynécologique
- Discuter de l'intérêt de mettre en place une consultation gynécologique au sein de CSAPA et CAARUD.

MATERIELS ET METHODES

1- Schéma de l'étude

Il s'agit d'une étude multicentrique, descriptive, observationnelle, prospective et transversale, qui a été menée sur une période de 4 mois, de novembre 2018 à février 2019, à l'aide d'un questionnaire anonyme et auto administré aux femmes rencontrées dans différents CSAPA et CAARUD en Gironde.

2- La population étudiée

Critères d'inclusion :

Toutes femmes majeures qui présentent des problèmes d'addiction, substituées ou non aux opiacés, qui fréquentent les CSAPA et/ou CAARUD en Gironde (33) et qui ont donné verbalement leur consentement à la participation de l'enquête.

Critères d'exclusion :

Les femmes enceintes qui ont débuté leur prise en charge obstétricale.

Les femmes sous une emprise trop importante de substances sur l'instant (le recueil pouvant être différé dans le temps sur un créneau plus sobre)

Les femmes qui présentent de sévères troubles cognitifs rendant les réponses incohérentes.

Questionnaires incomplets sur les critères de jugements.

Les femmes qui refusent finalement de participer à l'enquête après remplissage du questionnaire.

3- Le contenu du questionnaire

Le questionnaire (Annexe 1) est composé de deux parties :

- Une première partie concerne des questions d'ordre générales (âge, poids, taille, données socio-économiques, mode de vie et existence ou non de MSO avec prise de substances associées.)
- Une deuxième partie concerne exclusivement des questions d'ordre gynécologiques et infectieuses (Antécédents de cancers gynécologiques, IVG, contraception, dernière consultation gynécologique, FCU, mammographie, IST (Infection Sexuellement Transmissible), statut vaccinal (Hépatite B et HPV (Human Papillomavirus)), freins à la consultation gynécologique.

Pour finir, les participantes ont donné leur opinion quant à la mise en place d'une consultation dédiée aux femmes au sein de ces centres.

4- Critères de jugement

- Critère de jugement principal : nombre de patientes ayant bénéficié d'une consultation gynécologique datant d'un an ou moins parmi les participantes à l'enquête.

- Critères de jugement secondaires :

- Nombre de patientes ayant réalisé un FCU et une mammographie selon les recommandations de dépistage collectif et individuel par rapport au nombre de patientes qui ont participé à l'enquête.

Il a également été étudié, les antécédents d'IVG (interruption Volontaire de Grossesse), le mode de contraception, la fréquence des IST, la couverture vaccinale contre le HPV et l'hépatite B ainsi que les freins éventuels à une consultation gynécologique.

5- Le recueil des données

Le questionnaire a été préalablement testé sur 11 patientes du CSAPA, antenne Nord des Landes à BISCARROSSE de l'association « La Source Landes Addictions ». Cela a permis d'établir quelques corrections et modifications des questions rendant la lecture et la compréhension plus fluide et plus précise.

Notons que l'évaluation réalisée à Biscarrosse, a été perçue de façon très positive de la part des patientes. Elles étaient ravies que l'on se préoccupe de leur suivi gynécologique car le département des Landes est sensiblement touché par la pénurie de certaines spécialités médicales dont la gynécologie.

Concernant le recrutement des centres CSAPA et CAARUD en Gironde, différents responsables du CEID-Addictions (Comité d'Etude et d'Information sur la Drogue et les Addictions), de l'ANPAA (Association Nationale de Prévention en

Alcoologie et Addictologie) et du service addictologie du CHU Pellegrin ont été sollicités par mail avec envoi du questionnaire. Seul le CEID-Addictions a répondu et participé à l'étude. Par conséquent, tous les CSAPA et CAARUD ayant participé à l'étude sont exclusivement des structures gérées par le CEID-Addictions, à savoir :

Le CAARUD Planterose à Bordeaux, le CSAPA Maurice Serisé comprenant le centre du Parlement Saint Pierre et le centre Planterose à Bordeaux, les antennes de Libourne et d'Arcachon, les consultations avancées de Barsac et d'Arès, le CSAPA résidentiel « La Ferme Merlet » à Libourne, la communauté thérapeutique CSAPA de Barsac, ainsi que le Prosti'bus (unité mobile qui va à la rencontre des travailleuses du sexe) sur la région bordelaise.

Les questionnaires étaient confiés aux médecins, aux infirmiers et aux différents travailleurs sociaux des centres. Ils étaient ensuite proposés aux patientes répondant aux conditions d'inclusion. Les femmes répondant aux critères d'inclusion pouvaient le remplir seules ou avec de l'aide.

Pour celles qui ne parlaient pas le français, le questionnaire était éventuellement proposé en anglais (Annexe 2).

Sur le CSAPA et CAARUD « Planterose » de Bordeaux, centre qui accueille une majorité d'étrangers, une infirmière bilingue français-espagnol pouvait aider à la compréhension lorsque cela était nécessaire.

Chaque participante n'a été questionnée qu'une seule fois.

Tous les questionnaires étaient anonymes. Ils ont été numérotés et identifiés avec le nom du centre dans lequel il avait été rempli.

Ils ont été récupérés en une ou plusieurs fois sur la période des 4 mois selon les disponibilités de chaque investigateur. L'étude a définitivement pris fin pour tous les centres le 28 février 2019, mais certains avaient déjà rendu tous les questionnaires bien avant la date butoir.

Le centre « Planterose » à Bordeaux a la particularité d'être CSAPA le matin et CAARUD l'après-midi. Il était fréquent d'y rencontrer le même public sur les deux demi-

jours. Ainsi, les usagères fréquentant les deux accueils ont été intégrées uniquement dans les effectifs du CSAPA afin de ne pas être comptabilisées deux fois.

Chaque centre a fourni sa file active d'hommes et de femmes, à l'exception du prosti'bus pour lequel les suivis ne sont pas médicaux d'une part et nettement plus aléatoires d'autre part. Ces données ne pourront finalement pas être exploitées car en dehors des CSAPA résidentiels de Barsac et la Ferme Merlet qui ont fourni leurs effectifs sur la période de recueil, les files actives des autres centres représentent la totalité des usagers sur l'année civile 2018 d'une part et certains patients étaient inclus dans plusieurs files actives d'autre part puisqu'ils passaient d'un centre à l'autre.

Les questionnaires ayant des données manquantes sur les critères de jugement principal et secondaires ont été exclus.

6- Saisie et analyse des données

Toutes les données ont été saisies dans un tableau Excel.

Les résultats ont été analysés de façon descriptive, puis de façon bivariée :

- L'analyse descriptive a répondu d'une part aux questions qualitatives par des prévalences exprimées en pourcentages et d'autre part aux questions quantitatives (âge, indice de masse corporelle,) par la moyenne, l'écart type, la médiane et les quartiles.
- L'analyse bivariée a pris en compte les associations entre les facteurs sociodémographiques des personnes et leur suivi gynécologique. Les résultats ont été analysés avec un test du Chi², ou, si les effectifs attendus étaient trop faibles, par un test exact de Fischer.

Les associations ont été considérées comme significatives, si la probabilité p du test de comparaison était inférieure à 0,05, et comme présentant une tendance, si le p était inférieur à 0,10.

RESULTATS

Parmi les centres sollicités, 9 ont participé à l'étude avec de fortes disparités en termes de nombre de participantes selon les structures. Rappelons que le CSAPA et CAARUD de Planterose n'est qu'un seul et même centre.

Pour des raisons d'effectif et de puissance dans le calcul des statistiques, certaines structures du CEID ont été regroupées de façon cohérente par similarité, en fonction de leur mode de fonctionnement d'une part (présence de paramédicaux, hébergement, ...) et du type de public accueilli (usagers insérés, usagers en marge de la société, ...)

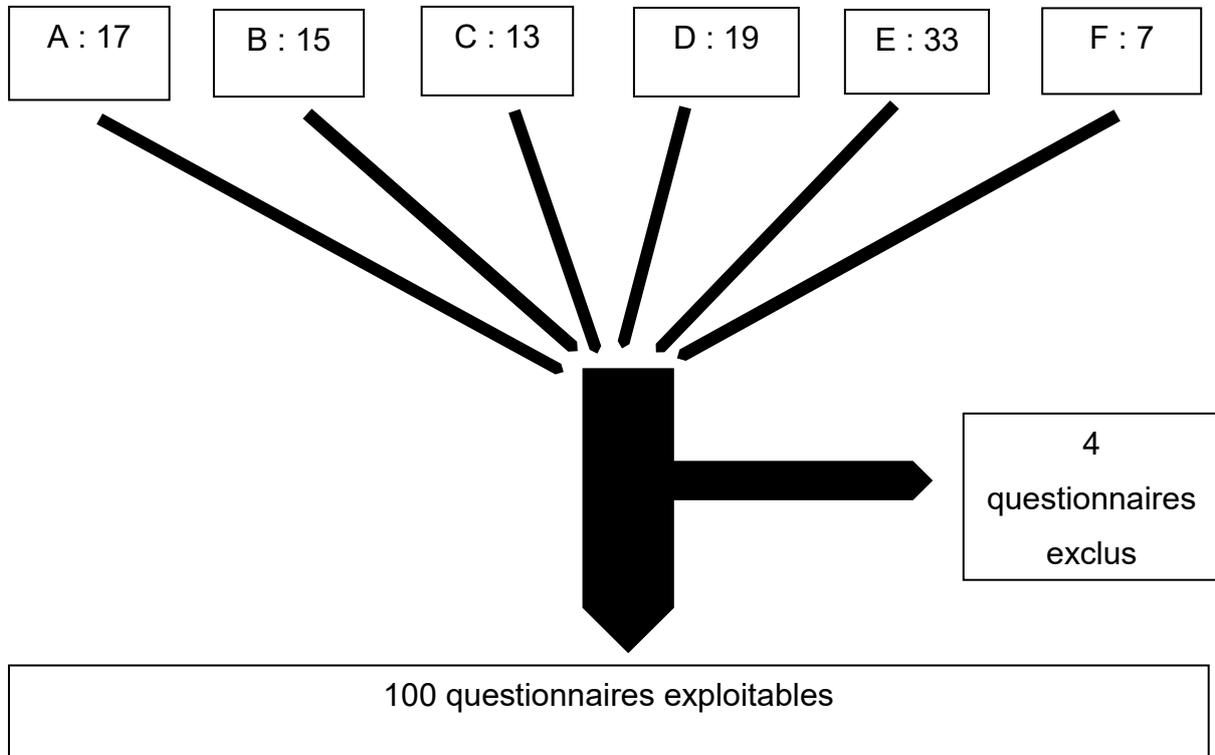
Les regroupements ont donc été réalisés et identifiés par des lettres comme suit :

- A:** Consultations avancées de Barsac, noté : CSAPA Barsac
- B:** Antennes de Libourne et Arcachon ainsi que Consultations Avancées d'Arès, notés : CSAPA Libourne, Arcachon et Arès
- C:** CSAPA résidentiels (Ferme Merlet, Communauté thérapeutique de Barsac)
- D:** CSAPA du Parlement St Pierre - Bordeaux
- E:** CSAPA, CAARUD Planterose - Bordeaux
- F:** CAARUD Prosti'bus

Au total, sur 104 questionnaires récupérés, 4 ont été exclus (2 pour données manquantes sur les critères de jugement et 2 ne correspondant pas aux critères d'inclusion avec notamment une grossesse en cours).

