

## RECHERCHE

# Santé sexuelle et gynécologique des femmes consommatrices de substances psychoactives : enjeux et spécificités de la prise en charge par une sage-femme en addictologie

Cécile North <sup>1,\*</sup>, Laurence Lalanne <sup>1,2,\*</sup>

<sup>1</sup> Département d'addictologie des Hôpitaux universitaires de Strasbourg, Fédération de Médecine Translationnelle de Strasbourg (FMTS), 67000, Strasbourg, France

<sup>2</sup> INSERM 1329, Département d'addictologie des Hôpitaux universitaires de Strasbourg, Fédération de Médecine Translationnelle de Strasbourg (FMTS), 67000, Strasbourg, France

\* Correspondance : Pr Lalanne Laurence, Service d'Addictologie, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, 1 place de l'hôpital, 67091 Strasbourg Cedex. Email : [laurence.lalanne@chru-strasbourg.fr](mailto:laurence.lalanne@chru-strasbourg.fr)

## Résumé :

Les femmes sont particulièrement vulnérables à la consommation de tabac, d'alcool et d'autres substances psycho actives avec un risque plus élevé que les hommes de développer des problèmes de santé tout au long de leur vie. Les études soulignent la nécessité d'intégrer, au sein des équipes d'addictologies, des professionnels spécifiquement formés à la santé gynécologique, sexuelle et périnatale, afin de répondre à des situations cliniques et sociales complexes.

Dans ce contexte, cette étude propose d'évaluer la santé sexuelle et le suivi gynécologique des femmes consommatrices de substances psychoactives, ayant bénéficié de consultations sage-femme au sein du CSAPA du service d'addictologie des Hôpitaux universitaires de Strasbourg. Nous avons mené une étude descriptive rétrospective sur 55 femmes suivies pour leurs addictions au CSAPA. Parmi les principaux résultats, 31 % des femmes se trouvent dans une situation précaire ; l'alcool (38 %) est la substance la plus répandue, suivie de la cocaïne (20 %), du cannabis (16 %) et des opiacés (9 %) ; près de la moitié (47 %) n'avaient jamais eu de suivi gynécologique ou n'en avaient pas bénéficié depuis plus de 5 ans ; 42 % des femmes en âge de procréer n'utilisent pas de contraception ; 24 % ont fait au moins une fausse couche dans leur vie ; 58 % des femmes ont subi au moins un avortement au cours de leur vie ; 77 % déclarent avoir été victimes de violences sexuelles, passées ou présentes. Ces résultats mettent en évidence la grande vulnérabilité des femmes souffrant de troubles liés à l'usage de substances psychoactives, tant en termes de santé gynécologique et sexuelle que du risque accru de violences sexuelles. Ces résultats encouragent le développement de consultations spécifiques et de soins mieux adaptés pour les femmes en CSAPA.

**Mots-clés :** Suivi gynécologique ; santé sexuelle ; infections sexuellement transmissibles ; femmes ; violences sexuelles ; cancer du sein ; cancer du col de l'utérus ; troubles liés à l'usage de substances.

## Abstract:

Women are particularly vulnerable to the use of tobacco, alcohol, and other psychoactive substances, with a higher risk than men of developing health problems throughout their lifetime. Studies highlight the need to integrate within addiction care teams professionals specifically trained in gynecological, sexual, and perinatal health in order to address complex clinical and social situations. In this context, this study aims to assess sexual health and gynecological follow-up among women who use psychoactive substances and who have benefited from midwife consultations within the CSAPA (Addiction Care, Support and Prevention Center) of the Addiction Department of the Strasbourg University Hospitals. We conducted a retrospective descriptive study on 55 women followed for addiction at the CSAPA. Among the main findings, 31 % of women were in a precarious socioeconomic situation; alcohol (38 %) was the most commonly used substance, followed by cocaine (20 %), cannabis (16 %), and opioids (9 %); nearly half (47 %) had never had gynecological follow-up or had not received any for more than five years; 42 % of women of reproductive age were not using contraception; 24 % had experienced at least one miscarriage in their lifetime; 58 % had undergone at least one abortion; and 77 % reported having been victims of sexual violence, either past or present. These results highlight the high level of vulnerability among women with substance use disorders, both in terms of gynecological and sexual health and the increased risk of sexual violence. These findings support the development of dedicated consultations and more tailored care pathways for women attending CSAPA services.

**Keywords:** Gynecological follow-up; sexual health; sexually transmitted infections; women; sexual violence; breast cancer; cervical cancer; substance use disorders

## 1. INTRODUCTION

Les femmes présentant des addictions comptent parmi les publics vulnérables prioritairement identifiés par les récentes stratégies gouvernementales et européennes. Pourtant elles sont minoritaires dans les services de prise en charge spécialisés [1].

Suivant les données épidémiologiques, il ressort que les femmes sont particulièrement vulnérables face à la

consommation de tabac, d'alcool et d'autres drogues. Même si, en général, elles usent et abusent moins de la plupart des substances que les hommes, il est bien reconnu qu'elles courent davantage de risques de présenter des problèmes de santé par la suite [2]. Le tabac provoque des maladies liées à l'état hormonal et aux fonctions reproductives, une réduction de la fertilité, l'avènement plus rapide de la ménopause et des menstruations plus symptomatiques, et présente un lien étroit avec le cancer du col de l'utérus [3]. L'alcool provoque des maladies du foie plus tôt chez les femmes que chez les hommes malgré une utilisation plus brève. [4] L'hypertension artérielle, l'ostéoporose, la diminution de la masse cérébrale et des capacités cognitives, le cancer du sein et les ulcères gastriques constituent d'autres risques pour la santé, plus fréquents chez les femmes qui consomment de l'alcool régulièrement [5].

La prise de traitements de substitution aux opiacés (TSO), la consommation d'héroïne, de GHB, de speed, de MDMA et de benzodiazépines, jouent un rôle non négligeable sur les menstruations. Seulement, bien souvent, les consommations s'accompagnent d'un mauvais rythme de sommeil, d'une alimentation irrégulière et déséquilibrée. C'est cette combinaison consommations/rythme de vie décalé plus que les produits eux-mêmes, qui influe sur les règles et provoque l'aménorrhée [6].

