



Faculté de médecine

Année 2022-2023

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Célia FOURRÉ

Née le 8 août 1995 à Tours (37)

TITRE

Etude descriptive de l'occurrence d'un médecin traitant déclaré et de la participation aux dépistages des cancers chez les patients qui entrent en hospitalisation en psychiatrie au CHRU de Tours

Présentée et soutenue publiquement le 13 septembre 2023 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Vincent CAMUS, Psychiatrie, Faculté de Médecine -Tours

Membres du Jury :

Docteur Somany SENGCHANH, Médecin coordonnateur du Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers Centre Val de Loire – Tours

Docteur Boris SAMKO, Médecine générale, MCA, Faculté de Médecine – Tours

Directrice de thèse : Docteur Hélène HENIQUE, Médecine Interne, CHRU- Tours

RESUME

Etude descriptive de l'occurrence d'un médecin traitant déclaré et de la participation aux dépistages des cancers chez les patients qui entrent en hospitalisation en psychiatrie au CHRU de Tours

Introduction : Les patients atteints de troubles mentaux sévères présentent des taux de mortalité deux à trois fois supérieurs à la population générale. L'accent est généralement mis sur la recherche de facteurs de risque cardiovasculaire mais ces patients présentent également un risque accru de développer des cancers. Il s'agit d'une population particulièrement précarisée qui ne bénéficie pas d'un accès aux soins somatiques identique à celui de la population générale. Les objectifs principaux de notre étude sont de déterminer la proportion de patients avec des troubles psychiatriques ayant déclaré un médecin traitant et leur participation aux programmes de dépistage organisé des cancers du sein, colorectal et du col de l'utérus. Les objectifs secondaires sont d'identifier l'existence de profils de patients qui n'ont pas de médecin traitant et ne participent pas aux dépistages des cancers.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude quantitative, descriptive, rétrospective, monocentrique réalisée à l'aide d'un questionnaire oral et des données du dossier médical des patients. La population étudiée correspond aux patients âgés de plus de 18 ans entrés en hospitalisation en psychiatrie au CHRU de Tours entre novembre 2022 et avril 2023.

Résultats : Parmi les 136 patients inclus, 82% ont déclaré avoir un médecin traitant. Aucune différence n'a été mise en évidence en fonction de la pathologie psychiatrique. Concernant la participation aux programmes de dépistage des cancers, parmi les patients éligibles, 36% étaient à jour pour le cancer du sein, 13% pour le cancer colorectal et 40% pour le cancer du col de l'utérus. Il n'y avait pas d'association significative entre l'identification d'un médecin traitant et la participation aux dépistages de cancer.

Conclusion : Les patients souffrant de troubles psychiatriques n'ont pas tous accès aux soins somatiques et ont des taux de participation aux dépistages des cancers inférieurs à ceux de la population générale. Améliorer la collaboration entre médecins généralistes et psychiatres pourrait permettre de réduire les disparités de prise en charge observées chez les patients qui présentent des troubles psychiatriques sévères.

Mots clés : troubles psychiatriques sévères, médecin traitant, soins somatiques, dépistage organisé des cancers, cancer du sein, cancer colorectal, cancer du col de l'utérus, inégalités de santé

ABSTRACT

A descriptive study of the occurrence of a registered referring general practitioner and participation in national cancer screening program in patients entering psychiatric units of the Regional University Hospital Centre of Tours

Introduction : Patients with severe mental disorders have mortality rates two to three times higher than general population. The focus is generally on finding cardiovascular risk factors but these patients also have an increased risk of developing cancers. This population is usually in a precarious situation and does not have the same access to somatic care as general population.

The primary outcomes of our study are to determine the proportion of patients with psychiatric disorders who registered a general practitioner and their participation in national screening programs for breast, colorectal and cervical cancers. The secondary outcomes are to identify the existence of patient profiles that do not have a referring general practitioner and do not participate in cancer screening.

Material and method : We conducted a quantitative, descriptive, retrospective, monocentric study based on an oral questionnaire and patient medical record data. The population studied was made up of patients aged 18 and over who entered psychiatric units of the Regional University Hospital Centre of Tours between November 2022 and April 2023.

Results : Among the 136 patients included, 82% declared having a referring general practitioner. However, no difference was found based on psychiatric diagnosis. Regarding participation in cancer screening programs, among eligible patients, 36% were up to date for breast cancer, 13% for colorectal cancer and 40% for cervical cancer. Besides, there was no significant association between identification of a referring general practitioner and the participation in cancer screening program.

Conclusion : Some patients with psychiatric disorders have no access to somatic care and they have lower rates of participation in cancer screening programs than general population. Improving collaboration between general practitioners and psychiatrists could reduce the disparities in care pathways observed in patients with severe psychiatric disorders.

Keywords : severe psychiatric disorder, general practitioner, somatic care, cancer screening program, breast cancer, colorectal cancer, cervical cancer, health inequalities

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens - relations avec l'Université*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) - 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND - 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN - 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Luc FAVARD

Pr Bernard FOUQUET

Pr Yves GRUEL

Pr Gérard LORETTE

Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ - P. ARBEILLE - A. AUDURIER - A. AUTRET - C. BARTHELEMY - J.L. BAULIEU - C. BERGER -
JC. BESNARD - P. BEUTTER - C. BONNARD - P. BONNET - P. BOUGNOUX - P. BURDIN - L. CASTELLANI - J.
CHANDENIER - A. CHANTEPIE - B. CHARBONNIER - P. CHOUTET - T. CONSTANS - C. COUET - L. DE LA
LANDE DE CALAN - P. DUMONT - J.P. FAUCHIER - F. FETISSOF - J. FUSCIARDI - P. GAILLARD - G. GINIES -
D. GOGA - A. GOUDEAU - J.L. GUILMOT - O. HAILLOT - N. HUTEN - M. JAN - J.P. LAMAGNERE - F. LAMISSE
- Y. LANSON - O. LE FLOCH - Y. LEBRANCHU - E. LECA - P. LECOMTE - AM. LEHR-DRYLEWICZ - E. LEMARIE
- G. LEROY - M. MARCHAND - C. MAURAGE - C. MERCIER - J. MOLINE - C. MORAINÉ - J.P. MUH - J. MURAT
- H. NIVET - D. PERROTIN - L. POURCELOT - R. QUENTIN - P. RAYNAUD - D. RICHARD-LENOBLE - A. ROBIER
- J.C. ROLLAND - P. ROSSET - D. ROYERE - A. SAINDELLE - E. SALIBA - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - D.
SIRINELLI - J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BACLE Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARBIER François	Médecine intensive et réanimation
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERHOUEZ Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESMIDT Thomas	Psychiatrie
DESOUBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline	Gynécologie obstétrique
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan	Médecine intensive - réanimation
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure.....	Hépatologie - gastroentérologie
ESPITALIER Fabien.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle.....	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine	Médecine intensive - réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LABARTHE François.....	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie

LEGRAS Antoine	Chirurgie thoracique
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénérologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénérologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénérologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs
ROBERT Jean Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra Médecine interne
BISSON Arnaud Cardiologie (CHRO)
BRUNAUT Paul Psychiatrie d'adultes, addictologie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas Physiologie
GUILLEUX Valérie Immunologie

HOARAU Cyrille	Immunologie
KERVARREC Thibault	Anatomie et cytologie pathologiques
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie.....	Dermatologie
LEFORT Bruno	Pédiatrie
LEJEUNE Julien	Hématologie, transfusion
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas	Médecine d'urgence
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl	Bactériologie
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
NICOGLU Antonine.....	Philosophie - histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain.....	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine	Médecine Générale
CHAMANT Christelle.....	Médecine Générale
ETTORI-AJASSE Isabelle	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie	Directrice de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
GILOT Philippe	Chargé de Recherche Inrae - UMR Inrae 1282
GOMOT Marie	Chargée de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS - EA 7501 - ERL CNRS 7001
GUEGUINO Maxime	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1069
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne	Chargée de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie	Directrice de Recherche CNRS - UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1259
PAGET Christophe	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1069
SECHER Thomas	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....	Directrice de Recherche émérite CNRS - UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
WARDAK Claire	Chargée de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

<i>Pour l'Éthique Médicale</i>	
BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

A Monsieur le Professeur Vincent CAMUS,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Veuillez recevoir l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Somany SENGCHANH,

Je vous remercie d'accepter de juger ce travail. Merci pour votre disponibilité et votre aide. Soyez assurée de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Boris SAMKO,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Vous m'avez confié votre patientèle pendant mon dernier semestre d'interne et nos débriefings m'ont offert des heures de réflexion sur la complexité de la relation médecin-patient en médecine générale. Je vous en suis sincèrement reconnaissante.

A Madame le Docteur Hélène HENIQUE,

Un grand merci pour m'avoir proposé de m'encadrer pour ce travail et pour ta disponibilité. Merci aussi pour ton enseignement toujours bienveillant de la médecine, ton soutien et ta confiance pendant mon stage d'externe en médecine interne post urgence et surtout pendant mon semestre à tes côtés en psychiatrie. J'espère que nous pourrons poursuivre notre collaboration prochainement !

Aux personnes ayant participé à ma formation,

A mes maîtres de stage en médecine générale, les Docteurs Anne-Catherine SCHLEGEL-TRABUT, Thomas PASQUET, Yann TEISSET, Jessica PATY et Marie-Pierre COISPEAU, pour votre enseignement, votre disponibilité et pour m'avoir fait prendre confiance en moi.

Aux équipes médicales et paramédicales ainsi qu'aux secrétaires des services des Urgences Adultes, Urgences Pédiatriques, Urgences Gynécologiques, Médecine Aigue Gériatrique, Psychiatrie A et B, CPU B et C, et Psychiatrie D au CHU de Tours qui m'ont accueillie pendant mon internat.

Au Docteur Jean-Paul Da Silva, mon tuteur pour m'avoir accompagnée pendant l'internat et pour avoir répondu à toutes mes « petites questions ».

Un grand merci aux internes en psychiatrie qui m'ont aidée pour le recueil, Emeline, Antoine, Morgane, Louis, Yannis, Lalia, Anne-Lise, Eulalie et aux externes.

Et à tous mes co-internes rencontrés en stage et lors des gardes aux urgences, pour votre soutien, pour toutes les discussions, les soirées... Merci !

A mes amis et à ma famille,

A mes compagnons du premier semestre aux urgences : Anne, Claire, les trois Laura, Mélanie, Romain, Julien, Nathan. Je n'aurais pas pu imaginer une meilleure équipe pour débiter l'internat !

A Coraline, ma presque-voisine pour ces six mois passés aux urgences pédiatriques puis gynécologiques et les apéros à deux pas de la maison.

A Andréa qui m'a souvent suivie en stage et Jean-Yves pour les voyages à Châteauroux.

Aux belles rencontres pendant le semestre en psychiatrie : Clara et Richard, Paul et Alison, Clémence et Michel pour les bons moments en stage et les après-midi/soirées jeux.

A mes amis de la fac de médecine de Tours de la PACES à l'externat, Audrey, Adrien, Déborah, François, Marc, Maëva, Yassine pour avoir égayé mon quotidien et fait passer le temps plus vite de ces longues périodes de révision. Malgré la distance aujourd'hui, vous êtes toujours là.

A Salomé, Emilie, Wiame et Yue, vous êtes maintenant des amies de longue date ! Merci pour tous ces moments que l'on passe ensemble.

A Marie, pour notre amitié toujours intacte remplie de fou-rires, langages codés, et confidences depuis 21 ans !

A Sandrine, ma cousine qui est devenue le premier docteur de la famille. Merci pour notre année ensemble en PACES mais surtout merci de m'accompagner et de grandir avec moi depuis notre plus jeune âge.

A la famille Cottineau-Cramoux pour votre accueil et votre soutien depuis maintenant 10 ans.

A ma grand-mère et à mes trois grands-parents qui me regardent d'en haut. A mes oncles et tantes, tous mes cousins et à ma grande famille.

A mes petits frères Jean et Fabian, pour notre belle relation complice. Et à Mouna pour ta bonne humeur et les supers week-end passés à Tours ou à Paris.

A mes parents, merci de me nourrir encore plusieurs fois par semaine, mais surtout de m'accompagner et de me soutenir dans tous mes choix. Merci pour votre amour, l'éducation que vous nous avez donnée et tous les moments en famille.

A Yan, pour ta présence au quotidien depuis l'année du bac, ton calme, ton soutien et tes encouragements et pour notre passion commune des collections envahissantes. Je ne sais pas de quoi mon avenir sera fait, mais il le sera avec toi !

ABREVIATIONS

ALD : Affection de longue durée

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

ARS : Agence Régionale de Santé

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CMP : Centre médico-psychologique

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé

CPU : Clinique Psychiatrique Universitaire

CRCDC : Centre Régional de Coordination de Dépistage des Cancers

DGS : Direction Générale de la Santé

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

FCU : Frottis cervico-utérin

GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle

GHU : Groupe Hospitalier Universitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

HPV : Human Papillomavirus

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

InCa : Institut National du Cancer

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire

SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

UNAFAM : Union Nationale de Familles et Amis de personnes Malades et/ou handicapées psychiques

Table des matières

I- INTRODUCTION	13
1- Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés	14
2- La place du médecin généraliste dans la prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux	14
3- Les dépistages organisés des cancers	15
4- Les objectifs de l'étude.....	18
II- MATERIEL ET METHODE	19
1- Type d'étude.....	19
2- Population étudiée	19
3- Recueil des données	19
4- Analyse statistique.....	20
5- Démarches règlementaires.....	20
III- RESULTATS	21
1- Caractéristique de la population étudiée.....	21
2- Déclaration d'un médecin traitant	22
3- Participation aux dépistages des cancers	23
IV- DISCUSSION	25
1- Médecin traitant.....	25
2- Dépistage des cancers.....	26
3- Cancers et troubles psychiatriques sévères.....	32
4- Disparités de prises en charge	33
5- Limites de l'étude	35
6- Perspectives d'amélioration.....	36
V- CONCLUSION	41
VI- BIBLIOGRAPHIE	43
VII- Annexes	49
1- Annexe 1 : Questionnaire donné aux internes et externes des services de psychiatrie	49
2- Annexe 2 : Lettre d'information aux patients et formulaire d'opposition.....	51
3- Annexe 3 : Lettre d'information pour les représentants légaux et formulaire d'opposition...55	

I- INTRODUCTION

La santé physique des patients atteints de troubles mentaux sévères, comme la schizophrénie et les troubles bipolaires, a longtemps été mise au second plan par les professionnels de santé devant des problèmes de repérage, de défaut de connaissance ou encore de préjugés (1). Cependant, de nombreuses études internationales montrent une plus grande prévalence de pathologies somatiques chez ces patients ainsi qu'un diagnostic souvent plus tardif (2). On observe ainsi des taux de mortalité deux à trois fois plus élevés qu'en population générale (3) et 60% de cette surmortalité serait attribuable à des maladies somatiques : principalement l'obésité, le syndrome métabolique, le diabète et les maladies cardiovasculaires (3, 4, 5).

