



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2014

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

«Etat des lieux de la prise en charge gynécologique chez les patientes atteintes de pathologies psychiatriques aux EPSM de Lille et de Roubaix»

Présentée et soutenue publiquement le 23 juin 2014 à 18h00
au Pôle Recherche

Par Jean-Baptiste GUISET

Né le 8 avril 1985
A LILLE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Denis VINATIER

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE

Madame le Docteur Natacha BUZON

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur Pauline FOURNIER

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Table des matières

1.Introduction et prise en charge gynécologique.....	9
1.1.La contraception	11
A.La contraception hormonale.....	12
A.1.Les oestroprogestatifs (OP).....	12
A.2.Les progestatifs	16
1- <i>Les pilules micro-progestatives</i>	17
2- <i>L'injection de progestatif</i>	17
3- <i>L'implant</i>	19
B.La contraception par dispositif intra-utérin (DIU).....	20
B.1.Le dispositif intra-utérin en cuivre	20
B.2.Le dispositif intra-utérin hormonal.....	21
C.Le préservatif	22
D.Les méthodes contraceptives naturelles.....	23
E.La stérilisation féminine.....	24
1.2.Législation et éthique concernant la contraception et la stérilisation	25
A.La contraception.....	25
B.La stérilisation	28
1.3.Les infections sexuellement transmissibles (IST).....	31
A.Généralités.....	31
B.La sexualité en psychiatrie.....	35
1.4.Le dépistage des cancers gynécologiques.....	36
1.Le cancer du col de l'utérus	37
2.Le cancer du sein.....	39
2.Matériels et Méthodes	40
2.1.Objectifs	40
2.2.Type d'étude et échantillonnage	40
2.3.Outils et méthode de recrutement	41
2.4.Variables, modalités et justifications du questionnaire.....	42
A.Variables concernant la patiente	42
B.Variables concernant la contraception	43
C.Variables concernant le suivi	43

2.5.Ethique.....	43
3.Résultats.....	44
3.1.Description des patientes	44
3.2.Description de la contraception	50
3.3.Description du suivi	53
4.Discussion.....	54
4.1.Caractéristiques de l'échantillon	54
4.2.Implication de l'analyse des données de l'étude.....	54
4.3.Limite et biais de l'étude	58
A.Limites liées à la population	58
B.Limites liées au questionnaire.....	58
C.Force de l'étude	59
4.4.Comparaison à la littérature	60
4.5.Interprétation des observations et changement à envisager.....	64
A.Les patientes.....	64
B.La contraception.....	64
C.Le suivi.....	66
D.Prévention et dépistage des IST.....	68
E.Réflexion éthique concernant la contraception	68
5.Conclusion	71
Bibliographie.....	73
Annexes	78

Table des abréviations

AIT	Accident Ischémique Transitoire
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
CAPI	Centre d'Accueil Psychiatrique Intersectoriel
CCNE	Comité Consultatif National d'Ethique
CITE	Classification Internationale de Type de l'Education
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CPAA	Centre Psychiatrique d'Accueil et d'Admission
DIU	Dispositif Intra-Utérin
DMO	Densité Minérale Osseuse
DREES	Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation des Statistiques
EPSM	Etablissement Public de Santé Mentale
FCS	Fausse Couche Spontanée
HAS	Haute Autorité de Santé
HPV	Virus Papillome Humain
IDM	Infarctus Du Myocarde
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IMC	Indice de Masse Corporel
INED	Institut National des Etudes Démographiques
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSERM	Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
IST	Infection Sexuellement Transmissible
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
MFIU	Mort Foetale In Utéro
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OP	OestroProgestatif
THS	Traitement Hormonal Substitutif
UNAPEI	Union Nationale des Associations de Parents d'Enfants Inadaptés
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

1.Introduction et prise en charge gynécologique

Les patientes atteintes de pathologies psychiatriques s'inscrivent dans un réseau de soins dont les principaux interlocuteurs sont le psychiatre et le médecin généraliste. Ce dernier coordonne les soins avec notamment l'organisation de consultations spécialisées qui s'inscrivent dans la prévention, la surveillance et le suivi. Le psychiatre veille à la santé mentale des patientes, allant du diagnostic à l'accompagnement thérapeutique ainsi qu'à la prévention des comorbidités. Il existe alors une relation privilégiée avec le médecin généraliste qui a pour objectif d'améliorer la prise en charge des patientes.

Selon les recommandations actuelles de la HAS (Haute Autorité de Santé), chaque patiente devrait bénéficier d'un suivi gynécologique dont le but est de dépister les infections et cancers gynécologiques. Si besoin, il convient de prescrire une contraception adaptée et donner une information claire et loyale.

Cependant, les patientes atteintes de pathologies psychiatriques présentent des comorbidités qui nécessitent des moyens et des prises en charge adaptées.(1)(2)(3)

Concernant ces patientes, les recommandations médicales actuelles sont les même que pour la population générale, axées sur 3 thèmes :

- 1.La prévention des IST (infections sexuellement transmissibles)
- 2.La prévention des cancers gynécologiques
- 3.La contraception

La prise en charge gynécologique doit nécessairement tenir compte des comorbidités, éventuellement cumulables, dont certaines relèvent d'arguments médicaux et/ou biologiques tels que l'obésité, la dyslipidémie, le diabète, le VIH, les IST.(4)(5)(6)(7)

Tandis que d'autres difficultés sont liées aux particularités de l'histoire, du comportement et de l'environnement telles que :

- une prise de toxiques,
- des traitements potentiellement tératogènes,
- une observance médiocre,
- des violences sexuelles,
- un niveau socio-économique bas,
- une mauvaise coordination des soins,
- une difficulté dans la maternité et la parentalité.(5)(6)(7)

Ces contraintes s'ancrent dans un contexte de consentement éclairé dont la qualité est dépendante de la pathologie de la patiente, ce qui soulève des questions éthiques non négligeables notamment sur le thème de la contraception.(8)(9)

Toutes ces questions sont à aborder en fonction de la pathologie psychiatrique de la patiente : psychose, névrose ou trouble de l'humeur.

Notre travail s'est donc penché sur la place de la prise en charge gynécologique en milieu psychiatrique. Nous avons voulu évaluer si le suivi gynécologique des patientes atteintes de pathologies psychiatriques était adapté. L'objectif de cette thèse est de faire un état des lieux de la prise en charge gynécologique chez les patientes atteintes de pathologies psychiatriques.

1.1.La contraception

En France, la loi Neuwirth du 28 décembre 1967 a ouvert aux femmes la possibilité de bénéficier du droit à la contraception. L'objectif général selon lequel il convient d'« assurer l'accès à une contraception adaptée » a été réaffirmé par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.(30)

Chez la femme en âge de procréer le choix d'une contraception doit prendre en compte outre ses souhaits, l'évolution de sa situation personnelle, la baisse progressive de la fertilité, l'augmentation des facteurs de risque vasculaire et l'évolution des contre-indications. Il convient de conseiller une contraception dont les contraintes d'utilisation sont adaptées au profil de la patiente et qui possède l'indice de Pearl (nombre de grossesses observées pour 100 femmes utilisant une contraception donnée pendant un an) le plus bas.(3)

En psychiatrie, la contraception est indispensable chez les patientes utilisant des molécules ayant des effets délétères sur le fœtus ou lorsque le risque de décompensation par arrêt brutal du traitement peut mener vers des conduites sexuelles à risque de grossesse, comme dans les troubles bipolaires. Le contraceptif sera choisi en fonction de la situation de chaque femme : sa sexualité, son milieu de vie, son observance, ses antécédents, ses traitements médicamenteux et la qualité de son entourage.(22)

Pour toutes contraceptions, qu'elles soient ou non réversibles, le consentement doit être éclairé et libre.

Afin de mieux cerner la population psychiatrique et d'instaurer un schéma contraceptif adapté, il faut associer aux contraintes qui touchent la population générale les difficultés liées aux pathologies psychiatriques:

- les questions d'éthique et de consentement

- les difficultés pratiques de l'utilisation d'une méthode contraceptive
- la précarité sociale plus importante
- la non-reconnaissance d'une sexualité
- les périodes d'instabilité ou de fragilité affective
- les situations de violence physique et morale(30)

A.La contraception hormonale

A.1.Les oestroprogestatifs (OP)

Les OP ont des excellents indice de Pearl selon la voie d'administration utilisée:

- Orale: entre 0,00 et 0,70 selon les dosages et les molécules
- Vaginale: entre 0,64 et 0,96 pour Nuvaring
- Transdermique: entre 0,72 et 0,90 pour Evra

Les OP oraux sont classés en fonction de leur dosage pour s'adapter au climat hormonal de chaque femme. La prise est quotidienne. Il convient de débiter par une contraception OP orale faiblement dosée. Elles coûtent 2 à 14 euros par mois et certaines sont remboursées à 65%.

L'anneau vaginal est efficace s'il est laissé en place sans interruption pendant trois semaines puis d'une semaine sans anneau. Il coûte 16 euros par mois et n'est pas remboursé.

Le patch transdermique doit être appliqué et laissé en place pendant sept jours pendant trois semaines successives et suivies d'une semaine sans patch. Pour être efficace le

patch doit être posé sur une peau saine et propre. L'efficacité peut diminuer chez la patiente de plus de 90kg. Il coûte 15 euros par mois et n'est pas remboursé.

Les OP ont des effets bénéfiques tels que la régularisation des règles, un contrôle sur les dysménorrhées, un suivi médical plus fréquent, une diminution des troubles fonctionnels de l'ovaire et des infections pelviennes, une diminution des cancers de l'endomètre, de l'ovaire et colorectal.(3)

Les principales contre-indications sont:

- les antécédents cardiovasculaires et thromboemboliques
- la migraine (avec aura avant 35 ans, sans aura après 35 ans)
- l'association au tabagisme après 35 ans
- les affections hépatiques sévères
- les tumeurs malignes hormono-dépendantes

Les principaux effets secondaires sont la dyslipidémie et les maladies thromboemboliques, principalement chez les patientes aux facteurs de risques cardiovasculaires et de plus de 35 ans . Il existe une augmentation potentielle de risque de cancers du sein, du col utérin, des cancers et tumeurs hépatiques.(3)(10)

Un bilan biologique (bilan lipidique et glycémie à jeun) sera renouvelé tous les 5 ans en l'absence d'anomalies.

Concernant les patientes en psychiatrie, la contraception OP (patch, pilule et vaginale) peut être prescrite aux femmes qui sont capables d'avoir une observance ou un entourage de bonne qualité.(19)

Pour améliorer l'observance chez certaines patientes, il existe une pilule OP dont la prise est continue du fait de la présence de comprimés placebo.

Le patch transdermique et l'anneau vaginal permettent de lutter contre l'oubli mais suggèrent tout de même une surveillance quotidienne notamment en cas de perte de l'anneau ou de décollement du patch. Ils libèrent la progestérone et l'oestrogène de façon plus régulière avec un dosage plus faible, ils diminuent donc les effets secondaires. Il n'y a pas de diminution d'efficacité en cas de vomissement ou de diarrhée.(19)

Il faut tenir compte de la façon dont les composants hormonaux des contraception OP peuvent affecter les troubles mentaux et créer d'éventuelles interactions médicamenteuses. Il existerait chez certaines femmes une hypersensibilité hormonale dont l'oestrogène jouerait un rôle sur l'humeur avec l'apparition d'un syndrome dépressif notamment en modifiant les systèmes sérotoninergique, noradrénergique et monoaminergique.(13)

Les nombreuses études réalisées divergent quant à la relation entre l'œstrogène et la dépression, elles sont souvent contradictoires. Actuellement, il n'existe pas de recommandation concernant la dépression et la contraception OP.(16)

Il semblerait que l'oestrogène présent dans les contraceptions OP puisse atténuer les symptômes psychotiques des femmes schizophrènes ou accroître l'efficacité du traitement qu'elles suivent. Il a été démontré que l'œstrogène pouvait moduler la libération de dopamine et de sérotonine, qui sont des neurotransmetteurs impliqués dans la pathogénèse de la schizophrénie. Ainsi, il y aurait un impact positif des oestrogènes sur le traitement des symptômes psychotiques par un effet direct sur ces neurotransmetteurs. L'oestrogène potentialiserait aussi les antipsychotiques. L'adjonction d'estradiol par voie transdermique avait abouti à une réduction significative et rapide des symptômes

psychiatriques. Cependant, la question d'une hormonothérapie reste sans réponse actuellement en attendant les résultats d'études à plus grandes échelles.(17)(22)(23)

La prescription de contraception OP n'exclut pas les femmes ayant des antécédents dépressifs, mais il faut être vigilant chez :

- les patientes instables (éthyliques, toxicomanes, psychotiques)

- les patientes aux antécédents d'IVG (interruption volontaire de grossesse)

- les patients atteintes d'anorexie mentale

- toutes les autres patientes susceptibles de présenter un comportement alimentaire pouvant favoriser les vomissements répétés(10)

Il existe des interactions médicamenteuses qui modifient l'efficacité de l'oestrogène mais aussi de la progestérone, dépendant du cytochrome P450. Par exemple, les OP ne sont pas recommandés aux femmes qui prennent du diazépam et d'autres benzodiazépines car les OP accroissent la concentration sanguine de ces molécules. Certains traitements comme les phénothiazines, les anticonvulsivants (la phénytoïne, la carbamazépine et le phénobarbital) ou les antidépresseurs tricycliques peuvent réduire le taux d'oestrogène et de progestérone d'où un risque accru d'échec de la contraception. (Annexe 1 : Principales molécules ayant une interaction sur l'efficacité de la contraception oestro-progestative) L'induction enzymatique persiste quelques semaines malgré l'arrêt de l'inducteur enzymatique et les conséquences cliniques des interactions médicamenteuses surviennent parfois à distance de la modification du traitement.(28)

En résumé, ces méthodes contraceptives OP pourraient convenir aux patientes dont l'observance est de bonne qualité ou celles placées en institut qui ont l'habitude de suivre des traitements à long terme. En revanche, ces méthodes ne conviendraient sans doute

pas aux personnes traitées en hôpital de jour, aux femmes sans domicile fixe, aux toxicomanes et dans certaines pathologies psychiatriques parce qu'elles ne seraient probablement pas capables de s'astreindre à ce geste quotidien. Elles ne seraient pas non plus recommandées aux patientes qui souffrent de dépression profonde ou qui utilisent des molécules dépendantes du cytochrome P450.(14)(15)

A.2.Les progestatifs

La contraception par progestatif seul peut être une méthode de première intention. Elle est à classer, de même que les OP, au rang des méthodes efficaces dans leur emploi courant. Les contraceptifs progestatifs peuvent entraîner des saignements vaginaux irréguliers, ce qui pourrait inquiéter certaines femmes souffrant de troubles mentaux qui y verraient un signe de mauvaise santé. "Beaucoup de femmes mentalement perturbées expriment une crainte réelle de leur sang menstruel et elles deviennent très nerveuses quand elles se mettent à saigner", explique Lucy Wong-Hernández, directrice exécutive de l'organisation mondiale des personnes handicapées basée au Canada.(19)

Les progestatifs ont des bons indices de Pearl selon la voie d'administration utilisée:

1-Orale : 0,4 pour Cerazette et 1 pour Microval

2-Injectable: 0,3 pour Depo-Provera

3-Sous cutanée: 0,00 pour Nexplanon

1-Les pilules micro-progestatives

Les progestatifs oraux doivent être pris tous les jours à heure fixe. L'efficacité peut diminuer en cas d'oubli de comprimés, de vomissements ou de diarrhées sévères. Ils coûtent 2 à 14 euros par mois et certains sont remboursés à 65%.

Les progestatifs présentent l'avantage de ne pas être un facteur de risque thromboembolique vasculaire.

Concernant les patientes en psychiatrie, elles doivent bien comprendre la nécessité de prendre chaque jour un comprimé à heure fixe. Cette méthode ne convient donc pas aux patientes dont la pathologie et/ou l'histoire psychiatrique sont liées à une observance de mauvaise qualité. Si cette méthode est utilisée, il conviendra de ne pas utiliser d'inducteur enzymatique modifiant l'efficacité de la progestérone (Annexe 1).

2-L'injection de progestatif

Le Depo-Provera est un contraceptif de longue durée d'action qui s'utilise à raison d'une injection tous les 3 mois et dont l'efficacité et la commodité sont les principaux facteurs avancés pour le choix de cette méthode.

Il avait été démontré que l'utilisation du Depo-Provera était liée à une augmentation des IST, sans pouvoir l'expliquer. A propos du risque de transmission du VIH, les études sont contradictoires. Son utilisation pourrait entraîner à long terme une majoration du risque ostéoporotique en diminuant la DMO (densité minérale osseuse), ce qui pose problème aux femmes qui ont une DMO faible due une alimentation médiocre.(12)

Les effets secondaires sont ceux des progestatifs mais non réversibles immédiatement à l'arrêt du traitement. Il coûte 3,44 euros par dose et il est remboursé à 65%.

Concernant les patientes chez lesquelles il existe des difficultés d'observance ou des contres-indications à la pose d'un DIU, on peut proposer une contraception progestative pure injectable à effet prolongé. Ce produit est utilisé comme contraceptif par des millions de femmes (entre 10 et 30 millions suivant les évaluations) dans plus de 90 pays dans le monde. Mais il pose le problème de contrôle du cycle et d'une prise de poids fréquente souvent majorée par la prise de traitements antidépresseurs ou neuroleptiques ce qui diminue l'observance de cette méthode. Il faut en moyenne 10 mois voir 18 mois après l'arrêt du traitement pour un retour à une fertilité normale.(19)

Ce type de contraception n'est donc pas recommandé :

- chez les adolescentes et les jeunes adultes (en période de constitution du capital osseux)
- chez les femmes présentant des facteurs de risque d'ostéoporose : alcoolisme et tabagisme, antécédent de fracture ostéoporotique, traitement au long cours par des corticoïdes , rhumatisme articulaire, insuffisance rénale, insuffisance hepato-cellulaire, prise d'analogues du GnRH ou d'anti-aromatases, faible IMC

L'injection est une bonne alternative à la contraception classique mais sa mauvaise utilisation par le passé, les nombreux avertissements des grandes instances de santé étrangères (Etats-Unies et Canada) depuis 1970 et l'assimilation à une contraception psychiatrique par la population générale ont restreint son utilisation en France.(12)(25)

3-L'implant

L'implant doit être inséré en sous-cutané au bras non dominant pour 3 ans, ou 2 ans pour les femmes de plus de 90kg. Il est indiqué chez les femmes :

-qui ont une contre-indication ou une intolérance aux contraceptifs OP et aux DIU

-qui ne peuvent se plier à une contraception " classique "

-qui oublient souvent leur pilule

-qui ont eu des IVG répétées

-qui demandent une contraception de longue durée d'action

Il coûte 106 euros et il est remboursé à 65%.