La stratégie nationale de santé sexuelle [7] investit le champ de la santé sexuelle et reproductive sous un angle global et positif et dans un cadre partagé au niveau interministériel.

Ses orientations stratégiques 2017-2030 s'articulent autour des grandes priorités suivantes : Promouvoir la santé sexuelle, en particulier en direction des jeunes ; Améliorer le parcours de santé en matière d'infections sexuellement transmissibles (IST), dont le VIH et les hépatites virales ; Améliorer la santé reproductive ; Répondre aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables ; Promouvoir la recherche, les connaissances et l'innovation en santé sexuelle.

En 2018, l'OFDT a lancé l'enquête en ligne Ad-Femina afin de dresser un tableau des dispositifs d'addictologie spécifiques aux femmes proposés en 2017, en France.

Au total, 146 CAARUD, 425 CSAPA et 320 ELSA et 350 services d'addictologie hospitaliers ont été invités à participer à l'enquête. Le taux de participation a été de 28 % dont 24 % des répondants déclarent avoir mis en œuvre un accueil féminin en 2017.

Deux grands champs d'action se distinguent avec d'une part l'accueil maternel : accompagnement de la maternité avec suivi périnatal spécialisé et d'autre part l'accueil de femmes : « traite les vulnérabilités observées chez les femmes présentant des addictions ». Dont 7 structures proposeraient un suivi gynécologique au sein de leur service. La moitié de ces accueils féminins ont été mis en place il y a moins de 2 ans [1].

Pour ces structures d'addictologie, l'engagement dans l'accueil féminin résulte d'une prise de conscience récente.

Depuis la loi du 21 juillet 2009, les sages-femmes peuvent assurer le suivi gynécologique de prévention, c'est-à-dire qu'elles réalisent l'examen des seins, l'examen génital, le frottis cervico-vaginal et la prescription de contraception, et ce pendant toute la vie de leurs patientes. En cas de pathologie, le suivi est alors orienté vers un médecin. [9] Elles assurent également l'accompagnement de la santé sexuelle et participent activement à la prévention et à l'accompagnement des violences faites aux femmes. Dans ce cadre, elles jouent un rôle clé en repérant les patientes victimes de violences, en les accueillant et en les accompagnant de manière adaptée, ainsi qu'en fournissant des conseils et des informations personnalisées. Cette approche permet d'établir une relation de confiance, de favoriser l'expression des violences subies et de coordonner les accompagnements nécessaires. Les sages-femmes sont donc des actrices à part entière dans ce projet de santé publique.

Dans le cadre de cette étude, nous formulons l'hypothèse que l'observance du suivi gynécologique des femmes présentant une problématique addictive et suivies en CSAPA, est insuffisante au regard des recommandations de l'Haute Autorité de Santé, compte tenu de l'augmentation des risques gynécologiques et de la fréquence des grossesses inopinées liées aux consommations de substances psychoactives.

Afin de tester cette hypothèse, l'étude propose d'évaluer le suivi gynécologique et la santé sexuelle des femmes présentant une problématique addictive ayant consulté en CSAPA.

Les objectifs sont de caractériser la population suivie au CSAPA du service d'addictologie des Hôpitaux

Universitaires de Strasbourg, d'identifier les besoins et les attentes des femmes accueillies en CSAPA en matière de réduction des risques gynécologiques en fonction de l'âge, de déterminer les moyens contraceptifs les plus adaptés à mettre à disposition au sein du CSAPA, et enfin, d'identifier les besoins en prévention de la santé sexuelle des patientes accompagnées.

## **2. MATERIELS ET METHODES**

### **2.1. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective basée sur l'acquisition de données présentes dans les dossiers médicaux des patientes suivies au CSAPA du service d'addictologie des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS) ayant eu au moins une consultation avec la sage-femme de l'équipe.

Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique le 15 mai 2025, RNI 2025- HUS N° 9616 et toutes les formalités nécessaires ont été accomplies auprès de la CNIL (réf : R25-019)

### **2.2. Population étudiée**

Les critères d'inclusion étaient les suivants : Femme, majeure ; Suivie au CSAPA du service d'addictologie des HUS ; Avoir rencontré la sage-femme de l'équipe lors d'au moins une consultation.

Les consultations de sage-femme sont ouvertes à toutes les femmes majeures suivies au CSAPA ou hospitalisées pour un sevrage complexe, quel que soit leur âge, leur situation sociale ou le type de problématique addictive. Les patientes prennent rendez-vous avec la sage-femme, qui remplit un dossier médical lors de chaque consultation.

Les Critères de non-inclusion : Barrière de la langue ; Patientes n'ayant jamais rencontré la sage-femme du CSAPA ; Dossiers médicaux incomplets ou indisponibles pour le recueil des données nécessaires à l'étude.

### **2.3. Données recueillies**

Données sociodémographiques et contexte de vie. Les informations suivantes ont été recueillies afin de caractériser le profil social et économique des patientes : Âge ; Niveau d'études (sans diplôme, CAP/BEP, Bac, supérieur) ; Situation professionnelle (emploi stable, emploi précaire, chômage) ;

Statut socio-économique et indicateurs de précarité : Logement (stable, hébergement temporaire, sans-abri) ; Revenus (stables, précarité financière) ; Accès aux soins et couverture sociale ; Vulnérabilités sociales supplémentaires (isolement familial, poly-addiction).

#### **Données médicales**

Substance psychoactive principale motivant le suivi au CSAPA ; Consommation concomitante avec d'autres substances psychoactives. Antécédents médicaux généraux et gynécologiques ;

Suivi gynécologique et santé sexuelle : Méthodes contraceptives utilisées ; Suivi des infections sexuellement transmissibles (IST) ; Dépistage du HPV ; Mammographie et autres examens de prévention gynécologique.

