



HAL
open science

Statut gynécologique des femmes âgées de 18 à 49 ans hospitalisées au centre hospitalier psychiatrique Charles Perrens de Bordeaux

Marie-Angélique Despeisse

► **To cite this version:**

Marie-Angélique Despeisse. Statut gynécologique des femmes âgées de 18 à 49 ans hospitalisées au centre hospitalier psychiatrique Charles Perrens de Bordeaux. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01305737

HAL Id: dumas-01305737

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01305737>

Submitted on 2 Jun 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE BORDEAUX 2

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2016

N° 31

THÈSE POUR L'OBTENTION DU
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
QUALIFICATION MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement par

Marie-Angélique DESPEISSE

Née le 11.06.1985 à Ancenis (44)

Le 24 mars 2016

<p>STATUT GYNÉCOLOGIQUE DES FEMMES ÂGÉES DE 18 À 49 ANS HOSPITALISÉES AU CENTRE HOSPITALIER PSYCHIATRIQUE CHARLES PERRENS DE BORDEAUX</p>
--

Directeur de thèse

Mme le Dr Noémie MAURAN

Membres du jury

Pr M. TOURNIER

Président du jury

Pr C. HOCKE

Rapporteur

Pr G. DUCOS

Jury

Dr S. DUHAMEL

Jury

Dr C. VACHER-VITASSE

Jury

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury

Madame le Professeur Marie Tournier

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance la plus sincère.

Monsieur le Professeur Claude Hocké

Merci d'avoir accepté de participer à ce jury. Je vous remercie infiniment pour le temps accordé à relire et corriger ma thèse, et à rédiger le rapport. Soyez assuré de toute ma reconnaissance.

Madame le Docteur Sylvie Duhamel

Merci d'avoir accepté de juger mon travail. Soyez assurée de toute ma reconnaissance.

Madame le Docteur Catherine Vacher-Vitasse

Merci d'avoir accepté d'être membre du jury. Soyez assurée de toute ma reconnaissance.

Monsieur le Professeur Gérard Ducos

Merci de m'avoir accompagné tout au long de ce travail. Je tiens à vous remercier pour vos précieux conseils dans l'élaboration du questionnaire de thèse et dans la structure du travail, et surtout pour votre disponibilité. Veuillez trouver l'expression de ma profonde reconnaissance.

Madame le Docteur Noémie Mauran

Merci de m'avoir proposé ce sujet de thèse, merci pour tes lectures attentives, et pour l'intérêt que tu as porté à ce travail. Je te remercie aussi de m'avoir formé à la médecine générale à Charles Perrens, de m'avoir donné goût à la gynécologie. Observer ta pratique de gynécologie à Charles Perrens, et ton humanisme envers ces femmes atteintes de troubles mentaux, m'ont beaucoup enrichie.

Au pôle EVAMET, aux responsables d'unité et aux équipes de Charles Perrens qui m'ont accordé leur confiance pour interroger les patientes.

Aux patientes qui ont accepté de répondre à mon questionnaire.

Aux médecins et équipes soignantes ainsi que secrétaires, qui ont participé à ma formation tout au long de mes études : Dr Norbert, Dr Sztil, Dr Trebesses, Dr Cararo, Dr Pradeaux, Dr Casenave, Dr Rousso, Dr Solé, Dr Valiamé, Dr Mauran, Dr Sarlangue et aux urgentistes de Bayonne. Vous m'avez beaucoup appris. Clin d'œil à Marianne qui m'a ouvert plus d'une fois la porte !

A ma famille

A mes parents, Nicole et David. Pour tout votre amour et votre soutien. Ce travail est l'aboutissement de votre éducation.

A mes frangins adorés, sans vous je ne serai rien : Jean-Nicolas, le modèle, toi qui réussissais si bien à l'école, c'est sûrement un peu grâce à toi que j'en suis là ; Pierre-Yves : tu as su me botter les fesses quand je me plaignais de ne pas y arriver ; Anne-Charlotte, mon cadeau de Noël, la petite rigolote de la famille. A Fanny et Yoann qui ont agrandi la famille et nous rendent encore plus heureux.

A Mamie Marcelle et Marie-Anne, vos bons légumes et vos produits de la ferme ont été un carburant en or pendant toutes ces années d'étude. Promis, je n'oublierai jamais mes racines. Mamie Jeanne Trinh, chef de la tribu Vietnamiennne, une femme forte, résolument moderne, vive d'esprit, qui nous a transmis ses valeurs de courage, de travail, de réussite, tout en nous régaland de ces merveilleux plats Vietnamiens.

A Didier tout particulièrement.

A Mélanie, cousine et première Docteur de la tribu.

Merci à tous pour votre soutien pendant ces longues années.

A ceux qui sont partis trop tôt.

A mes amis

Anne-Sophie tu mérites cette première ligne de dédicace. C'est sûrement grâce à toi que j'ai choisi l'internat de Bordeaux. Je suis admirative de ton courage et de ta force dans les épreuves de la vie... et les défis sportifs ! Tu m'as toujours soutenue et je t'en remercie infiniment.

Claire H : ta thèse et tes conseils m'ont beaucoup inspiré, tu es un modèle de médecin généraliste ; Auriane, merci pour tes relectures attentives, tes commentaires dignes des meilleurs professeurs ! Et pour tes cartes, toujours si sympas à lire même quand on habite à côté !

Aux nantais de l'externat : Clémence (merci pour TOUT : soirées, concerts, découvertes, révisions en bar, voyages, amours et désillusions, belles rencontres... !), Sophie (j'espère que notre pari tient toujours !), Bérengère (une très, très belle rencontre), Lio (à nos rêves toujours plus fous !), Emilie (ta joie de vivre est communicative, ta phrase « écoute ton cœur » est devenu un de mes principes de vie !), Mehdi, Matthieu... A toutes nos soirées folles, et à toutes celles à venir ! Les études auraient été bien tristes sans vous. Je ne vous oublierai jamais.

Aux bordelais rencontrés à l'internat : Maëlen : sans toi je me serais tellement ennuyée : que de bons souvenirs partagés –A Felipe et Aïnoa ! Léa, Nico, Celia, Julie et Eric, Maud et Vincent.

A Raphaëlle, tu es indispensable à Bordeaux, et Hélène, j'espère qu'on se reverra vite.

A Claire C, qui m'a toujours soutenu de loin.

A Malika, la prochaine ce sera ta thèse !

Aux copains du Prytanée : Bénédicte, Delphine, Aurélien, Emeric, et tous les autres.

A Maryline pour ses bons bo buns, Lydie et Fabien, Rémi et Uruk.

A Nath et Ben et toute la clique pour me supporter même en soirée !

Et surtout à Julien.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
TABLE DES MATIERES	5
LISTE DES FIGURES	8
LISTE DES ABREVIATIONS	9
AVANT PROPOS	10
INTRODUCTION	12
1. Rappel : le suivi gynécologique en France.....	12
1.1. Place du médecin généraliste dans le suivi gynécologique.....	12
1.2. Contraception	12
1.2.1. Prescription et suivi.....	12
1.2.2. Nouvelles pratiques	14
1.3. Frottis cervico-utérin	16
1.3.1. Quelques chiffres.....	16
1.3.2. Régularité du FCU	17
1.3.3. Actualités concernant le FCU	18
2. Spécificités et enjeux du suivi gynécologique des femmes atteintes de pathologies psychiatriques.....	20
2.1. Revue de la littérature.....	20
2.2. Contraception	20
2.2.1. Interactions médicamenteuses	21
2.2.2. Particularités médicales	22
2.2.3. Conseil contraceptif.....	24
2.3. Frottis cervico-utérin	25
2.4. Grossesse	25
2.4.1. Caractéristiques générales de la grossesse chez les femmes atteintes de troubles psychiatriques.....	25
2.4.2. Psychotropes et grossesse.....	25
2.5. Enjeux du suivi gynécologique chez les patientes souffrant de pathologies psychiatriques.....	27
3. Synthèse	29
MATERIEL ET METHODES	30
1. Type d'étude.....	30
2. Population étudiée	30
3. Matériel	30
4. Recueil des données	31
5. Analyse des données	32
6. Aspects éthiques	33
RESULTATS	34
1. Diagramme de flux.....	34
2. Description de la population étudiée	35
2.1. Caractéristiques sociodémographiques	35
2.1.1. Age	35
2.1.2. Médecin traitant.....	35

2.1.3. Couverture sociale	36
2.1.4. Catégorie socioprofessionnelle	36
2.1.5. Revenus	37
2.2. Caractéristiques médicales	39
2.2.1. Consommation de tabac	39
2.2.2. Consommation d'alcool	39
2.2.3. Consommation d'autres Substances Psycho-Actives.....	40
2.2.4. Pathologies psychiatriques	40
2.2.5. Traitements à l'entrée.....	41
2.3. Données concernant les antécédents gynécologiques	43
2.3.1. Gestité.....	43
2.3.2. Parité.....	43
2.3.3. Nombre d'interruption de grossesse.....	43
2.3.4. Nombre de FCS	43
2.3.5. Grossesse en cours	44
2.3.6. Ménopause	44
2.3.7. Troubles du cycle	44
2.3.8. Contraception	44
2.3.9. Méthodes de contraception selon les catégories d'âge.....	45
2.3.10. Observance de la contraception.....	46
2.3.11. Rapports sexuels à risque dans l'année passée.....	46
2.3.12. Dépistage des IST.....	47
2.4. Données concernant le suivi gynécologique	48
2.4.1. Type de suivi gynécologique.....	48
2.4.2. Lieu de suivi pour les femmes suivies en consultations externes	48
2.4.3. Personne ayant réalisé le dernier examen gynécologique	49
2.4.4. Motifs de la dernière consultation de gynécologie.....	49
2.4.5. Date du dernier examen gynécologique si contraception.....	50
2.4.6. Connaissance de la consultation de gynécologie à Charles Perrens	50
2.4.7. Date du dernier FCU si femme âgée de 25 ans ou plus	51
2.4.8. Suivi gynécologique à jour.....	51
2.5. Données évaluant le ressenti des patientes par rapport à leur suivi gynécologique..	53
2.5.1. Evaluation de la qualité du suivi gynécologique.....	53
2.5.2. Motifs du ressenti de mauvaise qualité du suivi gynécologique	53
2.5.3. Freins à la prise du rendez-vous de gynécologie.....	54
2.6. Analyses croisées	55
2.6.1. Identification des situations à risque d'interaction médicamenteuse avec la contraception utilisée.....	55
2.6.2. Situations à risque tératogène.....	56
2.6.3. Facteurs prédictifs de mauvais suivi gynécologique	57
DISCUSSION	61
1. Forces de l'étude	61
1.1. Originalité du travail	61
1.2. Participation	61
2. Discussion de la méthode	62
2.1. Type d'étude.....	62
2.2. Mode de sélection des patientes	62
2.3. Préparation de l'enquête.....	63
2.4. Mise en place de l'intervention	64

2.5. Recueil des données	65
3. Discussion des principaux résultats.....	66
3.1. Particularités socio-démographiques de la population.....	66
3.2. Taux de contraception	67
3.3. Type de contraception	68
3.4. Nombre moyen d'enfants par femme.....	69
3.5. Taux de dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes de plus de 25 ans	69
3.6. Fréquence du suivi gynécologique chez les femmes ayant une contraception	70
3.7. Autres données concernant le suivi gynécologique	70
3.8. Fréquence du dépistage des IST pour les femmes ayant eu des rapports à risque dans l'année passée.....	71
3.9. Représentation du suivi gynécologique.....	71
4. Travaux récents	72
5. Analyses et perspectives.....	73
CONCLUSION.....	75
BIBLIOGRAPHIE.....	77
ANNEXES.....	81

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Les méthodes de contraception utilisées en France. Evolution 1978-2010.....	14
Figure 2 : Méthodes de contraception utilisées en France en 2013 selon l'âge des femmes ...	16
Figure 3: Evolution du taux de femmes ayant bénéficié d'un remboursement de FCU au cours des trois dernières années, par tranches d'âge, en France parmi les assurées du régime général	18
Figure 4 : Répartition par tranche d'âge de la population (n=65).....	35
Figure 5 : Répartition de la population en fonction du type d'assurance santé (n=65).....	36
Figure 6 : Répartition de la population selon la catégorie socioprofessionnelle (n=65).....	36
Figure 7 : Répartition de la population selon les revenus (n=65)	37
Figure 8 : Répartition de la population selon l'état civil (n=65).....	37
Figure 9 : Consommation de tabac (n=65).....	39
Figure 10 : Consommation d'alcool (n=65).....	39
Figure 11 : Consommation d'autres substances psycho-actives (n=65)	40
Figure 12 : Répartition de la population en fonction des pathologies psychiatriques (n= 65).	40
Figure 13 : Répartition de la population selon le traitement à l'entrée (n=65)	41
Figure 14 : Répartition des femmes selon leur parité (n=65).....	43
Figure 15 : Répartition selon la contraception chez les femmes non ménopausées (n=45).....	44
Figure 16 : Méthodes de contraception selon la tranche d'âge (n=60)	45
Figure 17 : Répartition de la population selon le nombre de rapports sexuels à risque dans l'année passée.....	46
Figure 18 : Répartition de la population selon le dépistage des IST (n=65).....	47
Figure 19 : Répartition de la population selon le type de suivi gynécologique (n=65)	48
Figure 20 : Répartition selon le lieu de suivi externe (n=48).....	48
Figure 21 : Répartition selon la personne ayant réalisé le dernier examen gynécologique chez les femmes ayant un suivi gynécologique (n=54).....	49
Figure 22 : Répartition selon le ou les motifs de consultation en gynécologie (n=54).....	49
Figure 23 : Connaissance de l'existence d'une consultation de gynécologie au sein de l'hôpital Charles Perrens (n=65).....	50
Figure 24 : Répartition de la population selon la date du dernier frottis cervico-utérin chez les femmes \geq à 25 ans.....	51
Figure 25 : Répartition des femmes selon les critères de bon suivi gynécologique (n=65).....	52
Figure 26 : Répartition de la population selon l'évaluation de la qualité de leur suivi gynécologique (n=63)	53
Figure 27 : Freins à la prise du rendez-vous de gynécologie (n=65)	54
Figure 28 : Méthodes de contraception chez les femmes en couple non ménopausées (n=23)	56

LISTE DES ABREVIATIONS

AME Aide Médicale d'État

CMU Couverture Maladie Universelle

CMU-c Couverture Maladie Universelle complémentaire

CNGOF Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français

CNIL Commission Nationale Informatique et Liberté

CPAM Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DIU Dispositif Intra-utérin

FCS Fausse Couche Spontanée

FCU Frottis Cervico-Utérin

HAS Haute Autorité de Santé

HPV Human Papilloma Virus

IMG Interruption Médicale de Grossesse

INPES Institut National pour la Prévention et l'Éducation de la Santé

INSEE Institut National de la Statistique et des Études Économiques

IST Infection Sexuellement Transmissible

IVG Interruption Volontaire de Grossesse

LeCRAT Le Centre de Référence sur les Agents Tératogènes

OMS Organisation Mondiale de la Santé

PMSI Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

RCIU Retard de Croissance Intra Utérin

SECOP Service d'Évaluation de Crise et d'Orientation Psychiatrique

SNIIRAM Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie

SPA Substances Psycho-Actives

VIH Virus de l'Immunodéficience Humaine

AVANT PROPOS

Je me suis intéressée au suivi gynécologique des femmes hospitalisées en psychiatrie lors de mon dernier semestre d'internat de médecine générale dans le service de médecine somatique du Centre Hospitalier Psychiatrique Charles Perrens à Bordeaux.

Cet hôpital psychiatrique a mis en place depuis une vingtaine d'années une consultation dédiée à la gynécologie. Lors de ce stage, j'ai pu constater que de nombreuses patientes souffrant de pathologies psychiatriques n'avaient pas un suivi gynécologique optimal.

La population féminine en psychiatrie est pourtant une population « à risque » sur le plan gynécologique. C'est une population souvent précaire et vulnérable : moins de consultations en médecine pour des raisons financières, et donc moins de dépistage que dans la population générale. Sur le plan médical, de nombreuses études prouvent que les patients souffrant de pathologies psychiatriques présentent des comorbidités somatiques supérieures à celle de la population générale, comme le tabagisme, le surpoids, le diabète, les maladies infectieuses et les problèmes cardiovasculaires [1] [2] [3]. Ces éléments compliquent la prescription de la contraception.

Leurs symptômes psychiatriques et leurs préoccupations quotidiennes personnelles accaparent ces patientes, plaçant au second plan leur suivi gynécologique. Certaines, traumatisées par des abus sexuels, refusent de subir un examen gynécologique.

Pourtant il existe de nombreux risques liés à la grossesse chez ces patientes : le risque tératogène des psychotropes, l'aggravation de la pathologie psychiatrique, et à l'extrême un risque d'autolyse ou d'infanticide. La planification familiale et la contraception sont des éléments essentiels pour ces patientes souvent en situation difficile pour prendre en charge un enfant.

Il n'existe malheureusement pas d'étude à l'échelle nationale sur le suivi gynécologique des femmes souffrant de pathologies psychiatriques.

Seuls deux travaux de thèse de médecine générale ont été réalisés sur ce sujet en France, et portaient sur des femmes suivies dans des Centres Médico Psychologiques parisiens [4] [5].

Notre travail a donc pour but d'observer le statut gynécologique des femmes en âge de procréer hospitalisées au Centre Hospitalier Charles Perrens, afin d'optimiser leur prise en charge gynécologique au sein de cette institution.

INTRODUCTION

1. Rappel : le suivi gynécologique en France

1.1. Place du médecin généraliste dans le suivi gynécologique

Selon le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français, les spécialistes de gynécologie-obstétrique n'ont pas pour vocation de voir toutes les femmes pour les motifs de contraception, les examens systématiques et de dépistage, les thérapeutiques les plus courantes ou le traitement substitutif de la ménopause [6].

Le médecin généraliste a donc une place légitime dans le suivi gynécologique : il doit s'occuper de problèmes de gynécologie médicale [7]. Les femmes consultent leur médecin généraliste environ 3,6 fois par an pour un motif gynécologique selon le CNGOF [8].

Compte-tenu de la diminution des effectifs de gynécologues et de la féminisation de la profession de médecin généraliste, l'activité de gynécologie par les généralistes est vouée à augmenter.

La proximité et la facilité d'accès aux consultations font du médecin généraliste un acteur clé dans la prescription de la contraception et dans la prévention du cancer du col de l'utérus (vaccination, dépistage, suivi).

Il est donc nécessaire de s'intéresser aux évolutions des pratiques de contraception, aux recommandations en termes de suivi gynécologique et aux politiques de dépistage du cancer du col de l'utérus.

1.2. Contraception

1.2.1. Prescription et suivi

La régularité du suivi gynécologique et la prescription de la contraception est très encadrée depuis les dernières polémiques très médiatisées autour des pilules de 3ème et 4ème générations.

On considère qu'une femme sous contraception (hormonale ou Dispositif Intra-Utérin) doit être suivie chaque année. De la même manière, les femmes sans contraception devraient bénéficier d'un suivi annuel dédié à la gynécologie, ne serait-ce que pour réaliser un examen des seins.

La consultation de suivi, faite soit par le médecin généraliste, soit par le gynécologue, a pour but :

- de prendre en compte les modifications de situation personnelle (mode de vie : tabagisme actif, rapports sexuels à risque), médicale (éventuelles contre-indications), affective et sociale qui pourraient modifier l'adéquation de la méthode.
- d'étudier la tolérance de la contraception s'il y en a une.
- d'évaluer l'observance : déterminer la fréquence et les circonstances des oublis, réévaluer les connaissances et réitérer les conseils sur la conduite à tenir en cas d'oubli, et sur la contraception d'urgence.

A chaque renouvellement de prescription, il est indispensable de réévaluer les risques en fonction de la méthode choisie, de refaire une information sur les possibilités de sevrage en cas de tabagisme.

La consultation comportera un examen clinique (poids, taille, Indice de Masse Corporelle, tension artérielle), un examen mammaire, puis pelvien si nécessaire. Des bilans biologiques seront prescrits selon la contraception choisie.

En 2013, la Haute Autorité de Santé a publié un rapport très clair sur les recommandations pour la contraception intitulé « Contraception : prescription et conseils aux femmes » [9].

La connaissance précise des différentes méthodes contraceptives permet au professionnel de santé de proposer la méthode la plus adaptée au profil de sa patiente [10].

La meilleure méthode contraceptive est celle choisie par la patiente, ou le couple, après information éclairée sur les bénéfices et les risques de la méthode. Le praticien est donc tenu de répondre aux questions et aux attentes de la patiente afin de réaliser un réel « conseil contraceptif » ou « counseling » en fonction de chaque patiente. Mieux connaître les différentes méthodes, c'est mieux aider la femme dans son choix.

1.2.2. Nouvelles pratiques

La contraception est un sujet très intéressant, car les pratiques ne cessent d'évoluer, comme le prouvent les résultats de l'étude FECOND.

Cette enquête a été réalisée par l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale et l'Institut National d'Etudes Démographiques en 2010 afin d'analyser différents enjeux en santé sexuelle et reproductive (contraception, grossesse non prévue, avortement, infertilité, dysfonctions sexuelles) en France. Elle a été conduite auprès d'un échantillon aléatoire représentatif de la population et a permis d'interroger 5275 femmes et 3373 hommes âgés de 15 à 49 ans résidant en France métropolitaine. Cette enquête a été réalisée par téléphone [11].

Elle montre une évolution notable des méthodes de contraception en France depuis la loi Aubry du 4 juillet 2001 qui a facilité l'accès à la contraception et à l'avortement chez les mineures en leur permettant de recourir au médecin de leur choix sans autorisation parentale.

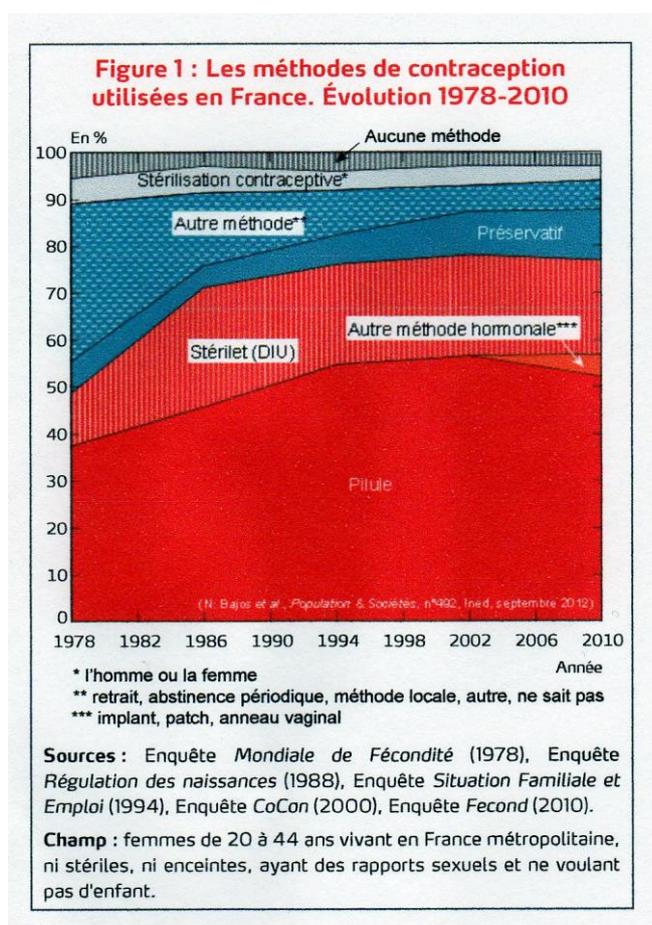


Figure 1 : Les méthodes de contraception utilisées en France. Evolution 1978-2010 [11]

Depuis 2000, il existe une diminution globale de l'utilisation de la pilule, en partie compensée par l'adoption des nouvelles méthodes hormonales de contraception (anneau, implant, patch).

En 2010, 50% des femmes de 15 à 49 ans concernées par la contraception utilisaient la pilule.

Seules 3% des femmes dans cette catégorie d'âge, ne souhaitant pas être enceintes, n'utilisaient aucune de contraception. Cette situation était plus fréquente chez les femmes aux conditions socioéconomiques les plus modestes.

Dans cette étude, le suivi gynécologique avait diminué chez les jeunes femmes de 20-24 ans : 12.2% en 2010 déclaraient ne pas avoir de suivi habituel, contre 6.9% en 2000.

Cette enquête a été reconduite en 2013 afin d'analyser l'impact de la crise médiatique de la pilule sur les pratiques et les représentations de la contraception. 4453 femmes et 1587 hommes ont répondu au questionnaire. Cette nouvelle enquête a été financée par l'INPES [12].

Le premier constat est que la part des femmes n'utilisant pas de contraception (ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports hétérosexuels et ne souhaitant pas d'enfant) reste stable (3%).

Le recours à la contraception orale a diminué (passant de 50% en 2010 à 41% en 2013), au profit d'autres méthodes, comme le DIU (pour les plus diplômées), le préservatif (dont l'utilisation ne cesse d'augmenter depuis 2000) ou les méthodes naturelles (pour les femmes les plus précaires).

Le DIU reste la méthode de choix pour les 45-49 ans.

Le débat de 2013 semble avoir contribué à une diversification des pratiques contraceptives, même si la pilule reste prépondérante.

Cette étude montre également que de nouvelles inégalités sociales vis-à-vis du recours à la contraception sont apparues. En effet, les catégories les plus précaires et la classe des 20-24

ans ont aujourd'hui une couverture contraceptive moins efficace, privilégiant les méthodes naturelles.

