



HAL
open science

État des lieux du suivi gynécologique des femmes de 18-65 ans prises en charge dans une structure spécialisée en addictologie dans les départements du Rhône, de l'Ain, de la Savoie, de la Haute-Savoie, de la Drôme et de l'Isère : un suivi gynécologique conforme aux recommandations est-il effectué chez les femmes présentant une consommation problématique de produits ?

Roselyne Nadège Suzelle Martel

► **To cite this version:**

Roselyne Nadège Suzelle Martel. État des lieux du suivi gynécologique des femmes de 18-65 ans prises en charge dans une structure spécialisée en addictologie dans les départements du Rhône, de l'Ain, de la Savoie, de la Haute-Savoie, de la Drôme et de l'Isère : un suivi gynécologique conforme aux recommandations est-il effectué chez les femmes présentant une consommation problématique de produits ?. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03145174

HAL Id: dumas-03145174

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03145174>

Submitted on 18 Feb 2021

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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine
Pharmacie de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

Année 2021

**ÉTAT DES LIEUX DU SUIVI GYNÉCOLOGIQUE DES FEMMES DE 18-65 ANS PRISES EN CHARGE
DANS UNE STRUCTURE SPÉCIALISÉE EN ADDICTOLOGIE DANS LES DÉPARTEMENTS DU
RHÔNE, DE L'AIN, DE LA SAVOIE, DE LA HAUTE-SAVOIE, DE LA DRÔME ET DE L'ISÈRE :**

UN SUIVI GYNÉCOLOGIQUE CONFORME AUX RECOMMANDATIONS EST-IL EFFECTUÉ CHEZ
LES FEMMES PRÉSENTANT UNE CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE DE PRODUITS ?

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DIPLÔME D'ÉTAT

Roselyne Nadège Suzelle MARTEL

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le 05/02/2021

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Présidente du jury :

Madame la Professeure Pascale HOFFMANN-CUCUZ

Présidente

Membres :

Monsieur le Docteur François PAYSANT

Assesseur

Monsieur le Docteur Pierre GILLOIS

Assesseur

Monsieur le Docteur Olivier JENNY

Assesseur

Madame le Docteur Charlotte CHANDEZ

Directrice de Thèse

Doyen de la Faculté : Pr. Patrice MORAND

Année 2020-2021

ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	APTEL Florent	Ophtalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
MCF Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre-Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire , médecine vasculaire
PR Ass. Méd.	BOILLOT Bernard	
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PR Ass.MG	BOUCHAUD Jacques	Médecine Générale
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH émérite	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH émérite	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur ; Addictologie
PU-PH émérite	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH émérite	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
MCF Ass.MG	CHAMBOREDON Benoît	Médecine Générale
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénérologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophtalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PR Ass. Méd.	DEFAYE Pascal	Cardiologie
PU-PH	DEGANO Bruno	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH émérite	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Nutrition
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH émérite	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH émérite	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale

CORPS	NOM-PRENUM	Discipline universitaire
PU-PH émérite	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
PR Ass. Méd.	LARAMAS Mathieu	Cancérologie ; radiothérapie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU - PH	LE GOUELLEC LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
MCF Ass.MG	LEDoux Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH émérite	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MAIGNAN Maxime	Médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MATHIEU Nicolas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie ; addictologie
MCU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie ; radiothérapie
PU-PH émérite	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCF Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
PR Ass. Méd.	ORMEZANO Olivier	Cardiologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHE Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIERES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation

CORPS	NOM-PRENUM	Discipline universitaire
PU-PH	PERNOD Gilles	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
PU-PH	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PR Ass. Méd.	RECHE Fabian	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH émérite	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH émérite	ROMANET Jean Paul	Ophtalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
PU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
PR Ass.MG	ROYER DE VERICOURT Guillaume	Médecine Générale
PU-PH émérite	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH émérite	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	THEVENON Julien	Génétique
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VALMARY-DEGANO Séverine	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	VANZETTO Gérard	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH émérite	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PU-PH : Professeur des Universités - Praticiens Hospitaliers
 MCU-PH : Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers
 PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale
 MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale
 PR Ass. Méd. : Professeur des Universités Associé de Médecine
 PR Ass.MG : Professeur des Universités Associé de Médecine Générale
 MCF Ass.MG : Maître de Conférences Associé de Médecine Générale

REMERCIEMENTS

À Madame la Professeure Pascale HOFFMANN-CUCUZ,

Merci de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Veuillez recevoir le témoignage de ma respectueuse considération. Je suis admirative des projets que vous menez pour toutes les femmes.

À Monsieur le Docteur François PAYSANT,

Merci pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail et d'avoir accepté de composer ce jury, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

À Monsieur le Docteur Pierre GILLOIS,

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse. Soyez assuré de mon profond respect.

À Monsieur le Docteur Olivier JENNY,

Merci de faire partie de ce jury et de ton accompagnement dans cette première année de prise de fonction de médecin. J'ai hâte de mener à tes côtés nos projets communs.

À Madame le Docteur Charlotte CHANDEZ, directrice de thèse,

Un grand merci pour tout le temps passé sur ce projet de thèse mais aussi sur tout ce que tu m'as appris depuis 2 ans et ton soutien dans mes prises de responsabilités en tant que médecin. Je n'oublierai jamais notre rencontre lors de ce DIU d'addictologie. Par les échanges avec toi et le stage que tu m'as permis d'effectuer, tu as grandement participé à la construction du médecin épanoui et motivé que je suis devenue.

À Anne-Laure CLAUDEL, à Jérôme JUND et à l'équipe de recherche clinique du CHANGE,

Merci pour vos précieux conseils et votre aide dans la méthodologie et pour les statistiques de ce projet de thèse.

À tous les médecins et équipes qui ont participé à ce projet,

Merci pour votre accueil, pour le temps que vous avez consacré à ce projet de thèse, pour la motivation dont vous avez fait preuve et pour les discussions que j'ai pu avoir au gré des rencontres avec vous. Sans vous, ce projet n'aurait pas pu aboutir et en ce temps de Covid-19, je sais que cela n'a pas été facile.

À tous mes collègues du CSAPA Le Pélican, du CSAPA Point-Virgule, de l'Intersecteur d'addictologie et à mes anciens collègues du CSAPA Thylac,

Merci d'avoir accueilli dans vos équipes un « bébé médecin » et d'avoir partagé vos expériences au jour le jour avec moi afin de me faire progresser dans cette vaste discipline qu'est l'addictologie. C'est un réel plaisir de travailler avec vous tous au quotidien.

À tous les maîtres de stage et médecins fabuleux que j'ai pu rencontrer dans les UASS de Grenoble, Annecy et Chambéry, à la PMI d'Annecy, au planning familial d'Annecy et de Rumilly, en stage de médecine générale, aux médecins urgentistes de la clinique mutualiste et tous les médecins de mes stages d'externe,

Chacun d'entre vous m'a transmis sa passion, sa vision et sa pratique de la médecine. Je deviens aujourd'hui un médecin avec des sensibilités variées sur de multiples problématiques liées aux fabuleuses rencontres que chacun de vous m'a permis.

À tous les co-internes rencontrés pendant ces 3 années d'internat notamment la belle équipe d'Annecy avec laquelle j'ai passé une merveilleuse première année malgré les difficultés des premiers semestres. Merci à Mathilde pour cette vallée blanche que je ne risque pas d'oublier. Merci à Sally pour ces randonnées et ces voyages gravés dans mes souvenirs. Merci à Lisa pour ce beau séjour portugais à bord de notre bolide rouge et toujours bien chaussées. Merci à Pauline pour cette colocation atypique chez Momo. Merci à Mona pour ces soirées bavardages. Merci à Céline pour ces heures de voitures partagées jusqu'à Clermont-Ferrand. Merci à tous mes supers co-internes.

À tous mes amis :

- Mes copines de la maternelle à l'internat en passant par le lycée. Merci à Coline pour ces 28 années à avancer côte à côte, je sais que je pourrai toujours compter sur toi. Merci à Marion pour les fous rires de vacances qui m'ont toujours permis de décompresser. Merci à Charlotte pour sa présence quotidienne pour les bons et mauvais moments et pour nos discussions qui ne s'arrêtent jamais. Merci aux copines de l'externat : Morgane pour ta spontanéité et ta bonne humeur, Mathilde pour ta sagesse et ton réconfort, Pauline pour tous ces voyages partagés et ce soutien mutuel dans les stages difficiles et atypiques, Tennessee pour cette « colocation » imprévue et animée.

- Merci à Vincent pour les McDo partagés en première année de médecine et pour les longues heures consacrées à m'écouter. Je suis heureuse de te savoir aujourd'hui en bonne compagnie sous le soleil breton même si j'aimerais te voir plus souvent.

- Ma bande de copains du lycée, la « Cagette » qui malgré les années de médecine a toujours été présente et me permet une bouffée d'air et de rires pour des soirées de nouvel an, nouvel an et demi, des weekends ski et autres péripéties ! Merci à Delphine et Johanna pour ces bons moments entre filles.

- Les copains Grenoblois pour les journées sportives et le réconfort gastronomique qui s'ensuit.

- Mes supers voisins, Anaïs et Flo, mieux qu'une colocation, vous avez pimenté mon quotidien au fil de soirées sushi inoubliables, j'apprécie de me sentir chez vous « comme à la maison ».

À toute ma formidable famille et belle-famille,

- Ma sœur, merci pour tes blagues, tes analyses et ta manière de me changer les idées. Parfois c'est un peu toi la grande sœur et je suis tellement heureuse que tu sois là.

- Mes parents pour leur amour. Merci d'avoir toujours cru en moi et de m'avoir encouragée quand j'avais envie de baisser les bras. Maman, merci pour ton écoute, ta tendresse, ta patience et ta force de se battre. Papa, merci de m'avoir permis de faire ce beau métier et pour ta disponibilité et tes conseils dès que j'en avais besoin. C'est grâce à vous si je suis là aujourd'hui.

- Mes grands-parents, mes oncles, tantes et cousins, cousines avec qui c'est toujours un plaisir de partager un repas, un jeu, une discussion ou des expériences inédites. Merci pour tous les moments en votre compagnie que j'aime tellement et qui en ce temps de Covid me manquent énormément. Merci à Daniel pour les heures passées à la relecture de ce travail et à Florent et Julia pour leur aide. Mamine, merci pour ton amour dans mon enfance, je pense à toi.

- Mon cousin Francis. Tu m'as donné cet intérêt pour la médecine et tu me permets aujourd'hui d'effectuer un métier magnifique, humain et passionnant. Je ne t'oublie pas, c'est grâce à toi si j'ai choisi cette voie. Tu me manques.

- Anita, Charline, Patrick et toute ma belle-famille, merci de m'avoir accueillie si chaleureusement dans « le Nord/Ouest » avec cette sublime tarte au maroilles.

À Jérémie,

Merci de partager mon quotidien, de me faire rire, de m'aider et de m'écouter même après de longues journées. Après nos voyages au bout du monde, un van, une thèse, un appartement, j'ai hâte de mener de nouveaux projets à tes côtés.

À toutes les patientes qui ont accepté de répondre à cette enquête.

Serment d'Hippocrate



“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.”

Table des matières

INTRODUCTION.....	17
Contexte et justificatif de l'étude.....	17
Hypothèse de recherche.....	18
Objectif principal.....	19
Objectifs secondaires.....	19
MATÉRIELS ET MÉTHODES.....	20
Schéma de l'étude.....	20
Population étudiée.....	20
Outils et méthode de recrutement.....	22
Critère de jugement principal.....	23
Critères de jugement secondaires.....	24
Recueil des données.....	24
Saisie et analyse des données.....	25
Aspects Éthiques.....	26
RÉSULTATS.....	27
Description de la population.....	28
État des lieux du suivi gynécologique.....	32
Critère composite de jugement principal : suivi gynécologique selon les recommandations actuelles de suivi par âge.....	36
Résultats concernant les facteurs favorisant un meilleur suivi.....	38
Résultats concernant l'avis des patientes sur la mise en place de dispositifs.....	42
DISCUSSION.....	43
Analyse des résultats principaux.....	43
Analyse des résultats et comparaison avec la littérature.....	44
Caractéristiques de la population.....	44
État des lieux du suivi gynécologique.....	47
Suivi gynécologique global.....	54
Forces, Limites et Biais de l'étude.....	57
Limites et biais de l'étude.....	57
Forces de l'étude.....	60
Interprétation des observations et implications futures.....	62
Analyse par item de suivi.....	63
Analyse par caractéristiques des patientes.....	72
Analyse selon le professionnel rencontré.....	75
Suivi gynécologique et soins en addictologie : de nouveaux liens pour de meilleurs soins ?.....	80
CONCLUSION.....	82
BIBLIOGRAPHIE.....	83
ANNEXES.....	88

Table des illustrations

Figures :

Figure 1 : Nombre de femmes pour lesquelles le produit est décrit comme problématique..	29
Figure 2 : Répartition des traitements de substitution dans notre étude.....	31
Figure 3 : Antécédents gynécologiques chez les femmes de notre enquête.....	32
Figure 4 : La contraception chez les femmes en âge de procréer	33
Figure 5 : Motifs évoqués par les femmes concernant l'absence de contraception.....	34
Figure 6 : Représentation de la connaissance, de la possession et du besoin de contraception d'urgence chez les femmes de notre étude.....	35
Figure 7 : Représentation de la réalisation des différents dépistages des IST	35
Figure 8 : Représentation de la réalisation des différents dépistages des cancers gynécologiques par FCU chez les 25-65 ans pour le cancer du col de l'utérus et mammographie pour le cancer du sein chez les femmes de plus de 50 ans.....	36
Figure 9 : Représentation du suivi des recommandations de suivi gynécologique des femmes selon leur âge	37
Figure 10 : Représentation du suivi des recommandations gynécologiques des femmes selon le lieu de soin fréquenté (NS : $p = 0,16$)	38
Figure 11 : Représentation du suivi des recommandations gynécologiques des femmes selon la présence ou non d'une consultation gynécologique dans le lieu de soins en addictologie où elles consultent ($p = 0,032$)	38
Figure 12 : Représentation du suivi des recommandations selon l'activité professionnelle ou étudiante de la patiente ($p = 0,027$)	38
Figure 13 : Représentation du suivi des recommandations chez les femmes de plus de 50 ans qui consomment ou non de la cocaïne ou de l'héroïne ($p = 0,0025$).....	39
Figure 14 : Représentation du suivi des recommandations gynécologiques selon la prise ou non d'un traitement antidépresseur/régulateur de l'humeur ($p = 0,047$) et/ou d'un traitement anxiolytique ($p = 0,025$).....	39
Figure 15 : Représentation du suivi des recommandations gynécologiques selon les antécédents gynécologiques de la patiente).....	40
Figure 16 : Représentation du suivi des recommandations gynécologiques selon les.....	40
antécédents si la patiente a une contraception et aurait besoin d'une contraception d'urgence	
Figure 17 : Représentation du suivi des recommandations selon les spécialistes rencontrés par la femme.....	41
Figure 18 : Représentation du suivi des recommandations chez les femmes de 25-49 ans selon la consultation avec un médecin généraliste dans l'année ($p = 0,016$).....	41

Figure 19 : Représentation du suivi des recommandations chez les femmes selon la consultation avec un médecin addictologue dans l'année (NS : $p = 0,77$).....	41
Figure 20 : Répartition du taux de réalisation du dépistage cytologique du cancer de l'utérus par région.....	52
Figure 21 : Répartition du taux de participation au dépistage par mammographie du cancer du sein par région.....	53
Figure 22 : Répartition du taux de couverture vaccinale du vaccin contre les HPV par un « schéma complet à 2 doses » à 16 ans par région.....	53

Tableaux :

Tableau 1 : Répartition des patientes selon département, type de centre et nom du centre.	27
Tableau 2 : Caractéristiques des patientes avec détails selon le type de centre.....	28
Tableau 3 : Répartition de la complémentaire santé des patientes de notre étude.....	29
Tableau 4 : Répartition des traitements chez les femmes de notre étude.....	32
Tableau 5 : Nombre de femmes chez qui les recommandations de suivis sont respectées en fonction de l'âge.....	37
Tableau 6 : Comparaison de nos résultats à ceux retrouvés dans la littérature.....	56
Tableau 7 : Résumé des forces et des limites de notre étude.....	62
Tableau 8 : Résumé des actions pouvant être menées pour améliorer le suivi.....	81

ANNEXES :

Annexe 1 : Notice d'information et questionnaire.....	89
Annexe 2 : Enquête de faisabilité.....	90
Annexe 3 : Caractéristiques des patientes selon le(s) produit(s) problématique(s).....	92
Annexe 4 : Répartition des patientes présentant une poly consommation de produits problématique.....	93
Annexe 5 : Tableau récapitulatif du suivi gynécologique selon la présence ou non d'actions de suivi gynécologique mises en place par la structure en addictologie.....	93
Annexe 6 : Tableau récapitulatif du suivi gynécologique selon les caractéristiques des patientes.....	94
Annexe 7 : Tableau résumé du suivi gynécologique selon les produits problématiques consommés mentionnés par la patiente.....	95
Annexe 8 : Tableau résumé du suivi gynécologique selon les traitements pris par la patiente.....	96
Annexe 9 : Tableau résumé du suivi gynécologique selon les antécédents gynécologiques de la patiente.....	97

Liste des abréviations

ADSF Association de bénévoles pour le Développement de la Santé des Femmes

ANPAA Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

ATCD Antécédents

BHD Buprénorphine Haut Dosage

CAARUD Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues

CDD/I Contrat à Durée Déterminée /Indéterminée

CEGIDD Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic

CH(U) Centre Hospitalier (Universitaire)

CMU-c Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CNGOF Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français

CNIL Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPEF Centre de Planification et d'Éducation Familiale

CPP Comité de Protection des Personnes

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

CSS Complémentaire Santé Solidaire

ELSA Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie

FCU Frottis Cervico-Utérin

HAS Haute Autorité de Santé

HDJ Hôpital De Jour

HPV Human Papilloma Virus

INDS Institut National des Données de Santé

IST Infection Sexuellement Transmissible

IVG Interruption Volontaire de Grossesse

SSRA Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie

TROD Tests Rapides d'Orientation Diagnostique

TSO Traitement de Substitution aux Opiacés

VIH Virus de l'Immunodéficience Humaine

RÉSUMÉ

Contexte : La prise en charge des problématiques addictives des femmes est une priorité nationale devant l'augmentation des consommations. Des actions spécifiques sont déployées afin d'améliorer leur santé globale et addictologique mais peu d'études s'intéressent au suivi gynécologique, alors que ces femmes présentent des risques.

Objectifs : L'objectif principal était d'évaluer si le suivi gynécologique de ces femmes suivies en addictologie était en accord avec les recommandations françaises. Les objectifs secondaires étaient d'effectuer un état des lieux de ce suivi, des facteurs favorisant, et de recueillir leurs avis sur la mise en place de dispositifs de suivi gynécologique.

Méthode : Une étude quantitative, multicentrique, a été réalisée de mai à septembre 2020 en Rhône-Alpes à partir d'un questionnaire papier. Les critères d'inclusion étaient d'être une femme de 18 à 65 ans, suivie dans une structure de soins en addictologie, lisant le français et acceptant de participer. Le critère de jugement principal était défini selon l'âge et les recommandations de la HAS concernant le frottis cervico-utérin, la mammographie et la contraception.

Résultats : 302 femmes ont été incluses sur 41 centres et 51,8% étaient à jour de leur suivi. Il n'y avait pas de différence de suivi selon le produit consommé, mais certains facteurs favorisaient le suivi : le fait d'être en activité, d'avoir des antécédents gynécologiques ou de rencontrer certains professionnels.

Conclusion : Alors même que les femmes des structures de soins en addictologie présentent des risques gynécologiques, leur suivi est insuffisant. Des actions peuvent être menées pour les sensibiliser et améliorer leur santé.

Mots clés : *Femme, Addictologie, Alcool, Drogues, Suivi gynécologique, Frottis cervico-utérin (FCU), Contraception, Mammographie.*

Filière : *Médecine générale, Gynécologie, Addictologie*

ABSTRACT

TITLE : Assessment of gynecological follow-up of women aged 18-65 in addictology centers

Context : Taking care of women's addictive behaviours has become a national priority because of the increase in drug use. Specific actions are taken to improve their global health and addiction but few focus on their gynecology follow-up even though they are at risks.

Objectives : The main objective was to check if their gynecology follow-up agree with French recommendations. The secondary objectives were to make an inventory of this follow-up, to identify the contributing factors and to collect their opinions on the setting up of gynecological consultations.

Method : A quantitative, multicenter study was carried out from May to September 2020 in the Auvergne Rhone-Alpes region using a paper survey. The inclusion criterion were to be a woman aged 18 to 65, followed in an addictology care center, able to read French and willing to participate. The primary criterion was defined according to age and health French recommendations for smear, mammography and contraception.

Results : 302 women were included in 41 centers and 51,8 % were up to date with their follow-up. There was no difference in follow-up depending on the product consumed but some factors favored it : being active, having former gynecological issues or meeting healthcare professionals.

Conclusion : Women in addictology care centers present some gynecological risks, and their follow-up is insufficient. Actions can be taken to improve it.

Keywords : *Woman, Addictology, Alcohol, Drugs, Gynecological follow-up, Pap smear, Contraception, Mammography.*

Sector : *General medicine, Gynecology, Addictology.*

INTRODUCTION

Contexte et justificatif de l'étude

Les consommations de substances psychoactives chez les femmes sont en augmentation ces dernières années en France, d'après l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) (1-5). La problématique de leurs addictions est croissante et est une priorité nationale depuis plusieurs années, incluse dans le nouveau plan de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) de 2019-2022 (6-8). Ainsi, dans ce plan, il est indiqué comme une nécessité de développer l'information et la prise en charge des femmes en addictologie, et plus précisément d'adapter l'offre de soins (9). De nombreuses actions sont donc déployées en lien avec la particularité des addictions chez ces patientes (10-17) : par exemple, des accueils spécifiques, des accueils mère-enfant, des activités d'accueil de jour à orientation féminine mais aussi des consultations gynécologiques (17-21).

Parallèlement, de nombreuses études ont été réalisées ces dernières années afin d'améliorer les actions de prévention chez les femmes grâce à des recherches sur le suivi gynécologique en médecine générale (22-24), et plus précisément le suivi des adolescentes (25,26) mais aussi des femmes en psychiatrie (27, 28). En revanche, la prise en compte des femmes en situation d'addiction étant encore récente, il existe peu d'études complètes et à grande échelle sur ce sujet (29-31).

Or, de nombreuses femmes présentant une addiction sont dans une situation de grande précarité entravant leur suivi, et leurs difficultés sociales, économiques, familiales et affectives peuvent présenter des risques pour leur santé (19, 20, 34, 49, 55). Alors même que ces femmes sont plus vulnérables aux Infections sexuellement transmissibles (IST) et à risque de grossesses non désirées, elles consultent peu pour diverses raisons : peur, honte, culpabilité (17). Leurs antécédents fréquents de violences, notamment sexuelles, peuvent les pousser à éviter d'aborder ces problématiques (35, 36). Puis, la consommation de substances psychoactives peut avoir diverses conséquences sur les problématiques gynécologiques :

cancers ou influence sur la contraception (13, 17). Toutes ces raisons font qu'un suivi gynécologique semble nécessaire et important.

Ainsi, devant cet intérêt croissant pour le suivi des femmes en addictologie, et dans l'objectif d'une offre de soins spécialisés, les professionnels de santé réfléchissent à proposer des suivis gynécologiques et addictologiques conjoints sur le même lieu, par exemple dans les Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) (17). Dans cette optique, il semble important de recueillir l'avis des patientes sur ces projets, chose qui a peu été questionnée dans les études existantes. Par ailleurs, les structures hospitalières comportent souvent des services de gynécologie et la pertinence de développer des liens interservices dans le but d'améliorer la prise en charge semble donc intéressante à étudier.

Cette étude a donc pour objectif d'amener des éléments concrets de suivi de ces femmes basés sur les recommandations du Collège national des gynécologues obstétriciens français (CNGOF) et de la Haute Autorité de Santé (HAS) (37-44). Mettre en évidence les facteurs propices à un meilleur suivi pourrait permettre de développer une meilleure prise en charge des femmes en gynécologie en fonction de leur problématique addictive et de leurs lieux de prises en charge.

Cela permettra de recueillir des éléments pour les praticiens de premier recours et les structures prenant en charge des femmes en situation de consommations de produits problématiques ou d'addiction, afin d'améliorer le suivi gynécologique de cette population.

Hypothèse de recherche

L'hypothèse formulée était la suivante : l'application des recommandations de suivi gynécologique des femmes de 18 à 65 ans consultant pour une problématique addictive semblait insuffisante compte-tenu des études existantes antérieures.

Objectif principal

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer si le suivi gynécologique des patientes ayant une problématique de consommation de produit et consultant dans une structure de soins spécialisée était en accord avec les recommandations de suivi gynécologique en France chez les femmes de 18 à 65 ans, notamment sur les questions de contraception, de Frottis cervico-utérin (FCU) et de mammographie.

Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires étaient les suivants :

- Décrire la population de femmes consultant dans les structures d'addictologie de notre étude.
- Effectuer un état des lieux de la santé gynécologique des femmes concernant :
 - les antécédents gynécologiques : cancers, IST, grossesses et Interruptions volontaires de grossesse (IVG) ;
 - le dépistage des IST ;
 - la prévention, notamment par le vaccin contre les Human Papilloma Virus (HPV), l'utilisation ou non d'une contraception active chez les femmes en âge de procréer et l'utilisation de la contraception d'urgence.
- Identifier les facteurs favorisant un meilleur suivi.
- Étudier le souhait des femmes quant à la mise en place d'une consultation gynécologique au sein des centres de suivi en addictologie, ou le fait d'être accompagnées chez des partenaires « gynécologiques », dans l'objectif d'une continue amélioration des pratiques.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Schéma de l'étude

Il s'agissait d'une étude déclarative, descriptive, analytique, quantitative, observationnelle, multicentrique, prospective et transversale par le biais d'une enquête avec un questionnaire papier anonyme (Annexe 1).

Les différentes structures d'addictologie des départements de la Drôme, de l'Ain, de la Savoie, de la Haute-Savoie et de l'Isère ont été sollicitées en 2019 par un mail adressé aux médecins. Certains centres du Rhône ont eu connaissance de cette étude et ont souhaité participer : ils ont donc été rajoutés avant l'inclusion des patientes (Annexe 2).