La consultation gynécologique réalisée par une sage-femme s'inscrit dans une démarche de réduction des risques. Elle comprend un temps d'échange permettant d'identifier les pratiques à risque, d'évaluer les besoins en santé sexuelle et reproductive et d'adapter les conseils de prévention. Elle peut inclure un examen gynécologique, des actions de dépistage (infections sexuellement transmissibles, frottis cervico-utérin, le tout en auto prélèvement) ainsi qu'un accompagnement en matière de contraception, de suivi menstruel, de la ménopause et de prévention des complications gynécologiques, dans une approche globale, bienveillante et non jugeante.

Le recueil des données sociales et médicales a été effectué à partir des dossiers sociaux et médicaux, complétés par les observations consignées par la sage-femme lors de la consultation. Les variables ont été classées pour permettre une analyse descriptive précise des conditions de vie et des vulnérabilités des femmes.

### **2.4. Période et taille de l'échantillon**

Le recueil de données a porté sur les femmes ayant rencontré la sage-femme du CSAPA sur une période d'un an, du 1er septembre 2023 au 1er septembre 2024. Au total, 55 patientes ont été incluses dans l'étude.

## 2.5. Analyse statistique

Une analyse strictement descriptive a été réalisée : Les variables qualitatives ont été présentées sous forme de fréquences absolues et de pourcentages ; Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne  $\pm$  écart-type ou la médiane et l'intervalle interquartile selon leur distribution.

Les données ont été saisies dans un fichier Microsoft Excel, utilisé également pour le calcul des statistiques descriptives. Aucune analyse comparative n'a été menée, l'objectif étant de dresser un portrait descriptif de la population. Les données manquantes n'ont pas été remplacées et ont été exclues des calculs au cas par cas.

## 3. RESULTATS

### 3.1. CONSULTATIONS SAGE-FEMME

La grande majorité des rendez-vous avec la sage-femme sont honorés, avec un taux de présence de 87 %. Parmi ces rendez-vous, 47 % des femmes ont été vues une fois, 28 % deux fois et 25 % trois fois ou plus.

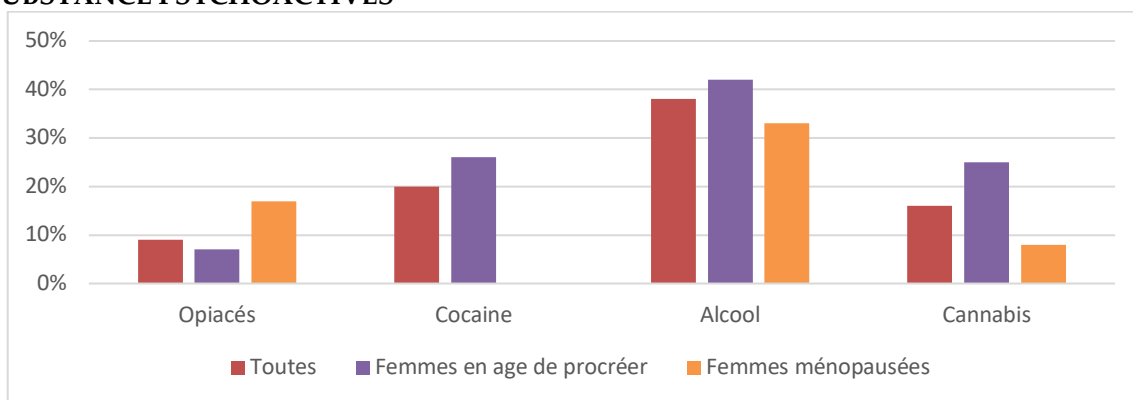
### 3.2. POPULATION DE L'ETUDE

La moyenne d'âge de notre étude est de 36 ans, de 20 ans à 66 ans, avec 76 % des femmes en âge de procréer et 24 % de femmes en situation de ménopause.

Concernant leur mode vie 31 % sont en situation de précarité (SDF, Foyer, ...), 69 % sont insérées et 54 % d'entre elles travaillent et touchent un salaire.

Pour leur niveau d'étude 11 % se sont arrêtées au brevet ou avant, 47 % sont allées jusqu'au bac et 9 % ont fait de études supérieures. Pour 33 % des patientes de l'étude cette information n'est pas connue.

### 3.3. SUBSTANCE PSYCHOACTIVES



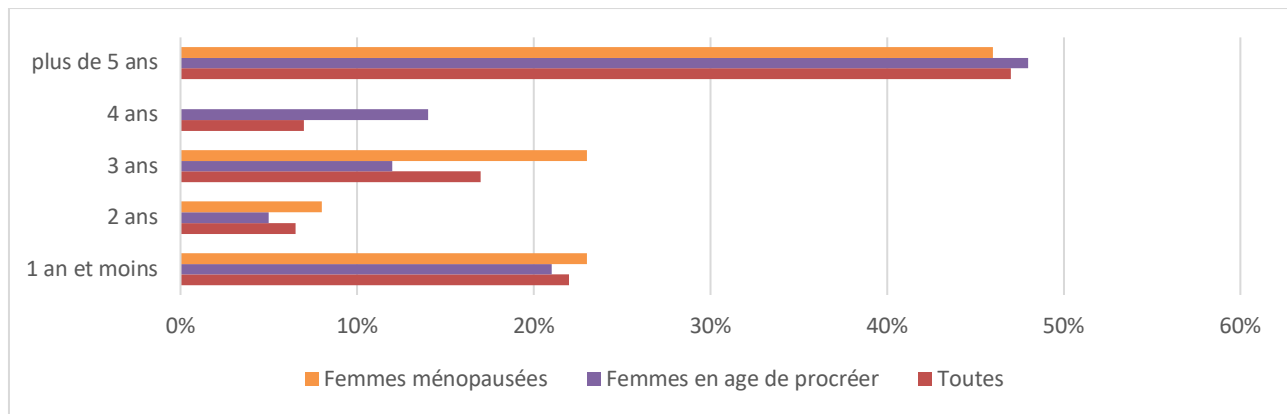
**Figure 1.** Répartition des substances principales consommées par les patientes de l'étude, en fonction de leur âge physiologique

Concernant les substances principalement consommées, on retrouve en majorité l'alcool pour 38 % des femmes, puis la cocaïne pour 20 %, le cannabis à 16 % et 9 % consomment des opiacés. 13 % des femmes de l'étude sont sous traitements de substitution aux opiacés (TSO).