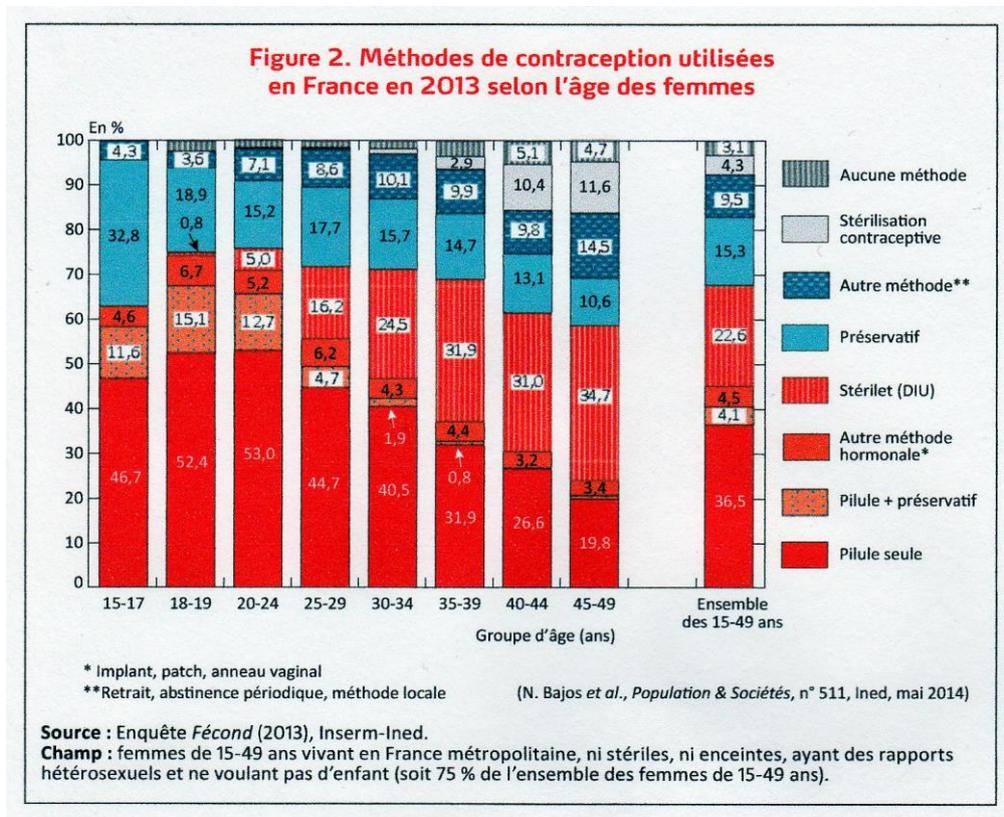


Figure 2 : Méthodes de contraception utilisées en France en 2013 selon l'âge des femmes [12]

1.3. Frottis cervico-utérin

1.3.1. Quelques chiffres

Le cancer du col de l'utérus est le 10ème cancer chez la femme en France par sa fréquence.

Son pic d'incidence se situe vers 40 ans et l'âge médian du diagnostic est de 51 ans.

Le cancer invasif du col utérin met en moyenne 15 à 20 ans pour se développer après la persistance d'une infection à Papilloma Virus Humain (HPV) à haut risque.

Il existe une méthode de dépistage fiable par FCU et un vaccin capable de protéger contre les principaux HPV pourvoyeurs de lésions cancéreuses.

Pourtant, le taux global de couverture par FCU des femmes de 25 à 65 ans stagne depuis plusieurs années autour de 58%.

Aujourd'hui, le principal facteur de risque de décès par cancer du col utérin est l'absence de dépistage par frottis.

Le médecin généraliste a un rôle déterminant dans la sensibilisation des patientes à l'importance de la réalisation du frottis selon les recommandations.

1.3.2. Régularité du FCU

Les recommandations de bonne pratique établies par l'HAS préconisent un FCU tous les 3 ans de 25 à 65 ans, après deux FCU normaux à 1 an d'intervalle [13] [14].

Pourtant, en France, plus de 40% des personnes ciblées pour le dépistage du cancer du col utérin ne réalisent pas de frottis, ou pas assez régulièrement. Les principaux freins au dépistage par FCU sont : l'âge (supérieur à 50 ans), les conditions sociales précaires, la difficulté d'accès à la langue française et les origines, l'éloignement géographique.

Afin de dépister les femmes disposant de faibles revenus, bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle complémentaire, ou ayant un niveau d'études inférieur au baccalauréat, l'arrêté du 3 février 2010 prévoit la proposition de réalisation d'un FCU lors du premier examen prénatal à toutes les femmes enceintes, et plus particulièrement à celles ne bénéficiant pas d'un suivi gynécologique.

Malgré tous ces efforts, le taux de couverture du dépistage est de 60% chez les 25-34 ans, de 67% chez les 35-44 ans, et de 60% chez les 45-54 ans, et il chute en-dessous de 50 % après 55 ans [15].

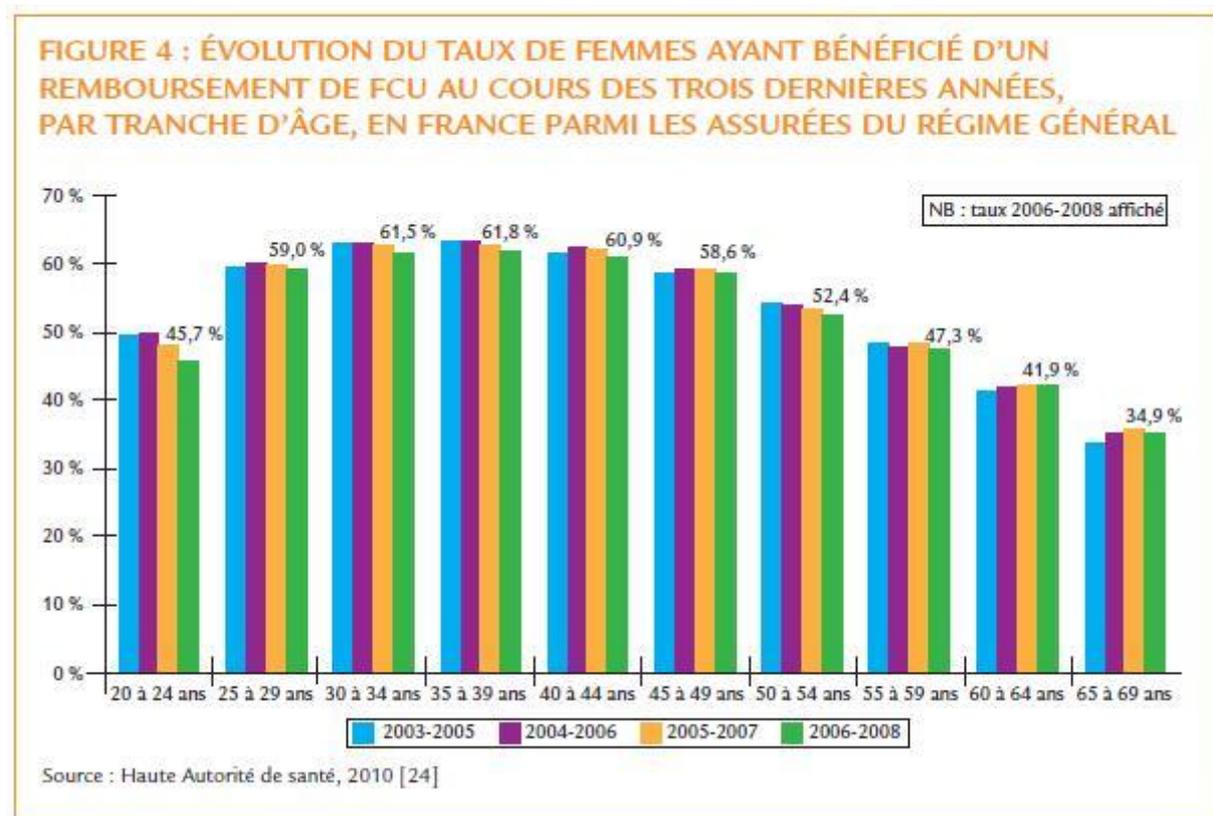


Figure 3: Evolution du taux de femmes ayant bénéficié d'un remboursement de FCU au cours des trois dernières années, par tranches d'âge, en France parmi les assurées du régime général [15]

Il convient donc d'accorder une vigilance particulière aux patientes susceptibles de ne pas se faire dépister régulièrement et de les interroger sur la date de leur dernier FCU.

1.3.3. Actualités concernant le FCU

Les recommandations internationales reprises par l'Union Européenne donnent l'objectif de 80% de couverture pour le test de dépistage. La France n'est pas très bien classée comparée à ses voisins Européens dont les programmes de dépistages organisés nationaux permettent d'atteindre un taux de couverture supérieur à 70%. La Suède, par exemple, atteint un taux de couverture de 79% [16].

C'est pourquoi le nouveau Plan cancer 2014-2019 promet l'accès pour chaque femme au dépistage du cancer du col de l'utérus via un programme national de dépistage organisé. Il prévoit également des mesures pour améliorer le taux de couverture par les vaccins anti-HPV,

qui représentent la seule méthode de prévention primaire actuellement efficace (le préservatif n'étant que partiellement efficace) [17].

En Aquitaine, l'Union Régionale des Professionnels de Santé d'Aquitaine et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Gironde ont collaboré pour promouvoir le dépistage du cancer du col de l'utérus, avec le concours du Réseau de Cancérologie d'Aquitaine et celui du Collège de gynécologie du Sud-Ouest.

Cette campagne de sensibilisation régionale menée entre 2008 et 2010 a permis d'atteindre un taux de dépistage de 65.6% chez les Girondines âgées de 25 à 65 ans.

Les médecins généralistes recevaient un « profil individuel » avec une lettre expliquant le taux de dépistage de leurs patientes. Puis des campagnes d'appels téléphoniques ont été menées auprès de médecins généralistes exerçant dans les zones géographiques sous-dépistées. Enfin, des soirées de Formation Médicale Continue ont été organisées à l'attention des médecins.

Les résultats de cette campagne de sensibilisation auprès des médecins généralistes se sont révélés très positifs.

Cette action est, depuis juin 2012, renouvelée annuellement, et étendue au niveau national. Les profils de couverture par FCU, sont désormais adressés tous les ans par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAMTS) à chaque médecin généraliste de France. Ils intègrent également les FCU réalisés en milieu hospitalier [18].

De plus, il existe désormais des courriers de relance envoyés aux femmes n'ayant pas répondu au courrier personnalisé initial, suite à la déclaration d'un FCU non à jour lors d'un examen de santé périodique réalisé dans un centre d'examen de santé de l'Assurance Maladie.

Ce dispositif vise à cibler spécifiquement une population précaire, chez qui les taux de couverture de dépistage du cancer du col de l'utérus sont les plus faibles.

Pour améliorer encore le dépistage, les médecins de santé publique ont envisagé, dans un avenir proche, l'utilisation, en plus des courriers personnalisés de relance, l'envoi d'un kit

d'auto prélèvement vaginal chez les patientes perdues de vue [19]. Cette méthode n'est pas encore effective, elle est encore à l'étude.

2. Spécificités et enjeux du suivi gynécologique des femmes atteintes de pathologies psychiatriques

2.1. Revue de la littérature

En France, le suivi gynécologique des femmes atteintes de troubles mentaux n'est pas encore étudié à l'échelle nationale.

Une étude pilote réalisée en 2004 dans le cadre d'une thèse de médecine générale, montre que la qualité du suivi gynécologique des femmes d'un CMP parisien est significativement moins bonne comparée aux patientes du groupe de ville. Il existe des différences significatives en ce qui concerne : la fréquence de l'examen gynécologique (50.9% des femmes à jour dans le groupe « CMP » vs 71.9% dans le groupe « ville »), la fréquence des frottis cervico-utérins (59.6% vs 77%) et la fréquence de la mammographie pour les femmes de plus de 50 ans (51% vs 69%) [4].

Connaître les particularités du suivi gynécologique des femmes atteintes de pathologies psychiatriques doit permettre de mieux les prendre en charge.

2.2. Contraception

L'avènement de la sectorisation psychiatrique et de la psychiatrie ambulatoire dans les années 1960 a favorisé les rencontres et les relations sexuelles entre hommes et femmes dans cette population. Même s'il reste tabou, le sujet de la sexualité chez les patients atteints de troubles mentaux est important.

La décision du 6 Novembre 2012 de la Cour Administrative d'Appel de Bordeaux a précisé que la direction générale d'un centre hospitalier psychiatrique public ne peut pas empêcher les patients d'avoir une vie sexuelle à l'intérieur des unités.

Ceci rend indispensable la prescription de contraception.

On sait que le taux de grossesses non planifiées et non désirées est plus élevé chez les patientes atteintes de troubles mentaux. Elles ont également des taux plus élevés de rapports

sexuels à risques, et de rapports non consentis [20] [21]. L'éducation sexuelle dans cette population est prioritaire.

Le médecin généraliste, et le gynécologue, doivent connaître les spécificités médicales, sociodémographiques et comportementales des patientes atteintes de pathologies psychiatriques afin de veiller à fournir un conseil contraceptif adapté lors de consultations dédiées.

2.2.1. Interactions médicamenteuses

Tout d'abord, le choix de la contraception doit tenir compte des traitements psychotropes de la patiente.

Par exemple, certains anticonvulsivants utilisés en psychiatrie sont des inducteurs enzymatiques :

-Phénobarbital(Alepsal®, Gardéнал®)

-Phénytoïne (Dihydan®, Dilantin®)

-Primidone (Mysoline®)

-Carbamazepine (Tégréтол®)

-Oxcarbazepine (Trileptal®)

-Topiramate (Epitomax®)

Ils diminuent les taux plasmatiques d'œstrogènes et de progestérone, diminuant ainsi l'efficacité des contraceptions œstroprogestatives et progestatives.

En pratique, il sera donc recommandé de privilégier des méthodes barrières ou un DIU au cuivre chez les femmes prenant ces traitements.

Il en est de même pour le millepertuis parfois prescrit dans les syndromes dépressifs.

Le modafinil Modiodal® diminue également l'efficacité des contraceptions œstroprogestatives.

Par ailleurs, les contraceptions œstroprogestatives diminuent considérablement la concentration sérique de lamotrigine Lamictal®.

Lors de l'instauration d'une contraception œstroprogestative, il faudra doubler les doses de Lamictal® pour obtenir le même effet thérapeutique. De même, l'arrêt d'une contraception

œstroprogestative chez une femme traitée par lamotrigine nécessitera de prévoir une diminution de posologie de son traitement.

2.2.2. Particularités médicales

Les outils de la contraception, rapportés au champ de la psychiatrie, sont ceux de la population générale, mais ils méritent d'être analysés plus spécifiquement sous l'angle de leur innocuité, de leur efficacité, et de leur observance [22].

Il faudra prendre en compte les inconvénients mineurs pour l'œil médical, majeurs pour les patientes, de chaque contraception. Par exemple toute anomalie de saignement, dans ses excès comme dans ses absences, pourra être chargée d'un sens inattendu, obligeant à l'arrêt plus ou moins contrôlé de la contraception prescrite.

La représentation personnelle de la présence d'un corps étranger devra également être évaluée en cas de pose de DIU ou d'implant.

Les contre-indications médicales aux oestroprogestatifs devront être recherchées. Les troubles métaboliques comme la dyslipidémie, l'obésité et le diabète sont entre 1,3 et 4 fois plus élevés que dans la population générale [23], en rapport avec la prise de psychotropes, une mauvaise hygiène alimentaire, une sédentarité plus importante [24] [25] [26].

La compliance au traitement est inférieure dans cette population. Plus de la moitié des patients souffrant de pathologies psychiatriques déclare ne pas prendre leur traitement régulièrement.

Voici une liste non exhaustive des avantages et inconvénients de chaque type de contraception, adaptée au champ de la psychiatrie.

Méthodes barrières

La contraception mécanique nécessite un effort pédagogique individuel et institutionnel.

Il est important de promouvoir le préservatif pour son rôle protecteur des Infections Sexuellement Transmissibles, mais il est illusoire de l'envisager comme un outil contraceptif fiable, au vu de son indice de Pearl [10].

Contraception oestroprogestative

Les situations de contre-indication aux pilules oestroprogestatives les plus fréquentes dans la population psychiatrique seront :

- la présence d'un tabagisme actif chez une femme de plus de 35 ans
- la présence d'une obésité chez une femme de plus de 35 ans
- la présence de troubles du métabolisme lipidique
- la présence d'un diabète non équilibré
- l'hypertension non contrôlée
- les femmes migraineuses avec aura
- la dépression sévère.

La pilule posera le problème de l'observance, et les méthodes de rattrapage seront des points-clé sur lesquels insister.

Si l'anneau vaginal peut poser le problème de son insertion et de son retrait chez ces femmes, le patch contraceptif hebdomadaire ne devra pas être exclu de principe. Le coût élevé de ces méthodes est un frein à leur utilisation dans cette population.

Contraception progestative pure

La pilule progestative peut entraîner des troubles gynécologiques (spotting, aménorrhée) parfois mal tolérés par la patiente et susceptibles de mettre en échec la contraception.

La prise régulière stricte de cette contraception orale nécessite un accompagnement pour obtenir une observance optimale.

Progestatifs retards injectables

Longtemps plébiscités pour les patientes psychiatriques, ces dispositifs peuvent rendre difficile le contrôle du cycle et se compliquer d'une prise de poids majorée par la prise de traitement antidépresseurs ou neuroleptiques (Haldol®, Tofranil®, Largactil®). Ces éléments ne favorisent pas le renouvellement des injections progestatives [27].

Dispositif intra-utérin

Malgré la nulliparité, le DIU ne sera pas exclu de principe. Ses effets secondaires éventuels et le risque infectieux chez les femmes n'ayant pas de partenaire stable doivent rendre sa pose prudente. Les signes cliniques d'infection devront être expliqués à la patiente, et recherchés lors du suivi.

Son avantage majeur est son efficacité devant l'absence de défaut d'observance.

Par ailleurs la représentation mentale du corps étranger chez les femmes atteintes de troubles mentaux peut être un frein à leur prescription [28].

Implant progestatif sous-cutané

Il présente un intérêt majeur pour son observance, sa durée d'efficacité, sa fiabilité absolue si la pose est correctement effectuée, et le peu de contre-indication : seul le profil de saignement, imprévisible, ou la prise de poids, en limitera la prescription et la tolérance.

Stérilisation contraceptive

Elle a été autorisée par la loi N°-2001-588 du 04/07/2001 relative à l'Interruption Volontaire de Grossesse et à la contraception. Elle concerne uniquement les femmes majeures.

Il existe un cas particulier à cette loi : celui des personnes majeures dont l'altération des facultés mentales constitue un handicap qui a justifié son placement sous tutelle ou curatelle (article 27 – article 2123-2). Le consentement de la personne est toujours recherché : on ne peut passer outre son refus. La décision appartiendra au juge de tutelle, saisi par la personne concernée ou le représentant légal après qu'un comité d'expert (constitué de 2 spécialistes de gynécologie-obstétrique, 1 psychiatre, 2 représentants d'Association désignés par arrêté du préfet de région, 2 représentants choisis par le préfet sur une liste présentée par l'Association), ait étudié la demande, auditionné la patiente, et rendu son rapport.

Ce n'est pas une contraception à envisager en premier lieu.

Rappelons que la contraception par vasectomie chez l'homme peut être également envisagée quand cela est indiqué, car la contraception reste une problématique de couple.

2.2.3. Conseil contraceptif

La contraception proposée par le médecin doit être articulée en réseau avec les parents, éducateurs, référents si mesure de protection, psychiatres, mais doit rester le choix propre de la patiente. Il s'agit d'un choix éclairé par une information claire et loyale, adaptée à l'état de la patiente [5] [29].

L'importance du **suivi gynécologique régulier et personnalisé** permettra d'évaluer la compliance à la contraception choisie.

2.3. Frottis cervico-utérin

Les travaux publiés dans la littérature nous suggèrent que les patients atteints de troubles psychiatriques sont plus exposés à certains cancers du fait de leur habitus (en particulier l'usage de tabac), qu'ils ont moins accès aux méthodes de dépistage des cancers, et qu'ils ont un taux de mortalité plus élevé par cancer que la population générale [30] [31].

Une étude de cohorte rétrospective à l'aide de dossiers médicaux a été réalisée dans un hôpital universitaire de Toronto, sur un échantillon de femmes âgées de 20 à 69 ans. Dans cette étude, le taux de femmes souffrant de pathologies psychiatriques ayant bénéficié d'un dépistage du cancer du col de l'utérus dans les 3 années précédentes était significativement inférieur aux femmes sans pathologie psychiatrique (47.1% vs 73.7% respectivement) [32].

2.4. Grossesse

2.4.1. Caractéristiques générales de la grossesse chez les femmes atteintes de troubles psychiatriques

La grossesse, chez une femme atteinte de troubles mentaux, est une période qui nécessite un suivi spécifique. Il existe des risques d'aggravation de la pathologie psychiatrique, des risques d'effets indésirables de type foetotoxique ou tératogène pour l'enfant à naître, et des risques de retentissement sur le développement psychique de l'enfant.

L'exposition anténatale aux toxiques (opiacés, alcool) est également plus fréquente dans cette population, induisant des syndromes de sevrage chez les nouveaux nés, et l'apparition de déficits neurologiques ultérieurs.

Le tabac est également néfaste au développement du fœtus, avec le risque notamment de Retard de Croissance Intra-Utérin.

La grossesse expose ces femmes à des risques pour elles-mêmes et leur enfant, en raison de leur isolement social, de leurs faibles revenus, et de leur moindre accès aux soins somatiques qui renforcent la vulnérabilité de leur grossesse [33].

2.4.2. Psychotropes et grossesse

Les conséquences de la prise de psychotropes pendant la grossesse concernent principalement la tératogénèse (conséquence éventuelle de l'exposition aux médicaments durant la période d'embryogénèse ou organogénèse) et la fœtotoxicité (qui résulte d'une exposition in utero aux médicaments pendant la période fœtale).

Les troubles périnataux peuvent être secondaires à l'arrêt ou à l'effet cumulatif des psychotropes. Ils sont le plus souvent transitoires et bénins.

Des troubles de type neurologique ou comportemental peuvent également apparaître à long terme [34] [35].

La règle lorsque la prescription d'un tel traitement est indispensable est de privilégier les psychotropes les mieux connus.

Parmi les antidépresseurs, la plupart des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine comme la Fluoxétine (PROZAC®) et les imipraminiques ne sont ni foetotoxiques ni tératogènes.

En revanche, la Paroxétine (DEROXAT®) pourrait être associée à une légère augmentation des malformations cardiaques.

Les tricycliques peuvent donner des effets atropiniques néonataux (tachycardie, rétention urinaire, troubles de la succion, convulsions).

Les anxiolytiques les plus étudiés sont les benzodiazépines.

Si leur utilisation est indispensable, il faut préférer le Nordazepam en début de grossesse, et l'Oxazepam, de demi-vie brève, en fin de grossesse selon Le Centre Référent des Agents Tératogènes.

Ils peuvent entraîner une augmentation du risque de fentes labio-palatines.

Des syndromes de sevrages (agitation, angoisse, hyperexcitabilité, convulsions) néonataux sont décrits lors d'une prise prolongée chez la mère pendant la grossesse.

Les sels de lithium peuvent être poursuivis chez une femme souffrant de troubles bipolaires sévères bien équilibrés, à condition qu'elle ait été informée des risques encourus. Néanmoins, la lithiémie doit être proche du seuil minimal thérapeutique. La lithiémie et la fonction cardiaque doivent être monitorés chez le nouveau-né, car la prise de sels de lithium pendant la grossesse est associée à une augmentation du risque de malformation cardiaque (maladie d'Ebstein). Les sels de lithium exposent également à une hypotonie néonatale.

La Carbamazépine expose le fœtus à une augmentation significative du risque de malformation du tube neural (spina bifida 1% des grossesses), de cardiopathies, de dysmorphies craniofaciales et de microcéphalie.

Le Valproate et ses dérivés exposent à une augmentation du risque de spina bifida (5% des grossesses), d'anomalies cardiaques, de dysmorphies craniofaciales, de malformation des membres, de néphropathie et de RCIU.

La Carbamazépine et le Valproate exposent le nouveau-né à un risque de syndrome hémorragique.

Le Valproate et ses dérivés sont désormais soumis à des conditions de prescription strictes, avec recueil du consentement des patientes (Annexe 1).

Pour les antipsychotiques, il faudra privilégier des monothérapies à dose efficace. On sait notamment que les phénothiazines n'entraînent pas de risque accru de malformations.

L'halopéridol ne serait pas tératogène.

Il n'existe que peu d'études sur les antipsychotiques récents.

Des cas de syndromes malins des neuroleptiques, occlusions intestinales, dyskinésies, effets secondaires extrapyramidaux chroniques sont décrits chez les nourrissons des mères sous antipsychotiques.

2.5. Enjeux du suivi gynécologique chez les patientes souffrant de pathologies psychiatriques

Sur le plan médical, les comorbidités fréquentes des femmes atteintes de troubles mentaux imposent une réévaluation régulière de leur contraception, pour vérifier si elle est toujours adaptée, et s'il n'existe pas d'interactions médicamenteuses avec les psychotropes employés.

Renforcer le dépistage du cancer du col de l'utérus par FCU permettra de limiter le retard au diagnostic médical de cette néoplasie dans cette population.

D'un point de vue psychiatrique, la grossesse étant une période à risque, des discussions autour de la sexualité et de la planification familiale ainsi que de la contraception sont nécessaires afin de limiter le risque de grossesse non désirée.

En cas de grossesse, la femme sera orientée vers une unité de soins spécifiques pour optimiser son suivi global.

Sur les plans social et personnel, il faut encadrer les femmes souffrant de pathologies psychiatriques afin de leur permettre d'accueillir l'enfant à venir dans les meilleures conditions possibles.

3. Synthèse

Ces recherches nous ont amené à nous poser la question de recherche suivante :

« Au sein de l'hôpital psychiatrique Charles Perrens de Bordeaux, quel est le statut gynécologique des femmes en âge de procréer ? »

Notre hypothèse était que les femmes hospitalisées à Charles Perrens étaient moins bien suivies et moins bien dépistées en gynécologie que la population générale.

L'objectif principal de cette étude était de déterminer le statut gynécologique des femmes en âge de procréer hospitalisées à Charles Perrens.

Les objectifs secondaires étaient d'observer :

- La fréquence de la contraception, et les types de contraception employés.
- Le nombre moyen de grossesses et d'enfants par femme.
- La fréquence du suivi gynécologique, considéré comme optimal sur cette tranche d'âge, avec un examen gynécologique annuel pour les femmes ayant une contraception, et avec un FCU datant de moins de 3 ans pour les femmes âgées de plus de 25 ans.
- La fréquence des conduites sexuelles à risque ayant bénéficié d'un dépistage.
- L'existence d'un suivi gynécologique externe, et son type.
- La présence d'interactions entre méthodes contraceptives et psychotropes.
- Les situations à risque tératogène.
- Les facteurs prédictifs de mauvais suivi gynécologique.
- La représentation du suivi gynécologique.

Pour répondre à nos objectifs nous avons réalisé une étude descriptive observationnelle au moyen d'un questionnaire.