Les professionnels de santé sont de plus en plus sensibilisés au syndrome métabolique aggravé par les psychotropes. Ainsi, les patients souffrant de schizophrénie peuvent bénéficier d'un dépistage et d'une prise en charge réguliers des facteurs de risque cardiovasculaires. Or ces patients présentent également un risque accru de cancers (1) qui représentent en France la première cause de mortalité pour les hommes et la deuxième cause pour les femmes (6). Il existe trois campagnes de dépistage organisé pour le cancer du sein depuis 2004, le cancer colorectal depuis 2008 et le cancer du col de l'utérus depuis 2018. Toutefois il existe un recours inégal au dépistage notamment pour le cancer du col de l'utérus avec 40% de femmes qui ne se font pas ou pas assez dépister.

L'analyse du parcours de vie des patients d'établissements publics spécialisés en psychiatrie montre une population particulièrement précarisée qui ne bénéficie pas d'un suivi somatique identique à celui de la population générale (7). Or certains facteurs sont associés à ce surrisque de maladie somatique comme le mode de vie, notamment avec les addictions, le tabagisme, la consommation d'alcool, les effets secondaires des traitements dont les antipsychotiques qui sont associés à un surrisque de maladies cardiovasculaires (8), et aussi une non-reconnaissance des problèmes de santé par les patients eux-mêmes, leur entourage et les professionnels de santé responsable d'un moindre accès aux dépistages, aux diagnostics et aux traitements. Une enquête par questionnaire réalisée en 2004 au sein de l'Etablissement Public de Santé Maison Blanche à Paris avait montré que seuls 26,4% des 459 patients hospitalisés avaient un médecin traitant alors qu'une comorbidité somatique était repérée chez 48,6% des patients (9).

La prise en charge globale des patients souffrant de troubles mentaux doit donc inclure également la santé physique, qui repose essentiellement sur le rôle du médecin généraliste. La Haute Autorité de Santé a publié en 2018 un guide dont le but est d'améliorer les prises en charge et le suivi des patients adultes présentant des troubles mentaux, par la promotion d'une meilleure coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins (10).

1- Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés

Selon l'Assurance Maladie (11), le médecin traitant est, pour un patient, celui qui le soigne régulièrement, qui s'assure que son suivi médical est optimal en suivant et gérant le dossier médical, et qui rédige le protocole de soins en cas d'affection de longue durée. Il assure également des actions de prévention personnalisées comme le suivi des vaccinations, les examens de dépistages organisés, l'aide à l'arrêt du tabac, etc.

Le parcours de soins coordonnés consiste à consulter en priorité le médecin traitant pour les personnes de plus de 16 ans afin de permettre un meilleur remboursement des soins (12). Le médecin traitant doit donc orienter son patient dans le parcours et si besoin le mettre en relation avec d'autres professionnels de santé. Cependant certains spécialistes peuvent être consultés en accès direct, sous réserve qu'un médecin traitant ait bien été déclaré, comme les gynécologues, ophtalmologues, psychiatres pour les patients âgés de 16 à 25 ans et stomatologues.

Chaque assuré de plus de 16 ans doit avoir son propre médecin traitant (13). Le choix est libre et individuel, et le médecin doit également donner son accord pour assurer le suivi. Le médecin choisi peut être un médecin généraliste ou spécialiste et peut exercer en cabinet, centre de santé ou encore à l'hôpital. La déclaration de choix du médecin traitant peut être effectuée en ligne par le médecin ou par courrier au moyen d'un formulaire que le médecin aura également signé.

2- La place du médecin généraliste dans la prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux

D'après la définition de la Société européenne de médecine générale-médecine de famille (14), le médecin généraliste est le premier contact des usagers avec le système de soins, il assure la coordination des soins avec les autres professionnels de santé, en développant une approche centrée sur la personne pour assurer des soins continus et longitudinaux. Ce rôle a été formalisé en France par le dispositif de médecin traitant qui est un généraliste dans la majorité des cas.

Les troubles mentaux sont fréquents en médecine générale, ils représenteraient 15% des consultations (15) et 90% des traitements antidépresseurs seraient initiés par un médecin généraliste (16). En effet, le médecin généraliste est considéré en population générale comme le professionnel qui serait le plus consulté en cas de problème psychologique (58% de la population adulte) et 47 % de la population déclarent qu'ils continueraient à consulter le médecin généraliste pour suivre un trouble psychologique (17). De plus, le médecin généraliste est confronté à la prise en charge des pathologies somatiques plus prévalentes chez les patients souffrant de troubles mentaux que dans la population générale (2).

Une coordination est donc nécessaire entre médecins généralistes et les acteurs spécialisés dans la psychiatrie et la santé mentale mais également avec les autres professionnels (urgentistes, pharmaciens, kinésithérapeutes, infirmiers, etc.). Cette coordination est encore insuffisamment développée malgré la publication d'une « charte de partenariat médecine

générale et psychiatrie de secteur » en 2014 (18), les recommandations du Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie sur les courriers échangés entre médecins généralistes et psychiatres en 2010 (19) ou encore la recommandation de la Fédération française de psychiatrie-Conseil national professionnel de psychiatrie (FFP-CNPP) « Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique » (4). La Haute Autorité de Santé a publié en 2018 un guide dont l'objectif est une amélioration de la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux (10). Ce document met à disposition des professionnels des outils et repères notamment afin d'optimiser le partage d'informations entre les différents acteurs, le recours à un avis diagnostique et thérapeutique, le suivi conjoint, l'adressage du patient, mais aussi pour favoriser la prévention, améliorer le suivi somatique bucco-dentaire, développer des lieux d'exercice partagés, construire des protocoles pluriprofessionnels de prise en charge, etc.

3- Les dépistages organisés des cancers

Les cancers représentent la première cause de décès chez l'homme et la deuxième cause chez la femme en France (20). Les cancers de la prostate, du sein, du côlon-rectum et du poumon sont les cancers les plus fréquents en France.

La majorité d'entre eux peuvent être détectés de plus en plus tôt et faire l'objet de traitements donnant aux patients de meilleures chances d'en guérir, avec moins de séquelles. En France des programmes nationaux de dépistage ont été mis en place pour trois cancers : sein, colorectal et col de l'utérus (21).

En 2015, on estime en France métropolitaine, qu'environ 41 % des cancers chez les plus de 30 ans étaient attribuables à des facteurs de risque modifiables comme le tabagisme la consommation d'alcool, l'alimentation, le surpoids et l'obésité, certains agents infectieux, certaines expositions professionnelles, l'exposition aux ultraviolets naturels et artificiels, etc. (21).

Le dépistage

Il existe différents types de dépistages. Dans le cas du dépistage organisé, la population est recrutée dans la communauté, le dépistage est proposé dans le cadre de campagnes de dépistage et il s'appuie sur la participation volontaire des sujets. (22)

En 1970, l'OMS a établi des critères nécessaires à la mise en place d'un programme de dépistage (23) :

- La maladie dont on recherche les cas constitue une menace grave pour la santé publique.
- Un traitement d'efficacité démontrée peut être administré aux sujets chez lesquels la maladie a été décelée.

- Les moyens appropriés de diagnostic et de traitement sont disponibles.
- La maladie est décelable pendant une phase de latence ou au début de la phase clinique.
- Une épreuve ou un examen de dépistage efficace existe.
- L'épreuve utilisée est acceptable pour la population.
- L'histoire naturelle de la maladie est connue, notamment son évolution de la phase de latence à la phase symptomatique.
- Le choix des sujets qui recevront un traitement est opéré selon des critères préétablis.
- Le coût de la recherche des cas (y compris les frais de diagnostic et de traitement des sujets reconnus malades) n'est pas disproportionné par rapport au coût global des soins médicaux.
- La recherche des cas est continue et elle n'est pas considérée comme une opération exécutée « une fois pour toutes ».

Les acteurs du dépistage organisés des cancers

En France, les programmes de dépistage organisé des cancers sont placés sous l'autorité du ministre en charge de la Santé. Le directeur général de la santé (DGS) est responsable du pilotage stratégique des programmes en coordination avec le directeur de la sécurité sociale, les organismes d'assurance maladie, l'Institut National du Cancer et Santé publique France. La production d'expertise, le pilotage de la communication et la conception des documents et outils des programmes de dépistage sont assurés par l'Institut National du Cancer. L'évaluation épidémiologique des programmes est réalisée par Santé publique France (24).

Les programmes sont mis en œuvre par des centres régionaux chargés de l'organisation et de la coordination des programmes de dépistages organisés à l'échelle de la région (CRCDC), en appui des Agences régionales de santé (ARS). Leurs missions sont de gérer et d'assurer la sécurité des fichiers des personnes ciblées par les dépistages ; de participer à la sensibilisation et à l'information des populations concernées ; d'organiser la formation des médecins et autres professionnels de santé sur les dépistages ; d'assurer le suivi des dépistages ; de veiller à la qualité du dispositif ; de collecter les données pour le pilotage et l'évaluation des programmes.

Le cancer du sein

Le cancer du sein est à la fois le plus fréquent et le plus mortel chez la femme avec près de 59 000 nouveaux cas par an et plus de 12 100 décès par an. Près de 80% des cancers du sein se développent après l'âge de 50 ans. La mortalité de ce cancer a globalement diminué de 1,3% par an entre 1990 et 2018 grâce en partie à la précocité des diagnostics, ainsi qu'aux progrès de la prise en charge thérapeutique (24).

Le dépistage est proposé tous les deux ans aux femmes de 50 à 74 ans à risque moyen depuis 2004. Les CRCDC envoient un courrier d'invitation personnalisé à partir des fichiers transmis par les régimes d'assurance maladie.

Le dépistage repose sur la réalisation d'une mammographie et d'un examen clinique des seins réalisés chez un radiologue agréé. L'examen est pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie, sans avance de frais. Si les clichés de la mammographie et l'examen clinique ne montrent aucune anomalie, une seconde lecture est alors réalisée par un autre radiologue. Ce programme repose sur un cahier des charges publié au Journal officiel du 21 décembre 2006, et modifié par l'arrêté du 23 mars 2018, qui définit et encadre ses modalités, son suivi et son évaluation.

Plus de 10 millions de femmes de 50 à 74 ans sans symptôme apparent ni facteur de risque particulier sont ciblées par le programme de dépistage organisé. Les personnes non éligibles au programme de dépistage organisé des cancers du sein sont :

- les femmes à risque "élevé" de cancer du sein (antécédent personnel de cancer du sein, image anormale lors de la dernière mammographie, existence d'une néoplasie lobulaire, existence d'une hyperplasie épithéliale atypique). Une surveillance spécifique est alors mise en place avec, le plus souvent, une mammographie annuelle.
- les femmes à risque "très élevé" de cancer du sein (forme héréditaire de cancer du sein, présence de mutations génétiques, notamment BRCA1 et BRCA2). En cas de suspicion d'un risque très élevé de cancer du sein, la patiente doit être orientée vers une consultation d'oncogénétique. Si le risque très élevé est avéré, une surveillance spécifique est mise en place.

Le cancer colorectal

Le cancer colorectal est le 3^{ème} cancer le plus fréquent en France avec plus de 43 000 nouveaux cas chaque année, et le 2^{ème} cancer en termes de mortalité avec plus de 17 000 décès estimés en 2018 (25). Il touche 4 hommes sur 100 et 2 femmes sur 100 et survient majoritairement après l'âge de 50 ans (95 % des cas). S'il est détecté à un stade précoce (*in situ* ou stade 1), le taux de survie à 5 ans est de 90 %, alors qu'il n'est que de 14,3 % en présence de métastases.

Le dépistage organisé du cancer colorectal est proposé depuis 2008 tous les deux ans sur invitation par courrier aux personnes de 50 à 74 ans qui présentent un risque moyen, c'est-à-dire ne présentant ni symptômes, ni antécédents personnels ou familiaux de polype, de cancer ou de maladie touchant le côlon ou le rectum, ni facteurs de risque particuliers. Il repose sur la recherche de sang dans les selles. En cas de positivité du test, celui-ci est suivi par la réalisation d'une coloscopie.

Les personnes peuvent désormais se procurer le test de dépistage chez leur médecin ou pharmacien avec ou sans leur invitation ou en le commandant sur le site monkit.depistage-colorectal.fr avec leur invitation.

Le cancer du col de l'utérus

Le cancer du col de l'utérus représente environ 3000 cas par an et 1000 décès par an. Le programme national de dépistage du cancer du col de l'utérus a été mis en place en 2018 pour les femmes asymptomatiques âgées de 25 à 65 ans inclus. L'objectif est de réduire l'incidence et le nombre de décès par cancer du col de l'utérus de 30 % à 10 ans, en atteignant 80 % de taux de couverture dans la population cible et en rendant le dépistage plus facilement accessible aux populations vulnérables et/ou les plus éloignées du système de santé (26).

La proposition de réalisation d'un dépistage du cancer du col de l'utérus par les professionnels de santé assurant le suivi gynécologique de la femme (gynécologue, médecin généraliste, sage-femme) constitue le principal mode d'entrée dans le dépistage. Le dépistage peut être également réalisé par les médecins exerçant en laboratoire de biologie médicale et les anatomopathologistes sur prescription médicale.

Les femmes n'ayant pas réalisé de dépistage du cancer du col de l'utérus dans les délais recommandés sont invitées par le CRCDC à consulter leur gynécologue, médecin traitant ou sage-femme, afin d'effectuer un test de dépistage, qu'elles sont libres d'accepter ou non. Une relance est adressée douze mois après l'envoi de la première invitation aux femmes si elles n'ont pas encore réalisé le test de dépistage.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus repose sur la réalisation d'un prélèvement cervico-utérin. Selon les recommandations de la HAS de juillet 2019, un examen cytologique est réalisé à 25 ans, 26 ans puis à 29 ans, soit deux prélèvements à un 12 mois d'intervalle puis un 3ème 3 ans après. Pour les femmes âgées de 30 à 65 ans, un test HPV est réalisé 3 ans après le dernier examen cytologique puis tous les 5 ans en cas de résultat normal.