### 6.1. SUIVI GYNECOLOGIQUE

Pour le suivi gynécologique, 47 % des femmes rencontrées en consultations n'ont jamais eu ou n'ont plus de suivi gynécologique depuis plus de 5 ans.

Et 22 % des femmes de l'étude ont eu une consultation gynécologique dans l'année qui précède.



**Figure 1.** Délais depuis la dernière consultation gynécologique en fonction de l'âge physiologique féminin

### 3.5. CONTRACEPTION

Patientes en âge de procréer (sans symptôme de ménopause et sans grossesse):

Type de contraception	Taux d'utilisation	Contraception périmée	Tests de grossesse réalisés 40 % des cs	Contraception		Contraception proposée mais réflexion
				Débutée par	Modifiée	
Sans contraception	42 %	/	65 %	63 %		31 %
Pilule	17 %	0 %	14 %	20 %	14 %	14 %
Implant	12 %	60 %	40 %	45 %	100 % des périmés	33 %
Stérilet (SIU + DIU)	17 %	29 %	14 %	27 %	100 % des périmés	50 %
Nuvaring®				8 %		
Préservatifs	2 %	/	100 %		100 % > par stérilet	
Homosexuelle	5 %	/	/	/		/
Désir de grossesse	5 %	/	100 %			

**Tableau 1.** Statut contraceptif des patientes en âge de procréer et modifications contraceptives proposées. **Contraception périmée: durée d'efficacité recommandée dépassée.**

Concernant la contraception, 42 % des femmes en âge de procréer n'ont pas de contraception avec 5 % qui ont un désir de grossesse sous-jacent. Pour toutes les femmes sans contraception en âge de procréer, une information et une proposition de contraception ont été faites. 63 % d'entre elles en ont débuté une lors de la consultation : 45 % Nexplanon®, 27 % de stérilet, 20 % de pilule et 8 % de Nuvaring®.

Concernant les 48 % de femmes ayant une contraception mise en place à l'extérieure, 60 % des implants étaient périmés (> 3 ans depuis la pose) et 29 % des stérilets (> 5ans depuis la pose). 100 % de ces contraceptions périmées ont été retirées et remplacées par une nouvelle contraception. Par ailleurs, 2 % des femmes utilisaient les préservatifs comme moyen de contraception, qui ont été remplacé par la pose d'un stérilet.

### 3.6. PRELEVEMENT VAGINAL A LA RECHERCHE INFECTION SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

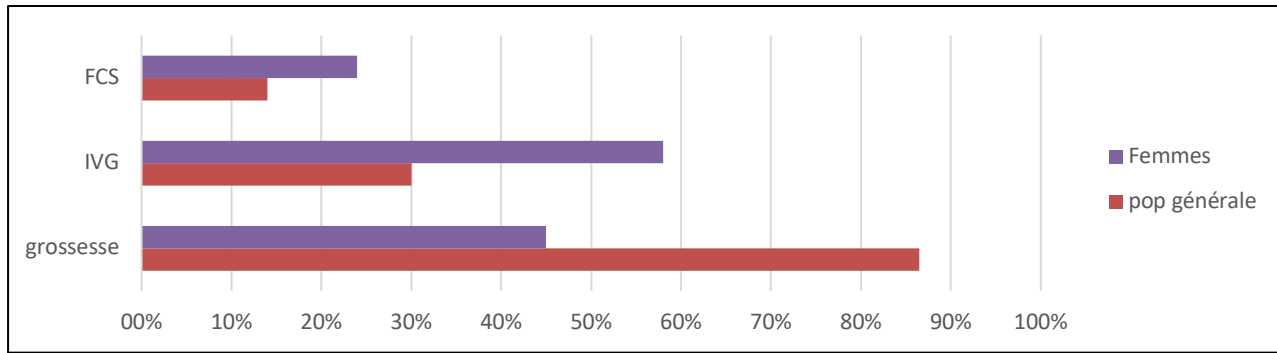
Un prélèvement vaginal pour rechercher les infections sexuellement transmissibles est réalisé dans 58 % des consultations et ils sont à 100 % négatifs. 27 % des femmes sont à jour dans leur dépistage. Et dans 15 % des cas, il est proposé mais non réalisé.

### 3.7. RECHERCHE DU PAPILOMAVIRUS HUMAIN (HPV)

Concernant plus particulièrement le frottis cervico-vaginal pour le dépistage des cancers du col de l'utérus, 50 % des femmes sont à jour de leur surveillance, 37 % de frottis sont réalisés en consultation: dont 19 % de retour pathologique avec contrôle dans 1 an.

Pour 11 % des femmes, le prélèvement a été expliqué, mais pas réalisé. Et dans 2 % des consultations, il n'a pas été abordé.