MATERIEL ET METHODES

1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive, observationnelle, horizontale, déclarative.

2. Population étudiée

Les patientes âgées de 18 à 49 ans en hospitalisation complète à Charles Perrens étaient incluses dans l'étude.

Les critères d'exclusion étaient :

- être hospitalisée aux urgences psychiatriques (Service d'Evaluation de Crise et d'Orientation Psychiatrique),
- refuser de répondre au questionnaire après une information claire et adaptée,
- être sous tutelle,
- avoir un état psychique incompatible avec la réalisation de l'étude selon le psychiatre référent.

3. Matériel

Afin de répondre à nos questions d'étude, nous avons élaboré un questionnaire (Annexe 2).

Les informations suivantes étaient recueillies :

- **Données sociodémographiques concernant les patientes :**
 - âge : en années,
 - médecin traitant référent,
 - couverture sociale,
 - catégorie socioprofessionnelle, selon le modèle de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques,
 - type de revenus,
 - état civil.
- **Données concernant les antécédents médicaux généraux et psychiatriques :**
 - consommation de tabac, d'alcool, et d'autres substances psycho-actives,
 - pathologie(s) psychiatrique(s), selon la Classification Internationale des Maladies -10^{ème}

édition, utilisée par le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information,

- traitements psychotropes à l'entrée, classée en plusieurs catégories (neuroleptiques, thymo-régulateurs, anxiolytiques, hypnotiques, autres médicaments).

- **Données concernant les antécédents gynécologiques**

- nombre : de grossesses, d'enfants, d'interruption de grossesse (IVG ou Interruption Médicale de Grossesse), de Fausses Couches Spontanées,

- présence d'une grossesse en cours,

- ménopause,

- troubles du cycle,

- contraception actuelle,

- observance de la contraception,

- rapports sexuels à risque dans l'année passée,

- dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles.

- **Données concernant le suivi gynécologique**

- existence d'un suivi gynécologique,

- lieu de suivi,

- date du dernier examen gynécologique, et personne l'ayant réalisé,

- motif(s) de la dernière consultation de gynécologie,

- connaissance de la consultation de gynécologie à Charles Perrens,

- date du dernier FCU si femme âgée de 25 ans ou plus,

- **Données évaluant le ressenti des patientes par rapport à leur suivi gynécologique**

- évaluation personnelle du suivi gynécologique,

- motifs de mauvais suivi,

- freins à la prise du rendez-vous de gynécologie.

4. Recueil des données

Il s'agissait d'une enquête réalisée par entretiens semi-dirigés individuels.

La période d'inclusion s'est étendue du **1er au 12 juin 2015**.

Le Dr Chantal BERGEY avait préalablement informé par courrier électronique les responsables d'unité de l'hôpital Charles Perrens de la réalisation d'un travail de thèse.

L'enquêtrice s'est ensuite présentée aux différents services, pour décrire son travail et remettre une lettre d'information aux personnels soignants et aux responsables d'unités (Annexe 3). Une date d'enquête était alors fixée pour chacun des services.

Une seule et même personne a réalisé tous les entretiens.

Les entretiens avaient lieu soit dans les chambres personnelles des femmes hospitalisées à Charles Perrens, soit dans des lieux dédiés (bureau médicaux, salles d'accueil). Ils étaient réalisés en présence d'un soignant de confiance si la patiente en exprimait le besoin. Ils duraient 5 à 10 minutes.

L'enquêtrice interrogeait à la date choisie par chaque unité les femmes correspondant aux critères d'inclusion après présentation du travail et recueil du consentement écrit, daté et signé de la patiente (Annexe 4).

Un numéro d'anonymat était attribué par l'enquêtrice au moment du recueil des données. Seule l'enquêtrice disposait de la liste d'anonymat.

Le questionnaire servait de support papier à l'entretien, que l'enquêtrice gardait et remplissait elle-même au fur et à mesure de la discussion.

Puis un travail de vérification des données était réalisé pour chaque patiente, grâce au logiciel médical de l'hôpital Charles Perrens : Hopital Manager ®. Les données manquantes éventuelles étaient complétées.

Le nom du service, le nombre total de patients par service le jour de l'enquête, le nombre de patientes interrogées, le nombre de femmes refusant de répondre au questionnaire et celles étant récusées par les psychiatres étaient colligés dans un tableau (Annexe 5).

5. Analyse des données

La saisie des données a été réalisée de façon informatique grâce à Googleforms, à partir des données anonymisées.

Ces données ont ensuite pu être exploitées grâce au logiciel Microsoft Office Excel 2003®.

6. Aspects éthiques

Les femmes sous tutelle et les mineures étaient exclues car leur consentement personnel n'était pas recevable d'un point de vue légal.

Les femmes interrogées ont signé un consentement écrit, après explication préalable du traitement des données.

Ces consentements ont été conservés par l'enquêtrice dans le cadre de la thèse.

La procédure d'anonymat a été respectée.

Cette enquête a eu l'accord de Mme Chantal Durand, référent de la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL) pour l'université de Bordeaux le 20/03/2014 (Annexe 6).

RESULTATS

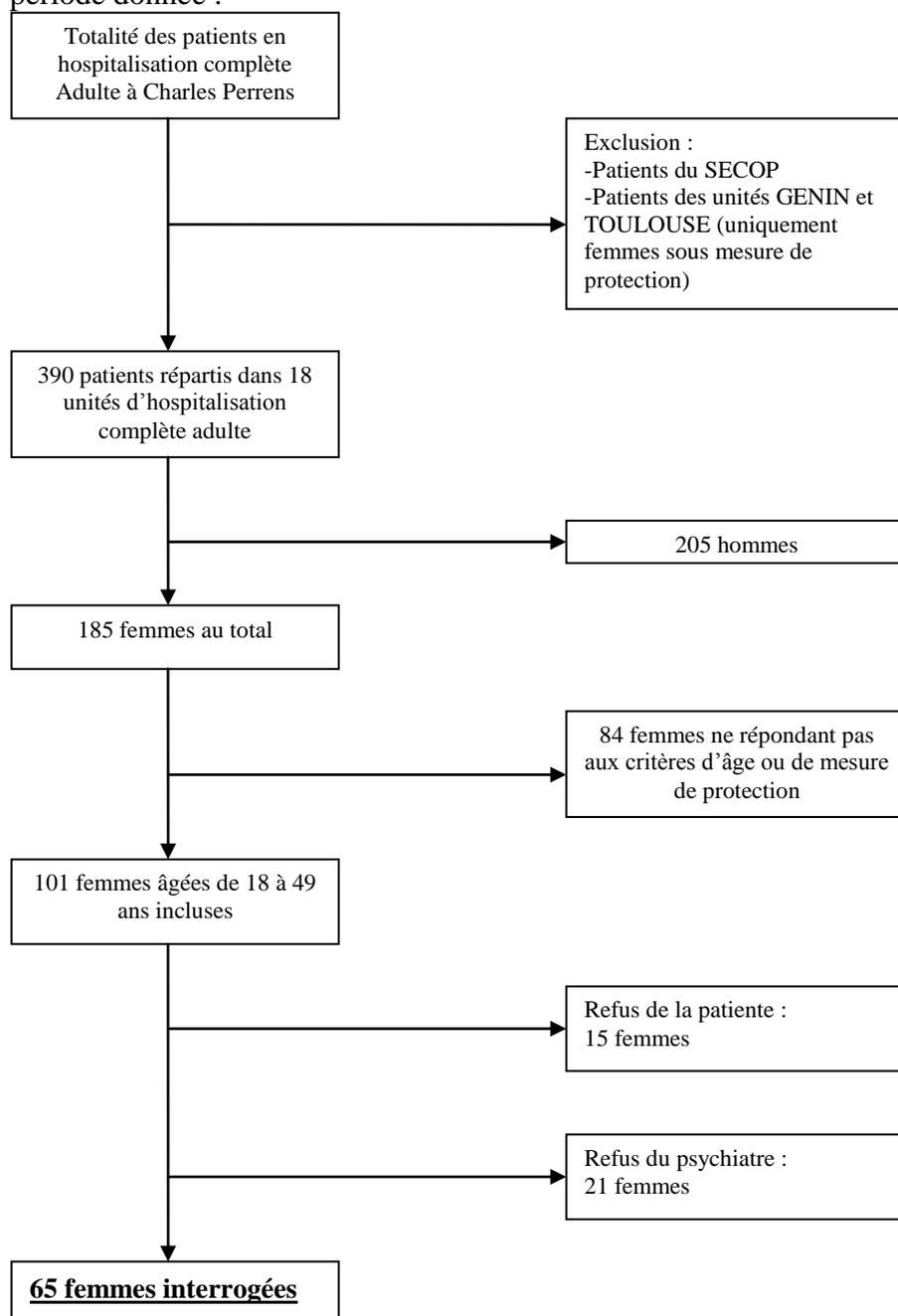
65 patientes ont été interrogées sur la période donnée.

15 patientes ont refusé de répondre au questionnaire.

21 patientes ont été dispensées par le psychiatre référent du service pour motif psychiatrique.

1. Diagramme de flux

Processus de sélection et participation des femmes hospitalisées à Charles Perrens, sur une période donnée :



2. Description de la population étudiée

2.1. Caractéristiques sociodémographiques

2.1.1. Age

L'âge moyen était 36,75 ans.

La médiane était de 37 ans.

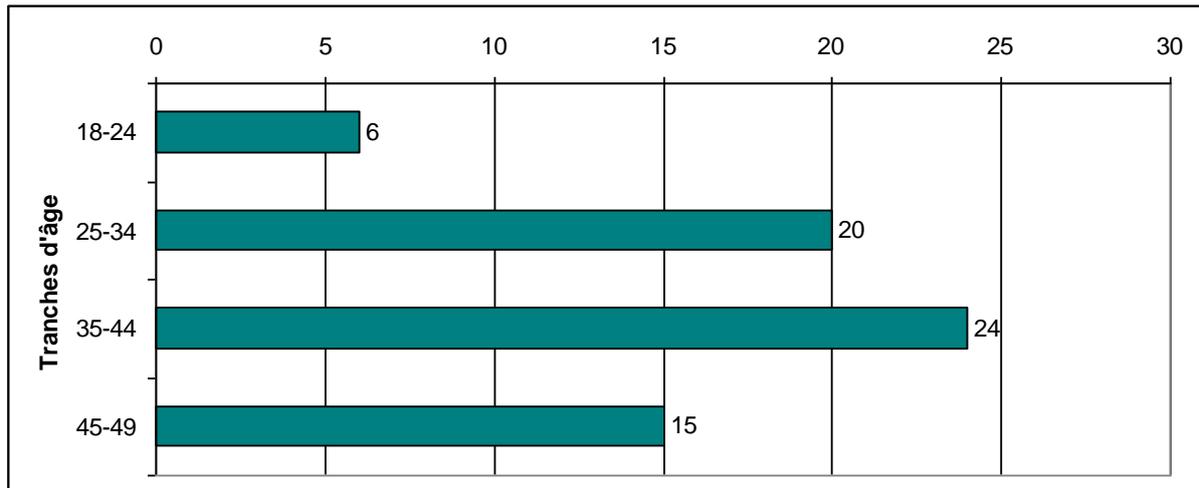


Figure 4 : Répartition par tranche d'âge de la population (n=65)

La catégorie de femme la plus représentée dans notre étude était celle des 35 à 44 ans, qui représentait 37% de notre population.

2.1.2. Médecin traitant

55 femmes (85%) déclaraient avoir un médecin traitant au moment de l'enquête.

8 femmes n'avaient pas de médecin traitant, et 2 femmes ne savaient plus si elles en avaient un.

2.1.3. Couverture sociale

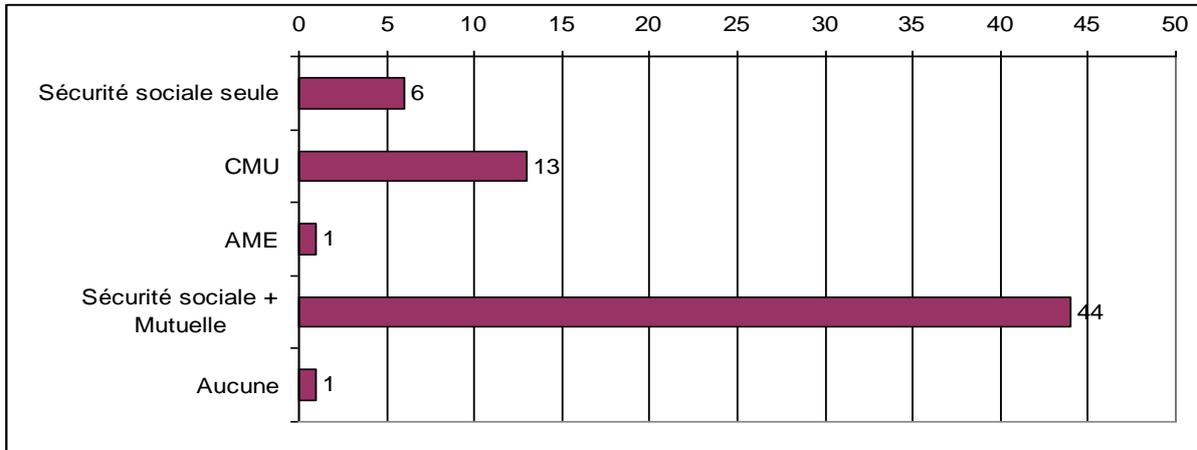


Figure 5 : Répartition de la population en fonction du type d'assurance santé (n=65)

2.1.4. Catégorie socioprofessionnelle

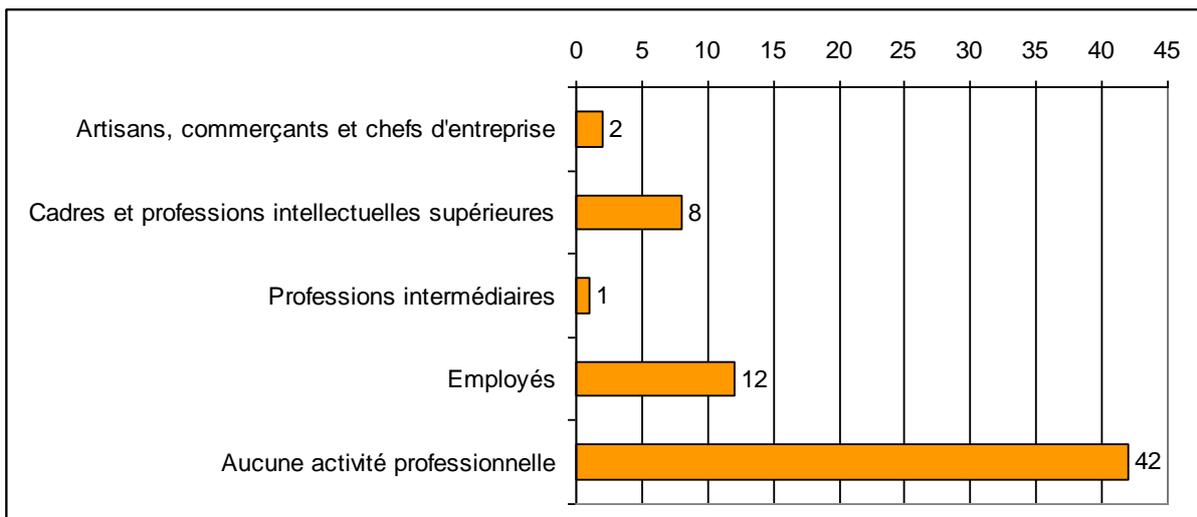


Figure 6 : Répartition de la population selon la catégorie socioprofessionnelle (n=65)

Près de 2 femmes sur 3 étaient n'avaient aucune activité professionnelle dans notre étude.

2.1.5. Revenus

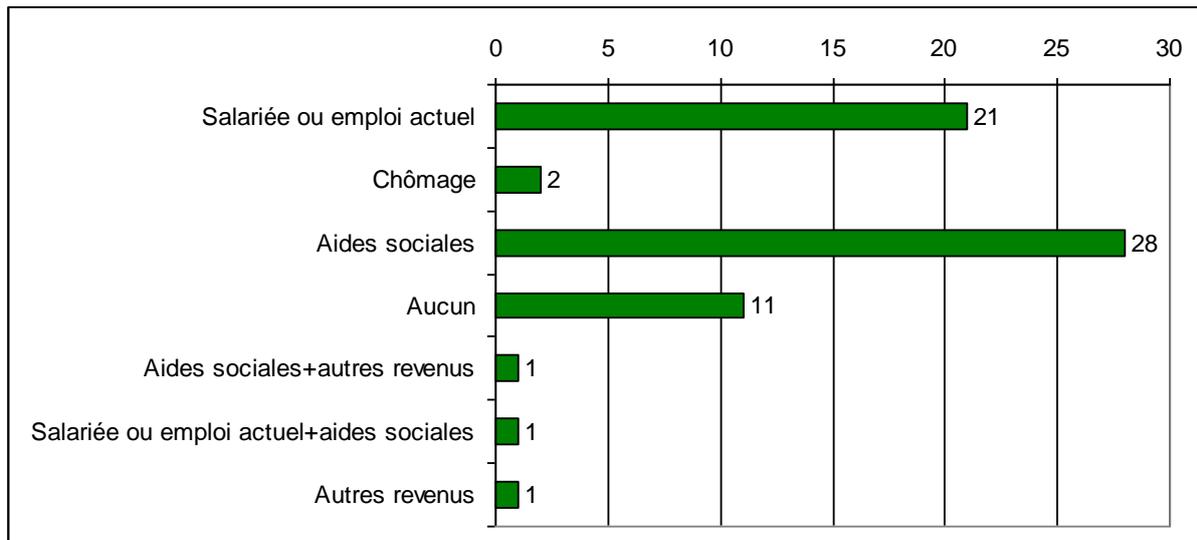


Figure 7 : Répartition de la population selon les revenus (n=65)

Les « autres revenus » étaient représentés par des rentes immobilières ou une aide financière de la famille.

43% des femmes bénéficiaient d'aides sociales (notamment l'Allocation aux Adultes Handicapés et le Revenu de Solidarité Active).

2.1.6. Etat civil

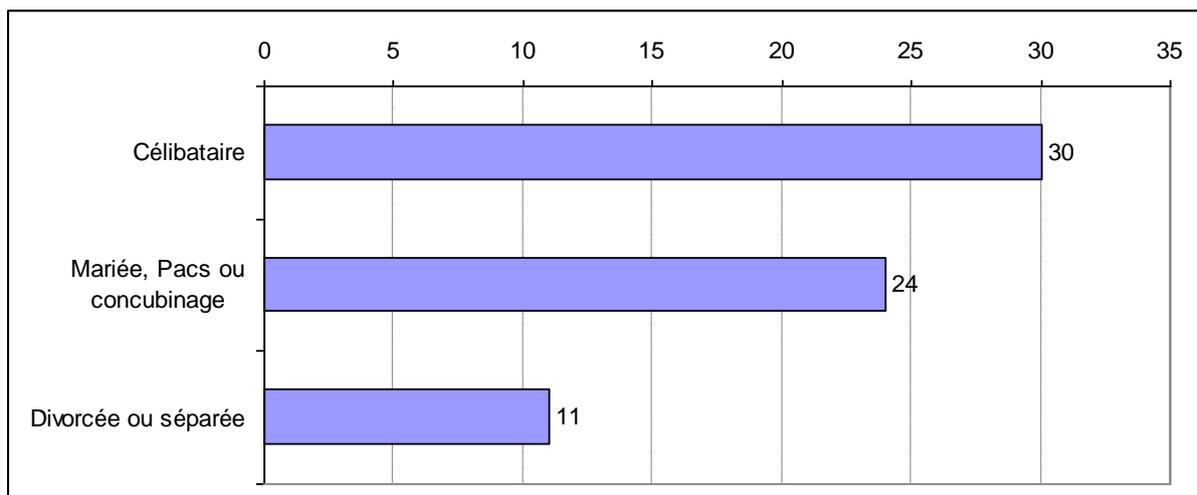


Figure 8 : Répartition de la population selon l'état civil (n=65)

Aucune femme interrogée n'était veuve.

46 % des femmes étaient célibataires.

Caractéristiques sociodémographiques

Dans notre étude, l'âge moyen des femmes était de 36,75 ans.

6 femmes avaient entre 18 et 25 ans, 20 femmes entre 25 et 35 ans, 24 femmes entre 35 et 45 et 15 femmes avaient entre 45 et 49 ans.

85% des femmes avaient un médecin traitant déclaré.

Deux tiers des femmes disposaient de la sécurité sociale associée à une mutuelle.

Seulement 32% des femmes interrogées avaient un emploi.

Près d'une femme sur deux était célibataire au moment de l'enquête.

2.2. Caractéristiques médicales

2.2.1. Consommation de tabac

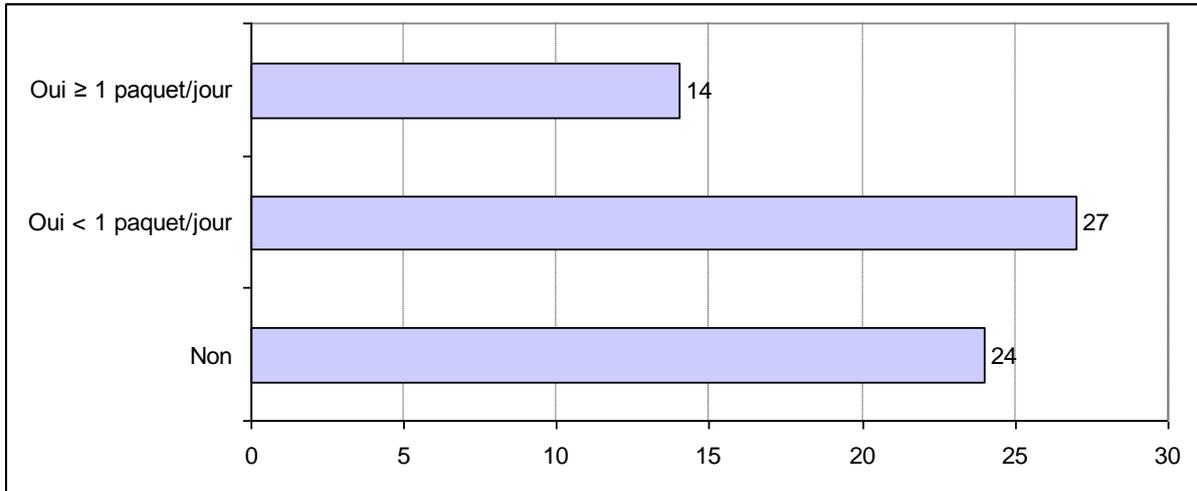


Figure 9 : Consommation de tabac (n=65)

Près de 2/3 des femmes fumaient régulièrement.

2.2.2. Consommation d'alcool

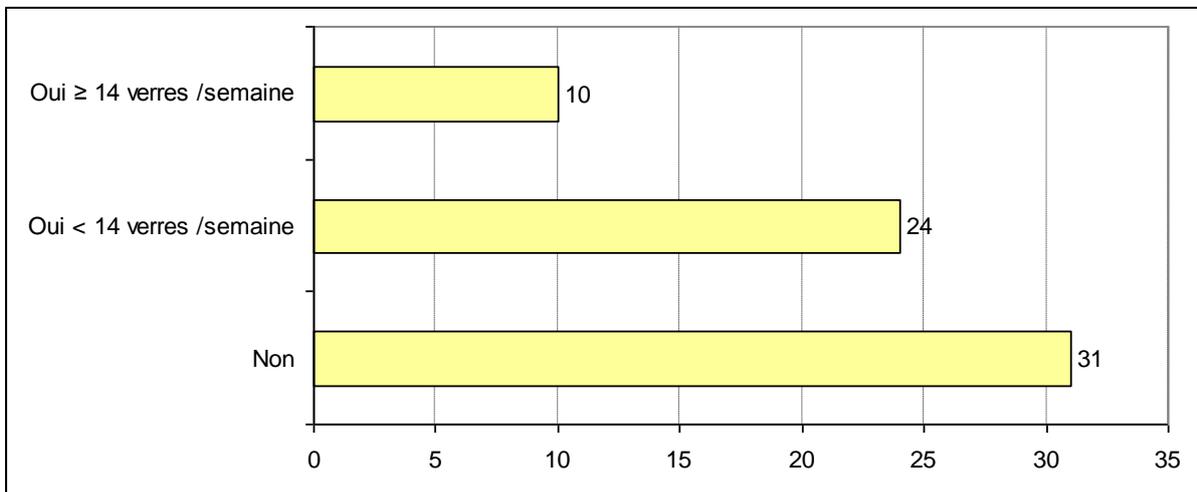


Figure 10 : Consommation d'alcool (n=65)

15% des femmes interrogées déclaraient une consommation d'alcool supérieure aux recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé.

2.2.3. Consommation d'autres Substances Psycho-Actives

28% des femmes consomment d'autres SPA.

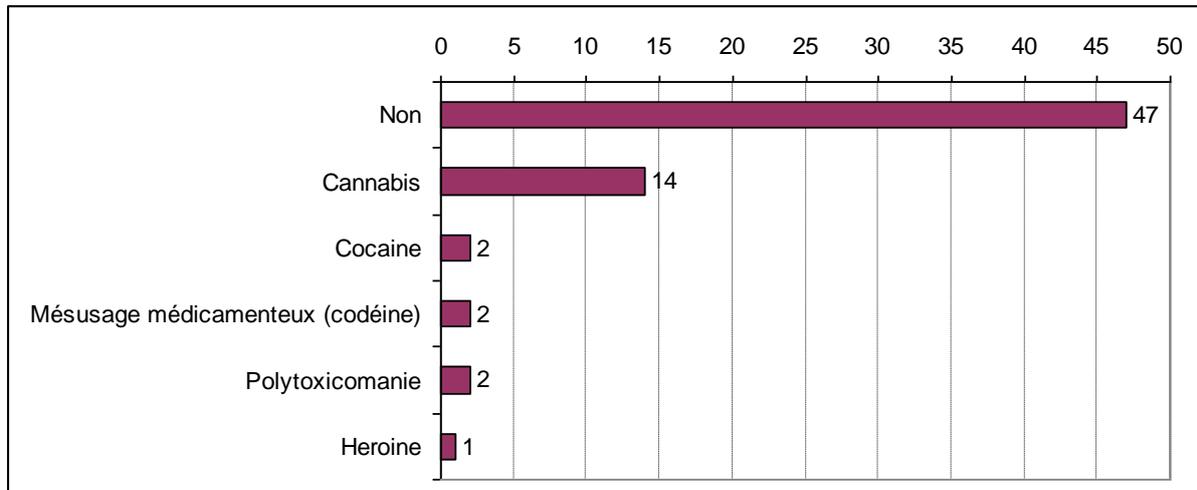


Figure 11 : Consommation d'autres substances psycho-actives (n=65)

La SPA la plus fréquemment consommée dans notre population était le cannabis.