Population étudiée

Critères d'inclusion

Les critères d'inclusions étaient les suivants :

- avoir entre 18 et 65 ans ;
- présenter une problématique de consommation(s) de produit(s) ou de comportement(s) excessif(s) ayant conduit à consulter dans une structure de soins spécialisée en addictologie ou à rencontrer un professionnel issu d'une de ces structures ;
- avoir consulté une des structures d'addictologie de la région Rhône Alpes ayant accepté de participer à l'étude entre mai et septembre 2020 ;
- accepter de participer.

Les structures de soins en addictologie ayant participé sont détaillées ci-dessous.

- Les **CSAPA** :

→ en Haute-Savoie : l'Apréto à Annemasse, Thylac-Oppelia à Annecy, l'ANPAA 74 à Annecy ;

→ en Savoie : ANPAA 73 à La Ravoire-Chambéry et ses antennes à Pont de Beauvoisin et Saint Jean de Maurienne, et le Pélican à Albertville et Chambéry ;

→ en Drôme : Tempo à Valence ainsi que son antenne à Romans-sur-Isère ;

→ en Isère : Point-Virgule à Grenoble, Sitoni à Bourgoin-Jaillieu, SAM des Alpes à Grenoble et Bourgoin-Jaillieu ;

→ dans L'Ain : Saliba à Bourg en Bresse ;

→ dans le Rhône : le Griffon à Villeurbanne, la Croix Rousse et l'Hôpital Édouard Herriot.

- Les **CAARUD** (Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues) :

→ en Haute-Savoie : l'Apréto à Annemasse et celui de Thylac-Oppelia à Annecy ;

→ en Savoie : Le Pélican à Chambéry ;

→ en Drôme : Tempo à Valence ;

→ dans le Rhône : Pause Diabolo à Lyon.

- Les **Hôpitaux** avec des équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA), un hôpital de jour (HDJ), des Consultations externes hospitalières et des unités de sevrage :

→ en région Haute-Savoie : le centre hospitalier Annecy-Genevois (CHANGE) sur les sites d'Annecy et de Saint-Julien-en-Genevois, l'hôpital de Sallanches et l'hôpital de Rumilly ;

→ en Savoie : Le centre hospitalier Métropole Savoie (CHMS) de Chambéry, le centre hospitalier d'Albertville et le centre hospitalier de Bourg-Saint-Maurice ;

→ en Isère : le centre hospitalier Alpes-Isère (CHAI) situé à Saint-Égrève avec une unité de sevrage, une équipe de liaison, un hôpital de jour et des consultations externes ;

→ dans le Rhône : Le centre hospitalier Croix-Rousse, Le centre hospitalier Édouard Herriot et le service d'addictologie situé au centre hospitalier Le Vinatier à Lyon.

- Les **structures de soins de suite et de réadaptation en addictologie (SSRA)** :

→ dans le Rhône : Korian Les Bruyères à Letra.

Critères d'exclusion

Ont été exclues :

- les femmes enceintes devant le suivi gynécologique spécifique mis en place pendant la grossesse ;
- les femmes ne parlant pas français (questionnaire uniquement disponible en français) ;
- les mineures ;
- les femmes sous tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice.

Outils et méthode de recrutement

Afin de répondre à nos questions d'étude, un questionnaire avait été élaboré (Voir Annexe 1).

Les questionnaires étaient distribués pendant ou après une consultation avec un professionnel de la structure d'addictologie, qui avait été sensibilisé à l'étude.

Les données recueillies ont été des renseignements sociodémographiques, des informations sur les antécédents médicaux gynécologiques de la patiente, des données sur son suivi médical global, des précisions sur les produits et conduites addictives problématiques, les éventuels traitements, des données sur le suivi gynécologique (contraception, contraception d'urgence, dépistage des IST, dépistage par FCU et/ou mammographie, vaccination contre les HPV), et des questions sur le souhait des patientes d'un suivi collaboratif addictologie/gynécologie.

Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal correspondait à l'adéquation du suivi gynécologique avec les recommandations en vigueur jusqu'en 2019 en France chez les femmes de 18 à 65 ans, notamment sur les questions de contraception, de FCU et de mammographie. Même si les recommandations concernant le FCU ont changé en juillet 2019 après l'écriture de ce protocole de recherche, le remboursement des nouvelles prises en charge s'est appliqué à partir de l'été 2020 et les anciennes recommandations étaient encore en partie en vigueur jusque-là.

Les recommandations sont décrites ci-dessous par tranche d'âge.

- Pour les femmes de 18 à 24 ans : le CNGOF recommandait que des explications soient données sur les différents moyens de contraception.
- Pour les femmes de 25 à 49 ans : le CNGOF et la HAS recommandaient les mêmes explications sur la contraception, et la réalisation d'un FCU tous les 3 ans de 25 à 65 ans après deux FCU normaux à un an d'intervalle la première année (recommandation en vigueur jusqu'en 2019).
- Pour les femmes de 50 à 65 ans : il était recommandé la même réalisation du FCU que ci-dessus et la réalisation d'une mammographie tous les deux ans à partir de 50 ans pour toutes les femmes, hors antécédent de cancer familial ou personnel.

Un critère structuré en fonction de l'âge a été utilisé pour répondre à la question et permettre l'analyse.

Une bonne adéquation du suivi selon les recommandations actuelles était donc acceptée si :

- les femmes de moins de 25 ans avaient répondu « oui » à la question « avez-vous reçu des explications sur les différents moyens de contraception » ;

- les femmes de 25 ans (inclus) à 49 ans avaient répondu « oui » à la question « avez-vous reçu des explications sur les différents moyens de contraception » et avaient répondu « avez-vous réalisé un FCU dernièrement : oui moins de 3 ans » ;
- les femmes de 50 ans à 65 ans avaient répondu « avez-vous réalisé un FCU dernièrement : oui moins de 3 ans » et « avez-vous réalisé une mammographie dernièrement : oui moins de 2 ans ».

Critères de jugement secondaires

Les critères de jugement secondaires sont précisés ci-dessous :

- décrire la population de notre étude ;
- étudier les antécédents personnels de cancers gynécologiques, d'IVG, de fausse couche, d'IST, la réalisation des dépistages, le mode de contraception, l'intérêt de la contraception d'urgence, le vaccin contre les HPV chez les femmes de moins de 25 ans, les problématiques addictives et les traitements éventuels, le suivi médical global des patientes ;
- rechercher les facteurs favorisant un meilleur score de suivi ;
- analyser l'avis des patientes sur la mise en place de consultations gynécologiques au sein des structures de soins en addictologie ou sur l'accompagnement dans une structure partenaire.

Recueil des données

Les centres intéressés ont renvoyé par mail une fiche de renseignement sur l'existence ou non d'un suivi gynécologique sur leur site, ainsi que le curriculum vitae du médecin responsable et garant de l'étude dans chaque centre. Ainsi, 41 centres ont participé.

Les questionnaires ont été distribués en format papier pendant 4 mois du 11/05/2020 au 17/09/2020. Ils ont été expliqués au cours d'une consultation et une note d'information aux patientes figurait en première page afin qu'elles puissent choisir librement de participer. Le questionnaire n'a été complété qu'une seule fois par chaque femme : il leur était demandé si elles l'avaient déjà rempli sur un autre site, auquel cas il n'était pas reproposé.

L'anonymat était respecté et expliqué dans la notice d'information, un numéro d'inclusion a été attribué à chaque questionnaire lors de la saisie des données.

Saisie et analyse des données

Toutes les données récoltées par le questionnaire papier ont été saisies informatiquement dans un e-CRF (formulaire électronique destiné à recueillir les informations utiles à une recherche clinique) sur VOOZANOO 3 (plateforme de collecte et de gestion de données pour la recherche) puis exportées au format Excel, et analysées à l'aide d'un logiciel IBM SPSS par un statisticien.

Avant le recueil de données, nous avons estimé le nombre de sujets nécessaires à un minimum de 200 patientes pour une puissance statistique suffisante.

Une analyse descriptive a été effectuée dans un premier temps avec des résultats en fréquences, pourcentages, moyennes, écarts-type et médianes.

Dans un second temps, une analyse bi-variée a été réalisée pour prendre en compte différents facteurs pouvant influencer le score de suivi. La comparaison des variables selon les données démographiques et les autres facteurs recherchés a été effectuée avec un test du Khi 2 ou de Fischer pour les variables qualitatives. Le test de Student a été utilisé pour les variables avec une distribution linéaire.

Les associations ont été considérées comme significatives pour une valeur-p inférieure à 0,05.

Aspects Éthiques

Les femmes ont donné leur accord pour participer, après lecture de la notice d'information et l'anonymat a été respecté. Les patientes qui souhaitaient répondre seules ont pu mettre le questionnaire dans une urne sans le rendre directement à un soignant, cela préservant alors la confidentialité des données.

Cette étude appartenait à la catégorie des études RNIPH : c'était une recherche n'impliquant pas la personne humaine selon la Classification Juridique de l'article R1121-1 du Code la santé publique (CSP). L'accord du Comité de Protection des Personnes (CPP) n'était donc pas nécessaire.

Cette étude entrait dans le cadre de la « Méthodologie de Référence » (MR-004) de la CNIL relative au traitement des données à caractère personnel dans le cadre des recherches n'impliquant pas la personne humaine (Délibération n° 2018-155 du 3 mai 2018). Le centre hospitalier Annecy Genevois (CHANGE), promoteur de l'étude, a signé un engagement de conformité à cette « Méthodologie de Référence » enregistré sous le n°2205982.

L'accord pour débiter l'étude a été obtenu le 05/05/2020.

La recherche a été enregistrée dans le registre des traitements de données conformes à la MR-004 tenu par le délégué de la protection des données (DPO) du CHANGE et sur le répertoire de l'Institut National des Données de Santé (INDS).

RÉSULTATS

Au total 309 questionnaires ont été récupérés : 4 ont été exclus car les femmes avaient plus de 65 ans et 3 patientes parce qu'elles étaient enceintes. Ainsi, 302 questionnaires ont donc été analysés. Les femmes de 41 centres qui ont participé sont réparties dans le Tableau 1.

Tableau 1 : Répartition des patientes selon département, type de centre et nom du centre

NOM DU CENTRE : effectif

Département Structure	Isère (38)	Savoie (73)	Haute-Savoie (74)	Ain (01)	Rhône(69)	Drôme (26)	Nombre de femmes
CSAPA	SITONI : 10 SAM BJ : 5 SAM G : 1 PV : 12	LE PELICAN →ALB : 16 →CHAMBERY : 10 ANPAA 73 : 9	THYLAC : 24 APRETO : 11 ANPAA74 : 2	SALIBA : 11	HEH : 19 CX R. : 41 GRIFFON : 8	TEMPO ROMANS : 5 TEMPO VALENCE : 10	
TOTAL	28	35	37	11	68	15	194
Consultations Hospitalières	CHAI : 3	CHMS : →U.Pass : 6 →U.AI : 4 BSM : 3	H.SALL : 6		VINATIER : 3		
TOTAL	3	16	6		3		28
ELSA	CHAI : 3	CHMS : 3 BSM : 1 CH ALB : 4	CHANGE : 12		HEH : 4 VINATIER : 1		
TOTAL	3	8	12		5		28
CAARUD		LE PELICAN : 1	THYLAC : 2 APRETO : 1		PAUSE DIABOLO : 1	TEMPO : 3	
TOTAL		1	3		1	3	8
HDJ	CHAI : 5						
TOTAL	5						5
Unité de sevrage/ SSRA	CHAI : 24		CHANGE : 5 RUM : 4		LETRA : 3 CX R. : 3		
TOTAL	24		9		6		39
TOTAL par département	63	60	67	11	83	18	302

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de prévention en addictologie - ELSA : Equipe de Liaison et de soin en Addictologie - CAARUD : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues - HDJ : Hôpital de Jour - SSRA : Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie - SITONI : CSAPA SITONI à Bourgoin-Jailleu - SAM : Service Mutualité Alpes - SAM BJ : Antenne de Bourgoin-Jailleu et SAM G : Antenne de Grenoble - PV : Point-Virgule : CSAPA de Grenoble - LE PELICAN : CSAPA en Savoie - ALB : Antenne d'Albertville / CHAMBERY - ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie : 73 située à La Ravoire en Savoie et 74 située à Annecy en Haute Savoie - THYLAC : CSAPA situé à Annecy - APRETO : CSAPA situé à Annemasse - SALIBA : CSAPA situé à Bourg en Bresse - HEH : CSAPA de l'Hôpital Edouard Herriot à Lyon- CX-R. : CSAPA de l'hôpital de la Croix Rousse à Lyon - GRIFFON : CSAPA situé à Villeurbanne - TEMPO : CSAPA situé à Valence et Romans - CHAI : Centre Hospitalier Alpes Isère à Saint-Egrève (38) - CHMS : Centre Hospitalier Métropole Savoie : U.Pass = Unité Pass, Toxicologie ; U.AI : Unité Alcoologie - BSM : Hôpital de Bourg-Saint-Maurice (73) - H.SALL : Hôpital de Sallanches - VINATIER : Hôpital le Vinatier à Lyon - CH ALB : Centre Hospitalier d'Albertville - CHANGE : Centre Hospitalier Annecy Genevois - PAUSE DIABOLO : CAARUD situé à Lyon- RUM : Hôpital de Rumilly (74) - LETRA : Centre de cure/ Soins de suite en addictologie - Korian les Bruyères à Letra (69).

D'après les résultats, 142 patientes ont répondu seules et 78 avec un professionnel. Pour 82 patientes, on ne sait pas si elles ont répondu seules ou accompagnées.

Description de la population

- Données Générales

Les femmes étaient âgées de 18 ans à 65 ans, avec une moyenne d'âge de 39,9 ans et une médiane à 38 ans ; 51,2 % étaient célibataires, 59,3 % avaient des enfants et 64 % étaient suivies en CSAPA. Un cinquième des femmes n'avait pas son propre logement (22,2 %) et 56,4 % étaient sans emploi dont six femmes retraitées et quatre invalides ou handicapées. Il n'y avait pas de différences des données sociodémographiques selon les départements.

Le Tableau 2 présente l'ensemble de ces données.

Tableau 2 : Caractéristiques des patientes avec détails selon le type de centre

Catégories par départements et type de centre. Effectifs ayant répondu à la question sur 302		Effectif de femmes par groupe. (%)	CSAPA 194 (64,2 %)	CAARUD 8 (2,6 %)	HDJ-ELSA-CS.H 61 (20,2 %)	U.S/SSRA 39 (12,2 %)
Moyenne d'âge(ans) (Écart-Type)		39,9 (10,7)	37,6 (10)	35,7 (7,5)	46 (11)	42,9 (9,5)
Age	< 25 ans	13 (4,4 %)	12 (6,3 %)	0 (0 %)	1 (1,6 %)	0 (0 %)
297 (*5)	25-49 ans	216 (72,7 %)	149 (78,4 %)	8 (100 %)	33 (54,1 %)	26 (68,4 %)
	Plus de 50 ans	68 (22,9 %)	29 (15,3 %)	0 (0 %)	27 (44,3 %)	12 (31,6 %)
Niveau d'étude	Brevet/ CAP	108 (36,7 %)	74 (39,4 %)	3 (37,5 %)	23 (37,7 %)	8 (21,6 %)
294 (*8)	Bac	84 (28,6 %)	57 (30,3 %)	2 (25 %)	16 (26,2 %)	9 (24,3 %)
	Études Sup.	91 (31 %)	48 (25,5 %)	3 (37,5 %)	22 (36,1 %)	18 (48,7 %)
	Aucun des trois	11 (3,7 %)	9 (4,8 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	2 (5,4 %)
Emploi	Étudiant	9 (3,1 %)	9 (4,9 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
287 (*15)	Intérim	10 (3,5 %)	8 (4,3 %)	1 (14,3 %)	1 (1,7 %)	0 (0 %)
	CDD	18 (6,3 %)	15 (8,1 %)	0 (0 %)	2 (3,4 %)	1 (2,8 %)
	CDI	88 (30,7 %)	59 (31,9 %)	0 (0 %)	20 (33,9 %)	9 (25 %)
	Sans emploi	162 (56,4 %)	94 (50,8 %)	6 (85,7 %)	36 (61 %)	26 (72,2 %)
Mode de vie	En couple	142 (48,8 %)	97 (51,6 %)	3 (37,5 %)	27 (45,8 %)	15 (41,7 %)
291 (*11)	Seule	149 (51,2 %)	91 (48,4 %)	5 (62,5 %)	32 (54,2 %)	21 (58,3 %)
Enfants	Avec enfants	176 (59,3 %)	97 (51,3 %)	2 (25 %)	47 (77 %)	30 (76,9 %)
297 (*5)	Sans Enfant	121 (40,7 %)	92 (48,7 %)	6 (75 %)	14 (23 %)	9 (23,1 %)
	Domicile	SDF	10 (3,5 %)	7 (3,8 %)	0 (0 %)	1 (1,7 %)
288 (*14)	Foyer	15 (5,2 %)	13 (7,2 %)	1 (14,3 %)	1 (1,7 %)	0 (0 %)
	Chez un proche	36 (12,5 %)	27 (14,8 %)	1 (14,3 %)	3 (5 %)	5 (12,8 %)
	Chez-soi	227 (78,8 %)	135 (74,2 %)	5 (71,4 %)	55 (91,6 %)	32 (82,1 %)

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de prévention en addictologie - CAARUD : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues - HDJ : Hôpital de Jour - ELSA : Équipe de Liaison et de soin en Addictologie - CS.H : Consultations Hospitalières - U.S : Unité de sevrage - SSRA : Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie - CAP : Certificat d'Aptitude professionnelle - Études Sup. : Études supérieures - CDD/I : Contrat à durée In/Déterminée - SDF : Sans Domicile Fixe. (* = nombre de réponses manquantes). Emploi * 8 femmes étaient auto-entrepreneuse. Mode de vie *4 femmes ont indiqué faire du camping ou vivre dans un camion

- Protection sociale

Concernant leur protection sociale, 87,7 % des femmes avaient une couverture sociale complémentaire par mutuelle (62,9 %) ou Complémentaire santé solidaire (ex- CMU-c) (24,8 %). Seulement 17 patientes n'avaient pas de complémentaire santé (5,6 %). L'ensemble des résultats est présenté dans le Tableau 3.

Tableau 3 : Répartition de la complémentaire santé des patientes de notre étude

Complémentaire santé	Effectif = 302
Mutuelle	190 (62,9 %)
Complémentaire Santé Solidaire	75 (24,8 %)
Pas de complémentaire santé :	17 (5,6 %)
Pas de Mutuelle ni de Complémentaire Santé Solidaire	
Non disponible	20 (6,7 %)

- Pratiques addictives

Les problématiques addictives pour lesquelles les femmes consultaient étaient multiples, 133 patientes (44 %) ont indiqué consulter pour une problématique d'alcool et 138 (45,7 %) pour le tabac. Les consommations d'héroïne étaient un problème pour 120 femmes (39,7 %) et celles de cocaïne pour 80 patientes (26,5 %). Un cinquième (20,2%) a indiqué avoir une problématique liée au cannabis et 22 femmes (7,3 %) ont exprimé avoir une addiction sans produit, principalement alimentaire. Cela est illustré dans la Figure 1.

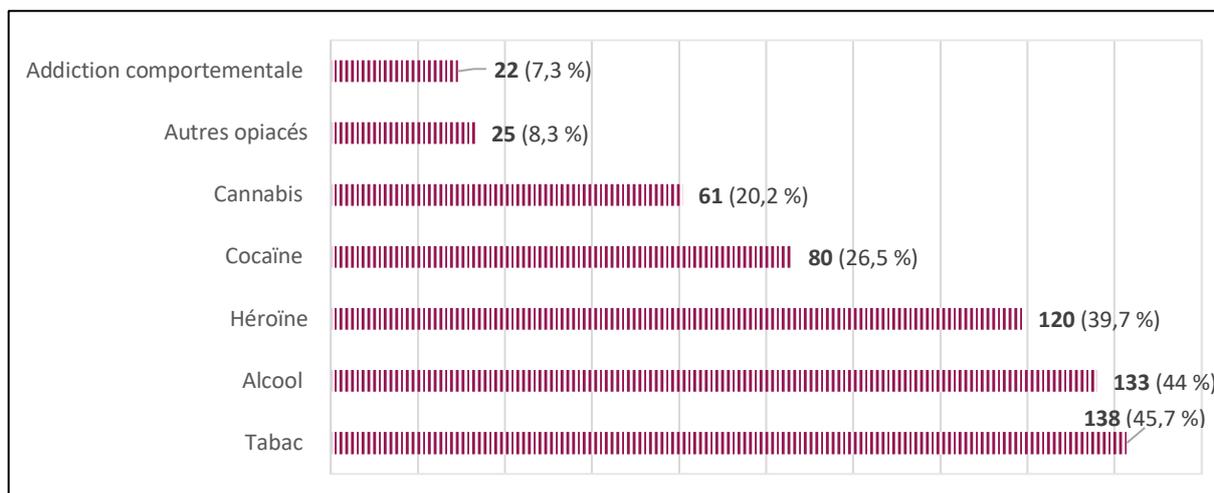


Figure 1 : Nombre de femmes (%) pour lesquelles le produit est décrit comme problématique
 NB : Plusieurs produits sont décrits comme problématiques pour une même patiente.

On note un grand nombre de femmes de moins de 50 ans qui consultaient pour des poly-consommations de produits mais aussi des problématiques d'addiction sans produit (72,7 % des femmes ayant une problématique d'addiction comportementale ont moins de 50 ans). À l'inverse, les femmes de plus de 50 ans consultaient essentiellement pour une problématique d'alcool et de tabac (58,8 % des femmes de plus de 50 ans consultent pour le tabac et elles sont 63,9 % à consulter pour une problématique d'alcool).

Dans notre population, le cannabis était décrit comme problématique souvent par des femmes jeunes qui avaient fait peu d'études (18 % d'entre elles ont fait des études supérieures) et étaient sans emploi (51,4 %). Un cinquième d'entre elles était hébergé par des proches (19,7 %).

L'alcool concernait majoritairement les femmes de plus de 25 ans, elles avaient souvent fait des études (26,3 % avaient un niveau baccalauréat et 34,6 % avaient fait des études supérieures). Plus d'un quart d'entre elles avaient un CDI (27,8 %) même si une part majoritaire d'entre elles était sans emploi (60,9 %), et 81,6 % avaient un logement.

Concernant les autres produits tels que l'héroïne et la cocaïne, plus de 80 % des femmes avec une consommation problématique avaient entre 25 et 49 ans. Le niveau scolaire de ces femmes était varié : environ un tiers avaient le baccalauréat (35 % des consommatrices problématiques de cocaïne et 30 % des consommatrices problématiques d'héroïne) et un peu moins d'un quart avaient fait des études supérieures (respectivement 22,5 % pour la cocaïne et 23,3 % pour l'héroïne). Même si beaucoup étaient sans emploi (environ 60 %), un quart avaient un CDI (respectivement 25 et 26,7 % pour la cocaïne et l'héroïne).

Quelques patientes ont indiqué consulter pour une problématique autre que celles proposées notamment ecstasy (une patiente), substance hallucinogène (une patiente), kétamine (une patiente), somnifères (une patiente) et benzodiazépines (cinq patientes).

Parmi les femmes qui avaient fait des études supérieures, on retrouvait une problématique d'alcool chez la moitié d'entre elles (50,5 %). Les femmes d'un niveau scolaire « brevet » et

« baccalauréat » avaient dans environ 40 % des cas une problématique de tabac, d'alcool et/ou d'héroïne.

Les femmes sans emploi avaient majoritairement des problématiques de tabac (43,8 %) et d'alcool (50 %) avant l'héroïne (36,4 % sont consommatrices problématiques d'héroïne).

Un grand nombre de femmes avec un logement précaire (notamment hébergées en foyer et sans domicile fixe) avait une problématique de tabac et d'héroïne majoritairement (60 % des femmes sans logement stable), suivis de près par l'alcool (50 %).

Par ailleurs, on constatait un grand nombre de patientes poly-consommatrices, notamment de consommations de cocaïne et d'héroïne associées (15,7 %), de cannabis et de tabac (20,9 %) plus ou moins associés avec de l'alcool. Ces résultats peuvent être retrouvés en Annexes 3 et 4.

- Thérapeutiques utilisées

Du fait d'une part importante de femmes avec une problématique d'héroïne (120 femmes - 39,7 % de notre population) ou d'autres opiacés (25 femmes – 8,3 % de notre population), environ la moitié des femmes (51,7 %) était sous traitement de substitution aux opiacés (TSO) dont la méthadone pour plus de 80 % d'entre elles.

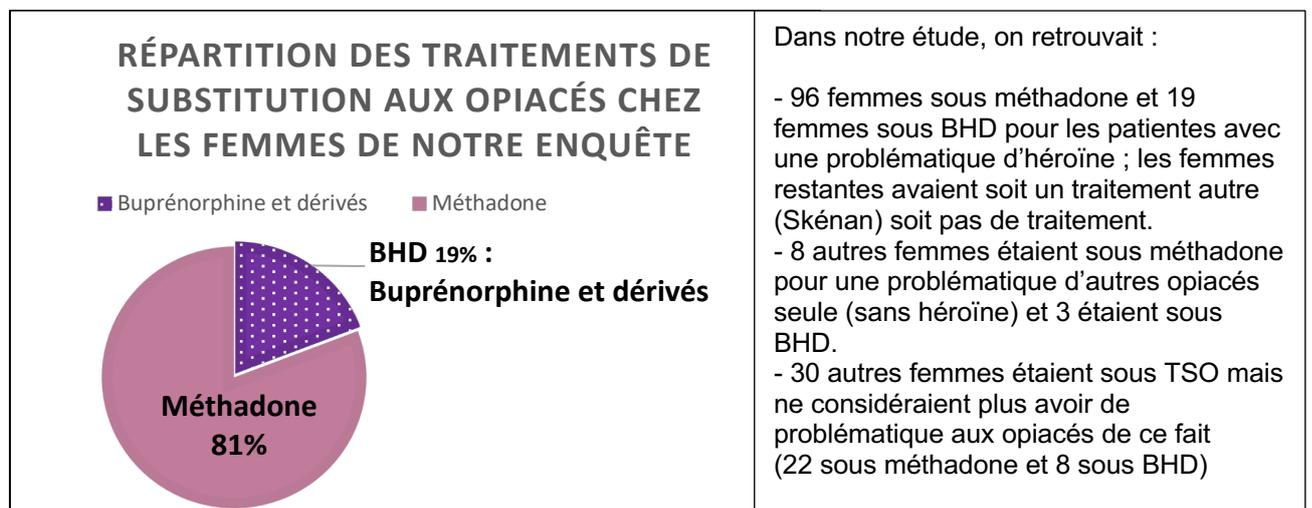


Figure 2 : Répartition des traitements de substitution dans notre étude

Par ailleurs, environ un tiers des femmes avait un traitement psychotrope à visée antidépresseur et/ou anxiolytique (31,4 % des femmes sous antidépresseurs et environ 30 % des femmes sous anxiolytiques, majoritairement des benzodiazépines).