### 3.8. LA GROSSESSE



**Figure 3.** Profil obstétrical des patientes de l'étude ayant été enceinte versus la population générale française.

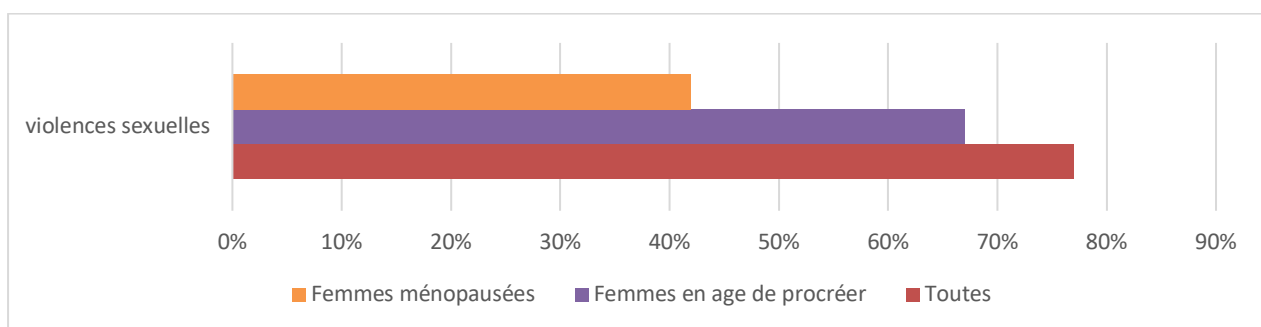
Concernant les antécédents obstétricaux, 67 % des femmes incluses dans l'étude ont déjà été enceintes. Parmi elles, 58 % ont eu recours à une interruption volontaire de grossesse au moins une fois au cours de leur vie, et 24 % ont présenté au moins une fausse couche. Par ailleurs, 45 % des femmes ayant mené une grossesse à terme ont au moins un enfant.

### 3.9. MAMMOGRAPHIE

Parmi les femmes en âge de bénéficier d'une surveillance du cancer du sein par mammographie (à partir de 50 ans, ou plus précocement en cas d'antécédents familiaux), 33 % étaient à jour de leur suivi. Parmi celles ne l'étant pas, une mammographie a été prescrite dans 84 % des consultations, tandis que pour les 16 % restantes, la surveillance et l'examen ont été expliqués mais non souhaités par la patiente. Par ailleurs, 33 % des mammographies réalisées ont conduit à une ponction, dont l'une a permis de diagnostiquer un cancer du sein de stade II.

À titre de comparaison, dans la population générale française, 48 % des femmes suivent les recommandations de surveillance de la Haute Autorité de Santé.[8]

### 3.10. VICTIMES DE VIOLENCES SEXUELLES



**Figure 4.** Proportion de femmes victimes de violences sexuelles en fonction de l'âge physiologique féminin.

Lors des consultations, 80 % des femmes ont été interrogées sur leurs antécédents de violences psychologique, physique et sexuelles.

Parmi les femmes interrogées, 77 % déclarent avoir été victimes de violences sexuelles, passées ou actuelles. Parmi elles, 85 % sont en âge de procréer et 15 % sont ménopausées.

Cela représente 67 % des femmes en âge de procréer et 42 % des femmes ménopausées de l'étude.

## 3. DISCUSSION

Notre étude s'est attachée à analyser différents indicateurs du suivi gynécologique chez des femmes présentant des conduites addictives. Les résultats mettent en évidence une observance insuffisante de ce suivi chez les femmes prises en charge en CSAPA, au regard des recommandations émises par la Haute Autorité de Santé.

Cette insuffisance apparaît d'autant plus préoccupante au vu du sur-risque de pathologies gynécologiques et de grossesses non planifiées associé aux consommations.

Plus précisément, les données recueillies révèlent un moindre recours aux consultations de suivi gynécologique, à la réalisation de frottis cervico-utérins, au dépistage des infections sexuellement transmissibles ainsi qu'à la mammographie. Par ailleurs, en comparaison avec la population générale, ces femmes présentent une exposition accrue aux violences sexuelles et rencontrent plus fréquemment des complications ou difficultés en lien avec la grossesse.

De telles données rejoignent celles d'autres études et montrent le rôle prééminent de la sage-femme dans un CSAPA.

En effet, malgré la nécessité et l'importance d'un suivi gynécologique de prévention, il apparaît en France, que 22 % des femmes n'ont pas de suivi gynécologique régulier. [9] Alors qu'elles sont deux fois plus dans notre CSAPA avec 47 % des femmes rencontrées en consultations qui n'ont jamais eu ou n'ont plus de suivi gynécologique depuis plus de 5 ans. Et cela quelle que soit la tranche d'âge.

Une étude OpinionWay réalisée en 2011 a montré que 19 % des femmes en France entre 16 et 60 ans n'avaient aucun suivi gynécologique régulier sur une durée d'au moins 2 ans, 6 % des femmes n'avaient jamais consulté en gynécologie de prévention et une femme sur cinq n'avait pas réalisé de Frottis cervicaux-utérin (FCU) sur une période de plus de 5 ans ou n'en avait jamais fait.

Parmi les femmes qui n'effectuent pas de suivi gynécologique de prévention, les principales raisons invoquées sont une absence de problème de santé (28 %), un délai trop long pour obtenir un rendez-vous (14 %), un âge ne nécessitant pas d'être suivie régulièrement (14 %), un déménagement (11 %), une absence de professionnel autour de chez soi (7 %), trop de frais à engager (6 %) ou d'autres motifs divers et variés (20 %)[10].

D'après l'étude du Dr Roselyne MARTEL en 2021[11], seulement 51.8 % des patientes avec un suivi en addictologie (CSAPA, CAARUD, etc.) ont un suivi gynécologique conforme aux recommandations de l'HAS. Au sein de notre CSAPA, ce taux atteint 22 % parmi les femmes interrogées. Dr MARTEL explique par contre que ce chiffre monte à 69 % lorsqu'elles bénéficient de consultations gynécologiques au sein même des centres d'addictologie.

Concernant la contraception, dans notre étude, toutes les femmes ayant une contraception ont un suivi gynécologique régulier associé. Par contre, 42 % des femmes en âge de procréer n'ont pas de contraception, avec seulement 5 % qui ont un désir de grossesse sous-jacent.

Le coût des méthodes contraceptives constitue un frein potentiel à l'accès à la contraception, d'autant plus marqué dans un contexte de précarité sociale importante. Notamment les pilules de première et de deuxième génération, les implants contraceptifs, les dispositifs intra-utérins (DIU), les diaphragmes et les progestatifs injectables qui sont remboursés à hauteur de 65 % par l'Assurance Maladie ce qui laisse un reste à charge non négligeable pour les femmes.