Notons que la totalité des femmes qui étaient présentes sur les centres résidentiels (Ferme Merlet et Communauté thérapeutique de Barsac) sur la période d'investigation ont été incluses à l'étude. Cela correspondait à 5 femmes sur La communauté de Barsac et 8 sur la Ferme Merlet, soit 100% des effectifs féminins (cf diagramme de flux).

Diagramme de flux : Femmes participantes à l'étude



1 - Données sociodémographiques des femmes de l'enquête

1.1 - Tous centres confondus

Tableau 1.1: données sociodémographiques

<hr/>		
- Age (années)		
	Moyenne (Ecart type)	37,9 (10,9)
	Médiane (Q1 - Q2)	36 (31 - 43,25)
	Min - Max	18 - 71
- Indice de Masse Corporelle (kg/m ²)		
	Moyenne (Ecart type)	22,4 (4,8)
	Médiane (Q1 - Q2)	21,5 (19,6 - 24,5)
	Min - Max	15,2 - 46,8
- Niveau scolaire, %		
	Collège	18,0
	CAP/BEP	25,0
	Lycée	9,0
	Bac	24,0
	Etudes supérieures	24,0
- Emploi Actuel, %		
	Sans emploi	68,0
	CDI	15,0
	CDD	13,0
	Etudiante ou en formation	4,0
- Logement, %		
	sans / squat / camion	19,0
	chez des amis / famille	16,0
	locataire / propriétaire	56,0
	dans une structure de soin	9,0
- Ville de résidence, %		
	Bordeaux	50,0
	Libourne	14,0
	Barsac	22,0
	Arcachon	4,0
	Arès	3,0
	Prosti'bus	7,0
- Mode de vie, %		
	en couple	41,0
	seule	59,0
- Nombre d'enfants, %		
	aucun	60,0
	un	22,0
	plus d'un	18,0
- Vivre avec son enfant, %*		
	oui	45,0
	non	55,0
- Couverture sociale, %		
	aucune	3,0
	sécurité sociale	42,0
	CMU	53,0
	ALD	2,0

*: parmi les 40 femmes qui ont un enfant

Les femmes de l'échantillon de l'enquête avaient en moyenne 37,9 ans (médiane de 36 ans), la plus jeune ayant 18 ans, la plus âgée 71 ans (cf. tableau 1.1).

Un peu plus de la moitié des femmes avaient un niveau scolaire inférieur au bac.

Une large majorité des femmes étaient sans emploi (68 %). 59% des femmes vivaient seules et 60% n'avaient pas d'enfant. Parmi celles qui avaient des enfants 55 % en avait un, 45 % en avait plus d'un et finalement, 45% d'entre elles vivaient avec leurs enfants.

Plus de la moitié des femmes bénéficiaient de la CMU (53%), et 3 % n'avaient aucune couverture sociale.

1.2 - Détaillées par centre

Tableau 1.2 : caractéristiques sociodémographiques des femmes de l'enquête par centre d'accueil

Code du centre*:	A	B	C	D	E	F
Nombre de femmes:	17	13	13	18	32	7
- Age, %						
< 30 ans	0	23,1	7,7	16,7	34,4	28,6
de 30 à 49 ans	94,1	30,8	69,2	66,7	59,4	42,9
≥ 50 ans	5,9	46,2	23,1	16,7	6,2	28,6
- Niveau scolaire, %						
Collège	5,9	15,4	0	11,1	18,8	100
CAP/BEP	35,3	30,8	30,8	11,1	28,1	0
Lycée	0	23,1	0	16,7	9,4	0
Bac	35,3	15,4	46,2	16,7	21,9	0
Etudes supérieures	23,5	15,4	23,1	44,4	21,9	0
- Emploi Actuel, %						
Sans emploi	52,9	69,2	84,6	38,9	78,1	100
CDI	17,6	15,4	7,7	44,4	3,1	0
CDD	29,4	15,4	7,7	11,1	9,4	0
Etudiante ou en formation	0	0	0	5,6	9,4	0
- Logement, %						
sans / squat / camion	5,9	0	15,4	0	46,9	14,3
chez des amis / famille	11,8	30,8	15,4	16,7	9,4	28,6
locataire / propriétaire	82,4	61,5	23,1	77,8	40,6	57,1
dans une structure de soin	0	7,7	46,2	5,6	3,1	0
- Mode de vie, %						
en couple	52,9	30,8	7,7	44,4	56,2	14,3
seule	47,1	69,2	92,3	55,6	43,8	85,7
- Nombre d'enfants, %						
aucun	47,1	53,8	84,6	66,7	56,2	57,1
un	29,4	30,8	7,7	16,7	28,1	0
plus d'un	23,5	15,4	7,7	16,7	15,6	42,9
- Couverture sociale, %						
aucune	0	0	0	0	9,4	0
sécurité sociale	41,2	53,8	15,4	72,2	37,5	14,3
CMU	58,8	46,2	84,6	22,2	50,0	85,7
ALD	0	0	0	5,6	3,1	0
- MSO, %	100	61,5	46,2	33,3	65,6	0

*: Codes utilisés pour les centres:

- A: CSAPA Barsac
- B: CSAPA Libourne, Arcachon, Arès
- C: CSAPA résidentiels (Merlet, Barsac)
- D: CSAPA Parlement St Pierre Bordeaux
- E: CSAPA, CAARUD Planterose Bordeaux
- F: CAARUD Prosti'bus

2 - Caractéristiques des consommations des femmes de l'enquête

Tableau 2: Substances consommées depuis une semaine par les femmes de l'enquête

Consommations	%
- Femmes sous MSO	58,0
- Quel substitutif*	
Méthadone	77,6
SUBUTEX	20,7
SUBOXONE	1,7
- Substances consommées depuis une semaine**:	
Tabac	85,0
Alcool	60,0
Cannabis	45,0
Excitants	20,0
Hallucinogènes	2,0
Stimulants	3,0
Opiacés	7,0
Dérivés d'opiacés	6,0
Poppers, colles, solvants	2,0
Benzodiazépines	24,0
Autres	9,0
Polyconsommation (au moins 2 substances, hors MSO et tabac)	46,0

*: parmi les 58 femmes qui étaient sous MSO

** : la somme des pourcentages est supérieure à 100 car plusieurs réponses étaient possibles

Presque 60% des femmes étaient sous MSO (cf. tableau 2), essentiellement substituées à la méthadone avec près de 78%.

En dehors du tabac et des MSO, 46 % des femmes étaient polyconsommatrices, c'est-à-dire qu'elles consommaient au moins deux produits en plus du tabac et de la substitution aux opiacés.

3 - Questions gynécologiques

3.1 - Critère de jugement principal : Consultation gynécologique annuelle

Tableau 3.1.a : Ancienneté de la dernière consultation gynécologique des femmes de l'enquête (n=100)

	% (n)
- Dernière consultation gynécologique (n=100)	
jamais	2,0 (2)
dans l'année	37,0 (37)
dans les 3 ans	28,0 (28)
il y a plus de 3 ans	33,0 (33)

Plus d'un tiers des femmes avaient vu un gynécologue dans l'année, mais un tiers n'en avaient pas vu depuis plus de 3 ans, et 2 femmes déclaraient n'en avoir jamais eu (cf. tableau 3.1.a).

Tableau 3.1.b : Comparaison par centre de l'ancienneté de la dernière consultation gynécologique des femmes de l'enquête (n=100)

	Dans l'an- née	Dans les 3 ans	> 3 ans	jamais	p du test de comparai- son
Centres:					
CSAPA Barsac	35,3 (6)	35,3 (6)	29,4 (5)	0	
CSAPA Libourne, Arcachon, Arès	38,5 (5)	38,5 (5)	23,1 (3)	0	
CSAPA résidentiels (Merlet, Barsac)	46,2 (6)	30,8 (4)	23,1 (3)	0	
CSAPA St Pierre Bordeaux	50,0 (9)	27,8 (5)	22,2 (4)	0	
CSAPA, CAARUD Planterose Bordeaux	25,0 (8)	21,9 (7)	50,0 (16)	3,1 (1)	
CAARUD Prosti'bus	42,9 (3)	14,3 (1)	28,6 (2)	14,3 (1)	NS [†]

[†]: test exact de Fisher

NS: non significatif (p>0,25)

Les prévalences des consultations gynécologiques n'étaient pas statistiquement différentes entre les centres d'accueil. (cf. tableau 3.1.b). Cependant, on observe que le centre Planterose se détachait avec seulement un quart des femmes qui auraient bénéficié d'une consultation dans l'année, une femme sur deux n'aurait pas eu de consultation gynécologique depuis plus de 3 ans et 3% n'en aurait jamais eu.

Tableau 3.1.c : Ancienneté de la dernière consultation gynécologique chez les femmes de l'enquête sous MSO versus celles qui n'étaient pas sous MSO (n=100)

		Dans l'an- née	Dans les 3 ans	> 3 ans	jamais	p du test de comparaison
Être sous MSO :	Oui	36,2 (21)	31,0 (18)	32,8 (19)	0	NS ^f
	Non	38,1 (16)	23,8 (10)	33,3 (14)	4,8 (2)	

^f: test exact de Fisher

NS: non significatif (p>0,25)

Les prévalences des consultations gynécologiques n'étaient pas statistiquement différentes entre les femmes qui étaient sous MSO et celles n'y étaient pas (cf. tableau 3.1.c) : 36,2 % des femmes sous MSO auraient eu une consultation gynécologique dans l'année contre 38,1 % pour celles qui n'y étaient pas.