Six patientes ont précisé prendre d'autres traitements que ceux indiqués pour les aider dans leurs addictions notamment du sulfate de morphine (Skenan®) ou d'autres médicaments pour les aider dans leurs problématiques liées à des consommations de cannabis ou d'héroïne sans précision.

Les traitements mis en place pour aider les femmes dans leur prise en charge d'une problématique addictive sont détaillés dans le Tableau 4.

Tableau 4 : Répartition des traitements chez les femmes de notre étude

Traitement en cours	Nombre de femmes traitées (% parmi les femmes de l'étude)
Traitement de substitution nicotinique	56 (18,5 %)
Traitement de substitution aux opiacés	156 (51,7 %)
Méthadone	126 (41,7 %)
Buprénorphine haut dosage (BHD) et dérivés	30 (10 %)
Traitement pour aider à réduire les consommations d'alcool : <i>nalméfène, naltrexone, acamprosate, baclofène</i>	46 (15,2 %)
Traitement antidépresseur	95 (31,4 %)
Traitement régulateur de l'humeur	31 (10,2 %)
Anxiolytiques de type benzodiazépines	97 (32,1 %)
Anxiolytiques	22 (7,2 %)

État des lieux du suivi gynécologique

Dans notre population, 82 femmes avaient déjà eu un FCU anormal (29,3 %) ou un cancer du col de l'utérus (13 femmes soit 4,5 %). Il existait dans 39,5 % des cas, un antécédent familial de cancer du sein. On retrouvait 154 femmes avec un antécédent d'IVG soit plus de la moitié, et 86 d'entre elles (29,8 %) avaient eu un antécédent d'IST. L'ensemble des données concernant les antécédents est illustré dans la Figure 3.

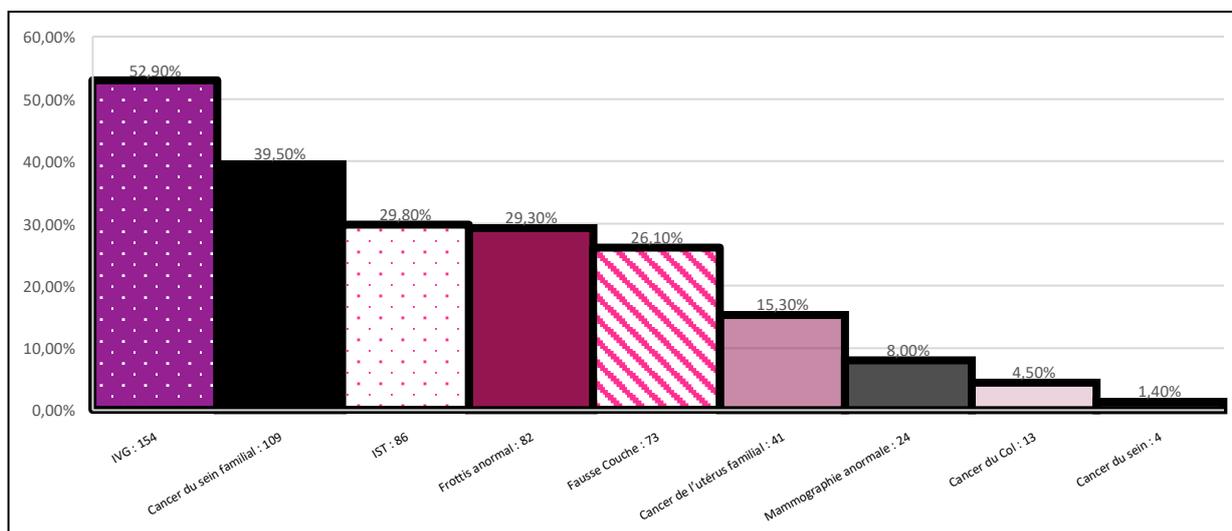


Figure 3 : Antécédents gynécologiques chez les femmes de notre enquête

Parmi les 229 femmes en âge de procréer, 224 ont donné des informations sur leur contraception. Parmi elles, plus de la moitié (52,8 %) avait une contraception mais pour 23 d'entre elles (10,3 %), la contraception n'était pas à jour (dispositif intra-utérin de plus de 5 ans pour 4,5 % des femmes et implant de plus de 3 ans chez 5,8 % des femmes). La contraception majoritairement retrouvée était le dispositif intra-utérin qui était à jour chez 15,6 % des femmes en âge de procréer puis, la pilule (14,3 % des femmes) puis, l'implant (7,6 % des femmes). Le préservatif était peu utilisé, par seulement 4,5 % des femmes. Les trois quart des patientes qui avaient une contraception disaient en être satisfaites (89/118 patientes (75,4 %)). La répartition de la contraception des femmes de notre étude est présentée dans la Figure 4.

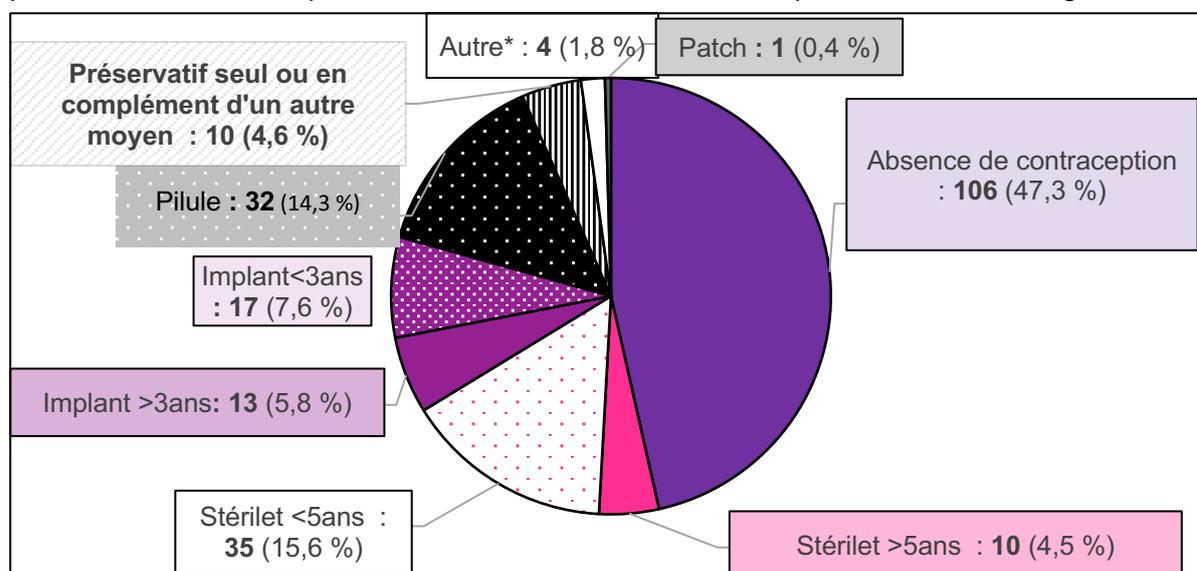


Figure 4 : La contraception chez les femmes en âge de procréer (N = 224)**

* Parmi « Autre », les patientes ont précisé à la main : ligature des trompes pour 3 d'entre elles et hystérectomie pour l'une d'elles.

** 5 femmes de moins de 50 ans n'ont pas répondu à cette question

Parmi les raisons de l'absence de contraception chez les 106 patientes en âge de procréer, 4 femmes étaient déjà ménopausées et 10 avaient un désir de grossesse. Ensuite, les raisons principales retrouvées étaient l'absence de relation sexuelle actuellement, l'absence d'envie d'avoir une contraception et l'absence d'intérêt. Parmi les réponses « autres », 11 femmes avaient des raisons médicales qui expliquaient l'absence de nécessité de contraception notamment 4 avaient eu une ligature des trompes ou une salpingectomie, 3 avaient eu une hystérectomie, 1 souffrait de ménopause précoce, 2 d'endométriose et 1 de stérilité. Deux femmes ont répondu avoir des relations sexuelles avec d'autres femmes et ne pas avoir besoin de contraception.

Les différents motifs concernant cette absence de contraception sont rassemblés dans la Figure 5.

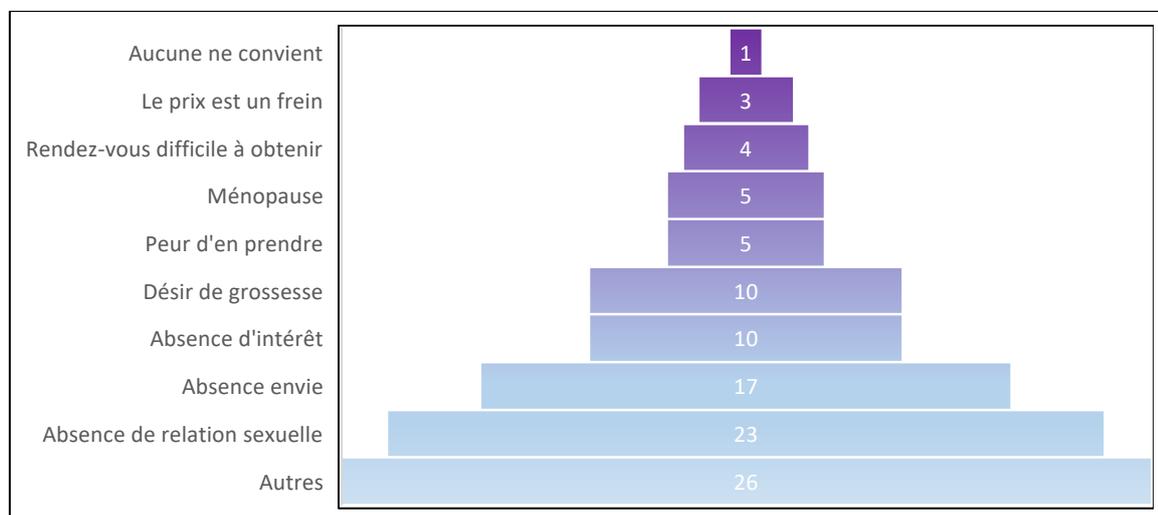


Figure 5 : Motifs évoqués par les femmes concernant l'absence de contraception

La contraception d'urgence était très bien connue pour 254 patientes (86,7 %) sur les 293 ayant répondu à cette question. Cependant, seules 23 (8 %) d'entre elles l'avaient en leur possession et 29 (11,2 %) ont déclaré en avoir besoin.

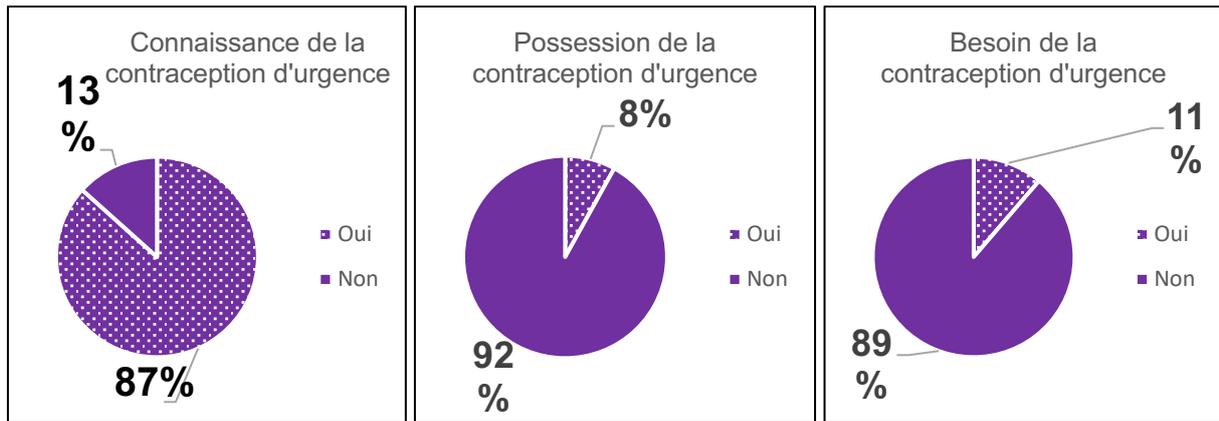


Figure 6 : Représentation de la connaissance, de la possession et du besoin de contraception d'urgence chez les femmes de notre étude

Concernant les dépistages, pour les femmes de moins de 25 ans : 8 sur 13 (61,5 %) avaient déjà réalisé un dépistage du chlamydia.

Si on s'intéresse au dépistage des IST, 15 patientes n'ont pas donné de réponse. Sur 287 femmes, il avait été proposé chez la moitié des femmes (50,2 %). Dans 39 % des cas, il avait été effectué il y a moins de 3 ans. Ces données sont illustrées dans la Figure 7.

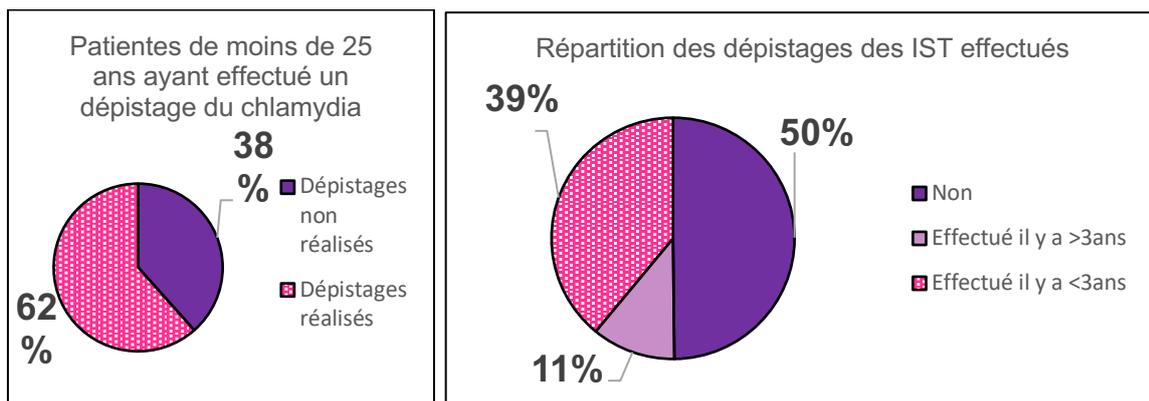


Figure 7 : Représentation de la réalisation des différents dépistages des IST

Par ailleurs, le vaccin contre les HPV avait été évoqué chez 14 femmes de 25 ans ou moins (56 %). Un tiers des femmes de 25 ans et moins l'avait effectué soit 33,3 % (8/24).

Concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus, 33 des 284 femmes concernées par ce dépistage n'ont pas répondu à la question. Sur les 251 restantes, 54 femmes soit 21,5 %

n'avaient pas fait de FCU dernièrement, 135 femmes avaient un FCU à jour (53,8 %) et 60 femmes (23,9 %) avaient un FCU ancien qu'il faudrait reconstrôler.

Le dépistage par la mammographie tel que recommandé, c'est-à-dire datant de moins de 2 ans chez les femmes de 50 ans et plus était réalisé chez 34 des 68 femmes concernées. Chez 23 femmes de 50-65 ans (33,8 %), la mammographie avait déjà été réalisée mais n'était plus à jour et 10 femmes n'avaient jamais réalisé de mammographie (14,7 %). Deux patientes ne se souvenaient plus.

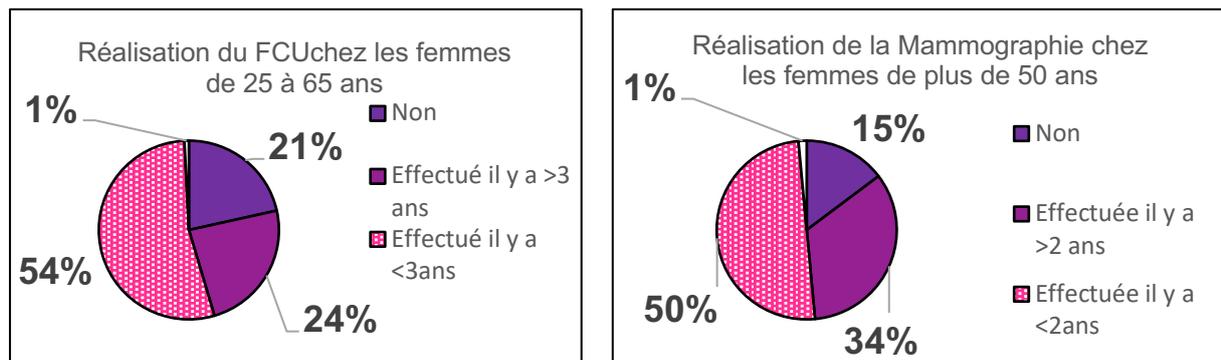


Figure 8 : Représentation de la réalisation des différents dépistages des cancers gynécologiques par FCU chez les 25-65 ans pour le cancer du col de l'utérus et mammographie pour le cancer du sein chez les femmes de plus de 50 ans

Enfin, dans notre étude, 250 patientes avaient vu leur médecin généraliste dans l'année (sur 296 qui ont répondu), 253 un médecin addictologue (sur 295) et 122 femmes sur 292 avaient rencontré une sage-femme ou un gynécologue dans l'année.

Critère composite de jugement principal : suivi gynécologique selon les recommandations actuelles de suivi par âge

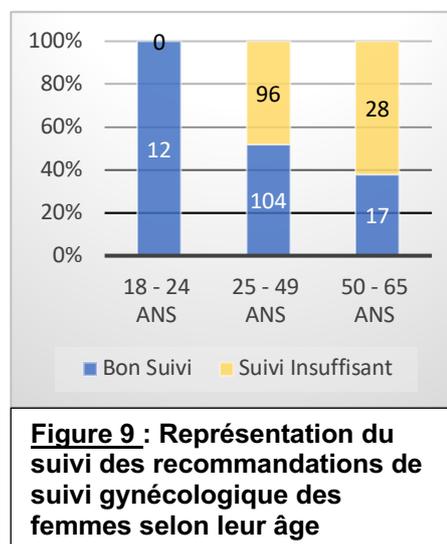
Afin d'effectuer un suivi gynécologique conforme aux recommandations attendues, le CNGOF et la HAS recommandent un abord de la question de la contraception chez toutes les femmes en âge de procréer, un FCU tous les 3 ans chez les femmes de 25 à 65 ans et une mammographie tous les deux ans chez toutes les femmes de 50 ans et plus.

Sur 85 % des femmes de notre étude qui ont répondu complètement à cette question du suivi gynécologique (soit 257 femmes), un peu plus de la moitié (51,8%) avait un suivi conforme à celui recommandé. Le suivi des recommandations que l'on constate dans notre étude se décline par tranche d'âge et est détaillé ci-dessous.

- Toutes les femmes soit 12 femmes de moins de 25 ans avaient été sensibilisées à la question de la contraception (100 %).
- Pour les 200 femmes de 25 à 49 ans (200/216), 104 (52 %) avaient un suivi conforme aux recommandations, c'est-à-dire avaient réalisé un FCU de moins de 3 ans et avaient été sensibilisées à la question de la contraception. Parmi les 96 femmes qui n'avaient pas le suivi conforme aux recommandations (48 %), le problème était le manque de FCU chez 80 femmes (40 %) et le manque d'informations sur la contraception pour 6 femmes (3 %). Pour 10 femmes (5 %) : ni la contraception ni le FCU n'étaient à jour.
- Concernant les femmes de plus de 50 ans qui avaient répondu (45/68), seulement 17 sur 45 (37,8 %) avaient un FCU et une mammographie à jour. Il manquait un FCU à jour pour 7 femmes (3,5 %) et la mammographie à jour pour 7 femmes (3,5 %). Pour 14 femmes, ni la mammographie ni le FCU n'étaient à jour (7 %).

Les résultats du critère composite de jugement principal correspondant aux recommandations de suivi en fonction de l'âge sont présentés dans le Tableau 5 et la Figure 9.

Tableau 5 : Nombre de femmes chez qui les recommandations de suivis sont respectées en fonction de l'âge			
Age	(Effectif) (%)	Respect des recommandations de suivi gynécologique	
		Bon Suivi	Suivi Insuffisant
18 – 24 ans	12 (4,7 %)	12 (100 %)	0 (0 %)
25 – 49 ans	200 (77,8 %)	104 (52 %)	96 (48 %)
50 – 65 ans	45 (17,5 %)	17 (37,8 %)	28 (62,2 %)
Total	257	133	124



Résultats concernant les facteurs favorisant un meilleur suivi

- Critère de jugement composite principal et lieu de consultation

Il n'y avait pas de différence significative selon le type de centre ou le département où consultait la patiente ($p = 0,16$) (Figure 10). En revanche, on observait une différence significative de suivi entre les deux centres ayant mis en place une consultation gynécologique et les autres ($p = 0,032$) (Figure 11). De même, les centres avec des professionnels sensibilisés sur la question des femmes et de leur suivi gynécologique avaient plus de femmes avec des FCU et des mammographies à jour ($p = 0,007$).

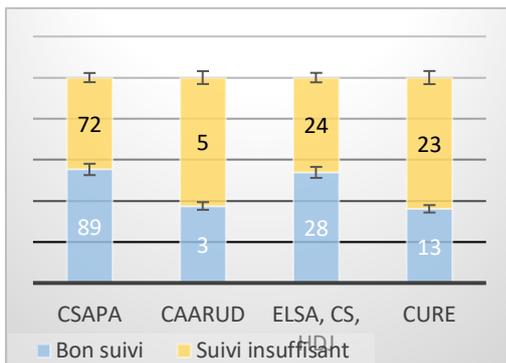


Figure 10 : Représentation du suivi des recommandations gynécologiques des femmes selon le lieu de soin fréquenté (NS $p = 0,16$)

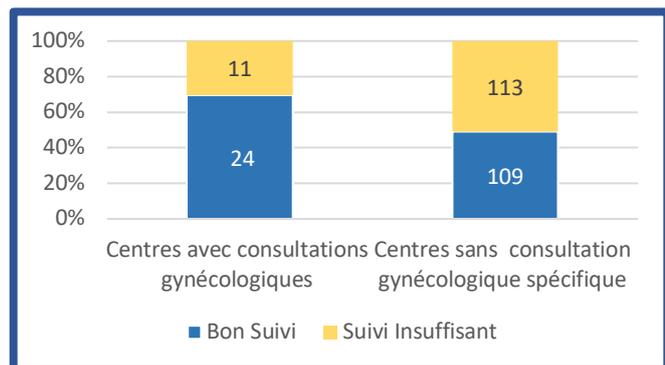


Figure 11 : Représentation du suivi des recommandations gynécologiques des femmes selon la présence ou non d'une consultation gynécologique dans le lieu de soins en addictologie où elles consultent ($p = 0,032$)

- Critère de jugement composite principal et caractéristiques de la patiente

Concernant les caractéristiques des patientes, il existait une différence significative entre les femmes ayant une activité professionnelle ou étudiante et celles qui n'en avaient pas avec un suivi meilleur chez les femmes en activité ($p = 0,027$). Il n'y avait pas de différence significative selon le mode de vie (en couple ou non) ni sur le fait d'avoir des enfants, ni selon les droits sociaux concernant leur santé, ni selon leur lieu d'habitat.

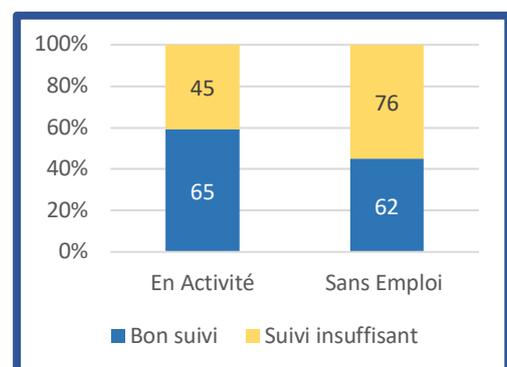
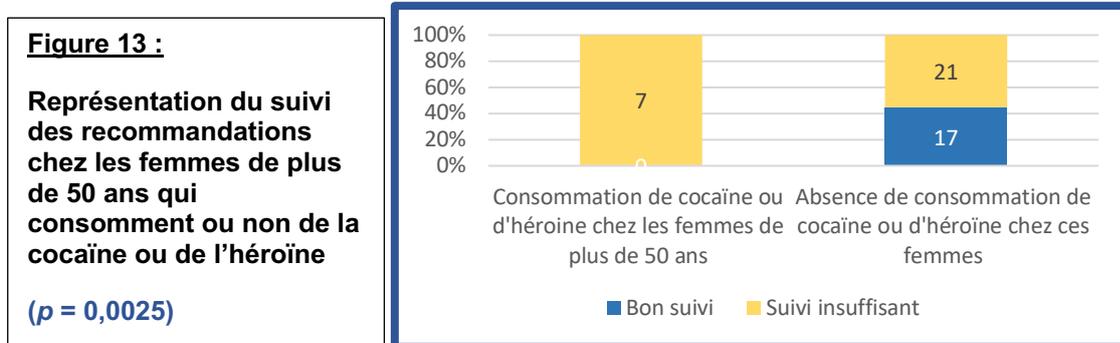


Figure 12 : Représentation du suivi des recommandations selon l'activité professionnelle ou étudiante de la patiente ($p = 0,027$)

- Critère de jugement composite principal, produit problématique consommé et traitements

Il n'y avait pas de différence significative selon le produit problématique sauf quand le produit consommé était l'héroïne ou la cocaïne chez une femme de plus de 50 ans : le suivi était alors insuffisant dans 100 % des cas ($p = 0,025$).