4- Les objectifs de l'étude

Les objectifs principaux de notre étude sont d'estimer la proportion de patients avec des troubles psychiatriques ayant déclaré un médecin traitant et étant à jour de leurs dépistages de cancer.

Les objectifs secondaires de l'étude sont d'identifier l'existence de profils de patients qui n'ont pas de médecin traitant et ne participent pas aux dépistages des cancers.

II- MATERIEL ET METHODE

1- Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative, descriptive, rétrospective, monocentrique réalisée à l'aide d'un questionnaire oral et des données du dossier médical des patients.

2- Population étudiée

La population étudiée correspond aux patients âgés de plus de 18 ans entrés en hospitalisation complète dans les services de psychiatrie du CHRU de Tours entre le 1^{er} novembre 2022 et le 30 avril 2023.

Les critères d'exclusion étaient un âge inférieur à 18 ans, les patients dont les services de psychiatrie sont considérés comme leur lieu de vie, un état de santé ne permettant pas la réponse au questionnaire.

3- Recueil des données

Les données ont été recueillies entre novembre 2022 et avril 2023 dans les services d'hospitalisation complète du CHRU de Tours en Psychiatrie A et B ainsi qu'à la Clinique Psychiatrique Universitaire (CPU). L'Indre-et-Loire comprend sept secteurs de psychiatrie générale. Le CHRU couvre quatre secteurs avec lits d'hospitalisation répartis en Psychiatrie A et B, CPU et psychiatrie D. Les services de psychiatrie sont répartis sur plusieurs sites correspondant à une sectorisation géographique de l'agglomération de Tours, définie par le lieu d'habitation des patients.

Le questionnaire écrit a été présenté aux internes et externes présents dans les services de psychiatrie afin d'ajouter les questions à l'interrogatoire d'entrée du patient. Les critères d'éligibilité pour la participation aux dépistages organisés selon les recommandations actuelles ont été précisés sur le questionnaire.

Un consentement oral pour la participation à l'étude a été demandé aux patients. Une lettre d'information aux patients ainsi qu'à leur tuteur était disponible ainsi qu'un formulaire d'opposition à la participation à l'étude. Le questionnaire a ensuite été complété par les internes et externes après interrogatoire du patient pendant la durée d'hospitalisation. Les données collectées à partir du questionnaire et du dossier médical incluaient l'âge, le sexe, la date d'entrée en hospitalisation, l'unité d'hospitalisation, le diagnostic psychiatrique, la présence d'un médecin traitant et la participation aux dépistages des cancers du sein, cancer colorectal et

cancer du col de l'utérus pour les patients ciblés par les recommandations du dépistage organisé. Les données ont été renseignées dans les dossiers médicaux des patients et ont été recueillies dans un fichier Excel.

Il n'était pas possible d'accéder directement aux données de l'Assurance Maladie ni du Centre Régional de Dépistages des Cancers devant la nécessité de procédure de demande d'autorisation à la CNIL non compatible avec le délai de réalisation de ce travail.

4- Analyse statistique

L'analyse statistique a été réalisée en juin 2023 à l'aide du logiciel *pvalue.io*. Une analyse descriptive a été réalisée. Les données quantitatives sont exprimées en pourcentage. Les analyses univariées ont été réalisées avec un test de Fischer. Les effectifs étant faibles pour la population concernée par le dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus, des tests non paramétriques ont été réalisés (test de Mann-Whitney). Le seuil de significativité a été fixé à 5%.

5- Démarches règlementaires

Le questionnaire a été préalablement envoyé au Docteur Sophie Guyétant, coordinatrice de la cellule "Recherches Non Interventionnelles", appartenant à la Direction de la recherche du CHRU de Tours. Il nous a été indiqué qu'un avis éthique n'était pas nécessaire. La déclaration à la CNIL a été réalisée en octobre 2022 et le traitement informatique de la recherche est enregistré dans le registre des traitements informatiques du CHRU de Tours sous le n° 2022_110.

III- RESULTATS

1- Caractéristique de la population étudiée

Dans notre étude, 136 patients ont été inclus. Les caractéristiques de la population étudiée figurent dans le tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée

Caractéristiques	Effectifs
Total	136
Sexe	
Homme	74 (54 %)
Femme	62 (46 %)
Age moyen (extrêmes) (ans)	41,9 (18-84)
Diagnostic psychiatrique	
Episode dépressif caractérisé	35 (26 %)
Schizophrénie	30 (22 %)
Trouble bipolaire	17 (12 %)
Episode psychotique aigu	16 (12 %)
Trouble de personnalité borderline	15 (11 %)
Psychose chronique	10 (7,4 %)
Intoxication éthylique chronique	4 (2,9 %)
Trouble schizo-affectif	5 (3,7 %)
Trouble anxieux	4 (2,9 %)
Dépistage des cancers	
Eligible pour le dépistage du cancer du sein	22 (15,9 %)
Eligible pour le dépistage du cancer colorectal	31 (22,9 %)
Eligible pour le dépistage du cancer du col de l'utérus	43 (31 %)
Service d'hospitalisation	
CPU B	13 (9,6 %)
CPU C	45 (33 %)
Psychiatrie A Véronèse	15 (11 %)
Psychiatrie A Garance	0 (0 %)
Psychiatrie B rez-de chaussée	51 (38 %)
Psychiatrie B 1 ^{er} étage	12 (8,8 %)
Psychiatrie D	0 (0 %)

Aucun patient n'a été inclus dans les unités de Psychiatrie A Garance ni en Psychiatrie D. Aucun formulaire d'opposition n'a été rempli. Le nom du médecin traitant déclaré a été vérifié dans le dossier médical informatisé. Le diagnostic psychiatrique mentionné correspond au diagnostic principal ou au motif d'entrée inscrit dans le dossier médical du patient. Neuf diagnostics psychiatriques ont été identifiés : épisode dépressif caractérisé, schizophrénie, trouble bipolaire, épisode psychotique aigu, trouble de personnalité borderline, psychose chronique, intoxication éthylique chronique, trouble schizo-affectif, trouble anxieux.

2- Déclaration d'un médecin traitant

Dans notre étude 111 patients soit 82% ont déclaré avoir un médecin traitant. Les analyses univariées comparant les patients chez qui un médecin traitant est identifié avec ceux chez qui un médecin ne l'est pas ne montrent pas de différence significative en fonction de leur pathologie psychiatrique ($p=0,18$). Cependant les patients souffrant de schizophrénie représentaient 40% des patients pour lesquels aucun médecin traitant n'était identifié.

Tableau 2 : Identification d'un médecin traitant selon la pathologie psychiatrique

Diagnostic psychiatrique	Médecin traitant identifié (n = 111)	Médecin traitant non identifié (n = 25)
Episode dépressif caractérisé	33	2
Schizophrénie	20	10
Trouble bipolaire	13	4
Episode psychotique aigu	12	4
Trouble de personnalité borderline	13	2
Psychose chronique	8	2
Intoxication éthylique chronique	4	0
Trouble schizo-affectif	4	1
Trouble anxieux	4	0

L'âge moyen est significativement différent selon la déclaration ou non d'un médecin traitant ($p = 0,04$). La moyenne d'âge des patients ayant déclaré un médecin traitant est de 43 ans. La moyenne d'âge des patients n'ayant pas de médecin traitant est de 37 ans.

3- Participation aux dépistages des cancers

Cancer du sein

Dans notre étude, 22 patientes étaient concernées par le dépistage organisé du cancer du sein, et 8 d'entre elles (soit 36 %) ont déclaré avoir réalisé leur mammographie de dépistage dans les deux dernières années.

La totalité des patientes interrogées qui ont réalisé le dépistage du cancer du sein (n = 8) avait déclaré avoir un médecin traitant. Le taux de participation au dépistage n'était pas significatif en fonction de la présence d'un médecin traitant (p = 0,27).

Le taux de participation en fonction de l'âge des patientes n'était pas significatif (p = 0,89) avec une moyenne de 59 ans chez les patientes qui avaient réalisé une mammographie dans les deux dernières années et 55,4 ans chez les femmes qui ne l'avaient pas réalisée. L'analyse en fonction du diagnostic psychiatrique n'était pas réalisable devant l'effectif trop faible et le nombre de diagnostic différents.

Cancer colorectal

Parmi les 31 patients éligibles au dépistage organisé du cancer colorectal, 4 d'entre eux (soit 13 %) ont déclaré être à jour du dépistage.

Tous les patients interrogés ayant réalisé le dépistage du cancer colorectal dans les deux dernières années avaient un médecin traitant. Cependant aucune différence significative n'a été mise en évidence entre la participation au dépistage du cancer colorectal et la présence ou non d'un médecin traitant (p = 1).

Le taux de participation en fonction de l'âge des patients n'était pas significatif (p = 0,91) avec une moyenne de 56,2 ans dans le groupe ayant répondu avoir réalisé le test de dépistage et de 56,4 ans dans le groupe n'ayant pas participé au dépistage. Nous avons retrouvé une différence significative du taux de participation en fonction du diagnostic psychiatrique (p = 0,036). Parmi les 4 patients ayant déclaré être à jour du dépistage, 2 étaient atteints de schizophrénie et 2 de trouble de personnalité borderline.

Parmi les 31 patients interrogés éligibles au dépistage du cancer colorectal, il y avait 15 hommes et 16 femmes. Parmi les 4 sujets qui ont réalisé le test de dépistage, il y avait 50 % d'hommes et 50% de femmes, aucune différence significative n'a donc été retrouvée en fonction du sexe des patients (p = 1). Nous n'avons pas retrouvé d'association significative entre la participation au dépistage du cancer colorectal et la participation au dépistage du cancer du sein chez les 18 patientes ciblées par les deux campagnes de dépistage (p = 0,098). De même, parmi les 13 patientes concernées par le dépistage du cancer colorectal et du cancer du col de l'utérus, aucune association significative n'a été mise en évidence (p = 0,13).

Cancer du col d'utérus

Dans la population étudiée, parmi les 43 patientes concernées par le dépistage du cancer du col de l'utérus, 17 (soit 40%) ont déclaré être à jour selon les recommandations actuelles.

La totalité des patientes interrogées ayant déclaré être à jour de la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus avait un médecin traitant. Nous n'avons pas mis de différence significative concernant la participation au dépistage en fonction de la présence d'un médecin traitant ($p = 0,066$).

La moyenne d'âge était de 47,6 ans pour les femmes ayant réalisé le dépistage et de 42,3 ans pour les femmes qui n'avaient pas réalisé le dépistage. L'âge moyen n'était pas significativement différent dans les deux groupes ($p = 0,13$). Aucune différence significative n'a été mise en évidence entre le taux de participation en fonction du diagnostic psychiatrique ($p = 0,51$).

Parmi les 43 patientes éligibles au dépistage du cancer du col de l'utérus, 15 l'étaient également pour le dépistage du cancer du sein. Nous avons retrouvé une association significative entre la participation au dépistage du cancer du sein et la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus ($p = 0,01$). En effet, 88% des patientes ayant réalisé une mammographie dans les deux ans ont déclaré avoir réalisé leur FCU de dépistage et 100% des patientes n'ayant pas réalisé de mammographie dans les deux ans n'avaient pas non plus réalisé leur FCU.

IV- DISCUSSION

1- Médecin traitant

Dans notre étude, nous avons identifié un médecin traitant chez 82% des patients interrogés. Au 1^{er} janvier 2022, la densité de médecin généralistes en Indre-et-Loire est de 159 pour 100 000 habitants. Elle est supérieure à la densité de médecin généraliste en France qui est de 148 pour 100 000 habitants et à la densité médicale dans les autres départements de la région Centre-Val-de-Loire (27). En 2022, parmi les 451 847 assurés de plus de 16 ans affiliés à la CPAM d'Indre-et-Loire, 47 977 soit 11% n'ont pas de médecin traitant, mais 14 193 d'entre eux voient un médecin régulier. L'Indre-et-Loire compte donc 7% d'assurés de plus de 16 ans sans médecin traitant ni régulier (28).

En 2019, l'Indre-et-Loire se trouve parmi les dix départements de France dont le taux standardisé de recours aux soins psychiatriques est le plus bas : avec un taux à 151,4 pour 1000 habitants, inférieur au taux régional à 163,9 et au taux national à 190,4 (29).

En 2012-2013, les patients sans suivi spécialisé en amont (avec un médecin généraliste, un psychiatre ou en CMP) représentaient 17,3 % des patients soignés pour des troubles mentaux sévères (troubles psychotiques, bipolaires, dépression sévère) contre 20,9 % dans la région Centre-Val-de-Loire et 20 % en France. En aval, le taux de patients sans suivi spécialisé est de 25,8 % en Indre-et-Loire alors qu'il est de 35,1 % dans la région et 40% au niveau national. En 2012, 12,7% des personnes hospitalisées en psychiatrie n'ont pas déclaré de médecin traitant, un taux inférieur au taux régional à 17,6% et au taux national à 14,5 %. Dans les deux mois suivant la sortie d'hospitalisation, 63,5% des patients n'ont eu aucun contact avec leur médecin traitant. Concernant l'accès à la prévention et aux soins somatiques pour les personnes souffrant de troubles mentaux sévères (troubles psychotiques, bipolaires, dépression sévère) en Indre-et-Loire en 2012-2013, on note que 47,4 % des patients hospitalisés ont reçu les trois actes de prévention classique (hémogramme, glycémie et exploration d'une anomalie glycémique) dans les deux ans suivant leur sortie contre 40,9% au niveau régional et 43,6 % au niveau national. 18,1 % des patients ont accédé à des actes de prévention complémentaires (électrocardiogramme, bilan rénal, etc.), un taux supérieur au taux régional de 14,8 % et au taux national de 15,3 %. Dans les deux années après leur hospitalisation, 23 % des patients ont eu des actes de dépistage et de vaccination et 40,5 % ont reçu des soins somatiques tels que soins dentaires, gynécologiques ou ophtalmologiques (29).