3.2) Critères de jugement secondaires :

- Frottis

Tableau 3.2.a : prévalences de la réalisation des frottis chez les femmes de l'enquête

	% (n)
- Frottis réalisé (n=100)	85,0 (85)
- Qui a réalisé dernier frottis (n=85)	
Médecin traitant	8,2 (7)
Gynécologue	76,5 (65)
Sage-femme	2,4 (2)
Planning familial	3,5 (3)
PASS	1,2 (1)
Hôpital	3,5 (3)
Autre	4,7 (4)
Frottis réalisé dans les 3 ans pour les femmes entre 25 et 65 ans = femmes à jour de leur frottis (n=89) :	57,3 (51)
<u>Chez les femmes entre 25 et 65 ans:</u>	
- Frottis réalisé (n=89)	88,7 (79)
- Temps depuis dernier frottis (n=79) :	
< 1 an	32,9 (26)
< 3 ans	31,7 (25)
> 3 ans	35,4 (28)
- Frottis normal (n=79) :	88,6 (70)

Seule 89 femmes sur 100 étaient concernées par les recommandations d'un frottis tous les 3 ans entre 25 et 65 ans, ce qui ramène à 57,3% de femmes à jour de leur dépistage.

Le dernier frottis avait été réalisé essentiellement par un gynécologue (76,5%).

Tableau 3.2.b : Comparaison par centre des femmes de l'enquête à jour de leur frottis

	Avoir déjà eu un frottis (n=100)		Frottis réalisé dans les 3 ans pour les femmes entre 25 et 65 ans (n=89) :	
	% (n)	p du test de comparaison	% (n)	p du test de comparaison
Centres:				
CSAPA Barsac	94,1 (16)		70,6 (12)	
CSAPA Libourne, Arcachon, Arès	76,9 (10)		60,0 (6)	
CSAPA résidentiels (Merlet, Barsac)	100 (13)		61,5 (8)	
CSAPA Parlement St Pierre Bordeaux	100 (18)		70,6 (12)	
CSAPA, CAARUD Planterose Bordeaux	68,8 (22)		36,0 (9)	
CAARUD Prosti'bus	85,7 (6)	0,011^f	57,1 (4)	0,21 ^f

^f: test exact de Fisher

NS: non significatif (p>0,25)

Les différences dans les prévalences des frottis par centres ne sont pas statistiquement différentes (cf. tableau 3.2.b). A nouveau, en dehors du centre Planterose qui compte que 36 % de femmes, les autres centres comptabilisent plus de 60% de femmes qui étaient à jour de leur dépistage du cancer du col de l'utérus.

Tableau 3.2.c : % et Nombre de femmes de l'enquête de 25-65 ans à jour de leur frottis qui étaient sous MSO versus celles qui n'étaient pas sous MSO (n=89)

	% (n)	p du test de comparaison
Être sous MSO :		
Oui	52,7 (29)	
Non	64,7 (22)	
		NS*

*: test du Chi2

NS: non significatif (p>0,25)

Parmi les femmes de 25-65 ans qui étaient à jour de leur frottis, l'existence ou non d'une substitution aux opiacés ne permettait pas de mettre en évidence une différence statistiquement significative. (cf. tableau 3.2.c).

- Mammographie

Tableau 3.2.d : prévalences des mammographies réalisées parmi les femmes de l'enquête

	% (n)
- Mammographie réalisée (n=100)	33,0 (33)
Chez les femmes de 50 ans et plus ou de 40 ans et plus si antécédent familial de cancer du sein (n=21) :	
- Mammographie réalisée	71,4 (15)
- Temps depuis mammographie (n=15)	
≥ 2 ans	40,0 (6)
< 2 ans	60,0 (9)
- Mammographie normale (n=15) :	100 (15)

Plus de 71% de femmes de plus de 50 ans ou plus de 40 ans avec antécédents familiaux de cancer du sein avaient réalisé une mammographie selon les recommandations. Parmi elles, seulement 60% étaient à jour de leur suivi.

Tableau 3.2.e : Comparaison selon les centres du % et nombre de femmes de l'enquête ayant déjà réalisé une mammographie

	Avoir déjà eu une mammographie (n=100)		Mammographie chez les femmes de 50 ans et plus ou de 40 ans et plus si antécédent familial de cancer du sein (n=21) :	
	% (n)	p du test de comparaison	% (n)	p du test de comparaison
Centres :				
CSAPA Barsac	11,8 (2)		100 (1)	
CSAPA Libourne, Arcachon, Arès	53,8 (7)		75,0 (6)	
CSAPA résidentiels (Merlet, Barsac)	30,8 (4)		66,7 (2)	
CSAPA Parlement St Pierre Bordeaux	44,4 (8)		75,0 (3)	
CSAPA, CAARUD Planterose Bordeaux	31,2 (10)		66,7 (2)	
CAARUD Prosti'bus	28,6 (2)	0,19 ^f	50,0 (1)	NS ^f

^f: test exact de Fisher

NS: non significatif (p>0,20)

Concernant les mammographies des femmes de 50 ans et plus ou de 40 ans et plus si antécédent familial de cancer du sein, les différences dans les prévalences par centres n'étaient pas statistiquement différentes (cf. tableau 3.2.e), mais seulement 21 femmes étaient concernées.

Tableau 3.2.f : % et Nombre de femmes de l'enquête ayant déjà eu une mammographie et qui sont sous MSO versus celles qui n'y sont pas.

	Avoir déjà eu une mammographie (n=100)		Mammographie chez les femmes de 50 ans et plus ou de 40 ans et plus si antécédent familial de cancer du sein (n=21) :	
	% (n)	p du test de comparaison	% (n)	p du test de comparaison
Être sous MSO :				
Oui	22,4 (13)	0,008*	71,4 (5)	NS [†]
Non	47,6 (20)		71,4 (10)	

* : test du Chi2

† : test exact de Fisher

NS: non significatif (p>0,20)

Concernant les mammographies chez les femmes de 50 ans et plus ou de 40 ans et plus si antécédent familial de cancer du sein, les différences dans les prévalences ne sont pas statistiquement différentes entre celles qui étaient sous MSO et celles qui n'y étaient pas. Dans les deux cas, le niveau de suivi est identique (cf. tableau 3.2.f).

3.3) IVG

Tableau 3.3 : prévalences des IVG ou ITG chez les femmes de l'enquête

	%
% de femmes qui ont déjà subi une IVG ou ITG	55,0
Combien d'IVG ou ITG* par femme :	
1	54,6
2	32,7
3 ou plus	12,7

*: parmi les 55 femmes qui ont eu une IVG ou ITG

Plus de la moitié des femmes avaient connu l'IVG ou ITG. Et parmi ces dernières, près de 13 % (7 femmes) déclaraient avoir eu plus de 3 IVG. (cf. tableau 3.3).

55 femmes sur 100 de notre enquête avaient déjà subi une ou plusieurs IVG. On dénombrait 89 IVG au total, ce qui ramène à un ratio de 0,90 IVG par femme.

3.4) Contraception

Tableau 3.4 : Niveau de contraception des femmes de l'enquête

	%
- Femme ménopausée (n=100)	16,0
- Type de contraception (n=84):	
Aucune	41,7
Stérilet	14,3
Implant progestatif dans le bras	14,3
Pilule	14,3
Préservatifs	14,3
Stérilisation définitive	1,2
- Qui a proposé cette contraception (n=36)*:	
Médecin traitant	16,7
Gynécologue	50,0
Sage femme	11,1
Planning familial	8,3
PASS	0
Hôpital	11,1
La case	2,8
- Temps avec un implant contraceptif (n=11) **	
> 3 ans	36,4
2-3 ans	9,1
< 2 ans	54,5
- Temps avec un stérilet au cuivre (n=7)***	
> 5 ans	28,6
< 5 ans	71,4
- Temps avec un stérilet avec hormones (n=3)***	
> 5 ans	0
3-5 ans	33,3
< 3 ans	66,7

*: parmi les 49 femmes avec contraception 13 n'ont pas répondu

** : parmi les 12 femmes avec un implant contraceptif, une n'a pas répondu à la durée

***: parmi les 12 femmes avec un stérilet, 2 n'ont pas répondu à la durée

Seize femmes sur cent étaient ménopausées (cf. tableau 3.4).

Parmi les 84 autres, près de 42 % n'utilisaient aucune contraception. Pour les types de contraceptions (implant progestatif, pilule, préservatifs, stérilet), ils se répartissaient à part égale (14,3 % chacun), sauf pour la stérilisation définitive déclarée par une seule femme (cf. tableau 3.4).

Plus de 36% d'entre elles avaient dépassé le délai d'efficacité de l'implant progestatif (> 3ans), Environ un tiers des femmes portant un stérilet avaient dépassé le délai d'efficacité de leur dispositif (>3 ans pour le DIU à la progestérone et >5 ans pour le DIU au cuivre). Ce qui correspond à un peu moins de 10% de la totalité des patientes qui ne sont pas à jour de leur contraception.

Leur contraception avait été proposée et/ou implantée pour moitié par un gynécologue.

3.5) Infection sexuellement transmissible et vaccinations

Tableau 3.5.a : prévalences des IST et des vaccinations contre le HPV et l'Hépatite B chez les femmes de l'enquête.

		% (n)
- IST (n=100)	oui	25,0 (25)
	non	73,0 (73)
	ne sais pas	2,0 (2)
- Quelle IST (n=25)	VIH	16,0 (4)
	Hépatite B	4,0 (1)
	Syphilis	0 (0)
	Gonocoque, Chlamydiae	24,0 (6)
	Herpès génital	20,0 (5)
	HPV	28,0 (7)
	Autre	8,0 (2)
- Vaccination contre le papillomavirus* (n=20) :	oui	25,0 (5)
	non	75,0 (15)
	ne sais pas	0 (0)
- Vaccination contre l'hépatite B (n=100) :	oui	49,0 (49)
	non	44,0 (44)
	ne sais pas	7,0 (7)

*: parmi les 20 femmes qui ont moins de 30 ans

Un quart des femmes déclaraient avoir eu une IST (cf. tableau 3.5.a), dont essentiellement l'HPV (28%), le gonocoque / chlamydiae (24 %), l'herpès génital (20%), le VIH (16%).