Du côté des traitements, on retrouvait une différence significative de suivi. En effet, si la patiente prenait un traitement antidépresseur, régulateur de l'humeur ou anxiolytique, le suivi était plus souvent incomplet (différence significative pour le traitement antidépresseur et/ou régulateur de l'humeur ($p = 0,047$) et anxiolytique ($p = 0,025$)). Il n'y avait pas de différence significative selon si la patiente avait un TSO ou non ni pour les autres traitements étudiés.

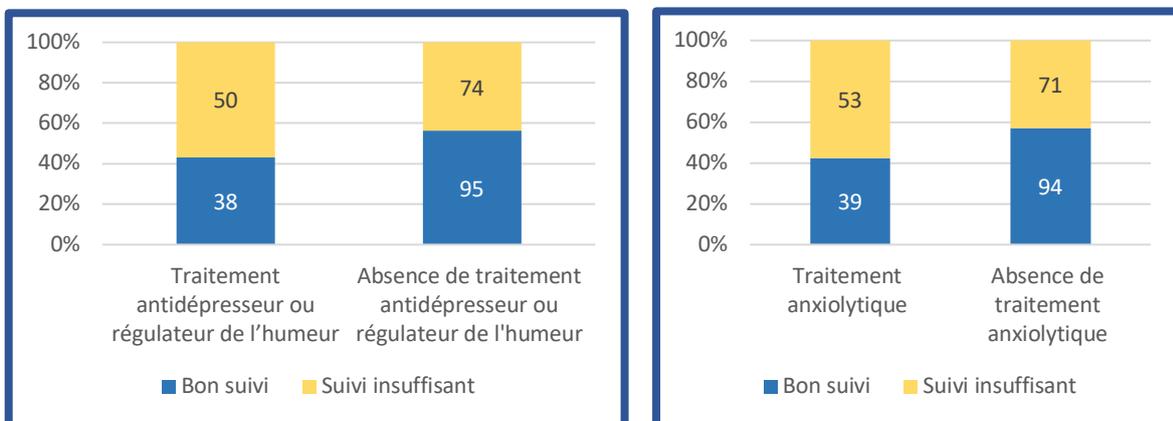


Figure 14 : Représentation du suivi des recommandations gynécologiques selon la prise ou non d'un traitement antidépresseur/régulateur de l'humeur ($p = 0,047$) et/ou d'un traitement anxiolytique ($p = 0,025$)

- Critère de jugement composite principal et antécédents gynécologiques

Dans notre étude, le suivi gynécologique était plus souvent complet si la femme avait déjà eu un antécédent personnel de cancer de l'utérus ou un FCU anormal ($p = 0,002$) ou, chez les femmes de plus de 50 ans avec un antécédent de mammographie anormal ou de cancer du sein ($p = 0,018$). De même, chez les patientes qui avaient déjà eu une IST, le suivi était globalement plus souvent à jour ($p = 0,045$) (Figure 15). Le fait d'avoir eu une IVG ne rapportait pas de différence significative dans notre étude.

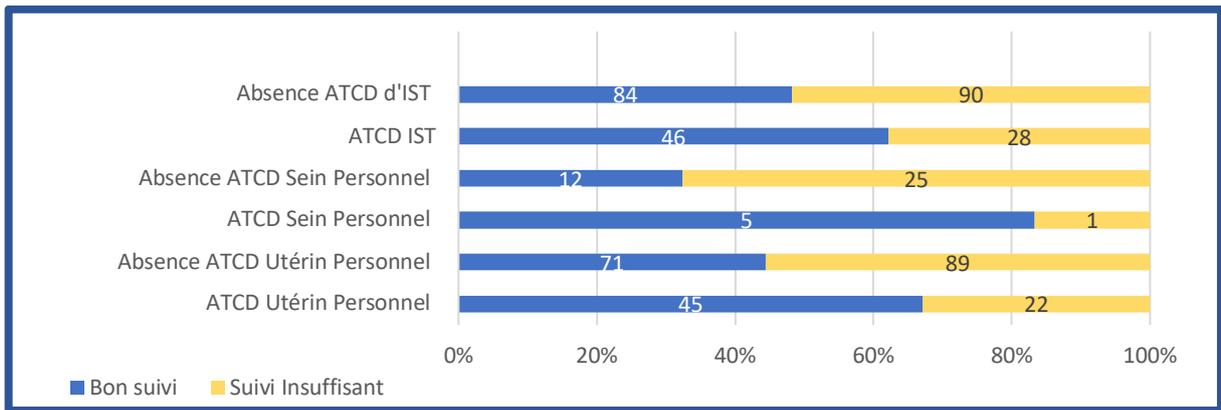


Figure 15 : Représentation du suivi des recommandations gynécologiques selon les antécédents gynécologiques de la patiente

ATCD sein = ATCD de mammographie anormale ou de cancer du sein - ne concerne que les femmes de plus de 50 ans -
 ATCD Utérin = ATCD de FCU anormal ou de cancer du col de l'utérus - ne concerne que les femmes de plus de 25 ans -

Si on s'intéresse à la question de la contraception, on remarque que chez les patientes qui avaient une contraception, le suivi gynécologique global avec dépistage par mammographie et FCU était aussi plus souvent à jour. À l'inverse, les femmes qui avaient besoin de contraception d'urgence étaient des patientes qui avaient globalement un suivi plus incomplet ($p = 0,022$).

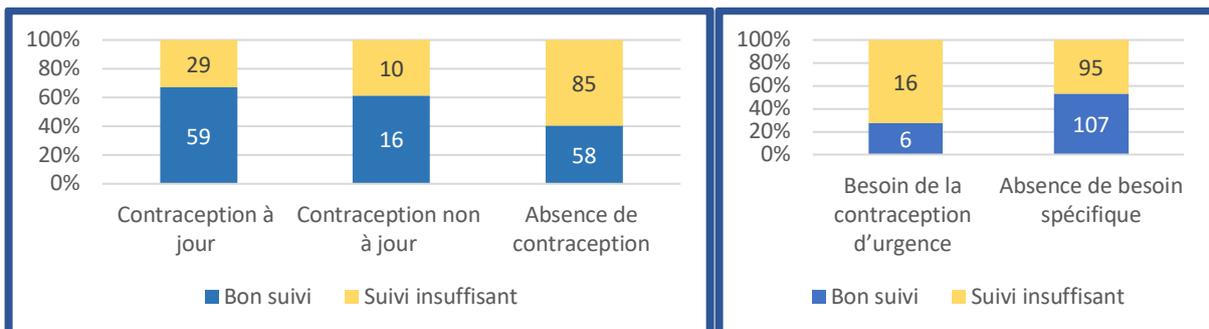


Figure 16 : Représentation du suivi des recommandations gynécologiques selon les antécédents si la patiente a une contraception et aurait besoin d'une contraception d'urgence

- Critère de jugement composite principal et professionnel rencontré dans l'année

La rencontre avec au moins un professionnel de santé impliqué dans les problématiques de nos femmes paraissait associée à un taux de suivi accompli supérieur ($p = 0,005$). Le suivi semblait plus souvent complet si la femme rencontrait les trois professionnels (médecin généraliste, gynécologue ou sage-femme et médecin addictologue) ($p < 0,01$) ou au moins le gynécologue ou sage-femme ($p < 0,01$) mais aussi le médecin généraliste chez les femmes de 25 à 49 ans ($p = 0,016$). En revanche la seule rencontre du médecin addictologue n'amenait pas de différence dans notre étude ($p = 0,77$. NS).

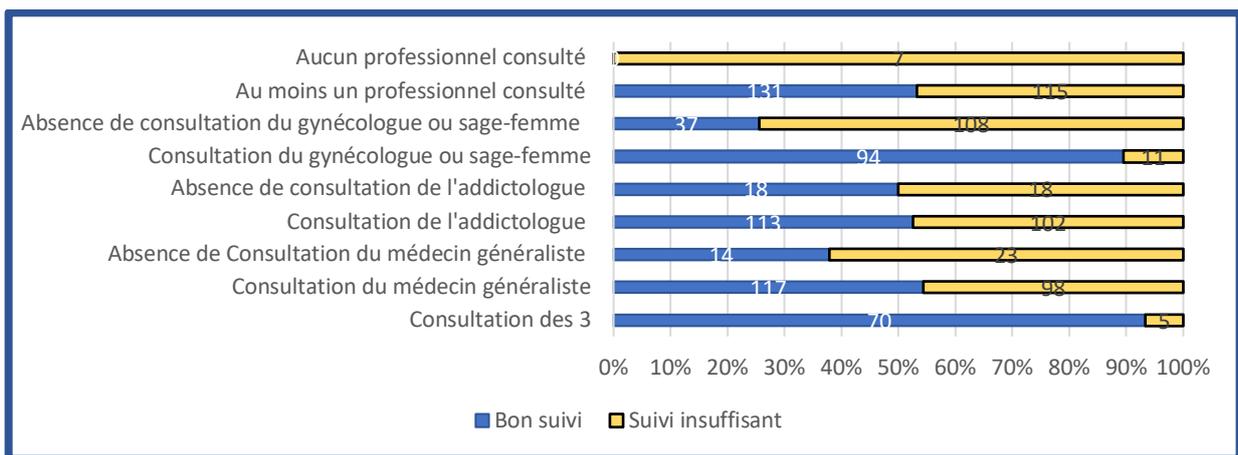


Figure 17 : Représentation du suivi des recommandations selon les spécialistes rencontrés par la femme

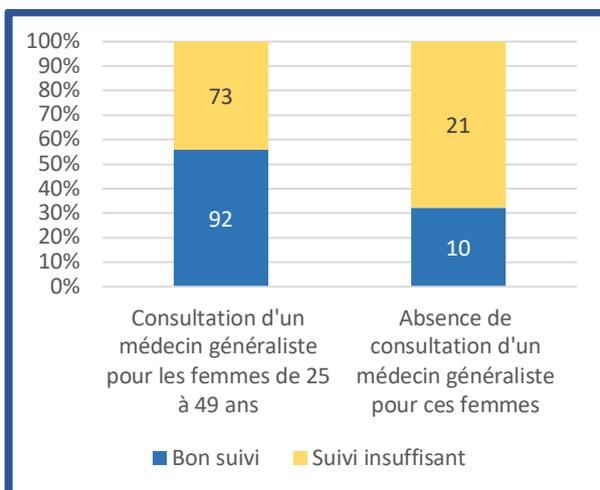


Figure 18 : Représentation du suivi des recommandations chez les femmes de 25-49 ans selon la consultation avec un médecin généraliste dans l'année ($p = 0,016$)

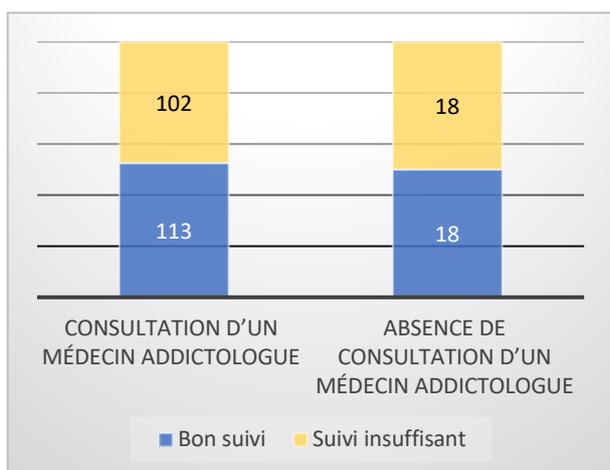


Figure 19 : Représentation du suivi des recommandations chez les femmes selon la consultation avec un médecin addictologue dans l'année* NS ($p = 0,77$)

*NB : Certaines patientes ne rencontrent pas l'addictologue mais sont prises en charge par un autre professionnel du centre.

Résultats concernant l'avis des patientes sur la mise en place de dispositifs spécifiques

Dans notre étude, parmi les femmes qui avaient un mauvais suivi, 87,3 % souhaitaient une consultation gynécologique au sein de la structure de soin où elles consultaient. De même, on retrouvait 78,3 % de femmes avec un bon suivi qui souhaitaient aussi une consultation au sein du centre de soin.

De façon globale, la proposition d'une consultation gynécologique au sein des structures d'addictologie était accueillie favorablement pour 219 femmes sur les 264 ayant répondu à cette question, soit 83 % des femmes ayant répondu. Cela concernait aussi les femmes qui n'avaient pas vu de spécialiste cette année puisque 62,5 % des femmes n'ayant eu aucune consultation cette année ont répondu favorablement à cette question.

Parmi notre population, 19,8 % des patientes ont émis le souhait d'être accompagnées chez un gynécologue.

DISCUSSION

Analyse des résultats principaux

L'objectif de cette étude était d'évaluer la mise en application des recommandations gynécologiques chez les femmes en addictologie. En France, il n'y a pas de consensus unanime sur la fréquence optimale de l'examen gynécologique et le contenu de la consultation de suivi. Les professionnels peuvent adapter leurs consultations qui ne sont pas forcément reproductibles à l'identique d'un praticien à un autre même s'il existe des recommandations. Nos critères de suivi étaient donc basés sur les recommandations du CNGOF et de la HAS. Le minimum de patientes nécessaire à notre étude a été atteint avec 302 participantes et 257 pour le critère de jugement principal.

D'après les résultats et selon nos critères, seulement la moitié des femmes avait un suivi gynécologique satisfaisant, ce qui paraît insuffisant. Plus leur âge était élevé, moins le suivi semblait complet.

Au regard de nos résultats, les facteurs qui semblaient significativement associés avec un meilleur suivi des recommandations étaient d'être une femme avec une activité professionnelle (Figure 12), sans traitement anxiolytique ou antidépresseur (Figure 14), de consommer le moins possible de cocaïne ou d'héroïne notamment après 50 ans (Figure 13), d'avoir déjà été dépistée et sensibilisée au cancer du sein ou de l'utérus ou aux IST, et d'avoir une contraception à jour (Figures 15,16). Plus la patiente rencontrait de professionnels, meilleur était son suivi (Figure 17). Ces résultats pourraient indiquer qu'il conviendrait d'être particulièrement vigilant auprès des femmes sans activité, consommant de la cocaïne ou de l'héroïne et sous antidépresseur ou anxiolytique. Nos résultats semblent indiquer qu'il paraît important d'aborder la question du suivi gynécologique et de la contraception, puisqu'il est montré dans notre étude que si les femmes ont des antécédents de FCU ou de mammographie

anormaux ainsi que d'IST, elles sont mieux suivies par la suite. Il en est de même si elles ont une contraception. Susciter la rencontre entre ces femmes et des gynécologues ou sage-femme mais aussi avec des médecins généralistes semble aussi favoriser un meilleur suivi (Figures 11,17,18).

Dans notre étude, les patientes semblaient très en demande de consultations gynécologiques sur le centre de soins en addictologie afin d'améliorer leur suivi. Une plus petite proportion souhaitait être accompagnée chez des partenaires.

Afin d'envisager la validité interne et externe de notre étude, les résultats sont comparés à la littérature ci-dessous item par item et les forces et les limites de notre étude seront développées.

Analyse des résultats et comparaison avec la littérature

Caractéristiques de la population

- Des femmes en partie précaires, mais pas seulement

Notre population était composée de femmes d'âge moyen de 39,9 ans, la moitié était célibataires et plus de la moitié avait des enfants (59,3 %). On notait 56,4 % sans emploi et un cinquième des femmes n'avait pas son propre logement mais était hébergé par un tiers, en foyer ou SDF ; 87,7 % femmes avaient une mutuelle ou une complémentaire santé solidaire alors que 5,6 % n'avaient aucune complémentaire santé. Une partie de notre population était donc précaire.

Cela est comparable aux deux autres études réalisées sur le même sujet qui retrouvaient des chiffres proches. En Haute-Garonne (30), un peu plus de femmes étaient en couple (63 %) et le même pourcentage avait des enfants (60,8 %). Il y avait davantage de femmes sans emploi (71 %) et un peu moins de femmes sans logement ou hébergées par des proches (17,4 %),

mais sensiblement le même nombre de femmes locataires ou propriétaires de leur logement (74 %). En Gironde (31), on retrouvait aussi un peu plus de la moitié de femmes célibataires (59 %) mais plus fréquemment elles n'avaient pas d'enfant (60 %), 68 % étaient sans emploi même si on notait une différence importante du point de vue du logement puisque 44 % des femmes de cette étude n'avaient pas de logement stable. Dans ces deux études, peu de femmes n'avaient aucune couverture sociale, comme dans notre étude.

Par ailleurs, on retrouvait dans notre population des caractéristiques proches de celle d'une étude réalisée en psychiatrie sur le même sujet (27).

Les différentes études réalisées en addictologie (dont celle-ci) sont en concordance avec l'étude sur les spécificités féminines des usages de drogues réalisée en 2017 par Beck qui retrouvait des femmes fréquemment mères, parfois dans une situation précaire et assez souvent logées en hébergements temporaires (3/10 femmes) (10, 12, 66).

De plus, le fait que les femmes de nos centres aient souvent une complémentaire santé va dans le sens de l'étude menée chez les femmes fréquentant les structures d'addictologie, à la différence des hommes qui sont moins fréquemment couverts sur ce point (10).

- Des poly consommations fréquentes

Dans notre recherche, les produits retrouvés les plus problématiques étaient l'alcool (44 % des femmes) et le tabac (45,7 %), suivis de l'héroïne (39,7 %) et la cocaïne (26,5 %). On notait un nombre important de patientes avec de multiples consommations de produits. Par exemple pour l'alcool, parmi celles qui en consommaient, 29 % ne citaient qu'une consommation d'alcool problématique, 19 % une consommation d'alcool associée à une consommation de tabac problématique et 52 % disaient consulter pour une problématique de polyconsommation (alcool + autre produit hors tabac). Concernant l'héroïne, parmi les consommatrices, elle était mentionnée comme problématique seule pour 28 % des patientes et associée à un autre produit posant problème pour 72 % de ces mêmes patientes. Cela est comparable à l'étude menée en Haute-Garonne avec plus de deux tiers de patientes poly consommatrices (30), ainsi qu'avec les données plus larges de l'OFDT retrouvant un grand nombre de poly

consommatrices (19). Plus largement, notre étude est aussi en concordance avec l'enquête française Ad Femina (20), étudiant les addictions chez les femmes, qui retrouvait que les substances orientant le plus souvent vers le soins étaient l'alcool, le tabac et les opioïdes, puis le crack ou la cocaïne.

Il est aussi à noter dans notre étude qu'une partie des femmes décrivaient avoir une « addiction alimentaire », ce qui se retrouvait aussi assez fréquemment dans la littérature (10).

De plus, les études internationales notamment au Canada (13) retrouvent également un nombre important de poly consommations, ainsi que les mêmes substances, ce qui laisse penser que les problématiques liées aux consommations de produits chez les femmes dépassent les frontières françaises.

- Traitements psychotropes : antidépresseurs, régulateurs de l'humeur et anxiolytiques

On notait un grand nombre de femmes sous psychotropes tels que des traitements antidépresseurs, régulateurs de l'humeur ou anxiolytiques. Cette spécificité féminine, contrairement aux hommes suivis en addictologie, se retrouve régulièrement dans les observations menées au niveau national (20). Cela peut être en lien avec une plus grande tendance à l'automédication chez les femmes, mais aussi à une meilleure acceptation de la part des médecins pour autoriser leurs patientes à gérer stress et angoisses par des médicaments (20). Ces chiffres sont identiques à ceux retrouvés dans une étude sur le suivi gynécologique des femmes en psychiatrie (28) avec 53 % des femmes sous antidépresseurs. Cela est en accord avec une revue de la littérature réalisée en 2003 qui met en évidence qu'une importante part des femmes avec une problématique de consommation de produit présente des comorbidités psychiatriques telles que des troubles de l'humeur et des troubles anxio-dépressifs (15). C'est également en adéquation avec une étude canadienne qui retrouve d'importantes prises de benzodiazépines et l'utilisation fréquente d'antidépresseurs chez les femmes (13).

- TSO : Une place importante de la méthadone, la buprénorphine en second plan

Dans notre étude, parmi les femmes sous TSO, 80 % des femmes étaient sous méthadone et seulement 20 % sous buprénorphine. Cela semble étonnant si on considère la population générale en France sous TSO qui est plus souvent sous buprénorphine (environ deux tiers des patients) que sous méthadone (46). Cependant, cette donnée se retrouve dans les études déjà menées par l'OFDT sur le public féminin qui retrouvait 41 % de femmes sous méthadone et 30 % de femmes sous buprénorphine (10). En France la majorité des patients est sous buprénorphine et l'initiation de la méthadone est réservée aux médecins exerçant en CSAPA ou services hospitaliers spécialisés. Ayant mené notre enquête dans les différentes structures d'addictologie avec une grande participation des CSAPA, il est logique d'avoir plus de femmes sous méthadone.

En effet, les études réalisées en Haute-Garonne et en Gironde retrouvaient les mêmes proportions avec respectivement 74 % et 78 % de femmes sous méthadone (30, 31).

D'après ces comparaisons, notre population semble assez représentative de la population de femmes qui consulte pour des problématiques en addictologie et cela peut laisser penser que nos résultats puissent s'appliquer dans différentes populations de femmes de ces structures.

État des lieux du suivi gynécologique

- IVG

Dans notre étude, la moitié des patientes avait déjà eu une IVG ce qui se retrouve dans l'étude réalisée en Haute-Garonne (55,5 %) (30). Les chiffres retrouvés chez les patientes avec une problématique de consommation de produits sont plus élevés qu'en population générale d'après une étude menée par la DRESS en 2019 chez qui un tiers des patientes a déjà réalisé cet acte (50).

- IST

Du côté des IST, 26 % des femmes de notre population avait signalé avoir déjà présenté cet antécédent. En Haute-Garonne, 37 % des femmes avaient déjà eu une IST. L'importance des IST mais aussi des hépatites chez les femmes ayant une problématique de consommation de produit est aussi retrouvée dans une revue de la littérature notamment chez les femmes en grande situation de précarité et les consultantes en CAARUD (15).

D'après ces comparaisons, les patientes ayant une problématique de consommation de produits sont particulièrement à risque d'IVG et d'IST, rendant un intérêt important du suivi gynécologique dans cette population.

- Dépistages des IST et des hépatites

On notait que la moitié des femmes n'avaient jamais eu de dépistage des IST, alors même que ces patientes sont à risque de par leurs consommations et les différents modes de transmission.

Afin de comparer nos données à celles retrouvées en population générale ou dans d'autres populations, il aurait fallu être plus précis sur les différents dépistages (VIH, Hépatites...). Le but de cette étude n'étant pas d'effectuer un état des lieux des IST, cela n'a pas été recherché mais pourrait constituer une étude ultérieure.

- Contraception

Absence de contraception

Dans notre étude, un peu moins de la moitié des patientes n'avait pas de contraception (47,3 %). Cela est comparable à l'étude réalisée en Gironde (31) où 42 % des patientes n'en avaient pas. Cela est un peu inférieur aux chiffres retrouvés dans des études en psychiatrie (55 % à 71 % sans contraception) (28). Si on compare ces données avec celles de la population générale, on note une grande différence puisque en population générale, seulement 8 % des femmes en âge de procréer n'ont pas de contraception (51).

Les freins retrouvés dans notre étude étaient l'absence de relation sexuelle, l'absence d'envie d'avoir une contraception et l'absence d'intérêt.

Dans les autres études menées sur le sujet, il était retrouvé également comme freins le manque d'envie, la peur, les antécédents de violences vécues par les patientes mais aussi l'inquiétude d'être examinée par un médecin masculin (31). Une étude menée sur les femmes en situation de précarité (34) évoquait comme freins : une ambivalence quant au souhait d'une grossesse, une attitude paternaliste du professionnel de santé qui ne mettait pas à l'aise la patiente pour aborder ce sujet, des fausses croyances ou des effets indésirables sur les méthodes contraceptives (Par exemple, selon l'INPES, 22 % des femmes pensent que la contraception orale peut rendre stérile) (78).

Répartition de la contraception

On retrouvait dans notre population en première place le dispositif intra-utérin (ou stérilet), puis la pilule, puis l'implant. En psychiatrie (27) le DIU était aussi plus fréquemment utilisé que la pilule.

Il est intéressant de noter que cela est différent en population générale où la pilule est actuellement à la première place de la contraception (un tiers des femmes) (51-53). Cependant, en médecine générale, la contraception évolue avec de plus en plus de femmes qui choisissent le DIU notamment suite à la "crise des pilules" de 2012 et aux peurs liées aux moyens hormonaux (52). La différence de notre population face à cette question peut provenir du fait que de nombreuses consommations de produits interfèrent avec les moyens hormonaux. C'est notamment le cas de l'utilisation des pilules oestro-progestatives qui est actuellement contre-indiquée chez les femmes de plus de 35 ans qui fument (54). Des difficultés économiques et des risques d'oublis peuvent aussi expliquer cette différence.

Par ailleurs, de nombreuses femmes de notre étude avaient une contraception qui n'était plus à jour et potentiellement moins efficace (10 %), résultat aussi retrouvé dans l'étude menée en Haute-Garonne (30).

Enfin, en accord avec l'étude inter-CSAPA de la Fédération Addiction (17), menée chez des femmes qui consomment des produits, on retrouve un faible pourcentage utilisant le préservatif (4,6 % dans notre étude). Un des facteurs explicatifs retenu par la Fédération Addiction est qu'il peut être difficile pour les femmes usagères de produits de négocier le port du préservatif masculin avec leur partenaire (17). Alors que chez les femmes en situation précaire, le préservatif et la pilule sont les moyens les plus répandus (49, 55), cela n'était pas retrouvé chez nos patientes. Pour comparaison, 15,3 % des femmes utilisent le préservatif d'après une enquête menée en population générale (67).

Contraception d'urgence

Concernant la contraception d'urgence, 87 % des femmes de notre population connaissaient son existence. Elle semble cependant mieux connue en population générale puisqu'en 2016, plus de 95 % des moins de 30 ans déclaraient la connaître (52). Cela peut s'expliquer par la précarité de notre population. En effet, selon une étude réalisée chez des femmes en situation de précarité, on retrouve un manque de connaissance sur la contraception d'urgence notamment sur les lieux où elle peut être obtenue et les délais de prises après un rapport sexuel à risque (34).

Les patientes suivies en addictologie ont moins souvent une contraception que les patientes de la population générale. Le plus souvent, elles ont un moyen moins soumis aux oublis et compatibles avec leurs consommations. La contraception d'urgence devrait être mieux connue chez cette population qui est susceptible d'en avoir besoin.