L'enquête menée en 2004 dans les établissements parisiens (9) au moyen d'un questionnaire distribué un jour donné pour chaque unité d'hospitalisation retrouvait un médecin traitant identifié chez 26,4 % des 459 patients inclus. Elle montrait, contrairement à notre étude, une différence significative de la déclaration d'un médecin traitant ou non en fonction du type de diagnostic psychiatrique, avec un médecin traitant identifié trois fois plus souvent chez les patients souffrant de trouble de l'humeur que chez les autres. Il y avait aussi une différence

significative selon la durée d'hospitalisation, plus courte chez les patients qui ont un médecin traitant (34,6 % des patients hospitalisés depuis moins d'un an avait un médecin traitant contre 12,7% chez les patients hospitalisés depuis plus d'un an), et en fonction du mode d'hospitalisation libre ou sous contrainte. Il y avait également une différence significative en fonction de la capacité du patient à répondre à l'enquête, les patients pour lesquels les données ont été recueillies uniquement via le dossier médical ont 2,7 fois moins souvent un médecin traitant identifié que ceux qui ont pu être interrogés. Cependant le mode de recueil employé tendait à surreprésenter les patients hospitalisés au long cours.

Une enquête réalisée sur la base du volontariat a été diffusée en juin 2019 dans les sites du GEM 37, un cabinet de médecine générale, un cabinet de psychiatrie et auprès des usagers par l'intermédiaires de l'UNAFAM 37. Parmi les 83 questionnaires recueillis, 66% des personnes ont répondu faire partie de l'agglomération tourangelle et la moyenne d'âge était de 49 ans. 82% des patients ont déclaré avoir un médecin généraliste comme dans notre étude, 60% prennent des traitements autres que psychiatriques et seulement la moitié des femmes interrogées ont un suivi gynécologique (29).

Une étude qualitative réalisée à partir de 12 entretiens semi dirigés pour une thèse de médecine générale en 2019 dont le but était de définir les attentes des patients hospitalisés en psychiatrie au sujet de leur médecin traitant a montré que peu de patients étaient conscients de l'importance du suivi somatique. Cependant ils semblaient avoir les mêmes attentes que dans la population générale : obtenir un diagnostic et une prescription de médicaments, avoir une orientation et une coordination dans le parcours de soins. Certains patients n'évoquaient pas de manière volontaire leurs troubles psychiatriques auprès de leur médecin généraliste lorsqu'ils avaient un suivi spécialisé avec un psychiatre (30).

2- Dépistage des cancers

Selon le rapport de l'IGAS publié en 2022 (31), les résultats de participation aux dépistages organisés des cancers sont décevants au regard des dépenses de santé des enjeux de santé publique. Les programmes de dépistages ont un pilotage complexe faisant intervenir de nombreux acteurs au niveau national (DGS, HAS, Inca, Assurance Maladie, Santé publique France, ANSM, CNIL) et régional (ARS, CRCDC). Leur mise en œuvre des dépistages repose sur les professionnels de santé, essentiellement de ville, médecins traitants, radiologues, gastroentérologues, sage-femmes, médecins du travail, etc., ce qui pose des enjeux d'information de ces professionnels, de mobilisation et de formation pour assurer et homogénéiser la qualité des pratiques. Les programmes se caractérisent également par des écarts territoriaux importants, même si leur analyse est rendue difficile notamment par le poids du dépistage individuel, difficilement estimé en raison de l'absence de codage spécifique. Les facteurs expliquant la faiblesse des taux de participation comme les écarts territoriaux font l'objet de très nombreuses analyses mettant en avant les difficultés d'accès à l'offre de soins ou le poids de facteurs sociaux. Le rapport a relevé plusieurs difficultés dans le suivi des trois dépistages impactant l'analyse de la performance du programme. Pour le dépistage du cancer

du sein, compte tenu de l'absence de cotation spécifique dédiée au dépistage individuel, il n'est pas aujourd'hui possible pour les CRCDC de déterminer précisément les femmes qui n'ont réalisé ni dépistage individuel ni dépistage organisé. Pour le dépistage du cancer colorectal, compte tenu de l'absence de cotation spécifique dédiée au dépistage pour les coloscopies pour les actes assurés par les anatomo-cytopathologistes, la majorité des centres ne reçoit que partiellement ces résultats de la part des cabinets. Pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, le taux global de recueil des résultats est limité par l'absence de définition de la norme d'échange attendue et de la formalisation actuelle du consentement au suivi par le CRCDC.

Cancer du sein

Nous avons retrouvé un taux de réalisation d'une mammographie de dépistage de 36 %. Le taux national de participation pour la période 2020-2021 est de 46,6 %, soit 42,6 % pour l'année 2020 et 50,6 % pour l'année 2021. L'objectif européen est de 70 %. A ce taux de participation global s'ajoute un taux estimé par Santé publique France à 11 % de femmes de 50 à 74 ans se faisant dépister dans le cadre d'une démarche de détection individuelle. En comparaison avec une démarche de détection individuelle, laquelle ne fait pas l'objet d'un recueil spécifique ni d'évaluation, la participation au programme de dépistage organisé permet de bénéficier de garanties supérieures en termes de qualité et de performance grâce à un système d'assurance qualité reposant sur le système d'invitation systématique des femmes de la tranche d'âge ciblée avec la prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie, l'examen clinique des seins lors de la visite de dépistage pour minimiser le risque de ne pas détecter un cancer radio-occulte, la seconde lecture systématique des mammographies considérées comme normales ou bénignes par un autre radiologue indépendant du premier. De plus, les radiologues et manipulateurs en radiologie possèdent un agrément et une formation spécifique. En cas de mammographie pathologique dans le cadre du programme de dépistage, un bilan diagnostic immédiat est organisé pour minimiser le délai d'une éventuelle prise en charge. Enfin le programme de dépistage fait l'objet d'évaluations épidémiologiques, techniques et organisationnelles régulières (24).

Le dépistage par mammographie permet de détecter avant tout symptôme 90% des cancers du sein et la répétition tous les deux ans améliore cette capacité de détection précoce. L'objectif du dépistage du cancer du sein est la réduction de la mortalité spécifique par cancer du sein. Cependant aucune étude ne permet d'estimer précisément l'impact du programme de dépistage depuis sa généralisation en 2004. Cela s'explique par plusieurs facteurs : l'absence de population de référence, la pratique de dépistage individuel qui était déjà répandue avant la mise en place du programme, le bon pronostic du cancer du sein, l'efficacité croissante des thérapeutiques et de leur accès facilité ainsi que la modification dans le temps des facteurs de risque. Aucune étude n'a démontré que la participation au dépistage organisé réduisait la lourdeur des traitements, leurs effets secondaires ou les séquelles (32).

Le dépistage organisé comporte néanmoins plusieurs risques (32,33) :

- Le risque de surdiagnostic qui pourrait être de l'ordre de 1 à 10 %, voire 20 %. Selon les estimations, le rapport entre le nombre de décès par cancer évités et le nombre de cancers surdiagnostiqués varie de 2 décès évités pour un 1 cas de surdiagnostic à 1 décès évité pour 10 cas de surdiagnostic (valeur centrale de 1 décès évité pour 3 cas de surdiagnostic)
- Le risque de cancer radio-induit lié aux mammographies qui pourrait être, dans la tranche d'âge et pour la population ciblée par le dépistage organisé, de l'ordre de 1 à 10 cas pour 100 000 femmes ayant réalisé une mammographie tous les 2 ans pendant 10 ans.
- Le cancer de l'intervalle. Pour 1 000 femmes qui réalisent un dépistage, on estime que moins de deux d'entre elles développeront un cancer de l'intervalle. L'analyse menée par certains départements a permis d'estimer que de l'ordre de 17 % des cancers diagnostiqués pour les femmes participant au dépistage l'ont été entre deux mammographies.
- Le faux négatif. Une anomalie peut ne pas avoir été détectée. Ce risque est réduit par la double lecture des clichés.
- Le faux positif. L'anomalie découverte se révèle bénigne dans la majorité des cas mais il s'agit d'une situation responsable d'anxiété chez les femmes concernées

Mitchell et al. (34) ont réalisé en 2014 une des premières méta-analyses concernant la place de la mammographie chez les femmes souffrant de troubles psychiatriques. Ils ont inclus 41 études issues des principales revues psychiatriques internationales, impliquant plus de 715 000 femmes atteintes de troubles psychiatriques. Le taux de dépistage du cancer du sein par mammographie était significativement réduit chez les femmes atteintes de trouble dépressif (OR = 0,91), plus globalement ce taux était inférieur lorsqu'un trouble de l'humeur (épisode dépressif caractérisé ou trouble bipolaire) était diagnostiqué (OR = 0,83). La plus grande différence se trouvait être pour les femmes atteintes de schizophrénie et troubles psychotiques en général, avec environ 50% de chances en moins de bénéficier d'une mammographie de dépistage.

La cohorte rétrospective de plus petite taille réalisée en 2018 par Thomas et al. (35) corroborait ces résultats. Parmi les 15 000 femmes âgées de 48 à 67 ans, résidant en Californie et bénéficiant de soins psychiatriques entre 2010 et 2011, seules 26,3 % avaient eu accès à une mammographie dans l'année précédente, contre 43 % des femmes américaines en population générale. L'origine ethnique, l'âge et le lieu de résidence n'avaient pas d'impact significatif. La schizophrénie, ainsi que les troubles de l'usage de substances, étaient les maladies psychiatriques associées au plus faible taux de dépistage, par rapport au trouble bipolaire, au trouble anxieux et au trouble dépressif récurrent.

Une enquête transversale par questionnaire portant sur la réalisation d'un test immunologique de dépistage pour le cancer colorectal et d'une mammographie de moins de 2 ans a été réalisée en novembre 2017 à janvier 2018 (36). La population cible était représentée par les patients âgés de 50 à 74 ans présentant des troubles psychiques graves diagnostiqués au

sein d'un secteur psychiatrique de Lille et 157 patients ont été inclus. Cette étude a retrouvé un taux de participation au dépistage du cancer du sein de 65,2 %, qui est donc supérieur au taux de participation national et au taux de participation de la population générale des communes concernées (52,85 %). Le fait d'avoir réalisé une mammographie était associé de façon significative avec la réalisation du dépistage du cancer colorectal. Tous les patients interrogés avaient un médecin traitant et 96% d'entre eux l'avaient consulté dans les 6 derniers mois.

Cancer colorectal

Nous avons trouvé un taux de participation déclarée par les patients de notre étude de 13%, très inférieur au taux national de participation au dépistage organisé du cancer colorectal qui est de 34,3 % sur la période 2021-2022 (il était de 34,6 % sur la période 2020-2021 et 28,9 % sur la période 2019-2020). Ce taux reste en-dessous des recommandations européennes d'un seuil minimum de 45 %. La participation est plus élevée chez les femmes (35,3 %) que chez les hommes (33,2 %) et augmente avec l'âge, tous sexes confondus. Sur la période 2018-2019, 11 235 cancers colorectaux et 48 370 adénomes avancés ont été détectés grâce au programme.

Les résultats du dépistage des patients sont reçus par le médecin traitant par courrier ou par messagerie électronique. Le test immunologique a une meilleure sensibilité et spécificité que l'ancien test de dépistage. Le taux de faux négatifs est de 0,15 % et le taux de faux positif est de 4 %. Dans 96% des cas, le résultat est négatif et le test sera renouvelé deux ans plus tard en l'absence de symptômes pouvant évoquer un cancer colorectal dans l'intervalle. En cas de résultat positif, il faut informer le patient et l'adresser à un gastroentérologue pour réaliser une coloscopie. La coloscopie est l'examen de référence dans le cadre du dépistage du cancer colorectal et nécessite une anesthésie générale ou locorégionale. Dans plus de la moitié des cas, elle ne décèle aucune anomalie. Elle détecte un polype dans 30 à 40 % des cas et un cancer dans 8 % des cas.

Les bénéfices du dépistage du cancer colorectal régulier sont :

- Permettre la détection et le traitement des lésions précancéreuses (adénomes à haut risque de transformation maligne) avant qu'elles n'évoluent vers un cancer
- Détecter les cancers colorectaux à un stade plus précoce. Les traitements sont moins lourds et les chances de guérison plus importantes
- Contribuer à l'amélioration de la qualité des pratiques de dépistage et à la lutte contre les inégalités de santé.

Les risques du dépistage correspondent aux risques liés à la coloscopie. Le risque de complications graves liées à la réalisation d'une coloscopie, comme une hémorragie ou une perforation de la paroi du côlon ou du rectum, est de l'ordre de 1 à 4,5 pour 1 000 coloscopies. Le risque de décès est estimé entre 1/18 000 et 1/10 000 coloscopies. S'ajoutent à ces complications, les risques inhérents à tout acte nécessitant une anesthésie.

Les freins à la participation de la population ciblée par le programme de dépistage organisé sont un manque de sensibilisation, une méconnaissance des procédures de dépistage, une gêne liée à la localisation de ce cancer et au fait de devoir manipuler ses selles, la peur du résultat positif et/ou de la coloscopie, une lassitude après la réalisation de plusieurs tests négatifs ainsi que des facteurs d'inégalités inhérents au niveau d'éducation et à la catégorie socioprofessionnelle (25). La consultation chez le médecin généraliste représente donc pour un patient, l'occasion d'être informé et sensibilisé à l'importance de ce dépistage.

Dans l'enquête transversale réalisée à Lille (36) au sujet de la participation aux dépistages des cancers du sein et colorectal des patients avec des troubles psychiatriques graves, les auteurs ont trouvé un taux de participation au dépistage colorectal de 34,4 %, soit un taux statistiquement supérieur au taux observé dans la population générale à la même période (26,75 %), mais restant inférieur à l'objectif européen qui est de 45 %.