Seulement 25% des femmes de moins de 30 ans avaient été vaccinées contre le papillomavirus et presque la moitié des femmes l'étaient contre l'hépatite B.

Tableau 3.5.b : prévalences (en % et nombre de femmes) des infections sexuellement transmissibles par centre (n=100)

	Ne sais pas	Non	Oui	p du test de comparaison
Centres:				
CSAPA Barsac	0	82,4 (14)	17,6 (3)	
CSAPA Libourne, Arcachon, Arès	0	61,5 (8)	38,5 (5)	
CSAPA résidentiels (Merlet, Barsac)	7,7 (1)	61,5 (8)	30,8 (4)	
CSAPA Parlement St Pierre Bordeaux	0	72,2 (13)	27,8 (5)	
CSAPA, CAARUD Planterose Bordeaux	3,1 (1)	78,1 (25)	18,8 (6)	
CAARUD Prosti'bus	0	71,4 (5)	28,6 (2)	NS [†]

[†]: test exact de Fisher

NS: non significatif (p>0,25)

Les prévalences des IST chez les femmes ayant participé à l'enquête ne sont pas statistiquement différentes selon les centres d'accueil. (cf. tableau 3.5.b).

Tableau 3.5.c : prévalences (en % et nombre) des infections sexuellement transmissibles chez les femmes de l'enquête qui étaient sous MSO versus celles qui n'y étaient pas (n=100)

IST :		Ne sais pas	Non	Oui	p du test de comparaison
Être sous MSO :					
	Oui	0	67,2 (39)	32,8 (19)	
	Non	4,8 (2)	81,0 (34)	14,3 (6)	0,026[†]

[†]: test exact de Fisher

Les femmes sous MSO étaient significativement de deux fois plus nombreuses à avoir eu une infection sexuellement transmissible que celles qui n'étaient pas substituées (33% vs. 14% respectivement). (cf. tableau 3.5.c)

Tableau 3.5.d : Nb et % de femmes de l'enquête vaccinées contre le papillomavirus selon les centres

	Vaccination contre le papillomavirus chez les femmes de moins de 30 ans (n=20)		
	n total	% (n)	p du test de comparaison
Centres [§] :			
CSAPA Libourne, Arcachon, Arès	3	0	
CSAPA résidentiels (Merlet, Barsac)	1	0	
CSAPA Parlement St Pierre Bordeaux	3	33,3 (1)	
CSAPA, CAARUD Planterose Bordeaux	11	36,4 (4)	
CAARUD Prosti'bus	2	0	NS [‡]

[§]: le CSAPA Barsac n'apparaît pas car il n'a aucune femmes de moins de 30 ans

[‡]: test exact de Fisher

NS: non significatif ($p > 0,25$)

A la date de notre enquête, seules les femmes de moins de 30 ans étaient concernées par la vaccination contre le HPV puisque les premières campagnes de vaccination ont eu lieu en 2007 et ne visaient que les jeunes filles entre 11 et 19 ans.

Les prévalences des vaccinations contre le HPV n'étaient pas statistiquement différentes entre les centres d'accueil. (cf. tableau 3.5.d). Mais l'effectif de l'échantillon d'étude ne comptait que 20 femmes.

Tableau 3.5.e : prévalences des vaccinations contre le papillomavirus chez les femmes de l'enquête qui étaient sous MSO versus celles qui ne l'étaient pas.

	Vaccination contre le papillomavirus chez les femmes de moins de 30 ans (n=20)		
	n total	% (n)	p du test de comparaison
Être sous MSO :			
Oui	11	27,3 (3)	
Non	9	22,2 (2)	NS [‡]

[‡]: test exact de Fisher

NS: non significatif ($p > 0,25$)

Être sous MSO n'induisait pas de différence statistiquement significative chez les femmes de moins de 30 ans vaccinées contre le HPV. (cf. tableau 3.5.e).

Tableau 3.5.f : Comparaison des prévalences (% et nombre de femmes) des vaccinations contre l'hépatite B selon les centres (n=100)

Vaccination contre l'Hépatite B :	Ne sais pas	Non	Oui	p du test de comparaison
Centres:				
CSAPA Barsac	11,8 (2)	47,1 (8)	41,2 (7)	
CSAPA Libourne, Arcachon, Arès	0	76,9 (10)	23,1 (3)	
CSAPA résidentiels (Merlet, Barsac)	7,7 (1)	23,1 (3)	69,2 (9)	
CSAPA Parlement St Pierre Bordeaux	11,1 (2)	33,3 (6)	55,6 (10)	
CSAPA, CAARUD Planterose Bordeaux	6,2 (2)	43,8 (14)	50,0 (16)	
CAARUD Prosti'bus	0	42,9 (3)	57,1 (4)	NS [†]

[†]: test exact de Fisher

NS: non significatif (p>0,25)

De façon générale, les prévalences des vaccinations contre l'hépatite B n'étaient pas statistiquement significatives entre les différents centres d'accueil. (cf. tableau 3.5.f). On a pu noter cependant que les antennes et consultations avancées de Libourne, Arcachon et Arès présentaient une couverture vaccinale de l'hépatite B moins élevée que les autres centres (23% versus environ 50%)

Tableau 3.5.g : Vaccination contre l'Hépatite B chez les femmes de l'enquête (en % et en nombre) qui étaient sous MSO versus celles qui n'y étaient pas (n=100)

Vaccination contre l'hépatite B :	Ne sais pas	Non	Oui	p du test de comparaison
Être sous MSO :				
Oui	6,9 (4)	41,4 (24)	51,7 (30)	
Non	7,1 (3)	47,6 (20)	45,2 (19)	NS [†]

[†]: test exact de Fisher

NS: non significatif (p>0,25)

Le statut de substitution aux opiacés n'induisait pas de différence statistiquement significative sur la prévalence de la vaccination contre l'hépatite B chez les femmes interrogées (cf. tableau 3.5.g).

4) Freins à une consultation gynécologique

Tableau 4.a : Détail des freins évoqués par les femmes de l'enquête vis-à-vis de la consultation gynécologique (n=100)

	%*
Barrière de la langue	5,0
Ne souhaite pas être examinée par un homme	38,0
Ne souhaite pas être examinée par une femme	1,0
Lieu de consultation trop loin	16,0
Difficulté pour s'organiser	13,0
Prix de la consultation	4,0
Carte VITALE /CMU/ mutuelle non à jour	11,0
Oublie les RDV	25,0
Ne voit pas l'intérêt	13,0
Peur de l'examen	19,0
Pas envie	25,0
Mauvaise période du cycle	8,0
Violences subies	27,0
Autre	3,0

*: la somme des pourcentages est supérieure à 100 car plusieurs réponses étaient possibles

Les principaux freins à une consultation de gynécologie réalisée par un médecin (cf. tableau 4.a) étaient majoritairement "ne souhaite pas être examinée par un homme" pour 38% d'entre elles et "violences subies" pour 27%. "oublie les rendez-vous " et "n'a pas envie" représente 25% des réponses.

Tableau 4.b : Comparaison des freins à la consultation gynécologique évoqués par les femmes de l'enquête selon les centres (n=100)

Code du centre*:	A	B	C	D	E	F	
Nombre de femmes par centre:	17	13	13	18	32	7	p ^f
Freins à une consultation gynécologique (%§) :							
Barrière de la langue	0	7,7	0	0	6,2	28,6	0,074
Ne souhaite pas être examinée par un homme	29,4	46,2	30,8	33,3	40,6	57,1	NS
Ne souhaite pas être examinée par une femme	0	0	0	5,6	0	0	NS
Lieu de consultation trop loin	23,5	23,1	15,4	5,6	12,5	28,6	NS
Difficulté pour s'organiser	11,8	23,1	7,7	5,6	15,6	14,3	NS
Prix de la consultation	0	7,7	0	0	9,4	0	NS
Carte VITALE /CMU/ mutuelle non à jour	0	0	7,7	11,1	21,9	14,3	0,16
Oublie les RDV	17,6	30,8	23,1	5,6	43,8	0	0,026
Ne voit pas l'intérêt	5,9	23,1	0	5,6	21,9	14,3	0,22
Peur de l'examen	29,4	23,1	7,7	16,7	15,6	28,6	NS
Pas envie	17,6	23,1	38,5	11,1	34,4	14,3	NS
Mauvaise période du cycle	0	0	7,7	5,6	15,6	14,3	NS
Violences subies	11,8	30,8	23,1	33,3	31,2	28,6	NS
Autre	0	0	0	11,1	0	14,3	0,057

*: Code utilisé pour les centres:

A: CSAPA Barsac

B: CSAPA Libourne, Arcachon, Arès

C: CSAPA résidentiels (Merlet, Barsac)

D: CSAPA Parlement St Pierre Bordeaux

E: CSAPA, CAARUD Planterose Bordeaux

F: CAARUD Prosti'bus

§: la somme des pourcentages de chaque centre est supérieure à 100 car plusieurs réponses étaient possibles

f: p du test de comparaison des prévalences par centre de chaque frein

NS: non significatif (p>0,25)

Certains freins évoqués concernant la consultation de gynécologie n'étaient pas statistiquement différents entre les centres. (cf. tableau 4.b) En revanche, les freins : "barrière de la langue" (p<0,08), "oublie du rendez-vous" (p<0,03) et "autres" (p<0,06) induisaient un résultat significatif ou donnaient une tendance.

Pour "la barrière de la langue" qui n'était indiqué que par 5 femmes sur 100 au total, c'est surtout dans le Prosti'bus que ce frein était indiqué.

Pour "l'oublie du rendez-vous", c'était surtout sur des structures ambulatoires, les CSAPA, CAARUD Planterose Bordeaux et les CSAPA Libourne, Arcachon, Arès que ce frein était indiqué.