Afin de lever cet obstacle, un partenariat a été mis en place avec la pharmacie de l'hôpital et la sage-femme du service, permettant de proposer gratuitement l'initiation ou le renouvellement de toute méthode contraceptive adaptée à la situation addictive et sociale des femmes accompagnées au sein du CSAPA des HUS.

Ainsi, les consultations de sage-femme réalisées au sein du CSAPA ont permis une amélioration significative de la couverture contraceptive : près des deux tiers des femmes en âge de procréer initialement sans contraception bénéficient désormais d'une méthode contraceptive et majoritairement avec une contraception qui ne nécessite pas d'observance de leur part hormis le délai de péremption. Par ailleurs, l'ensemble des femmes présentant une contraception périmée a pu bénéficier d'un retrait et de la mise en place d'une nouvelle méthode adaptée.

Cette consultation permet de grandement faciliter l'introduction ou le changement de contraception ce qui limite également le risque de grossesse inopinée chez les femmes suivies en CSAPA.

Le Fond des Nations Unis pour la Population (UNFPA) publie en Mars 2022, une étude indiquant que la moitié des grossesses dans le monde seraient non planifiées. Lorsqu'une consommation de substances psychoactives est associée, une étude américaine estime le taux de grossesses inopinées entre 60 et 90 %. [12] De plus, une étude menée au Canada indique un taux de grossesses inopinées de 95,7 % chez les femmes consommatrices de drogues, contre 45 % dans la population générale, ainsi qu'un taux d'avortement de 80,7 % chez les femmes sous traitements de substitution, comparé à 31 % dans la population générale. [13]

Dans notre étude, 58 % des patientes ont eu au moins une IVG au cours de leur vie, contre 33 % dans la population générale de femmes françaises. [14] Ces données suggèrent une fréquence quasiment deux fois plus élevée du recours à l'IVG parmi les femmes concernées par une problématique addictive, ce qui met en évidence la nécessité de proposer au sein du CSAPA un accès rapide aux tests de grossesse, à la pilule contraceptive d'urgence, ainsi que des consultations adaptées pour les demandes d'IVG dans des délais optimaux. La mise en place de consultations gynécologiques dédiées permettrait également d'informer et d'accompagner les patientes dans leurs projets périnataux.

Il est également à noter que 24 % des grossesses survenues chez les femmes de l'étude se sont terminées par une fausse couche spontanée (FCS). Comparé au taux de 14 % observé dans la population générale, ce résultat indique une fréquence beaucoup plus élevée de FCS dans ce groupe, ce qui souligne la nécessité d'en tenir compte dans l'accompagnement des patientes en désir de grossesse au CSAPA.

En matière de dépistage, qu'il s'agisse des infections sexuellement transmissibles (IST) ou des cancers, les femmes suivies en CSAPA présentent un risque accru [4]. Plusieurs facteurs associés à la consommation de substances psychoactives contribuent à augmenter cette vulnérabilité. L'altération du discernement entraîne une diminution de l'usage du préservatif, tandis que certaines substances, comme les stimulants, l'alcool ou le GHB, peuvent induire des rapports sexuels prolongés, plus violents, augmentant la probabilité de microlésions vaginales ou génitales facilitent la transmission des IST [21-22].

Leur adhésion aux recommandations de dépistage est réduite, en particulier en raison de la fréquence élevée d'antécédents de violences sexuelles, touchant 77 % des femmes de notre étude contre 53 % dans la population générale [15]. Toutefois, les données disponibles de notre étude ne permettent pas de différencier de manière fiable les violences sexuelles des autres violences, ni de distinguer les violences actuelles de celles passées, ce qui constitue une limite de notre analyse.

Dans ce contexte, la sage-femme joue un rôle central en tant que professionnelle de première ligne pour le repérage et la prise en charge des violences faites aux femmes. Elle intervient dans l'identification, le soutien et à l'orientation des patientes victimes de violences, en s'appuyant sur une relation de confiance et d'écoute favorisant l'expression des violences subies et permettant la coordination des accompagnements adaptés.

Parallèlement, et dans le cadre d'une stratégie nationale de prévention, le Réseau des Établissements de Santé pour la Prévention des Addictions (RESPADD) a publié en 2021 un guide pratique de repérage et d'intervention brève en santé sexuelle en contexte d'addictologie [18], fournissant aux professionnels des outils concrets pour améliorer le dépistage et la prévention auprès des patientes vulnérables.

Ces violences, aux répercussions physiques et psychiques importantes, constituent une barrière supplémentaire à l'accès aux dépistages gynécologiques, tels que ceux du cancer du sein ou du cancer du col de l'utérus.

Concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus, celui-ci était réalisé chez 61,4 % des femmes âgées de 25 à 65 ans dans la région Grand Est en 2020-2022 [19] contre 50 % dans notre étude. Face à ces difficultés citées précédemment pouvant freiner l'accès au dépistage, une collaboration initiée par notre équipe, a été mise en place entre le laboratoire de l'hôpital et un laboratoire spécialisé dans la production d'écouvillon d'auto-prélèvement pour le dépistage HPV. Cette démarche a permis d'augmenter le taux de dépistage HPV jusqu'à 85 % chez les femmes rencontrées par la sage-femme du service.

Le cancer du col de l'utérus est le premier cancer considéré comme pouvant être éliminé grâce à la prévention [25]. Le taux de vaccination contre le HPV n'a pas été évalué dans notre étude. L'intégration d'un accès à la vaccination anti-HPV au sein du CSAPA, conformément aux recommandations de l'HAS, constituerait une

modalité supplémentaire de prévention du cancer du col de l'utérus [20].

Pour le dépistage du cancer du sein, le taux national est de 48,2 % [8], tandis qu'il atteint 33 % dans notre échantillon étudié. A l'issue des consultations, 84 % des patientes dont la surveillance n'était pas à jour ont quitté la consultation avec une ordonnance de mammographie et une explication de l'examen. Pour certaines une prise de rendez-vous s'est faite en aide avec la sage-femme.