Une étude de cohorte rétrospective réalisée en 2018 (37) à partir d'un échantillon de 10 % des données du système de santé universel australien des dix années précédentes a étudié le dépistage des cancers de la prostate, du col de l'utérus et colorectal. Les patients souffrant de trouble bipolaire et de schizophrénie représentaient environ 2% de chaque cohorte. Pour le dépistage du cancer colorectal réalisé par recherche de sang dans les selles, 760 000 patients de 50 à 69 ans ont été inclus. Le taux de participation était légèrement supérieur (ratio d'incidence de 1,15) chez les sujets qui présentaient des troubles psychiatriques mais ce rapport s'inversait si le patient consultait son médecin traitant moins de 5 fois par an pour rejoindre les taux de participation aux dépistages du cancer de prostate et du cancer du col de l'utérus moins réalisé chez ces patients (ratio du taux d'incidence de 0,83). Les auteurs suggéraient qu'un mauvais accès aux soins de santé pouvait donc avoir un impact plus important sur la prévention du cancer chez les personnes atteintes de maladie psychiatrique sévère, que pour la population générale. Les taux plus élevés de recherche de sang dans les selles pour les personnes atteintes de maladie psychiatrique pouvaient également être liés à l'utilisation de ce test comme un diagnostic plutôt qu'un test de dépistage, la méthode étant moins invasive qu'une coloscopie. Ainsi, tous ces auteurs soulignaient l'importance d'améliorer la détection précoce des cancers parmi cette population de patients atteints de maladies psychiatriques, en augmentant l'accès et la réalisation des tests de dépistages, afin de réduire le retard diagnostic et la perte de chance de ces patients

Au Japon, un essai randomisé en aveugle a été réalisé en 2019 (38) pour étudier l'effet d'une intervention de *case management* sur la participation au dépistage du cancer colorectal chez les patients schizophrènes. Il existe au Japon un programme de dépistage organisé pour cinq cancers : colorectal, gastrique, pulmonaire, du sein et du col de l'utérus. Les patients éligibles reçoivent une brochure détaillée une fois par an de la part du gouvernement. Le groupe intervention a reçu trois séances de *case management* conduites par un infirmier ou un travailleur social en psychiatrie. La première séance comportait une éducation à l'importance du dépistage du cancer colorectal, l'aide à la décision, une aide pour obtenir un coupon permettant de la réaliser le dépistage gratuitement si nécessaire. Les deux sessions suivantes étaient des séances de suivi par téléphone. Selon le besoin du patient, l'intervenant pour le soutenir, l'encourager et l'aider à résoudre des problèmes dans le but de pouvoir participer au

dépistage. Le taux de participation au dépistage était significativement supérieur dans le groupe ayant reçu le case management à 47,1% contre 11,8% dans le groupe contrôle.

Cancer du col de l'utérus

Dans notre étude, 40% des patientes ciblées par le programme de dépistage organisé du col de l'utérus ont déclaré avoir réalisé le dépistage dans le délai prévu par les recommandations, il s'agit d'un taux inférieur au taux national de participation au dépistage qui est de 59% sur la période 2018-2020. Il existe des disparités dans le recours au dépistage en termes d'âge et au plan géographique. C'est pourquoi le programme prévoit, par ailleurs, la mise en place d'actions spécifiques ou de stratégies complémentaires en direction des populations vulnérables et/ou très éloignées du système de santé (accompagnement au dépistage, médiation sanitaire, auto-prélèvements, unités mobiles).

La participation au dépistage diminue avec l'âge à partir de 50 ans pour tomber à 45% les femmes âgées de 60 à 65 ans. Les principaux groupes de femmes qui ne participent pas au dépistage de ce cancer sont les femmes ménopausées, en situation économique et/ou sociale défavorable, en situation de handicap, de dépendance, hébergées en institution, bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire, migrantes, en situation de prostitution, sous main de justice, enceintes, homosexuelles, et les femmes avec des comorbidités (notamment, diabète, dépression, cancer, hépatites, VIH) (26).

De nombreux freins à la participation au dépistage ont été identifiés. Les freins liés aux dépistages des cancers sont représentés par le sentiment de fatalité face à la maladie, la peur du cancer, du résultat, les inégalités d'accès à la prévention, le manque de temps. Les freins concernant le cancer du col de l'utérus sont la méconnaissance de la maladie, le fait de ne pas se sentir concernée, une gêne à l'égard de la localisation, le caractère intrusif de l'examen, l'absence de proposition de réalisation du dépistage par un professionnel de santé, les délais et coût de l'accès à un suivi gynécologique, la peur des traitements, les précédents test normaux, et les facteurs d'inégalités en santé (niveau d'éducation, culture, handicap, obésité, pathologie chronique notamment) (26).

2016, Woodhead et al. (39) ont réalisé une étude populationnelle au Royaume-Uni, dans le but d'évaluer le dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus parmi les femmes atteintes de maladie psychiatrique sévère, dans un système d'accès universel aux soins de santé et de programmes nationaux de dépistage. Cette étude a utilisé des éléments provenant d'un couplage entre les données de soins primaires (fréquence des consultations chez le médecin généraliste, diagnostic de schizophrénie ou de trouble bipolaire ; réalisation d'une mammographie ou d'un dépistage du cancer du col de l'utérus) et secondaires (diagnostic psychiatrique ; sévérité de la maladie ; prescription actuelle ou passée d'un traitement antipsychotique ; traitement par injection retard). 625 femmes âgées de 50 à 70 ans ont été incluses pour le dépistage du cancer du sein et 1393 femmes âgées de 25 à 64 ans pour le dépistage du cancer du col de l'utérus. Les femmes atteintes d'une maladie psychiatrique sévère bénéficiaient de moins de mammographies (OR = 0,69) et dépistages du cancer du col utérin

(OR = 0,72) que la population générale. Plus la maladie psychiatrique était sévère, moins les patientes recevaient de soins préventifs.

Une étude de cohorte rétrospective suédoise (40) publiée en 2019 a comparé la participation au programme national de dépistage du cancer du col de l'utérus de femmes atteintes de troubles psychiatrique par rapport à la population générale entre 2000 et 2010. 65292 patientes âgées de 23 à 60 ans ont été incluses. Le taux de participation des femmes souffrant de troubles psychiatriques était semblable à celui de la population générale (RR = 0,94). Cependant les femmes avec une pathologie psychiatrique sévère telles que les psychoses participaient moins au programme de dépistage (RR = 0,81).

Une étude de cohorte canadienne (41) sur 1 245 457 femmes entre 2003 et 2025 a comparé la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus de patientes avec diagnostic de schizophrénie ou de trouble bipolaire par rapport à la population générale. Après 12,5 ans de suivi, les femmes souffrant de schizophrénie ou de trouble bipolaire avaient moins de chance de participer au dépistage (OR = 0,64) que les femmes sans schizophrénie ni trouble bipolaire, et se faisaient dépister moins fréquemment (médiane à 6,16 ans vs 4,69 ans). Les auteurs avaient mis en évidence que l'absence d'attachement à un médecin de famille tendaient à majorer les effets de la pathologie psychiatrique sur la participation au dépistage et soulignent ainsi l'importance de l'accès aux soins primaires.

3- Cancers et troubles psychiatriques sévères

Plusieurs publications ont retrouvé une augmentation de l'incidence des cancers (42, 43) chez les patients souffrant de troubles psychiatriques sévères alors que d'autres ont retrouvé une incidence inférieure ou similaire par rapport à la population générale (44, 45, 46). Cependant la mortalité des patients avec des troubles psychiatriques sévères est plus élevée que dans la population générale (46, 47, 48).

Une étude de cohorte australienne (46) a comparé un groupe de patients avec une maladie psychiatrique à la population générale et a montré que l'incidence des cancers est plus faible que dans la population générale (RR = 0,86 chez les hommes et RR = 0,92 chez les femmes) mais la mortalité plus importante dans la population avec des troubles psychiatriques (RR = 1,52 chez les hommes et RR = 1,29 chez les femmes). Les cancers étaient diagnostiqués significativement plus souvent avec des métastases chez les patients avec pathologie psychiatrique (7,1%) que dans la population générale (6,1%). Les auteurs ont mis en évidence que les patients souffrant de troubles psychiatriques avaient moins de chance d'être traités par chirurgie, surtout pour les cancers colorectal, du sein et du col de l'utérus, étaient moins traités par radiothérapie pour les cancers colorectal et du sein et avaient moins de cures de chimiothérapie pour les cancers utérins.

En France, une étude cas-témoin (48) a comparé la prise en charge de patientes avec des troubles psychiatriques sévères par rapport à des femmes qui n'en ont pas et qui présentaient un cancer du sein diagnostiqué en 2013-2014. 97 760 femmes ont été incluses et 2% d'entre-

elles étaient atteintes de troubles psychiatriques sévères déjà existant (37,5% avaient un trouble bipolaire, 56,1% un trouble psychotique et 6,4% avaient les deux types de troubles à la fois). Après ajustement sur les caractéristiques socio-économiques, démographiques et cliniques, les femmes avec troubles psychiatriques sévères avaient moins de chance d'accéder à tous les types d'examens diagnostiques (mammographie, biopsie mammaire, échographie et IRM) que le groupe témoin (OR = 0,54). Elles avaient tendance à être davantage traitées par mastectomie (OR = 1,38) et étaient significativement moins traitées par tumorectomie (OR = 0,82). Elles avaient également moins de chance de recevoir une hormonothérapie (OR = 0,86), une chimiothérapie adjuvante (OR = 0,80) et la radiothérapie (OR = 0,87) ainsi que l'analyse de ganglion sentinelle (OR = 0,82). Les auteurs ont mis en évidence que les femmes avec un trouble psychiatrique sévère préexistant au diagnostic de cancer du sein avaient moins de chance de bénéficier des tests diagnostiques recommandés. Quand elles en bénéficiaient, elles avaient tendance à recevoir une prise en charge thérapeutique plus tardive que le groupe témoin. Une augmentation de la mortalité spécifique au cancer du sein a été retrouvée dans le groupe avec trouble psychiatrique sévère par rapport au groupe témoin mais n'était pas significative. Les auteurs suggèrent que la mastectomie est davantage proposée car elle peut permettre d'éviter une chimiothérapie et radiothérapie dont l'organisation peut être rendue difficile par les troubles psychiatriques de même que pour l'observance d'une hormonothérapie.

Ces résultats ont été retrouvés également dans une revue systématique publiée en mars 2023 (49) regroupant 13 études de cohorte rétrospectives dont le but était de comparer le traitement reçu pour les femmes atteintes de cancer du sein avec une pathologie psychiatrique sévère (schizophrénie, trouble bipolaire, dépression majeure) par rapport à des patientes qui n'ont pas de pathologie psychiatrique sévère. Les auteurs ont retrouvé que les femmes souffrant de pathologie psychiatrique sévère reçoivent moins de soins adaptés aux recommandations et les reçoivent avec un délai plus tardif que dans la population générale. Les patientes souffrant de schizophrénie, trouble bipolaire et autres troubles psychotiques avaient plus de risque de débiter un traitement au moins 2 mois après le diagnostic de cancer du sein et avaient moins de chance de débiter une hormonothérapie dans l'année suivant le diagnostic.

Concernant le cancer colorectal, une étude de cohorte danoise publiée en 2018 (50) sur 1703 patients a retrouvé que les patients souffrant de pathologie psychiatrique sévère recevaient un diagnostic de cancer du côlon à un stade plus avancé que les patients qui n'ont pas de maladie psychiatrique. Aucune différence significative n'a été mise en évidence pour le cancer du rectum. Les patients atteints de cancer du côlon avec un antécédent de trouble psychiatrique sévère avaient un Odds-ratio (OR) inférieur au groupe sans pathologie psychiatrique pour l'accès à un traitement oncologique.

4- Disparités de prises en charge

Ces travaux illustrent ainsi les disparités de prises en charge des patients présentant des troubles psychiatriques sévères. Plusieurs facteurs peuvent expliquer les inégalités de santé observées.

Facteurs liés au patient et à la maladie psychiatrique

Il existe une surexposition des patients avec des troubles psychiatriques aux facteurs de risque des cancers comme le tabac, l'alcool, la malnutrition et la sédentarité. Ce sont également des facteurs favorisant l'isolement social de ces patients.

Les retards de prises en charge peuvent être liés à une auto-stigmatisation qui prend la forme d'un fatalisme chez ces patients (51). Ils pensent ne pas être assez écoutés ou que cela ne sert à rien d'aller consulter. Ils ont moins tendance à aller vers les soins somatiques, surtout quand ils ne sont pas « accompagnés » car ils peuvent avoir plus de difficultés à exprimer les plaintes somatiques, la douleur, etc.

La reconnaissance de la schizophrénie ou du trouble bipolaire en affection de longue durée (ALD) devrait permettre (4) :

- La prise en charge des coûts liés aux pathologies cardiologiques ainsi qu'aux pathologies liées au syndrome métabolique et à l'obésité. Pour favoriser la meilleure santé du patient, il est souhaitable que le médecin généraliste puisse assurer les consultations en tiers payant pour les motifs somatiques comme psychiatriques.
- La prise en charge des transports en VSL ou taxis pour l'accès aux soins
- La prise en charge des frais liés au sevrage tabagique sans limitation de temps ou de volume
- La prise en charge des consultations gynécologiques

Facteurs liés aux conditions de vie

Les patients souffrants de troubles psychiatriques sévères sont fréquemment en situation d'isolement social avec des conditions socio-économiques souvent précarisées (51). Des études ont pu montrer que les personnes situées en bas de la hiérarchie sociale sont souvent diagnostiquées tardivement. Certains patients font face à des contraintes quotidiennes comme l'emploi, la garde d'animaux, trouver un logement, qui les obligent à hiérarchiser leurs besoins. Ils ne disposent pas des ressources nécessaires pour s'en affranchir et doivent donc faire des choix. Certaines choses passent avant « la santé ». Dans le cas de l'apparition de premiers signes cliniques d'un cancer, certains patients peuvent opter pour l'automédication pour des raisons financières, se traduisant par un non-recours ou un recours tardif aux soins. La plus ou moins grande rapidité des trajectoires diagnostiques repose donc, en partie, sur l'habitude de recourir ou non au système de soins et cette habitude peut être ancrée depuis l'enfance (52).

Facteurs liés au système de santé

Le non-recours aux soins peut être expliqué également par des caractéristiques du système de santé dans lequel ces situations prennent place. L'accessibilité financière et

géographique est un facteur souvent cité, tout comme les refus de soins auxquels les soignés les plus précaires sont souvent confrontés.

En France, il existe un cloisonnement des pratiques : la psychiatrie, c'est la tête ; le reste c'est le corps. Cette dichotomie est responsable d'une insuffisance de prise en compte des consultations complexes et de difficultés de coopération et de communication entre les différents intervenants (51,53).