Il convient d'expliquer la durée d'action de l'implant à la patiente et à son entourage afin d'anticiper son retrait. Son efficacité baisse à partir de deux ans en cas d'obésité et trois ans si l'index de masse corporel est strictement inférieur à 30.(20)

La mise en place de l'implant est simple, cependant il convient de connaître les modalités d'insertion et de retrait.

Les principales contre-indications des progestatifs sont l'hypersensibilité aux substances, les pathologies thromboemboliques veineuses évolutives, les affections hépatiques sévères, les anomalies du bilan hépatique, les tumeurs malignes sensibles aux progestatifs, les hémorragies génitales inexplicables.

Leurs principaux effets secondaires sont fréquents: aménorrhées, irrégularités menstruelles, spotting et prise de poids.(3)(10)(11)

Concernant la prise de poids, les études ne montrent pas de différence significative entre la contraception OP et l'implant de un à trois ans d'utilisation. Il existe une prise de moins de 2 kg dans la plupart des études dans les six à douze premiers mois de traitement progestatif par rapport à une contraception non hormonale. Chez la femme obèse (IMC>30) ni le DIU ni les contraceptions OP n'ont d'avantage en termes de prise pondérale sur l'implant, et ceci même après trois ans. Les progestatifs, et en particulier l'implant, peuvent être utilisés en cas d'obésité sans craindre de prise de poids supplémentaire par rapport à ces deux alternatives.(20)

B.La contraception par dispositif intra-utérin (DIU)

B.1.Le dispositif intra-utérin en cuivre

Le DIU en cuivre est une contraception dont l'indice de Pearl est de 0,6 à 0,8. La durée maximale d'efficacité varie de 4 à 10 ans en fonction des dispositifs.

Ce contraceptif est de longue durée d'action. Aucun risque de cancer ni de risque cardiovasculaire n'est établi. Le recours à cette méthode contraceptive permet de s'exonérer des contraintes liées à l'observance de la prise.

Les principales contre-indications à la pose sont les risques infectieux, le risque de grossesse extra-utérine, toute grossesse suspectée ou avérée, les saignements vaginaux inexpliqués.

Le DIU expose à des problèmes liés à l'insertion (douleurs, contractions utérines et saignements), à des risques d'expulsion et de perforation utérine et de manière plus fréquente à des modifications du cycle menstruel (ménorragies, saignements irréguliers, douleurs et crampes au moment des règles). Il coûte 30 euros et il est remboursé à 65%.

La maladie inflammatoire pelvienne et la grossesse extra-utérine sont des effets indésirables rares. (3)(10)

B.2.Le dispositif intra-utérin hormonal

Le DIU au lévonorgestrel est un contraceptif de longue durée d'action de seconde intention après les stérilets en cuivre. L'indice de Pearl est de 0,2. Il est efficace pour cinq ans.

Il expose aux mêmes conditions d'utilisations et contre-indications que le DIU en cuivre auxquelles il faut ajouter les tumeurs hormono-dépendantes, la survenue ou apparition de migraine, les affections hépatiques, les thrombophlébites évolutives. Il coûte 125 euros et il est remboursé à 65%.

Pour tout type de DIU, les consultations de suivi gynécologique sont programmées un à trois mois après la pose, puis une fois par an.(3)(10)

Ces dispositifs qui ne nécessitent pas d'effort quotidien ne sont pas recommandés aux femmes qui ont des partenaires multiples ou dont le partenaire court un risque élevé de contracter une IST, puisque la femme se trouverait elle-même exposée à un haut risque d'infection. L'utilisation du DIU par une femme atteinte d'une IST accroît son risque de maladie inflammatoire pelvienne, de grossesse extra-utérine ou d'abcès pelvien. Une prémédication pour sa mise en place s'avère indispensable chez les femmes anxieuses.

(19)

C.Le préservatif

Le préservatif masculin a un indice de Pearl de 2. Il doit être utilisé à chaque rapport sexuel et son efficacité dépend de la coopération entre les partenaires.

Il est la seule méthode qui ait fait preuve de son efficacité dans la prévention de la transmission des IST grâce à son effet barrière.

Le cout à l'unité est d'environ 60 centimes et il n'est pas remboursé mais souvent distribué gratuitement dans les centres médicaux.(3)(10)

En psychiatrie, il faut encourager l'utilisation des préservatifs chez toutes les patientes lorsqu'il existe un risque d'IST. On pourrait croire que les patientes placées en institut sont moins susceptibles de contracter une IST, en fait, certaines d'entre elles y compris celles qui sont internées ont une vie sexuelle plus active que la population générale.(21)

Il convient d'expliquer aux patientes les modalités d'utilisation du préservatif qui garantissent son efficacité.

D.Les méthodes contraceptives naturelles

Ces méthodes ont une mauvaise efficacité et sont très dépendantes de la qualité d'utilisation.

Méthodes	Indice de Pearl*
Méthode d'ovulation	3
Méthode des deux jours	4
Méthode des jours fixes	5
Diaphragmes avec spermicides	6 à 16
Préservatifs féminins	5 à 21
Autres méthodes de connaissance de la fécondité	24 à 25
Retrait	4 à 27
Spermicide	18 à 29
Capes cervicales	9 à 32
Pas de méthode	85

Tableau 1 : L'indice de Pearl des principales méthodes contraceptives naturelles(3)

*Selon l'utilisation correcte ou non

Elles sont à proscrire chez les patientes en psychiatrie car leurs efficacités sont mauvaises et très dépendantes des modalités d'utilisation.

E.La stérilisation féminine

La stérilisation est la suppression délibérée et réfléchie de la fécondité sans atteinte des autres fonctions sexuelles ou endocrines.(3)

C'est une méthode contraceptive chirurgicale irréversible qui doit être utilisée chez la patiente majeure et en dernier recours sauf motifs médicaux spécifiques (maladies génétiques, césariennes multiples...) ou urgence.(3)

Il existe en théorie trois groupes d'interventions:

-celles visant à ligaturer ou à obstruer les trompes

-celles modifiant les rapports anatomiques entre la trompe et l'ovaire

-celles intéressant l'utérus(3)

Elle est indiquée chez les femmes majeures en âge de procréer souhaitant un moyen de contraception permanent et destiné à être irréversible, de même la stérilisation est proposée lorsque la grossesse ou les contraceptifs classiques sont contre-indiqués.(3)

Elle doit s'inscrire dans une réflexion éthique et déontologique après consentement éclairé et libre dans un délai de 4 mois. Après confirmation écrite de la patiente, l'intervention a lieu dans un établissement de santé. Cette méthode est remboursée à 80%.(3)

Le pourcentage de femmes ayant une grossesse non désirée dans la première année après stérilisation féminine (toutes techniques confondues) est de 0,5.(22)

Lorsque les risques liés à la stérilisation l'emportent sur les bénéfices, il faut préférer d'autres méthodes de contraception sur le long terme hautement efficaces.(22)

Les complications à court terme sont celles de la chirurgie. La complication à long terme est le risque de grossesse extra-utérine dont le risque cumulé sur 10 ans est de 0,73%. Cette méthode n'a pas montré d'augmentation du risque de cancer du sein, de l'endomètre ou du col de l'utérus. Plusieurs études ont montré un effet protecteur de la ligature tubaire sur la survenue des cancers de l'ovaire.(3)

La difficulté en psychiatrie est de s'assurer du consentement libre et éclairé de la patiente.

1.2.Législation et éthique concernant la contraception et la stérilisation

A.La contraception

Le droit à la sexualité est un droit fondamental mais lorsqu'il concerne les patientes en psychiatrie, il est souvent considéré comme un facteur de risque de perturbation dans l'institution hospitalière, d'IST ou de grossesse. Ce droit nécessite de la part de la patiente une compréhension de l'intérêt de contrôler sa fécondité pour une période donnée en utilisant un contraceptif adapté.(26)

La prescription d'un contraceptif demande une compréhension et un consentement obligatoire de la patiente qui dépendent de la qualité de l'information donnée. Lorsque les patientes sont dans l'incapacité de choisir une méthode contraceptive, c'est aux familles et aux professionnels de santé que revient la charge de rechercher les solutions les plus adaptées en fonction de l'histoire de la patiente, de ses moyens et de ses désirs exprimés. En médecine générale, il est difficile d'aborder la contraception dans son ensemble dans le cadre d'une consultation qui n'y est pas dédiée. La consultation de médecine générale durant en moyenne 15 à 20 minutes, limite le nombre de sujets abordés. Afin d'optimiser la prise en charge, une consultation ciblée sur la contraception semble nécessaire. Celle-

ci va permettre d'élaborer une approche éducative, de conseil et d'accompagnement. En pratique, le modèle BERGER de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) propose un déroulement de la consultation du suivi en six étapes :

1. Bienvenue : accueil de la patiente, explication du déroulement de la consultation et de ses objectifs.

2. Entretien : recueil d'informations de la patiente et élaboration d'un diagnostic éducatif partagé. Le diagnostic éducatif va permettre à la patiente, à l'aide du médecin, d'identifier ses besoins, d'appréhender les différents aspects de sa personnalité et de prendre en compte ses demandes.

3. Renseignement : délivrance d'informations claires, hiérarchisées et adaptées. Il est essentiel que le médecin s'assure de la bonne compréhension des informations concernant les méthodes contraceptives.

4. Choix : le médecin souligne que la décision finale appartiendra à la patiente. Pour l'aider à choisir, il peut l'inciter à réfléchir sur sa situation personnelle et ses caractéristiques associées.

5. Explication : discussion autour de la méthode contraceptive choisie et de son emploi.

6. Retour : les consultations de suivi sont l'occasion de réévaluer la méthode contraceptive et son utilisation, et de vérifier qu'elle est bien adaptée à la patiente et que celle-ci en est satisfaite. Elles vont permettre de prendre en compte les modifications des conditions médicales, personnelles, affectives et sociales.(27)(60)

L'Article 4127-36 du code de la santé publique, révisé en 2003, stipule que :

«Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences. Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que ses proches aient été prévenus et informés, sauf urgence ou

impossibilité ». Aucun texte de loi ne prévoit la prescription de contraceptifs sans consentement de la patiente.(29)

En 1996, l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) dénombre le chiffre de 15 000 femmes handicapées mentales stérilisées en France.(37)

Suite à cette polémique de stérilisations abusives, l'IGAS (inspection générale des affaires sociales) « envisage » le recours à la contraception sans consentement dans deux cas de figure :

1-Une patiente souffrant de troubles mentaux qui diminuent sa capacité de discernement avec un risque d'être enceinte.

2-Une patiente dont les troubles mentaux rendent incapable de comprendre la relation entre relations sexuelles et grossesse.

Lorsqu'une patiente refuse consciemment toute contraception, il faut garder à l'esprit la déclaration des principes d'éthique médicale européenne adoptée par une conférence internationale des ordres, le 6 janvier 1987, article 4 :

« Sauf urgence, le médecin doit éclairer le malade sur les effets et les conséquences attendus du traitement. Il recueille le consentement du patient, surtout lorsque les actes proposés présentent un risque sérieux. Il ne peut substituer sa propre conception de la qualité de la vie à celle de son patient. »(26)

Le consentement libre et éclairé des patientes en psychiatrie pose fréquemment problème. Il faut s'assurer de la compréhension de l'information et de la pleine conscience de la décision à un moment où la pathologie psychiatrique peut affecter les capacités de raisonnement. Pour obtenir ce consentement libre et éclairé, il faut se donner les moyens de s'assurer que la patiente puisse différencier acte sexuel, grossesse et maternité, et qu'elle puisse se représenter ce qu'est dans la réalité la charge d'un enfant.(26)

Pour garantir les meilleures conditions de prise de décisions, le CCNE (comité consultatif national d'éthique) propose que soit respecté un certain nombre de modalités de prise de décision :

1-Faire part de la demande de la patiente par d'autres consultants que le médecin généraliste

2-Prévoir une forme de prise de décision collective centrée sur la patiente

3-S'assurer du suivi de la patiente(26)

B.La stérilisation

Concernant la stérilisation comme moyen de contraception, il faut se rappeler que c'est un geste chirurgical irréversible aux conséquences imprévisibles sur la physiologie et la psychologie des patientes.

L'article 16-3 du Code civil rappelle :

«En France, les deux conditions qui définissent le cadre de la stérilisation sont la nécessité thérapeutique et le consentement de la patiente. »

La stérilisation comme moyen de contraception est autorisée en France depuis 2001. Elle s'adresse aux patientes majeures dans le cadre d'un établissement de santé avec le recueil d'un consentement écrit et avec un délai de réflexion de 4 mois.(10)

Sur le plan déontologique, l'article 41 du décret du 28 juin 1979 prévoit que :

« Aucune intervention mutilante ne peut être pratiquée sauf motif médical très sérieux et, sauf urgence ou impossibilité, sans information de l'intéressé et sans son consentement ».

(8)

En 1996, le CCNE a été saisi par les praticiens et a émis des avis sur la stérilisation chez les patientes handicapées mentales.

Il a envisagé le recours à la stérilisation si aucun autre moyen contraceptif n'est envisageable en fonction de trois propositions:

1-Soit de s'en tenir aux articles 222 et 222-3 du code pénal qui condamnent « l'atteinte à l'intégrité physique ou psychique de la personne » « Sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de son auteur ».

2-Soit d'assouplir le texte législatif pour considérer les demandes de stérilisation dans des cas précis et avec une indication médicale.

3-Soit d'accepter la stérilisation dans le cas de nécessité thérapeutique ou contraceptive sans justification médicale.

La CCNE préconise de prendre la décision de façon collégiale (médecins, juristes, assistants sociaux) dans une commission indépendante des familles et tuteurs.(26)

Pour l'UNAPEI (Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis), la famille et les tuteurs ne doivent pas être exclus lors de la décision d'une éventuelle stérilisation.

En 1997, suite à cette polémique d'éventuelles stérilisations forcées le CNOM (Conseil national de l'Ordre des médecins) rappelle que la stérilisation doit être utilisée en dernier recours et qu'il faut tout mettre en oeuvre pour essayer d'obtenir le consentement de la patiente ou le cas échéant la décision unanime de tous ceux qui ont la charge de la patiente.

En 1998, l'IGAS propose l'autorisation de la stérilisation quand la contraception est impossible avec l'exigence d'un consentement libre et éclairé. Dans le cas où la patiente présente une contre indication à une contraception réversible et que le consentement n'est pas libre et éclairé, l'IGAS propose une procédure via un tribunal judiciaire. Dans ce contexte, le texte de loi du 4 juillet 2001 stipulé par l' Article L 2123-1 rassemble les avis

de la famille ou représentants légaux, d'un comité d'expert et de représentants d'associations dans le cadre d'un tribunal judiciaire afin de prendre une décision.(37)

Dans d'autres cas, la stérilisation peut être proposée dans un but eugénique notamment dans les risques de transmission de maladies génétiques à la descendance, mais strictement encadrée par un conseil génétique et un gynécologue.(27)

1.3.Les infections sexuellement transmissibles (IST)

A.Généralités

Les IST sont des maladies dont les agents responsables peuvent se transmettre au cours de relations sexuelles. Les IST les plus connues sont le VIH, les hépatites B et C, l'herpès, la blennorragie gonococcique, les chlamydioses, la syphilis, les papillomavirus, le mycoplasme et la trichomonase.(33)(34)(Annexe 2 : principaux symptômes et complications des IST(35); Annexe 3 : examens, contextes législatifs et vaccins disponibles selon l'IST(34))

Les principaux intervenants sont les médecins généralistes, les gynécologues et les dermatologues. Les médecins généralistes ont une place prépondérante dans la prévention et le dépistage des IST car leur prise en charge est inscrite dans la durée et non systématiquement attachée à une pathologie. Ils ont le rôle de médiateur avec d'autres spécialistes qu'ils pourront solliciter lorsque cela lui semblera nécessaire afin d'optimiser la prise en charge multidisciplinaire.

En dehors de l'infection de l'hépatite B et du VIH, il n'existe pas de déclaration obligatoire pour les autres IST. Leur surveillance est organisée via des réseaux sentinelles de laboratoires (par exemple Renago pour les infections à gonocoque, Renachla pour les infections à Chlamydiae) et par des médecins, elle n'est donc pas exhaustive mais renseigne sur des tendances de l'épidémie.(31)

Les observations des laboratoires montrent en 2012 :

- Une augmentation globale des IST en France
- Un nombre d'infections à gonocoques qui augmentait surtout en Ile-de-france sans différence de sexe, cela représentait 23% des femmes hétérosexuelles dépistées. La

co-infection avec le VIH était en diminution avec une prévalence de 0% chez les femmes hétérosexuelles.