Aucune des patientes interrogées ne déclarait l'usage d'amphétamines seul.

2.2.4. Pathologies psychiatriques

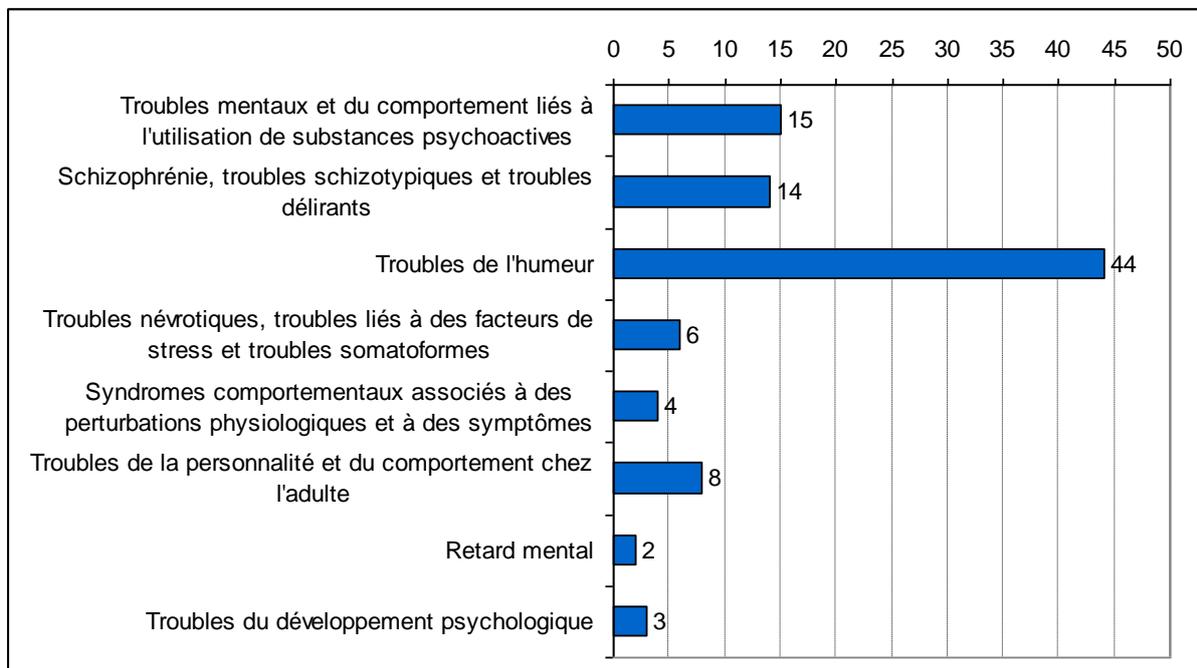


Figure 12 : Répartition de la population en fonction des pathologies psychiatriques (n= 65)

Pour cette question à choix multiples, sur les 65 femmes interrogées, 41 étaient suivies pour une seule pathologie psychiatrique, et 24 femmes étaient polypathologiques.

Les troubles de l'humeur étaient les diagnostics les plus fréquents chez les femmes interrogées.

2.2.5. Traitements à l'entrée

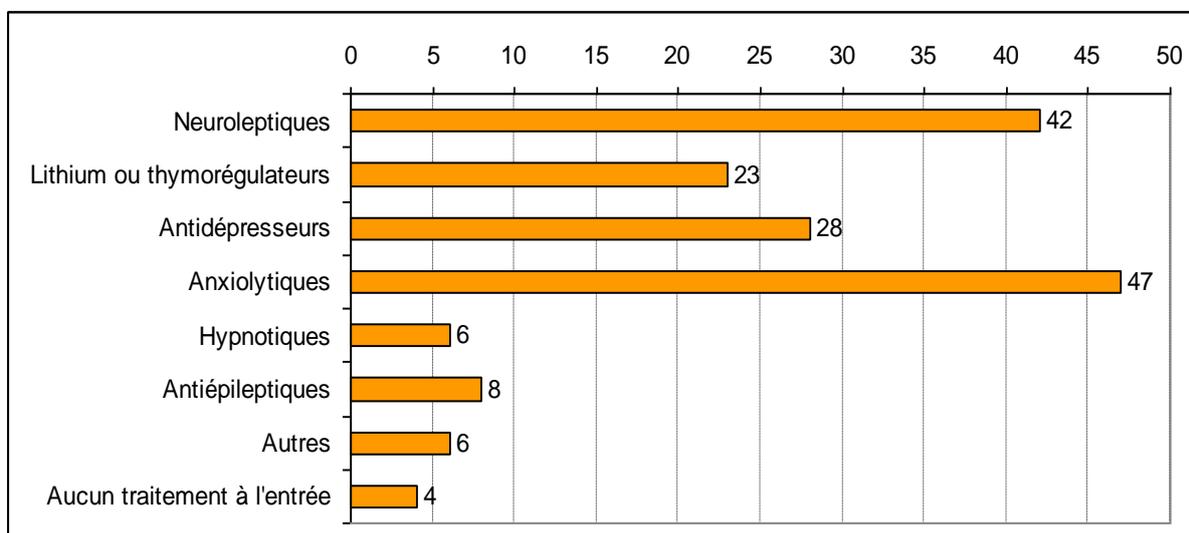


Figure 13 : Répartition de la population selon le traitement à l'entrée (n=65)

Pour cette question à choix multiples, sur les 65 femmes de notre étude :

4 femmes n'avaient aucun traitement à l'entrée à l'hôpital Charles Perrens, 10 femmes n'avaient qu'un seul traitement et 51 femmes prenaient plusieurs psychotropes de classes différentes.

La classe médicamenteuse la plus souvent prescrite était les anxiolytiques (72% des femmes en prenaient).

Dans « autres traitements », on retrouvait des traitements substitutifs aux opiacés (Subutex®, Méthadone®), et des traitements du sevrage alcoolique (Revia®, Aotal®, Baclofène®).

Caractéristiques médicales

Sur les 65 femmes interrogées, 1 femme sur 5 fumait plus d'un paquet par jour.

15% des femmes avaient une consommation d'alcool « à risque » selon l'OMS.

1 femme sur 5 consommait du cannabis.

Deux tiers des interrogées présentaient un trouble de l'humeur.

78% des femmes avaient plusieurs traitements psychotropes à l'entrée à Charles Perrens.

Les classes médicamenteuses les plus souvent prescrites étaient les anxiolytiques et les neuroleptiques.

2.3. Données concernant les antécédents gynécologiques

2.3.1. Gestité

Le nombre moyen de grossesses par femme était 1,78.

La médiane était 1.

2.3.2. Parité

Le nombre moyen d'enfant par femme dans cette étude était 1.

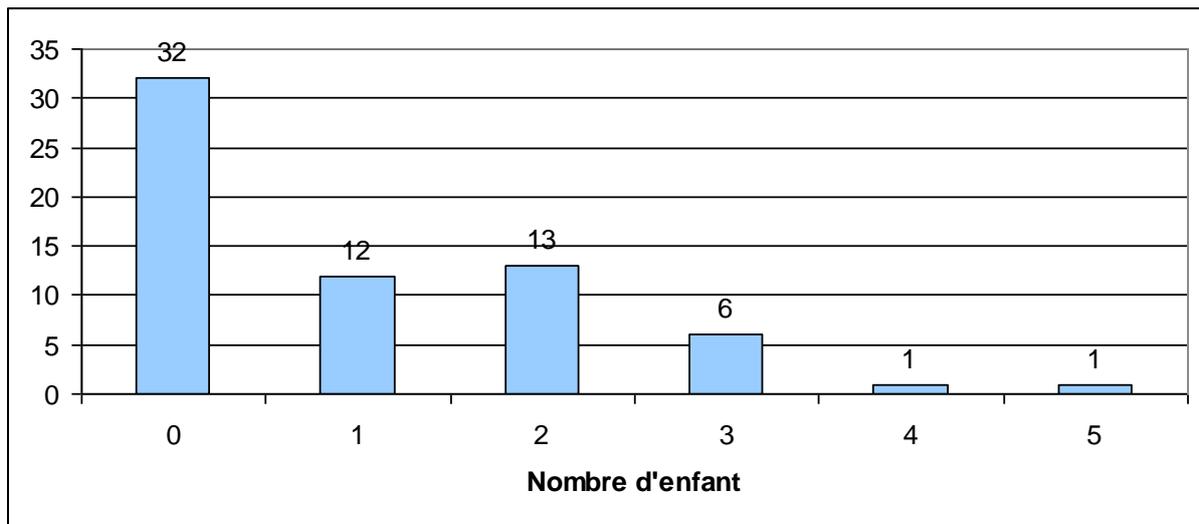


Figure 14 : Répartition des femmes selon leur parité (n=65)

Dans notre population, 1 femme sur 2 n'avait pas d'enfant.

Le nombre maximum d'enfant était de 5, chez 1 femme, qui avait notamment eu des jumeaux.

2.3.3. Nombre d'interruption de grossesse

Le nombre d'interruption de grossesse moyen était de 0,46.

Ces interruptions de grossesse étaient toutes des IVG. Aucune patiente ne signalait une IMG dans ses antécédents.

44 femmes (67.7%) n'avaient jamais eu d'interruption de grossesse.

15 femmes avaient déjà eu une interruption de grossesse (23.1%).

6 femmes en avaient eu plusieurs (9.2%).

2.3.4. Nombre de FCS

Le nombre de FCS moyen était 0,23.

54 femmes (83.1%) n'avaient jamais subi de fausse couche spontanée.

8 femmes en rapportaient une.

3 en avaient fait plusieurs, dont une femme qui avait fait 8 fausses couches spontanées.

2.3.5. Grossesse en cours

1 seule femme était enceinte dans notre étude.

2.3.6. Ménopause

5 femmes étaient ménopausées (7.7%).

2 avaient subi une intervention de stérilisation contraceptive par le passé, et 1 avait encore son DIU hormonal. Des bilans biologiques avaient pu confirmer la ménopause.

2.3.7. Troubles du cycle

14 femmes présentaient des troubles du cycle de type aménorrhée secondaire (21.5%).

Les causes identifiées d'aménorrhée secondaire étaient : la prise de neuroleptiques, le type de contraception (implant, DIU hormonal, pilule) et la pathologie psychiatrique dans 1 cas (anorexie mentale).

2.3.8. Contraception

Sur les 60 femmes en âge de procréer, non ménopausées, 1 femme sur 4 n'a aucune méthode de contraception, soit 15 femmes.

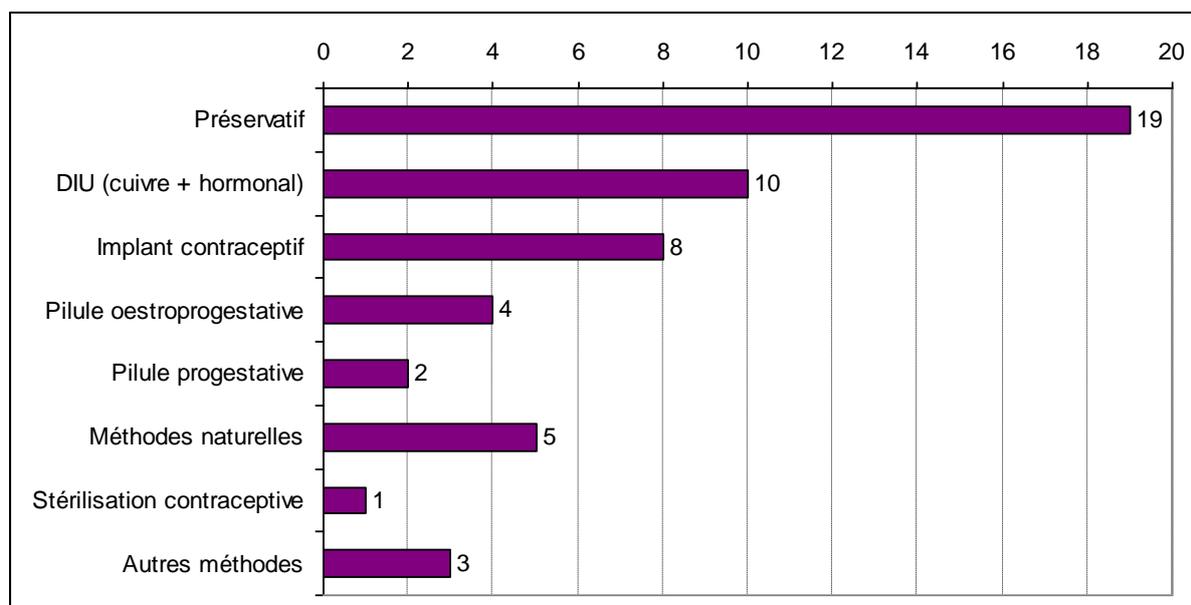


Figure 15 : Répartition selon la contraception chez les femmes non ménopausées (n=45)

Aucune femme n'était sous progestatif injectable.

Pour cette question à choix multiples, 7 femmes combinaient plusieurs méthodes contraceptives.

55% des femmes utilisaient une méthode contraceptive **très efficace** (DIU, implant contraceptif et stérilisation) ou **très efficace si bonne utilisation** (pilule oestroprogestative ou progestative, d'après la classification des contraceptions selon l'indice de Pearl).

12 femmes utilisaient exclusivement le préservatif comme méthode de contraception.

3 femmes utilisaient « implant + préservatifs », 3 femmes « préservatifs + méthodes naturelles » et 1 femme utilisait « préservatifs + pilule du lendemain ».

Les « autres méthodes » étaient représentées dans 2 cas par la pilule du lendemain, et dans 1 cas par l'Androcur®.

2.3.9. Méthodes de contraception selon les catégories d'âge

Si on regroupe cette fois dans « autres méthodes » les femmes ayant répondu « pilule du lendemain », « méthode naturelle », « androcur + provames » ou « préservatif + pilule du lendemain » et « préservatif + méthodes naturelles », nous obtenons cette répartition par tranche d'âge.

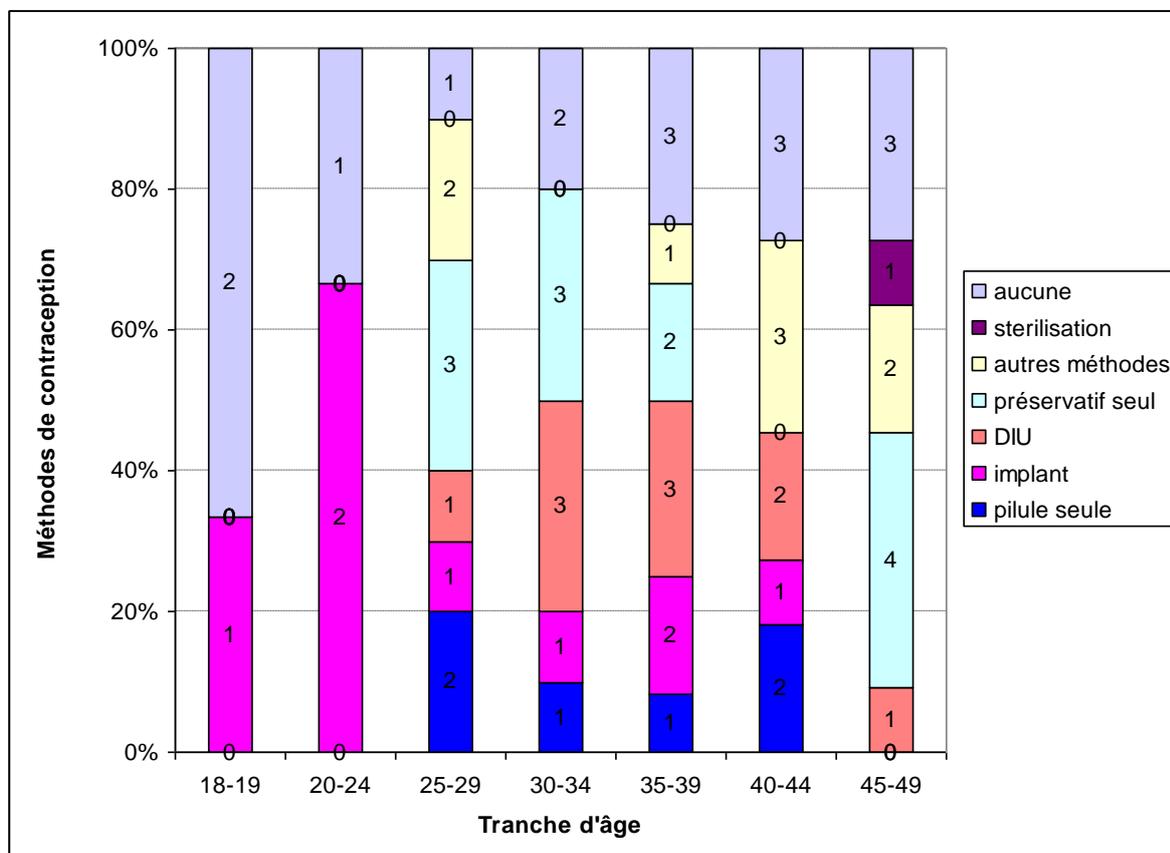


Figure 16 : Méthodes de contraception selon la tranche d'âge (n=60)

Aucun cas de vasectomie chez le partenaire n'a été rapporté par une patiente.

Aucune femme n'utilisait le patch contraceptif ni l'anneau vaginal.

Aucune femme n'utilisait l'association pilule+préservatifs.

2.3.10. Observance de la contraception

Parmi les 22 femmes intéressées par la question sur l'observance :

12 utilisaient le préservatif seul ;

4 utilisaient le préservatif plus une autre méthode ;

4 utilisaient la pilule oestroprogestative seule ;

2 utilisaient la pilule microprogestative seule.

Sur ces 22 femmes, 18 (82%) n'avaient fait aucun oubli au cours du mois précédent, et 4 (18%) avaient fait plusieurs oublis.

2.3.11. Rapports sexuels à risque dans l'année passée

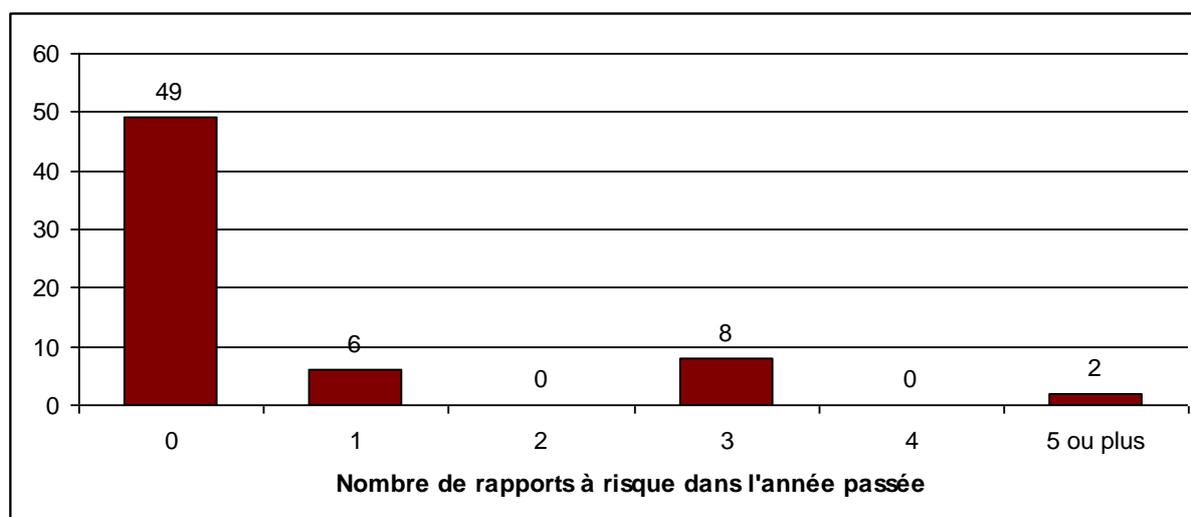


Figure 17 : Répartition de la population selon le nombre de rapports sexuels à risque dans l'année passée (n=65)

24,6% des femmes avaient eu au moins 1 rapport sexuel à risque dans l'année passée.

2.3.12. Dépistage des IST

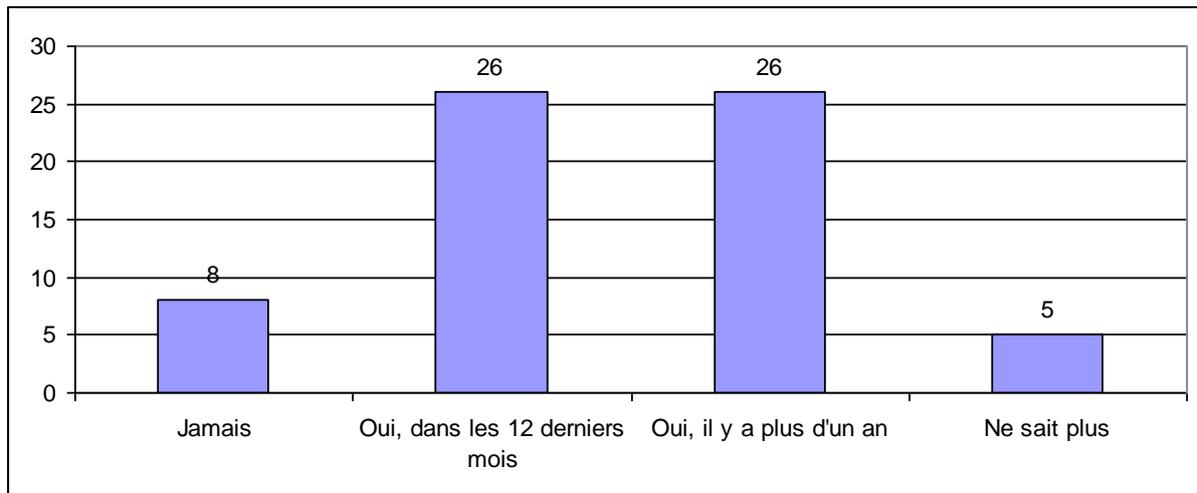


Figure 18 : Répartition de la population selon le dépistage des IST (n=65)

80% des femmes interrogées ont déjà eu un test de dépistage des IST.

Parmi les 16 patientes ayant eu des rapports sexuels à risque dans l'année passée :

1 femme ne sait plus si elle a bénéficié d'un dépistage des IST (6.25%),

13 femmes ont eu un dépistage des IST il y a moins d'un an (81.25%),

2 femmes ont eu un dépistage il y a plus d'un an (12.5%).

Antécédents gynécologiques

Le nombre moyen d'enfants par femme dans notre étude était de 1.

Une femme sur trois avait déjà subi une interruption de grossesse.

5 femmes étaient ménopausées.

Parmi les femmes non ménopausées, 1 femme sur 4 n'avait pas de moyen de contraception.

Plus de 4 femmes sur 5 ayant eu des rapports sexuels à risque dans l'année passée avait bénéficié d'un dépistage des IST.

2.4. Données concernant le suivi gynécologique

2.4.1. Type de suivi gynécologique

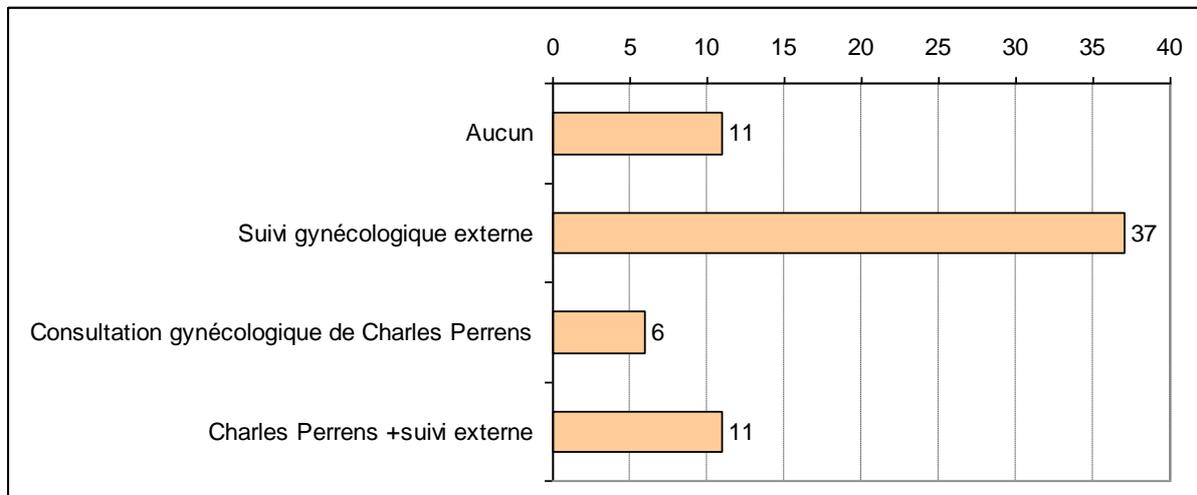


Figure 19 : Répartition de la population selon le type de suivi gynécologique (n=65)

1 femme sur 4 avait déjà bénéficié d'une consultation au sein de Charles Perrens.

Près de 10% des interrogées n'étaient d'ailleurs suivies en gynécologie qu'à Charles Perrens.