Parmi les patientes ayant réalisé cet examen, 33 % présentaient une ou plusieurs masses nécessitant une ponction. Un cancer du sein en stade 2 a été diagnostiqué. Le délai entre la consultation de sage-femme au CSAPA et l'intervention chirurgicale a été de 48 jours, incluant la réalisation de la mammographie, de la ponction/ biopsie, du scanner thoraco-abdomino-pelvien, de la scintigraphie, ainsi que l'organisation de l'intervention.

En France, le délai moyen d'accès aux traitements varie selon le type de cancer [8] : il est de 23,4 jours pour le cancer colorectal et de 40 jours pour le cancer du sein.

Dans ce contexte, la consultation de réduction des risques gynécologiques au CSAPA a permis de diminuer ce délai d'environ 10 jours, grâce à la présence d'une professionnelle spécialisée assurant une coordination rapide, favorisant ainsi un accès plus rapide aux examens et aux prises de rendez-vous.

Ces résultats soulignent l'importance de proposer, au sein du CSAPA, une consultation dédiée à la réduction des risques gynécologiques, afin de garantir une prise en charge globale intégrant prévention, dépistage, accompagnement et soutien.

En définitive, notre étude met en lumière la vulnérabilité des femmes présentant des conduites addictives. Bien qu'elles soient identifiées comme une priorité par les stratégies gouvernementales et européennes récentes, elles restent sous-représentées dans les structures spécialisées : elles constituent 23 % des usagers en CSAPA et 18 % des personnes accueillies en CAARUD. La majorité d'entre elles se situe en âge de procréer [1], ce qui concorde avec nos résultats, la moyenne d'âge observée étant de 36 ans.

Selon le rapport d'activité annuel 2022 du CSAPA des HUS, 32 % des personnes accueillies et suivies sont des femmes, un taux nettement supérieur à la moyenne nationale. Sur la même année, 17 % des patientes du CSAPA ont été rencontrées par la sage-femme, un chiffre qui demeure insuffisant au regard de l'importance de ce type de consultation en matière de réduction des risques gynécologiques.

Cette étude comporte toutefois certaines limites, lesquelles invitent à une prudence dans la généralisation des résultats à l'ensemble de la population française. L'absence de groupe témoin en fait partie, c'est une étude descriptive qui vise à documenter les observations réalisées, d'autant qu'elles concernent un domaine encore peu décrit dans la littérature. La réalisation d'une étude prospective comparant deux populations – l'une suivie en consultation de gynécologie classique et l'autre en consultation de gynécologie au CSAPA- permettrait d'affiner cette recherche.

Par ailleurs, les femmes, rencontrées par la sage-femme du CSAPA des HUS, présentent généralement des addictions d'une sévérité suffisante pour nécessiter une prise en charge spécialisée, ce qui introduit un biais de sélection et limite la représentativité de cette population par rapport à la population générale ou à celle suivie dans d'autres structures d'addictologie.

Enfin, l'absence de données sur le statut vaccinal HPV constitue une autre limite et justifie l'intégration de ce critère dans de futurs travaux de recherche.

#### 4. CONCLUSION

Cette étude met en évidence l'importance de disposer, au sein des équipes des services d'addictologie des professionnels formés, sensibilisés aux problématiques liées à l'addiction en gynécologie, santé sexuelle et périnatalité, et dotés de capacités d'écoute et de compréhension adaptées permettant une prise en charge optimale de ces situations complexes. Les CSAPA ont un rôle de repérage, d'accès et d'orientation à jouer auprès

d'un public qui peut présenter des difficultés sur la sexualité et la parentalité majorées par un contexte de consommation et de précarité. La situation addictive entraîne souvent chez les femmes des accompagnements spécifiques qui doivent tenir compte de leur temporalité, de leur fragilité dans les liens sociaux, des priorités dans leur quotidien et de la relation à autrui. L'objectif est de permettre un suivi gynécologique de prévention adapté, intégrant les spécificités liées à la consommation de substances et aux facteurs de vulnérabilités associés. Les données de cette étude, ainsi que celles issues des différentes enquêtes citées dans ce travail, montrent que les femmes consommatrices de substances psychoactives sont davantage confrontées à des problématiques gynécologiques et de grossesse non désirée que la population générale. La santé des femmes consommatrices est un réel enjeu de santé publique, dans lequel la sage-femme intervient comme une professionnelle de premier recours au sein d'une prise en charge pluridisciplinaire du CSAPA. En proposant des consultations de prévention en gynécologie, obstétrique et santé sexuelle ainsi que des outils de réduction des risques, le sage-femme contribue à réduire les délais d'accès aux examens et aux soins, à coordonner rapidement les prises en charge et à améliorer l'adhésion aux recommandations de dépistage, tout en tenant compte des vulnérabilités spécifiques des femmes du CSAPA. La mise en place de telles consultations spécialisées constitue aujourd'hui un élément essentiel du dispositif de soins pour les femmes suivies en addictologie.

**Liens et/ou conflits d'intérêts :** Aucun.

**Sources de financement :** Aucun

**Contribution des auteurs :** Cécile North : conceptualisation, recueil des données, méthodologie, supervision, validation, rédaction – version originale, rédaction – révision et édition. Laurence Lalanne : conceptualisation, méthodologie, supervision, validation, rédaction – révision et édition.