- Les infections par le virus de l'hépatite B concernaient avant tout les personnes originaires de pays endémiques et les usagers de drogues intra-veineuses.(31)

Depuis 2010, un plan national de lutte contre le VIH et les IST vise à améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge médicale face à cette recrudescence des IST sous évaluées.(34)

Le corps médical, toutes spécialités confondues, doit promouvoir l'utilisation du préservatif et des vaccins contre l'hépatite B et HPV, faire pratiquer des frottis vaginaux régulièrement, informer et éduquer à propos des IST.(34)

- **Le Dépistage**

Le plan national de lutte contre le VIH et les IST vise à promouvoir le dépistage. Le rôle du médecin généraliste est de le proposer à l'ensemble de la population, hors notion de facteurs de risque. Il se trouve en première ligne pour encourager et faciliter le recours volontaire individuel au dépistage. Les IST étant le plus souvent asymptomatiques, il faut surtout favoriser le dépistage précoce chez les populations à risques : les jeunes de moins de 25 ans éloignés des soins, les personnes en situation de handicap, les personnes ayant des conduites sexuelles à risques (multipartenaire, prostitution,...), les détenus, les personnes migrantes, les toxicomanes, les personnes ayant des antécédents d'IST, séropositives et partenaires de séropositifs.(33)

Les recommandations de l'HAS préconisent:

-Un dépistage des chlamydias chez les femmes de moins de 25 ans qui fréquentent les centres de dépistages des IST et VIH, les centres d'interruption volontaire de grossesse et les centres de planification ou d'éducation familiale

-Un dépistage de la syphilis chez les prostituées, les migrants, les détenues(33)

Les IST favorisent la transmission du VIH dont il existe une recrudescence à cause du manque de prévention et une augmentation des conduites à risques. En 2012, environ 6400 personnes avaient découvert leur séropositivité, 39% de ces diagnostics étaient précoces et 27% étaient tardifs.(33)

On recommande un test de dépistage du VIH (nécessite un consentement éclairé) :

-A toute personne qui en fait la demande

-Chez les patientes ayant des facteurs de risques

-Lors d'un diagnostic d'une IST, hépatite B ou C ou d'une tuberculose; pour un couple en projet de grossesse; en cas de demande d'IVG ou arrêt du préservatif; en cas de viol; en cours d'incarcération; en cas de symptômes d'une primo-infection par le VIH(33)

Il est difficile d'appliquer le dépistage chez tous les patients dans les milieux où l'observance médicale peut être de mauvaise qualité, et où l'abord somatique passe en second plan derrière le versant psychiatrique.

Ce dépistage peut être abordé selon plusieurs occasions :

-Lors d'une demande de la patiente

-Lorsque la patiente présente une symptomatologie compatible avec une IST

-Lors d'une consultation gynécologique

-Lors d'une première consultation

-Lors d'une situation de vulnérabilité de la patiente (séparation, divorce, pratiques addictives, incarcération...)(33)

La prévalence des IST chez les patients atteints de pathologies psychiatriques est supérieure à celle de la population générale à cause de l'aspect communautaire, des prises de risques sexuels, des toxicomanies, du manque de prévention, des vulnérabilités lors des périodes de décompensation.(6)

Les troubles mentaux sont des facteurs de risque de contracter le VIH, et la présence du VIH accroît le risque de développer des troubles mentaux comme l'encéphalopathie, la dépression, les troubles maniaques et les troubles cognitifs. Les comorbidités qui en résultent, compliquent le dépistage, le diagnostic et la qualité des soins fournis.(4)

Au total, les patientes atteintes de pathologies psychiatriques représentent une population à risque élevé de transmission des IST qui nécessitent une éducation et des informations sur la sexualité lors des prises en charges médicales. Le dépistage doit être effectué de manière systématique via tous les moyens disponibles.

B.La sexualité en psychiatrie

Depuis la circulaire de secteur en 1960, la mixité dans les établissements psychiatriques est officialisée puis démocratisée dans les années 1970. La vie sociale et relationnelle des patients progressent mais se posent alors deux problèmes : le risque de grossesse et la formation de couples dans lesquelles les états psychiatriques peuvent potentiellement mal évoluer, selon l'état de décompensation de la maladie.

L'interdiction des rapports sexuels au sein de l'institution psychiatrique n'est inscrite dans aucun texte officiel. Au contraire, ce principe de droit de disposer de son corps est appuyé par de nombreux textes émis par le conseil constitutionnel et la cour européenne des droits de l'homme. Dans le cas d'une hospitalisation sans consentement, il existe une restriction juridique qui limite les droits parmi lesquels ne figurent pas celui d'entretenir des relations sexuelles.

Il a été démontré que plus de 70% du personnel médical avaient connaissance de relations sexuelles entre patients dans l'établissement, même lorsqu'il est fait état d'une interdiction. Pratiquement tous les patients rencontrés ont témoigné d'une sexualité active dans l'établissement ou à l'extérieur, et les deux tiers évoquent plusieurs relations sexuelles "non protégées".(40)

1.4.Le dépistage des cancers gynécologiques

Il n'existe pas de données sur l'existence de liens entre la survenue des cancers et les pathologies psychiatriques.

Il existe des freins aux dépistages chez certaines populations qui peuvent correspondre à des critères liés aux comorbidités de patientes atteintes de pathologies psychiatriques :

-Les bénéficiaires de la CMU (couverture maladie universelle) réalisent moins souvent le frottis cervico-utérin et les mammographies de dépistage

-Les freins d'ordre culturel et économique sont plus importants chez les femmes en situation de précarité dont le suivi médical est irrégulier

-Les sites de prélèvements gratuits manquent concernant le dépistage des cancers du col de l'utérus(41)

Le plan de lutte national contre le cancer inclut un programme de prévention et de dépistage organisé des cancers du col de l'utérus et du sein. Ces actions ont permis une diminution de l'incidence et de la mortalité de ces cancers dans la population générale. Le dépistage organisé nécessite un consentement libre et éclairé.

Les maladies somatiques chroniques et les troubles psychiatriques, fréquemment associés, s'aggravent mutuellement. Il est donc primordial de favoriser le dépistage de ces maladies chroniques chez les patients atteints de maladies psychiatriques.

Dans la population psychiatrique, il a été démontré que l'incidence de cancer n'en est pas différente de celle de la population générale mais que la mortalité est plus élevée du à un dépistage tardif avec une moindre accessibilité et qualité des soins.(43)

1.Le cancer du col de l'utérus

Le cancer du col de l'utérus est le dixième cancer chez la femme en France par sa fréquence. Son pic d'incidence est à l'âge de 40 ans . Les taux d'incidence et de mortalité par cancer au col de l'utérus sont en diminution grâce à la prévention et au dépistage national. Le Nord-Pas-de-Calais fait partie des régions où la mortalité est la plus élevée.
(41)

Les symptômes du cancer du col de l'utérus sont peu spécifiques et tardifs :

-métrorragies spontanées ou lors des rapports sexuels, dyspareunies, leucorrhées, douleurs pelviennes, parfois une dysurie, un ténesme ou des douleurs lombaires.

Le cancer du col utérin met en moyenne 15 à 20 ans pour se développer après la persistance d'une infection à HPV (virus du papillome humain) à haut risque.(41)

Les facteurs de risque sont :

-l'infection persistante à HPV est nécessaire, mais non suffisante

-la précocité de l'activité sexuelle, la multiplicité des partenaires sexuels, l'immunodéficience, la parité élevée

-les HPV génotypes 16 et 18, l'infection simultanée de HPV oncogéniques, la forte charge virale

-le tabagisme, la coïnfection par une IST ou VIH, l'utilisation prolongée de contraceptifs oraux(41)

Le frottis cervico-utérin:

Le dépistage du cancer du col de l'utérus se fait par frottis cervico-utérin chez les femmes entre 25 et 65 ans, vaccinées ou non contre le papillomavirus.

Il fait appel aux gynécologues, médecins généralistes et sages-femmes. Il est préconisé tout les 3 ans après deux frottis normaux à un 1 an d'intervalle.

Le taux de couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus avait été estimé à 58 % entre 2007 et 2009. Seules 8 % des femmes âgées de 25 à 65 ans font leur frottis tous les 3 ans régulièrement.

Il a été démontré que certaines actions favorisent l'adhésion au dépistage :

-les actions d'éducation avec un support vidéo ou papier, multipliant par 4,6 le taux d'adhésion au dépistage

-faire le frottis cervico-utérin de dépistage par un médecin femme multiplie par 2,5 le taux d'adhésion au dépistage

-annoncer les résultats du frottis(41)

Le vaccin:

En France la vaccination anti-HPV (type 6,11,16 et 18) n'est pas obligatoire, mais elle est recommandée aux jeunes filles âgées de 11 à 14 ans avec un rattrapage pour certaines jeunes filles de 15 à 23 ans. Son efficacité est de 100%. Une jeune fille est considérée à jour dans sa vaccination lorsqu'elle a reçu 3 doses de vaccin anti-HPV. Moins de la moitié des jeunes filles initient une vaccination anti-HPV et moins d'un tiers des jeunes filles ont reçu une vaccination complète.

Pour l'HAS, il apporte une amélioration du service médical rendu modérée car son utilisation entraîne une diminution de l'utilisation du préservatif, un décalage du cancer du col de l'utérus vers un âge plus avancé et une diminution du recours au frottis.(45)

Le dépistage chez les femmes vaccinées doit être maintenu car la vaccination ne protège pas contre tous les génotypes responsables de cancer du col de l'utérus.(41)(42)

2.Le cancer du sein

Avec une incidence supérieure à 50 000 nouveaux cas par an, le cancer du sein est le cancer plus fréquent chez la femme avec un taux de mortalité de près de 20% qui tend à diminuer grâce au dépistage précoce et à l'amélioration des traitements. L'incidence du cancer du sein double chez les femmes de 40 à 54 ans.

Les symptômes principaux sont représentés par l'apparition d'une masse fixée non douloureuse, non rythmée par les menstruations, qui peut être dure, irrégulière et associée à des signes inflammatoires du sein.

Les facteurs de risque sont :

- l'âge supérieur à 30 ans
- l'expression de gènes BRCA1 ou BRCA2
- les facteurs hormonaux qui augmentent le taux d'oestrogène
- la non fécondité ou la fécondité tardive (âge supérieur à 30 ans)
- les facteurs environnementaux (radiations, alimentation)
- l'obésité

Le programme national de dépistage organisé du cancer du sein s'adresse aux femmes de 50 à 74 ans consistant en la réalisation d'un examen clinique et d'une mammographie tous les deux ans. Celle-ci est réalisée dans le cadre du tiers payant pour garantir un accès égal au dépistage. Son taux de participation est supérieur à 50%.

Le dépistage organisé a permis de dépister environ 35 % des nouveaux cas de cancers invasifs chez les femmes de 50 à 74 ans.(44)(1)

2. Matériels et Méthodes

2.1. Objectifs

L'objectif de l'étude était d'évaluer l'état des lieux de la prise en charge gynécologique des patientes des services de psychiatrie du CAPI (Centre d'Accueil Psychiatrique Intersectoriel) de Roubaix et du CPAA (Centre Psychiatrique d'Accueil et d'Admission) de Lille.

Les objectifs secondaires étaient :

- Evaluer la contraception et la réalisation des dépistages
- Connaitre et évaluer les facteurs de risque
- Etablir les bases d'un futur travail ciblé sur l'élaboration de recommandations concernant le dépistage et le suivi gynécologique en psychiatrie
- Discuter sur la contraception adaptée aux comorbidités des pathologies psychiatriques

2.2. Type d'étude et échantillonnage

Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive et quantitative sur la période du 12 décembre 2013 au 19 février 2014. Elle était multicentrique : le CPAA à Lille et le CAPI à Roubaix. Les patientes majeures avaient été interrogées de manière anonyme après consentement. Les critères d'exclusions étaient le refus de la patiente, l'âge inférieur à 18 ans et l'incapacité à répondre aux questionnaires.

2.3.Outils et méthode de recrutement

Le recueil des données était réalisé dans le cadre d'un entretien médical, après consentement. Le questionnaire (Annexe 4 et 5) était composé de 3 parties concernant :

1.La patiente

2.La contraception

3.Le suivi

Les données ont été analysées par le logiciel SPHYNX au sein du département d'information et de recherche médicale de Lommelet. Nous avons utilisé le test de khi2 pour les comparaisons de variables et le test de l'écart réduit pour les comparaisons de moyennes. Nous avons analysé les données en fixant un « risque alpha » (probabilité de conclure à tort à une différence alors qu'elle n'existe pas) à 5%.

2.4.Variables, modalités et justifications du questionnaire

Le recueil nous a permis d'analyser plusieurs variables fournies directement par les questionnaires. Ces variables sont présentées à l'aide de tableaux.

A.Variables concernant la patiente

Variables	Modalités	Justifications
Age	Age en année	Description de l'échantillon
Profession	Plusieurs réponses possibles	
Niveau d'étude	Plusieurs réponses possibles	
Diagnostic psychiatrique	Plusieurs réponses possibles	
Année de début de suivi	Date en année	
Date d'entrée	Date en jour/mois/année	
Service	CAPI ou CPAA	
Antécédents personnels	Cancer du sein, utérin, col de l'utérus, ovarien IST, AVC, AIT, IDM	Evaluer les facteurs de risques et les antécédents pouvant contre-indiquer une contraception
Antécédents familiaux	Cancer du sein, utérin, col de l'utérus, ovarien	
Nombre d'IVG, de FCS, MFIU et d'enfants	Plusieurs réponses possibles	Evaluer les complications liées à la grossesse
Tabagisme	Paquet-année	Evaluer les facteurs de risques et les comorbidités
Alcoolisme	Verre hebdomadaire	
Indice de masse corporel	Kg/m	
Traitement en cours	Classe thérapeutique	Evaluer les classes médicamenteuse utilisées
Sexualité	Oui ou Non	Evaluer l'utilisation de contraceptif ou non

Tableau 2 : Variables, modalités et justifications concernant la patiente

B.Variables concernant la contraception

Variables	Modalités	Justifications
Type de contraception	Aucun, stérilet , implant, pilule ou préservatif	Evaluer l'utilisation de contraceptif ou non
Age de la première contraception	Age en année	
Nombre de contraception durant la vie	Plusieurs réponses possibles	
Ménopause	Oui ou non	Expliquer la non prise de contraceptif
THS	Oui ou non	Evaluer le recours à un THS

Tableau 3 : Variables, modalités et justifications concernant la contraception

C.Variables concernant le suivi

Variables	Modalités	Justifications
Date du dernier frottis	Date en année	Evaluer la qualité du suivi gynécologique
Spécialiste réalisant le frottis	Médecin généraliste ou gynécologue	
Date du bilan biologique	Date en année	
Vaccination anti-HPV	Oui ou Non	

Tableau 4 : Variables, modalités et justifications concernant le suivi

2.5.Ethique

Une information concernant l'anonymat était donnée telle que :

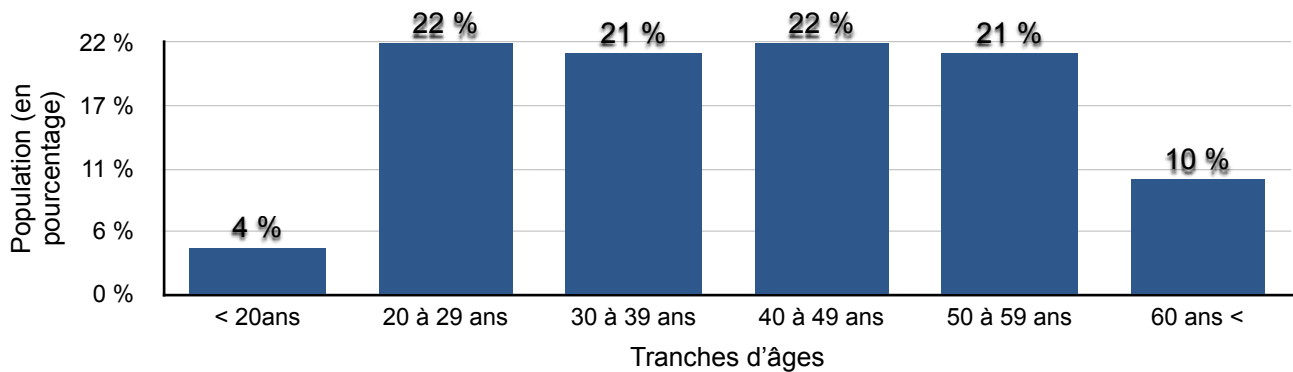
« Les informations anonymes recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à une thèse de médecine. Les destinataires des données sont le Dr Oureib, le Dr Fournier et l'interne Jean-Baptiste Guiset. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à Jean-Baptiste Guiset, service 59G12 Hôpital Lucien Bonnafé à Roubaix». L'avis à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés n'a pas été demandé car le fichier répond aux critères de la circulaire numéro 2006-138 du 9 Mai 2006.

3. Résultats

3.1. Description des patientes

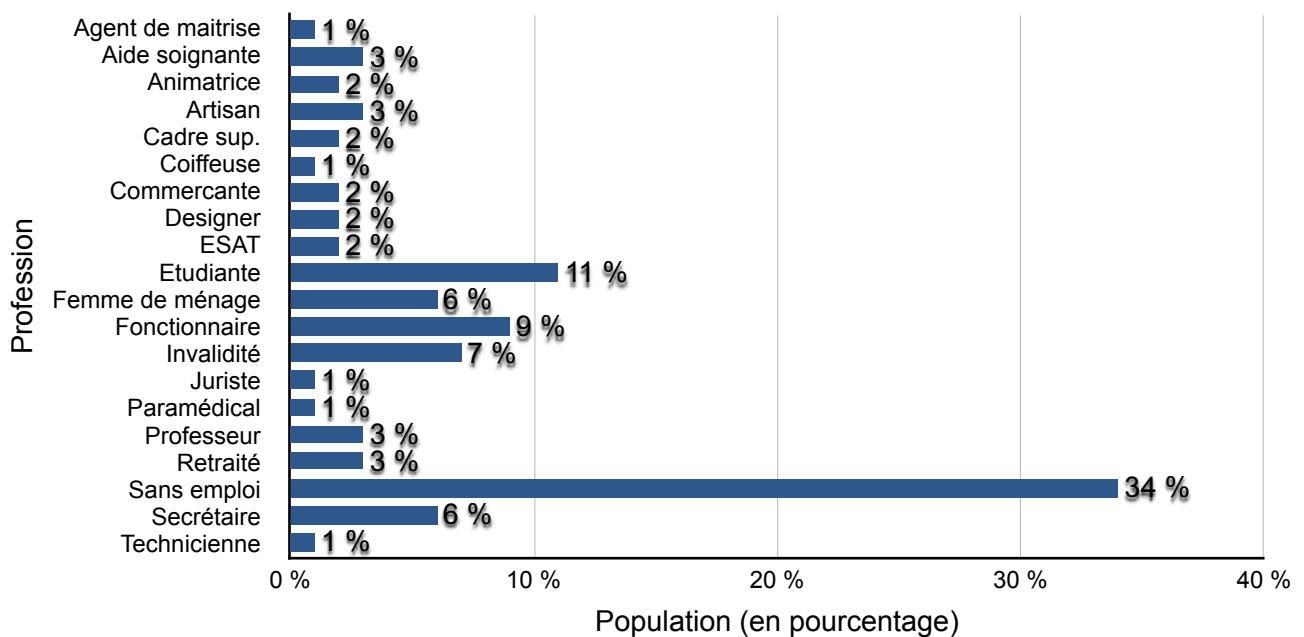
Lors de l'étude, 217 patientes avaient été hospitalisées et nous avons interrogé 70% (n=152) d'entre elles. Les patientes incluses étaient au nombre de 118, soit 78% des patientes interrogées.