Lors de la prise en charge d'un cancer, le traitement dépend de plusieurs éléments. Lors des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP), les médecins utilisent différents critères afin de déterminer la stratégie thérapeutique qui offrira le plus de chances de survie tout en présentant des risques jugés acceptables. La prise de décision repose donc sur une balance bénéfice-risque. Parmi les données présentées dans le processus décisionnel, certaines sont cliniques et sont relatives aux caractéristiques de la tumeur (sa localisation, son type, son stade et son degré d'extension) mais des éléments relatifs à la condition sociale ou économique des patients ou leur attitude au cours de sa prise en charge (motivation, volonté, adhérence, etc.) peuvent aussi être présentés. De plus, l'état général du patient joue un rôle important dans la prise en charge. Il est apprécié par des critères cliniques mais revêt aussi un caractère social car généralement, les membres des classes populaires ont un moins bon état de santé global et des comorbidités plus importantes, comme en témoignent les inégalités sociales d'espérance de vie sans incapacité. La relation médecin-malade a évolué au profit d'une plus grande autonomie du patient qui doit désormais être acteur de sa prise en charge. Or cette autonomie est plus affirmée dans les classes moyennes et supérieures et les patients précaires sont plus souvent perçus comme « à risque » de ne pas présenter ces qualités (52).

Facteurs liés aux professionnels de santé

La stigmatisation peut aussi être présente chez les soignants qui ont ainsi tendance à communiquer moins d'informations et ont une écoute de moins bonne qualité quand ils considèrent qu'un traitement ne marchera pas ou ne sera pas mené jusqu'au bout. En cancérologie, les patients qui consomment du tabac ou de l'alcool peuvent être exposés à un jugement plus négatif de la part des soignants.

Ces constats de disparités de prise en charge pour les patients atteints de troubles psychiatrique peuvent être inhérents à une formation insuffisante à la pathologie psychiatrique pour les soignants exerçant en milieu somatique et une formation insuffisante pour les pathologies somatiques pour les soignants exerçant en psychiatrie (51, 53).

5- Limites de l'étude

Notre étude comporte plusieurs limites. De nombreux patients n'ont pas pu être inclus car leur durée d'hospitalisation était trop courte ou ils changeaient d'unité d'hospitalisation, ils

n'étaient pas interrogeables ou absents les jours de recueil. Le faible effectif de patients et le nombre de variables différentes pour les pathologies psychiatriques n'ont pas permis de réaliser des analyses multivariées. Les données recueillies concernant la présence d'un médecin traitant déclaré et la participation aux dépistages organisés des cancers provenaient majoritairement de déclaration des patients et nous n'avons pas différencié les données recueillies uniquement grâce au dossier médical des données uniquement déclarées par les patients interrogés. Le médecin traitant identifié était celui enregistré dans le dossier informatisé comme médecin traitant mais la déclaration ne pouvait être vérifiée dans la base de l'Assurance Maladie. La réalisation des dépistages peut être réalisée indépendamment des consultations chez le médecin traitant donc les résultats ne sont pas toujours connus par ce dernier. Nous ne nous sommes pas intéressés dans cette étude aux résultats du dernier dépistage réalisé et certains antécédents médicaux personnels ou familiaux des patients ont pu être ignorés dans le dossier médical, alors qu'ils auraient pu constituer des critères d'exclusion définitive ou temporaire à la participation aux dépistages organisés.

Pour les patientes ciblées par le programme de dépistage ayant répondu avoir réalisé une mammographie, il n'était pas précisé si l'examen était réalisé dans le cadre du dépistage organisé ou du dépistage individuel.

Le rythme recommandé pour la réalisation du dépistage du cancer du col de l'utérus a été modifié suite aux recommandations de juillet 2019. Ainsi certaines patientes de plus de 30 ans doivent avoir leur prélèvement 3 ans après le dernier examen cytologique et d'autres 5 ans après le dernier test HPV.

6- Perspectives d'amélioration

Service Régional d'Éligibilité aux Dépistages des Cancers

En Indre-et-Loire, il existe depuis plusieurs années le Service régional d'éligibilité aux Dépistages des Cancers en ligne (54) permettant aux professionnels de santé impliqués dans les dépistages organisés (radiologue agréé, sage-femme, gynécologue, gastro-entérologue, médecin généraliste) de vérifier la participation aux dépistages des patients rattachés au CRCDC du département. L'accès à ce service est personnel et nécessite une demande préalable. Le service n'est actuellement pas disponible pour les professionnels du CHRU pour des raisons techniques. D'autres régions ont mis en place un service équivalent comme l'Ile-de-France par exemple. Rendre l'accès à ce service disponible pour les psychiatres qui sont parfois le médecin traitant du patient et les médecins des unités d'hospitalisation en psychiatrie pourrait améliorer l'accès aux dépistages des patients qui présentent des troubles psychiatriques sévères.

Auto-prélèvement vaginal

La HAS recommande de proposer la réalisation d'un auto-prélèvement vaginal à partir de 30 ans aux femmes qui sont non ou insuffisamment dépistées pour le cancer du col de l'utérus, comme modalité alternative au prélèvement cervical (55).

Il s'agit d'un prélèvement à réaliser soi-même au moyen d'un kit, permettant de recueillir quelques cellules au niveau du vagin à l'aide d'un coton-tige de façon simple, indolore afin de rechercher la présence de l'HPV. Le kit peut être envoyé à domicile, et une fois le prélèvement réalisé, il faut le retourner par voie postale dans l'enveloppe fournie dans les sept jours suivant le recueil (56). L'auto-prélèvement est efficace pour la détection des HPV et des néoplasies cervicales intra-épithéliales de grade 2 et 3, aucune différence significative n'a été retrouvée dans les études qui ont comparé l'auto-prélèvement vaginal au frottis cervico-utérin (57). Une étude randomisée réalisée en 2017 sur 6000 patientes en Indre-et-Loire (58) a montré que l'envoi du kit d'auto-prélèvement à domicile majorait le taux de participation des femmes au dépistage et était plus efficace que la lettre de relance. Parmi les 44 femmes ayant eu un résultat positif du test HPV, 40 ont réalisé le prélèvement cervical recommandé.

Vaccination contre l'HPV

La présence de l'HPV est retrouvée dans près de 100 % des cancers du col de l'utérus, près de 90 % des cancers du l'anus, 50 % des cancers du pénis, 25 % des cancers de la vulve, 78 % des cancers du vagin et 30 % des cancers de l'oropharynx (59)

La vaccination anti-HPV est actuellement recommandée chez les filles et les garçons âgés de 11 à 14 ans selon un schéma à deux doses. Un rattrapage est possible de 15 à 19 ans avec un schéma à trois doses. Il existe une extension des recommandations avec un remboursement par l'Assurance Maladie jusqu'à 26 ans pour les hommes ayant des relations avec des hommes (60).

La première observation d'une association entre vaccination et réduction du risque de cancer du col de l'utérus a été publiée à partir du registre de cancers suédois en 2020. Sur la période 2006-2017, l'observation des cancers survenus chez les femmes âgées de 10 à 30 ans a permis de mettre en évidence un risque de cancer invasif du col de l'utérus inférieur chez les jeunes femmes ayant reçu au moins une dose de vaccin quadrivalent contre les HPV. Par ailleurs, la réduction du nombre de nouveaux cas de cancers invasifs du col est plus importante chez les femmes vaccinées à un plus jeune âge (61).

Case management

Le concept de *case management* correspond au processus par lequel on obtient, coordonne et assure l'utilisation, par les usagers souffrant d'incapacités psychiatriques, des soins et des services qui les aideront à satisfaire, d'une façon à la fois efficace et efficiente leurs

besoins multiples et complexes. L'objectif est de favoriser la continuité des soins et de permettre que les différents professionnels et partenaires du système de santé soient accessibles, en renforçant leurs responsabilités partagées et leurs actions. Cela permettrait les décompensations fortuites, d'améliorer l'observance, de diminuer le nombre et la fréquence des ré-hospitalisations et de réduire la durée moyenne de séjour. Le *case management* favorise la réadaptation et augmente la qualité de vie de l'utilisateur et de sa famille

Le *case management* propose un cadre de référence à la prise en charge ambulatoire des personnes atteintes de pathologies chroniques. La philosophie de l'intervention vise à favoriser pour l'utilisateur un accompagnement progressif vers le rétablissement dans son milieu de vie ordinaire, en collaboration avec ses proches et son entourage immédiat. Cela répond à la nécessité d'une approche globale de la personne soignée. Le Québec, les États-Unis et la Grande-Bretagne développent des modèles de *case management* décrits dans l'organisation de leurs systèmes de santé. Ils s'inscrivent pour la plupart dans les programmes de santé publique gouvernementaux, territoriaux ou fédéraux. Les *case managers* sont formés selon des modalités universitaires et s'adressent à l'ensemble des professionnels dont la discipline est partie prenante de la prise en charge globale.

En France, l'organisation des soins en psychiatrie est marquée par une inadéquation entre l'offre de soins, les ressources allouées, la prévention, l'évaluation de la prise en charge et de l'accès aux soins. Dans cette perspective, le concept de *case management* permet d'envisager un métier d'opérateur en santé mentale dont le champ de compétences transdisciplinaires pourrait être appliqué dans les structures de soins en psychiatrie mais également dans les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH). L'accompagnement des usagers par des professionnels formés au *case management* permettrait ainsi d'améliorer le parcours de soins des patients qui présentent des troubles psychiatriques et notamment l'accès à la médecine préventive (62).

Le SAMSAH Prépsy, situé à Paris, est une structure financée par le Conseil général de la ville de Paris, l'ARS Île-de-France, le Conseil régional d'Île-de-France et la Fondation de France. Elle met en œuvre le *case management* en santé mentale en proposant un accompagnement médico-social à de jeunes adultes de 18 à 25 ans présentant des troubles psychiques débutants (en particulier la schizophrénie). L'objectif est de limiter le risque d'évolution des troubles vers un handicap psychique sévère. Le service procède à une évaluation globale des besoins de l'utilisateur et de son entourage, reconstitue son parcours de soins, de santé et de vie et identifie les intervenants-pivots. Il assure ensuite des soins et un accompagnement, développe des liens entre les acteurs intervenant autour du patient (médecin traitant, psychiatre, psychologue, psychothérapeute et assistant social, notamment), coordonne les activités médicales et sociales et facilite l'accès aux différents services dont l'utilisateur a besoin du fait de problèmes médicaux (une attention est notamment portée aux soins somatiques), psycho-sociaux, culturels, environnementaux et/ou économiques (10).

Exemples de collaboration entre médecins généralistes et psychiatres

En Indre-et-Loire, le projet Médecine Générale & Psychiatrie 37 a pour objectifs de formaliser la coordination entre professionnels de santé libéraux et les établissements spécialisés de santé et favoriser le partage d'une culture commune concernant les soins primaires en santé mentale et psychiatrie ainsi que le développement de prise en charge psychothérapeutique de groupes. Ce dispositif permet aux médecins généralistes de solliciter un avis auprès d'un psychiatre et d'échanger sur le diagnostic, le traitement ou la conduite à tenir. Cela concerne les patients majeurs qui n'ont pas ou ne sont pas en attente de prise en charge en CMP. Médecine Générale & Psychiatrie 37 est également un moyen de diffusion de guide de bonnes pratiques, de recommandation de prise en charge et de prévention en santé mentale auprès des généraliste avec l'organisation de temps d'échange entre généralistes et psychiatres hospitalisé organisés par les CPTS (63).

A Paris, des réunions cliniques pluridisciplinaires et des groupes d'analyse conjointe de cas, organisées par des psychiatres de l'Association de santé mentale du 13^{ème} arrondissement et des médecins du Pôle de santé Paris 13. Deux types de réunions sont proposées : des réunions « clinique psychiatrique et médecine générale » intégrant un temps d'apport de connaissance suivi d'un temps d'échanges cliniques, et les « Staffs Psy » où des médecins évoquent des situations cliniques rencontrées au cours de leur pratique qui sont ensuite analysées avec des psychiatres (10).

Le réseau somatique « CoReSo Somapsy », développé par le pôle de psychiatrie sectoriel et par le pôle de médecine du Centre hospitalier Le Vinatier dans la région de Lyon, a pour but de « ramener les patients suivis en psychiatrie ambulatoire et n'ayant pas de médecin généraliste vers des soins somatiques pérennes ». L'expérimentation prévoit une orientation par le psychiatre des patients pour lesquels aucun médecin traitant n'est référencé vers le réseau somatique et trois temps de consultations somatiques médico-infirmières maximum au CMP avec un travail de diagnostic, de prévention et d'éducation. Puis à l'issue du processus une orientation des patients vers un médecin généraliste exerçant à proximité de leur domicile est proposée. Le premier rendez-vous est organisé par le réseau en présence et en accord avec le patient et une synthèse médicale adressée au médecin généraliste (64).

Le pôle Cristales (Coordination pour la recherche et l'information, les soins, les thérapeutiques, les analyses de laboratoire et l'éducation à la santé) de l'établissement public de santé de Ville-Évrard en Seine-Saint Denis propose des soins somatiques aux patients suivis en psychiatrie n'ayant aucune prise en charge en médecine de ville. Ces soins peuvent être réalisés en hospitalisation complète et en ambulatoire. Il assure par ailleurs une coordination des soins entre la médecine de ville et l'hôpital en préparant la sortie d'hospitalisation en lien avec le médecin traitant quand il a été désigné par le patient grâce à des fiches de liaison et courriers adressés au médecin traitant. Le réseau prévoit pour les patients n'ayant pas de médecin généraliste un ancrage progressif du patient auprès d'un médecin traitant en ville par la création d'un lien entre les praticiens de médecine polyvalente du pôle Cristales et le patient au moment de l'hospitalisation, une continuité des soins somatiques assurée par le pôle à la

sortie de l'hospitalisation puis l'orientation et accompagnement du patient vers un médecin généraliste traitant en ville (10).

Le centre de santé André-Roussin couplé à un CMP du CH Édouard Toulouse à Marseille associe des médecins généralistes, des médecins spécialistes et assure des soins infirmiers. Il est couplé depuis 2016 à un CMP au sein du même bâtiment permettant d'améliorer l'accès à une prise en charge somatique des patients atteints de troubles psychiatriques (10).

Des médecins généralistes du pôle de santé Paris 13 ont proposé, dans le cadre d'une étude pilote, des bilans de santé somatique en CMP. La coordination entre l'équipe de psychiatrie et le médecin généraliste était assurée par un infirmier, et un compte rendu était systématiquement envoyé par le médecin généraliste au psychiatre traitant du patient (10).