2.4.2. Lieu de suivi pour les femmes suivies en consultations externes

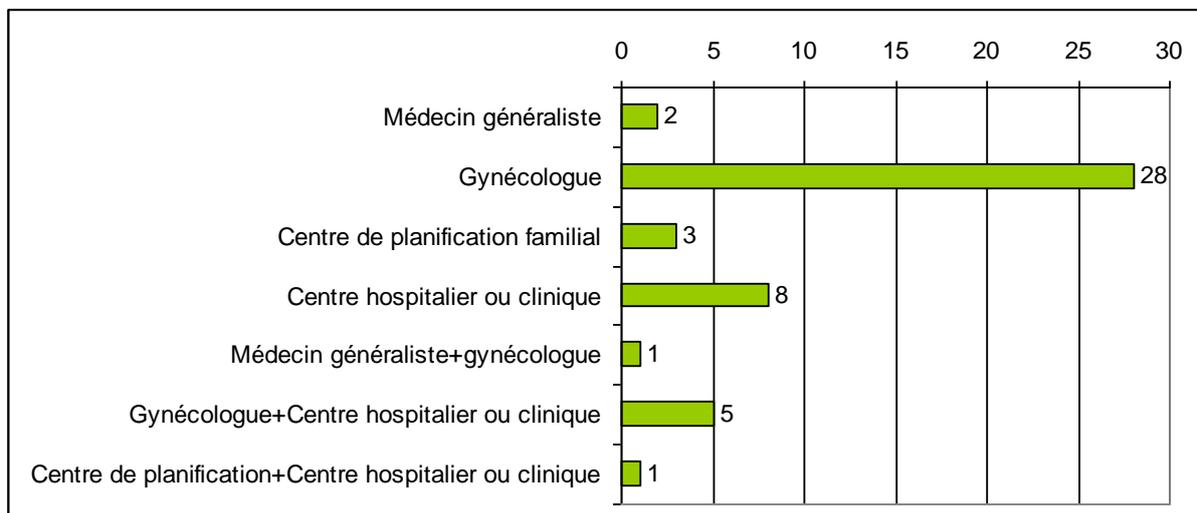


Figure 20 : Répartition selon le lieu de suivi externe (n=48)

58% des femmes suivies à l'extérieur de Charles Perrens consultaient des gynécologues libéraux.

7 femmes consultaient sur plusieurs sites.

2.4.3. Personne ayant réalisé le dernier examen gynécologique

54 femmes dans notre population déclaraient avoir un suivi gynécologique régulier.

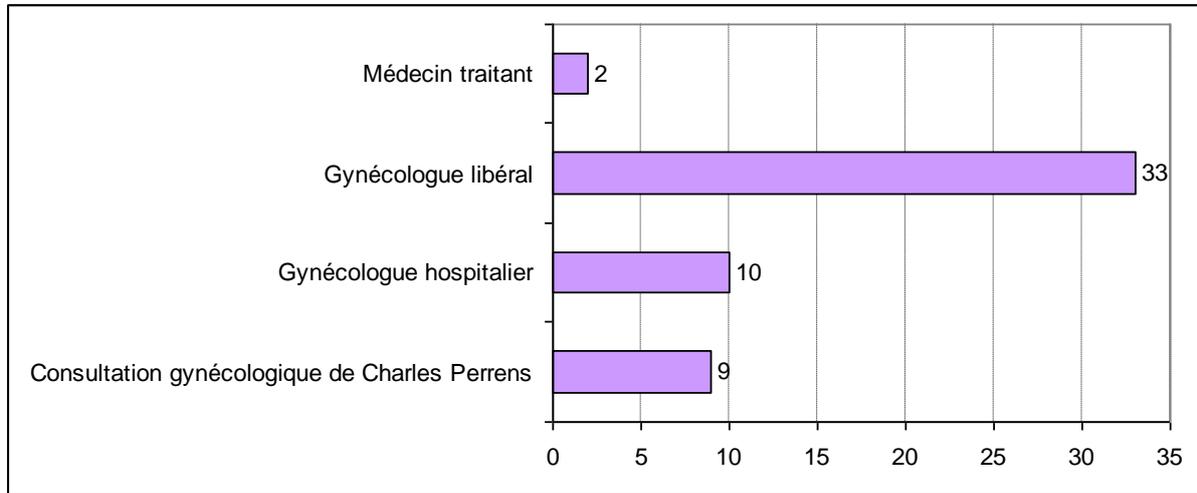


Figure 21 : Répartition selon la personne ayant réalisé le dernier examen gynécologique chez les femmes ayant un suivi gynécologique (n=54)

Parmi les 54 femmes interrogées ayant déclaré avoir un suivi gynécologique régulier, **9 femmes (17%)** avaient bénéficié de leur dernière consultation de suivi gynécologique à **Charles Perrens**.

Plus de la moitié des femmes avaient consulté un gynécologue libéral lors de leur dernière consultation.

2.4.4. Motifs de la dernière consultation de gynécologie

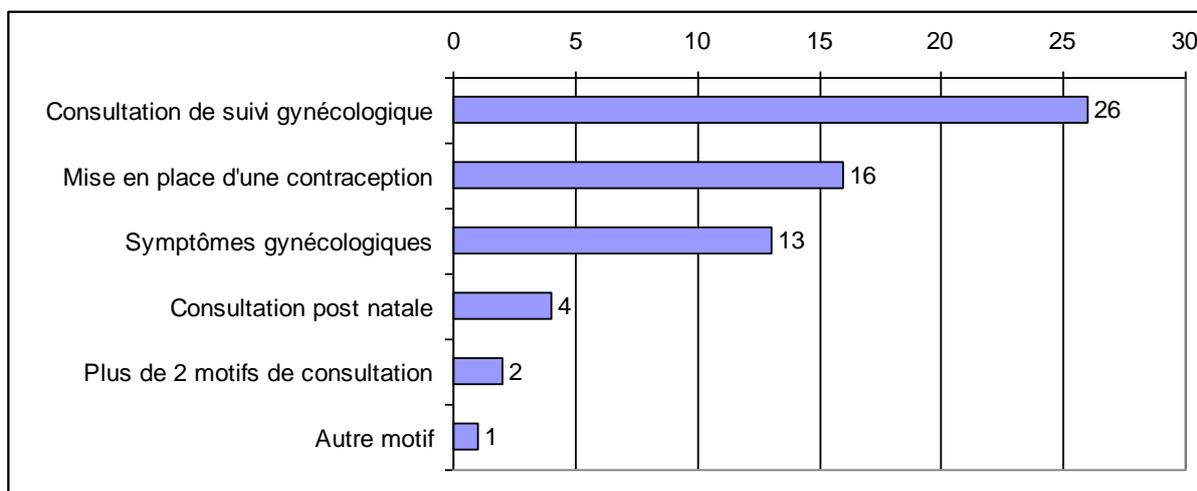


Figure 22 : Répartition selon le ou les motifs de consultation en gynécologie (n=54)

Les motifs principaux de la dernière consultation de gynécologie étaient : un rendez-vous de « suivi » (examen clinique, surveillance de contraception, et/ou réalisation d'un FCU), la mise en place d'une contraception, et des symptômes gynécologiques.

2.4.5. Date du dernier examen gynécologique si contraception

Parmi les 45 femmes non ménopausées ayant une contraception, **24 femmes avaient eu un examen gynécologique dans l'année, soit 53.3%.**

2.4.6. Connaissance de la consultation de gynécologie à Charles Perrens

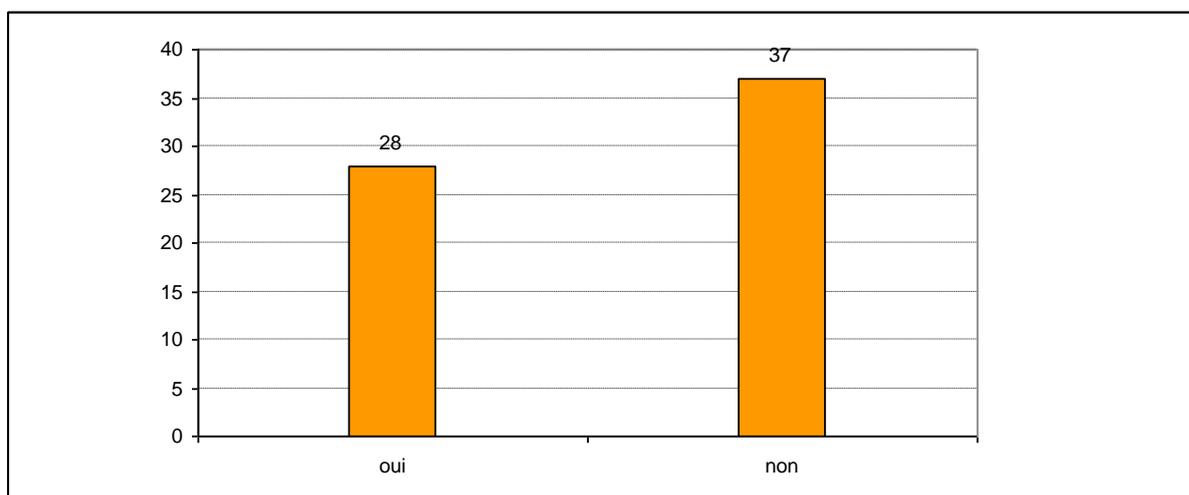


Figure 23 : Connaissance de l'existence d'une consultation de gynécologie au sein de l'hôpital Charles Perrens (n=65)

Parmi les 65 femmes interrogées dans notre étude, **plus d'une femme sur deux ne connaissait pas l'existence de la consultation de Charles Perrens.**

Parmi les 11 patientes ayant déclaré n'avoir **aucun suivi gynécologique,**

6 femmes ne connaissaient pas l'existence de la consultation de gynécologie à Charles Perrens,

5 femmes en connaissaient l'existence.

2.4.7. Date du dernier FCU si femme âgée de 25 ans ou plus

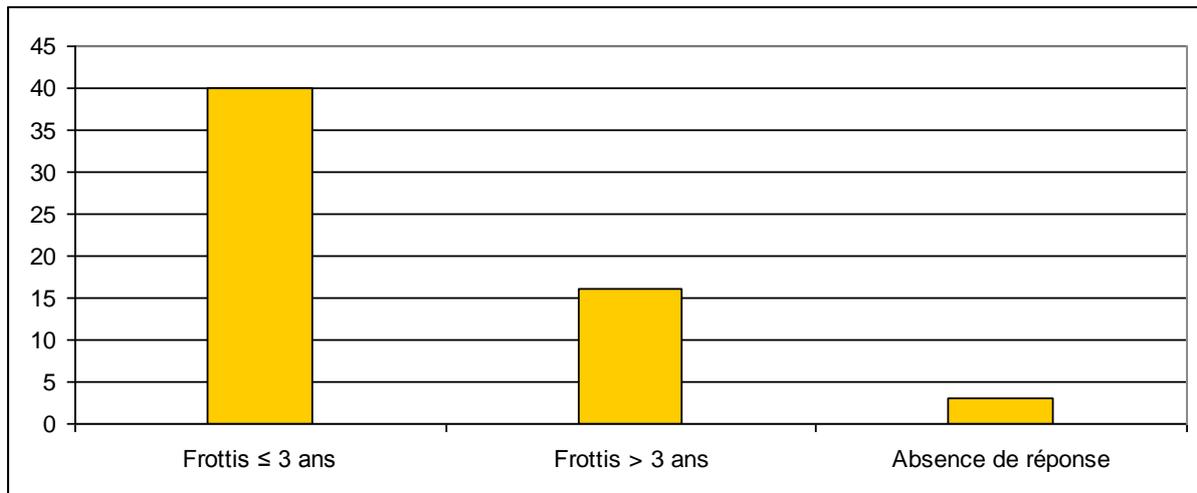


Figure 24 : Répartition de la population selon la date du dernier frottis cervico-utérin chez les femmes \geq à 25 ans

68% des femmes intéressées avaient un FCU à jour.

2.4.8. Suivi gynécologique à jour

Parmi les 45 femmes non ménopausées avec contraception, **24 femmes (53,3%) avaient un suivi gynécologique datant de moins de 1 an.**

Parmi les 59 femmes âgées de 25 à 49 ans, **40 femmes (67,8%) avaient un FCU datant de moins de 3 ans.**

On considère que les femmes dont l'âge est inférieur à 25 ans n'ont aucun critère de bon suivi si elles n'ont pas de contraception, et qu'elles doivent avoir un suivi annuel si elles ont une contraception pour avoir un suivi « à jour ».

On considère également que les femmes de 25 ans ou plus sans contraception ou avec contraception mais ménopausées doivent avoir un FCU de moins de 3 ans ; et que celles ayant une contraception doivent avoir un suivi annuel ET un FCU de moins de 3 ans pour être considérées « à jour ».

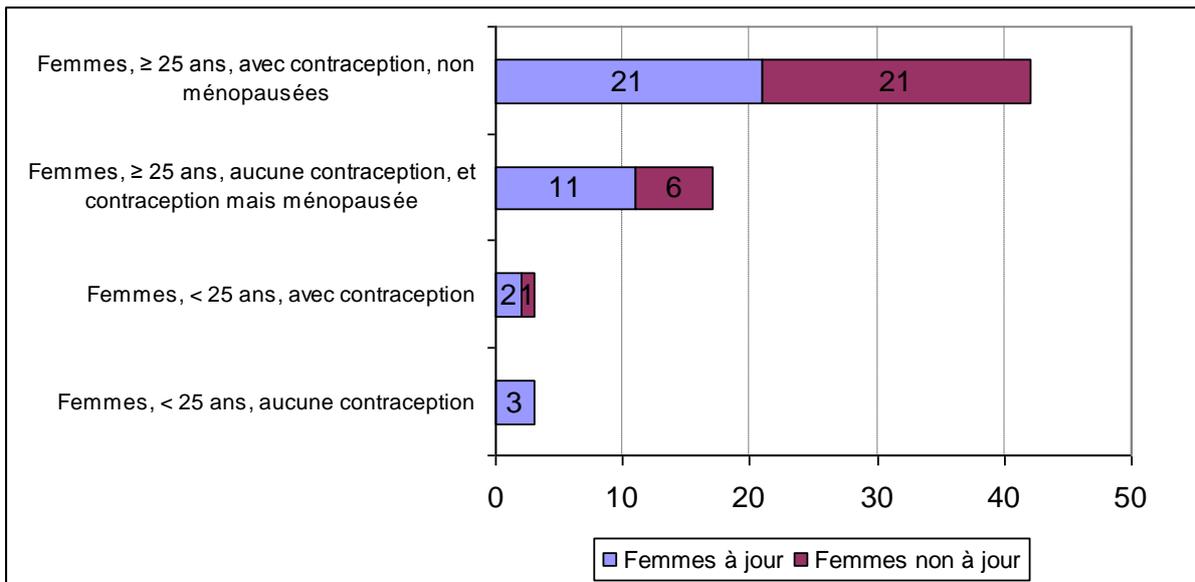


Figure 25 : Répartition des femmes selon les critères de bon suivi gynécologique (n=65)

56,9% des patientes interrogées ont un suivi gynécologique « à jour » selon ces critères.

Suivi gynécologique

1 femme sur 4 avait déjà bénéficié d'une consultation de gynécologie au sein de l'hôpital Charles Perrens.

57 % ne connaissaient pas encore l'existence cette consultation.

La majorité des femmes ayant un suivi externe consultaient un gynécologue libéral.

Seules 2 femmes étaient suivies sur le plan gynécologique par leur médecin traitant.

53,3% seulement des femmes non ménopausées avec contraception avaient un suivi annuel.

67,8% des femmes de 25 ans ou plus avaient un FCU de moins de 3 ans.

56,9% des femmes dans notre étude avaient leurs critères de suivi gynécologique à jour.

2.5. Données évaluant le ressenti des patientes par rapport à leur suivi gynécologique

2.5.1. Evaluation de la qualité du suivi gynécologique

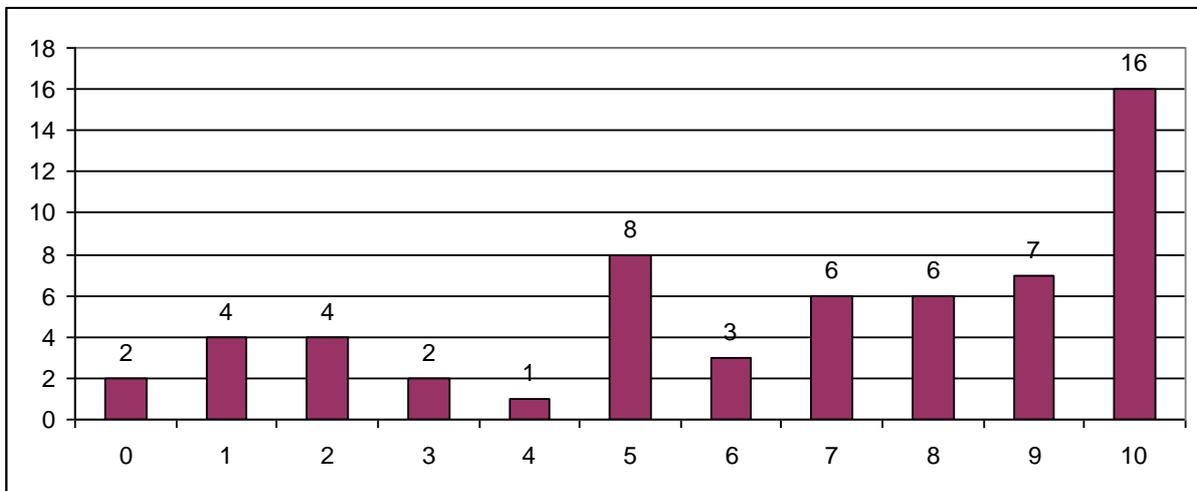


Figure 26 : Répartition de la population selon l'évaluation de la qualité de leur suivi gynécologique (n=63)

La note moyenne était 6,6.

La note médiane était 7.

2.5.2. Motifs du ressenti de mauvaise qualité du suivi gynécologique

Parmi les 13 femmes (20% de la population) qui avaient une mauvaise évaluation de la qualité de leur suivi gynécologique (note inférieure à 5/10), les raisons évoquées pour estimer si leur suivi était adéquat aux recommandations :

- l'absence de besoin de consultation, pour 3 femmes :

Ca ne sert à rien, je n'en ai pas besoin.

Je n'ai jamais eu de rapports sexuels donc ça ne sert à rien.

Je n'ai aucun symptôme gynécologique donc je ne vois pas pourquoi je consulterais.

- leur homosexualité, pour 2 femmes :

Je n'ai pas besoin de voir un gynécologue car je suis lesbienne.

Je ne me sens pas concernée par la question du fait de ma sexualité. Cet examen est inutile pour moi.

- les problèmes d'organisation : pour 4 femmes,

J'oublie de prendre mes rendez-vous, pourtant j'ai déjà eu une consultation et j'ai un papilloma virus.

Si, c'est très utile, j'aimerais juste qu'on me le rappelle.

Franchement, j'ai tellement de problèmes personnels comme ça, c'est le dernier de mes soucis... Pourtant je sais que c'est nécessaire.

Je n'y pense pas, et puis mon médecin traitant ne m'en n'a jamais parlé.

- la gêne occasionnée par l'examen gynécologique : pour 3 femmes, dont 1 en rapport avec son vécu (séances sexuels antérieurs)

Je n'aime pas les examens gynécologiques, c'est gênant, je n'ai pas envie d'être suivie.

Je n'ai pas envie d'être examinée, ça me fait peur, j'ai subi des attouchements quand j'étais petite.

Je repousse toujours car je n'aime pas ça.

- 1 femme n'avait pas souhaité répondre à cette question.

2.5.3. Freins à la prise du rendez-vous de gynécologie

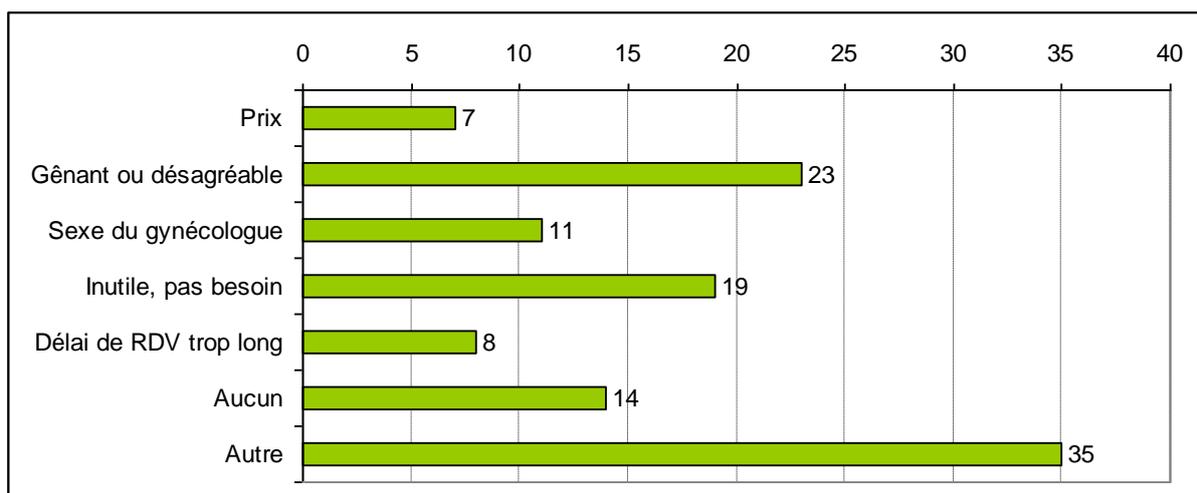


Figure 27 : Freins à la prise du rendez-vous de gynécologie (n=65)

Dans cette question à choix multiples, le motif principal de frein à la prise du rendez-vous était l'aspect désagréable et gênant de cet examen.

35 femmes signalaient d'autres motifs, parmi eux :

- la pathologie psychiatrique expliquait la difficulté à prendre rendez-vous dans 7 cas,
- le manque de temps, les problèmes d'organisation dans 3 cas,
- l'oubli était mentionné 3 fois,
- la consultation générait une anxiété importante et des inquiétudes dans 3 cas,
- l'agoraphobie était signalée 1 fois,
- les problèmes relationnels avec le médecin examinateur dans 2 cas,

- une jeune femme expliquait que sa mère l'accompagnait systématiquement aux examens ce qui la freinait dans ses prises de rendez-vous,
- une femme précisait que sa sexualité (homosexuelle) la dispensait de tout examen gynécologique, d'après elle.

Evaluation de la qualité du suivi gynécologique

La note moyenne de 6,6 était donnée par nos patientes pour évaluer la qualité de leur suivi gynécologique.

Plusieurs femmes évoquaient les problèmes d'organisation pour expliquer cela, d'autres précisait que cet examen était inutile.

L'aspect gênant et désagréable des consultations de gynécologie était le principal frein à la prise du rendez-vous de gynécologie.

2.6. Analyses croisées

2.6.1. Identification des situations à risque d'interaction médicamenteuse avec la contraception utilisée

Parmi les 8 femmes sous antiépileptiques dans notre étude :

- aucune femme n'avait de contraception oestroprogestative,
- 3 femmes avaient un DIU,
- 1 femme de 37 ans, mariée, avait un implant contraceptif : elle prenait du Lamictal® ,
- 1 femme de 44 ans, divorcée, avait une pilule progestative et était sous Tégrétol® ,
- 1 femme de 30 ans utilisait des préservatifs, elle était sous Lithium et Dépakine® : c'était la seule femme enceinte de notre étude, elle était hospitalisée justement pour adapter son traitement à sa grossesse.
- 1 femme avait un traitement spécifique : Androcur®, progestatif non reconnu comme une méthode contraceptive, associé à Provames® estradiol : cette femme avait 40 ans, se déclarait célibataire et prenait de la Depakine®,
- 1 femme n'avait aucune contraception : cette femme est âgée de 49 ans.

Il y avait donc **2 situations d'interaction** entre la contraception et le traitement :

- le Lamictal® associé à l'implant contraceptif progestatif a probablement dû être augmenté pour obtenir une bonne efficacité thérapeutique,
- le Tegréto® associé à une pilule progestative peut diminuer l'efficacité de celle-ci.

2.6.2. Situations à risque tératogène

Nous avons identifié dans cette étude comme des situations à risque tératogène :

- les grossesses en cours avec traitement foetotoxique ou tératogène,
- les femmes en couple, sans contraception, ou avec une contraception de faible efficacité, pour lesquelles un des traitements psychotropes tératogène ou foetotoxique était déjà prescrit à l'entrée à Charles Perrens.

- Grossesse en cours

1 seule femme est enceinte au cours de notre étude.

A l'entrée à Charles Perrens, son traitement comporte 2 médicaments à risque pour la grossesse en cours : Tegretol® et Lithium.

Elle consommait du cannabis et de la cocaïne.

Son motif d'hospitalisation est justement la prise en charge médicale et psychiatrique de sa grossesse sous Lithium et Tegretol®.

- Autres cas

Sur les 23 femmes en couple ou en concubinage non ménopausées, voici la répartition des contraceptions :

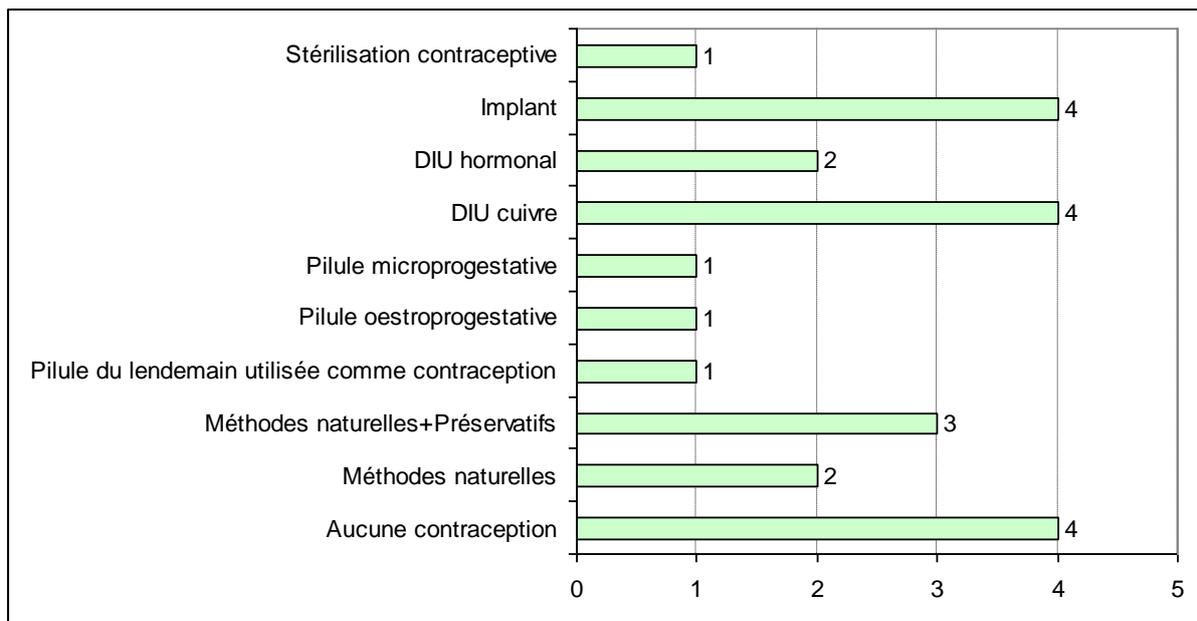


Figure 28 : Méthodes de contraception chez les femmes en couple non ménopausées (n=23)

Intéressons nous aux femmes n'ayant pas de contraception (N=4) et celles ayant une contraception de faible efficacité selon l'indice de Pearl (N=6) : méthodes naturelles, méthodes naturelles et préservatifs, pilule du lendemain.