86% (n=102) des patientes avaient entre 20 et 59 ans. L'âge moyen était de 41,37 ans.



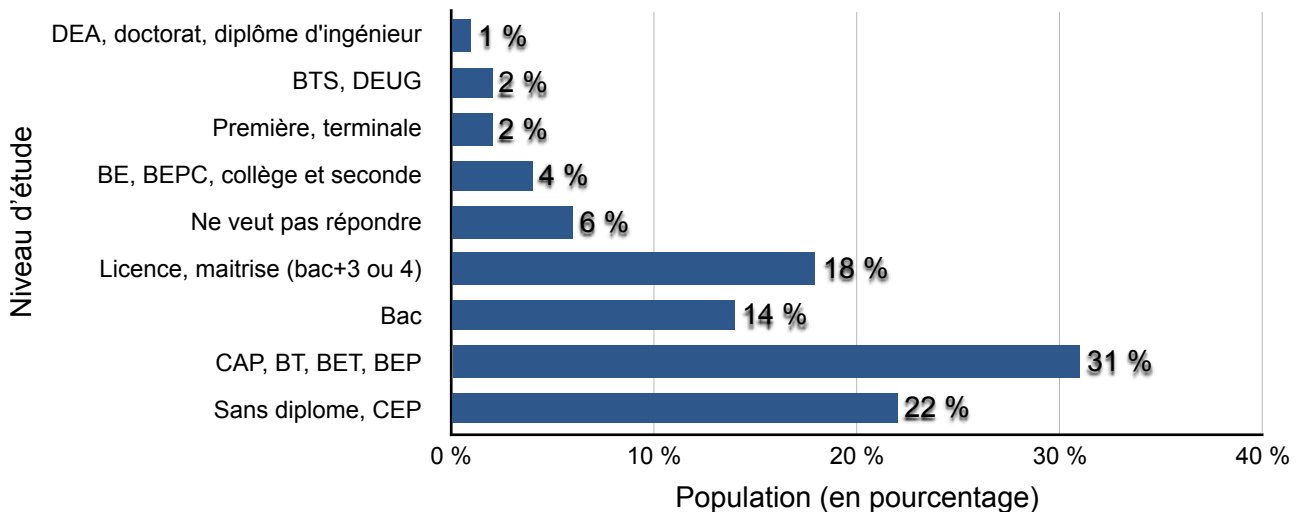
Graphique 1 : Répartition de la population étudiée en fonction de l'âge

34% (n=40) des patientes étaient sans emploi. Il y avait une diversité de profession, sans prédominance.



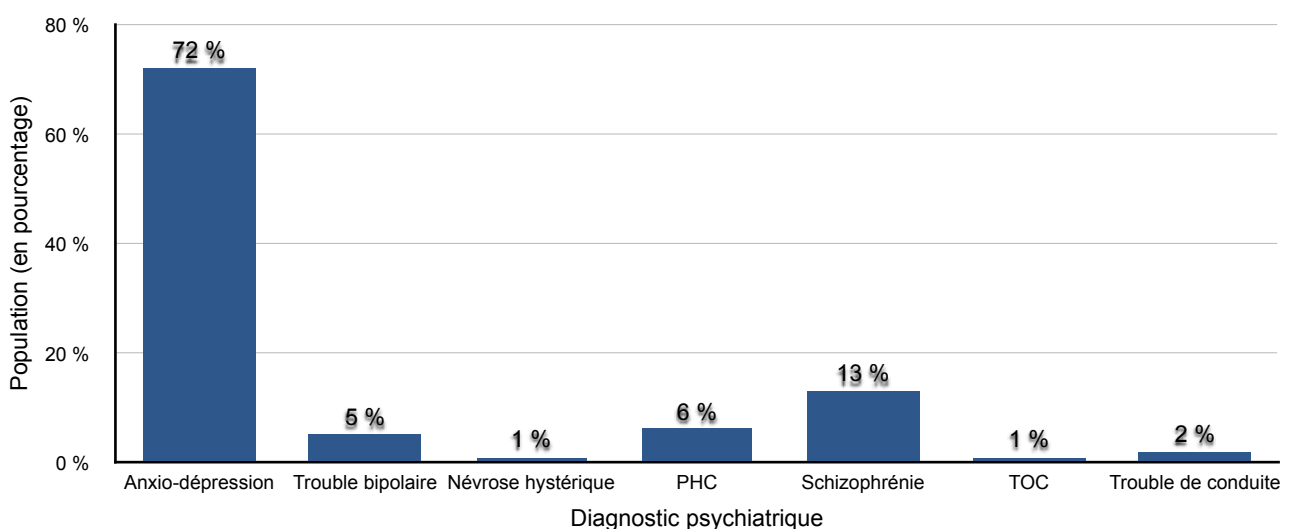
Graphique 2 : Répartition de la population étudiée en fonction de la profession

Le niveau d'étude de ces patientes selon la CITE (classification internationale de type de l'éducation allant de la maîtrise au niveau 1 au brevet d'étude professionnel dans le niveau 5) était pour 19 % (n=22) du niveau 1 et 2, pour 2% (n=2) du niveau 3 et pour 73% (n=86) de niveau 4,5 ou sans diplôme.

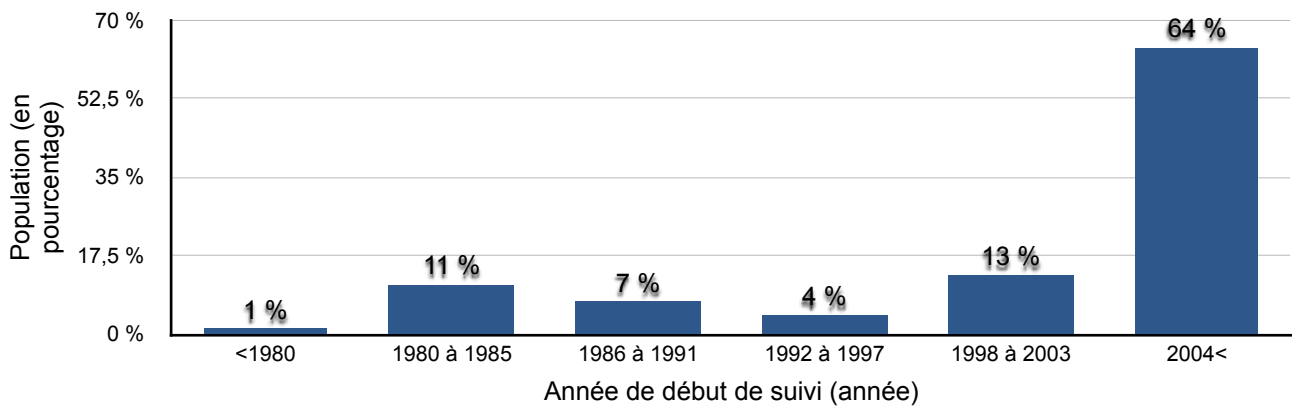


Graphique 3 : Répartition de la population étudiée en fonction du niveau d'étude

Ces patientes étaient atteintes pour 77% (n=91) d'un trouble de l'humeur, pour 18% (n=22) de psychose, pour 2% (n=3) de trouble de conduite et pour 2% (n=1) d'une névrose.



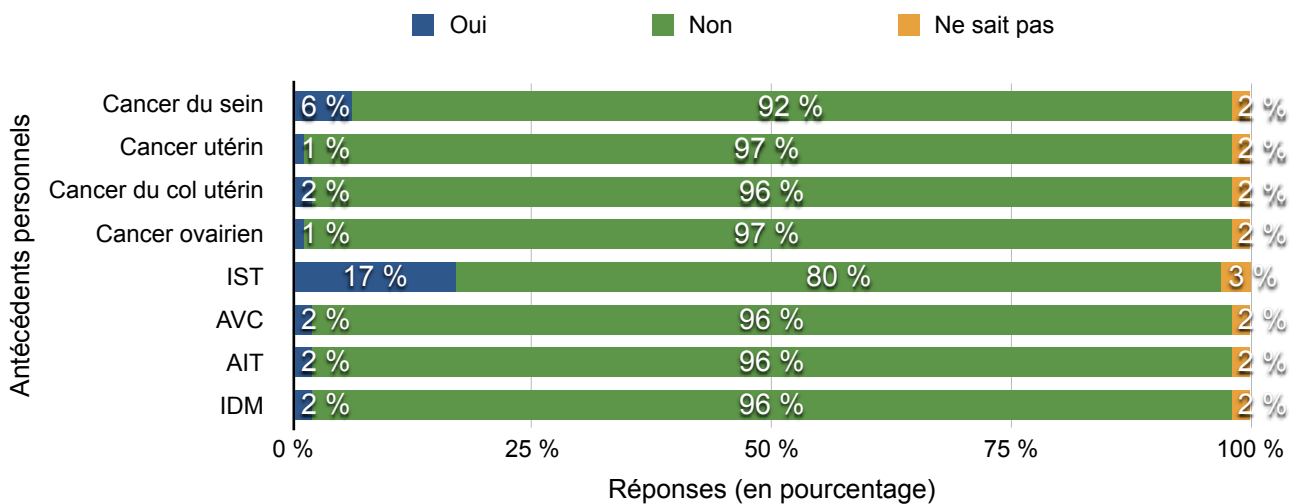
Graphique 4 : Répartition de la population étudiée en fonction des pathologies psychiatriques



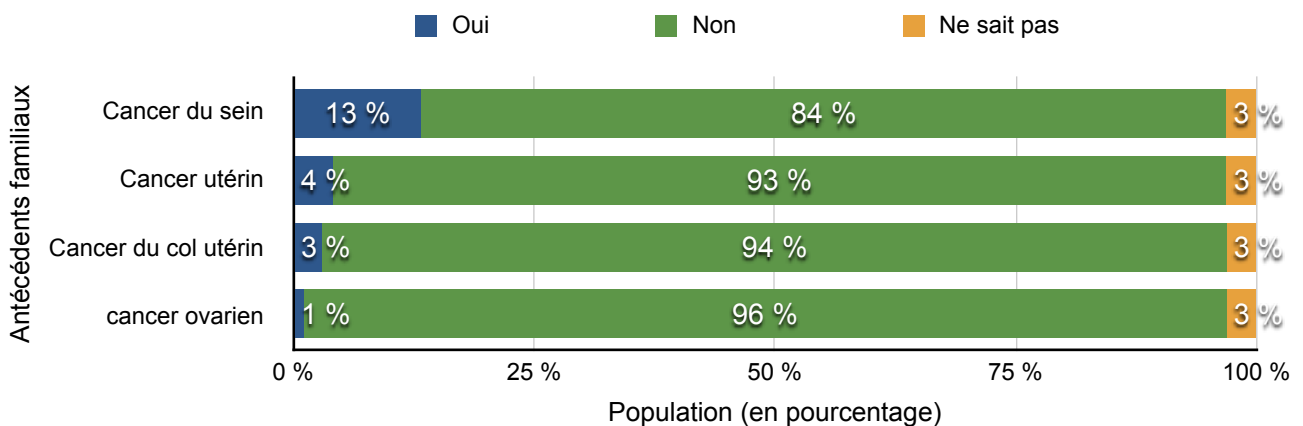
Graphique 5 : Répartition de la population étudiée en fonction de l'année du début de suivi

Les patientes étaient pour 57% (n=67) au CPAA et pour 43% (n=51) au CAPI.

17% (n=20) avaient un antécédent d'IST.

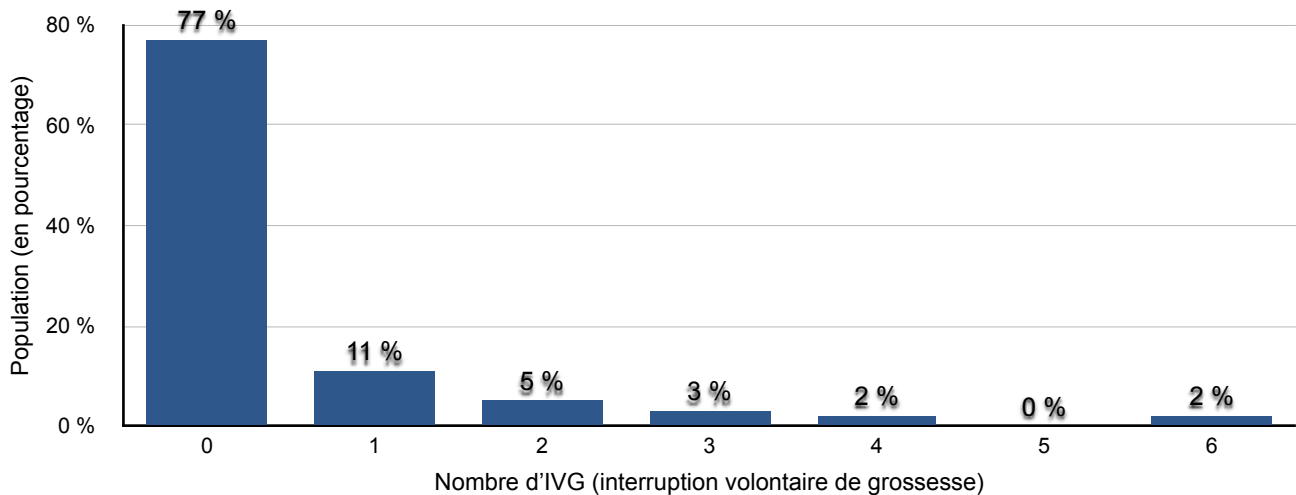


Graphique 6 : Répartition de la population étudiée en fonction des antécédents personnels



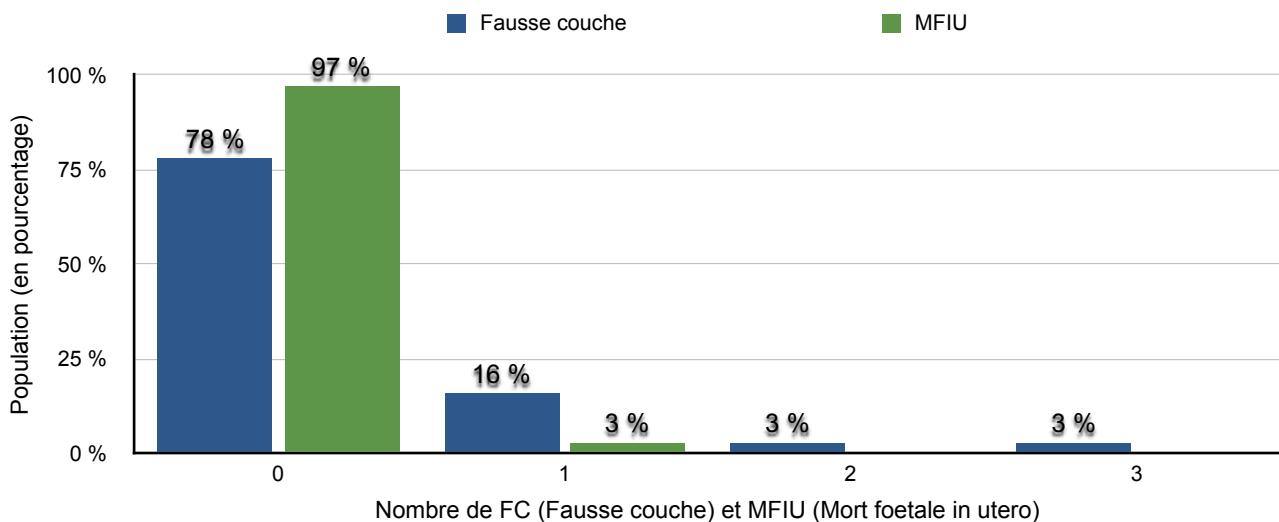
Graphique 7 : Répartition de la population étudiée en fonction des antécédents familiaux

23% (n=27) des patientes avaient eu recours à une IVG.



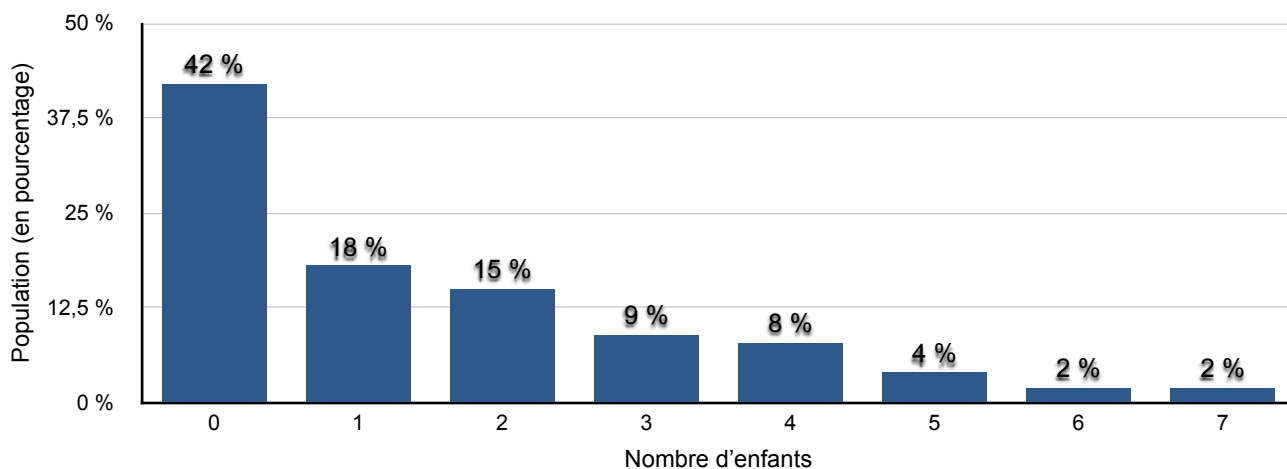
Graphique 8 : Répartition de la population étudiée en fonction du nombre d'IVG (moyenne=0,48)

22% (n=26) des patientes avaient comme antécédent une FC (fausse couche) et 3% (n=4) avaient comme antécédent une MFIU (mort foetale in utéro).