- Dépistages des cancers par la réalisation de FCU et de mammographie

Les programmes nationaux de dépistages organisés ont été mis en place dans l'objectif de réduire les inégalités d'accès aux dépistages et de diminuer l'incidence et la mortalité des cancers concernés. Le but de ces actions, rappelé dans le Plan Cancer 2014-2019, est d'augmenter la couverture du dépistage à 80 % de la population (56, 59). Le dépistage

organisé du cancer du col de l'utérus a été mis en place récemment à l'automne 2019 (59). Pour le sein, ce dispositif existe depuis 2004 de façon départementale, puis régionale depuis 2019.

Dépistage du cancer du col de l'utérus par FCU

Dans notre étude, le dépistage du cancer du col de l'utérus par FCU était à jour chez 54 % de nos patientes. Ces chiffres sont semblables à ceux retrouvés dans les études en Gironde (31) et Haute-Garonne (30) (62,2 % en Haute-Garonne et 57,3 % en Gironde). Le taux de non-participation au FCU était le même dans notre étude que celui retrouvé dans les autres études réalisées, c'est-à-dire chez environ un cinquième des patientes.

On retrouvait des chiffres proches pour les patientes interrogées en psychiatrie (49 % de FCU réalisé dans les 3 ans) avec cependant davantage de FCU jamais réalisés chez 34 % des femmes (27, 28).

Concernant la réalisation du FCU en population générale, en 2015-2017, le taux de participation national était de 58,7 %. Les chiffres nationaux sont en baisse puisqu'en 2005, le taux de dépistage était de 81 %. Il existe des disparités régionales qui sont à prendre en compte pour la comparaison des chiffres de notre étude. En effet, dans la population de la région Auvergne Rhône-Alpes, le taux de dépistage était de 64,4 % (59, 60).

À noter qu'on retrouve en population générale, une diminution de la réalisation de cet examen après 50 ans ce qui est aussi décrit dans notre étude avec un suivi moins bon pour les femmes de plus de 50 ans (59).

Par ailleurs, si on compare les résultats français à ceux de nos pays voisins européens, on constate une grande disparité des résultats avec des taux de dépistage allant de 9,2 % en Roumanie à plus de 80 % au Danemark, Suède ou Irlande (59).

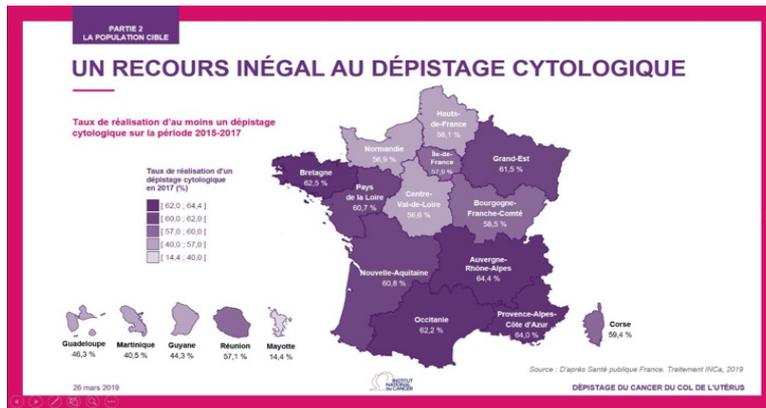


Figure 20 : Répartition du taux de réalisation du dépistage cytologique du cancer de l'utérus par région

Dépistage du cancer du sein par mammographie

Dans notre étude, le dépistage du cancer du sein par mammographie était à jour chez 50 % de nos patientes. Ces chiffres sont semblables à ceux retrouvés dans les études : 45,5 % des femmes à jour en Haute-Garonne, 60 % en Gironde (30, 31) et 49 % en psychiatrie (28, 30, 31).

Nos résultats correspondent au taux retrouvé en 2018/2019 pour la région Rhône-Alpes (50-55 % de dépistages réalisés) et plus largement aux résultats nationaux puisqu'en 2018, une femme sur deux (50,3 %) avait participé à un dépistage du cancer du sein sur les deux dernières années selon Santé Publique France (57, 58) (Figure 21).

Si on compare aux autres pays d'Europe, pour le dépistage du cancer du sein, la France se situe en dessous de la moyenne européenne (54 % de réalisation en moyenne en Europe) et loin derrière les pays du Nord (61, 62).

Si les femmes de notre étude semblent plutôt égales aux femmes de la population générale concernant la mammographie, le suivi par FCU est, lui, inférieur.

Cette différence de réalisation FCU versus mammographie peut s'expliquer par l'examen gynécologique du FCU qui est vécu comme plus contraignant et plus invasif que la mammographie. De plus, les objectifs de dépistages et les moyens de détections sont souvent mal connus, notamment concernant le FCU pour les femmes en situation de précarité (55).

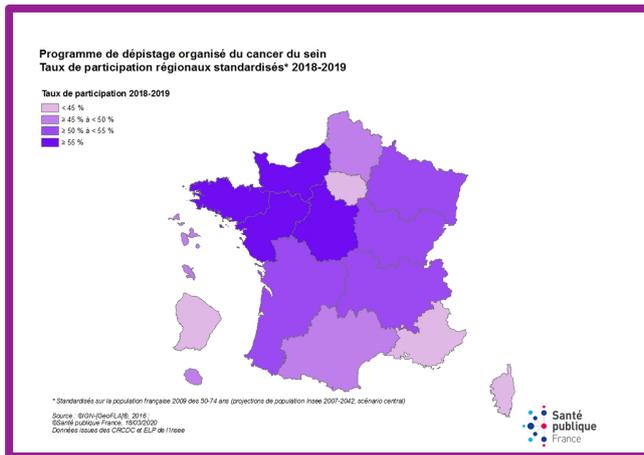


Figure 21 :
Répartition du taux de participation au dépistage par mammographie du cancer du sein par région

- Vaccination contre le papillomavirus

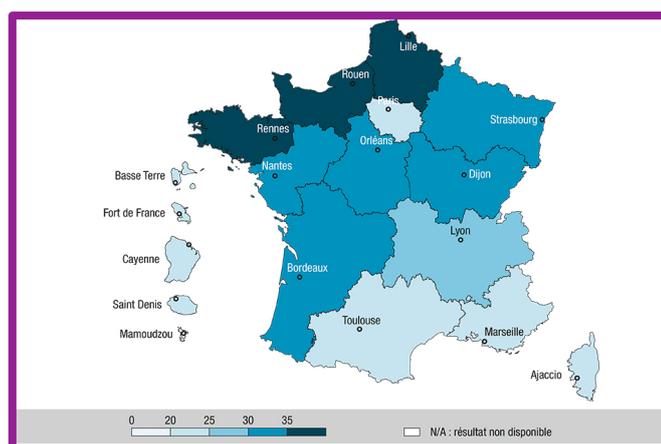
Dans notre étude, un tiers des patientes de moins de 25 ans avaient reçu le vaccin contre les HPV. Cela semble plus important que dans l'étude en Gironde (31) sur une population de femmes suivie en centre de soins d'addictologie (19 % de patientes vaccinées) et davantage que le taux de vaccination retrouvé en population générale (23-25 %), même si on voit sur la carte ci-dessous (Figure 22) qu'il existe des disparités régionales (59, 63). Nos résultats peuvent s'expliquer par le fait que notre étude comportait seulement 13 femmes de moins de 25 ans ce qui peut être un biais. De plus, nous n'avons pas étudié si la vaccination était réalisée selon un schéma complet.

Par ailleurs, la vaccination recommandée étant faite dans l'adolescence, souvent avant la consultation en addictologie, on ne peut pas conclure sur ces données.

Mieux étudier la vaccination contre les HPV et mener des recherches concernant celle contre le virus de l'Hépatite B aurait pu être pertinent mais n'a pas été réalisé dans cette étude.

Figure 22 :

Répartition du taux de couverture vaccinale du vaccin contre les HPV par un « schéma complet à 2 doses » à 16 ans par région



Suivi gynécologique global

Comme il n'existe pas de consensus national quant à la définition d'un bon suivi, nous avons utilisé les paramètres suivants (parfois associés) :

- avoir reçu des explications sur les différents moyens de contraception pour les femmes de 18-50 ans ;
- avoir réalisé un FCU datant de moins de 3 ans chez les femmes de 25 ans (inclus) à 65 ans ;
- avoir réalisé une mammographie chez les femmes de 50 ans à 65 ans.

D'après les résultats et selon nos critères, la moitié des femmes avait donc un suivi satisfaisant ce qui est comparable avec la psychiatrie où 56,9 % des femmes étaient à jour (27).

Si l'on compare nos chiffres avec ceux retrouvés en population générale, selon une revue de littérature menée en population générale en 2019, 80 à 91 % des femmes déclarent un suivi gynécologique régulier (22). Malheureusement, le détail de ce suivi pouvant présenter des variations selon le professionnel, la région, et d'autres facteurs, ces chiffres sont donnés seulement pour informations sans qu'une réelle comparaison puisse être effectuée.

- Suivi et caractéristiques de la patiente.

Dans notre étude, on ne retrouvait pas de différence au niveau du suivi gynécologique - meilleur ou insuffisant - selon le produit consommé problématique, ni selon la présence, l'absence ou le type de TSO. Cela est en accord avec ce qui a été retrouvé en Haute-Garonne et en Gironde (30, 31). Par contre, on notait que les femmes en activité avaient un meilleur suivi que les femmes sans emploi ce qui est aussi retrouvé dans une autre étude avec une réalisation plus importante de FCU chez les femmes en activité (47). Le suivi en médecine du travail ou la situation précaire des femmes pourraient expliquer cette différence.

- Suivi et professionnel qui réalise le suivi : gynécologue ? sage-femme ? médecin généraliste ?

Dans notre population, 42 % des femmes avaient consulté un gynécologue ou une sage-femme dans l'année ce qui rejoint la Haute-Garonne avec 41 % (30). Dans notre étude nous n'avons pas séparé la consultation réalisée par une sage-femme ou un gynécologue, chose qui aurait pu être intéressante.

Cependant, de nombreuses femmes de notre étude avaient consulté un médecin généraliste dans l'année, qui est apte à réaliser un suivi gynécologique (85 %). Plusieurs études ont montré les compétences des médecins généralistes face à ces questions et avoir un médecin traitant est souvent associé à un meilleur suivi dans la littérature (22). Cela est aussi retrouvé dans notre étude.

En population générale, le suivi est principalement assuré par un gynécologue (entre 72-92 % des cas) et chez seulement 8-23 % des femmes par le médecin généraliste. De même, la possibilité de réaliser le suivi gynécologique par une sage-femme est encore mal connue, seulement 2 % des femmes avaient eu recours à ce professionnel dans une revue de la littérature de 2019 (22).

Évaluer la rencontre seule avec un gynécologue pour conclure à un bon suivi gynécologique ne nous a pas paru pertinent et au contraire de certaines études (30), nous avons préféré utiliser un facteur composite en lien avec des recommandations officielles de suivi.

- Suivi et mise en place de dispositifs spécifiques

On remarque, de façon significative dans notre étude, que la mise en place de consultations gynécologiques assurées par un médecin généraliste, une sage-femme ou un gynécologue a permis un meilleur suivi dans les centres où cela était proposé ($p = 0,032$). En psychiatrie, la proposition d'une consultation gynécologique améliorerait également ce suivi (27, 28).

Dans notre étude, 83 % des femmes ayant rempli le questionnaire étaient favorables à la mise en place de ce dispositif, ce qui était aussi le cas en Gironde (78 %) (31). La mise en place de tels dispositifs reste assez peu fréquente en France. Selon l'étude AD Femina (20), parmi les

338 structures interrogées sur l'accueil féminin, seulement 7 structures proposaient un suivi gynécologique. Dans une autre étude menée en 2015, 4 % des CAARUD interrogés proposaient des soins gynécologiques sur place. Dans les CSAPA de cette même étude, 3,9 % des structures essayaient de mettre en place ce dispositif (5).

Dans d'autres pays, ces mêmes dispositifs sont réfléchis et mis en place par les professionnels. Ils sont accueillis favorablement par les patientes, même si la mise en place semble aussi complexe pour des questions de personnel ou financières notamment (48).

Les femmes de notre étude consultent peu les gynécologues. Cependant d'autres professionnels tels que les médecins généralistes ou sages-femmes peuvent effectuer ce suivi afin de l'améliorer.

Tableau 6 : Comparaison de nos résultats à ceux retrouvés dans la littérature pour la population générale.

Éléments du suivi gynécologique	Notre étude (2020)	Données retrouvées en population générale
IVG	52,9 %	33 %
Absence de contraception	47,3 %	8 %
Pilule	14,3 %	32 %
DIU	20,1 %	25 %
Implant	13,4 %	5 %
Préservatif	4,6 %	16 %
Connaissance de la contraception d'urgence	87 % (tout âge)	95 % (<30 ans)
FCU à jour <3 ans	54 %	58,7 % (national) 64,4 % (Région Auvergne Rhône-Alpes)
Mammographie à jour < 2 ans	50 %	50,3 %
Vaccination contre les HPV	33 %	23-25 % (<16 ans)

Forces, Limites et Biais de l'étude

Limites et biais de l'étude

- Biais de sélection

Il existe un biais de sélection dans notre étude car seules les structures qui ont accepté de participer ont été prises en compte. On peut imaginer que si le centre de soins s'intéressait à cette question, le suivi était meilleur comparé à des centres qui ont refusé de participer et n'ont pas montré d'intérêt pour cette question.

- Biais de recrutement

De même, il existe un biais de recrutement car seules les patientes qui ont accepté de participer ont été prises en compte et on peut penser qu'elles se sentaient plus concernées par cette question.

De plus, nous avons exclu les patientes mineures, sous tutelle ou curatelle et ne parlant pas français. Toutes ces femmes représentent une part non négligeable de patientes suivies pour une problématique de consommation de produits. Les personnes qui ont une problématique mais qui sont hors des réseaux de soins, ainsi que les femmes suivies uniquement en médecine générale de ville n'ont pas été interrogées. Recueillir leurs expériences aurait pu être intéressant et pourrait correspondre à un travail futur à réaliser à plus grande échelle.

Puis, la grossesse étant un moment propice à un suivi rapproché, nous avons choisi de ne pas inclure les patientes enceintes même si l'étude de leur suivi gynécologique aurait pu amener d'autres éléments de réflexion.

Enfin, malgré nos efforts pour faire participer une grande diversité de structures en addictologie, il y a eu peu de participantes issues de CAARUD qui sont particulièrement à risque d'un moins bon suivi.

- Biais de classement

Il existe un biais de classement via le biais de non réponse à certaines questions par les patientes : les réponses prises en compte ont été considérées en enlevant les réponses manquantes ou non disponibles. On ne sait pas dans quelle catégorie de suivi bon ou insuffisant ces patientes se seraient retrouvées si elles avaient répondu. Cela a pu sur ou sous-estimer certains résultats et entraîner une perte de puissance pour notre critère de jugement principal.

- Limites liées au temps de remplissage du questionnaire

Il existe un biais et une limite concernant le questionnaire. En effet, le fait de le donner, de l'expliquer et de le remplir avec les patientes nécessitait un temps conséquent, le questionnaire étant un peu long afin de se vouloir complet. En temps normal, cela aurait été possible - quoique déjà contraignant pour les professionnels de santé - et avait été anticipé par les structures qui s'étaient organisées pour le faire passer. Cependant, avec la pandémie Covid-19 et les restrictions concernant les contacts, il a été d'autant plus difficile de remplir ce questionnaire. De même, ne pas avoir vu les patientes pendant le confinement et les revoir sur la période de distribution du questionnaire n'a pas facilité la discussion sur la santé gynécologique, l'intérêt sur la gestion de la crise étant prioritaire à ce moment-là.

- Biais de mémorisation

Du fait de l'utilisation d'un auto-questionnaire, il existe un biais d'information et de mémorisation. Pour les patientes qui ont rempli le questionnaire avec leur médecin, le biais de mémorisation a pu être limité (si le professionnel avait dans le dossier la date du dernier FCU par exemple) mais cela n'a pas été le cas pour la plupart. Si les données n'étaient pas dans le dossier, les patientes ont pu répondre à tort qu'elles étaient à jour.

- Biais de désirabilité

Le biais de désirabilité qui correspond au fait de vouloir être « une bonne patiente » a pu exister dans notre étude. En effet, le questionnaire était souvent proposé par le médecin ce qui peut entraîner des réponses biaisées afin de répondre aux attentes du médecin lorsqu'il les accompagnait. Cependant 142 patientes ont rempli le questionnaire seules et d'autres professionnels du centre que les médecins avaient proposé le questionnaire.

- Limites concernant certaines questions mal formulées

Une autre des limites de notre étude est que certaines questions ont pu être mal formulées ce qui entraîne une perte d'informations. Ces questions concernaient des faits annexes et n'impactaient pas le critère de jugement principal.

- Limites liées à la méthode

Nous avons choisi de réaliser une étude quantitative afin d'obtenir des statistiques sur notre population et sur les différents éléments de suivi. Même si les résultats statistiques sont pour certains très significatifs, ils ne peuvent à eux seuls permettre de comprendre et d'analyser l'ensemble du suivi gynécologique de notre population. Une étude qualitative complémentaire permettrait d'obtenir davantage de données sur le suivi, ses freins et les améliorations possibles.

- Limites liées à l'absence de recherche sur certains thèmes

Les autres limites que l'on peut retrouver sont l'absence de certaines questions qui auraient pu être pertinentes : le genre du médecin consulté, la provenance de la patiente proche des systèmes de soins (vivant en ville) ou éloignée (vivant à la campagne), la question des antécédents de violences qui peuvent impacter le suivi, les questions sur la sexualité alors même que certains produits ont un rôle dans cette question (13), la question de la palpation mammaire recommandée à partir de 25 ans, la vaccination contre l'hépatite B, la prise en compte de l'orientation sexuelle des femmes ou de leur désir de maternité...

Forces de l'étude

Malgré les limites citées ci-dessus, on peut noter certaines forces de notre étude.

- Une étude originale et complète avec une diversité de femmes ayant répondu

Tout d'abord, notre étude est originale. En effet, il existe des recherches sur le suivi gynécologique des femmes précaires ou atteintes d'une pathologie psychiatrique mais il y en avait peu sur les femmes avec une problématique de consommation de produits quand nous avons décidé de mener notre enquête. De plus, dans les analyses menées en Haute-Garonne (2017) et en Gironde (2019), il y avait un petit nombre de patientes (respectivement 46 et 100 questionnaires exploitables). Ces études s'intéressaient principalement aux femmes sous TSO et consultant en CSAPA et CAARUD.

Notre projet a souhaité être de plus grande ampleur avec une évaluation menée chez les femmes consultant pour tous les types de produits et dans tous les types de dispositifs en addictologie (CSAPA, CAARUD mais aussi les structures hospitalières et les SSRA). La variété des profils de patientes recueillis est donc intéressante dans cette étude. De même, tous les professionnels de soins ou médico-sociaux pouvaient proposer le questionnaire, les patientes qui ne consultent pas les médecins addictologues ont donc aussi pu participer permettant d'obtenir plus de diversité.

Par ailleurs, certains points du suivi gynécologique n'avaient pas été pris en compte dans les premières études réalisées : la vaccination contre les HPV, la contraception d'urgence, les dépistages réguliers selon les recommandations actuelles. Dans l'étude en Haute-Garonne (30), le critère principal pour évaluer le suivi gynécologique était la rencontre ou non avec un gynécologue alors que d'autres professionnels (médecins généralistes, sages-femmes) peuvent proposer un suivi complet. De plus, dans la rencontre avec un professionnel, gynécologue ou non, le suivi peut être assez varié et difficilement comparable : FCU et mammographie parfois systématiques, et parfois non. Choisir la réalisation de FCU et de mammographie comme marqueurs de suivi nous a semblé pertinent car l'objectif est

comparable. Enfin, les facteurs favorisant ou non un meilleur suivi n'étaient pas recherchés dans ces études.

- Une étude puissante et multicentrique

On peut noter une puissance de notre étude avec l'analyse de 302 questionnaires ayant permis des statistiques intéressantes et significatives.

Par ailleurs, le fait que notre étude était multicentrique sur 6 départements nous permet d'envisager une extrapolation plus large des résultats. De même, comme cette étude est réalisée dans une région différente de celles déjà réalisées, cela permet de considérer des résultats plus globaux selon les similitudes retrouvées. À l'inverse, les divergences pourront être analysées et exploitées pour enrichir notre analyse et pour établir, si besoin, d'éventuelles futures investigations.

- Le questionnaire comme outil de sensibilisation et de prévention voire même comme un facilitateur de soins

Une force majeure de notre étude est l'engouement des soignants et des patients sur cette question et le fait que cette étude a pu entraîner une véritable considération, un intérêt et des discussions constructives sur ce sujet, mais aussi à plus grande échelle un regard nouveau sur le parcours et le suivi des patientes.

Tout d'abord, le fait que le questionnaire était au format papier avec notice d'information, remis par un professionnel formé à l'étude et à rendre dans une urne dédiée sur le centre de soins a entraîné la majorité des patientes à remplir le questionnaire sur place avant ou après une consultation. Cela a donné la possibilité aux patientes de revenir sur le sujet avec le professionnel qui les suit puisque le questionnaire était « promu par le centre » (à la différence d'un questionnaire informatisé par exemple). De plus, un grand nombre a rempli le questionnaire avec le professionnel, permettant un échange direct sur le sujet. Ainsi, plusieurs professionnels ont rapporté que cela leur avait permis de mettre en évidence des lacunes d'informations ou de suivi et donc de remédier à cela, soit en donnant des informations, soit en programmant la réalisation des actes de suivi voire parfois en les réalisant.

On note des retours très positifs des soignants qui ont pu aborder cette question avec le questionnaire comme facilitateur et pouvant ainsi justifier la pose de certaines questions notamment quand les femmes pouvaient être méfiantes au départ.

On note aussi des retours positifs de la part des patientes, très contentes qu'on s'intéresse à leur suivi gynécologique, mais aussi à leurs problématiques féminines en lien avec leurs consommations. De nombreux commentaires libres ont été retrouvés sur les questionnaires exprimant le ressenti positif face à cette enquête : « *Merci ! Il faut des gynécos dans les centres addictos, sexe → drogue = les deux sont indissociables Chemsex et autres* », « *Merci pour votre participation à l'étude - <3 De rien <3* » « *-Si on vous proposait une consultation gynécologique iriez-vous ? – oui oui oui !!!* ».

Tableau 7 : Résumé des forces et des limites de notre étude

Forces	Faiblesses
- Originalité	- Certains thèmes manquants
- Complète	- Longueur et temps pour remplir le questionnaire
- Puissance	- Biais de classement
- Multicentrique	- Biais de recrutement
- Diversité des répondantes	- Biais de sélection
- Le questionnaire comme outil de prévention	- Biais de mémorisation
- Le questionnaire comme médiateur de soin	- Biais de désirabilité

Interprétation des observations et implications futures

Notre étude avait pour but d'effectuer un état des lieux de la situation au niveau gynécologique des femmes ayant une problématique de consommation de produit. Nous souhaitons prendre en compte le suivi actuel et les facteurs l'influençant positivement mais aussi les lacunes de suivi afin de pouvoir proposer des actions concrètes pour améliorer ce suivi à différents niveaux.

À un premier niveau, on peut dire que le remplissage du questionnaire et le dialogue patient/soignant qui en a découlé ont déjà permis un premier niveau d'amélioration du suivi. Les actions à développer semblant intéressantes sont répertoriées ci-dessous en fonction de chaque item de suivi analysé, puis en fonction de chaque professionnel des centres de soins, afin que chacun puisse contribuer à l'amélioration de ces problématiques.

Analyse par item de suivi

- IVG et contraception

Les produits jouent un rôle sur la contraception à différents niveaux. En effet, il est montré que l'alcool ou l'héroïne peuvent dérégler le cycle menstruel et faire croire à tort à l'absence de risque de grossesse, faisant alors négliger la contraception (13). De plus, des études ont montré qu'une part des femmes consommatrices avaient été initiées par leur conjoint ou pouvaient avoir des relations sexuelles afin d'obtenir leurs produits par leurs conjoints ou par l'intermédiaire d'autres pratiques, telles que la prostitution (66).

Or, on note que la contraception - y compris les préservatifs - est peu utilisée. Les patientes consommatrices sont donc particulièrement à risque de grossesses non désirées et d'IVG, mais aussi d'IST (voir plus bas). Il semble donc primordial de sensibiliser les femmes sur ces questions.

Des freins à faire tomber

On note dans les études réalisées que la moitié des femmes n'a pas de contraception. Si certaines n'ont pas de raison d'en avoir une (absence de rapport sexuel, désir de grossesse), on retrouve que beaucoup de femmes n'ont pas envie d'en avoir une, n'en voient pas l'intérêt ou ont peur d'en prendre une. Certaines fausses croyances sur la contraception freinent les patientes. Un travail d'information semble donc primordial, surtout quand on observe les chiffres d'IVG qui, chez ces patientes, sont presque deux fois plus élevés qu'en population générale.

Ainsi, prendre le temps de l'explication, rassurer sur les fausses croyances, les effets indésirables et donner de l'information sont nécessaires afin d'éviter les grossesses non désirées chez des femmes au statut précaire et fragile.

Un choix éclairé et adapté de la contraception en fonction des consommations

Les moyens de contraception peuvent présenter des interactions avec les produits consommés ou les traitements. Des recherches sont d'ailleurs en cours pour étudier le rôle des hormones dans le craving de consommations de certains produits et pourraient peut-être mener vers de futurs traitements (64, 65). Cependant, à l'heure actuelle, certaines consommations peuvent à l'inverse entraîner des contre-indications à l'utilisation de certaines méthodes contraceptives (38, 41, 69). Concernant les traitements, certains régulateurs de l'humeur ou antidépresseurs peuvent intervenir dans l'efficacité d'une pilule et la rendre obsolète alors que la patiente croit être protégée. Un des rôles du médecin addictologue ou des soignants de la structure doit être de délivrer ces informations afin d'éviter les interactions. Cela est d'autant plus important que certaines consommations de produits peuvent majorer le désir de sexualité et donc les risques de grossesses non désirées (17).

L'importance réside aussi dans le fait que les produits consommés ou les traitements fréquemment pris par les patientes peuvent mettre en danger la maman mais aussi le bébé en cas de grossesse imprévue et non anticipée avec des risques de fausse couche mais aussi de malformations ou de retard mental (13).