5) Intérêt pour une consultation dédiée aux femmes dans les CSAPA ou CAARUD

Tableau 5 : Intérêt des femmes de l'enquête pour la mise en place d'une consultation gynécologique au sein des CSAPA et CAARUD et raisons de cet intérêt(n=100)

	%
<u>Intérêt pour une consultation dédiée</u>	
oui	78,0
non	18,0
ne sais pas	4,0
<u>Raisons de cet intérêt[†]*</u> :	
Relation de confiance envers les soignants de la structure, "ça rassure"	42,3
Pas de stigmatisation, pas de jugement	15,4
Compétence des soignants dans le domaine de l'addiction	6,4
Facilitant car proximité et tout sur place	51,3
Permettrait de ne pas oublier	23,1
Facilitant l'accès car prise en charge rapide et gratuite	7,7

[†]: parmi les 78 femmes qui ont répondu "oui" à l'intérêt

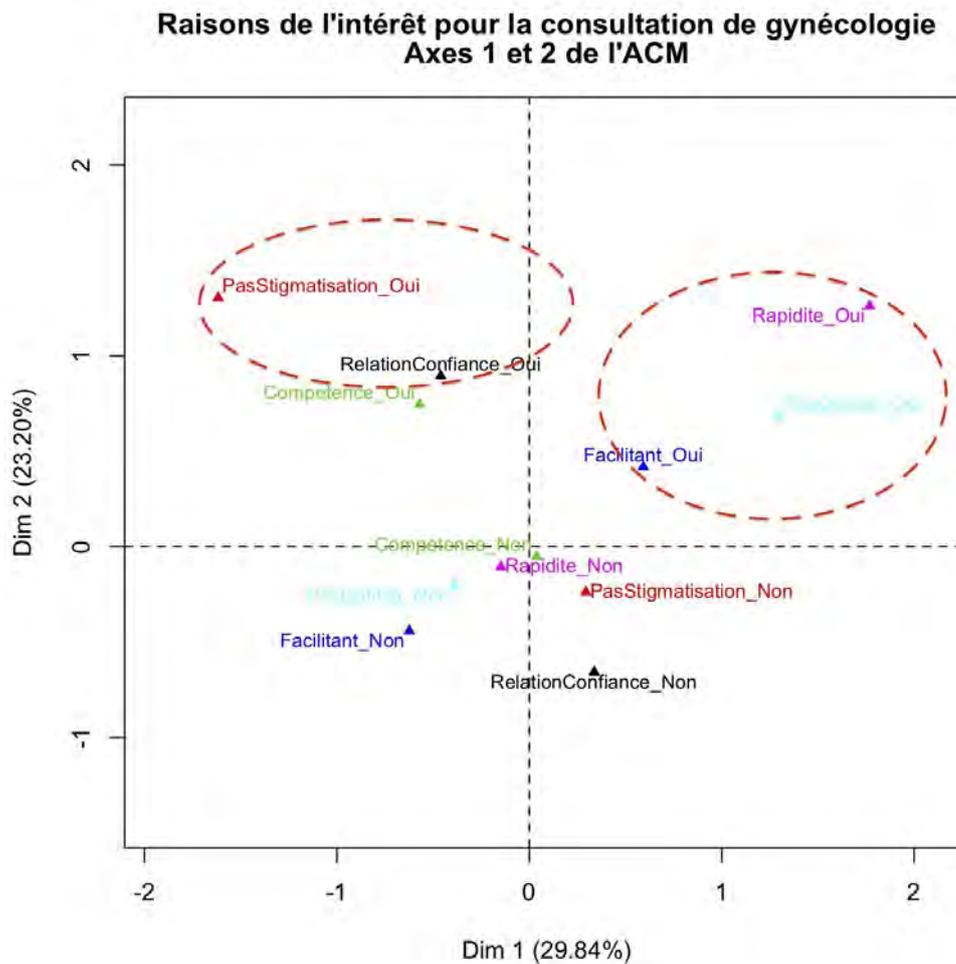
*: la somme des pourcentages est supérieure à 100 car plusieurs réponses étaient possibles

Une grande majorité de femmes (cf. tableau 5) étaient favorables à la présence d'une consultation dédiée au sein des centres (78%).

Parmi les raisons de ce souhait, la plus donnée était la proximité et le fait de tout avoir sur place (51%), suivi de la relation de confiance envers les soignants (42%), permettrait de ne pas oublier (23%) et de ne pas être stigmatisée (15%).

Description des raisons données le plus souvent ensembles pour de la mise en place d'une consultation gynécologique dans les centres.

Graphique 1: représentation de l'ACM



Les femmes interrogées pouvaient donner plusieurs raisons pour leur intérêt à avoir une consultation dédiée, on cherche donc à voir quelles sont les raisons qui sont les plus citées ensembles.

Sur la représentation, la correspondance entre les labels utilisés et les raisons sont les suivantes :

- **RelationConfiance:** "Relation de confiance envers les soignants de la structure, ça rassure";

- **PasStigmatisation:** "Pas de stigmatisation, pas de jugement";
- **Compétence:** "Compétence des soignants dans le domaine de l'addiction";
- **Facilitant:** "Facilitant car proximité et tout sur place";
- **PasOublier:** "Permettrait de ne pas oublier";
- **Rapidité:** "Facilitant l'accès car prise en charge rapide et gratuite".

Le premier plan de l'ACM reprend plus de 53% de l'inertie totale, de l'information totale (cf. graphique 1).

Globalement, on distingue deux ensembles de raisons qui sont données souvent en même temps :

- d'une part en haut du graphique les 2 raisons "pas de stigmatisation", et "la relation de confiance" sont proches;
- d'autre part, à droite du graphique "facilitant par la proximité", "permet de ne pas oublier" et "facilitant par la rapidité et la gratuité" se retrouvent proches les unes des autres..

"la compétence des soignants" est un peu à part. Sur un troisième axe de l'ACM elle se retrouve seule (figure non exposée).

DISCUSSION

L'objectif de cette étude était d'évaluer le niveau du suivi gynécologique des femmes rencontrées dans les CSAPA et CAARUD de Gironde de part la fréquence des consultations gynécologiques et des différents actes de dépistage. De façon complémentaire, la contraception, le taux d'IVG, d'IST et le niveau vaccinal contre le HPV et l'hépatite B ont été évalués.

L'analyse des données a permis d'identifier les éventuels freins à un suivi gynécologique au sein de la population féminine rencontrée dans les CSAPA et CAARUD.

1- Caractéristiques socio-économiques

Notre enquête permet de confirmer que d'un point de vue socio-économique, les femmes rencontrées dans certains centres girondins sont dans des situations de vie particulièrement précaires. En effet, seulement 13% des femmes interrogées présentent une stabilité professionnelle avec un CDI (Contrat à Durée Indéterminée) et 68% sont sans emploi. Les disparités sont importantes selon les centres et peuvent aller jusqu'à presque 85% de chômage pour les CSAPA résidentiels et 78% pour le centre Planterose à Bordeaux.

Par ailleurs, 44% des femmes ne présentent pas de stabilité de logement n'étant ni locataire, ni propriétaire, ces dernières vivant en squat ou chez un tiers. Presque 47% des femmes rencontrées sur le centre de Planterose vivent à la rue.

On note également, selon les centres, une forte disparité du mode de vie. Mais de façon générale, 59% des femmes vivent seules, 60% n'ont pas d'enfant et parmi celles qui sont mères, seul 45% vivent avec leur(s) enfant(s). 53% des femmes bénéficient de la CMU contre un peu plus de 7% dans la population générale en 2018. 2% n'ont aucune couverture sociale. Au niveau précarité, on pourrait établir un classement des CSAPA et CAARUD de l'étude en tenant compte de l'emploi, la couverture sociale et du logement, comme suit, du plus précaire au moins précaire :

- CAARUD Prosti'bus ;
- CSAPA et CAARUD Planterose de Bordeaux ;
- CSAPA résidentiels de Merlet et Barsac ;
- CSAPA de Libourne, Arcachon et Arès ;
- CSAPA de Barsac ;
- CSAPA Parlement St Pierre de Bordeaux.

2- Critère de jugement principal : ancienneté de la dernière consultation gynécologique

37% des femmes de l'enquête déclarent avoir bénéficié dans l'année d'une consultation gynécologique et **28%** dans les 3 ans. 35% des femmes ont un suivi qui remonte à plus de 3 ans, voire pas de suivi du tout.

Il a été compliqué de trouver des statistiques sur le critère de jugement principal et bien que cela ne soit pas rigoureusement transposable, une étude de l'Inpes (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) montrait en 2010 qu'une femme sur deux chez les 15-30 ans (52,8%) avait consulté un gynécologue dans l'année et que le recours au gynécologue (au moins une fois dans l'année) était plus élevé chez les femmes les plus diplômées. Cette étude montrait également que, plus les femmes avançaient dans l'âge et plus elles étaient nombreuses à consulter dans l'année (24).

On ne constate pas dans notre enquête de différence significative entre les femmes sous MSO et celles qui n'y sont pas de ce point de vue.

Il est intéressant de noter qu'il existe des différences selon les centres et notamment avec celui de Planterose qui ne compte que 25% de femmes qui auraient bénéficié d'une consultation gynécologique dans l'année, 50% qui n'auraient pas de suivi régulier et 3% qui n'en auraient jamais eu.

Pour information, parmi les femmes de notre échantillon qui étaient sous MSO, 78% étaient traitées par méthadone. Ce pourcentage n'est pas conforme aux données de l'OFDT qui évalue à 35% les patients sous méthadone en France. Cela peut s'expliquer par le fait que les prescriptions de méthadone se concentrent majoritairement dans les CSAPA et non pas en cabinets de ville dans lesquels la buprénorphine est essentiellement prescrite.

3- Critères de jugement secondaires :

Les critères de jugement secondaires évaluaient les FCU et les mammographies réalisées en accord avec les recommandations en vigueur. Les questionnaires étant anonymes, il n'y avait donc pas la possibilité de corriger les informations données par les femmes interrogées. Nous sommes donc confrontés à un biais de mesure incluant la mémorisation et la désirabilité, avec de surcroît, pour certaines femmes au moment du recueil, une probable influence de substances psychoactives qui auraient pu impacter le choix des réponses.

3.1 – Frottis Cervico-Utérin

On constate que le taux de FCU est légèrement inférieur chez les femmes rencontrées en CSAPA et CAARUD qu'en population générale (57% versus 60%).