Graphique 9 : Répartition de la population étudiée en fonction du nombre de FC (moyenne=0,31) et de MFIU (moyenne=0,03)

50% (n=59) des patientes avaient entre 1 et 4 enfants. La moyenne du nombre d'enfants par femme est de 1,51.

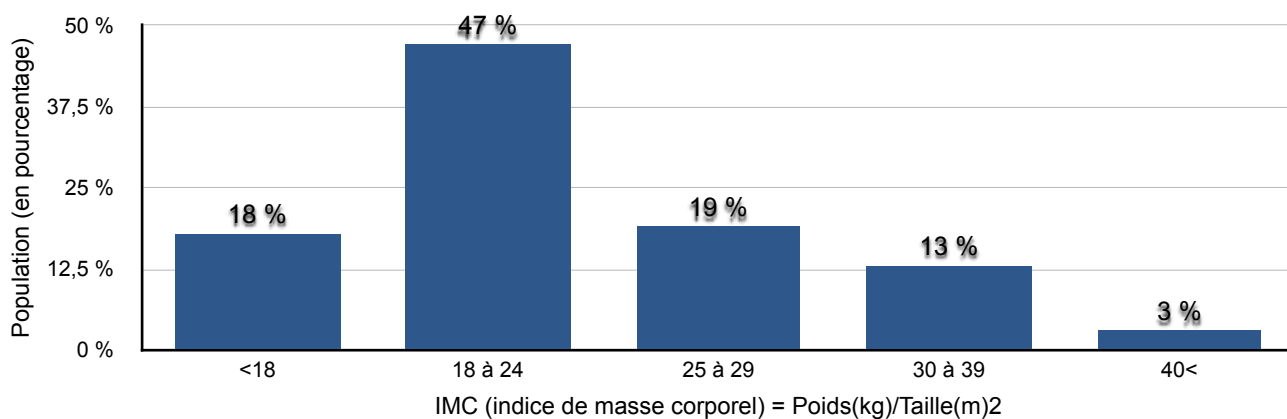


Graphique 10 : Répartition de la population étudiée en fonction du nombre d'enfants

69% (n=81) des patientes ne consommaient pas d'alcool et 12% (n=15) consommaient au moins un verre d'alcool par jour. Le nombre de verres moyen consommés par semaine était de 5,37.

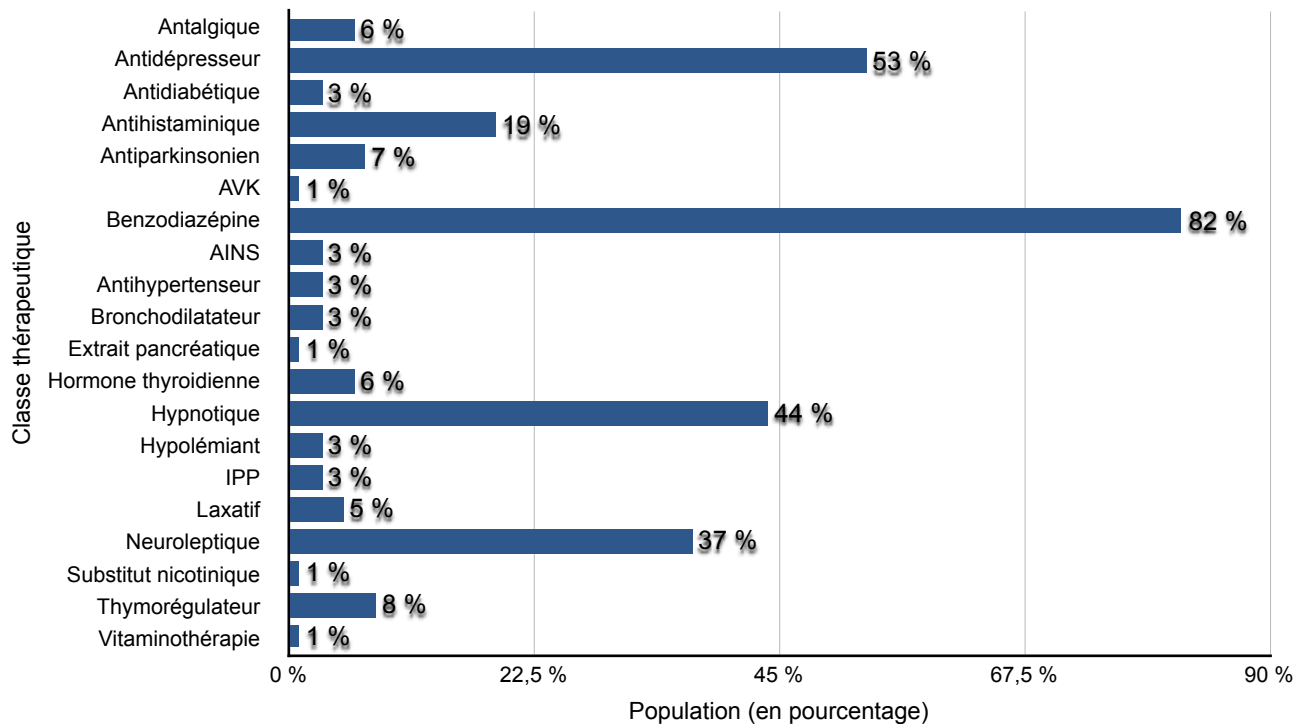
57% (n= 67) des patientes étaient fumeuses, dont 42% (n=28) avaient une consommation de plus de 20 paquets-années. Le nombre de paquet-année moyen était de 10,31.

18% (n=21) des patientes étaient en insuffisance pondérale, et 35% (n=41) avaient un IMC supérieur à 25.



Graphique 11 : Répartition de la population étudiée fonction de l'IMC (moyenne=23,70)

82% (n=97) des patientes utilisaient des benzodiazépines, suivies par les antidépresseurs à 53% (n=62), les hypnotiques à 44% (n=52), les neuroleptiques à 37% (n=44) et les anti-histaminiques à 19% (n=22).



Graphique 12 : Répartition de la population étudiée en fonction de leur traitement

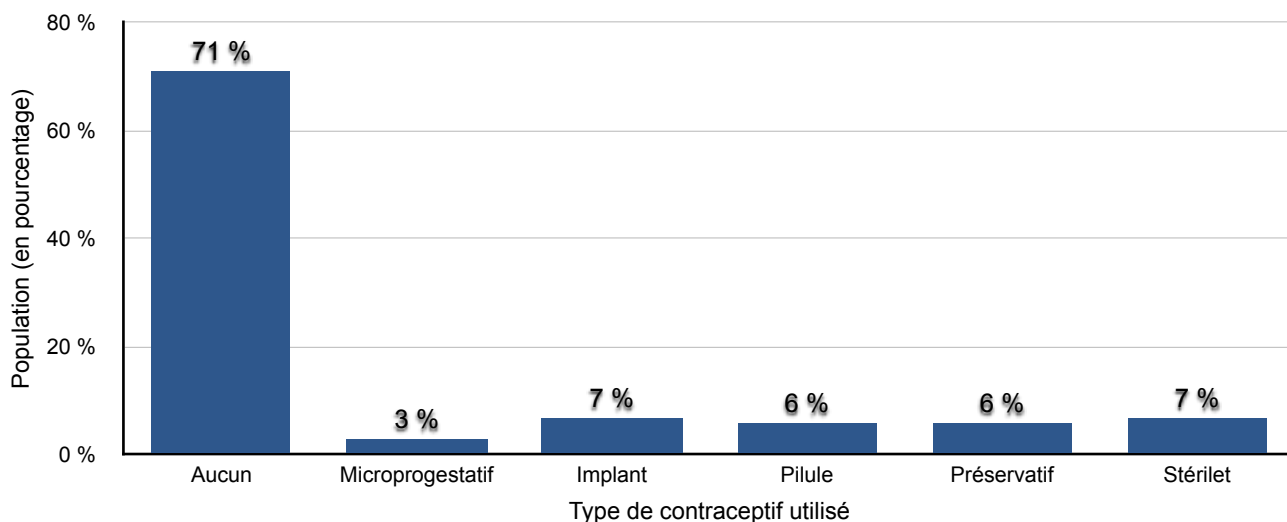
49% (n=58) des patientes avaient une vie sexuelle active (au moins une relation dans les 6 derniers mois).

23% (n=27) des patientes avaient déjà fait une IVG qui s'inscrivait dans 21% (n=57) des grossesses totales des patientes.

Chez les patientes ayant déjà eu une grossesse, 72% (n=26) avaient déjà eu au moins une fausse couche.

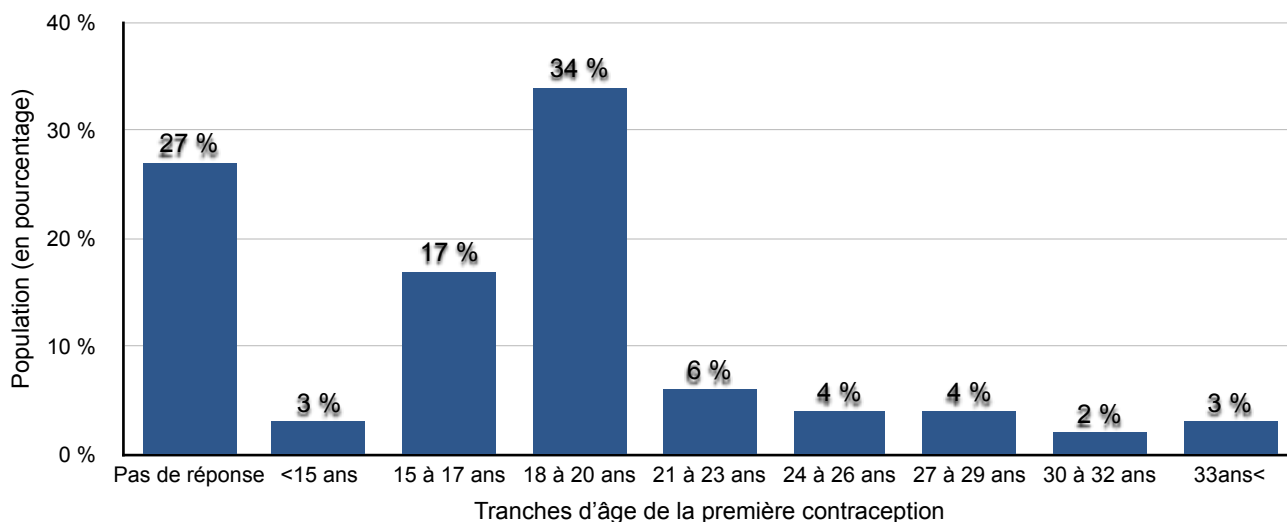
3.2. Description de la contraception

Il y avait 71% (n=84) des patientes qui n'utilisaient pas de contraceptif.



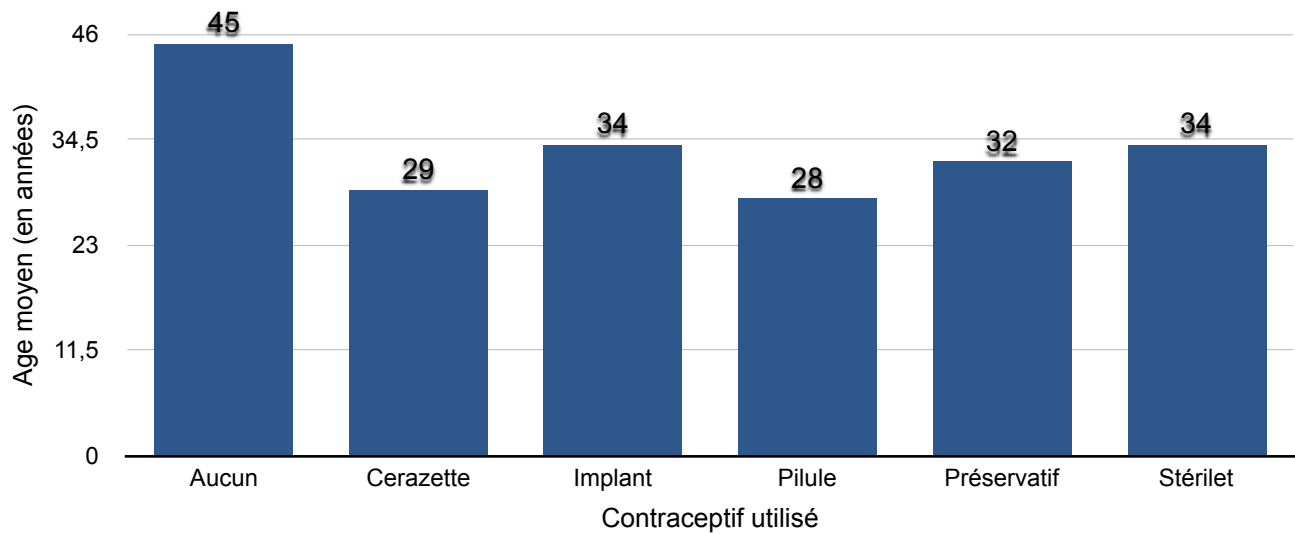
Graphique 13 : Répartition de la population étudiée en fonction du contraceptif qui était utilisé lors de l'interrogatoire

Pour 81 % (n=96) des patientes qui avaient utilisé une contraception, la première utilisation s'était faite avant 23 ans.



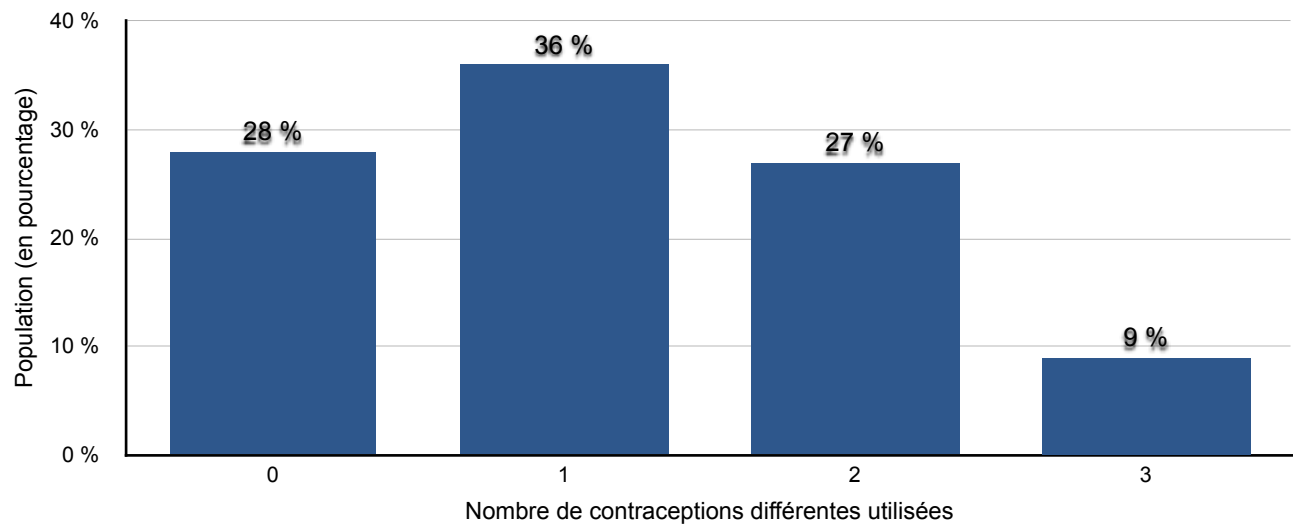
Graphique 14 : Répartition de la population étudiée fonction de l'âge lors de la première contraception (moyenne=20,07)

La moyenne d'âge des patientes ayant une vie sexuelle était de 36 ans. La moyenne d'âge de celles qui n'en n'avaient pas, était de 47 ans.



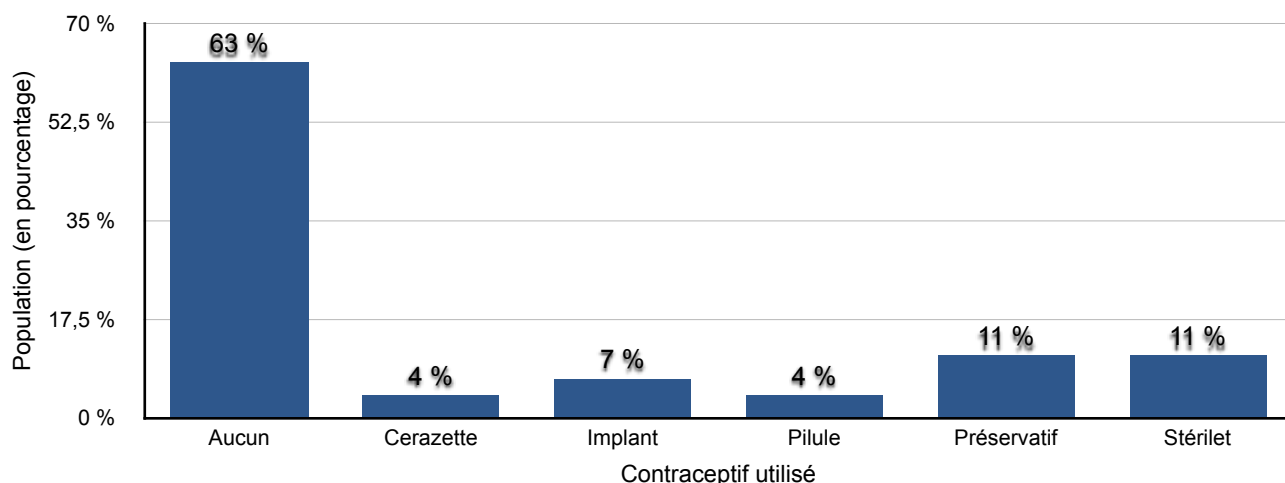
Graphique 15 : Age moyen selon le contraceptif utilisé

28% (n=33) des patientes n'avaient jamais utilisé de contraceptif.