Ainsi, informer puis dans un second temps choisir avec la patiente un moyen de contraception adapté à ses consommations, serait souhaitable. Il conviendra d'éviter les moyens de contraception dangereux avec les consommations de produits fumés, mais aussi de privilégier les contraceptions à moindres risques d'oubli puisque les consommations de produits peuvent parfois altérer le cours de la pensée. Le DIU, l'implant, les patchs contraceptifs ou les progestatifs injectables peuvent donc être intéressants. Dans l'idéal, pouvoir grouper la discussion sur la contraception, le choix et la réalisation de l'acte ou la prescription au même endroit et dans le même temps permettrait d'améliorer l'observance.

Dans tous les cas, il est primordial que le choix de la femme soit respecté pour une meilleure adhésion tel que le recommande la HAS avec une consultation réalisée sous le mode « BERGER » (38).

Les préservatifs : un complément ou une alternative

L'utilisation des préservatifs est soumise au fait que les patientes doivent être en mesure de ne pas l'oublier et cela peut être parfois compliqué par l'utilisation de produits. Cependant, le préservatif reste le seul moyen de prévention des IST et le plus facilement accessible quand la contraception n'a pas été anticipée. Si certains sont désormais remboursés, la prise en charge est encore mal connue et peu effectuée en pratique alors même que cela peut représenter un coût non négligeable. Il semble donc nécessaire de le proposer en libre accès au sein du centre de soins. S'il semble parfois difficile aux femmes de notre population de l'imposer à leur partenaire, donner l'accès à des préservatifs internes « féminins » et externes « masculins » paraît judicieux (17).

Une sensibilisation et une information sur la contraception d'urgence à donner

Par ailleurs, prendre quelques minutes pour aborder la contraception d'urgence semble important. En effet, expliquer simplement en quelques mots qu'il existe la possibilité d'une contraception d'urgence, expliquer le fonctionnement, inciter la patiente à en avoir une, la lui donner sur place ou la lui prescrire semblent des moyens simples d'améliorer aussi la prise en charge de ces femmes. Cela pourrait s'apparenter à une certaine forme de réduction des risques. Ainsi, avoir un stock de contraception d'urgence au sein de la structure, pour du préventif ou du curatif, paraît judicieux.

Des tests de grossesse comme outils de réduction des risques

Si les patientes sont passées à côté des différentes sensibilisations, leur faciliter l'accès aux tests de grossesses peut leur permettre de s'assurer de l'absence de grossesse après un rapport à risque ou d'éviter le recours à des IVG tardives si elles s'avéraient enceintes. En

avoir sur le centre de soin peut simplifier l'accès et permettre lors de la distribution, une première information autour de ce thème notamment pour les femmes éloignées des soins.

Un parcours IVG simplifié

Notre étude a mis en évidence un nombre important d'IVG. Il semble que les femmes de nos centres voient assez peu les gynécologues et il peut être difficile pour elles de consulter en cas de grossesse non désirée. Réfléchir à un accompagnement ou un parcours simplifié en cas de demande d'IVG semble intéressant. Ainsi, sensibiliser les professionnels des structures sur l'IVG et son déroulement, afin qu'il puissent accompagner leurs patientes dans ces démarches mais aussi après, paraît nécessaire.

- IST et hépatites : dépistages et soins

Un quart des femmes de notre recherche avait déjà eu une IST et la moitié n'a jamais fait de dépistage. Les consommations de produits favorisent directement certaines IST et hépatites par échanges de matériel (seringues, pailles...) et par oubli du préservatif. Notre étude n'a pas permis de différencier les différentes IST et hépatites et cela pourrait être source d'un travail futur.

Les préservatifs pour lutter contre les IST

Le préservatif a tout son rôle en prévention puisqu'il reste le seul moyen de protection contre les IST : il convient donc de favoriser sa distribution. Les informations à ce sujet sont toujours nécessaires à rappeler, notamment chez les femmes en situation de précarité puisque dans certaines études réalisées, les femmes ont indiqué comme moyen de protection la confiance, la fidélité et la monogamie avant le préservatif (55). D'autres moyens existent aujourd'hui pour éviter certaines IST, comme la PrEP pour le VIH, mais ils n'ont pas été étudiés dans cette recherche.

Favoriser l'accès au dépistage sur place

Par ailleurs, l'adhésion aux dépistages est plus forte si ceux-ci sont réalisés sur place. Avoir des professionnels formés à la réalisation de Tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) ou en capacité de réaliser des dépistages sérologiques sur place ou encore en lien avec un CEGIDD est un moyen permettant de renforcer les possibilités.

Dans notre étude, il est montré que le dépistage des IST semble favoriser un meilleur suivi gynécologique : cette double prise en charge doit donc être discutée.

- Dépistage du cancer du col de l'utérus

Le cancer du col de l'utérus peut être favorisé par différents facteurs dans notre population. En effet, certaines substances consommées telles que le tabac favorisent directement le développement de ce cancer. De plus, le cancer se développe via la présence des HPV oncogènes dont la transmission peut être favorisée par des rapports sexuels notamment s'ils sont non protégés.

Si des moyens de prévention existent pour limiter les contaminations tels que le vaccin contre les HPV et le préservatif, aucun moyen ne permet une protection totale et le dépistage reste le meilleur moyen actuellement d'éviter des cancers graves mais aussi des conisations et des troubles éventuels futurs (59).

Jusqu'à récemment, le dépistage du cancer de l'utérus par FCU était recommandé chez les femmes de 25 à 65 ans. Même si les recommandations ont changé en 2019 avec désormais un dépistage organisé par test HPV-HR recommandé à partir de 30 ans, ce dépistage est à effectuer 3 ans après le dernier dépistage par FCU et ne concernait donc pas encore les femmes de notre étude. De plus, le prélèvement par brosse comme dans le cas du FCU reste le meilleur moyen de recueillir les prélèvements nécessaires pour le test HPV-HR.

Le FCU : un examen gynécologique qui touche la sphère intime et nécessite une confiance

Le FCU nécessite un examen gynécologique ce qui restreint la possibilité de réalisation aisée par tout professionnel de santé. Par ailleurs, des femmes ont régulièrement évoqué dans certaines enquêtes des freins quant à la position d'examen. Il existe d'ailleurs des études pour réfléchir à d'autres positions (74, 77). Proposer une alternative chez nos patientes si cela représente un frein pourrait être intéressant afin d'améliorer l'adhésion aux soins. En revanche, à l'inverse de la mammographie, le FCU peut être réalisé sur place. C'est dans le cadre de la réalisation d'un FCU que les consultations spécifiques par un médecin généraliste, un gynécologue ou une sage-femme au sein de la structure pourraient avoir tout leur sens, d'autant plus que les recommandations du FCU concernent la majorité des femmes qui consultent dans ces centres.

Le FCU touche à la sphère intime, or beaucoup de femmes en addictologie ont déjà subi des violences sexuelles (17), sa réalisation devra être précédée de la mise en confiance de la patiente. Un professionnel de la structure pourra peut-être davantage inspirer confiance si la patiente a déjà l'habitude de lui parler de ses problématiques.

L'avantage des structures d'addictologie est la prise en charge à long terme et les consultations régulières permettent donc de préparer progressivement les patientes à la réalisation du FCU, de les rassurer, de leur laisser le temps de réflexion et de planifier cet examen.

Mettre en place des consultations de suivi au sein du centre de soin pourrait favoriser la confiance et donc la réalisation du FCU et de nombreuses patientes (83 % dans notre analyse) seraient favorables à cela.

Par ailleurs, si cela est impossible à réaliser sur place, accompagner les femmes à leurs rendez-vous, par un professionnel référent du centre qu'elle connaît bien, peut les rassurer et permettre une meilleure adhésion aux soins. Elles sont cependant moins nombreuses dans notre étude à vouloir être accompagnées (19,8 %).

D'autres modalités de dépistage pour améliorer le suivi ?

Les modalités de dépistages sont en train d'évoluer. Il serait intéressant de mener des études pour savoir si les nouvelles mesures mises en place via le test HPV (possible par prélèvement avec brosse comme dans le FCU, prélèvement vaginal réalisé de façon autonome par la patiente ou par un professionnel) améliorent le dépistage. De plus, le test HPV présente une meilleure sensibilité et une valeur prédictive négative supérieure ce qui pourrait permettre d'espacer le délai entre deux dépistages (59) et pourrait ainsi améliorer le suivi.

Informé !

Dans tous les cas, les informations à donner restent primordiales sur ce thème puisque des études menées sur des populations précaires ont montré que le cancer du col de l'utérus était très mal connu et le FCU rarement compris comme moyen de dépistage (55).

- Vaccination contre les HPV

La vaccination contre les infections à HPV est recommandée pour toutes les jeunes filles de 11 à 14 ans et, dans le cadre du rattrapage vaccinal, pour les jeunes femmes entre 15 et 19 ans.

Dans notre étude, la vaccination des femmes de moins de 25 ans était plutôt en faveur d'une adhésion au vaccin mais nous n'avions pas assez de femmes pour pouvoir conclure. De plus, le vaccin étant principalement proposé à l'adolescence et donc probablement antérieurement à des problématiques de consommation de produits, nous ne pouvons donc pas tirer de conclusions directes.

Par contre, compte tenu du fait que l'on constate une insuffisance de suivi avec une insuffisance de réalisation de FCU, il semble important de sensibiliser toutes les jeunes femmes et les adolescentes sur ce vaccin. Même si le vaccin ne se substitue pas au FCU, il évite un certain nombre de cancers et puisque l'on constate dans notre étude que de nombreuses femmes passent au travers du dépistage, le vaccin peut permettre une protection supplémentaire. Cela pourrait aussi correspondre à une certaine forme de réduction des

risques. Le fait d'avoir des vaccins sur place et de pouvoir les proposer et les réaliser dans le même temps pourrait favoriser l'acceptabilité et la mise à jour.

La vaccination étant recommandée mais non obligatoire, de nombreuses femmes n'en bénéficient pas. La mise en place d'un programme organisé de vaccination en milieu scolaire, comme il en existe dans de nombreux pays, pourrait permettre d'augmenter la couverture vaccinale, mais aussi de réduire les inégalités sociales en touchant une plus large population (59).

- Dépistage du cancer du sein par mammographie

Le cancer du sein est le plus fréquent des cancers chez la femme. Il peut être favorisé par différents facteurs notamment les consommations de produits tels que l'alcool et le tabac. Dans notre population, rares étaient les femmes qui ne consommaient ni alcool ni tabac.

Il n'existe pas de moyen direct de prévention primaire pour éviter un cancer du sein, sa survenue étant souvent multifactorielle. Cependant le dépistage a montré son intérêt en prévention secondaire. Actuellement, 90 % des cancers sont détectés par le dépistage organisé avec la réalisation d'une mammographie (tous les deux ans à partir de 50 ans et en l'absence d'antécédent), depuis plus d'une dizaine d'années. Dans notre étude, une femme de plus de 50 ans sur deux n'avait pas réalisé de mammographie dans les deux dernières années comme recommandé.

La mammographie doit être rappelée

Nos patientes étant pour certaines sans logement fixe ou ayant des consommations pouvant altérer leur jugement et leur organisation, il semble important de leur rappeler les recommandations de dépistage simplement en les informant. Cela peut être réalisé par des affiches ou dans la discussion avec un des professionnels du centre. Étant donné que les femmes ont souvent reçu une invitation, le simple rappel peut suffire à déclencher la réalisation de cet acte. Un rappel par une application dédiée sur smartphone pourrait aussi être intéressant pour les personnes qui en possèdent un.

Si la réalisation du FCU passe par un examen spécifique et nécessite donc un médecin habile avec l'examen gynécologique et du matériel spécifique, la mammographie peut être prescrite par tout médecin y compris un psychiatre ou addictologue.

Aider à organiser les rendez-vous !

La réalisation d'une mammographie sur place n'étant pas possible, elle peut être freinée par l'organisation du rendez-vous et la nécessité de s'y rendre. On peut supposer que la prise de rendez-vous par un professionnel de la structure de soins en addictologie et son accompagnement pourraient être des moyens d'améliorer le suivi et d'éviter les oublis.

D'autres modalités de dépistage pour améliorer le suivi ?

La réalisation d'une mammographie elle-même peut freiner certaines femmes notamment par la douleur que procure l'examen.

Des projets de recherche sont actuellement en cours depuis l'automne 2019 pour proposer une amélioration du recours à la mammographie et un dépistage plus précoce notamment par la mise en place du dispositif « My Pebs ». Ce projet européen en cours d'étude, basé sur l'estimation du risque individuel du cancer du sein (avec test ADN sur échantillon de salive), pourrait permettre un accès différent au dépistage.

Notre projet de recherche ayant été réalisé dans un temps trop proche de cette mise en place et ce dispositif n'étant pas accessible partout et pour toutes les femmes, cela n'a pas pu être étudié dans notre enquête mais pourrait être un projet ultérieur.

Ainsi, chaque item du suivi gynécologique peut être développé par des actions mises en place au sein de la structure, dans le but d'améliorer le suivi sur le long terme. Une fois les actions mises en place, les patientes semblent mieux suivies sur le long terme. Cela rejoint les résultats de notre étude, où les femmes avec des antécédents gynécologiques avaient donc été sensibilisées et étaient ensuite mieux suivies.

Analyse par caractéristiques des patientes

- Âge

Dans notre étude, plus l'âge des patientes augmentait, moins bon était le suivi alors que c'est dans ces âges plus élevés qu'on peut craindre davantage de pathologies cancéreuses. Il est possible que les femmes plus âgées se sentent moins concernées par le dépistage par FCU ou qu'elles aient oublié ; un statut précaire peut aussi expliquer les résultats. Cela se retrouvait notamment pour les femmes de plus de 50 ans qui consultaient pour une problématique de consommation de cocaïne ou d'héroïne et qui avaient significativement un moins bon suivi ($p = 0,0025$). Il convient donc de leur porter une attention particulière et de rappeler le suivi à tout âge.

- Précarité, manque d'activité et faible niveau d'étude

Dans notre population, un certain nombre de nos patientes avait des conditions de vie précaires (58,4 % sans emploi). L'absence d'activité était significativement associée à un moins bon suivi. Les situations familiales des patientes les plus précaires font qu'elles peuvent avoir des préoccupations autres que leur suivi gynécologique : le leur rappeler est important. De plus, on peut imaginer que les femmes sans emploi peuvent disposer de temps pour réaliser ces examens et qu'il est donc possible de mettre à jour leurs suivis.

Il est montré que ces femmes connaissent globalement mal leurs corps (32). Dans des études menées sur des publics précaires, il était remarqué que les femmes présentaient souvent une incompréhension et méconnaissance de leur corps plus marquée que la population générale. En effet, si de nombreuses femmes sont initiées et documentées par des pairs ou leur famille, il manque souvent à ces femmes précaires et/ou isolées de l'information (22, 55). Les différents niveaux d'études retrouvés dans notre population peuvent expliquer aussi ce manque de formation. La structure médico-sociale, comportant des professionnels soignants, peut représenter par le biais du médecin ou des autres professionnels, une de leurs principales sources d'informations sur la santé. Le centre de soin a donc un rôle important à jouer.

- Précarité et/ou antécédents de consultations avec parfois un rejet de certains centres de soins

De même, beaucoup de femmes en situation précaire décrivaient dans des études avoir vécu de mauvaises expériences avec des professionnels de santé antérieurement. La structure d'addictologie étant ouverte sur différentes questions intimes et un lien de confiance s'établissant souvent, les équipes peuvent permettre la réconciliation progressive des patientes avec le soin en leur proposant d'autres référentiels possibles de bienveillance et d'accompagnement et ainsi favoriser la reprise d'un suivi gynécologique.

Par ailleurs, le face à face avec un professionnel de santé pouvant être source d'inquiétude pour des patientes, on peut imaginer qu'il soit pertinent de proposer des groupes d'informations / groupes de parole ou des séances informelles d'échanges aux femmes sur ces questions, pour permettre une sensibilisation collective et des conseils avec un abord moins direct et tout aussi bénéfique pour elles.

Cette expérience est d'ailleurs menée dans un des centres de notre étude avec, pendant le séjour de sevrage, deux heures dédiées à l'information sur la sexualité et les problèmes féminins. Le questionnaire a été proposé aux femmes dans le cadre de ce groupe et accueilli très favorablement.

- Femmes avec des enfants et parfois célibataires

On note aussi qu'un grand nombre de femmes ont des enfants. Dans la perspective de développer des actions de prévention, de dépistage et de suivi, il serait donc intéressant de penser un endroit où elles pourraient venir avec leurs enfants et où ceux-ci pourraient être surveillés pendant que la patiente se mobilise sur cette question. En effet, étant souvent précaires, sans emploi, mères célibataires, et avec un logement instable, les moyens de garde peuvent être compliqués pour permettre ce suivi et la mise en place de dispositif « accueil mère-enfant » pourrait participer à une amélioration.

- Femmes en couple

Dans notre étude, 48,2 % des femmes étaient en couple et parfois, le conjoint fréquentait aussi la structure de soins. Sensibiliser les conjoints, mais aussi de façon plus générale les hommes pourrait améliorer le suivi qui ne porterait plus sur la vigilance et l'attention d'une seule personne mais serait partagé.

- Logement

Enfin, de nombreuses femmes de notre étude n'avaient pas de logement stable. Cela peut laisser à penser qu'elles peuvent fréquemment changer de lieu d'habitation et donc de lieux de soins.

Il pourrait être intéressant de mettre en place un outil de suivi gynécologique qui reprendrait les dates de FCU et de mammographie et pourrait ainsi suivre la patiente. Différentes solutions peuvent être envisagées : un carnet ou carte papier (mais risque de perte), un carnet de suivi électronique comme les carnets de vaccinations électronique, des logiciels communs entre les centres de soins, le dossier partagé via la carte vitale ou encore une application mobile pourraient être des options intéressantes.

De plus, un certain nombre de femmes résidant en foyer, il pourrait être intéressant de réaliser des actions « d'aller vers » pour proposer à ces femmes un dépistage. Cela a été mis en place à Paris par l'ADSF (Association de bénévoles pour le développement de la santé des femmes) et semble montrer des résultats intéressants (73).

- Produits consommés par les patientes et lieu de consultation en addictologie

Il n'y avait pas de différence significative de suivi selon le produit problématique consommé ou le lieu de soin fréquenté dans notre étude. Les améliorations à proposer doivent donc être globales et non ciblées sur un lieu de consultation ou un type de produit consommé.

De plus, comme mentionné plus haut, le fait de consommer des produits a des incidences qu'il est nécessaire de prendre en compte. Par exemple, les consommations peuvent entraîner des oublis et des rendez-vous ratés. Il serait donc intéressant de réfléchir à un lieu de suivi où les

femmes pourraient venir éventuellement avec du retard ou sans rendez-vous. C'est d'ailleurs ce qui est possible dans certains Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF).

- Traitements pris par les patientes et contraintes de renouvellement

Dans notre enquête, plus d'un tiers des femmes avait un TSO et environ le même pourcentage un traitement psychotrope de type antidépresseur, régulateur de l'humeur ou anxiolytique. Ce type de traitement nécessite un renouvellement fréquent et oblige donc à la rencontre d'un médecin régulièrement. Favoriser l'information sur le suivi à l'occasion d'un renouvellement semble donc un levier intéressant (voir ci-dessous).

Analyse selon le professionnel rencontré

Durant notre étude, la mobilisation de chaque professionnel pour promouvoir ce projet de thèse a entraîné des discussions sur ce sujet avec les patientes. Cela a permis de les sensibiliser à l'importance d'un suivi gynécologique et de débiter parfois des soins.

Ainsi, chaque professionnel de la structure peut contribuer - à son niveau - à des améliorations du suivi gynécologique des femmes.

- Le personnel d'accueil et l'institution

Grâce à la mise en place d'affiches et de flyers dans la salle d'attente, une première sensibilisation sur cette question est permise et il est laissé entrevoir que la structure est ouverte et intéressée par ce sujet. Des courts métrages éducatifs simples sur ces sujets projetés en salle d'attente pourraient aussi être intéressants. Des distributeurs de tampons et de serviettes hygiéniques pourraient aussi permettre de montrer aux femmes que la structure est concernée par leurs propres difficultés féminines. Pendant notre étude, les urnes de réponse avec le titre de l'étude et le sujet ont d'ailleurs attiré l'attention des patientes et les ont amenées à se questionner sur leur suivi.

- Les professionnels médico-sociaux

Les éducateurs et les assistants sociaux jouent un rôle en permettant l'accès à l'ouverture des droits pour les soins mais aussi la prise en compte générale de la situation de la personne. Ils peuvent aider à l'organisation des soins, aux prises de rendez-vous et mener un travail d'informations brèves et des rappels sur les dépistages en fonction de l'âge de la patiente.

- Les psychologues

Par la bonne connaissance de la trajectoire de vie de la patiente et l'abord des situations intimes, ils peuvent aussi repérer des situations à risque sur le plan gynécologique et travailler en collaboration avec les autres professionnels soignants.

- Les professionnels infirmiers

Ils peuvent aborder ces questions de façon plus poussée en expliquant le lien entre les consommations de produits et les possibles interactions avec la sexualité, la santé en général dont les cancers et les traitements. Ils peuvent aussi proposer aux patientes l'organisation du suivi, l'orientation voire l'accompagnement jusqu'à une consultation.

- Les professionnels qui peuvent être spécifiquement dédiés

Dans les études antérieures menées, la rencontre avec un gynécologue était souvent étudiée et appréciée. En revanche, la rencontre avec un médecin généraliste ou une sage-femme qui sont tout aussi compétents pour réaliser un suivi gynécologique était moins souvent analysée (30, 74, 75). Les professionnels addictologues qui rencontrent à intervalles réguliers les patientes peuvent avoir un rôle à jouer, y compris les médecins addictologues qui prescrivent régulièrement des traitements.

- Le gynécologue

Les gynécologues sont ceux qui réalisent le plus souvent le suivi gynécologique. Les femmes de nos structures semblent y avoir accès puisque 78,4 % des femmes ayant effectué un FCU

en Haute-Garonne avaient rencontré un gynécologue. Cependant, cela ne peut être la solution pour toutes les patientes car il existe une pénurie de gynécologues au regard de la demande de soins. Cela rend illusoire le fait de pouvoir en pourvoir les structures d'addictologies.

Une option d'amélioration du suivi qui pourrait passer par les gynécologues serait qu'ils forment davantage les médecins généralistes. Ceci est déjà en place dans plusieurs régions puisque les internes en médecine générale ont régulièrement la possibilité d'effectuer des stages en gynécologie ou dans les CPEF depuis quelques années (79). Il semble intéressant de poursuivre cette action afin de pouvoir peut-être un jour permettre aux structures d'addictologie d'avoir des médecins formés et disponibles pour ces questions.

- La sage-femme

Dans notre étude, nous n'avons pas différencié le suivi par un gynécologue ou une sage-femme. Cependant 42 % de nos patientes ont rencontré une sage-femme ou un gynécologue dans l'année. La place de la sage-femme dans le suivi gynécologique est croissante même si elle est encore peu étudiée. Si les gynécologues sont en pénurie, les sages-femmes semblent plus nombreuses et sont tout à fait aptes à réaliser le suivi gynécologique puis à orienter si besoin. Dans notre étude, un des centres de soins a mis en place la présence d'une sage-femme une fois par mois pour une permanence. Les résultats de cette action montrent un suivi significativement supérieur aux autres centres. Nous avons interrogé cette professionnelle : « *Au départ, les femmes ont du mal à venir parce qu'elles ont honte, ont peur du regard des autres et du jugement... elles ont besoin d'avoir confiance... mais par la suite, j'ai été agréablement surprise et très contente de voir que les patientes reviennent régulièrement pour donner des nouvelles, expliquer ce qui a avancé pour elles...* ».

- Le médecin généraliste

Le médecin généraliste est plus fréquemment rencontré que le gynécologue selon nos résultats puisque 74 % de nos patientes avaient vu un médecin généraliste dans l'année. La pénurie de médecins généralistes existe mais elle est moins importante que celle des

gynécologues. Les compétences des médecins généralistes concernant la réalisation du FCU et le suivi gynécologique ne sont plus à prouver. Beaucoup de médecins généralistes considèrent que cela fait partie de leurs missions (22). D'ailleurs, le motif de consultation pour contraception est placé 7^{ème} dans les motifs les plus fréquents de consultation en médecine générale selon l'observatoire de médecine générale (33). Le médecin généraliste a l'avantage de suivre les patients souvent sur le long cours et d'être accessible dans des délais souvent plus courts que les gynécologues. Ainsi, même si des généralistes et des patientes peuvent être réticents à ce transfert de compétences vers le généraliste, il semble rester un levier important sur lequel il serait possible d'agir afin d'améliorer le suivi des patientes (70, 71).

- Le médecin addictologue

Le médecin addictologue est consulté chez 85,6 % des patientes interrogées sur leur suivi. Il est souvent amené à revoir les patientes régulièrement, notamment celles qui suivent un TSO puisque les délais de prescription sont limités à 14 ou 28 jours. Il représente donc un levier d'action important pour favoriser le suivi des femmes puisqu'il peut : informer, discuter, préparer et peut-être réaliser ce suivi à l'occasion de plusieurs consultations successives.

Or, parmi les médecins addictologues, il existe de nombreux psychiatres, mais aussi, de nombreux médecins généralistes qui pourraient donc réaliser le suivi. S'il existe une pénurie manifeste de médecins addictologues, ils ont l'avantage d'être directement au sein des centres de soins tels que les CSAPA, CAARUD... et donc facilement mobilisables sur ces questions pour peu qu'ils soient formés et d'accord pour réaliser ce suivi, mais aussi qu'ils disposent d'un temps dédié pour cela.

- Le genre du médecin

En comparant nos résultats à ceux de la littérature, on a pu se rendre compte que la consultation d'un médecin femme peut favoriser le dialogue sur les questions gynécologiques (55, 72, 76). Cela n'a pas été étudié dans notre recherche et serait intéressant. En effet, les problématiques de violences de genre notamment conjugales étant fréquentes chez les

femmes ayant une problématique addictive, on peut penser qu'un médecin femme pourrait favoriser le suivi.