Il a été antérieurement démontré que les 40% de femmes de la population générale qui ne se font pas dépister correspondent aux femmes les plus éloignées du système de santé et qui appartiennent aux catégories socioprofessionnelles les plus en difficulté (25). Ce sont donc des résultats plutôt transposables aux femmes de notre enquête.

Il est important de distinguer les centres les uns des autres car même s'ils sont identifiés comme CSAPA, chacun d'entre eux accueillent des profils différents de patientes et de ce fait, ne s'adressent pas exactement au même public. Ainsi le CSAPA-CAARUD Planterose qui suit une des populations les plus précaires ne compte que 36% des patientes à jour de leur frottis. Ce qui est peu élevé et bien en deçà de la population générale.

Les femmes qui sont sous MSO sont moins à jour de leur FCU (53%) que celles qui n'en ont pas (65%). On peut en déduire que présenter une dépendance aux opiacés influence négativement le suivi gynécologique.

L'étude réalisée par Chloé BUISSON dans le cadre de son mémoire de sage-femme à TOURS concluait que la consommation de substances psychoactives avait un impact négatif sur le suivi gynécologique préventif. Elle montrait notamment, un taux de FCU moins élevé pour les femmes rencontrées en CSAPA (80%) contre 94,9% dans la population régionale (2). Ces taux restent cependant très supérieurs à celui de la population féminine française qui avoisine les 60%. Outre le fait que ces résultats montrent un niveau de dépistage sensiblement inférieur chez les femmes sous MSO fréquentant les CSAPA, ils restent cependant très acceptables et témoignent de l'impact et de l'importance des campagnes de dépistage systématique du cancer du col de l'utérus organisées au sein du centre hospitalier de TOURS depuis plusieurs années. Ainsi, peut-on espérer qu'avec l'avènement du troisième programme national de dépistage organisé, les objectifs fixés à 80% seront atteints.

3.2 – Mammographie

L'échantillon de femmes qui entrent dans le champ des recommandations du dépistage du cancer du sein est relativement faible car on en dénombre que 21 sur 100. Néanmoins, les résultats sont encourageants car un peu plus de 71% des patientes concernées ont réalisé une mammographie même si seulement 60% sont à jour en terme de fréquence (tous les 2 ans). Aucune différence avec ou sans MSO.

Des disparités socio-économiques subsistent en matière de dépistage. Si les écarts s'amenuisent pour celui du cancer du sein proposé gratuitement et systématiquement à toutes les femmes âgées de 50 à 74 ans, 40% des femmes en France ne bénéficient pas d'un dépistage régulier du cancer du col de l'utérus. En effet, ce dernier relève jusqu'à présent d'une démarche individuelle, intime et volontaire, souvent conditionné à une avance de frais médicaux et éventuellement d'un dépassement d'honoraire dans la plupart des laboratoires (26). Les chiffres vont probablement changer avec l'avènement du troisième programme national de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus.

4- Contraception

Alors que, seulement 8% des femmes en âge de procréer dans la population générale n'utilisent aucune contraception, les femmes de notre enquête (ménopause exclue) sont près de 42% (sur un effectif de 84) à n'user d'aucun mode contraceptif (27).

Et environ 1/3 de celles qui étaient porteuses d'une contraception par DIU ou implant, avaient dépassé le délai préconisé (soit un peu moins de 10% des femmes interrogées). On peut donc aisément conclure à un niveau de contraception peu performant justifiant le fort taux d'IVG comparé à celui de la population générale.

5- IVG

Le recours à l'IVG est stable au fil du temps, avec environ 200 000 IVG chaque année en France. Depuis plusieurs années, le nombre moyen d'IVG que connaîtrait une femme tout au long de sa vie est d'environ 0,50 (28).

Ce taux ne signifie pas qu'une femme sur deux aura une IVG au cours de sa vie, car un certain nombre de femmes seront concernées par une IVG plusieurs fois (29).

Globalement, il faut retenir que 33% des femmes de la population générale avortent au moins une fois dans son existence.

On constate donc que les femmes rencontrées en CSAPA et CAARUD en Gironde ont un taux d'IVG nettement supérieur à la moyenne nationale avec 55% versus 33%.

Parmi ces 55% de femmes qui ont connu l'avortement, presque 33% y ont eu recours deux fois (versus 9,5% dans la population générale) et presque 13% y ont eu recours trois fois ou plus (versus 4% dans la population générale) (30). Cela nous amène à une moyenne de 0,90 IVG par femme, ce qui est presque le double de la population générale française.

6- Infections Sexuellement Transmissibles

Environ un quart des femmes de l'enquête ont déjà contracté une IST. On observe une différence significative ($p < 0,05$) entre celles qui sont sous MSO et les autres : Pratiquement 33% des femmes sous MSO ont eu une IST contre un peu plus de 14,3% chez celles qui n'en ont pas. On peut donc supposer que les conduites addictives opioïdes semblent avoir un impact négatif sur les comportements sexuels à risque et/ou qu'être sous MSO implique un accompagnement médical qui facilite le dépistage des IST.

7- Niveau vaccinal

Même si l'on observe un taux de couverture peu élevé, il est malgré tout dans les normes, voire supérieur à la population générale (HPV : 25% versus 19% au niveau

national et l'hépatite B : 49% versus 45% au niveau national). Ces vaccinations ne sont pas des indicateurs de l'instant mais plutôt le reflet d'actes passés dans l'enfance et/ou l'adolescence. L'interprétation est donc délicate et ne peut pas être liée à l'état de dépendance et/ou de précarité (31) (32).

D'après une étude, les leviers qui faciliteraient la vaccination en général, seraient pour 70,1 % des personnes interrogées de recevoir par courrier ou SMS des alertes pour mettre à jour les vaccinations, mais en pratique peu réalisable avec le profil des patientes qui fréquentent les CSAPA et CAARUD. En revanche, 68,1 % considèrent que se faire vacciner au moment de la consultation chez le médecin si ce dernier disposait du vaccin faciliterait leur couverture vaccinale. Enfin, dans la moitié des cas (52,5 %), le recours à la vaccination serait envisagé plus facilement s'il était possible de le faire sur leurs lieux de vie (32).

Le niveau de couverture vaccinale de l'hépatite B, maladie sexuellement transmissible reste malgré tout insuffisant avec ce profil de patiente eu égard à l'absence d'usage systématique du préservatif et aux conduites sexuelles risquées. Il serait donc intéressant et légitime de proposer systématiquement une mise à jour des vaccins au sein de ces centres par un schéma vaccinal accéléré sur 3 semaines par exemple.

8- Freins à la consultation gynécologique

Les femmes de l'enquête évoquent des freins à la consultation gynécologique. 38% ne souhaitent pas être examinées par un homme, suivi de 27% qui aurait subi des violences. Le manque d'envie et l'oubli des rendez-vous arrivent en 3^{ème} position avec 25%.

Néanmoins, en détaillant les résultats de chaque centre, la répartition des freins proposés par les femmes interrogées n'est pas forcément le reflet des pourcentages évoqués ci-dessus. Ainsi, le premier frein déclaré sur le centre Planterose, est l'oubli des RDV avec presque 43%, suivi du refus d'être examinée par un homme avec presque 41%. Un tiers des femmes évoquent le manque d'envie et les violences subies.

Il est important de souligner que la plupart des patientes interrogées (78%) sont favorables à la mise en place d'une consultation gynécologique au sein des CSAPA et/ou CAARUD. Une majorité d'entre elles évoquent que cela serait facilitant du fait de la proximité. Généralement, une relation de confiance se crée entre les patientes et leur médecin et à ce titre elles se sentiraient rassurées pour plus de 42% si la question gynécologique était gérée sur place.

CONCLUSION

En se référant au critère de jugement principal, on serait tenté de penser que le niveau de suivi gynécologique chez les femmes rencontrées dans les CSAPA et CAARUD de Gironde est inférieur à celui de la population générale. Cette affirmation est à considérer avec précaution car il a été difficile de trouver une étude autorisant la comparaison précise avec la population générale française.

Par ailleurs, ce travail montre au travers des actes de dépistage contre le cancer du col de l'utérus et du cancer du sein, que le niveau de suivi gynécologique des femmes accueillies dans les CSAPA et les CAARUD de Gironde est légèrement inférieur au reste de la population. Cependant, il n'y a pas d'uniformité entre les centres et on peut aisément observer que le suivi gynécologique des femmes les plus précaires, est bien en deçà de la population générale. Par conséquent, même si un lien existe, ce n'est pas tant l'état de dépendance qui influence le manque de suivi mais plutôt le niveau de précarité des femmes qui fréquentent ces centres.

Ainsi, même si le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus est sur le point d'entrer en vigueur et qu'il contribuera probablement à l'amélioration des chiffres, il sera néanmoins insuffisant pour les catégories de femmes les plus précaires qui sont sans domicile fixe, ou coupées du système de santé ou qui refusent tout simplement l'examen gynécologique quel qu'en soient les raisons. Le kit d'auto prélèvement HPV pourrait être la solution.

Le faible niveau de contraception ainsi que la forte prévalence des IVG montrent clairement que la prise en charge gynécologique n'est pas optimale et par conséquent de ce point de vue, inférieure à la population générale. L'accès à une contraception efficace et maîtrisée est un moyen de diminuer le taux de grossesses non désirées et les risques obstétricaux et néonataux associés à la consommation de substances psychoactives et de diminuer ainsi le recours à l'IVG.

En conséquence, réussir à faire venir les femmes toxicodépendantes dans des centres tels que les CSAPA ou CAARUD au-delà de toute stigmatisation est essentiel. Pour les plus démunies d'entre elles c'est un premier point d'encrage qui permet d'initier, puis consolider le suivi gynécologique.

Elles confient rarement leur intimité lors de la 1ère consultation, mais la confiance s'établit progressivement au décours de la prise en charge addictologique. Quasi unanimement, elles déclarent avoir foi en leur médecin du centre car «on les connaît» et «on ne les juge pas». Beaucoup d'usagères préfèrent s'adresser à une femme concernant les questions gynécologiques parfois en lien avec les traumatismes et agressions subis.

La gynécologie est une discipline qui ne peut en aucun cas se réduire à une médecine d'organe. C'est une médecine du sexe, de l'amour, de la vie et de la mort. Cela touche à ce qu'il y a de plus intime chez la femme, ce qui implique une solide relation médecin-malade.