Graphique 16 : Répartition de la population étudiée selon le nombre de contraceptions différentes utilisées (moyenne=1,16)

Chez les patientes aux antécédents d'IVG, 63% (n=17) n'utilisaient pas de contraceptifs.



Graphique 17 : Type de contraceptif utilisé dans la population étudiée avec antécédent d'IVG

Chez les patientes qui utilisaient une pilule OP, 14% (n=1) avaient un antécédent familial au premier degré de cancer de sein et 29% (n=2) avaient un antécédent familial au premier degré de cancer de l'utérus.

55% (n=31) des patientes non ménopausées ayant une activité sexuelle n'utilisaient pas de contraceptif.

57% (n=4) des patientes sous pilule OP avaient bénéficié d'un bilan biologique datant de moins de 3 ans.

Concernant l'utilisation de psychotropes chez les patientes non ménopausées, sans contraceptif et qui déclaraient avoir une activité sexuelle :

-81% (n=25) utilisaient des anxiolytiques

-45% (n=14) utilisaient des antidépresseurs

-39% (n=12) utilisaient des neuroleptiques

-36% (n=11) utilisaient des hypnotiques

-45% (n=14) utilisaient de façon concomitante au moins 3 psychotropes différents

27% (n=32) des patientes étaient ménopausées et parmi celles-ci 3% (n=1) utilisaient un traitement hormonal substitutif.

3.3.Description du suivi

49% (n=57) des patientes avaient fait un frottis cervico-vaginal dans les trois dernières années, 17% (n=20) des patientes avaient fait un frottis datant de plus de trois ans et 34% (n=40) n'en n'avaient jamais bénéficié.

Chez les patientes qui avaient des antécédents d'IST, 55% (n=11) n'avaient jamais fait de frottis.

Chez les patientes ayant déjà fait un frottis, 12% (n=9) affirmaient l'avoir réalisé chez le médecin généraliste et 80% (n=70) chez le gynécologue.

Un bilan lipidique de moins de 3 ans avait été fait chez 77% (n=90) des patientes.

49% (n=19) des patientes de 50 à 74 ans avaient bénéficié d'une mammographie dans les deux dernière années.

12% (n=5) des patientes de moins de 34 ans avaient reçu une vaccination anti-HPV.

4. Discussion

4.1. Caractéristiques de l'échantillon

Du 12 décembre 2013 au 19 février 2014, nous avons interrogé 152 patientes. 118 patientes étaient incluses soit un taux de réponse de 78%. 22% (n=34) patientes présentaient des critères d'exclusion, 44% (n=15) étaient des états psychiatriques décompensés. 57% (n=67) des patientes étaient au CPAA à Lille et 43% (n=51) au CAPI à Roubaix.

Il n'y avait pas de prédominance de tranche d'âge ce qui nous a permis d'étudier toutes les générations, l'âge moyen était de 41 ans. Nous remarquons que la majorité de nos patientes était sans emploi (34%;n=40) avec un niveau d'étude en majorité de 4 et 5 (selon la nomenclature des niveaux de formations françaises) ou sans étude (73%;n=86), ce qui implique un niveau socio-professionnel peu élevé.

4.2. Implication de l'analyse des données de l'étude

La première analyse concerne les antécédents des patientes et leurs habitudes.

77% (n=91) des patientes présentaient un trouble de l'humeur, et plus précisément 72% (n=85) un syndrome anxio-dépressif, ce qui implique que la majorité des patientes était atteinte d'une pathologie qui affecte peu la qualité de l'observance thérapeutique ou des suivis, contrairement aux patientes psychotiques. Nous pouvons donc penser que la qualité de la prise en charge dans ce groupe de patientes dépendait aussi bien de l'investissement de la patiente que du praticien et des réseaux médicaux.

49% (n=58) des patientes avaient une vie sexuelle active ce qui implique que la prise en charge médicale doit aborder les questions de couple, de la contraception et des IST. Lors des entretiens il est important de connaître la nature de ces relations sexuelles (relation de couple?), s'il existe des facteurs de risques de transmission des IST, s'il existe un désir de

grossesse pour pouvoir l'anticiper et si ces relations sexuelles peuvent être un facteur dans la maladie psychiatrique. Cette démarche permet de rechercher des facteurs de risques liés à la sexualité et de transmettre des informations à la patiente.

Concernant les facteurs de risque de cancer, les comparaisons avec la littérature nous montrent des différences non statistiquement significatives. 12% (n=15) de nos patientes consommaient plus de 10 verres d'alcool par semaine face à une prévalence nationale de 2% ($p>0,05$). 57% (n=61) de nos patientes de 18 à 65 ans étaient fumeuses versus 26% en France ($p>0,05$). La moyenne de l'IMC de nos patientes était de 23,70 versus 23,20 au niveau national ($p>0,05$). (51)(52)(53)

Les pathologies psychiatriques sont souvent associées à des conduites addictives telles que l'alcoolisme et le tabagisme, pouvant mener vers la polytoxicomanie dont les comorbidités sont potentiellement graves.

17% (n=20) de nos patientes avaient un antécédent d'IST. Parmi celles-ci, il existe une différence statistiquement significative entre le nombre de patientes qui avaient déjà bénéficié d'un frottis et celui de celles qui n'en n'avaient jamais réalisé. 12% (n=9) avaient déjà eu un frottis et 30% (n=11) n'en n'avaient jamais eu ($p=0,03$). Ces résultats nous montre l'impact des examens de suivi sur le dépistage des IST. A l'inverse, les conduites à risque et le manque de suivi sont des facteurs de vulnérabilité concernant les IST.

L'IVG concernait 21% (n=57) des grossesses de nos patientes de 18 à 65 ans et la moyenne des IVG était 0,48 par patiente. Il y avait 0,95 IVG par femme chez les psychotiques versus 0,38 IVG par femme chez les non psychotiques ($p<0,03$). Cela nous interrogent sur le fait que certaines pathologies psychiatriques pourraient avoir une influence sur les capacités de considération de la relation sexuelle et des ses éventuelles conséquences ou sur l'adhésion des contraceptifs. Cette population nécessite donc une prise en charge médicale adaptée avec une attention particulière de leur sexualité.

La majorité des patientes (94%;n=11) utilisaient des psychotropes potentiellement néfastes à la grossesse parmi lesquelles 45% (n=14) ayant une activité sexuelle non ménopausées et sans contraception, utilisaient de façon concomitante trois psychotropes différents.

Ces patientes souvent anxieuses ou agitées lors de leur entrée hospitalière nécessitent fréquemment une majoration ou un changement de traitement, ce qui doit faire rechercher aux médecins les éventuelles iatrogénies et risques de grossesse. Plus il y a de molécules contre-indiquées à la grossesse et plus les prescripteurs se doivent d'informer les patientes sur les précautions d'utilisation de leur traitement. Ces informations sont données par les psychiatres dans l'instauration du traitement et par les médecins généralistes lors du renouvellement.

La seconde constatation concerne la contraception des patientes.

81% (n=71) des patientes ont utilisé pour la première fois un contraceptif avant 23 ans. 38% (n=29) des patientes étaient dans une situation à risque de grossesse, c'est à dire ayant une activité sexuelle, non ménopausées et sans contraceptif. En France, il a été démontré que 75% (n=3835) des femmes de 20 à 49 ans avec ou sans la volonté de grossesse utilisent régulièrement une contraception, versus 40% (n=30) dans notre étude ($p>0,05$). Ces résultats nous montrent que même si le contraceptif est utilisé en début d'activité sexuelle, il est abandonné plus tardivement ou utilisé de façon irrégulière majorant le risque de grossesse non désirée.(55)(56)

Il n'y avait pas de patiente utilisant l'injection de progestatif longue durée d'action qui est pourtant une méthode simple et efficace. On pourrait expliquer ce résultat par le fait qu'il est peu accessible, qu'il ne fasse pas partie des contraceptifs dit « classiques » et que les professionnels de santé ne connaissent pas les modalités de son utilisation, ce qui en limiterait sa prescription.

Chez les femmes qui utilisaient un OP, certaines avaient un antécédent familial au premier degré de cancer du sein ou de cancer de l'utérus. Mais en raison d'un nombre faible de patientes, nous ne pouvons pas analyser ce résultat.

55% (n=31) des patientes ayant une vie sexuelle et non ménopausées ne prenaient pas de contraceptif, parmi celles-ci il y avait une prévalence élevée d'utilisatrices de traitements contre-indiqués à la grossesse. La majorité de nos patientes font donc partie d'une population à risque de grossesses compliquées.

Le troisième point de l'étude concerne le suivi des patientes.

Parmi les patientes de 25 à 65 ans, 61% (n=65) avaient fait un frottis dans les 3 ans. Ce résultat est non statistiquement significatif par rapport au taux de couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus qui avait été estimé à 58 % ($p>0,05$). 49% (n=19) des femmes de 50 à 74 ans avaient fait une mammographie dans les 2 ans versus 52% de la population cible en France ($p>0,05$). (41)(58)

Malgré ces résultats non significatifs, nous pouvons observer que le suivi de nos patientes se rapproche de celui de la population générale.

12% (n=5) des patientes qui étaient concernées par la vaccination anti-HPV étaient vaccinées versus 19% en France ($p>0,05$). Ces résultats non significatifs ne nous permettent pas de conclure à des différences face à la population générale. (58)

4.3.Limite et biais de l'étude

A.Limites liées à la population

Il existe un biais de sélection car l'étude porte sur une petite population non représentative de la population psychiatrique, en effet le CAPI et le CPPA sont des services de courts séjours dont les patientes font souvent parties d'un réseau de soin. Les patientes hors du réseau de soins et nécessitant une hospitalisation de longue durée ne sont pas représentées dans cette étude.

Il y avait un biais de classement via le biais de non réponse, 7% (n=11) des femmes avaient refusé l'interrogatoire. Il y avait un biais d'information concernant le suivi des patientes car nous n'avions pas pu vérifier toutes les informations concernant les patientes (mammographie, frottis et vaccins).

B.Limites liées au questionnaire

Le taux de participation était faible, 54% (n=118) des 217 patientes hospitalisées ont été incluses pendant la durée de l'étude.

Cela peut s'expliquer par plusieurs facteurs :

-Le questionnaire n'était pas systématiquement réalisé, les médecins favorisant d'abord l'aspect psychiatrique lors des entretiens.

-Le remplissage du questionnaire demandait du temps supplémentaire dont les médecins ne disposait pas toujours.

-Lors des week-ends, les questionnaires n'étaient pas réalisés par les médecins de garde.

Au CAPI et CPAA, les bilans biologiques sont réalisés fréquemment et l'examen somatique est systématique à chaque entrée ce qui ajoute un biais par rapport à la population psychiatrique générale qui ne bénéficie d'une prise en charge de la même qualité.

La majorité des patientes hospitalisées au CAPI et CPPA sont des patientes anxio-dépressives ne nécessitant pas une hospitalisation de longue durée comme pour patientes atteintes de psychoses chroniques. Les patientes interrogées ne représentent pas l'ensemble de la population psychiatrique pourtant, les patientes psychotiques décompensées sont pourtant les patientes les plus fragiles.

C.Force de l'étude

L'étude était réalisée dans les services de psychiatrie de Roubaix et de Lille, ce qui a permis de recueillir des données multicentriques.

L'étude avait inclus certaines patientes décompensées nécessitant une hospitalisation de longue durée mais dont la prise en charge initiale s'était faite au CAPI et au CPAA.

Le questionnaire, faisant partie de l'interrogatoire d'entrée, pouvait engager une réflexion sur l'état de la prise en charge gynécologique de la patiente.

Le questionnaire était simple à remplir ce qui a permis d'obtenir beaucoup d'informations.

Il y avait des questions fermées et des questions ouvertes pour lesquelles les informations étaient vérifiables (le traitement, la date d'entrée, la date de suivi...).

Il y avait une proportion importante de première consultation en psychiatrie ce qui nous a permis d'aborder les antécédents et les suivis somatiques en dehors de toute prise en charge psychiatrique.

4.4.Comparaison à la littérature

Nous allons comparer nos résultats aux données de la littérature afin de déterminer si elles sont cohérentes avec les résultats déjà observés en France. Les outils statistiques n'ont pas retrouvé de différence statistiquement significative à cause du manque de puissance de notre étude, malgré tout il est intéressant d'observer les comparaisons.

« La santé des femmes en France » de la DREES (Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation des Statistiques) en 2009 :

26% des femmes de 15 à 75 ans de l'étude de la DREES étaient fumeuses versus 57% de nos patientes ($p>0,05$). 22% des femmes de cette étude utilisaient quotidiennement des psychotropes versus 94% de nos patientes ($p>0,05$), nous pouvons l'expliquer par le fait que nos patientes soient toutes atteintes de pathologies psychiatriques mais ce qui implique aussi la nécessité d'informer les patientes sur les iatrogénies et la contraception.

46% des femmes enceintes de l'étude de la DREES utilisaient un contraceptif au moment où elles se sont retrouvées enceintes parmi lesquelles 26% utilisaient la pilule, qui est la méthode la plus utilisée en France. Ce résultat montre que la pilule n'est pas une méthode contraceptive efficace dans une population hétérogène, elle l'est encore moins dans une population dont l'observance est de mauvaise qualité. Dans cette même population, l'utilisation des contraceptifs utilisateurs-dépendants entraîne une augmentation des grossesses non prévues, ce qui peut avoir comme conséquence une augmentation d'enfants « non prévus » ou des IVG. Il a été démontré que la pilule, le patch ou l'anneau sont 20 fois moins efficaces que le DIU, l'implant ou les progestatifs injectables.

Le nombre moyen d'enfants par femme de l'étude de la DREES était de 1,98 versus 1,51 pour nos patientes, ces résultats ne nous montrent pas de différence statistiquement

significative ($p>0,05$). La fréquence du recours à l'IVG dans la vie d'une femme est de 36% versus 23% chez nos patientes ($p>0,05$). Cela peut s'expliquer par une vie sexuelle moins active ou par un taux supérieur de fausses couches chez nos patientes. 27% des femmes de cette étude ayant une vie sexuelle et non ménopausées n'utilisaient pas de contraceptif versus 55% de nos patientes ($p>0,05$). Ce résultat non statistiquement significatif nous montre soit que nos patientes désirent plus d'enfants ou qu'elles prennent, consciemment ou pas, plus de risques concernant une grossesse non prévue. Comme le désir de grossesse n'avaient pas été demandé lors de l'entretien, nous ne pouvons répondre à ce résultat.(46)

Concernant la contraception, l'étude de la DREES montre chez les femmes ayant un contraceptif que 57% utilisaient la pilule versus 42% dans notre étude ($p>0,05$), 25% un DIU versus 24% dans notre étude ($p>0,05$), 1% l'implant versus 24% dans notre étude ($p>0,05$). Ces résultats nous montrent de manière non statistiquement significatif que la pilule était moins utilisée dans notre population et qu'il y avait une utilisation supérieure des contraceptifs de longue durée d'action, mieux adaptés car moins utilisateur-dépendants. Concernant le frottis, 81% des femmes de 25 à 65 ans de l'étude de la DREES avaient fait un frottis dans les 3 ans versus 49% de nos patientes ($p>0,05$), et 6% n'en n'avaient jamais fait versus 34% de nos patientes ($p>0,05$). Cela montre de manière non statistiquement significatif un suivi de moins bonne qualité chez nos patientes.

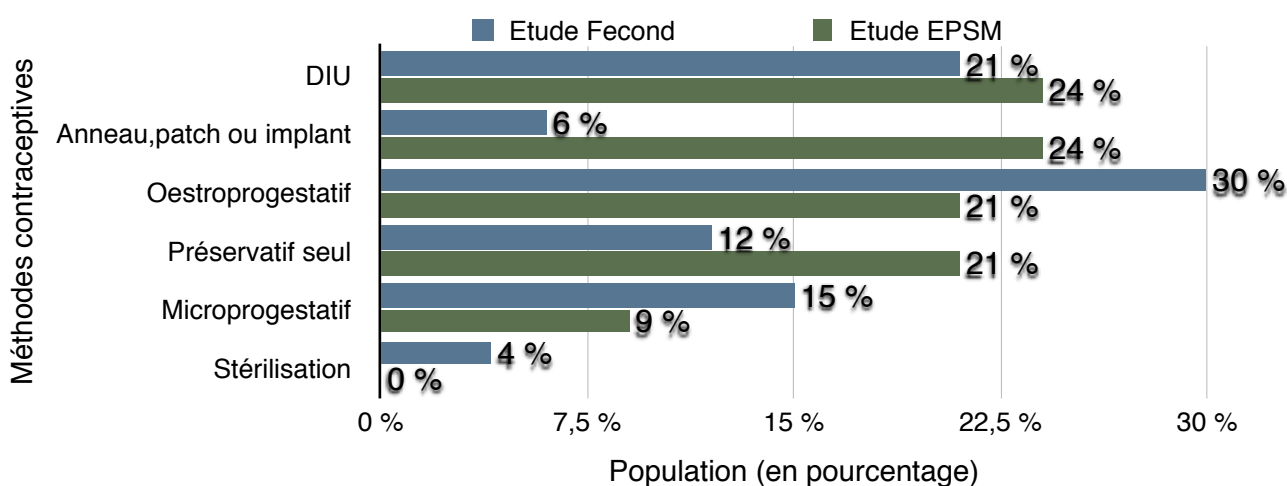
Concernant la mammographie, l'étude de la DREES montre qu'en fonction du niveau socio-économique le taux de femmes ayant fait une mammographie dans les deux ans passe de 62% à 80% chez celles dont le niveau socio-économique est élevé, versus 51% dans notre étude ($p>0,05$). Il faut donner plus de moyens chez les femmes en situation de précarité ou socio-économiquement faible.(59)

Les pratiques contraceptives en France sont souvent tributaires d'un « schéma contraceptif » qui se traduit par un recours au préservatif en début de vie sexuelle, puis par l'utilisation de la pilule quand la vie sexuelle est stable, et enfin la mise en place d'un DIU à partir de 30 ans quand il y a au moins un enfant. Dans notre étude, nous retrouvons cette tendance : l'âge moyen d'utilisation de la pilule était de 28 ans, du préservatif de 32 ans, de l'implant et du stérilet de 34 ans . Ce « schéma » ne doit pas être un modèle lors de la prescription de la contraception, car elle est avant tout individuelle.(30)

« État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée » réalisé par l'HAS en avril 2013 :

L'HAS a établi un état des lieux des pratiques contraceptives en s'appuyant sur l'enquête Fecond qui avait été réalisée par l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) et l'INED (Institut national d'études démographiques) en 2010.(54)(30)

Ce graphique compare l'enquête Fecond à notre étude.