## 5. REFERENCES

1. OFDT. Résultats de l'enquête Ad Femina : Accueil spécifique des femmes en addictologie. Tendances. 2019.
2. Gordis E. Are Women More Vulnerable to Alcohol's Effects? Alcohol Alert. Rockville (MD): National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA); 1999.
3. Gordis E. Alcohol: A Women's Health Issue. Rockville (MD): National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; 2003
4. Fédération des Addictions. Femmes et addictions. Repères. 2016;100 p.
5. Mission interministérielle de lutte contre les addictions (MILDECA) ; Fédération Addiction. Femmes et addictions : un guide pour améliorer la prise en charge des femmes usagères de drogues. 2022. [Consulté 3 Novembre 2024]. Available from: <https://www.drogues.gouv.fr/femmes-et-addictions-un-guide-pour-ameliorer-la-prise-en-charge-des-femmes-usageres-de-drogues>
6. Haute Autorité de Santé. Des risques spécifiques sur la santé pour les femmes. Dossier de presse. 2025
7. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Stratégie nationale de santé sexuelle : Agenda 2017–2030. 2017.
8. Santé publique France. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2022 2023 et évolution depuis 2005. [Consulté Mars 2025]. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/articles/taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-en-2024-et-evolution-depuis-2005>
9. Ordre National des Sages Femmes. Contraception : Les femmes sont-elles suffisamment informées ? [Consulté 10 Avril 2025]. Available from: <http://www.ordresagesfemmes.fr/actualites/contraception-les-femmes-sont-elles-suffisamment-informees>
10. Ordre National des Sages Femmes. Dossier contraception. 2017. [Consulté Mars 2025]. Available from: [http://www.ordre-sagesfemmes.fr/wpcontent/uploads/2017/09/Dossier\\_contraception.pdf](http://www.ordre-sagesfemmes.fr/wpcontent/uploads/2017/09/Dossier_contraception.pdf)
11. Martel RNS. État des lieux du suivi gynécologique des femmes de 18 65 ans prises en charge dans une structure spécialisée en addictologie. Thèse de médecine. 2021.
12. Levander XA, et al. Contraception and Healthcare Utilization by Reproductive Age Women Who Use Drugs in Rural Communities: A Cross Sectional Survey. J Gen Intern Med. 2023;38:98 106. doi:10.1007/s11606 022 07558 6
13. Jia L, Norman WV. Contraception Practices Among Women on Opioid Agonist Therapy. J Obstet Gynaecol Can. 2021;43(2):204 210. doi:10.1016/j.jogc.2020.06.027 LSHTM Research Online

14. Mazuy M, Toulemon L, Baril É. Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété. INED. 2015; Numéro 518. doi:10.3917/popsoc.518.0001
15. #NousToutes. Comprendre les chiffres pour mieux défendre les femmes et les enfants victimes de violences sexistes et sexuelles [Internet]. [Consulté le 10 juillet 2025]. Available from: <https://www.noustoutes.org/comprendre-les-chiffres> Deparis N, Rudelle K, Lévêque C, Fréminville H, Bœuf Gibot S, Lambert C, Vicard Olagne M. Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste (AVIC MG). *Santé Publique*. 2024;36(3):49-56.
16. Liebschutz J, Savetsky JB, Saitz R, Horton NJ, Lloyd Travaglini C, Samet JH. The relationship between sexual and physical abuse and substance abuse consequences. *J Subst Abuse Treat*. 2002;22(3):121-128. doi:10.1016/S0740-5472(02)00223-9
17. Bonnet N, Hochet M. Guide pratique : Repérage précoce et intervention brève en matière de santé sexuelle en contexte addictologique. *Respadd*; 2021.
18. Agence Régionale de Santé Grand Est. Prévention du cancer du col de l'utérus : Le dépistage organisé et la vaccination anti HPV en Grand Est. [Consulté 10 Novembre 2025]. Available from: <https://www.grand-est.ars.sante.fr>
19. Riccard E. Plaidoyer pour améliorer les modalités de prise en charge : cancérologie, comment optimiser les délais d'accès aux soins ? *Dialogue Santé*. 2024 Oct.
20. Haute Autorité de Santé. Papillomavirus (HPV) : le rattrapage vaccinal recommandé chez les femmes et les hommes jusqu'à 26 ans révolus [Internet]. Paris : HAS; 2025 [cité le 1 déc 2025]. [Consulté le 3 Novembre 2025]. Available from: [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3605077/fr/papillomavirus-hpv-le-rattrapage-vaccinal-recommande-chez-les-femmes-et-les-hommes-jusqu-a-26-ans-revolus](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3605077/fr/papillomavirus-hpv-le-rattrapage-vaccinal-recommande-chez-les-femmes-et-les-hommes-jusqu-a-26-ans-revolus)
21. Senn TE, Carey MP, Carey KB. Substance use and risk for sexual assault in college women. *J Stud Alcohol Drugs*. 2010.
22. Norris J, George WH. Alcohol and sexual assault: The role of incapacitation. *Addiction*. 2006.
23. Cohen M, et al. Sexual trauma and HIV transmission risk. *Am J Public Health*. 2000
24. Singh D, Vignat J, Lorenzoni V, Eslahi M, Ginsburg O, Lauby-Secretan B, et al. Global estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2020: a baseline analysis of the WHO Global Cervical Cancer Elimination Initiative. *Lancet Glob Health*. 2023;11(2):e197-e206.
25. Malagón T, Franco EL, Tejada R, Vaccarella S. Epidemiology of HPV-associated cancers past, present and future: towards prevention and elimination. *Nat Rev Clin Oncol*. 2024;21(7):522-538. doi:10.1038/s41571-024-00904-z
26. Charron E, Tahsin F, Balto R, Eichelberger KY, Dickes L, Simonsen SE, Mayo RM. Provider perspectives of barriers to contraceptive access and use among women with substance use disorders. *Womens Health Issues*. 2022;32(2):165-172. doi:10.1016/j.whi.2021.11.010
27. Levander XA, Foot CA, Magnusson SL, Cook RR, Ezell JM, Feinberg J, et al. Contraception and Healthcare Utilization by Reproductive-Age Women Who Use Drugs in Rural Communities: a Cross-Sectional Survey. *J Gen Intern Med*. janv 2023;38(1):98-106.
28. Terplan M, Hand DJ, Hutchinson M, Salisbury-Afshar E, Heil SH. Contraceptive use and method choice among women with opioid and other substance use disorders: A systematic review. *Prev Med*. nov 2015;80:23
29. Janis E, et al. Reaching people who use drugs with sexual and reproductive healthcare through syringe services programs: potential promise and missed opportunities. *Harm Reduct J*. 2024;21:198.