Bien que les usagères des centres y soient majoritairement favorables, il ne serait pas pertinent de proposer des consultations gynécologiques dans tous les CSAPA car ils ne reçoivent pas tous le même public. Il n'y aurait par conséquent pas de plus-value à proposer un temps gynécologique dans les centres fréquentés par les femmes les mieux insérées, contrairement à ceux qui accueillent les femmes en grande fragilité psycho-socio-économique. Ces dernières ont besoin d'aide et leur proposer une prise en charge sur place permettrait assurément d'améliorer leur participation et leur suivi gynécologique. La forte tendance à l'oubli des rendez-vous pourrait inciter le médecin à proposer aux usagères une prise en charge gynécologique sur le temps de leur suivi addictologique lorsqu'elles viennent au centre.

Vu
Toulouse le 28/05/19

Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale

Toulouse, le 28/05/19

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D.CARRIE

BIBLIOGRAPHIE

1. Duffay L, Dupouy J. Le suivi gynécologique des femmes traitées par médicaments de substitution aux opiacés suivies dans les CSAPA et les CAARUD en Haute-Garonne. 2017.
2. Buisson C. Suivi gynécologique de femmes toxicomanes - Etat des lieux dans deux CSAPA d'Indre et Loire. [TOURS]: Ecole régionale de Sage femme; 2016.
3. MSS. Addictions [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 5 mars 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/>
4. Fanjeaux B. Suivi obstétrical et pronostic périnatal chez les femmes enceintes toxicomanes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Lorraine; 2018.
5. DICOM_Jocelyne.M. Informations sur les addictions et les drogues [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017 [cité 5 mars 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/informations-sur-les-addictions-et-les-drogues>
6. Fédération Addiction. Paris. FRA. Femmes & addictions. Accompagnement en CSAPA et CAARUD. Paris: Fédération Addiction; 2016 p. 100p.
7. Les CSAPA et CAARUD [Internet]. Site de solidarités et d'entraides destiné aux personnes concernées par le handicap psychique. [cité 4 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.solidarites-usagerspsy.fr/se-soigner/structures-medicales-et-medico-sociales/csapa-et-caarud-pour-les-problemes-addictifs/>
8. recommandations CNOM du 11/10/2017 : prescription et dispensation des MSO [Internet]. [cité 16 mars 2019]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/recommandations_cnom_cnop.pdf
9. Brisacier AC, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. (O.F.D.T.). Paris. FRA. Tableau de bord « Traitements de substitution aux opiacés » 2018. 2018 p. 17p.
10. Brisacier A-C, Collin C. Les traitements de substitution aux opiacés : données récentes - Tendances 94 - octobre 2014 - OFDT. ANSM. oct 2014;(94):6.
11. Delile J-M, Reiller B, Othily E. Femmes, psychotraumatisme et addictions : une approche intégrée en centre de soins. In: Sortir des sentiers battus : pratiques prometteuses auprès d'adultes dépendants. Presses de l'Université Laval. Paris, France; 2013. (Toxicomanies).
12. Mutatayi C. Résultats de l'enquête Ad-femina - Tendances 130 - mars 2019 - OFDT [Internet]. OFDT; 2019 mars [cité 3 mai 2019]. (Tendances). Report No.: 130. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/resultats-de-lenquete-ad-femina-tendances-130-mars-2019/>
13. Mutatayi C. Accueil addictologique et médicosocial de femmes toxicodépendantes. Saint Denis: OFDT; 2014 mars p. 35.

14. Mutatayi C. Publics féminins : les approches en matière de prévention et de soins. Saint Denis: OFDT; 2014 mars p. 7.
15. Malmartel A, Rigal L. Suivi gynécologique, médecin impliqué et dépistage du cancer du col utérin : une accumulation de disparités sociales. Wwwem-Premiumcomdatarevues03682315unassignS0368231516000259 [Internet]. 8 mars 2016 [cité 25 févr 2019]; Disponible sur: <https://www-em--premium-com-s.docadis.upslse.fr/article/1037741/resultatrecherche/2>
16. Marchand K, Oviedo-Joekes E, Guh D, Marsh DC, Brissette S, Schechter MT. Sex work involvement among women with long-term opioid injection drug dependence who enter opioid agonist treatment. *Harm Reduct J.* 25 janv 2012;9:8.
17. Nacache L, Cherrih B, Darreye A. Méthadone et grossesse, revue de la littérature et données récentes. Le flyer [Internet]. mai 2009 [cité 6 mai 2019];(36). Disponible sur: <https://www.rvh-synergie.org/prises-en-charge-des-addictions/penser-ensemble-les-prises-en-charge/contextes-de-vulnerabilite/grossesse/179-methadone-et-grossesse-revue-de-la-litterature-et-donnees-recentes.html>
18. Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus : le rôle déterminant des professionnels de santé - Dossiers et communiqués de presse [Internet]. 2019 [cité 12 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Presse/Dossiers-et-communiques-de-presse/Depistage-organise-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-role-determinant-des-professionnels-de-sante>
19. Dépistage et prévention du K col de l'utérus [Internet]. [cité 1 oct 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps_format2clic_kc_col_uterus_2013-30-08__vf_mel.pdf
20. Institut National du Cancer : Dépistage du cancer du col de l'utérus [Internet]. Inca. [cité 12 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Acces-thematique/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus>
21. Arrêté du 4 mai 2018 relatif à l'organisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus.
22. Inca. Institut National du Cancer : Le programme de dépistage organisé - Dépistage du cancer du sein [Internet]. 2019 [cité 12 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Le-programme-de-depistage-organise>
23. HAS. Haute Autorité de Santé - Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage [Internet]. 2014 [cité 12 mars 2019]. Disponible sur: https://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
24. Beck F, Richard J-B. Les comportements de santé des jeunes Analyses du Baromètre santé 2010. Inpes. :27.

25. Evaluation de la recherche des hpv en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'uterus - feuil.pdf [Internet]. [cité 18 mai 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-11/evaluation_de_la_recherche_des_hpv_en_depistage_primaire_des_lesions_precancereuses_et_cancereuses_du_col_de_luterus_-_feuil.pdf
26. La santé des femmes en France [Internet]. [cité 2 mars 2019]. Disponible sur: https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Fiches/2010/NI_2010_16_dominique_henon.pdf
27. Rahib D, Le guen M, Lydié N. Baromètre santé 2016 - Contraception. 2017 sept p. 8. (Santé Publique France - Inps).
28. Mazuy M, Toulemon L, Baril É. Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours. Population. 2014;69(3):365.
29. Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2015 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. 2016 juin [cité 29 mars 2019]. (Etudes Résultats). Report No.: 968. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2015>
30. Bancaud D. Les cinq chiffres clés de l'IVG en France. 20 minutes [Internet]. 15 janv 2019 [cité 29 mars 2019]; Disponible sur: <https://www.20minutes.fr/societe/1517519-20150115-cinq-chiffres-cles-ivg-france>
31. Atlas de la santé en Nouvelle-Aquitaine 2018 [Internet]. 2018 déc [cité 29 mars 2019] p. 128. Report No.: 047.128p. Disponible sur: <https://www.ors-na.org/publications/atlas-de-la-sante-en-nouvelle-aquitaine/>
32. Données régionales du Baromètre Santé Occitanie 2016. Opinions et pratiques vaccinales. | Base documentaire | BDSP [Internet]. [cité 28 mars 2019]. Disponible sur: http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/Details?_equation=couverture%20vaccinale%20h%E9patite%20B%20en%20France&_fd=2014&_defaultop=AND&_start=11

ANNEXE 1

Mesdames,

Dans le cadre de ma thèse de médecine, je m'intéresse au suivi gynécologique des femmes fréquentant les CSAPA (Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) et les CAARUD (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues) sur le département de la Gironde (33).

Pouvez-vous m'accorder quelques minutes de votre temps pour répondre à ce questionnaire (totalement anonyme) afin de m'aider dans mon travail ?

De votre implication dépendra la qualité de mon travail et peut-être (je le souhaite) l'amélioration de vos conditions de prise en charge.

Merci pour votre participation

Marie SOURGET

QUESTIONS GENERALES

1- Année de naissance :

2- Poids : 3- Taille :

4- Niveau scolaire :

- collège
- CAP / BEP
- lycée
- BAC
- BAC +

5- Emploi actuel :

- sans emploi
- CDI
- CDD
- Etudiante ou en formation

6- Logement :

- sans / squat /camion
- chez des amis/ de la famille
- locataire/propriétaire
- dans une structure de soins ou sociale

7- Mode de vie :

- en couple
- seule (célibataire)

8- Avez-vous des enfants ?

- non
- oui : combien ?

Vivent-ils avec vous ? oui non

9- Couverture sociale :

- aucune
- Sécurité sociale +/- mutuelle
- CMU / CMUc /AME / ACS

10- Suivez-vous un TSO (traitement substitutif aux opiacés) ?

- non oui

11- Si OUI, Lequel ?

- Méthadone
- Buprénorphine (SUBUTEX°)
- Bupré+naloxone (SUBOXONE°)
- Autre :

12- Quelles substances avez-vous consommé depuis 1 semaine ? (Plusieurs réponses possibles)

- tabac
- Alcool
- Cannabis (*sous toutes ses formes*)
- Excitants : *Cocaïne, crack, free base...*
- Hallucinogènes : *plantes, champignons, LSD, GHB*
- Stimulants : *MDMA, speed, amphétamines...*
- Opiacés : *Héroïne, opium, rachacha,...*
- Dérivés d'opiacés : *skenan, oxycotin, fentanyl,...*
- poppers, colles, solvants...
- Benzodiazépines (Valium, Séresta, Lexomil,...)
- Autres :

QUESTIONS GYNECOLOGIQUES

13 – Y a-t-il dans la famille un ou des antécédents de cancer du sein ? non oui

14- Avez-vous personnellement déjà eu :

- un cancer du sein ? non oui
- un cancer du col de l'utérus ? non oui
- une infection à papillomavirus ? non oui

15- Avez-vous déjà eu une IVG ou ITG (interruption volontaire ou thérapeutique de grossesse) ?

- non oui : combien ?.....

16- Etes-vous ménopausée ?

- non oui (passez à la Q.22)

17- Si **NON ménopausée**, quelle contraception utilisez-vous actuellement ?