Graphique 18 : Comparaison des contraceptifs utilisés dans les deux études

La pilule OP était la méthode la plus utilisée pour 30% des femmes concernées par la contraception versus 21% de nos patientes (p>0,05). Les pilules progestatives seules

représentaient moins de 15% versus 9% dans notre étude ($p>0,05$), et le DIU était utilisé par 21% des femmes versus 24% de nos patientes ($p>0,05$). Le préservatif était utilisé par près de 12% des femmes versus 11% de nos patientes ($p>0,05$). 5% des femmes avaient eu recours aux nouvelles méthodes contraceptives (1% l'anneau, 1% le patch et 3% l'implant) versus 13% de nos patientes qui utilisaient l'implant ($p>0,05$). Ces résultats sont cohérents avec le schéma contraceptif français sachant que l'âge moyen des femmes étudiées était de 41 ans donc avec une majorité de femmes utilisatrices du DIU et de l'implant. L'utilisation de l'implant était plus fréquente chez nos patientes par rapport à la population générale s'expliquant par le fait qu'on le propose souvent lors des consultations somatiques et que ces patientes hospitalisées en psychiatrie adhèrent facilement à cette méthode peu contraignante, efficace et de longue durée d'action. La stérilisation concernait 3,9% des femmes et aucune de nos patientes. Les méthodes naturelles étaient utilisées par 4% des femmes et aucune de nos patientes. Il n'y avait pas de donnée sur le progestatif injectable, très peu utilisé. Cela peut être la conséquence de plusieurs facteurs qui sont : une méconnaissance de ce contraceptif de la part des médecins, des modalités d'utilisation (l'injection) qui peuvent être vécue comme stigmatisante, des mauvais usages par le passé, des débats médicaux internationaux quant à l'existence d'effets indésirables.

Malgré un taux de prévalence de la contraception élevé en France (70% des femmes de 15 à 49 ans), une grossesse sur trois est déclarée « non prévue » et un tiers de ces grossesses non prévues est dû à l'absence de contraception alors que les deux tiers surviennent sous contraception. Ces résultats s'expliquent par l'écart qu'il existe entre l'efficacité théorique et l'efficacité pratique d'une méthode contraceptive.(30)

4.5. Interprétation des observations et changement à envisager

A. Les patientes

Les résultats montrent que nos patientes présentaient des caractéristiques de vulnérabilités et de fragilités dans un contexte de précarité sociale. Le tabagisme et l'alcoolisme sont des facteurs de risque de cancers et de complications de grossesses. La polytoxicomanie pourrait amener ces patientes vers des conduites sexuelles à risques. Les comorbidités sociales et somatiques liées aux dépendances sont des facteurs de vulnérabilités qu'il faut dépister. Pour cela, il est nécessaire de toujours proposer un sevrage des toxiques, notamment chez les patientes qui sont dans le déni ou la banalisation, et d'expliquer les règles hygiéno-diététique.

La prévalence des IST dépend de la qualité de suivi, du niveau connaissance et de l'existence de conduites à risques. Lorsque les patientes présentent des facteurs de risque d'IST, il faut proposer systématiquement un bilan de dépistage et donner une information claire sur les modes de transmission et les symptômes des IST, souvent inconnus des patientes. Enfin, il faut promouvoir l'accès gratuit aux préservatifs dans les structures de soins.

B. La contraception

Notre étude montre une prévalence élevée de patientes sans contraception, ayant une vie sexuelle et utilisant des molécules potentiellement délétères à la grossesse. Il faut responsabiliser et sensibiliser les patientes vis-à-vis de la contraception lorsqu'elle paraît nécessaire. Le choix à recourir ou non à une pratique contraceptive est étroitement lié au désir de grossesse et au désir d'enfant. Lors des consultations de médecine générale et de psychiatrie, il faut promouvoir la prise en charge gynécologique en accompagnant la patiente dans ses choix et en transmettant des informations éclairées.

Il faut privilégier les méthodes contraceptives les moins utilisatrices dépendantes et les plus efficaces.

Dans notre étude, le contraceptif le plus utilisé était le préservatif. Cette méthode ne pourrait se suffire au rôle de contraceptif seul car son efficacité dépend de sa bonne utilisation qui ne peut être garantie chez ces patientes, ainsi que pour la population générale.

De même, le patch et l'anneau vaginal ont une efficacité qui dépend de la qualité d'utilisation, et nécessitent une évaluation de la tolérance après leur mise en place car ils peuvent être perçus comme des corps étrangers délétères.(16)

Le DIU est un contraceptif efficace, malgré la nulliparité il ne sera pas exclu de principe. C'est une méthode qui est peu utilisée en première intention. Ce constat peut être expliqué par une surestimation des complications des DIU, une croyance erronée qu'il est contre-indiqué chez les nullipares, une réticence à la réalisation de gestes techniques, l'existence de contraintes matérielles et temporelles, un manque d'information, une méconnaissance et de fausses croyances sur les contraceptifs, une nécessité de recourir à deux consultations médicales. Le suivi de la patiente devra être particulièrement rigoureux car les signes d'appel d'une complication peuvent dans ce contexte ne pas être exprimés par la patiente notamment à cause des consultations irrégulières et de l'aménorrhée favorisée par les neuroleptiques retard.(19)(30)

La pilule hormonale est une méthode très dépendante de son utilisatrice. Elle n'est pas adaptée aux patientes dont la pathologie psychiatrique peut conduire vers une sexualité perturbée, à celles qui sont persuadées d'être enceintes, à celles qui refusent souvent la contraception et à celles dont la psychose ne permet pas un suivi gynécologique de bonne qualité et dont la prise quotidienne des traitements est souvent interrompue.

La prise d'un contraceptif de courte durée d'action pourrait être vécue comme une interdiction de procréer chez certaines patientes contrairement aux méthodes

contraceptives de longue durée d'action dont les modalités d'usage permettent de ne pas s'atteindre du geste contraceptif quotidien.(10)

L'implant est une bonne méthode contraceptive de longue durée d'action indiqué chez toutes les femmes ne désirant pas d'enfants et dont l'observance est de mauvaise qualité. Il faudra évaluer la tolérance de sa mise en place et expliquer les effets secondaires fréquents afin que les patientes puissent les anticiper.

L'injection de progestatif longue durée d'action est un méthode efficace, rentable et peu utilisée. Il n'y a qu'une seule patiente qui en bénéficie sur les sites de Roubaix et de Lille depuis 2011. Elle pourrait être utilisée en alternative aux contraceptions classiques lors d'hospitalisations de jour ou de consultations de suivi, notamment chez les patientes dont l'observance est médiocre ou chez les patientes instables dont le consentement n'est pas constant.(19)

La pharmacie de l'EPSM (établissement public de santé mentale) de l'agglomération Lilloise bénéficie d'un budget annuel de 800 000 euros. Le budget 2013 concernant la contraception était de 1 000 euros. Cela montre une négligence dans la prise en charge contraceptive au sein de l'institut psychiatrique alors qu'il existe les moyens financiers pour proposer à toutes les femmes un contraceptif adapté. Le projet en cours est de mettre en place les outils nécessaire pour informer les patientes psychiatriques sur les iatrogénies de leurs traitements et les contraceptifs disponibles.

C.Le suivi

Lors des inclusions, nous avons pu remarquer qu'il existait plusieurs catégories de patientes, celles qui s'inscrivent dans un réseau de soin avec un suivi de bonne qualité, et celles qui s'isolent des soins et dont le suivi est inexistant, l'observance médiocre et les

hospitalisations rares. Les consultations avec ces patientes isolées doivent être l'opportunité de les inscrire dans le réseau médical en mettant tout en oeuvre pour coordonner les soins telles que : la prise des rendez vous, la prescription des examens et la prise de contact avec le médecin généraliste. Ces consultations vont permettre la création du réseau pluridisciplinaire composé du médecin généraliste, du psychiatre et du gynécologue.

La prévalence des IST chez nos patientes était élevée et corrélée à la réalisation du frottis. Dans la majorité des cas, c'est le gynécologue qui effectuait le frottis alors que le médecin généraliste était capable de le réaliser. Cela montre que certaines de nos patientes s'inscrivaient dans un réseau de soins. Pour celles qui seraient réticentes au recours à un spécialiste, le médecin généraliste aurait sa place pour le suivi gynécologique. Le frottis est un geste simple qu'il faut promouvoir dans les centres de soins.

Peu de patientes concernées par la vaccination anti-HPV étaient vaccinées. Il a été démontré l'efficacité de ce vaccin et sa responsabilité dans l'apparition de maladies graves n'est pas établie. Il faut proposer systématiquement la vaccination anti HPV chez les patientes concernées.(45)

Il serait utile pour ces patientes de bénéficier de la création d'un carnet de suivi gynécologique qui permettrait de recueillir les informations relatives à la prise en charge gynécologique mais aussi de favoriser les échanges entre les différents praticiens afin d'éviter les redondances ou les oublis. La création de vacations gynécologiques au sein des structures psychiatriques pourrait optimiser la prise en charge gynécologique. Les consultations gynécologiques pourraient être demandées par le médecin généraliste, la psychiatre ou la patiente lors des consultations. En s'inscrivant dans un réseau de soin, la prise en charge pourrait être de meilleure qualité grâce à des consultations dédiées à la spécialité concernée. Cela permettrait aussi aux patientes qui n'aurait pas fait les

démarches de suivi gynécologique en dehors de l'hôpital, de pouvoir bénéficier d'une prise en charge spécialisée.

D.Prévention et dépistage des IST

Concernant les patientes hospitalisées, la prévention et le dépistage des IST doivent être améliorés car l'idée de limiter les relations sexuelles dans les services n'est pas une réponse éthiquement acceptable, au contraire, il faut continuer à promouvoir l'utilisation des préservatifs masculins et les rendre disponibles facilement. Des lieux de parole doivent être créés entre les équipes médicales et les patients concernant les relations sexuelles et les IST. La création d'un comité IST médical permettrait de réunir autour du patient le psychiatre, le médecin généraliste et l'infectiologue pour une prise en charge globale.(40)

L'accès aux soins est moins bon chez les psychotiques par rapport à la population générale, ce qui augmente les pathologies somatiques non diagnostiquées. Les taux d'infections par le VIH et de l'hépatite C sont supérieurs à ceux de la population générale. Comme ces virus sont souvent asymptomatiques initialement, il est important de proposer des sérologies aussi bien en hospitalisation qu'en ambulatoire.(38)

E.Réflexion éthique concernant la contraception

A propos des relations sexuelles au sein de l'hôpital, il serait illusoire que le règlement interdise aux patients de disposer de leurs corps même dans un lieu de vie collectif dont le but est d'abord perçu comme un lieu de soins et non de plaisirs. Cette liberté doit s'inscrire dans un cadre juridique (protection des mineurs et la répression de relations sexuelles non consenties). A travers une éthique partagée par le personnel soignant et les patients, il

convient de reconnaître la vie sexuelle des patients. Cette reconnaissance pourrait, selon le contexte, déculpabiliser la patiente et permettrait de pouvoir échanger sur la sexualité et ses risques en psychiatrie. Selon le profil de la patiente, la création d'un lieu de parole pourrait améliorer la relation à l'autre, une préoccupation fréquente en psychiatrie. En médecine générale, la consultation est un moment privilégié qui va permettre d'approfondir les échanges dans une relation de confiance afin que les informations données par le praticien soient adaptées et comprises par la patiente.(36)

A propos de la contraception, nous avons initié une réflexion éthique qui pourrait s'exposer de la manière suivante :

Nous constatons que les décisions en rapport avec la contraception ne peuvent relever d'un protocole ou d'un algorithme et qu'il faut avoir une attitude individuelle pour chaque patiente. Cette réflexion nous a éloigné de l'idée de la création d'un algorithme à propos de la contraception. Cependant, l'élaboration de recommandations concernant le dépistage et le suivi gynécologique en psychiatrie pourrait être utile.

Concernant la sexualité chez ces patientes, il faut sensibiliser le personnel sur les thèmes de la sexualité et de la prise en charge gynécologique sans diaboliser l'acte sexuel et en considérant avant tout la patiente comme une personne et non comme une personne malade. Il est nécessaire d'agir en amont en abordant systématiquement le sujet de la contraception.

La question de l'utilisation de la contraception chez ces patientes entraîne la réflexion sur le droit de procréer ou non. Jusqu'où va la réflexion sur la nécessité d'un contraceptif en cas de désir de grossesse? Chez les psychotiques, c'est souvent le fantasme de la parentalité en premier plan, mais ce fantasme n'est pas caractéristique d'une pathologie mentale. Il faut essayer de comprendre le désir de grossesse chez ces patientes afin de faire la part entre la volonté réelle et le désir imaginaire.

Chez les femmes ayant des grossesses multiples, il faut s'interroger sur leur projet parental : leur vision de la parentalité, de la grossesse , de l'enfant ,sans pour autant que l'on catégorise des grossesses normales ou pathologiques.

Le principal frein à l'accès aux soins est lié à leur pathologie qui peut limiter la compréhension et l'anticipation du futur dans un contexte d'incapacité.

Il ne faut pas négliger la prise en charge du couple qui est une entité complexe, et qui a un impact sur les désirs et volontés de la patiente concernant la contraception.

Dans l'éventualité de l'élaboration d'une ligne de conduite, la prise en charge gynécologique est à privilégier en amont de la spécialité psychiatrique dans un réseau de soins multidisciplinaire. La prise en charge dans chaque spécialité doit être la plus globale possible associant la prévention, le dépistage et le suivi. Le rôle des médecins est de donner des informations aux patientes afin qu'elles puissent prendre une décision éclairée, et de sensibiliser le personnel soignant sur les aspects de la prise en charge gynécologique de prévention, de dépistage et de suivi.

5. Conclusion

Les maladies psychiatriques affectent la qualité de la prise en charge somatique des patientes et de leurs jugements dans un contexte de précarité, nécessitant une approche spécifique et singulière. Leur réseau de soins est composé de médecins spécialisés, de professions paramédicales et sociales, dont le médecin généraliste est le pivot. La prise en charge gynécologique chez ces patientes aborde les questions de la contraception, de la prévention et du suivi.

Notre étude met en évidence une prévalence élevée de patientes avec des facteurs de risque de cancer. Par ailleurs, elle montre une prévalence importante de patientes ayant une vie sexuelle active, sans contraceptif et utilisant des molécules potentiellement délétères à la grossesse. De même, le suivi gynécologique n'est pas de bonne qualité.

Il convient tout d'abord d'aborder plus facilement le sujet de la sexualité dans et hors des services hospitaliers en levant les tabous, et en faisant la promotion des préservatifs dans un cadre de prévention des IST. L'approche gynécologique par le psychiatre ou le médecin généraliste doit être abordée en donnant une information claire et loyale sur les IST, les cancers et les contraceptifs. Il faut rechercher le projet de parentalité s'il existe.

Dans le cadre de la prise en charge pluridisciplinaire, il est nécessaire de coordonner le suivi gynécologique pour éviter les redondances ou les oublis. Plusieurs moyens sont déjà à disposition pour améliorer la prise en charge médicale : les consultations somatiques systématiques lors d'une hospitalisation et les correspondances avec les médecins généralistes.

A partir de ce travail, d'autres outils pourraient être créés tels que:

- la création d'un carnet de correspondance de suivi gynécologique comprenant les antécédents d'IST, les informations contraceptives (type, âge du début d'utilisation, tolérance, contre-indications) et la réalisation du vaccin, du frottis et de la mammographie
- la création d'une vacation de gynécologie dédiée aux patientes psychiatriques
- la création de lieux de discussion pour apporter l'information et la prévention
- la création d'un comité IST médical
- la création d'un protocole de prise en charge gynécologique

La prise en charge gynécologique en psychiatrie est un sujet complexe qui demande une prise en charge spécifique et la mise en place de moyens supplémentaires pour atteindre une équité face à la population générale. Il faut avant tout accompagner la patiente dans ses choix en lui donnant tout les outils disponibles dans le cadre d'une prise en charge multidisciplinaire mais singulière .

Bibliographie

1-Collège de la Haute Autorité de santé, Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage, avril 2011, disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-05/note_de_cadrage_depistage_du_cancer_du_sein_-_identification_des_femmes_a_haut_risque_et_modalites_de_depistag.pdf(page consultée le 15 décembre 2013)

2-Collège de la Haute Autorité de santé, Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus, juin 2013, disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps_format2clic_kc_col_uterus_2013-30-08_vf_mel.pdf(page consultée le 15 décembre 2013)

3-Collège de la Haute Autorité de santé, Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles, mars 2013, disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf(page consultée le 15 décembre 2013)

4-Conseil exécutif O.M.S. EB124/6, VIH/sida et santé mentale ,Cent vingt-quatrième session 20 novembre 2008 Point 4.3 de l'ordre du jour provisoire, disponible sur http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_6-fr.pdf(page consultée le 15 décembre 2013)

5-D. Saravane, B. Feve, Y. Frances et al., Résumé de l'élaboration de recommandations pour le suivi somatique des patients atteints de pathologie mentale sévère, disponible sur <http://www.em-consulte.com/article/225885>(page consultée le 15 décembre 2013)

6-D. René, Infections sexuellement transmissibles et psychiatrie, Journée hygiène et psychiatrie CLIN ouest du 15 novembre 2012, disponible sur http://www.cclinouest.com/PDF/Journees/Psychiatrie2012-1115/3.D.RENE_IST.pdf(page consultée le 15 décembre 2013)

7-Lunel Charlot M.D, diabète et maladies mentales, HIVER 2012, Volume 18 Numéro 2 pp 4-8, disponible sur <http://www.ffapamm.com/wp-content/uploads/2012/02/Diabete-et-maladies-mentales.pdf>(page consultée le 15 décembre 2013)

8-CCNE(comité consultatif national d'éthique) Rapport n°49 sur «la contraception chez les personnes handicapées mentales». 1996.