- Le coût de la consultation

Nous avons vu que 56,4 % des patientes n'ont pas d'emploi et on suppose donc qu'elles ont de faibles revenus. Si les soins en structures hospitalières addictologiques sont fréquemment pris en charge, les consultations en CSAPA et CAARUD sont, elles, gratuites favorisant leur accès. Les consultations en libéral nécessitent souvent une avance des frais de même que le FCU et la réalisation de l'analyse anatomo-pathologique, d'autant plus si réalisées en secteur 2. Un accès gratuit à une consultation gynécologique au sein de la structure de soins et le fait de ne pas être obligé d'avancer les frais pourrait favoriser le suivi. Les CPEF et certains CEGIDD répondent en partie à cette problématique financière.

- La mise en place de consultations spécifiques

Dans plusieurs centres de notre étude, des actions spécifiques de suivi ont été mises en place avec, soit la présence d'une sage-femme sur le centre de soins, soit des médecins généralistes-addictologues de la structure qui réservaient des créneaux dédiés à ce suivi. Cela étant, au sein du centre de soins, l'accès était gratuit pour les patientes. De plus, du fait que les professionnels soient au sein de la structure, ils peuvent être croisés régulièrement par les patientes et donc ne pas être « inconnus » quand on leur propose une rencontre.

On peut constater l'efficacité de ces mesures puisque le suivi était significativement meilleur dans les centres qui ont mis en place des actions de suivi gynécologique.

De plus, la grande majorité des patientes - qu'elles aient ou non un bon suivi - était globalement très favorable à cette mise en place (83 %). Cela aurait donc un bénéfice certain à être développé davantage.

De même, en hospitalier, il existe des structures qui ont des consultations gynécologiques dédiées par exemple en psychiatrie. Cela n'a pas été examiné dans notre étude mais pourrait constituer un travail ultérieur.

Au final, il est intéressant de constater que différentes pistes d'évolution existent. Il semblerait judicieux de réaliser une étude qualitative pour recueillir l'avis des femmes sur ces différents éléments. Ces améliorations peuvent nécessiter différents moyens financiers allant de la simple parole pour informer, à des budgets plus conséquents (faire venir un médecin sur site par exemple). Il serait pertinent de sensibiliser les Agences Régionales de Santé (ARS) sur ces questions mais dans l'attente de budgets spécifiques, il existe déjà des pistes d'amélioration.

Suivi gynécologique et soins en addictologie : de nouveaux liens pour de meilleurs soins ?

Ainsi, la mise en place de dispositifs de suivi gynécologique dans les structures ou en partenariat paraît intéressante pour la prise en charge globale des patientes. Par ailleurs, on peut aussi imaginer que pour certaines femmes qui prendraient connaissance de consultations gynécologiques au sein de la structure de soins en addictologie, cela pourrait être le point d'entrée dans les soins en addictologie. En effet, diverses études ont mis en évidence la difficulté des femmes à consulter en addictologie et ainsi, le prétexte gynécologique pourrait peut-être leur permettre de passer la porte d'entrée. Par exemple en CAARUD, pour celles qui viennent chercher du matériel, accepter de discuter d'une contraception avec un médecin pourrait leur permettre d'entrer dans des soins gynécologiques, puis addictologiques par la rencontre d'un médecin et la prescription ultérieure d'un traitement.

De même, développer des liens avec les centres de planifications familiaux pour un meilleur suivi gynécologique des femmes en addictologie pourrait aussi permettre aux femmes consultant au planning familial de rentrer dans les soins addictologiques grâce à un travail en réseau ou partenariat développé entre les soignants de chaque équipe.

Toutes les actions à mener seraient bénéfiques pour les patientes déjà connues des centres de soins mais aussi afin d'ouvrir la porte du soin en addictologie à des femmes qui n'osent pas encore franchir le cap de consulter pour une problématique de consommations de produits.

Tableau 8 : Résumé des actions pouvant être menées pour améliorer le suivi.

Actions	Propositions
Informer	<ul style="list-style-type: none"> - par des affiches, des flyers, des court-métrages en salle d'attente - les femmes mais aussi les hommes pour une vigilance partagée - en individuel mais aussi par des accueils collectifs, de groupes comme les groupes de paroles ...
Accompagner	<ul style="list-style-type: none"> - les patients à la prise de rendez-vous, aux rendez-vous
Aller vers	<ul style="list-style-type: none"> - les femmes les plus précaires, sur le lieu d'hébergement
Donner accès au suivi	<ul style="list-style-type: none"> - mise à jour des droits pour un accès en libéral - gratuité des soins gynécologiques - consultations sans rendez-vous ou avec un retard toléré - lieux d'accueil des femmes mais aussi de leurs enfants - consultations sur site pour réaliser un FCU, poser un DIU ou un implant, ou discuter d'un choix contraceptif - dépistages par prise de sang ou TROD sur place
Donner accès à du matériel	<ul style="list-style-type: none"> - vaccins sur place - serviettes hygiéniques et tampons - préservatifs en libre-service - contraception d'urgence et tests de grossesse accessibles sur site
Suivre	<ul style="list-style-type: none"> - par un carnet papier ou électronique, une application de suivi, le dossier partagé sur la carte vitale
Changer	<ul style="list-style-type: none"> - les modalités de dépistages des cancers ou des IST pour un accès facilité - les parcours de soins pour un travail en réseau
Former et sensibiliser	<ul style="list-style-type: none"> - les professionnels des structures d'addictologie à tout niveau et les médecins généralistes sur les questions gynécologiques - les gynécologues et sages-femmes aux problématiques des femmes qui consomment des produits
Négocier	<ul style="list-style-type: none"> - des budgets pour mener ces actions

CONCLUSION

THESE SOUTENUE PAR : Roselyne MARTEL

TITRE : État des lieux du suivi gynécologique des femmes de 18-65 ans prises en charge dans une structure spécialisée en addictologie dans les départements du Rhône, de l'Ain, de la Savoie, de la Haute-Savoie, de la Drôme et de l'Isère : Un suivi gynécologique conforme aux recommandations est-il effectué chez les femmes présentant une consommation problématique de produits ?

CONCLUSION :

Notre étude s'intéressait au suivi gynécologique des femmes qui consultent en addictologie et a montré que celui-ci était insuffisant. Les femmes sans emploi, consommatrices de cocaïne ou d'héroïne à partir d'un certain âge, sous traitements anxiolytiques ou antidépresseurs, qui consultent seulement dans les structures de soins addictologiques et qui sont suivies par peu de professionnels, semblent la population la plus à risque d'avoir un suivi gynécologique insuffisant et donc une prise en charge tardive de leurs soins.

En parallèle, pour toutes les patientes des structures de soins en addictologie, on note un besoin et un souhait d'amélioration de ce suivi à différents niveaux.

Il existe de nombreuses possibilités d'améliorer le suivi gynécologique de ces femmes qui - même si elles consultent peu les structures en addictologie- consultent plus ici qu'ailleurs.

Ainsi, après une réflexion sur ce sujet, chaque structure et professionnel a son rôle à jouer que ce soit avec des moyens et actions de petite ou grande échelle.

On peut espérer que cette réflexion globale sur le sujet dans le cadre de ce projet de thèse pourra conduire à développer les pratiques des professionnels afin de proposer un meilleur suivi aux patientes qui consultent et de promouvoir l'amélioration globale de leur santé.

De nombreuses explorations peuvent encore être menées sur ce sujet telles que réaliser une étude qualitative, interroger le suivi des femmes selon le genre du médecin consulté, s'intéresser aux questions des violences chez les femmes de nos structures qui peuvent influencer leur suivi ou leurs soins ou encore étudier les nouveaux modes de dépistages mis en œuvre. Ce travail peut donc amener de nouveaux projets de recherche.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER à Grenoble, le 15/09/21

LE DOYEN,

Pr Patrick MORAND

Pour le Président
et par délégation
Le Doyen de Médecine
Pr. Patrice MORAND

LA PRESIDENTE DE THESE,

Pr Pascale HOFFMANN-CUCUZ



BIBLIOGRAPHIE

1. Beck F, Guignard R, Richard JB. Usages de drogues et pratiques addictives en France. Analyses du Baromètre santé Inpes. INPES ed. Saint-Denis, France : La documentation française, 2014.
2. Spilka S, Le Nézet O, Tovar ML. Les drogues à 17 ans : Analyse de l'enquête ESCAPAD 2014. Tendances OFDT 2015;100:8 p.
3. Beck F, Guignard R, Richard JB, Le Nézet O, Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014. Résultats du Baromètre santé 2014 relatifs des substances psychoactives en population adulte. Tendances OFDT 2015;99:8 p.
4. Palle C. Les personnes accueillies dans les CSAPA – Situation en 2014 et évolution depuis 2007. Tendances OFDT 2016;110:4p.
5. Fédération Addiction. Agir en réduction des risques en CSAPA et CAARUD – Rapport d'enquête. Paris : Fédération Addiction, 2015.
6. Conseil de l'Union européenne. Stratégie antidrogue de l'UE (2005-2012). Recommandation du Parlement européen à l'intention du Conseil et du Conseil européen sur la stratégie antidrogue de l'UE. Bruxelles : Conseil de l'union européenne, 2004.
7. Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT). Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017. Paris, France : La documentation française, 2012.
8. Préfecture Région Gouvernement. Axes du plan national de mobilisation contre les addictions.
9. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILD&CA). Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022.
10. Beck F et al. Usage de drogues et conséquences : quelles spécificités féminines ? Tendances OFDT 2017;117:8p.
11. Barrault M. Spécificités des problèmes d'utilisation de substances chez les femmes. Psychotropes 2013 ;19(3-4):9-34.
12. Coscas S, Karila L, Latour N. Femmes et addictions. 4^{ème} e-congrès national sur les addictions pour les professionnels de santé ; 2020 Mar 25-26 ; Paris, France.
13. Poole N, Dell C A, Ph D. Toxicomanie au féminin. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Ontario|Ottawa : CCSA|CCLT ; 2005 : 16p.
14. Simat Durand L. Femmes et addictions dans la littérature internationale : sexe, genre et risque. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire – BEH. Saint-Maurice (Val de Marne) : Institut de veille sanitaire, 2009:86-89.
15. Escots S, Suderie G. Revue de la littérature : Femmes et addictions. Paris, Fédération Addiction, Paris. 2013 : 50p.

- 16.Lambrette G. La question du genre et des addictions. VST-Vie sociale et traitement 2014;2:79-84.
17. Fédération Addiction. Femmes et Addictions. Accompagnement en CSAPA et CAARUD. Paris, France : Fédération Addiction, 2016.
- 18.Mutatayi C. Accueil addictologique et médicosocial de femmes toxicodépendantes. Expérience en 2010-2011. Note de synthèse. Saint-Denis : ODFT, 2014.
- 19.Mutatayi C. Publics féminins : les approches en matière de prévention et de soins. Note de synthèse. Saint-Denis : OFDT, 2014.
- 20.Mutatayi C. Résultats de l'enquête AD Femina. Tendances OFDT 2019 ;130 :6p.
- 21.Delile J-M, Reiller B, Othily E. Femmes psycho traumatismes et addictions : une approche intégrée en centre de soins. In : Sortir des sentiers battus : pratiques prometteuses auprès d'adultes dépendants. Paris, France : Presse de l'Université Laval, 2013.
- 22.Guyomard H. État des lieux du suivi gynécologique en médecine générale : revue de la littérature. Thèse de médecine : Université d'Angers, 2018.
- 23.Bonhomme I, Moretti C. État des lieux de la pratique gynécologique des médecins généralistes installés en Savoie et Haute-Savoie : une étude quantitative. Thèse de médecine : Université Grenoble-Alpes, 2017.
- 24.Bernard J. Suivi gynécologique : Représentations et ressentis des patientes. Etude qualitative. Thèse de médecine : Université de Lille, 2018.
- 25.Brian L. Les médecins généralistes discutent-ils de sexualité avec les adolescents ? Thèse de médecine : Université de Toulouse, 2012.
- 26.Courtois M. Attentes des adolescents concernant l'abond de la sexualité avec leur médecin généraliste. Thèse de médecine : Université de Lyon, 2012.
- 27.Despeisse M. Statut gynécologique des femmes âgées de 18 à 49 ans hospitalisées au centre hospitalier psychiatrique Charles Perrrens de Bordeaux. Thèse de médecine : Université de Bordeaux, 2016.
- 28.Guiset JB. État des lieux de la prise en charge gynécologique chez les patientes atteintes de pathologies psychiatriques aux EPSM de Lille et de Roubaix. Thèse de médecine : Université de Lille, 2014.
- 29.Buisson C. Suivi gynécologique de femmes toxicomanes – État des lieux dans deux CSAPA d'Indre et Loire. Mémoire d'exercice : École régionale de sage-femme de Tours, 2016.
- 30.Duffay L, Dupouy J. Le suivi gynécologique des femmes traitées par médicament de substitution aux opiacés suivies dans les CSAPA et les CAARUD en Haute-Garonne. Thèse de médecine : Université de Toulouse, 2017.
- 31.Sourget-Cecchella Marie. État des lieux du suivi gynécologique des femmes rencontrées dans les Csapa et les Caarud en Gironde. Thèse de médecine : Université de Toulouse, 2019.

- 32.Formentin L. Anatomie du sexe féminin : évaluation du niveau de connaissance des femmes majeures consultant en médecine générale en région Rhône-Alpes. Thèse de médecine : Université Claude-Bernard Lyon 1, 2015.
- 33.Observatoire de la médecine générale. TOP 25 : Les diagnostics les plus fréquents.
- 34.Ogé L. Les freins à l'accès au suivi gynécologique et à la contraception chez les femmes en situation de précarité. Mémoire d'exercice : Université de Bretagne Occidentale -Ecole de Sage-femme, 2016.
- 35.Vignocan L, Monti M. Que puis-je faire pour vous ? La consultation de médecine générale : attentes des femmes ayant vécu des violences sexuelles. Thèse de médecine : Université de Toulouse, 2016.
- 36.Lebateux A, Santé sexuelle en médecine générale : attente des femmes victimes de violences. Thèse de médecine : Université de Bordeaux, 2018.
- 37.Haute autorité de Santé. Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalité de dépistage. HAS, 2014.
- 38.Haute autorité de Santé. Contraception : de la consultation dédiée au suivi. HAS, 2020.
- 39.Haute autorité de Santé. Recommandation pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. HAS, 2010.
- 40.Collège National des Gynécologues Obstétriciens de Français. Extrait des mises à jour en gynécologie médicale. Paris : CNGOF, 2009.
- 41.Collège National des Gynécologues Obstétriciens de Français. Contraception : Recommandations pour la pratique clinique. CNGOF : Paris, 2018.
- 42.Haute autorité de Santé. Dépistage du cancer du col de l'utérus : le test HPV recommandé chez les femmes de plus de 30 ans. HAS, 2019.
- 43.Haute autorité de Santé. Dépistage du cancer du col de l'utérus : le test HPV-HR recommandé chez les femmes de plus de 30 ans. HAS, 2020.
- 44.Institut national du cancer. Vaccination contre les HPV et dépistage régulier : la combinaison gagnante pour vaincre le cancer du col de l'utérus. Boulogne-Billancourt : Communiqué de presse - Institut national du cancer, 2019.
- 45.Lowenstein W et Rouch D. Femmes et dépendances : une maladie du siècle. 1^{ère} ed. Paris :Calmann-Lévy, 2007.
- 46.Brisacier AC. Tableau de bord « Traitements de substitution aux opioïdes ». Paris : OFDT, 2019.
- 47.Barré S, Massetti M, Leleu H et al. Caractérisation des femmes ne réalisant pas de dépistage du cancer du col de l'utérus par FCU en France. Bulletin épidémiologique Hebdomadaire 2017 :2-3.
- 48.Office Fédéral de la Santé Publique. Au féminin s'il vous plait ! Berne : OFSP, 2005.
- 49.Brunet L, Carpentier S, Laporte A, Pourette D et Guillon B. Féminité, Accès aux soins,

Maternité et Risques vécus par les femmes en grande précarité. Une contribution à l'amélioration de leur santé gynécologique. Observatoire du samu social de Paris. 2005 Juin.

50.Vilain A. 224 300 interruptions volontaires de grossesse en 2018. Paris : DRESS, 2019.

51.Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre santé 2016. Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017.

52.Santé Publique France. Mesurer l'évolution des comportements sexuels et contraceptifs. Santé Publique France, 2019.

53.Statista Research Department. Méthodes contraceptives utilisées par les femmes en âge de procréer de 15 à 49 ans en France en 2018.

54.Haute autorité de Santé. Contraception chez la femme adulte et de l'adolescente en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG) : recommandations de bonne pratique. HAS, 2019.

55.Chardenal L. Comment les femmes en situation de précarité perçoivent-elles leur suivi gynécologique : étude qualitative par seize entretiens semi-dirigés. Thèse d'exercice en médecine. 2018 Avril.

56.Buzyn A. Le Plan cancer 2014-2019 : un plan de lutte contre les inégalités et les pertes de chance face à la maladie. Les Tribunes de la santé 2014 ;2 :53-60.

57.Santé Publique France. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2017-2018, 2019.

58.Santé publique France. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2018-2019 et évolution depuis 2005, 2020.

59.Hamers F, Barret AS et Rousseau S. Prévention du cancer du col de l'utérus. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire – BEH. Saint-Maurice : Santé publique France, 2019.

60.Centre régional de coordination des dépistages des cancers Auvergne-Rhône-Alpes. Dossier de Presse : Dépistage des cancers. Saint-Etienne : Centre régional de coordination des dépistages des cancers, 2019.

61.Comité consultatif pour la prévention du cancer. Recommandations concernant le dépistage du cancer dans l'Union Européenne. Vienne : Comité consultatif pour la prévention du cancer, 1999.

62.Nau JY. Cancer du sein : disparités européennes. Rev Med Suisse 2010 ;6 :1682-1683.

63.Gault G. La vaccination contre les infections à Papillomavirus Humains. Rencontres régionales de santé publique ; 2019 Sept 26 ; Nouvelle-Aquitaine, France.

64.Febo M, Ferris C F et Segarra A C. Estrogen influences cocaine-induced blood oxygen level-dependent signal changes in female rats. *Journal of Neuroscience* 2005;25(5):1132-1136.

65.Kerstetter, Kerry A, and Kippin T. Impact of sex and gonadal hormones on cocaine and food reinforcement paradigms. *Journal of addiction research & therapy* 2011; 2.

66. Jauffret-Roustide M et al. Trajectoires de vie et prises de risques chez les femmes usagères de drogues. *Médecine Sciences* 2008;24 (HS n°2) :111-121.
67. Crociati A. Santé gynécologique de la femme jeune : Etat des lieux auprès des étudiantes de 18 à 25 ans de l'Université de Lorraine en 2014. *Mémoire d'exercice : Ecole de sage-femme de Nancy*, 2019.
68. Aubin C, Chambaud L. Rapport IGAS : Évaluation de la mise en œuvre de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'éducation à la sexualité, à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse en Outre-mer. France : Inspection générale des affaires sociales, 2009.
69. Haute autorité de santé. Contraception chez la femme à risque cardiovasculaire. HAS, 2019.
70. Brosset M. Les principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes d'Indre - et-Loire dans leur pratique gynéco-obstétricale : une étude quantitative. Thèse de médecine : Université de Tours, 2013.
71. Lageyre K. Déterminants subjectifs et objectifs de la pratique gynécologique en médecine générale : étude qualitative auprès de quinze médecins généralistes du Lot-et-Garonne. Thèse de médecine : Université de Bordeaux, 2014.
72. Guillon A. L'examen gynécologique en décubitus latéral : exploration du ressenti des patientes par une étude qualitative. Thèse de médecine : Université Claude-Bernard Lyon 1, 2015
73. ADSF. Etat des lieux de la santé des femmes en situation de précarité en Ile-de-France. Paris : ADSF, 2017.
74. Terris C, Farge T. Quels sont les déterminants et les freins de la consultation gynécologique en cabinet de médecine générale ? Etude qualitative auprès des patientes. Thèse de médecine : Université Claude Bernard Lyon 1, 2017.
75. Turlin X. Attitudes et représentations des femmes en situation de précarité concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus proposé par le médecin généraliste en Gironde. Thèse de médecine : Université de Bordeaux II, 2011.
76. Cretin F. Facteurs déterminant le choix des femmes entre leur médecin généraliste et leur gynécologue pour une consultation gynécologique. Thèse de médecine : Université Pierre et Marie Curie (Paris), 2014.
77. Grange Cabane A. Le décubitus latéral : perspectives pour l'examen gynécologique du point de vue des patientes. Thèse de médecine : Université de Bordeaux, 2015.
78. Gall B, Jouannic E. Les Français et la contraception. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (I.N.P.E.S.). Saint-Denis : Inpes, 2007.
79. Deseille N. La formation des internes de médecine générale aquitains en stages ambulatoires et hospitaliers de gynécologie : état des lieux de la prise en charge en autonomie des situations gynécologiques relatives à la prévention, au dépistage et à l'éducation à la santé des femmes en médecine générale, et pistes d'amélioration. Thèse de médecine : Université de Bordeaux, 2017.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Notice d'information et questionnaire

	GYNADDICT – INFORMATION ET QUESTIONNAIRE PATIENT
NOTE D'INFORMATION	
Etat des lieux du suivi gynécologique des femmes de 18 à 65 ans présentant une addiction, et ayant consulté ou été prises en charge par une structure spécialisée en addictologie dans la région Rhône Alpes	
Promoteur	CH ANNECY GENEVOIS 1 avenue de l'hôpital - 74374 PRINGY Cedex
Investigateur coordonnateur	Dr CHANDEZ Charlotte CoSIDD CH Annecy Genevois 1 avenue de l'Hôpital 74370 Metz-Tessy Tel : 06 26 85 07 45
Madame,	
Vous êtes suivie dans le service du centre	
Le but de cette note d'information est de vous informer de la mise en place d'une recherche portant sur la connaissance et l'application des recommandations de suivi gynécologique chez les femmes présentant une addiction.	
Sachez que la participation à cette étude est facultative. Vous êtes libre de refuser d'y participer sans avoir à vous justifier. La participation ou non-participation à cette étude ne modifiera pas votre prise en charge.	
Si vous décidez de participer, merci de ne remplir qu'une seule fois le questionnaire, notamment si vous consultez dans plusieurs endroits, et de le placer dans l'urne prévue à cet effet à l'accueil du centre où vous consultez.	
Sauf opposition de votre part, les données recueillies dans le questionnaire joint seront ainsi réutilisées pour la conduite de cette étude. En aucun cas vous ne serez sollicitée de nouveau pour une visite à l'hôpital ou tout autre examen. Aucune procédure ne sera réalisée spécifiquement dans ce cadre qui ne porte que sur les données telles que vous les renseignerez dans le questionnaire joint.	
Cette note d'information vous donne des précisions importantes concernant cette recherche. Prenez le temps de lire ce document et n'hésitez pas à poser vos questions à la personne qui vous a remis ce questionnaire.	
Personne à contacter pour de plus amples informations :	
• Nom du médecin: Dr	
• Téléphone :	
Page 1/8	

	GYNADDICT – INFORMATION ET QUESTIONNAIRE PATIENT
1. Quel est le but de l'étude ?	
Les consommations de substances psychoactives occasionnelles et régulières chez les femmes sont en augmentation ces dernières années en France d'après l'Observatoire français des drogues et des toxicomanes. Parallèlement, des plans de prévention se développent, et une attention est portée au suivi gynécologique des femmes. Ainsi, de nombreuses études ont été réalisées sur le suivi gynécologique des femmes en général, des adolescentes, des femmes en psychiatrie mais peu d'études s'intéressent aux femmes ayant une problématique addictive.	
Afin d'améliorer les pratiques, nous souhaitons donc réaliser une enquête auprès des patientes présentant une conduite addictive ayant pour objectif d'évaluer l'application des recommandations de suivi gynécologique. Les résultats de cette étude permettront d'identifier la nécessité de mise en place d'outils de suivi gynécologique pour les patientes traitées dans le cadre d'addictions, afin d'améliorer la qualité des soins et leur prise en charge.	
2. Qui est l'organisateur de cette étude ?	
Le responsable de la recherche est le Centre hospitalier Annecy Genevois (CHANGE). Le CHANGE est ce titre promoteur et responsable de traitement. Cette recherche est multicentrique c'est à dire qu'elle est conduite dans plusieurs hôpitaux de la Région Auvergne Rhône Alpes.	
Le CHANGE prend toutes les mesures pour mener cette recherche conformément aux dispositions du Code de la santé publique, du Règlement UE 2016/679 et de la Loi Informatique et Libertés modifiée relatifs à la protection des données.	
Le CHANGE a notamment signé un engagement de conformité à la méthodologie de référence MRO04 éditée par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés afin de réaliser ce type d'étude.	
3. Etes-vous obligé de participer à l'étude ?	
Votre participation est libre et volontaire. Il vous appartient de décider ou non d'y participer. Vous n'avez pas à décider immédiatement de participer ou non, vous êtes libre d'y réfléchir et de discuter de l'étude avec votre médecin ou vos proches. Si vous décidez de ne pas participer à l'étude, vous n'avez pas à vous en justifier. Votre décision n'entraînera aucun préjudice sur la qualité des soins et les traitements que vous êtes en droit d'attendre.	
4. Quelles sont les données recueillies et comment sont-elles recueillies ?	
Cette recherche portera sur l'analyse de données obtenues grâce au questionnaire joint à la présente note. Les données recueillies sont des renseignements sociodémographiques, des données concernant vos antécédents médicaux, vos traitements, votre suivi médical et gynécologique et l'amélioration que vous souhaiteriez de celui-ci.	
Vous pouvez vous faire aider par la personne qui vous a proposé l'étude pour répondre aux questions si besoin ou le faire seule. La durée de remplissage du questionnaire est estimée à environ 15 minutes.	
5. Comment vont être traitées les données recueillies pour l'étude ?	
Dans le cadre de cette recherche, un traitement informatique de vos données personnelles va être mis en œuvre. La base légale du traitement de données est une mission d'intérêt public et, s'agissant de vos données de santé, leur traitement est justifié à des fins de recherche dans le domaine de la santé.	
A cette fin, vos données médicales seront utilisées par le CHANGE, responsable de traitement, ou les personnes et organismes qui agissent pour son compte. Ces données seront non nominatives et identifiées par un code fait du numéro du centre dans lequel vous avez consulté + un numéro d'ordre.	
Page 2/8	

Avez-vous une

complémentaire santé ?

 → CMU-C : Oui Non Je ne sais pas Ne souhaitez pas répondre
 → Mutuelle : Oui Non Je ne sais pas Ne souhaitez pas répondre

Où logez-vous ?