- aucune (passez à la Q.22)
- Stérilet
- implant progestatif dans le bras (NEXPLANON°)
- Pilule
- préservatifs
- Stérilisation définitive (ligature des trompes,...) 55
- Autre :

18- Par qui a été proposée et/ou instaurée votre contraception actuelle ?

- médecin traitant/généraliste
- Gynécologue
- Sage femme
- Planning familial
- PASS (permanence d'accès aux soins)
- Autre :

19- Pour les femmes ayant un implant contraceptif :

Depuis combien de temps est-il en place ?

- plus de 3ans
- entre 2 et 3 ans
- moins de 2 ans

20- Pour les femmes ayant un stérilet au cuivre (=sans hormone) : Depuis combien de temps est-il en place ?

- plus de 5ans
- moins de 5 ans

21- Pour les femmes ayant un stérilet avec hormones :

Depuis combien de temps est-il en place ?

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

22- A quand remonte votre dernière consultation gynécologique ?

- jamais eu
- dans l'année
- dans les 3 ans
- il y a plus de 3 ans

23- Avez-vous déjà eu un frottis ?

- non (passez à la Q.26)
- oui

24- Si oui :

- il y a moins d'un an
- il y a moins de 3 ans
- il y a plus de 3 ans

Etait-il normal ? oui non

25- Qui a réalisé votre dernier frottis ?

- médecin traitant/généraliste
- gynécologue
- Sage Femme
- planning familial
- PASS (permanence d'accès aux soins)
- Autre :

26- Avez-vous déjà eu une mammographie et/ou une échographie mammaire ?

- oui
- non (passez à la Q. 28)

26- Si oui pour (mammo et/ou écho) il y a combien de temps ?

- il y a moins de 2 ans
- il y a 2 ans ou plus

27- Les examens étaient-ils normaux ?

- oui
- non, pourquoi ?

28- Avez-vous déjà eu une infection sexuellement transmissible ?

- non
- oui

29- Si oui, laquelle :

- VIH
- Hépatite B
- Syphilis
- Gonocoque, Chlamydiae
- Herpès génital
- Autre :

30- Avez-vous été vaccinée contre le papillomavirus (GARDASIL° ou CERVARIX°) en prévention du cancer du col de l'utérus ?

- oui
- non

31- Avez-vous été vaccinée contre l'hépatite B ?

- oui
- non

32- Quels sont pour vous les freins à une consultation de gynécologie réalisée par un médecin ? (Plusieurs réponses possibles)

- barrière de la langue (difficulté pour parler le français)
- Je ne souhaite pas être examinée par un homme
- Je ne souhaite pas être examinée par une femme
- lieu de consultation trop loin de chez moi
- Difficulté pour m'organiser (faire garder mes enfants par exemple)
- 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 gynécologique
- J'ai peur de l'examen
- Je n'ai pas envie
- Mauvaise période du cycle (règles)
- violences subies (récentes ou anciennes)
- Autre :

33- Pensez-vous que la mise en place d'une consultation dédiée aux femmes au sein d'une structure CSAPA/ CAARUD faciliterait votre suivi gynécologique ?

- oui
- non

Pourquoi ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

ANNEXE 2

Ladies,

In the context of my medicine PhD, I'm interested in gynecological care of women in the health care centers (CSAPA) and harm reduction centers (CAARUD) on the Department of Gironde (33).

Could you spare some minutes to reply to this questionnaire which is totally anonymous and free, to help me in my work ?

From your involvement, will depend the quality of my work and I hope an improvement of the conditions of gynecological care.

Thank you for your time

Marie SOURGET

GENERAL QUESTIONS

1- Year of birth :

2- Weigh :..... 3- Size :.....

4- Scolar level :

- middle school
- CAP / BEP
- Secondary school
- High school diploma
- University level

5- Current job :

- Without job/unemployed
- Permanent contract
- Temporary job
- Student

6- Housing :

- Without/Squat/Truck
- At friend's/Family's home
- Tenant /Owner
- In a social structure

7- Way of life :

- In couple
- Single

8- Any Children ?

- No
- Yes : How many ?
- Are they living with you ? Yes No

9- Social protection cover :

- Anything
- Social security
- CMU /CMUc /AME

10- Do you have OTS (Opiates substitution treatment) ?

- no yes

11- If yes, which one ?

- Methadone
- Buprenorphine (SUBUTEX°)
- Bupre+naloxone (SUBOXONE°)
- Other :

12- Which substances did you consume on the last week ? (Several possibilities of answer)

- tobacco
- Alcohol
- Cannabis
- Cocaine, crack, free base...*
- Hallucinogenics : *plantes, mushrooms, LSD, GHB*
- Stimulants : *MDMA, speed...*
- Opiates : *Heroin, opium, rachacha,...*
- Opiate derivatives : *skenan, oxycontin, fentanyl,...*
- poppers, colles, solvants...
- Benzodiazepines (Valium, Séresta, Lexomil,...)
- Others :

GYNECOLOGICAL QUESTIONS

13 -Do you have Breast (sein) cancer in your family ?

- no yes

14- Do you ever had :

- Breast cancer ? no yes
- Cervical cancer ? no yes
- Papillomavirus infection ? no Yes

15- Did you ever have an abortion ?

- no yes : How many ?.....

16- Are you menopausal ?

- no yes (go to Q.22)

17- If no, which contraception do you use ?

- Nothing (go to Q.22)
- IUD/intrauterine
- progestin implant (NEXPLANON°)
- contraceptive pill
- condoms
- Sterilization (ligation...)
- Other :

AUTEUR : Marie SOURGET CECHELLA

TITRE : ETAT DES LIEUX DU SUIVI GYNECOLOGIQUE DES FEMMES RENCONTREES DANS LES CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) ET LES CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques chez les Usagers de Drogues) EN GIRONDE

DIRECTEURS DE THÈSE : Pr CASTERA Philippe & Dr DELILE Jean-Michel

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : TOULOUSE, le jeudi 27 juin 2019

Moins nombreuses que les hommes mais avec des consommations plus problématiques, les femmes rencontrées dans les CSAPA et CARRUD semblent moins se soucier de leur suivi gynécologique que celles de la population générale.

Objectif : Réaliser un état des lieux du suivi gynécologique des femmes fréquentant les CSAPA et CAARUD en Gironde (33) qu'elles soient ou non sous MSO.

Méthodes : Une étude multicentrique, descriptive, observationnelle transversale a été réalisée en Gironde sur une période de 4 mois, de novembre 2018 à février 2019 à l'aide d'un questionnaire anonyme et autoadministré aux femmes rencontrées dans les centres précités. Le critère de jugement principal était l'ancienneté de la dernière consultation gynécologique. Les critères de jugement secondaires correspondaient aux actes de dépistage des cancers du col de l'utérus (FCU) et du sein (mammographie). La contraception, les IVG, la prévalence des IST, la couverture vaccinale ainsi que les éventuels freins au suivi gynécologique ont également été étudiés.

Résultats : L'âge moyen des femmes interrogées était de 37,9 ans. 37% des femmes avaient bénéficié d'une consultation gynécologique dans l'année. 57,3% étaient à jour de leur FCU et 60% étaient à jour de leur mammographie. 42% n'utilisaient aucun moyen contraceptif et un peu moins de 10% avaient dépassé le délai d'efficacité de leur contraception. 55% des femmes avait déjà connu un IVG et environ 25% avait eu une IST avec une couverture vaccinale contre le HPV et l'hépatite B conforme à celle de la population générale.

Conclusion : Le suivi gynécologique des femmes rencontrées en CSAPA et CAARUD girondins est légèrement inférieur à la population générale. Il ne dépend pas tant de la prise de MSO mais plutôt du niveau de précarité. Quasi unanimement, elles sont favorables à la mise en place de cette offre de soins. Il serait donc judicieux de proposer un suivi gynécologique au sein des centres qui croisent les femmes les plus en difficulté du fait de la forte tendance à l'oubli des rendez-vous et du degré de confiance que ces dernières accordent au médecin qui les suit.

Title : STATE OF PLAY OF GYNEACOLOGICAL FOLLOW-UP OF THE WOMEN ENCOUNTERED IN THE CSAPA AND CAARUD OF GIRONDE.

Fewer than men but with more problematic drug use, women we met in the CSAPA and CARRUD appear less concerned about their gynecological follow-up compared to those of the general population.

Aim: To realize a state of play of the gynecological follow-up of the women attending the CSAPA and CAARUD in Gironde (33) whether they are under opiates substitution drugs (MSO) or not.

Process: A descriptive cross-sectional observational study of women has been made in Gironde over a period of 4 months, from November 2018 to February 2019 using an anonymous un supervised questionnaire.

The main judgment criterion was the date of the last gynecological examination. The secondary judging criteria were the cervical and breast cancers screening tests (FCU) (mammography). Birth control, abortion, sexually transmissible infections' prevalence, immunization coverage as well as potential brakes to gynecological follow-up have also been studied.

Findings: The average age of the women we interviewed was 37.9 years old. 37% of those women benefited of a gynecological follow-up during the year. 57.3% were up-to-date PAP smears (FCU) and 60% were up-to-date mammography exams. 42% were not using any contraceptive method. Less than 10% were using ineffective contraception methods. 55% of the women had experienced an abortion and approximately 25% had an STI with an immunization coverage against HPV and hepatitis B in accordance with the general population.

Conclusion: In reference to the screenings, (PAP smear and mammography) we can conclude that the gynecological follow-up is slightly lower than in the general population. However, the level of contraception and the frequency of abortion show that gynecological follow-up is insufficient and inadequate within this population. It doesn't depend that much of the taking of opiates substitution drugs (MSO) but more of the level of precariousness. Almost unanimously women studied support the establishment of this treatment offer. It would be judicious to offer gynecological follow-up within the healthcare centers that welcome the most disadvantaged women due to the strong tendency to forget the medical appointments and the confidence level they give to the doctor who attend them.

Mots-clés : gynécologie, suivi gynécologique, CSAPA, CAARUD, précarité, MSO, usagères, addiction, dépistage, frottis, FCU, mammographie, contraception, IVG, IST

Key words : gynecological, gynecological follow-up, CSAPA, CAARUD, precariousness, opioid substitution treatment, opiate substitution, addiction, screening, PAP smear, mammography, contraception, abortion, STI

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31 062 TOULOUSE Cedex 04 - France