Projet Canopée du GHU Paris

Le projet Canopée (CANcers chez les personnes suivies pour des trOubles Psychiques sEvÉres) est une étude qualitative et quantitative menée de novembre 2019 à novembre 2022 coordonnée par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) et à laquelle participe le GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences et de l'Université de Nanterre (65). Les auteurs partent de l'hypothèse qu'il y a des difficultés dans la prise en charge des cancers liées aux professionnels et au système de santé (délais diagnostiques plus longs, moindre accès aux soins oncologiques, soins de moins bonne qualité...), et a pour objectif de mieux caractériser ces difficultés et d'identifier les leviers pour en diminuer l'occurrence. L'approche quantitative vise à mieux préciser les hypothèses quant aux facteurs de surmortalité par cancer (dépistage tardif, soins non optimaux...) pour décrire et comparer d'une part, l'incidence du cancer, la mortalité par cancer et les actions de prévention et de dépistage entre les individus suivis pour troubles psychiatriques sévères et la population générale, et d'autre part, les parcours de soins du cancer entre les patients avec ou sans troubles psychiatriques sévères à l'échelle nationale. L'approche qualitative repose sur des entretiens semi-dirigés avec des patients, leurs proches et des professionnels de santé afin de documenter les difficultés rencontrées par les patients souffrants de troubles psychiatriques sévères dans leur parcours de santé et en particulier de soin pour cancer et les ressources mobilisées. Les résultats de cette recherche ne sont pas encore publiés. S'ils montrent des inégalités de santé pour les individus suivis pour des troubles psychiatriques sévères souffrant de cancer, ils permettront de sensibiliser davantage les professionnels et de mettre en place des interventions pour réduire ces inégalités, et ainsi améliorer la prise en charge et la qualité de vie des personnes concernées.

V- CONCLUSION

Le médecin traitant est au cœur du parcours de soins coordonné, il est choisi par le patient pour être celui qui le soigne régulièrement, qui s'assure d'un suivi médical optimal et assure des actions de prévention comme le suivi des vaccinations, la repérage des facteurs de risque cardiovasculaire, ou encore les examens de dépistage organisés des cancers. Il existe trois programmes de dépistage organisés en France pour les cancers du sein, colorectal et du col de l'utérus.

Dans notre étude, 136 patients entrés en hospitalisation en psychiatrie au CHRU de Tours ont été inclus. Parmi les patients interrogés, 82% ont déclaré avoir un médecin traitant, alors qu'au sein de la population générale d'Indre-et-Loire, 7 % des assurés de plus de 16 ans n'ont pas de médecin traitant. Les patients sans médecin traitant identifié étaient significativement plus jeunes avec une moyenne d'âge de 37 ans et nous n'avons pas retrouvé de différence significative en fonction de la pathologie psychiatrique. Parmi les 22 patientes interrogées qui étaient ciblées par le dépistage organisé du cancer du sein, 36% ont déclaré avoir réalisé une mammographie dans les deux dernières années. Parmi les 31 patients éligibles pour le dépistage organisé du cancer colorectal, seulement 13% d'entre eux avaient réalisé le test de recherche de sang dans les selles. Pour le cancer du col de l'utérus, 43 patientes étaient ciblées par le programme de dépistage organisé et 40% d'entre elles avaient déclaré avoir réalisé un prélèvement cervical selon les recommandations de fréquence qui sont adaptées à l'âge. La totalité des patients ayant répondu être à jour des dépistages de cancer avaient un médecin traitant identifié mais nous n'avons pas retrouvé de différence significative pour la participation aux dépistages des cancer en fonction de l'occurrence d'un médecin traitant déclaré. Une association significative a été retrouvée entre la participation au dépistage du cancer du sein et à celui du cancer du col de l'utérus. Nos résultats montrent une participation insuffisante aux dépistages des cancer, les taux de participation observés étant inférieurs au taux de participation dans la population générale et aux objectifs européens.

Or les personnes souffrant de troubles psychiatriques graves comme le trouble bipolaire ou la schizophrénie cumulent de nombreux facteurs de risque de cancer comme le tabagisme, l'obésité, la sédentarité et souffrent de disparités dans leur prise en charge dans le cas de soins somatiques en comparaison avec la population générale. Dans le cas des cancers, on observe actuellement que cette population ne bénéficie pas d'une prise en charge diagnostique et thérapeutique identique à la population générale ou adaptée aux recommandations. Il existe ainsi des retards de diagnostic et des délais retardés d'accès aux traitements avec une augmentation de la mortalité dans cette population. De nombreux éléments peuvent expliquer ces difficultés d'accès aux soins somatiques comme les conditions de vie souvent précaires, la pathologie psychiatrique, l'organisation du système de santé marqué par une dichotomie entre psychiatrie et médecine somatique ou encore une stigmatisation de la part des soignants.

Un renforcement des actions de prévention à destination des patients atteints de pathologie psychiatrique semble nécessaire en hospitalisation. En effet, l'hospitalisation en psychiatrie

représente parfois l'occasion pour certains patients d'avoir un bilan somatique quand ils n'ont pas de suivi avec un médecin généraliste, principalement chez les patients hospitalisés au long cours dont l'hôpital devient le lieu de vie. En ambulatoire ou en sortie d'hospitalisation, des interventions de type case management pourraient améliorer l'accès aux examens de prévention et ainsi le parcours de soins somatiques de ces patients. Sensibiliser les patients à l'importance des dépistages des cancers et proposer par exemple en hospitalisation la réalisation d'un test HPV sur auto-prélèvement vaginal sont des moyens de lever certains freins à leur participation aux dépistages. Le développement de temps d'échange et de formations entre psychiatres et médecins généralistes ainsi que la création de filières dédiées sont déjà en place dans certains hôpitaux et permettent de renforcer le lien ville-hôpital. Une meilleure collaboration entre médecins généralistes et psychiatres est donc nécessaire afin de réduire les inégalités de santé subies par les patients atteints de troubles psychiatriques.

VI- BIBLIOGRAPHIE

1. Saravane, D., Gilquin, AF. Dépistage des pathologies somatiques en institution psychiatrique. *Psycho-Oncologie* 4, 12–16 (2010). <https://doi.org/10.1007/s11839-010-0241-y>
2. Caisse nationale de l'assurance maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2019. Paris: Cnam; 2018. <https://assurancemaladie.ameli.fr/sites/default/files/rapport-charges-etproduits-2019-web.pdf>
3. De Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry* 2011;10(1):52-77.
4. Fédération française de psychiatrie, Conseil national professionnel de psychiatrie. Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique. Recommandation de bonne pratique en psychiatrie. Paris: FFP; 2015. http://www.psydocfrance.fr/conf&rm/rpc/Reco_Soins_Soma_Psy.pdf
5. McEvoy JP, Meyer JM, et al. Prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia: baseline results from the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) schizophrenia trial and comparison with national estimates from NHANES III. *Schizophr Res.* 2005 ; 80:19-32.
6. Santé Publique France. Cancers. Juillet 2021. [en ligne]. (consulté le 08/05/2023). <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers>.
7. M Guillard. Le corps ce méconnu. Comment améliorer la prise en charge somatique des usagers en santé mentale. *Pluriels* 2004 : 44-5 ; 6-14
8. Disability Rights Commission. Equal treatment: closing the gap. A formal investigation into physical health inequalities experienced by people with learning disabilities and/or mental health problems. Formal investigation report. Part 1. Leeds: DRC; 2006. <https://disability-studies.leeds.ac.uk/wpcontent/uploads/sites/40/library/DRC-Health-FImain.pdf>
9. P Montariol, M Guillard, O Bollengier, et al. Les patients hospitalisés en psychiatrie ont-ils un médecin traitant ? *L'Information Psychiatrique*. 2006 ; Volume 82, N°10, pages 793-800. http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4314_Article_psychiatrie.pdf
10. HAS. Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux État des lieux, repères et outils pour une amélioration. Septembre 2018. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_coordination_mg_psy.pdf
11. L'Assurance Maladie. Le rôle du médecin traitant et le parcours de soins coordonné. 2022. [en ligne]. (consulté le 22/01/2023).

<https://www.ameli.fr/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/medecin-traitant-parcours-soins-coordonnes>

12. Service-Publique.fr. Médecin traitant et parcours de soins coordonné. 2021. [en ligne]. (consulté le 24/04/2023). <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F163>
13. L'Assurance Maladie. Choisir et déclarer votre médecin traitant. 2023. [en ligne]. (consulté le 24/04/2023). <https://www.ameli.fr/indre-et-loire/assure/droits-demarches/principes/choisir-et-declarer-votre-medecin-traitant>
14. WONCA Europe. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. 2002. https://dumg.univ-paris13.fr/IMG/pdf/definition_europeenne_de_la_medecine_generale_-_wonca_2002.pdf
15. Younes N, Gasquet I, Gaudebout P, Chaillet MP, Kovess V, Falissard B, et al. General Practitioners' opinions on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals. BMC Fam Pract 2005;6:18.
16. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2015. Paris: CNAMTS; 2014. http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cnamts_rapport_charges_produits_2015.pdf
17. Kovess-Masféty V, Saragoussi D, Sevilla-Dedieu C, Gilbert F, Suchocka A, Arveiller N, et al. What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French survey. BMC Public Health 2007;7:188
18. Collège de la médecine générale, Conférence nationale des présidents de CME de centres hospitaliers spécialisés. Charte de partenariat médecine générale et psychiatrie de secteur [En ligne]. Lille: Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France. 2014. <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/11417.pdf>
19. Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie. La coopération Médecins Généralistes - Psychiatres. Les courriers échangés entre Médecins Généralistes et Psychiatres lors d'une demande de première consultation par le médecin généraliste pour un patient adulte présentant un trouble mental avéré ou une souffrance psychique. Recommandation de bonne pratique. 2010. <https://www.cnpp-cnqsp.com/blank-dvouy>
20. Institut National du Cancer. Données globales d'épidémiologie des cancers. 2022. [en ligne]. (consulté le 08/05/2023). <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Donnees-globales>
21. Santé Publique France. Cancers. 2021. [en ligne]. (consulté le 08/05/2023). <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers>
22. ANAES. Guide méthodologique : comment évaluer a priori un programme de dépistage ? 2004. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_programme_depistage_rap.pdf
23. Wilson, James Maxwell Glover, Jungner, Gunnar & World Health Organization. (1970). Principes et pratique du dépistage des maladies. Organisation mondiale de la Santé
24. Institut National Du Cancer. Le programme de dépistage organisé des cancers du sein. Septembre 2022. [en ligne]. (consulté le 26/05/2023). <https://www.e->

- [cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Le-programme-de-depistage-organise](https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Le-programme-de-depistage-organise)
25. Institut National Du Cancer. Le programme de dépistage organisé du cancer colorectal. Avril 2023. [en ligne]. (consulté le 26/05/2023). <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-colorectal/Le-programme-national-de-depistage>
 26. Institut National Du Cancer. Le programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Janvier 2023. [en ligne]. (consulté le 26/05/2023). <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Le-programme-de-depistage-organise>
 27. Insee. Professionnels de santé au 1^{er} janvier 2022, comparaison régionales et départementales. Février 2023. [en ligne]. (consulté le 18/06/2023). <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012677>
 28. Cécile Lascève. Indre-et-Loire : un habitant sur dix n'a pas de médecin régulier. La Nouvelle République. Septembre 2022. [en ligne]. (consulté le 08/05/2023). <https://www.lanouvellerepublique.fr/indre-et-loire/indre-et-loire-un-habitant-sur-dix-n-a-pas-de-medecin-regulier>
 29. ARS Centre Val de Loire. Projet Territorial de Santé Mentale d'Indre-et-Loire. Février 2020. <https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/media/80580/download?inline>
 30. Marc Boutineau. Les attentes des patients hospitalisés en psychiatrie vis-à-vis de leur médecin généraliste : étude qualitative réalisée à l'hôpital de Fitz-James. Thèse de médecine. 2019. Université de Picardie.
 31. IGAS. Le dépistage organisé des cancers en France. Janvier 2022. [en ligne]. <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2021-059r.pdf>
 32. Institut national du Cancer. Dépistage des cancers du sein : les réponses à vos questions. Le 29/09/2022. [en ligne]. (consulté le 26/05/2023). <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Les-reponses-a-vos-questions#toc-que-peut-on-dire-aujour-hui-des-b-n-fices-du-d-pistage-organis->
 33. Éthique et dépistage organisé du cancer du sein en France - Rapport du Groupe de réflexion sur l'éthique du dépistage (GRED). Collection États des lieux & des connaissances, ouvrage édité par l'INCa. Boulogne-Billancourt. Octobre 2012.
 34. Mitchell AJ, Pereira IES, et al. Breast cancer screening in women with mental illness: comparative meta-analysis of mammography uptake. *Br J Psychiatry*. 2014 ; 205:428-435.
 35. Thomas M, James M, et al. Mammography Among Women With Severe Mental Illness: Exploring Disparities Through a Large Retrospective Cohort Study. *Psychiatr Serv*. 2018 ; 69:48- 54.
 36. C. Billau, C-L. Charrel, S. Duhem, L. Plancke, L. Defromont. Statut du dépistage organisé des cancers dans une population présentant des « troubles psychiques graves ». *French Journal of Psychiatry*, Volume 1, Supplement, Pages S142-S143. [https://doi.org/10.1016/S2590-2415\(19\)30375-7](https://doi.org/10.1016/S2590-2415(19)30375-7).