Sur ces 10 femmes, **aucune ne prenait des médicaments contenant du Valproate et dérivés.**

-2 femmes n'avaient aucun traitement à l'entrée à Charles Perrens,

-2 femmes se déclaraient homosexuelles, donc a priori non à risque de grossesse,

-2 femmes qui utilisaient les préservatifs et les méthodes naturelles prenaient des benzodiazepines : risque foetotoxique existant mais faible.

-1 femme utilisait la pilule du lendemain comme contraception : elle prenait de l'oxazepam : risque foetotoxique existant mais faible.

-1 femme de 39 ans utilisant méthodes naturelles et préservatifs prenait l'Abilify® Aripiprazole, neuroleptique atypique peu étudié sur les grossesses, Fluoxétine, Oxazepam et Zopiclone.

-1 femme était sous Clozapine®, Loxapac®, Lithium, elle avait 49 ans, et n'avait aucune contraception. Elle avait déjà 1 enfant. Elle était suivie sur le plan gynécologique. Le risque de grossesse « foetotoxique » était donc faible par rapport à son âge.

-1 femme était sous Xeroquel® et Seroplex®, elle avait 45 ans et utilisait une méthode naturelle comme contraception. Elle avait eu 4 grossesses : 1 enfant et 3 FCS.

2.6.3. Facteurs prédictifs de mauvais suivi gynécologique

• Facteurs influençant l'absence de contraception

Parmi les patientes répondant «aucune» à la question «Avez-vous une contraception ? », nous allons tâcher d'isoler des facteurs sociodémographiques et médicaux pouvant influencer l'absence de contraception.

15 femmes n'avaient pas de contraception et n'étaient pas ménopausées.

L'âge moyen de ces femmes était 36,5 ans.

-déclaration d'un médecin traitant ?

Sur ces 15 femmes, 13 avaient un médecin traitant.

-couverture sociale ?

Parmi elles, 1 tiers bénéficiait de la CMU, et 2 tiers des femmes avaient une sécurité sociale + une mutuelle.

-catégorie socio professionnelle ?

11 femmes n'avaient pas d'activité professionnelle.

- revenus ?

Seules 3 femmes avaient un emploi, dont 1 bénéficiait d'aides sociales complémentaires à ses revenus.

Les autres, avaient soit des aides sociales (7 femmes), le chômage (1 femmes), et 4 femmes n'avaient aucun revenu.

-état civil ?

Sur ces 15 femmes sans contraception non ménopausées, 60% étaient célibataires (N=9).

2 femmes étaient divorcées.

Cela n'exclut pas que ces 2 catégories de femmes aient des rapports sexuels.

4 femmes étaient mariées ou en concubinage.

-pathologie psychiatrique ?

7 femmes avaient des troubles de l'humeur,

2 souffraient de schizophrénie,

2 souffraient de problèmes de dépendance à une substance,

4 femmes étaient poly pathologiques.

-consommation de tabac, alcool, toxiques ?

9 femmes fumaient du tabac, et 6 ne fumaient pas.

7 femmes consommaient de l'alcool, dont 1 en quantité supérieure aux normes de l'OMS (14 verres/semaine).

1 seule femme sur les 15 consommait une ou plusieurs substances psycho actives.

-rapports à risque ?

1 seule femme déclarait avoir des rapports sexuels à risque.

-nombre d'enfants ?

10 femmes n'avaient pas d'enfant.

3 femmes avaient 1 enfant. 1 femme en avait 2, 1 femme avait 3 enfants.

-suivi gynécologique ?

5 n'avaient aucun suivi gynécologique,

1 était suivie en gynécologie à Charles Perrens,

9 avaient un suivi gynécologique externe.

- **Facteurs influençant l'absence de suivi gynécologique**

Parmi les patientes répondant « aucun » à «Avez-vous un suivi gynécologique régulier ? » nous allons décrire les facteurs sociodémographiques et médicaux pouvant influencer l'absence de suivi gynécologique.

11 femmes avaient déclaré n'avoir aucun suivi gynécologique régulier actuel (17% de notre population).

L'âge moyen chez ces 11 femmes était de 35,4 ans.

-déclaration d'un médecin traitant ?

Sur ces 11 femmes, 7 avaient un médecin traitant déclaré.

-couverture sociale ?

1 femme n'avait pas de couverture sociale, et 3 femmes avaient la CMU.

5 femmes étaient rattachées à une sécurité sociale+mutuelle, et 2 femmes avaient seulement la sécurité sociale.

-revenus ?

5 femmes bénéficiaient des aides sociales,

3 femmes déclaraient n'avoir aucun revenu,

3 femmes avaient un emploi.

-état civil ?

Sur les 11 femmes n'ayant aucun suivi, 8 étaient célibataires (72,7%).

3 étaient mariées, pacsées, ou en concubinage (27,3%).

-pathologie psychiatrique ?

2 femmes parmi les 11 sans suivi gynécologique étaient schizophrènes, 3 souffraient de troubles de l'humeur, 2 avaient un syndrome de dépendance aux substances, et 4 étaient poly pathologiques.

-présence de tabac, alcool, toxiques ?

Sur ces 11 femmes, 7 femmes fumaient.

3 femmes ne consommaient pas d'alcool, 3 femmes en consommaient plus de 14 verres par semaine.

3 femmes consommaient du cannabis, et 1 femme était polytoxicomane.

-nombre d'enfants ?

3 femmes avaient 1 enfant, et 8 femmes n'en n'avaient pas.

-contraception ?

Sur les 11 femmes sans suivi gynécologique régulier, 6 n'avaient aucune contraception, 2 femmes utilisaient les méthodes naturelles, 2 femmes utilisaient les préservatifs, et 1 femme utilisait le préservatif et la pilule du lendemain comme contraception.

Analyses croisées

2 situations d'interaction entre un anti-épileptique et une contraception progestative ont été identifiées dans notre étude.

1 seule femme était enceinte dans notre étude, elle prenait du Lithium et du Tegretol®, c'était la raison de son hospitalisation.

Sur les 10 femmes sans contraception, non ménopausées, et déclarées en couple lors de notre étude, aucune ne prenait des médicaments contenant du Valproate et ses dérivés.

Le célibat et la précarité sociale semblaient des tendances associées à l'absence de contraception et au mauvais suivi gynécologique dans notre petit échantillon.

DISCUSSION

1. Forces de l'étude

1.1. Originalité du travail

Notre étude descriptive du statut gynécologique dans la population psychiatrique à Charles Perrens est novatrice, car aucune étude de ce type n'avait été réalisée en hôpital psychiatrique en France lors du dépôt du sujet de thèse en 2013.

Elle donne des pistes d'exploration pour mieux étudier cette population sur le plan somatique, et plus particulièrement sur le plan gynécologique.

Lors de notre recherche bibliographique initiale, seules deux thèses de médecine générale ont été retrouvées sur le suivi gynécologique des femmes atteintes de pathologies psychiatriques en France. Ces thèses avaient été réalisées dans des CMP de la région parisienne.

Cela prouve qu'il existe encore un manque de recherche dans le domaine de la prise en charge somatique des patients atteints de pathologies psychiatriques.

1.2. Participation

Le taux de participation des femmes concernées par l'étude était satisfaisant. En effet, 65 femmes sur les 101 correspondant à nos critères ont répondu au questionnaire, soit 64,35%.

Parmi les 36 femmes n'ayant pas répondu à notre questionnaire, plus de la moitié étaient refusées par le psychiatre pour motif médical.

Compte-tenu de la population étudiée, et du sujet étudié, le taux de participation a dépassé nos espérances.

Pour les femmes ayant accepté de répondre au questionnaire, l'intérêt pour le sujet du travail de thèse était souvent exprimé.

2. Discussion de la méthode

2.1. Type d'étude

Cette étude est descriptive, ce qui permet de répondre à nos objectifs principaux et secondaires de façon très simple.

Nous avons cherché à observer, au moyen de questionnaires, le statut gynécologique des femmes hospitalisées à l'hôpital Charles Perrens.

Le questionnaire était réalisé en entretien semi-dirigé, ce qui permettait à l'enquêtrice d'expliquer de manière la plus claire possible les questions incomprises, et de lever d'éventuels doutes concernant l'anonymat des réponses, souvent évoquées par les patientes psychiatriques quand elles se sentaient persécutées.

Au cours de ces entretiens enquêtrice-patiente, une relation de confiance a pu être établie, ce qui était indispensable au recueil de réponses les plus objectives possibles dans la population étudiée.

2.2. Mode de sélection des patientes

Initialement prévue pour étudier le statut gynécologique des femmes en âge de procréer, c'est-à-dire de 13 à 49 ans inclus, notre étude n'a finalement été réalisée que sur la tranche d'âge 18-49 ans inclus, pour des raisons légales.

Le recueil des consentements écrits des représentants des jeunes filles mineures (13 à 18 ans) semblait très délicat à obtenir chez ces jeunes femmes souvent en situation familiale conflictuelle et personnelle instable à ce moment de leurs vies.

Les femmes sous tutelle n'ont pas non plus été interrogées, le recueil des consentements des tuteurs pour un travail de thèse étant difficile à obtenir.

Ceci entraîne un **biais de sélection** puisque notre étude descriptive du statut gynécologique des femmes ne concerne qu'une partie des femmes hospitalisées en âge de procréer en hospitalisation complète à Charles Perrens.

Concernant les femmes récusées pour motif psychiatrique, le médecin psychiatre n'avait aucune preuve à fournir pour expliquer les raisons amenant à ne pas les interroger. Cela a pu entraîner un autre biais de sélection, ces motifs pouvant varier d'un service à l'autre.

La petite taille de notre échantillon est une faiblesse dans notre étude.

Cette faiblesse se ressent principalement pour répondre à un des objectifs secondaires, qui était de mettre en évidence des facteurs prédictifs (sociaux, démographiques et médicaux) de l'absence de contraception, et les facteurs prédictifs de l'absence de suivi gynécologique dans cette population.

Nous n'avons pas pu faire de test statistique d'analyse de corrélation pour répondre à cette question.

2.3. Préparation de l'enquête

La principale interrogation en amont du travail était de savoir comment et où trouver les informations concernant le suivi gynécologique des patientes hospitalisées à Charles Perrens, notamment la date du dernier FCU et la date du dernier examen gynécologique.

Afin d'obtenir les réponses les plus précises possibles, l'investigatrice a fait un travail préalable au recueil de données.

Divers modes de recueil ont été étudiés pour avoir les réponses les plus pertinentes possibles.

Pour plus d'objectivité sur la date du dernier frottis cervico-utérin et du dernier examen de gynécologie, ainsi que sur le nombre de grossesse par femme, nous avons étudié la faisabilité de récupérer ces données auprès des instituts tels que les caisses d'assurance maladie et le SNIIRAM.

Ces institutions nous ont répondu que les données personnelles patientes faisaient l'objet d'un double cryptage à visée de confidentialité, et que dans le cadre d'une thèse, il nous était impossible de recueillir les données médicales de ces patientes de façon individuelle.

Appeler les médecins traitants référents de chaque patiente interrogée afin d'obtenir les dates d'examens gynécologiques et la preuve de la réalisation des FCU semblait peu pertinent, du fait de l'absence fréquente d'envoi de ces comptes-rendus d'examen au médecin traitant.

Le dossier médical patient dans le logiciel utilisé à Charles Perrens (Hopital Manager) étant rempli par les médecins psychiatres et généralistes au cours d'examens médicaux, il aurait pu

constituer une preuve établie de réalisation de ces examens. Cependant, il n'est pas encore rempli systématiquement pour les données gynécologiques des patientes.

Après discussion en réunion de pair, nous avons donc décidé de remplir nos questionnaires avec les patientes elles-mêmes, avec des données déclaratives, puis de vérifier ces informations dans un second temps sur le logiciel médical de suivi : Hopital Manager, en considérant que les données médicales colligées dans les dossiers médicaux par les médecins constituaient une preuve réelle et objective.

Il existe un biais de mémorisation probable chez la plupart des patientes atteintes de troubles psychiatriques du fait de la pathologie et de la prise de traitements psychotropes.

Cette technique de « vérification » des données déclarées dans le logiciel avait pour but de le diminuer.

2.4. Mise en place de l'intervention

La période de déroulement de l'étude a été courte puisqu'elle était de 10 jours ouvrés. Il était très difficile de mobiliser plus longtemps tout un corps hospitalier.

La participation des patientes a été réduite par ce calendrier.

Cependant, on peut supposer qu'augmenter la durée de l'intervention n'aurait pas forcément aboutit à un recrutement beaucoup plus important de patientes.

En effet, les hospitalisations sont habituellement longues en psychiatrie, et les patientes souvent hospitalisées de manière régulière, ce qui limite le nombre de nouveaux dossiers.

Les médecins psychiatres responsables d'unités étaient contactés par téléphone, après avoir été avertis par courrier électronique. On constate que les responsables d'unité les plus impliqués dans l'étude avait des meilleurs taux de participation par service.

Il faut noter que sur la période impartie, l'intervention a été efficace, avec une moyenne de 6 questionnaires remplis par jour.

2.5. Recueil des données

La simplicité des questionnaires et la courte durée des entretiens étaient des atouts majeurs dans la population étudiée, souvent peu disposée à des entretiens longs sur des thèmes tels que la sexualité et le suivi gynécologique.

L'enquête a été réalisée par une seule investigatrice, qui a réalisé tous les entretiens semi-dirigés avec les patientes acceptant de répondre au questionnaire.

Une seule personne a retranscrit les réponses aux questionnaires et saisit les données à l'informatique. Ceci est un point essentiel dans ce travail.

Cela a permis de limiter les biais d'interprétation.

Il faut toutefois rappeler que dans cette population, des troubles cognitifs sont parfois associés aux pathologies psychiatriques et peuvent altérer les réponses.

De plus, l'interprétation des questions par les femmes selon leur pathologie a pu modifier leurs réponses.

Notre questionnaire ne comportait pas de question sur leur vie sexuelle, ni sur le désir d'enfant, jugeant que ses questions auraient pu être mal interprétées par les patientes ou bien qu'elles aient pu les dissuader de répondre. Le type de sexualité était noté uniquement quand les femmes le précisaient d'elle-même. Cela entraîne un biais d'interprétation pour calculer le pourcentage de femmes hétérosexuelles ayant des rapports et sans désir d'enfant qui n'avaient pas de contraception.

3. Discussion des principaux résultats

3.1. Particularités socio-démographiques de la population

La moyenne d'âge des femmes dans notre population était de 36,75 ans.

85 % des patientes avait déclaré un médecin traitant. Ceci était équivalent aux derniers chiffres de l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé de novembre 2008 en population générale, puisque 85% des assurés avaient déclaré un médecin traitant.

Ce chiffre est cependant nettement supérieur aux 33% de patients de CMP ayant déclaré un médecin traitant dans l'enquête « Patients psychiatriques ambulatoires : quelle coordination des soins ? » réalisée en 2007 dans le 22^{ème} secteur de santé mentale de Paris (18^{ème} arrondissement) [36].

33 % des femmes interrogées avaient l'AME ou la CMU ou une sécurité sociale sans mutuelle ou aucune assurance santé.

65 % des femmes de notre étude ne travaillaient pas.

28 femmes sur 65, soit 43 % de notre population, bénéficiaient d'aides sociales.

Ces chiffres confirment que la population étudiée est **précaire**.

Notre échantillon de 18-49 ans comportait 46% de célibataires, 37% de mariées, pacées, ou en concubinage, 17% de femmes divorcées ou séparées et aucune veuve.

Au 1er janvier 2014, l'INSEE dénombrait, parmi les femmes de 15 ans ou plus dans la population générale : 36,1 % de célibataires, 43,1 % de femmes mariées, 11,7 % de veuves et 9,0 % de divorcées [37].

Dans notre étude, 67% des femmes de 18 à 49 ans fumaient, ce qui est nettement supérieur aux 24,3% de fumeuses régulières de 15 à 75 ans retrouvées en population générale [38].

15% des femmes interrogées avaient une consommation d'alcool supérieure aux recommandations de l'OMS. Les chiffres du Baromètre santé 2014 de l'INPES ne nous permettaient pas de comparer nos résultats puisque les indicateurs utilisés ne sont pas les mêmes (nombres de verres déclarés bus par semaine, nombre d'ivresses dans l'année passée).

Enfin, 14 femmes soit **21,5% de notre population consommait du cannabis**. Selon l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, le cannabis est de loin la substance illicite la plus consommée en France : en 2014, la proportion d'usagers au cours du mois précédent atteint 6% dans la catégorie d'âge 18-64 ans. Notre population est donc très vulnérable par rapport à la consommation de drogue.

3.2. Taux de contraception

Dans notre étude, 48 femmes sur 65 avaient une **contraception (74%)**.

Le taux d'absence de contraception était donc de 26%, ce qui est élevé pour une population en âge de procréer.

Ces résultats n'ont pas pris en compte l'activité sexuelle effective des femmes dans les 12 derniers mois, ni leur orientation sexuelle (homo ou hétérosexuelle) et ne peuvent pas être comparés aux résultats de l'étude de N. Bajos sur les méthodes des femmes âgées de 15 à 49 ans intéressées par la contraception c'est-à-dire ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports hétérosexuels et ne voulant pas d'enfant [12].

Si on se fie à l'état civil des 17 femmes n'ayant pas de contraception, seules 4 étaient en couple (10 étaient célibataires et 3 étaient divorcées), donc cela correspond à **6% de femmes en couple sans contraception**.

Ce chiffre peut être mis en lien avec les 3,1% de femmes de 15 à 49 ans en population générale, non stérile, non enceinte, ayant des partenaires et ne souhaitant pas d'enfants, qui déclarent n'avoir aucune méthode de contraception.

Mais ce chiffre ne tient malheureusement pas compte des femmes déclarées célibataires mais ayant des rapports sexuels.

Parmi les femmes sans contraception en âge de procréer dans la population psychiatrique, une partie a un désir ambivalent d'enfant. La nécessité de soins psychiatriques, la prise de traitements psychotropes et les situations personnelles souvent précaires s'opposent souvent, dans le psychisme de ces patientes, au désir de mettre au monde un enfant. Le refus de choisir une méthode de contraception en est souvent l'expression.

Lors de l'élaboration de notre questionnaire, nous avons préféré ne pas interroger les femmes sur leur sexualité (orientation sexuelle, et régularité des rapports sexuels) ainsi que sur leur désir d'enfant, de peur de les perturber dans leur démarche de soin psychiatrique. Ces questions auraient pu être mal interprétées en fonction de la pathologie psychiatrique.

Dans la thèse de Marianne DELBECQ-GUIRIMAND, le taux global de contraception chez 100 patientes de CMP est de 43%, donc plus bas que dans notre population, mais l'âge moyen est de 41,5 ans [5].

3.3. Type de contraception

Si on se réfère aux types de contraception utilisée en population générale, les principales différences sont :

-**le taux de contraception par préservatif seul très élevé dans notre étude : 20%**, contre 15,3% en population générale,

-le taux de contraception par **implant et DIU élevé** (respectivement 12% et 17%), ce qui correspond au besoin d'une contraception sans observance particulière (les implants représentent 4.5% des contraceptifs en population générale et les DIU, 22.6%),

-la pilule est une méthode de contraception minoritaire à l'hôpital Charles Perrens (9%), alors qu'elle reste majoritaire en population générale (36%), ce qui correspond probablement à des contre-indications médicales aux oestrogènes plus fréquentes dans la population psychiatrique, aux interactions médicamenteuses connues entre oestrogènes, progestatifs, et certains psychotropes, ainsi qu'aux troubles de l'observance plus fréquents.

-aucune femme dans notre étude ne déclarait utiliser la pilule associée aux préservatifs, alors que ce mode de contraception est utilisé par 4,1% des femmes de l'étude de N. Bajos [12]. Ceci est probablement lié à l'absence de patientes entre 13 et 18 ans dans notre échantillon.

-les méthodes naturelles, qui sont une contraception en légère augmentation en population générale, sont utilisées par 1 femme sur 10 dans notre étude.

Ceci montre l'adaptation des méthodes contraceptives aux particularités médicales, sociales et psychologiques des femmes atteintes de troubles psychiatriques.

La forte représentation des méthodes contraceptives d'efficacité forte dans notre étude est probablement liée à la présence d'un praticien ayant une compétence en gynécologie à Charles Perrens, formé à la pose de DIU et d'implant contraceptif.

3.4. Nombre moyen d'enfants par femme

Le nombre moyen d'enfants par femme était de 1 ce qui est inférieur à celui de la population générale qui était de 2 en 2012 selon l'INSEE [39].

Ceci est sans doute multifactoriel :

- la fréquence élevée des troubles du cycle dans cette population (20,5% dans notre étude),
- la carence affective probable : 46% des femmes de notre étude sont célibataires, alors qu'elles sont 36,1% en population générale [37],
- la précarité sociale.

3.5. Taux de dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes de plus de 25 ans

Chez les femmes âgées de plus de 25 ans de notre étude, **68% ont un FCU à jour**, ce qui est plus élevé qu'en population générale (58% en France). Mais encore une fois, les données ne sont pas comparables puisqu'en population générale on s'intéresse aux femmes âgées de 25 à 65 ans, et on sait que le taux de FCU chute dans les plus hautes tranches d'âge.

Une des explications probable de ce taux élevé est la présence, depuis plus de vingt ans, d'une consultation de gynécologie au sein de l'hôpital Charles Perrens.

La durée d'hospitalisation longue des patientes permet de proposer une consultation de gynécologie aux patientes qui en expriment le besoin, par l'intermédiaire du personnel soignant.

Les femmes sous tutelle, qui étaient exclues pour des raisons médico-légales dans notre étude, sont particulièrement concernées par ces consultations de gynécologie au sein de l'hôpital Charles Perrens. Leur suivi gynécologique est assuré à la consultation de gynécologie de l'hôpital. Les seules patientes hospitalisées sous tutelle n'ayant pas de suivi gynécologique à jour sont celles refusant cet examen.

La présence des femmes sous tutelle dans notre étude aurait certainement permis d'obtenir de meilleurs taux de FCU à jour.

3.6. Fréquence du suivi gynécologique chez les femmes ayant une contraception

Parmi les 48 femmes ayant une contraception, 27 femmes ont eu un examen gynécologique dans l'année, **soit 56%**.

Dans la thèse de Céline KORMANN-SERRE [4], ce taux est de 51% dans la population de CMP étudiée.

3.7. Autres données concernant le suivi gynécologique

17% des femmes interrogées n'a aucun suivi gynécologique, ce qui est non négligeable.

Dans l'étude FECOND de 2010 seules 7,2% des femmes n'avaient pas de suivi gynécologique.

Parmi les femmes ayant un suivi gynécologique (54 femmes), **31,5% ont déjà bénéficié de la consultation de gynécologie à Charles Perrens, et 11% de ces femmes (6 femmes dans notre enquête) n'ont pas de gynécologue en ville.**

Parmi les 48 femmes ayant un suivi gynécologique externe, 58% consultent un gynécologue uniquement, et 4% leur médecin généraliste. Ces chiffres ne sont pas comparables aux données de l'étude FECOND en population générale puisque 13,5% des suivis gynécologiques sont assurés par les médecins généralistes en 2010.

Plusieurs études confirment que pour leur suivi, les patientes se tournent plus souvent vers un gynéco-obstétricien qu'elles considèrent plus compétent que leur médecin généraliste dont elles méconnaissent souvent les compétences [40].

3.8. Fréquence du dépistage des IST pour les femmes ayant eu des rapports à risque dans l'année passée

On constate qu'à Charles Perrens, 82,25% des femmes ayant eu des rapports sexuels à risque dans l'année passée ont été dépistées pour les IST.

Ce fort taux de dépistage est à mettre en corrélation avec la proposition quasi-systématique de dépistage des IST chez les hommes et les femmes à l'entrée à Charles Perrens, par les médecins somaticiens comme par les psychiatres, qui ont été sensibilisés à pratiquer ce dépistage.

3.9. Représentation du suivi gynécologique

La représentation du suivi gynécologique par les patientes en psychiatrie est globalement bon, avec une **note moyenne de 6,6** sur 10, pour les 63 femmes ayant répondu à la question.

16 femmes ont même estimé leur suivi à 10/10.

Les réponses à la question ouverte sur les motifs de mauvais suivi concernant les femmes qui avaient donné une note < 5 / 10 à leur suivi gynécologique est **l'inutilité** du fait de l'absence de rapport sexuel, ou du fait de leur orientation sexuelle pour 5 femmes sur les 13 concernées. Il est important de noter que les femmes homosexuelles ne se sentent pas concernées par le suivi gynécologique, ce qui est une erreur puisqu'elles peuvent être sujettes aux IST au même titre que les autres femmes, et doivent faire leur FCU régulièrement tous les 3 ans à partir de 25 ans.

L'utilité de cet examen doit être rappelé, y compris dans les populations homosexuelles, notamment pour la réalisation du FCU, en insistant sur le fait que le cancer du col utérin est liée à une infection sexuellement transmissible à HPV.

Les freins à la prise du rendez-vous de gynécologie évoqués par les femmes interrogées, sont l'aspect **désagréable ou gênant** de l'examen dans la majeure partie des cas, mais aussi le sentiment qu'il est **inutile** (ce qui est redondant avec l'item précédent). La pathologie psychiatrique en cours peut expliquer l'oubli ou le retard à la prise de rendez vous (la démarche de chercher un numéro dans l'annuaire et de passer l'appel étant rendu complexe par certaines pathologies psychiatriques).

4. Travaux récents

Depuis le début de mon travail de thèse en 2013, ce même sujet a été étudié à Lille [41].

Dans sa thèse de médecine générale, Jean-Baptiste GUISET fait un état des lieux de la prise en charge gynécologique chez les patientes atteintes de pathologies psychiatriques aux EPSM de Lille et de Roubaix.