 Sans domicile fixe
 Foyer / Hébergement temporaire / Hôtel
 Chez un proche
 Locataire / colocataire ou Propriétaire
 Je ne souhaitez pas répondre

ANTECEDENTS MEDICAUX

Avez-vous déjà eu un frottis anormal ? Oui Non Je ne sais pas
 Ne souhaitez pas répondre

Avez-vous déjà eu un cancer du col de l'utérus ? Oui Non Je ne sais pas
 Ne souhaitez pas répondre

Avez-vous déjà eu une mammographie anormale ? Oui Non Je ne sais pas
 Ne souhaitez pas répondre

Avez-vous déjà eu un cancer du sein ? Oui Non Je ne sais pas
 Ne souhaitez pas répondre

Dans votre famille, quelqu'un a-t-il déjà eu un cancer du sein ? Oui Non Je ne sais pas
 Ne souhaitez pas répondre

Dans votre famille, quelqu'un a-t-il déjà eu un cancer de l'utérus ? Oui Non Je ne sais pas
 Ne souhaitez pas répondre

Avez-vous déjà eu une IST (infection sexuellement transmissible) ? Oui Non Je ne sais pas
 Ne souhaitez pas répondre

Avez-vous déjà eu recours à une interruption volontaire de grossesse ? Oui Non Je ne sais pas
 Ne souhaitez pas répondre

Avez-vous déjà eu une (des) grossesse(s) non souhaitée(s) ? Oui Non Je ne sais pas
 Ne souhaitez pas répondre

Avez-vous déjà eu une interruption thérapeutique de grossesse ? Oui Non Je ne sais pas
 Ne souhaitez pas répondre

Avez-vous déjà fait une fausse couche ? Oui Non Je ne sais pas
 Ne souhaitez pas répondre

SUIVI MEDICAL GLOBAL

Avez-vous consulté un médecin généraliste en cabinet de ville durant la dernière année ? Oui Non Je ne sais pas
 Ne souhaitez pas répondre

Avez-vous consulté un médecin addictologue durant la dernière année ? Oui Non Je ne sais pas
 Ne souhaitez pas répondre

Avez-vous consulté un gynécologue ou une sage-femme durant la dernière année ? Oui Non Je ne sais pas
 Ne souhaitez pas répondre

ADDICTIONS / CONSOMMATIONS DE PRODUITS
 Tabac Ne souhaitez pas répondre
 Alcool Je ne sais pas
 Cannabis Aucun

 Pour quelle(s) addiction(s) ou consommation(s) problématique(s) consultez-vous aujourd'hui ?
 (plusieurs choix possibles)

 Cocaine / Crack
 Héroïne
 Hallucinogènes
 MDMA ecstasy / Amphétamines
 Coédlines / morphine / tramadol
 Addiction comportementale sans produit (jeux, sexe, alimentaire...)

 Tabac Ne souhaitez pas répondre
 Alcool Je ne sais pas
 Cannabis Aucun

 Quels sont les autres produits consommés durant les 2 derniers mois ?
 (plusieurs choix possibles)

 Cocaine / Crack
 Héroïne
 Hallucinogènes
 MDMA ecstasy / Amphétamines
 Coédlines / morphine / tramadol
 Addiction comportementale sans produit (jeux, sexe, alimentaire...)

TRAITEMENTS ACTUELS

 Suivez-vous actuellement un traitement pour aider dans la prise en charge de votre (vos) addiction(s) ? Oui Non Je ne sais pas
 Ne souhaitez pas répondre

 Patch anti-tabac / gommes / pastilles de nicotine / cigarette électronique
 Méthadone

 ↳ Si oui, quels sont ces aides/ traitements ?
 Buprénorphine / Subutex / Suboxone / Orobuipr
 Médicament pour réduire ou stopper les consommations d'alcool (biogéne, Aotai, Revis, selibro...)
 Je ne sais pas
 Ne souhaitez pas répondre

Prenez-vous d'autres traitements ?

 Oui Non Je ne sais pas
 Ne souhaitez pas répondre

 Médicament antidépresseur

 Médicaments anxiolytiques de la famille des benzodiazépines (amox, serenis, leonox, valium...)

 Autres médicaments anxiolytiques (ataxa...)

 Traitements régulateurs de l'humeur

 Autres médicaments

 Je ne sais pas

 Ne souhaitez pas répondre

↳ Si oui, quel(s) est(sont) ce(s) traitement(s) ?



GYNADDICT – INFORMATION ET QUESTIONNAIRE PATIENT

SUIVI GYNECOLOGIQUE

Contraception

Avez-vous déjà reçu une explication sur les différents moyens de contraception par un professionnel ? Oui Non Je ne sais pas

Avez-vous une contraception ? Oui Non Je ne sais pas
 Ne souhaitez pas répondre

Si oui, laquelle ?	Si non, pourquoi ?
<input type="checkbox"/> Un Stérilet depuis moins de 5 ans	<input type="checkbox"/> Je n'en vois pas d'intérêt
<input type="checkbox"/> Un stérilet depuis plus de 5 ans	<input type="checkbox"/> Je n'ai pas de relations sexuelles actuellement
<input type="checkbox"/> Une Pilule	<input type="checkbox"/> J'ai un désir de grossesse
<input type="checkbox"/> Un implant depuis moins de 3 ans	<input type="checkbox"/> Je suis ménopausée
<input type="checkbox"/> Un implant depuis plus de 3 ans	<input type="checkbox"/> Je n'ai jamais eu de proposition ni d'explication
<input type="checkbox"/> Un Anneau contraceptif	<input type="checkbox"/> Il est difficile d'avoir un rendez-vous avec un médecin
<input type="checkbox"/> Du Spermicide	<input type="checkbox"/> Je n'ai pas envie
<input type="checkbox"/> Un Patch contraceptif	<input type="checkbox"/> Le prix est un frein
<input type="checkbox"/> Des Préservatifs	<input type="checkbox"/> Aucune ne me convient
<input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> J'ai peur d'en prendre une
<input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Autres
<input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas répondre	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas

Etes-vous satisfaite de votre contraception ? Oui Non Je ne sais pas
 Je ne souhaite pas répondre

Connaissez-vous la contraception d'urgence ? Oui Non Je ne sais pas
 Ne souhaitez pas répondre

Avez-vous en votre possession une pilule d'urgence ou une ordonnance pour une pilule d'urgence ? Oui Non Je ne sais pas
 Ne souhaitez pas répondre

→ En auriez-vous besoin ? Oui Non Je ne sais pas
 Ne souhaitez pas répondre



GYNADDICT – INFORMATION ET QUESTIONNAIRE PATIENT

Si vous avez moins de 25 ans

Vous a-t-on déjà parlé du vaccin HPV pour la prévention du cancer du col de l'utérus ? Oui Non Je ne sais pas
 Ne souhaitez pas répondre

Avez-vous effectué ce vaccin ? Oui Non Je ne sais pas
 Ne souhaitez pas répondre

Si vous avez plus de 25 ans

Avez-vous réalisé un frottis dernièrement ? Oui, il y a moins de 3 ans
 Oui, il y a plus de 3 ans
 Non
 Je ne sais pas
 Ne souhaitez pas répondre

Si vous avez plus de 50 ans

Avez-vous déjà réalisé une mammographie ? Oui, il y a moins de 2 ans
 Oui, il y a plus de 2 ans
 Non
 Je ne sais pas
 Ne souhaitez pas répondre

SUIVI GYNECOLOGIQUE

Dépistage

Vous a-t-on parlé de dépistage des IST (infections sexuellement transmissibles) cette année ? Oui Non Je ne sais pas
 Ne souhaitez pas répondre

Avez-vous fait une prise de sang pour des tests de dépistage ou unTROD (test de dépistage rapide au bout du doigt) ? Oui, il y a moins de 3 ans
 Non
 Je ne sais pas
 Ne souhaitez pas répondre

Si vous avez moins de 25 ans, avez-vous réalisé un dépistage de la chlamydia ? Oui Non Je ne sais pas
 Ne souhaitez pas répondre

Pour aller plus loin...

Si on vous proposait une consultation gynécologique de bilan au sein du centre de soins en addictologie, ou pendant votre hospitalisation en addictologie inter-vous ? Oui Non Je ne sais pas
 Ne souhaitez pas répondre

Alimenteriez-vous qu'un professionnel de la structure d'addictologie vous accompagne à une consultation de gynécologie ? Oui Non Je ne sais pas
 Ne souhaitez pas répondre

Nous vous remercions pour votre participation à cette étude.

ANNEXE 2 : Enquête de faisabilité - Étude GYNADDICT

Bonjour,

Nous vous sollicitons ce jour pour vous proposer, avec votre service, de participer à une étude lors de laquelle nous souhaitons, pour une thèse d'exercice de médecine générale, effectuer un état des lieux du suivi gynécologique des femmes présentant une addiction.

Cette étude, nommée GYNADDICT, est promue par le Centre Hospitalier Annecy Genevois (CHANGE), et dirigée par le Dr CHANDEZ pour accompagner la réalisation de la thèse de Mlle Martel Roselyne.

Seul un questionnaire en sus de la pratique courante sera à remplir par la patiente lors d'une consultation pour sa prise en charge addictive (cf questionnaire ci-joint).
L'inclusion des patientes se déroulera sur une période de 3-4 mois.

Pour se faire, et si vous êtes intéressé(e) pour participer à cette étude, pourriez-vous remplir le questionnaire ci-dessous ?

Nous vous remercions par avance, L'équipe GYNADDICT

1) Merci de remplir les coordonnées de votre centre et du responsable du service d'addictologie :

Nom de l'établissement :

Adresse :

Responsable du service addiction :

Numéro de téléphone :

Email :

2) Quel(s) type(s) de structure(s) contient votre centre ? (Plusieurs réponses possibles)

- Consultations hospitalières d'addictologie
- ELSA
- Hôpital de jour en addictologie
- Unité de sevrage
- SSRA/ Centre de cure/ postcure (Service de Soins et de Réadaptation en addictologie)
- CAARUD
- CSAPA Ambulatoire / Consultation ambulatoire
- Centre Thérapeutique résidentiel

3) Combien de femmes, entre 18 et 65 ans, sont prises en charge pour des conduites addictives dans votre centre par an ?

.....

4) Un suivi gynécologique est-il proposé à vos patientes dans votre centre structure ?

OUI NON

Si oui, quel type de suivi est proposé ?

.....
.....

5) Pensez-vous que vous, ou un membre de votre équipe (médecins, infirmier(e)s, assistant(e)s social(e)s, éducateurs, psychologues), pourront prendre le temps d'expliquer l'étude et de proposer le remplissage du questionnaire aux patientes lors de consultation de suivi classique ?

OUI NON

Si non, pourquoi ?

.....

6) Souhaitez-vous participer à cette étude ?

OUI NON

Si oui, combien de patientes pensez-vous pouvoir inclure en 3 mois ?

.....

7) Commentaires éventuels ?

.....
.....

Merci de nous renvoyer ce document par mail à l'adresse suivante :

med.rose.martel@gmail.com

ANNEXE 3 : Caractéristiques des patientes selon le(s) produit(s) problématique(s)

Caractéristiques et nombre de femmes par produit problématique consommé (Effectifs = 302)		Nombre de femmes qui consomme tel produit (%)	Tabac 138 (45,7 %)	Cannabis 61 (20,2 %)	Alcool 133 (44 %)	Cocaïne 80 (26,5 %)	Héroïne 120 (39,7%)	Opiacés autres * 25 (8,3%)	Sans Produit 22 (7,3%)
		Effectif de femmes par groupe. (% total des femmes)	Effectif de femmes par produit et catégorie. (% parmi le produit) (% problématique addictive présente par la catégorie de femmes (plusieurs problématiques addictives possibles : produit))						
Age	< 25 ans	13 (4,3 %)	7 (5,1 %) (54 %)	6 (9,8 %) (46,2 %)	5 (3,8 %) (38,5 %)	3 (3,8%) (23 %)	7 (5,8 %) (53,8 %)	2 (8 %) (15,4 %)	0 (0 %) (0 %)
	25-49 ans	216 (71,5 %)	89 (64,5 %) (41,2 %)	46 (75,4 %) (21,3 %)	85 (63,9 %) (30,4 %)	71 (89,9%) (32,9%)	100 (83,3 %) (46,3 %)	16 (64 %) (7,4 %)	16 (72,7 %) (7,4 %)
	Plus de 50 ans	68 (22,5 %)	40 (29 %) (58,8 %)	8 (13,1%) (11,8 %)	43 (32,3 %) (63,2 %)	5 (6,3%) (7,3 %)	11 (9,2 %) (16,2 %)	6 (24 %) (8,8 %)	5 (22,7 %) (7,3 %)
	Age inconnu	5 (1,7 %)	2 (1,4 %) (40 %)	1 (1,6 %) (20 %)	0 (0 %) (0 %)	1 (1,25%) (20 %)	2 (1,7 %) (40 %)	1 (4 %) (20 %)	1 (4,5 %) (20 %)
Niveau d'étude	Brevet/ CAP	108 (35,8 %)	54 (39,1 %) (50 %)	30 (49,2 %) (27,8 %)	47 (35,3 %) (43,5 %)	31 (38,8 %) (28,7 %)	50 (41,7 %) (46,3 %)	11 (44 %) (10,2 %)	5 (22,7 %) (4,6 %)
	Bac	84 (27,8 %)	35 (25,4 %) (41,7 %)	15 (24,6 %) (17,9 %)	35 (26,3%) (41,7 %)	28 (35 %) (33,3 %)	36 (30 %) (42,9 %)	5 (20 %) (6 %)	5 (22,7 %) (6 %)
	Études Sup.	91 (30,1 %)	39 (28,3 %) (42,9 %)	11 (18 %) (12,1 %)	46 (34,6 %) (50,5 %)	18 (22,5%) (19,8 %)	28 (23,3 %) (30,8 %)	8 (32 %) (8,8 %)	11 (50 %) (12,1 %)
	Aucune de ces catégories	11	7 (5,1 %) (63,6 %)	4 (6,6%) (36,4 %)	3 (2,3 %) (27,3 %)	2 (2,5 %) (18,2 %)	4 (3,3 %) (36,4 %)	0 (0 %) (0 %)	0 (0 %) (0 %)
	Autre réponse *	8	3 (2,2 %) (37,5 %)	1 (1,6 %) (12,5 %)	2 (1,5 %) (25 %)	1 (1,2 %) (12,5 %)	2 (1,7 %) (25 %)	1 (4 %) (12,5 %)	1 (4,5 %) (12,5 %)
Emploi	Étudiant	9 (3 %)	5 (3,5%) (55,6 %)	3 (4,9 %) (33,3 %)	1 (0,8 %) (11,1 %)	3 (3,75 %) (33,3 %)	7 (5,8 %) (77,8 %)	1 (4 %) (11,1 %)	0 (0 %) (0 %)
	Intérim ou CDD	28 (9,3 %)	14 (10,1 %) (50 %)	7 (11,5 %) (25 %)	8 (6 %) (28,6 %)	12 (15 %) (42,9 %)	19 (15,8 %) (67,9 %)	1 (4 %) (3,6 %)	2 (9,1 %) (7,1 %)
	CDI	88 (29,1 %)	41 (29,7 %) (46,6 %)	16 (26,2 %) (18,2 %)	37 (27,8%) (42 %)	20 (25 %) (22,7 %)	32 (26,7 %) (36,4 %)	6 (24 %) (6,8 %)	6 (27,3 %) (6,8 %)
	Sans emploi	162 (53,6 %)	71 (51,4 %) (43,8 %)	32 (52,5 %) (19,8 %)	81 (60,9 %) (50 %)	42 (52,5 %) (25,9 %)	59 (49,2 %) (36,4 %)	15 (60 %) (9,3 %)	10 (45,5 %) (6,1 %)
	Autre réponse *	15 * (5%)	7 (5,1 %) (46,7 %)	3 (4,9 %) (20 %)	6 (4,5%) (40 %)	3 (3,75 %) (20 %)	3 (2,5 %) (20 %)	2 (8 %) (13,3 %)	4 (18,2 %) (26,7 %)
Domicile	SDF	10 (3 %)	6 (4,3 %) (60 %)	3 (4,9 %) (30 %)	5 (3,8 %) (50 %)	3 (3,8 %) (30 %)	6 (5 %) (60 %)	2 (8 %) (20 %)	1 (4,5 %) (10 %)
	Foyer	15 (5 %)	7 (5,1 %) (46,7 %)	2 (3,2 %) (13,3 %)	3 (2,3 %) (20 %)	3 (3,8 %) (20 %)	11 (9,2 %) (73,3 %)	3 (12 %) (20 %)	1 (4,5 %) (6,7 %)
	Chez un proche	36 (12 %)	19 (13,8 %) (52,8 %)	12 (19,7 %) (33,3 %)	15 (11,3 %) (41,7 %)	15 (18,7 %) (41,7 %)	19 (15,8 %) (52,8 %)	1 (4 %) (2,8 %)	0 (0 %) (0 %)
	Chez-soi	227 (75%)	104 (75,3 %) (45,8 %)	41 (67,2 %) (18,1 %)	109 (81,6 %) (48 %)	53 (66,3 %) (23,3 %)	77 (64,2 %) (33,9 %)	18 (72 %) (7,9 %)	20 (90,9%) (8,8 %)
	Autre réponse *	14 (5%)	2 (1,4 %) (14,2 %)	3 (4,9 %) (15,3 %)	1 (0,8 %) (7,1 %)	6 (7,5 %) (30,6 %)	7 (5,8 %) (37,7 %)	1 (4 %) (7,1 %)	0 (0 %) (0 %)

CAP : Certificat d'Aptitude professionnelle – Études Sup. : Études supérieures – CDD : Contrat à durée Déterminée – CDI : Contrat à Durée Indéterminée - SDF : Sans Domicile Fixe - *Opiacés autres : Tramadol , morphine, codéine -Sans Produit : Addiction comportementale sans produit : alimentaire ... * Autre réponse : la patiente n'a pas donné de réponse ou ne savait pas ou ne souhaitait pas répondre.

ANNEXE 4 : Répartition des patientes présentant une poly consommation de produits problématique

Association de produit	Effectif (% dans notre population)
Tabac/ Cannabis	63 (20,9 %)
Tabac/ Cannabis / Alcool	18 (6 %)
Alcool/ Héroïne	25 (8,3 %)
Alcool/ Cocaïne	23 (7,6 %)
Alcool/ Héroïne/Cocaïne	15 (5 %)
Alcool/Héroïne/Cocaïne/Cannabis	5 (1,7 %)
Héroïne/Cocaïne	47 (15,7 %)

ANNEXE 5 : Tableau récapitulatif du suivi gynécologique selon la présence ou non d'actions de suivi gynécologique mises en place par la structure en addictologie.

Structures de soins en addictologie et gynécologie	Effectif (%)	Respect des recommandations de suivi gynécologique		p
		Bon Suivi	Suivi Insuffisant	
Femmes issues des structures ayant mis en place des consultations gynécologique au sein du centre de soin en addictologie. **	35 (13,6 %)	24 (68,6 %)	11 (31,4 %)	(p = 0,032)
Femmes issues des autres structures	222 (86,4 %)	109 (49,1 %)	113 (50,9 %)	
Total	257	133	124	

*Centres = Thylac Annecy et Tempo Valence** Centres =Le Pélican Albertville, Hôpital de Sallanches, Tempo Romans, Csapa Griffon à Lyon et Unité de sevrage « Groddeck » au CHAI (Isère).

ANNEXE 6 : Tableau récapitulatif du suivi gynécologique selon les caractéristiques de la patiente

Caractéristiques de la patiente	Respect des recommandations de suivi gynécologique		p
	Effectif (% de bon et de suivi insuffisant dans la catégorie concerné)		
	Bon Suivi	Suivi Insuffisant	
Avec Enfants	82 (53,6 %)	71 (46,4 %)	p = NS
Absence d'enfant	51 (49 %)	53 (51 %)	
En couple	69 (53,5 %)	60 (46,5 %)	p = NS *6 personnes n'ont pas précisé si elles étaient en couple ou non
Seule	61 (50 %)	61 (50 %)	
Activité professionnelle ou formation	65 (59,1 %)	45 (40,9 %)	p = 0,027 *9 personnes n'ont pas précisé leur statut
Absence d'emploi	62 (45 %)	76 (55 %)	
Logement Précaire	26 (46,4 %)	30 (53,6 %)	p = NS *11 personnes n'ont pas précisé leur habitat
Logement Fixe	103 (54,2 %)	87 (45,8 %)	
Mutuelle	87 (52,1 %)	80 (47,9 %)	p = NS *13 personnes n'ont pas précisé leurs droits
CSS (ex CMU-c)	32 (50,1 %)	31 (49,2 %)	
Ni mutuelle Ni CSS	7 (50 %)	7 (50 %)	

Logement précaire = Sans domicile fixe ; Hébergement temporaire en foyer, vit chez un Proche. CMU-c = Couverture Maladie Universelle. CSS = Complémentaire Santé Solidaire.

*nombre de patientes n'ayant pas répondu à la question parmi celles qui ont répondu au critère de jugement principal (N=257)

ANNEXE 7 : Tableau résumé du suivi gynécologique selon les produits problématiques consommés mentionnés par la patiente

Produit problématique consommé <small>*nombre de patientes n'ayant pas répondu à la question parmi celles qui ont répondu au critère de jugement principal (N=257)</small>	Respect des recommandations de suivi gynécologique Effectif (% de bon et de suivi insuffisant selon le produit problématique)		p
	Bon Suivi	Suivi Insuffisant	
Tabac non mentionné comme problématique	71 (51,8 %)	66 (48,2 %)	p = NS
Tabac seul mentionné	10 (58,8 %)	7 (41,2 %)	
Tabac associé à un autre produit	52 (50,5 %)	51 (49,5 %)	
Tabac et/ ou Cannabis problématiques	64 (49,2 %)	66 (50,8 %)	p = NS
Ni tabac ni Cannabis mentionnés comme problématique.	69 (54,3 %)	58 (45,7 %)	
Alcool non mentionné comme problématique	77 (54,2 %)	65 (45,8 %)	p = NS
Alcool mentionné dont :	56 (48,7 %)	59 (51,3 %)	
-Alcool seul	19 (55,6 %)	14 (42,4 %)	
-Alcool + Tabac	8 (36,4 %)	14 (63,6 %)	
-Alcool en poly consommation (avec autre produit hors tabac)	29 (48,3 %)	31 (51,7 %)	
Héroïne non mentionnée comme problématique	79 (52,3 %)	72 (47,7 %)	p = NS
Héroïne mentionnée seule	19 (63,3 %)	11 (36,7 %)	
Association Héroïne + Alcool problématique	8 (50%)	8 (50%)	
Association Héroïne + Cocaïne problématique	17 (50 %)	17 (50%)	
Association Héroïne + Cocaïne + Alcool problématique +/- autres produits	3 (33,3 %)	6 (66,7 %)	
Association Héroïne + autres sans cocaïne ni alcool	7 (41,2 %)	10 (58,8 %)	
Cocaïne et /ou Héroïne problématique	66 (48,9 %)	69 (51,1 %)	
Absence de problématique de cocaïne ou d'héroïne	67 (54,9 %)	55 (45,1 %)	
Cocaïne ou Héroïne + Alcool problématique	104 (49,1 %)	108 (50,9 %)	p = NS
Absence de problématique de cocaïne ou d'héroïne associée à de l'alcool	29 (64,4 %)	16 (35,6 %)	

ANNEXE 8 : Tableau récapitulatif du suivi gynécologique selon les traitements pris par la patiente

Traitement pris par la patiente <small>*nombre de patientes n'ayant pas répondu à la question parmi celles qui ont répondu au critère de jugement principal (N=257)</small>	Respect des recommandations de suivi gynécologique (% de bon et de suivi insuffisant selon le traitement pris)		p
	Bon Suivi	Suivi Insuffisant	
Traitement pour addiction : oui	108 (51,2 %)	103 (48,8 %)	p = NS *4 personnes n'ont pas répondu
Absence de traitement spécifique pour l'addiction	23 (54,8 %)	19 (45,2 %)	
TSO (Méthadone ou Buprénorphine)	70 (52,2 %)	64 (47,8 %)	p = NS
Absence de TSO	63 (51,2 %)	60 (48,8 %)	
Méthadone	60 (54,5 %)	50 (45,5 %)	p = NS
Absence de Méthadone	73 (49,7 %)	74 (50,3 %)	
Buprénorphine	11 (44 %)	14 (56 %)	p = NS
Absence de Buprénorphine	122 (52,6 %)	110 (47,4 %)	
Traitement d'aide pour réduire les consommations d'alcool	22 (53,7 %)	19 (46,3 %)	p = NS
Absence de traitement d'aide pour réduire les consommations d'alcool	111 (51,4 %)	105 (48,6 %)	
Traitement antidépresseur ou régulateur de l'humeur	38 (43,2 %)	50 (56,8 %)	(p = 0,047)
Absence de traitement antidépresseur ou régulateur de l'humeur	95 (56,2 %)	74 (73,8 %)	
Traitement anxiolytique	39 (42,4 %)	53 (57,6 %)	(p = 0,025)
Absence de traitement anxiolytique	94 (57 %)	71 (43 %)	

TSO = Traitement de substitution aux opiacés.

ANNEXE 9 : Tableau récapitulatif du suivi gynécologique selon les antécédents gynécologiques de la patiente

Antécédent gynécologique	Respect des recommandations de suivi gynécologique		<i>p</i>
	Effectif (% de bon et de suivi insuffisant selon l'antécédent concerné)		
	Bon Suivi	Suivi Insuffisant	
ATCD IST	46 (62,2 %)	28 (37,8 %)	(<i>p</i>= 0,045)
Absence d'ATCD d'IST	84 (48,3 %)	90 (51,7 %)	
ATCD d'IVG	71 (54,2 %)	60 (45,8 %)	<i>p</i> = NS
Absence d'ATCD d'IVG	60 (50,4 %)	59 (49,6 %)	
Contraception à jour	59 (67 %)	29 (33 %)	(<i>p</i>= <0,05)
Contraception non à jour	16 (61,5 %)	10 (38,5 %)	
Absence de contraception	58 (40,6 %)	85 (59,4 %)	

*nombre de patientes n'ayant pas répondu à la question parmi celles qui ont répondu au critère de jugement principal (N=257)

*9 personnes n'ont pas répondu à cette question

*7 personnes n'ont pas répondu à cette question