9-CCNE(comité consultatif national d'éthique) Rapport n°50 sur «la stérilisation envisagée comme méthode de contraception définitive». 1996.

10-Legoux-Hommet B., Contraception et maladie mentale, thèse de médecine du 12 mai 1986, Faculté de médecin de Bobigny.

11-J.-Y. Camain S.-C. Renteria E. von Elm, Prise de poids et contraceptifs à progestatifs seuls: plus d'inquiétude que de preuves scientifiques, Rev med Suisse 2011;7:2090-5

12-Sea L.,Réflexions sur le Depo-Provera :contributions à l'amélioration de la réglementation des médicaments au Canada, mars 2007, disponible sur <http://www.whp-apsf.ca/pdf/reflectionsOnDepoProveraFR.pdf>(page consultée le 19 décembre 2013)

13-Kulkarni, Jayashri, Depression as a side effect of the contraceptive pill, Expert Opinion on Drug Safety, Volume 6, Number 4, July 2007, pp.371-374

14-Bossis E., Le rôle des oestrogènes dans la dépression chez la femme, avril 2012, disponible sur <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=85c95f05-75e9-49d6-a985-ea25bcd787e3>(page consultée le 24 décembre 2013)

15-Revue Prescrire 2011 numéro 437,Petit manuel de Pharmacovigilance et Pharmacologie clinique, disponible sur <http://www.prescrire.org/Fr/101/325/47374/0/PositionDetails.aspx>(page consultée le 24 décembre 2013)

16-Slap GB. Oral contraceptives and depression: impact, prevalence and cause. *J Adolesc Health Care* 1981;2(1)pp.53-64.

17-Kulkarni J, de Castella A, Smith D, et al. A clinical trial of the effects of estrogen in acutely psychotic women. *Schizophr Res* 1996;20(3)pp.247-52.

18-Hankoff LD, Darney PD. Contraceptive choices for behaviorally disordered women. *Am J Obstet Gynecol* 1993;168(6, Part 2) pp.1986-89.

19-Best K, Les troubles psychiatriques ainsi que l'arriération mentale peuvent influencer les choix en matière de contraception, disponible sur <http://www.caducee.net/DossierSpecialises/gyneco-obstetrique/maladies-mentales.asp>(page consultée le 16 janvier 2014)

20-Camain J.Y., Prise de poids et contraceptifs à progestatifs seuls : plus d'inquiétude que de preuves scientifiques, disponible sur <http://rms.medhyg.ch/numero-314-page-2090.htm>(page consultée le 16 janvier 2014)

21-Abernethy V. Sexual knowledge, attitudes, and practices of young female psychiatric patients. *Arch Gen Psychiatry* 1974;30(2):180-82; Abraham SF, Bendit N, Mason C, et al. The psychosexual histories of young women with bulimia. *Aust NZ J Psychiatry* 1985;19(1):72-76; Akhtar S, Crocker E, Dickey, et al. Overt sexual behavior among psychiatric inpatients. *Dis Nerv Syst* 1977;38(5):359-61.

22-Collège lyonnais des généralistes enseignants, Les méthodes contraceptives : présentation, utilisation,indications, bénéfiques et inconvénients, disponible sur http://clge.fr/IMG/pdf/contraception_RP_versus_recommandations_HAS.pdf(page consultée le 24 janvier 2014)

23- Kulkarni J , Riedel A , de Castella AR , Fitzgerald PB , Rolfe TJ , Taffe J, L'oestrogène - un traitement potentiel pour la schizophrénie, *Schizophrenia research*, 2001, disponible sur <http://www.epistemontos.org/fr/documents/ac4766767eeeb01513a3fc53d0c1709b05120759>(page consultée le 28 janvier 2014)

24-Kukarni J. Oestrogen- a nex treatment approach for schizophrenia ? *Med J Austr*, 2009, 190,pp.537-38

- 25-Bretin H., Des femmes immigrées face à la contraception, Plein Droit n° 14, juillet 1991, disponible sur <http://www.gisti.org/doc/plein-droit/14/contraception.html>(page consultée le 28 janvier 2014)
- 26-F.Petitjean, B.Cordier, C.Germain, Déontologie et psychiatrie, Encyclopédie médico-chirurgicale, 37-061-A-10, page 8.
- 27-Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé, Avis 49 et 50 sur la contraception chez les personnes handicapées mentales, 3 avril 1996.
- 28-D'amours .M, InInteractions médicamenteuses, Interactions médicamenteuses et contraceptifs oraux, Le Médecin du Québec, volume 41, numéro 5, mai 2006, pp. 5-7.
- 29-Pr Barret J.L., LE CONSENTEMENT, disponible sur <http://pro.persomed.com/index.php?module=media&action=Display&cmpref=11699&lang=fr>(page consultée le 20 février 2014)
- 30-HAS, État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée, avril 2013, disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf(page consultée le 23 février 2014)
- 31-La ruche G., Bouyssou A., Delmas G., Basselier B., Institut de veille sanitaire, Données actualisées sur les IST, 25 novembre 2013, disponible sur le site www.invs.sante.fr
- 32-Grall J., Direction générale de la santé, Appel à projet 2012: Dépistage des IST, 23 avril 2012.
- 33-Institut national de prévention et d'éducation pour la santé(INPES), Dépistage du VIH et des IST, mai 2011, disponible sur <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1323.pdf> (page consultée le 27 février 2014)
- 34-Ministère de la santé et des sports, Plan de lutte national contre le VIH et les IST 2010-2014, disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_les_IST_2010-2014.pdf (page consultée le 27 février 2014)
- 35-INPES, Livre des IST de juin 2011.
- 36-Seninger J., Aspects médico-légaux de la relation sexuelle entre patients en institution psychiatrique, Synapse de janvier 2006, numéro 221, pp. 21-26.
- 37-UNAPEI, Stérilisation des personnes handicapées mentales, Contraste numéro 22, janvier 2005, pp. 273-284.
- 38-H.Khlif, F.Gressier, M.N. Vacheron, Pathologie somatiques associées à la schizophrénie, Pathologies schizophréniques, 20 avril 2012, pp. 191-193.
- 39-Darmon L., VIH et psychiatrie : L'impossible dialogue?, Le journal du SIDA numéro 180, Novembre 2005, pp. 14-20.
- 40-CHARMASSON Christiane, Psychiatrie et VIH : In Annales de Médecine interne, 1991, 142, n°4, pp. 259-296.

- 41-HAS, Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus, Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS), Juin 2013.
- 42-Lecrubier A., Vaccin HPV : moins d'un tiers des adolescentes françaises vaccinées, Mars 2013, disponible sur www.medscape.fr/voirarticle/3521699 (page consultée le 7 mars 2014)
- 43-Fagiolini A., Goracci A., The Effects of Undertreated Chronic Medical Illnesses in Patients With Severe Mental Disorders, 2009, Journal of Clinical Psychiatry 70,pp.22-29
- 44-HAS, Dépistage du cancer du sein chez les femmes de 40 à 49 ans et de 70 à 79 ans en France, 21 mars 2013, disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/note_de_cadrage_-_depistage_du_cancer_du_sein_chez_les_femmes_de_40-49_ans_et_70-79_ans.pdf (page consultée le 10 mars 2014)
- 45-Vaccins papillomavirus : quelle efficacité, quels risques ? La Revue Prescrire, juillet 2013, tome 33, numéro 357, pages 552-556.
- 46-Contraception prolongée : pilule ou autres moyens?, Exercer la revue française de médecine générale, septembre-octobre 2012,numéro 103, page190.
- 47-INSERM, Cancer du sein, avril 2009, disponible sur <http://www.inserm.fr/thematiques/cancer/dossiers/cancer-du-sein> (page consultée le 20 avril 2014)
- 48-Assistance publique des hôpitaux de Paris, Centre de documentation de l'AP-HP, IVG de septembre 2013, Les interruptions volontaires de grossesse en 2011, page 8, disponible sur http://www.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/106/files/2013/09/IVG_2013.pdf (page consultée le 22 avril 2014)
- 49-Lansac J., Extrait des Mises à jour en Gynécologie et obstétrique, Collège national des gynécologues et obstétriciens français, novembre 2005, disponible sur http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2005_GO_005_lejeune.pdf (page consultée le 22 avril 2014)
- 50-INSEE, estimations de population et statistiques de l'état civil, 2012, disponible sur http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=IP1385 (page consultée le 22 avril 2014)
- 51-INSERM, L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2011, disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2011_14_tabagisme_obj3.pdf (page consultée le 22 avril 2014)
- 52-HAS, Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours, septembre 2011, disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/2011_09_30_obesite_adulte_argumentaire.pdf (page consultée le 22 avril 2014)
- 53-IRDES, Les problèmes d'alcool en France : quelles sont les populations à risques?, Questions d'économie de la santé numéro 129, janvier 2008, disponible sur <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes129.pdf> (page consultée le 25 avril 2014)

54-Bajos N., Bohet A., Le Guen M., La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques?, Population et santé numéro 492, septembre 2012, disponible sur http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1606/publi_pdf1_492.pdf (page consultée le 20 avril 2014)

55-INPES, Contraception : les françaises utilisent elles un contraceptif adapté à leur mode de vie?, octobre 2011, disponible sur <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/11/dp111026.pdf> (page consultée le 17 avril 2014)

56-INED, Principale méthode contraceptive, 19 septembre 2013, disponible sur http://www.ined.fr/fr/france/avortements_contraception/methode/ (page consultée le 28 avril 2014)

57-INVS, Evaluation des programmes de dépistage du cancer du sein, 12 avril 2011, disponible sur http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers_depistage/evaluation_sein_programme.htm (page consultée le 28 avril 2014)

58-INVS, Estimation des couvertures vaccinales en secteur libéral à travers l'échantillon généraliste des bénéficiaires en France 2004-2009, disponible sur http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=248 (page consultée le 28 avril 2014)

59-Drees, La santé des femmes en France, 2009, disponible sur http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/sante_femmes_2009.pdf (page consultée le 11 mai 2014)

60-INPES, Comment aider une femme à choisir sa contraception, septembre 2013, disponible sur <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/784.pdf> (page consultée le 23 mai 2014)

Annexes

Classe médicamenteuse	Molécules inducteurs enzymatiques	Molécules inhibiteurs enzymatiques
Anticonvulsivants	Phenobarbital, Primidone, Phénytoïne, Carbamazépine, Phénéturide, Oxcarbazépine, Topiramate	Stiripentol, Lacosamide
Neuroleptiques	Aripiprazole, Halopéridol, Pimozide, Sertindole, Quétiapine	
Benzodiazépines et apparentés	Alprazolam, Clorazéпам, Diazéпам, Estazolam, Furazéпам, Midazolam, Triazolam, Zolpidem, Zopiclone	
Autre anxiolytique	Buspirone	
Antihistaminiques	Loratadine, Mizolastine, Ebastine, Rupatadine	Cimétidine
Antidépresseurs	Dapoxétine	Fluoxétine
Gastro-enterologie	Aprépitant, Cisapride, Domperidone, IPP, Prucalopride	
Produits de consommation	Millepertuis, Tabac et Alcool en prise chronique	Jus de pamplemousse

Annexe 1 : Principales molécules ayant une interaction sur l'efficacité de la contraception oestro-progestative(28)

Principaux pathogènes recherchés	Signes possibles	Complications
<u>VIH-Sida</u>	Fièvre, éruptions cutanées, asthénie, diarrhée	SIDA, atteinte du nouveau-né
<u>Chlamydia</u>	Asymptomatique le plus souvent, sinon brûlure mictionnelle, perte vaginale et douleurs pelviennes	Stérilité, grossesse extra-utérine, atteinte du nouveau-né
<u>VHB</u>	Fièvre, asthénie et hépatite	Cirrhose, cancer hépatique, atteinte du nouveau né
<u>Tréponème Syphilis</u>	Chancre, éruptions cutanées	Neurosyphilis, atteinte du nouveau-né
<u>Gonocoque</u>	Symptômes minimes, Brûlure mictionnelle, pertes vaginales, fièvre, douleurs pelviennes	Stérilité, atteinte du nouveau-né
<u>Papillomavirus</u>	Condylome	Cancer col de l'utérus, atteinte du nouveau né
<u>Herpès</u>	Eruptions cutanées, fièvre, douleurs pelviennes	Atteinte grave du nouveau-né
<u>Trichomonas</u>	Perte vaginale avec brûlure et démangeaisons	

Annexe 2 : Principaux symptômes et complications des IST(35)

Principaux pathogènes recherchés	Examens à demander	Contexte législatif et vaccinations
<u>VIH-Sida</u>	Sérologie VIH et antigène P24	Proposition systématique en cas de grossesse et de demande de certificat prénuptial Déclaration obligatoire
<u>Chlamydia</u>	PCR sur prélèvement local	
<u>Hépatite B</u>	Selon situation : Ag HBs, Ac anti-HBs, Ac anti-HBc totaux ou IGM en cas de suspicion d'hépatite aiguë	Dépistage obligatoire pendant la grossesse Déclaration obligatoire Vaccin disponible
<u>Tréponème Syphilis</u>	TPHA/VDRL puis examen au microscope à fond noir et sérologie	Dépistage obligatoire lors du premier examen prénatal
<u>Gonocoque</u>	Prélèvement local	
<u>Papillomavirus</u>	Frottis cervico-utérin	Vaccin disponible
<u>Herpès</u>	Culture sur prélèvement	
<u>Trichomonas</u>	Prélèvement local	
<u>Vaginose bactérienne</u>	Prélèvement local	

Annexe 3: Examens, contextes législatifs et vaccins disponibles selon l'IST(34)

La patiente:

Âge :

Profession:

Quel est votre niveau d'études?

- DEA, doctorat, diplôme d'ingénieur
 BTS, DEUG
 Première, terminale
 BE, BEPC, Classe de collège et seconde
 Ne veut pas répondre
- Licence, maîtrise (bac +3 ou 4)
 Bac
 CAP, BT, BET, BEP
 Sans diplôme, CEP

Diagnostic psychiatrique de l'hospitalisation:

Année de début de suivi en psychiatrie

Date d'entrée du présent séjour(jj/mm/aaaa)

Service

Antécédents personnels :

Antécédents familiaux :

	Oui	Non	Ne sait pas		Oui	Non	Ne sait pas
néo sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Néo sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
néo utérin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Néo utérin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
néo col	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Néo du col	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
néo ovarien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Néo ovarien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IST	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
AVC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
AIT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
IDM	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				

Nombre dans la vie : IVG

FCS

MFIU

Nombre d'enfants:

Tabagisme actif:

oui, en paquets année

non

Alcool:

oui, nombres de verres hebdomadaire

non

Poids /taille 2 =BMI

Traitements en cours: (nom molécules)

II- La contraception:

Rapport sexuel actuellement

oui non

Type contraception actuelle

aucun (ou méthode naturelle)

stérilet

implant:

pilule (nom)

préservatifs

Âge de la première contraception

Jamais de contraception

Nombre de contraception différente prise durant la vie :

Patiente ménopausée:

Oui Non si oui: THS Oui Non

III- Le suivi:

Date du dernier frottis : FCV < 3ans

Fait par le médecin généraliste

Fait par le gynécologue

Oui

Non

Jamais

Date du dernier bilan sanguin avec EAL et BH

Mammographie de moins de 2 ans

(50 à 69 ans)

Oui

Non

Non concerné

Vaccination HPV

Oui

Non

DATE :

AUTEUR : Nom : GUISET **Prénom :** Jean-Baptiste

Date de Soutenance : Lundi 23 Juin 2014

Titre de la Thèse : Etat des lieux de la prise en charge gynécologique chez les patientes atteintes de pathologies psychiatriques aux EPSM de Lille et de Roubaix

Thèse - Médecine - Lille 2014

Cadre de classement : Psychiatrie, gynécologie et médecine générale

DES + spécialité : DES de Médecine générale

Mots-clés : Maladies psychiatriques, gynécologie, contraception, comorbidités psychiatriques

Résumé :

Les maladies psychiatriques affectent la qualité de la prise en charge somatique des patientes. Leur réseau de soins est composé de médecins spécialisés, de professions paramédicales et sociales, dont le médecin généraliste est le pivot. La prise en charge gynécologique chez ces patientes aborde les questions de la contraception, de la prévention et du suivi. L'objectif de cette thèse est de faire un état des lieux de la prise en charge gynécologique chez les patientes atteintes de pathologies psychiatriques.

Nous avons inclus 118 patientes dans une étude prospective, descriptive et quantitative dans les services de psychiatrie du CAPI (Centre d'Accueil Psychiatrique Intersectoriel) et du CPAA (Centre Psychiatrique d'Accueil et d'Admission) de Roubaix et de Lille, sur la période du 12 décembre 2013 au 19 février 2014.

Les résultats ont montré que 27% (n=23) des patientes n'avaient jamais utilisé de contraceptif. 45% (n=14) des femmes non ménopausées, ayant une activité sexuelle et sans contraceptif utilisaient de façon concomitante trois psychotropes différents. 17% (n=20) des patientes avaient un antécédent d'IST. Concernant la prévention, 34% (n=40) n'avaient jamais bénéficié de frottis. 51% (n=20) des patientes de 50 à 74 ans n'avaient pas fait de mammographie dans les deux dernières années. 88% (n=37) des patientes de moins de 34 ans n'étaient pas vaccinées contre l'HPV.

Ces résultats nous montrent qu'une catégorie de patientes n'avaient pas un suivi gynécologique optimal. La prise en charge gynécologique en psychiatrie est un sujet complexe qui demande une prise en charge spécifique et la mise en place de moyens supplémentaires pour atteindre une équité face à la population générale. Les réponses des patients interrogées ainsi que les données de la littérature nous ont permis de proposer différents outils comme la création d'un carnet de correspondance médicale afin d'optimiser la prise en charge gynécologique.

Composition du Jury :

Président : Pr Denis VINATIER

Assesseurs : Pr Guillaume VAIVA

Pr Jean-Marc LEFEBVRE

Dr Natacha BUZON

Directeur de thèse : Dr Pauline FOURNIER