Les patientes majeures, admises dans des services de **court séjour** de psychiatrie de Lille et Roubaix entre le 12 décembre 2013 et le 19 février 2014, qui acceptaient de répondre au questionnaire de thèse et qui étaient aptes à répondre étaient interrogées sur leurs antécédents médicaux et gynécologiques, leur contraception, et leur suivi gynécologique. Il n'existait pas de limite d'âge supérieure. **118 patientes ont été incluses.**

Les femmes avaient entre 18 et 65 ans. La moyenne d'âge des interrogées était 41,37 ans (versus 36,75 ans dans notre étude). 34% des femmes étaient sans emploi (66% dans notre étude). 77% (n=91) présentaient un trouble de l'humeur (67% dans notre étude). Le nombre moyen d'IVG était 0,48 (0,46 dans notre étude). La moyenne du nombre d'enfant par femme était de 1,51 (1 dans notre étude). 12% des patientes (n=10) buvaient plus de 10 verres d'alcool par semaine, et 57 % (n=61) des femmes fumaient (67% dans notre étude).

Dans l'étude réalisée à Lille, 27% (n=23) n'avaient jamais utilisé de contraceptif. 38% (n=29) des femmes étaient dans une situation « à risque » de grossesse, c'est-à-dire ayant une activité sexuelle, non ménopausée et sans contraceptif (25% des femmes non ménopausées dans notre étude).

24% des femmes concernées par la contraception utilisaient un DIU versus 22% dans notre étude, 24 % utilisaient l'implant versus 18 % dans nos résultats, 21 % utilisaient une pilule oestro-progestative versus 9%, 9% une pilule microprogestative versus 4%, 21% le préservatif seul versus 42% dans notre population, et 0% la stérilisation tubaire versus 2% dans notre étude.

45% (n=14) des femmes non ménopausées ayant une activité sexuelle et sans contraceptif utilisaient de façon concomitante trois psychotropes différents. Aucune patiente n'utilisait les injections de progestatif de longue durée d'action (comme dans notre étude). Parmi les

femmes âgées de 25 à 65 ans, 61% (n=65) avaient un frottis de moins de 3 ans (67,8% dans notre étude).

Il existait un biais de sélection puisque les patientes interrogées dans ces services de court séjour de Lille et Roubaix faisaient souvent partie d'un réseau de soin. Les patientes hors du réseau de soin psychiatrique et celle nécessitant une hospitalisation longue n'étaient pas représentées.

La population étudiée est donc différente de celle de notre étude.

Néanmoins, cette étude récente réalisée à Lille corrobore l'idée que la prise en charge gynécologique en psychiatrie est complexe et souvent insuffisante : elle nécessite la mise en place de moyens spécifiques supplémentaires afin d'atteindre une équité de prise en charge par rapport à la population générale.

5. Analyses et perspectives

Nous supposons que les chiffres de FCU à jour, du taux de contraception, et de suivi gynécologique à Charles Perrens, bien que supérieurs aux 2 études réalisées en CMP Parisiens, sont sous-estimés dans notre travail du fait de l'absence dans la population sélectionnée des femmes sous tutelle : ces femmes hospitalisées pour de longues durées et de façon chronique ont pour la plupart été examinées par le médecin généraliste en consultation de gynécologie. Une contraception adaptée leur a souvent été remise, et leur suivi gynécologique est à jour. Mais ces chiffres manquent à notre étude.

On peut également déplorer un fort taux d'ignorance de la consultation de gynécologie à Charles Perrens chez les patientes interrogées (57%), alors que les consultations de gynécologie existent dans cet établissement depuis plus de 20 ans.

Il faut donc mobiliser les équipes soignantes et les sensibiliser davantage à la problématique gynécologique afin de réaliser encore plus de consultations dédiées à la planification familiale et à la gynécologie. Les équipes de soins psychiatriques pourraient identifier le moment le plus opportun du séjour pour aborder cette thématique avec les femmes.

La problématique de la contraception chez les femmes en âge de procréer devrait être une question abordée de façon systématique, avec orientation vers une consultation de gynécologie, en intra-hospitalier ou en extra-hospitalier si nécessaire.

Les médecins généralistes de l'hôpital doivent également participer au repérage des femmes ayant le désir de réaliser une consultation de gynécologie, notamment lors des examens systématiques des patientes hospitalisées sous contrainte. Ils peuvent interroger sur la date des derniers examens gynécologiques, et proposer un rendez-vous si le suivi n'est pas à jour.

Cette étude prouve qu'il est nécessaire de poursuivre les efforts en terme d'orientation des patientes exprimant le besoin d'une consultation de gynécologie ou ayant la nécessité d'introduction d'une contraception pendant leur temps d'hospitalisation à Charles Perrens, moment non propice à prendre en charge un enfant.

Dans les remarques faites par les personnels médicaux et paramédicaux lors de l'intervention, beaucoup ont déploré le fait d'interroger uniquement les femmes de moins de 50 ans, et de ne pas nous intéresser au suivi mammographique de ces femmes.

L'accueil positif des questionnaires dans les services, tant chez les soignants que les patientes, nous incite à penser que d'autres études de médecine générale seraient intéressantes à réaliser au sein du centre hospitalier Charles Perrens.

Enfin, il est nécessaire que des études de plus grande ampleur sur le suivi gynécologique des femmes souffrant de pathologies psychiatriques soient réalisées afin de prévenir les risques connus dans cette population.

CONCLUSION

Le suivi gynécologique des femmes souffrant de pathologies psychiatriques est essentiel. Pourtant, il n'existe pas d'études à l'échelle nationale sur le sujet.

L'objectif principal de notre travail était d'observer le statut gynécologique des femmes en âge de procréer hospitalisées au Centre Hospitalier Psychiatrique Charles Perrens à Bordeaux. Nous avons réalisé une étude descriptive observationnelle au moyen d'un questionnaire soumis lors d'entretiens semi-dirigés aux patientes de 18 à 49 ans acceptant de répondre.

Sur les 60 femmes en âge de procréer non ménopausées de notre étude, 1 femme sur 4 n'avait pas de contraception. Parmi les femmes ayant une contraception, 27% utilisaient le préservatif seul. La pilule oestroprogestative était moins utilisée que dans la population générale, et le recours aux contraceptions de longue durée telles que l'implant contraceptif et le DIU était bien représenté. Ceci semble approprié aux facteurs de risques cardiovasculaires et aux problèmes d'observance connus dans la population psychiatrique.

Sur les 65 femmes interrogées, plus d'une femme non ménopausée sur deux avait un suivi annuel lorsqu'elle avait une contraception, et 67,8% des femmes de plus de 25 ans avaient un FCU à jour.

La majorité des femmes qui bénéficiaient d'un suivi externe étaient suivies par un gynécologue spécialiste installé en libéral. Seules 2 femmes étaient suivies par leur médecin traitant.

10% des femmes interrogées étaient exclusivement suivies à Charles Perrens lors des consultations dédiées à la gynécologie, et sur les 54 femmes ayant un suivi gynécologique régulier, on constatait qu'un tiers avait bénéficié d'une consultation de gynécologie au sein de l'hôpital psychiatrique.

57% des femmes ne connaissaient pas la consultation de gynécologie à Charles Perrens.

Nous pouvons donc conclure que le suivi gynécologique est relativement bon dans la population étudiée, avec notamment un taux élevé de FCU à jour. Cependant, on observe que le taux de contraception est plus faible qu'en population générale.

Des efforts restent à fournir par les équipes paramédicales et médicales afin d'informer les patientes de la nécessité d'un suivi gynécologique régulier, de les inciter à consulter en gynécologie afin de répondre à leurs questions concernant la mise en place de contraception, de renforcer la proposition de consultation de gynécologie durant l'hospitalisation des patientes, et coordonner le suivi en externe si cela n'est pas réalisable en intra-hospitalier.

La consultation dédiée à la gynécologie et à la planification familiale au sein de l'hôpital Charles Perrens doit être valorisée pour que le suivi gynécologique des patientes puisse être optimisé.

Cette étude s'inscrit dans des projets de réflexion menés actuellement par l'HAS concernant l'amélioration de la coordination des soins entre médecine générale et psychiatrie [42].

BIBLIOGRAPHIE

- [1] HARRIS EC, BARRACLOUGH B. Excess mortality of mental disorder. Br J Psychiatry 1998 ; 173: 11-53.
- [2] BOURGUIGNON A, STYLIANIDIS S, LIVARTOWSKI A et al. Etude de la mortalité avant 30 ans dans les familles psychotiques. Ann Med Psychol 1989 ; 147 : 1-13.
- [3] CASADEBAIG F, PHILIPPE A. Rapport d'étape : morbidité et mortalité des patients schizophrènes. Suivi d'une cohorte de patients 1993-2001. Pour la recherche, Mars 2004 :40.
- [4] KORMANN-SERRE C. Etude pilote pour l'évaluation de la qualité du suivi gynécologique des patientes d'un centre médico-psychologique.90p. Thèse d'exercice : médecine générale : Paris 7-Denis Diderot : 2004 : N°46.
- [5] DELBECQ-GUIRIMAND M. Conseil contraceptif en psychiatrie : impact des facteurs sociodémographiques et médicaux pouvant influencer le conseil contraceptif chez cent patientes suivies au centre médico-psychologique d'Ile de France.69p. Thèse d'exercice : médecine générale : Paris Descartes : 2014 : N°147.
- [6] GATIN B. Le CNGOF ouvre ses portes aux généralistes. Panorama du médecin, 2006 : 5038-65.
- [7] LE GOAZIOU MF. Le médecin généraliste peut et doit faire de la gynécologie. Rev Prat Med Gen 1999 ; 13 : 1645-6.
- [8] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. La prise en charge des femmes françaises : observatoire Thalès. Etude 2769, septembre 1999 : Fréquence annuelle de consultation des femmes chez le généraliste.
- Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm , consulté le 19/09/2015.
- [9] HAS. Fiche Mémo. Contraception : prescription et conseils aux femmes. Juillet 2013.
- [10] HAS. Document de synthèse. Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. Mars 2013, mise à jour mars 2014.
- [11] BAJOS N, BOHET A, LE GUEN M, et al. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Population et Sociétés. Septembre 2012 : 492.
- [12] BAJOS N, ROUZAUD-CORNABAS M, PANJO H, et al. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Population et Sociétés, Mai 2014 : 511.
- [13] HAS. Etat des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Synthèse et recommandations. Juillet 2010.

[14] HAS. Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé. Juin 2013.

[15] Dépistage du cancer du col de l'utérus : le frottis cervico-utérin.

Disponible sur :

<http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Le-depistage-par-frottis-cervico-uterin> , consulté le 18/09/2015.

[16] GARNIER A, BRINDEL P. Les programmes de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en Europe : état des lieux en 2013. Bull Epidémiol Hebd. 2014 ; 13-14-15 : 222-7.

Disponible sur :

http://invs.sante.fr/beh/2014/13-14-15/2014_13-14-15_2.html , consulté le 18/09/2015.

[17] DUPORT N, HEARD I, BARRE S, et al. Focus : Le cancer du col de l'utérus : état des connaissances en 2014. Bull Epidémiol Hebd. 2014 ; 13-14-15 : 220-1.

Disponible sur : http://invs.sante.fr/beh/2014/13-14-15/2014_13-14-15_1.html , consulté le 18/09/2015.

[18] Dépistage du cancer du col de l'utérus : zoom sur une démarche novatrice en Gironde. Conférence de Presse – 21 juin 2012.

Disponible sur :

<http://www.ameli.fr/espace-presse/communiqués-et-dossiers-de-presse/les-derniers-communiqués-regionaux/detail-d-un-communiqué/2073.php> , consulté le 18/09/2015.

[19] CAMILLONI L, FERRONI E, CENDALES BJ, et al. Methods to increase participation in organised screening programs : a systematic review. BMC Public Health 2013 ; 13 : 464.

[20] MILLER L. Sexuality, reproduction, and family planning in women with schizophrenia. Schizophrenia Bulletin 1997 ; 23 : 623-635.

[21] GOMES TG, MOURA ERF, ALMEIDA PC. Particularities of family planning in women with mental disorders. Rev Latino-am Enfermagem 2009 ; 17 : 639-44.

[22] CURRUBLE E, HARDY P. Observance du traitement en psychiatrie. EncyclMedChir Psychiatrie 2003 ; 37-680-6p.

[23] GOLD KJ, KIBOURNE AM. Primary care of patients with serious mental illness : your chance to make a difference. The Journal of Family Practice 2008 ; vol.57 : 525.

[24] FEVRIER R, BRYSSINE S, VALON D. Comorbidités somatiques en psychiatrie. Santé Mentale 2004 ; 90 : 29-35.

[25] CASEY DE. Metabolic issues and cardiovascular disease in patients with psychiatric disorders. Am J Med 2005 ; 118 (suppl 2) ; 150 : 15s-22s.

- [26] FARR S, CURTIS K, ROBBINS C, et al. Use of contraception among women with frequent mental distress. *Contraception* 83, 2011 ; 127-133.
- [27] SERFATY D. Abrégés de Contraception. 4^{ème} Edition. Elsevier-Masson. 6 avril 2011. 496p.
- [28] BERENSON A, ASEM H, TAN A, et al. Continuation rates and complications of intrauterine contraception in women diagnosed with bipolar disorder. *Obstet Gynecol* 2011 ; 118 : 1331-1336.
- [29] Article R.4127-35 du code de la santé publique sur l'information du patient.
- [30] HOWARD LM, BARLEY EA, DAVIES A, and al. Cancer diagnosis in people with severe mental illness : practical and ethical issues. *Lancet Oncol* 2010 ; 11:797-804.
- [31] AGGARWAL A, PADURANGI A, SMITH W. Disparities in breast and cervical screening in women with mental illness : a systematic literature review. *Am J Prev Med* 2013 ; 44 : 392-98.
- [32] TILBROOK D, POLSKY J, LOFTERS A. Are women with psychosis receiving adequate cervical cancer screening ? *Can Fam Physician* ; vol 56 avril 2010 : 358-363.
- [33] DARVES-BORNOZ JM, GAILLARD P, DEGIOVANNI A†. Psychiatrie et grossesse : la mère et l'enfant. *Encycl Med Chir, Gynécologie-Obstétrique*, 5-046-A-10, Psychiatrie, 37-660-A-10, 2001 ; 7p.
- [34] DAYAN J, YOSHIDA K. Psychological and pharmacological treatments of mood and anxiety during pregnancy and postpartum. Review and synthesis. *J Gynecol Obst Biol Reprod* 2007 ; 36 : 30-48.
- [35] Centre de Référence sur les Agents Tératogènes.
Disponible sur : http://www.lecrat.org/articleSearch.php3?id_groupe=16 , consulté le 29/10/2015.
- [36] BOHN I, AUDERT JP, GUEGAN M. Patients psychiatriques ambulatoires : quelle coordination des soins ? *Rev Prat Med Gen* 2007 ; 21 : 511-514.
- [37] INSEE. Etat matrimonial légal des personnes de plus de 15 ans jusqu'en 2014.
Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=nattef02311 , consulté le 30/10/2015.
- [38] GUIGNARD R, BECK F, RICHARD JB et al. La consommation de tabac en France en 2014 : caractéristiques et évolutions récentes. *Evolutions*, N°31 janvier 2015 ; 6p.
- [39] INSEE. Nombre moyen d'enfant par femme par département de 2000 à 2012.
Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=4&ref_id=popop008 , consulté le 05/11/15.

[40] DIEN B. Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes d'Indre-et-Loire dans le suivi gynéco-obstétrical : Une enquête qualitative. 58p. Thèse d'exercice : Médecine générale ; Tours : 2013.

[41] GUISET JB. Etat des lieux de la prise en charge gynécologique chez les patientes atteintes de pathologies psychiatriques aux EPSM de Lille et de Roubaix.80p. Thèse d'exercice : Médecine générale ; Université Lille 2 : faculté Henri Warembourg : 2014.

[42] HAS. Améliorer la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des troubles mentaux. 23 avril 2015.

ANNEXES

Annexe 1

MÉDICAMENTS CONTENANT DU VALPROATE ET DÉRIVÉS

GUIDE À DESTINATION DES MÉDECINS PRESCRIPTEURS

Ce guide est remis dans le cadre des mesures de minimisation du risque mises en place pour le valproate, dans le but d'informer les professionnels de santé sur les risques associés à son utilisation par des femmes en âge de procréer et pendant la grossesse.

Ce guide vous fournit des informations actualisées sur le risque de troubles neurodéveloppementaux constatés chez les enfants nés de femmes ayant pris du valproate pendant la grossesse, **en plus du risque connu de malformations congénitales chez les enfants exposés *in utero*.**

Dans ce guide, la dénomination « VALPROATE » sera utilisée pour les spécialités Dépakine® (valproate de sodium), Dépakote® (divalproate de sodium), Dépamide® (valpromide), Micropakine® (valproate de sodium + acide valproïque) et génériques.

Pour plus d'informations, consultez le Résumé des Caractéristiques du Produit, sur la base de données publique des médicaments

<http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>

Version 1 – avril 2015

MESSAGES CLÉS

■ Risque d'issues anormales de grossesse : Nouvelles données

Le valproate est un principe actif aux effets tératogènes connus qui expose à un risque élevé de malformations congénitales. Les nouvelles données disponibles confirment également que l'exposition *in utero* est associée à un risque accru de troubles neurodéveloppementaux.

Le risque de malformations congénitales est en moyenne de 10,73% (IC à 95% : 8,16-13,29). Ce risque de malformations majeures est plus élevé que celui de la population générale, qui est de 2% à 3%.

Troubles neurodéveloppementaux :

- Des études menées chez des enfants d'âge préscolaire exposés *in utero* au valproate montrent que jusqu'à 30% à 40% d'entre eux présentent des retards de développement dans la petite enfance.
Le quotient intellectuel (QI) mesuré chez des enfants d'âge scolaire (6 ans) exposés *in utero* au valproate est en moyenne de 7 à 10 points inférieur à celui des enfants exposés à d'autres antiépileptiques.
- Les données disponibles montrent que les enfants exposés *in utero* au valproate ont un risque accru de présenter des troubles envahissants du développement (syndromes appartenant au spectre de l'autisme) (environ 3 fois plus fréquent) et d'autisme infantile (environ 5 fois plus fréquent), par rapport à celui des populations témoins.
- Des données limitées à ce jour suggèrent que les enfants exposés *in utero* au valproate sont plus susceptibles de développer des symptômes de trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH).

■ Nouvelles conditions de prescription et de délivrance : Chez les enfants et adolescents de sexe féminin, femmes en âge de procréer et femmes enceintes : la prescription initiale annuelle est désormais réservée aux spécialistes en neurologie, psychiatrie, pédiatrie.

Le renouvellement est non restreint et peut donc être effectué par un médecin généraliste.

Ce médicament nécessite une surveillance particulière pendant le traitement : la prescription initiale annuelle nécessite préalablement le recueil de l'accord de soins de la patiente ; la délivrance ne peut se faire qu'après avoir vérifié que cet accord de soins a été recueilli.

■ En conséquence, la prise en charge thérapeutique est modifiée :

À l'attention des médecins spécialistes prescripteurs (en neurologie, psychiatrie, pédiatrie) :

Le valproate ne doit pas être prescrit aux filles, aux adolescentes, aux femmes en âge de procréer et aux femmes enceintes, sauf en cas d'inefficacité ou d'intolérance à toutes les autres alternatives médicamenteuses.

En cas de prescription, respectez les points suivants :

- Les femmes en âge de procréer doivent utiliser une contraception efficace pendant le traitement.
- Une information complète doit être délivrée à la patiente et/ou son représentant légal, en s'assurant qu'ils ont bien compris les risques associés au traitement par valproate pendant la grossesse.

Deux documents sont à votre disposition pour vous y aider :

- Une brochure d'information à remettre à la patiente : elle résume les informations de sécurité sur le risque pour l'enfant à naître et souligne les principaux éléments de la prise en charge thérapeutique.
- Un formulaire d'accord de soins :
 - Il doit être complété et signé par vous et par la patiente et/ou son représentant légal* lors de chaque prescription initiale annuelle.
 - Un exemplaire signé doit être conservé dans le dossier médical de la patiente.
 - Un exemplaire signé doit être remis à la patiente et/ou son représentant légal* en l'informant que celui-ci devra être conservé et présenté à la pharmacie puisqu'il conditionne toute délivrance du médicament.

Le rapport bénéfice/risque du traitement par le valproate devra être réévalué régulièrement et au moins une fois par an, notamment lorsqu'une jeune fille atteint la puberté, si une femme envisage une grossesse, et urgemment en cas de grossesse.

À l'attention des médecins généralistes : conduite à tenir face à une patiente déjà traitée par valproate :

- Orientez votre patiente vers son médecin spécialiste au plus tôt, afin qu'il réévalue la nécessité d'un traitement par valproate, et qu'il lui fasse signer un accord de soins en cas de maintien du traitement. Cet accord de soins sera indispensable pour toute délivrance du médicament.
- Remettez à votre patiente la brochure d'information si elle n'est pas déjà en sa possession.
- Vérifiez que votre patiente, si elle est en âge de procréer, utilise une contraception efficace. Si ce n'est pas le cas, donnez-lui des conseils sur les méthodes de contraception efficaces et adressez-la à un spécialiste si nécessaire.

*Pour les patientes mineures, le/les titulaire(s) de l'autorité parentale, pour les patientes majeures, protégées par la loi, représentant légal.

CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR AU SUJET DES RISQUES LIÉS À L'UTILISATION D'ACIDE VALPROÏQUE CHEZ LA FEMME

Le VALPROATE est un principe actif aux effets tératogènes connus, qui expose à un risque élevé de malformations congénitales. Les nouvelles données disponibles confirment également que l'exposition *in utero* au valproate est associée à un risque accru de troubles neurodéveloppementaux. Ces risques sont décrits ci-dessous.

1 MALFORMATIONS CONGÉNITALES

Les données d'une méta-analyse (incluant des registres et des études de cohortes) montrent que l'incidence des malformations congénitales chez les enfants nés de mères épileptiques traitées par le valproate en monothérapie pendant leur grossesse est de 10,73% (IC à 95% : 8,16-13,29). Ce risque de malformations majeures est plus élevé que celui de la population générale, qui est de 2% à 3%¹. Les données disponibles montrent que ce risque est dose-dépendant et qu'il est plus élevé pour des doses fortes. Cependant, aucune dose excluant ce risque n'a pu être déterminée.

Les malformations le plus souvent rencontrées incluent des anomalies de fermeture du tube neural, des dysmorphies faciales, des fentes labiales et palatines, des craniosténoses, des malformations cardiaques, rénales et urogénitales (notamment hypospadias), des malformations des membres (notamment aplasie bilatérale du radius) et des syndromes polymalformatifs touchant diverses parties du corps.

2 TROUBLES NEURODÉVELOPPEMENTAUX

Les enfants exposés *in utero* au valproate ont un risque accru de présenter des troubles du développement. Le risque semble dose-dépendant, mais les données disponibles ne permettent pas de déterminer une dose excluant ce risque. La période à risque pourrait concerner toute la grossesse.

Des études²⁻⁵ menées chez des enfants d'âge préscolaire exposés *in utero* au valproate montrent que jusqu'à 30% à 40% d'entre eux présentent des retards de développement dans la petite enfance, tels que des retards dans l'acquisition de la parole et de la marche, des capacités intellectuelles diminuées, des capacités verbales (parole et compréhension) diminuées ainsi que des troubles de la mémoire.

Le quotient intellectuel (QI) mesuré chez des enfants d'âge scolaire (6 ans) exposés *in utero* au valproate est en moyenne de 7 à 10 points inférieur à celui des enfants exposés à d'autres antiépileptiques⁹. Bien que le rôle de facteurs confondants ne puisse être exclu, il est prouvé que cette diminution de QI observée chez les enfants exposés *in utero* est indépendante du QI maternel.

Les données sur l'évolution de ces troubles à long terme sont limitées.

Les données disponibles montrent que les enfants exposés *in utero* au valproate ont un risque accru de présenter des troubles envahissants du développement (syndromes appartenant au spectre de l'autisme) (environ 3 fois plus fréquent) et d'autisme infantile (environ 5 fois plus fréquent), par rapport à celui des populations témoins⁷.

Des données limitées à ce jour suggèrent que les enfants exposés *in utero* au valproate sont plus susceptibles de développer des symptômes du trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH)⁸.

Traitement des femmes par valproate

Chez les enfants et adolescents de sexe féminin, femmes en âge de procréer et femmes enceintes : la prescription initiale annuelle est désormais réservée aux spécialistes en neurologie, psychiatrie, pédiatrie. Le renouvellement est non restreint et peut donc être effectué par un médecin généraliste.

A

PREMIÈRE PRESCRIPTION À UN ENFANT DE SEXE FÉMININ

Après un examen médical, vous envisagez de prescrire du valproate à une fille (prépubère) :

Confirmez que le traitement par valproate est la seule option thérapeutique appropriée pour votre patiente : c'est-à-dire que tous les autres traitements ont échoué.

Pour les patientes en échec avec les traitements alternatifs :

■ Délivrez une information complète à votre patiente et les membres de sa famille/ ses représentants* en discutant des points suivants :

- Risques gravidiques associés à la pathologie sous-jacente.
- Risques associés au valproate au cours de la grossesse.
- Nécessité d'une méthode de contraception efficace pour éviter toute grossesse non désirée, à partir de la puberté et avant les premières relations sexuelles.
- Nécessité d'une réévaluation régulière du traitement et au moins une fois par an, et impérativement lorsqu'une jeune fille atteint la puberté.

Pour vous y aider, une brochure d'information à remettre à la patiente résume les informations de sécurité sur le risque, en cas de grossesse, pour l'enfant à naître et souligne les principaux éléments de la prise en charge thérapeutique :

■ Assurez-vous que votre patiente et/ou ses représentants* :

- A/ont bien compris les risques en cas de grossesse.
- A/ont reçu la brochure d'information patiente.
- A/ont reçu, complété et signé le formulaire d'accord de soins (également complété et signé par vos soins) :
 - un exemplaire signé doit être conservé dans le dossier médical de la patiente.
 - un exemplaire signé doit être remis à la patiente et/ou son représentant légal* en l'informant que celui-ci devra être conservé et présenté à la pharmacie puisqu'il conditionne la délivrance du médicament.

■ Prévoyez de réévaluer régulièrement et au moins une fois par an la nécessité du traitement, et notamment lorsque la patiente atteint la puberté.

Au moment de la puberté :

- Évaluez la nécessité de donner des conseils sur les méthodes de contraception efficaces et adressez votre patiente à un spécialiste si nécessaire.
- Demandez à votre patiente de vous consulter immédiatement en cas de grossesse ou si elle pense être enceinte.

*Pour les patientes mineures, le/les titulaire(s) de l'autorité parentale, pour les patientes majeures, protégées par la loi, représentant légal.



PRESCRIPTION CHEZ UNE FEMME EN ÂGE DE PROCRÉER QUI N'ENVISAGE PAS DE GROSSESSE

Après un examen médical, vous envisagez de prescrire du valproate à votre patiente :

Confirmez que le traitement par valproate est la seule option thérapeutique appropriée pour votre patiente : c'est-à-dire que tous les autres traitements ont échoué.

Pour les patientes en échec avec les traitements alternatifs :

■ **Délivrez une information complète à votre patiente et les membres de sa famille/ ses représentants* en discutant des points suivants :**

- Risques gravidiques associés à la pathologie sous-jacente.
- Risques associés au valproate au cours de la grossesse.
- Nécessité d'une méthode de contraception efficace pour éviter toute grossesse non désirée.
- Nécessité d'une réévaluation du traitement au moins une fois par an.

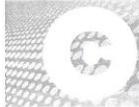
Pour vous y aider, une brochure d'information à remettre à la patiente résume les informations de sécurité sur le risque pour l'enfant à naître et souligne les principaux éléments de la prise en charge thérapeutique :

■ **Assurez-vous que votre patiente et/ou ses représentants* :**

- A/ont bien compris les risques pour l'enfant à naître en cas d'utilisation du valproate pendant la grossesse.
- A/ont bien compris la nécessité d'utiliser une contraception efficace pendant le traitement.
- A/ont reçu la brochure d'information patiente.
- A/ont reçu, complété et signé le formulaire d'accord de soins (également complété et signé par vos soins) :
 - un exemplaire signé doit être conservé dans le dossier médical de la patiente.
 - un exemplaire signé doit être remis à la patiente et/ou son représentant légal* en l'informant que celui-ci devra être conservé et présenté à la pharmacie puisqu'il conditionne la délivrance du médicament.

■ **Demandez à votre patiente de vous consulter en amont si elle change d'avis et souhaite envisager une grossesse.**

■ **Demandez à votre patiente de vous consulter immédiatement en cas de grossesse ou si elle pense être enceinte.**



RÉÉVALUATION DU TRAITEMENT CHEZ UNE FEMME EN ÂGE DE PROCRÉER QUI ENVISAGE UNE GROSSESSE

- **Rappelez à vos patientes les risques tératogènes et de troubles du développement susceptibles d'être gravement handicapants chez l'enfant à naître associés à la prise de valproate pendant la grossesse, mais également les risques associés à une épilepsie ou à un trouble bipolaire non traité.**

Pour vous y aider, une brochure d'information à remettre à la patiente résume les informations de sécurité sur le risque pour l'enfant à naître et souligne les principaux éléments de la prise en charge thérapeutique :

Réévaluez impérativement la nécessité du traitement par valproate, quelle que soit l'indication : toutes les mesures doivent être mises en œuvre pour recourir à d'autres thérapeutiques en vue de cette grossesse. De plus, les données disponibles suggèrent qu'une polythérapie antiépileptique, incluant le valproate, est associée à un risque de malformations congénitales plus élevé qu'une monothérapie par valproate.

- **Adressez votre patiente à des spécialistes pour une consultation préconceptionnelle.**
- **Si après évaluation attentive, le traitement par valproate devait absolument être maintenu (seule option thérapeutique appropriée pour votre patiente : c'est-à-dire que tous les autres traitements ont échoué), il conviendrait :**
 - d'utiliser la dose minimale efficace et de répartir les prises au cours de la journée. L'utilisation d'une formulation à libération prolongée pourrait être préférable afin d'éviter les pics plasmatiques.
 - d'envisager une supplémentation en acide folique qui pourrait diminuer le risque général d'anomalies de fermeture du tube neural. **Attention, la prévention par l'acide folique des malformations liées au valproate n'est pas étayée à ce jour.**
 - d'instaurer une surveillance prénatale spécialisée en vue de détecter d'éventuelles anomalies touchant le tube neural ou d'autres malformations.
 - de suivre spécifiquement l'enfant après sa naissance.
- **Assurez-vous que votre patiente et/ou ses représentants* :**
 - A/ont bien compris les risques pour l'enfant à naître en cas d'utilisation du valproate pendant la grossesse.
 - A/ont reçu la brochure d'information patiente.
 - A/ont reçu, complété et signé le formulaire d'accord de soins (également complété et signé par vos soins) :
 - un exemplaire signé doit être conservé dans le dossier médical de la patiente.
 - un exemplaire signé doit être remis à la patiente et/ou son représentant légal* en l'informant que celui-ci devra être conservé et présenté à la pharmacie puisqu'il conditionne la délivrance du médicament.
- **Demandez à votre patiente de vous consulter immédiatement en cas de grossesse, ou si elle pense être enceinte, afin d'instaurer une surveillance adéquate : une surveillance prénatale en vue de détecter de possibles anomalies touchant le tube neural ou d'autres malformations et un suivi spécifique de l'enfant après sa naissance.**



GROSSESSES NON PRÉVUES

- Programmez une consultation en urgence avec votre patiente afin d'envisager les solutions relatives à la poursuite ou non de sa grossesse.
- Dites-lui de ne pas interrompre le traitement jusqu'à sa consultation, sauf si vous êtes en mesure de lui donner un autre conseil en fonction de votre évaluation de la situation.
- Dans le cas où la patiente souhaite poursuivre cette grossesse :

Réévaluez la nécessité ou non du traitement par valproate, quelle que soit l'indication. Toutes les mesures doivent être mises en œuvre pour recourir à d'autres thérapeutiques compte tenu de cette grossesse. De plus, les données disponibles suggèrent qu'une polythérapie antiépileptique, incluant le valproate, est associée à un risque de malformations congénitales plus élevé qu'une monothérapie par valproate.

- Si après évaluation attentive, le traitement par valproate devait absolument être maintenu (seule option thérapeutique appropriée pour votre patiente : c'est-à-dire que tous les autres traitements ont échoué), il conviendrait :
 - d'utiliser la dose minimale efficace et de répartir les prises au cours de la journée. L'utilisation d'une formulation à libération prolongée pourrait être préférable afin d'éviter les pics plasmatiques.
 - d'envisager une supplémentation en acide folique qui pourrait diminuer le risque général d'anomalies de fermeture du tube neural. Attention, la prévention par l'acide folique des malformations liées au valproate n'est pas étayée à ce jour.
 - d'instaurer une surveillance prénatale spécialisée en vue de détecter d'éventuelles anomalies touchant le tube neural ou d'autres malformations.
 - de suivre spécifiquement l'enfant après sa naissance.
- Assurez-vous que votre patiente et/ou ses représentants* :
 - A/ont bien compris les risques pour l'enfant à naître en cas d'utilisation du valproate pendant la grossesse.
 - A/ont reçu la brochure d'information patiente.
 - A/ont reçu, complété et signé le formulaire d'accord de soins (également complété et signé par vos soins) :
 - Un exemplaire signé doit être conservé dans le dossier médical de la patiente.
 - Un exemplaire signé doit être remis à la patiente et/ou son représentant légal* en l'informant que celui-ci devra être conservé et présenté à la pharmacie puisqu'il conditionne la délivrance du médicament.
- Assurez-vous qu'une surveillance adéquate sera mise en place :
 - surveillance prénatale spécialisée en vue de détecter de possibles anomalies touchant le tube neural ou d'autres malformations.
 - suivi spécifique de l'enfant après sa naissance.

Références

1. Meador K., Reynolds M.W., Crean S., Fahrbach K., Probst C. Pregnancy outcomes in women with epilepsy: a systematic review and meta-analysis of published pregnancy registries and cohorts. *Epilepsy Res.* 2008;81(1):1-13.
2. Bromley R.L., Mawer G., Love J., Kelly J., Purdy L., McEwan L. et al. Early cognitive development in children born to women with epilepsy: a prospective report. *Epilepsia* 2010 October;51(10):2058-65.
3. Cummings et al. Neurodevelopment of children exposed in utero to lamotrigine, sodium valproate and carbamazepine. *Arch. Dis. Child* 2011;96:643-647.
4. Meador K. et al. Cognitive function at 3 years of age after fetal exposure to antiepileptic drugs. *NEJM* 2009;360(16):1597-1605.
5. Thomas S.V. et al. Motor and mental development of infants exposed to antiepileptic drugs in utero. *Epilepsy and Behaviour* 2008(13):229-236.
6. Meador K.J., Baker G.A., Browning N., Cohen M.J., Bromley R.L., Clayton-Smith J., Kalayjian L.A., Kanner A., Liporace J.D., Pennell P.B., Privitera M., Loring D.W.; NEAD Study Group. Effects of fetal antiepileptic drug exposure: outcomes at age 4.5 years. *Neurology*. 2012;78(16):1207-1214.
7. Christensen J. et al. Prenatal valproate exposure and risk of autism spectrum disorders and childhood autism. *JAMA* 2013;309(16):1696-1703
8. Cohen M.J. et al. Fetal antiepileptic drug exposure: motor, adaptive and emotional/behavioural functioning at age 3 years. *Epilepsy Behav.* 2011; 22(2):240-246.
9. Meador K. et al. Fetal antiepileptic drug exposure and cognitive outcomes at age 6 (NEAD study): a prospective observational study. *Lancet Neurol.* 2013 March;12(3):244-252.

RÉSUMÉ

PREMIÈRE PRESCRIPTION À UN ENFANT DE SEXE FÉMININ

1. Ne prescrivez valproate qu'en cas d'inefficacité ou d'intolérance aux autres traitements.
2. Informez votre patiente de la nécessité d'utiliser une contraception efficace dès que cela sera nécessaire.
3. Expliquez les risques potentiels de la pathologie elle-même en cas de grossesse pour l'enfant à naître, ainsi que les risques associés à l'utilisation de valproate pendant la grossesse.
4. Assurez-vous que votre patiente et/ou son représentant a/ont reçu la brochure d'information et a/ont signé le formulaire d'accord de soins (conserver un exemplaire signé dans le dossier médical de la patiente et leur remettre l'autre exemplaire).
5. Prévoyez de réévaluer régulièrement et au moins une fois par an la nécessité du traitement, et notamment lorsque la patiente atteint la puberté.

PRESCRIPTION CHEZ UNE FEMME EN ÂGE DE PROCRÉER QUI N'ENVISAGE PAS DE GROSSESSE

1. Ne prescrivez valproate qu'en cas d'inefficacité ou d'intolérance aux autres traitements.
2. Informez votre patiente de la nécessité d'utiliser une contraception efficace.
3. Expliquez les risques pour l'enfant à naître associés à l'utilisation de valproate pendant la grossesse et d'une maladie non traitée.
4. Assurez-vous que votre patiente a reçu la brochure d'information et a signé le formulaire d'accord de soins (conserver un exemplaire signé dans le dossier médical de la patiente et lui remettre l'autre exemplaire).
5. Demandez à votre patiente de vous consulter en amont si elle change d'avis et souhaite envisager une grossesse.
6. Demandez à votre patiente de vous consulter **immédiatement** en cas de grossesse ou si elle pense être enceinte.

RÉÉVALUATION DU TRAITEMENT CHEZ UNE FEMME EN ÂGE DE PROCRÉER QUI ENVISAGE UNE GROSSESSE

1. Expliquez les risques potentiels de la pathologie elle-même pour l'enfant à naître, indépendamment des risques propres au valproate.
2. Expliquez les risques pour l'enfant à naître associés à l'utilisation de valproate pendant la grossesse.
3. Réévaluez le rapport bénéfice/risque du traitement de la patiente et mettez tout en œuvre pour recourir à d'autres thérapeutiques en vue de cette grossesse.
4. Si vous maintenez le traitement (seule option thérapeutique appropriée pour votre patiente), utilisez la dose minimale efficace à répartir en plusieurs prises au cours de la journée. L'utilisation d'une formulation à libération prolongée pourrait être préférable afin d'éviter les pics plasmatiques.
5. Assurez-vous que votre patiente a reçu la brochure d'information et a signé le formulaire d'accord de soins (conserver un exemplaire signé dans le dossier médical de la patiente et lui remettre l'autre exemplaire).
6. Demandez à votre patiente de vous consulter **immédiatement** en cas de grossesse ou si elle pense être enceinte ; si cette grossesse est poursuivie, assurez-vous qu'une surveillance adéquate sera mise en place (surveillance prénatale et suivi spécifique de l'enfant après sa naissance).

GROSSESSES NON PRÉVUES

1. Programmez une consultation en urgence afin d'envisager les solutions relatives à la poursuite ou non de sa grossesse.
2. Dites à votre patiente de continuer son traitement jusqu'à sa consultation.

Si la patiente souhaite poursuivre sa grossesse :

3. Assurez-vous qu'elle a bien compris les risques associés au valproate pendant la grossesse.
4. Réévaluez le rapport bénéfice/risque de son traitement et mettez tout en œuvre pour recourir à d'autres thérapeutiques en vue de cette grossesse.
5. Si vous maintenez le traitement (seule option thérapeutique appropriée pour votre patiente), utilisez la dose minimale efficace à répartir en plusieurs prises au cours de la journée. L'utilisation d'une formulation à libération prolongée pourrait être préférable afin d'éviter les pics plasmatiques.
6. Assurez-vous que votre patiente a reçu la brochure d'information et a signé le formulaire d'accord de soins (conserver un exemplaire signé dans le dossier médical de la patiente et lui remettre l'autre exemplaire).
7. Assurez-vous qu'une surveillance adéquate sera mise en place (surveillance prénatale et suivi spécifique de l'enfant après sa naissance).

▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire qui permettra l'identification rapide de nouvelles informations relatives à la sécurité de l'emploi. Nous vous rappelons que tout effet indésirable doit être déclaré au Centre régional de pharmacovigilance (CRPV) dont vous dépendez (coordonnées disponibles sur le site Internet de l'ANSM : www.ansm.sante.fr).

Annexe 2 : Questionnaire de thèse

ÉTAT DES LIEUX DU STATUT GYNÉCOLOGIQUE DES FEMMES HOSPITALISÉES AU
CENTRE HOSPITALIER PSYCHIATRIQUE CHARLES PERRENS.

Questionnaire réalisé auprès des femmes âgées de 18 à 49 ans.

1. Numéro d'Anonymat

2. Age

3. Médecin traitant référent

- OUI
 NON
 NE SAIT PAS

4. Couverture sociale

- Sécurité sociale seule
 CMU
 AME
 Sécurité sociale + Mutuelle
 Aucune
 Ne sait pas

5. Catégorie socio-professionnelle

- Agriculteurs exploitants
 Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
 Cadres et professions intellectuelles supérieures
 Professions intermédiaires
 Employés
 Ouvriers
 Retraités
 Autres personnes sans activité professionnelle

6. Revenus

- Salariée ou emploi actuel
 Chômage
 Aides sociales
 Autres revenus
 Aucun

7. État civil

- Célibataire
 Mariée, PACS ou concubinage
 Veuve
 Divorcée ou séparée

8. Tabac

- OUI, ≥ 1 paquet par jour
 OUI, < 1 paquet par jour
 NON

9. Alcool

Alcoolisme selon l'OMS : 14 verres par semaine ou 2 verres par jour

- OUI , \geq 14 verres par semaine
- OUI , $<$ 14 verres par semaine
- NE SAIT PAS

10. Autres substances psychoactives

- NON
- Cannabis
- Héroïne
- Cocaïne
- Amphétamines
- Mésusage médicamenteux (codéine)
- Polytoxicomanie ($>$ 2 réponses)

11. Pathologie(s) psychiatrique(s)

CIM 10

- F00-F09.Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques
- F10-F19.Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives
- F20-F29.Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants
- F30-F39.Troubles de l'humeur (affectifs)
- F40-F49.Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes
- F50-F59.Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des symptômes physiques
- F60-F69.Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte
- F70-79.Retard mental
- F80-89.Trouble du développement psychologique
- F90-F98.Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence
- F99.Trouble mental, sans autre indication

12. Traitements psychotropes habituels (à l'entrée)

- Neuroleptiques et antipsychotiques
- Lithium ou thymorégulateurs
- Antidépresseurs
- Anxiolytiques
- Hypnotiques
- Antiépileptiques (dihydan dilantin gardénal depakine tegretol trileptal lamictal epitomax)
- Autre :

13. Nombre de grossesses

14. Nombre d'enfants

15. Nombre d'interruptions de grossesse

16. Nombre de FCS

17. Grossesse en cours

- OUI
 NON

18. Ménopause

- OUI
 NON

19. Troubles du cycle

- OUI
 NON

20. Contraception actuelle

- Pilule oestroprogestative
 Pilule progestative
 Implant
 Anneau vaginal
 Patch
 DIU cuivre
 DIU hormonal
 Préservatifs
 Stérilisation contraceptive
 Injection contraceptive
 Méthodes naturelles : Ogino, retrait, T°C
 Aucune
 Autre :

21. Observance

Nombre d'oublis au cours du mois précédent si contraception par pilule OP ou P, patch, préservatif

- 0
 1
 2 ou plus
 NE SAIT PAS

22. Rapports sexuels à risque dans l'année passée

- 0
 1
 2
 3
 4
 5 ou plus
 NE SAIT PAS

23. Dépistage des MST

- JAMAIS
 OUI, dans les 12 derniers mois
 OUI, il y a plus d'1 an
 NE SAIT PAS

24. Suivi gynécologique

- Consultation gynécologique de Charles Perrens
 Suivi gynécologique externe
 Aucun suivi

25. Si suivi externe, lequel ?

- Médecin généraliste
- Gynécologue
- Centre de planification familiale
- Centre hospitalier ou clinique
- Autre :

26. Date du dernier examen gynécologique

- < ou = à 1 an
- > à 1 an

27. Par qui avait -il été réalisé ?

28. Quel était le motif de consultation ?

- Mise en place d'une contraception
- Consultation de suivi gynécologique (FCU, examen mammaire, surveillance et renouvellement contraception)
- Symptômes gynécologiques (IST leucorrhées, douleurs, métrorragies, aménorrhée, découverte masse, etc)
- Plus de 2 motifs de consultation
- Autre :

29. Connaissez-vous l'existence d'une consultation de gynécologie au sein de l'hôpital Charles Perrens ?

- Oui
- Non

30. Date du dernier FCU si femme > à 25 ans

- < ou = 3 ans
- > 3 ans

31. Vous sentez-vous bien suivie sur le plan gynécologique ?

EVA de 0 à 10 (ressenti par la patiente)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

32. Si réponse inférieure à 5 à la question précédente : pourquoi ne vous sentez vous pas bien suivie ?

33. Qu'est-ce qui vous freine dans la prise de RDV de suivi gynécologique ?

- Prix
- Gênant ou désagréable
- Religion
- Sexe du gynécologue
- Inutile, pas besoin
- Délai trop long
- Autre :

Annexe 3 : Lettre aux psychiatres référents des différents services de l'hôpital Charles Perrens

Bonjour à toutes et à tous,

Actuellement à la fin de mon internat de médecine générale, je réalise un travail de thèse sur «L'état des lieux du statut gynécologique des femmes hospitalisées à l'hôpital Charles Perrens », avec comme directrice de thèse le Dr MAURAN Noémie, et comme rapporteur principal le Dr DUCOS Gérard, du Département de Médecine Générale.

De manière subjective, lors des examens somatiques, nous avons constaté que le suivi gynécologique des patientes hospitalisées à Charles Perrens, était souvent insuffisant.

L'objectif principal de ce travail est d'avoir une vision globale du statut gynécologique des femmes hospitalisées en psychiatrie à Charles Perrens :

-de mesurer la qualité de leur suivi gynécologique (fréquence de l'examen gynécologique, du frottis) ;

-et de connaître le type de contraception utilisée.

Ceci permettra de définir si leur prise en charge gynécologique est suffisante, en comparaison avec celle de la population générale.

Les objectifs secondaires sont d'identifier les facteurs prédictifs de mauvais suivi, les obstacles à un suivi de qualité, de déceler d'éventuelles interactions entre les psychotropes employés et les contraceptifs utilisés, et d'identifier les situations à risque de tératogénèse.

La méthode employée serait la réalisation d'un questionnaire, anonyme, réalisé en entretien semi-dirigé, auprès de toutes les patientes âgées de 18 à 49 ans, hospitalisées à Charles Perrens. Seraient exclues les femmes ne souhaitant pas répondre (après une information adaptée), les femmes sous tutelle, et celles pour lesquelles la pathologie psychiatrique compromet les réponses ou qui ne pourraient pas comprendre le questionnaire (de l'avis du psychiatre référent).

Le but serait d'améliorer le suivi gynécologique de ces patientes, éventuellement de renforcer l'information délivrée lors de leur temps d'hospitalisation à Charles Perrens, ou de sensibiliser les équipes soignantes à la reprise d'un suivi gynécologique.

Je sollicite votre attention sur le fait que l'enquête sera réalisée du 1er au 18 juin 2015.

En attendant votre accord préalable concernant la réalisation de cette étude dans le cadre de ma thèse de médecine générale, je me tiens à votre disposition pour tout renseignement ou toute suggestion complémentaire.

En vous remerciant par avance,

Marie-Angélique DESPEISSE
DES de Médecine Générale, Université de Bordeaux.

UNIVERSITE DE MEDECINE BORDEAUX II

DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE

-Thèse de Marie-Angélique DESPEISSE-

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la réalisation d'une thèse de médecine générale sur **le statut gynécologique des femmes hospitalisées à Charles Perrens**. Les informations recueillies sont anonymes.

Le destinataire des données est : l'Université de Médecine de Bordeaux.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à l'Université Bordeaux 2, service de thèses, Département de Médecine Générale, 146 rue Léo Saignat, 33076 BORDEAUX Cedex.

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Fait à

Le.....

SIGNATURE

Annexe 6 : Déclaration et autorisation du travail par la CNIL

Impression Fiche

FINALITÉ <i>Ce champ est le titre de la fiche Etat de la fiche : Actif</i>	État des lieux du statut gynécologique des femmes en âge de procréer hospitalisées au Centre Hospitalier Charles Perrens ; Prévention et accompagnement	
DESCRIPTION ET OBJECTIFS <i>Décrire les principaux Objectifs du Traitement</i>	Thèse de médecine générale. Étude de type qualitative, descriptive, observationnelle, d'une population définie, à un temps donné (horizontale). Les données sont issues du dossier médical des patientes et d'entretiens semi-dirigés individuels par questionnaire.	
CIL DÉSIGNÉ	Chantal Durand	
ENTITÉ (SOCIÉTÉ)	Université de Bordeaux	
RESPONSABLE DE TRAITEMENT <i>Université de Bordeaux (représenté par)</i>	[Société] Université de Bordeaux	
RESPONSABLE DE LA MISE EN OEUVRE <i>Unité parente : Université de Bordeaux - Présidence</i>	Université de Bordeaux - Département de médecine générale	
GESTIONNAIRE DU DROIT D'ACCÈS	Responsable de la mise en oeuvre	
DATE DE MISE EN OEUVRE	20/03/2015	
CATÉGORIES DE PERSONNES CONCERNÉES <i>Personnes concernées par le Traitement</i>	Patientes hospitalisées au CHCP	
CATÉGORIES DE DONNÉES ET CATÉGORIES DE DESTINATAIRES <i>Décrire le Traitement (tip : vous pouvez coller depuis Word)</i>		
Type de données	Destinataires	Durée de conservation des données
données d'identification		1 an
vie personnelle		
vie professionnelle		
DATE D'INSCRIPTION AU REGISTRE <i>Vous pouvez modifier cette date si nécessaire. Si la date d'horodatage existe, cette dernière fait foi (Cliquez dans le champ pour afficher le calendrier)</i>		
	20/03/2015	
Nom du logiciel	Hopital Manager	
<i>Nom interne de la ou des applications concourant au Traitement.</i>		
Vérification : Information <i>Synthèse de l'audit des mesures de publicité du traitement / information des personnes concernées lors de la collecte</i>	informations orale et écrite, recueil du consentement	
Vérification : Sécurité <i>(restreint) Synthèse des vérifications sur l'obligation légale de conformité (en tenant compte de la sensibilité des données)</i>	l'accès physique au traitement est protégé, un procédé d'authentification des utilisateurs est mis en oeuvre, le traitement est réalisé sur un réseau interne dédié (non relié à internet).	
CIL désigné	Chantal Durand	
Responsable Légal	Université de Bordeaux (représenté par)	
Pièces jointes		

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

RÉSUMÉ

Les enjeux médicaux, psychiatriques et sociaux du suivi gynécologique chez les femmes atteintes de troubles mentaux sont importants mais peu d'études existent dans ce domaine. Notre question de recherche est la suivante : « Quel est le statut gynécologique des femmes âgées de 18 à 49 ans hospitalisées au Centre Hospitalier Psychiatrique Charles Perrens ? ». L'objectif est d'observer la contraception, le type de suivi gynécologique, la régularité du frottis cervico-utérin et les freins au suivi dans cette population.

L'étude descriptive est réalisée par questionnaire en entretiens semi-dirigés individuels avec chacune des 65 patientes acceptant de répondre, non récusées par le responsable d'unité psychiatrique, sans tutelle, et hospitalisées entre le 1^{er} et le 12 juin 2015 à Charles Perrens à Bordeaux. L'âge moyen est 36,75 ans. Parmi les 60 femmes non ménopausées, 3 femmes sur 4 ont une contraception. 55% des femmes ont une méthode de bonne efficacité (DIU, implant contraceptif, stérilisation contraceptive et pilule oestroprogestative). 20% utilisent le préservatif comme seule contraception. 53,3% des femmes ayant une contraception ont eu un examen gynécologique dans l'année. 67,8% des 25-49 ans ont un FCU à jour. Seules 2 femmes réalisent leur suivi gynécologique avec leur généraliste. 10% des femmes interrogées sont exclusivement suivies à la consultation de gynécologie de Charles Perrens, mais 57% ne connaissent pas encore cette consultation.

Les taux de FCU et de suivi gynécologique à jour sont supérieurs à ceux attendus, mais la méconnaissance de la consultation de gynécologie par les femmes interrogées révèle un manque de sensibilisation des équipes soignantes du Centre Hospitalier Psychiatrique Charles Perrens dans le domaine de la planification familiale et de l'accompagnement au suivi gynécologique chez les femmes atteintes de troubles psychiatriques. La coordination entre psychiatrie et médecine générale reste à améliorer.

TITRE EN ANGLAIS:

Gynaecological status of the women from 18 to 49 years old hospitalized in the psychiatric hospital Charles Perrens in Bordeaux.

DISCIPLINE :

Médecine générale

MOTS-CLES :

Gynécologie - Psychiatrie – Médecine générale