37. Tuesley KM, Jordan SJ, et al. Colorectal, cervical and prostate cancer screening in Australians with severe mental illness: Retrospective nation-wide cohort study. *Aust N Z J Psychiatry*. 2019 ; 53:550-558.
38. Fujiwara M, Yamada Y, Shimazu T, et al. Encouraging participation in colorectal cancer screening for people with schizophrenia: A randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2021;144(4):318-328. doi:10.1111/acps.13348
39. Woodhead C, Cunningham R, et al. Cervical and breast cancer screening uptake among women with serious mental illness: a data linkage study. *BMC Cancer*. 2016 ; 16:819.
40. Eriksson EM, Lau M, Jönsson C, et al. Participation in a Swedish cervical cancer screening program among women with psychiatric diagnoses: a population-based cohort study. *BMC Public Health*. 2019;19(1):313. doi:10.1186/s12889-019-6626-3
41. Michael Ouk, Jodi D. Edwards, Jessica Colby-Milley, Alexander Kiss, Walter Swardfager, Marcus Law . Psychiatric morbidity and cervical cancer screening: a retrospective population-based case-cohort study. *CMAJ Open* 2020. Doi :10.9778/cmajo.20190184
42. Lichtermann D, Ekelund J, Pukkala E, Tanskanen A, Lönnqvist J. Incidence of cancer among persons with schizophrenia and their relatives. *Archives of general psychiatry*. 2001;58:573.
43. McGinty EE, Zhang Y, Guallar E, et al. Cancer incidence in a sample of Maryland residents with serious mental illness. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*. 2012;63:714.
44. Cohen M., Dembling B., Schorling J. The Association between Schizophrenia and Cancer: A Population-Based Mortality Study. *Schizophr. Res.* 2002;57:139–146. doi: 10.1016/S0920-9964(01)00308-5
45. Susanne Oksbjerg Dalton, Lene Mellemkjær, Lars Thomassen, Preben B. Mortensen, Christoffer Johansen. Risk for cancer in a cohort of patients hospitalized for schizophrenia in Denmark, 1969-1993. *Schizophrenia Research, Volume 75, Issues 2–3*. 2005. Pages 315-324. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2004.11.009>.
46. Kisely S, Crowe E, Lawrence D. Cancer-related mortality in people with mental illness. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(2):209–217. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.278
47. Kisely S, Forsyth S, Lawrence D. Why do psychiatric patients have higher cancer mortality rates when cancer incidence is the same or lower? *Aust N Z J Psychiatry*. 2016;50(3):254–263. doi: 10.1177/0004867415577979
48. Seppänen, Anna-Veera et al. “Breast Cancer Care Pathways for Women with Preexisting Severe Mental Disorders: Evidence of Disparities in France?.” *Journal of clinical medicine* vol. 12,2 412. 4 Jan. 2023, doi:10.3390/jcm12020412
49. Kisely, S, Alotiby, MKN, Protani, MM, Soole, R, Arnautovska, U, Siskind, D. Breast cancer treatment disparities in patients with severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Psychooncology*. 2023; 32(5): 651- 662. <https://doi-org.proxy.scd.univ-tours.fr/10.1002/pon.6120>
50. Kaerlev, Linda et al. Colon cancer patients with a serious psychiatric disorder present with a more advanced cancer stage and receive less adjuvant chemotherapy - A Nationwide Danish Cohort Study. *BMC cancer* vol. 18,1 1050. 29 Oct. 2018, doi:10.1186/s12885-018-4879-3

51. GHU Paris. Rencontre avec Nabil Hallouche : le parcours de soins d'une personne présentant des trouble psychiatrique et étant atteinte de cancer est-il semblable à celui de la population générale ? Publié le 03/02/2020. [en ligne]. (consulté le 19/06/2023). <https://www.ghu-paris.fr/fr/actualites/le-parcours-de-soin-dune-personne-presentant-des-troubles-psychiatriques-et-etant>
52. Lorette Aurore. La fabrique des inégalités sociales de santé. Presses de l'EHESP, « Recherche, santé, social », 2021, ISBN : 9782810909391.
53. Marine Fiton. Accès aux soins somatiques et stigmatisation des patients souffrant de pathologies psychiatriques sévères. Thèse d'exercice pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine. 2020. Université de Bordeaux.
54. Dépistages des cancers Centre de coordination Centre-Val de Loire. Service Régional d'Eligibilité pour le Dépistage des Cancers. [en ligne]. (consulté le 22/06/2023). <https://www.depistages-centre.fr/authentication>
55. Légifrance. Arrêté du 30 juillet 2020 modifiant l'arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage organisé des cancers et relatif à l'organisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus [En ligne]. (consulté le 21/06/2023). <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000042238343>
56. CRCDC. Dépistage des cancers en région Centre. Qu'est-ce que l'Auto-Prélèvement Vaginal (APV)? [En ligne]. (consulté le 21/06/2023). <https://depistage-cancer.fr/centre/56-37-divers/549-qu-estce-que-l-auto-prelevement-vaginal-apv>
57. Bosgraaf RP, Verhoef VM, Massuger LF, Siebers AG, Bulten J, De Kuyper-de Ridder GM, et al. Comparative performance of novel self-sampling methods in detecting high-risk human papillomavirus in 30,130 women not attending cervical screening. *Int J Cancer*. 2015;136(3):646-655.
58. Haguenoer K, Boyard J, Sengchanh S, Gaudy-Graffin C, Fontenay R, Marret H, et al. L'auto-prélèvement vaginal est une méthode efficace pour augmenter la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus : un essai randomisé en Indre-et-Loire. *Bull Epidemiol Hebd*. 2017;(2-3):59-65. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/2-3/2017_2-3_5.html
59. Hantz S. Papillomavirus humains : dépistage et prévention. *Rev francoph lab*. 2021;2021(530):60-70.
60. Vaccination Info Service. Les infections à papillomavirus humains (HPV). Le 09/05/2023. [en ligne]. (consulté le 21/06/2023). <https://vaccination-info-service.fr/Les-maladies-et-leurs-vaccins/Les-Infections-a-Papillomavirus-humains-HPV>
61. Lei, Jiayao et al. "HPV Vaccination and the Risk of Invasive Cervical Cancer." *The New England journal of medicine* vol. 383,14 (2020): 1340-1348. doi:10.1056/NEJMoa1917338
62. Petitqueux-Glaser, C., Acef, S. & Mottaghi, M. (2010). Case management : quelles compétences professionnelles pour un accompagnement global et un suivi coordonné en santé mentale ?. *Vie sociale*, 1, 109-128. <https://doi.org/10.3917/vsoc.101.0109>
63. Médecine Générale et Psychiatrie 37. [en ligne]. (consulté le 25/06/2023). <https://medecinegeneralepsychiatrie37.fr/>

64. Fau Léa, Bernadette Gelas Ample, et Françoise Pillot Meunier. Psychiatrie et médecine générale : un futur commun ? L'information psychiatrique, vol. 93, no. 2, 2017, pp. 107-110.
65. IRDES. Canopée Cancers chez les personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : quelles difficultés dans les parcours de soins ? [en ligne]. (consulté le 22/06/2023). <https://www.irdes.fr/recherche/projets/canopee-cancers-chez-les-personnes-suivies-pour-troubles-psychiques-severes/actualites.html>

VII- Annexes

1- Annexe 1 : Questionnaire donné aux internes et externes des services de psychiatrie

Je m'appelle Célia Fourré, j'ai terminé mon internat de médecine générale en octobre 2022. Je prépare ma thèse dans les services de psychiatrie du CHU, sous la direction du Dr Hélène Henique.

Je réalise une étude descriptive quantitative portant sur la présence d'un médecin traitant déclaré et la réalisation des dépistages organisés des cancers (cancer du col de l'utérus, cancer colorectal et cancer du sein) chez tous les patients majeurs entrant en hospitalisation complète en psychiatrie au CHU de Tours.

Le recueil des données se fera sur le DPP au moyen d'un hétéro-questionnaire à intégrer à l'interrogatoire d'entrée ou à la sortie du patient si non réalisable à l'entrée, et à renseigner dans le dossier informatisé du patient. Je prévois une période de recueil du 1^{er} novembre 2022 au 30 avril 2023.

Les questions à poser aux patients sont les suivantes :

1- Avez-vous un médecin traitant déclaré ?

Répondre par Oui/Non. Si oui, renseigner le nom du médecin traitant

2- Etes-vous à jour du dépistage du cancer du col de l'utérus ?

Répondre par Oui/Non/Non concernée

(N.B. : Le programme de dépistage d'adresse aux femmes asymptomatiques de 25 à 65 ans. Sont exclues les patientes ayant eu une ablation du col de l'utérus.

Le dépistage repose sur l'analyse d'un prélèvement au niveau du col de l'utérus.

Selon les dernières recommandations de la Haute autorité de santé, les modalités de dépistage varient selon l'âge.

- *de 25 à 29 ans : examen cytologique tous les 3 ans.*
- *de 30 à 65 ans : test HPV tous les 5 ans.)*

3- Etes-vous à jour du dépistage du cancer colorectal ?

Répondre par Oui/Non/non concerné

(N.B. : Le programme national de dépistage du cancer colorectal s'adresse, tous les 2 ans, aux femmes et aux hommes de 50 à 74 ans ne présentant ni symptôme, ni antécédents personnels ou familiaux de polype, de cancer ou de maladie touchant le côlon ou le rectum, ni facteur de risque particulier. Il s'articule en deux temps : la réalisation d'un test immunologique de recherche de sang occulte dans les selles, suivie d'une coloscopie en cas de positivité du test.)

4- Etes-vous à jour du dépistage du cancer du sein ?

Répondre par Oui/Non/non concernée

(N.B. : Le programme national de dépistage organisé du cancer du sein s'adresse, tous les 2 ans, aux femmes de 50 à 74 ans sans symptôme apparent ni facteur de risque particulier. Le dépistage repose sur la réalisation d'une mammographie.

Ne sont pas éligibles au programme de dépistage organisé :

- *les femmes à risque élevé de cancer du sein (antécédent personnel de cancer du sein ; image anormale lors de la dernière mammographie ; existence d'une néoplasie lobulaire ; existence d'une hyperplasie épithéliale atypique)*
- *les femmes à risque très élevé de cancer du sein (forme héréditaire de cancer du sein, présence de mutations génétiques, notamment BRCA1 et BRCA2.)*

Je vous remercie par avance pour votre aide.

En cas de question, vous pouvez me contacter par mail : celia.fourre@etu.univ-tours.fr

2- Annexe 2 : Lettre d'information aux patients et formulaire d'opposition

LETTRE D'INFORMATION DE LA RECHERCHE

Version n°1 du 04/09/2022

TITRE

Etude descriptive de l'occurrence d'un médecin traitant déclaré et de la réalisation de dépistages des cancers chez les patients qui entrent en hospitalisation en psychiatrie au CHU de Tours.

Coordonnateur de la recherche :

FOURRE Célia

Interne de médecine générale

CHU Tours, psychiatrie

celia.fourre@etu.univ-tours.fr

Madame, Monsieur,

Vous avez été invité(e) à participer à une recherche intitulée *Etude descriptive de l'occurrence d'un médecin traitant déclaré et de la réalisation de dépistages des cancers chez les patients qui entrent en hospitalisation en psychiatrie au CHU de Tours.*

Cette recherche entre dans le cadre de ma thèse d'exercice de Médecine Générale dont l'objectif est d'évaluer la participation aux dépistages de cancer et ainsi tenter d'améliorer les dépistages et plus globalement les actions de médecine préventives lors de l'hospitalisation en psychiatrie.

Cette recherche ne comporte aucun risque ni contrainte pour vous. Cette étude entre dans le cadre d'une recherche n'impliquant pas la personne humaine, du fait de la réutilisation de données collectées dans le cadre du soin et du suivi clinique. Le fait de participer à cette recherche ne changera donc pas votre prise en charge. Néanmoins, en l'absence d'opposition, un traitement de vos données de santé pourra être mis en œuvre.

Prenez le temps de lire les informations contenues dans ce document et de poser toutes les questions qui vous sembleront utiles à sa bonne compréhension. Vous pouvez prendre le temps nécessaire pour décider si vous souhaitez vous opposer à ce que les données qui vous concernent soient utilisées dans le cadre de cette recherche.

QUE SE PASSERA-T-IL SI JE PARTICIPE À LA RECHERCHE ?

Si vous ne vous opposez pas à participer à cette recherche, les données vous concernant seront recueillies et traitées afin de répondre à l'objectif suivant : évaluer l'occurrence d'un médecin traitant déclaré et la

réalisation de dépistages des cancers chez les patients qui entrent en hospitalisation en psychiatrie au CHU de Tours.

Vos données seront conservées jusqu'à deux ans après la dernière publication des résultats de la recherche. Pour obtenir les publications ou les résultats globaux de la recherche, vous pouvez contacter le coordonnateur de cette recherche.

EST-CE QUE JE PEUX RENONCER A MA PARTICIPATION ?

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes donc libre de changer d'avis à tout moment et de vous opposer, sans avoir à vous justifier, au traitement de vos données dans le cadre de cette recherche. Votre décision n'aura aucune conséquence sur votre prise en charge.

Dans ce cas, vous devrez avertir le coordonnateur de cette recherche.

EST-CE QUE MA PARTICIPATION RESTERA CONFIDENTIELLE ?

Un fichier informatique comportant vos données va être constitué. **Toutes ces informations seront traitées et analysées de manière confidentielle.** Vos noms et prénoms ne figureront pas dans ce fichier. Seuls les professionnels de santé, personnellement en charge du suivi, auront connaissance de ces données.

Conformément aux dispositions du Règlement (UE) 2016/679 (Loi RGPD), vous disposez à tout moment d'un droit d'accès, de rectification des données. En application des dispositions de l'article L1111-7 du code de la santé publique, vous pouvez accéder directement ou par l'intermédiaire du médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales. Vous disposez également d'un droit de limitation ou d'opposition au traitement des données. En revanche, s'agissant d'un traitement de données nécessaire à des fins de recherche scientifique (article 17.3.d du Règlement (EU) 2016/679), le droit à l'effacement des données ne pourra pas s'appliquer.

Ces droits peuvent s'exercer auprès du coordonnateur de cette recherche.

En cas de difficulté pour l'exercice de vos droits, vous avez la possibilité de saisir le délégué à la protection des données de l'établissement (dpo@chu-tours.fr) ou la Commission nationale Informatique et Libertés (CNIL), autorité de protection des données personnelles (<https://www.cnil.fr>).

QUI A APPROUVÉ LA RECHERCHE ?

En application de la loi Informatique et Libertés, le traitement de vos données sera enregistré au registre interne des traitements du CHRU de Tours

QUI POURRAI-JE CONTACTER SI J'AI DES QUESTIONS ?

Le coordonnateur de cette recherche est à votre disposition pour vous fournir toutes informations complémentaires.

FORMULAIRE D'OPPOSITION

A L'UTILISATION DES DONNEES DE SANTE POUR LA RECHERCHE

Version n°1 du 04/09/2022

TITRE

Etude descriptive de l'occurrence d'un médecin traitant déclaré et de la réalisation de dépistages des cancers chez les patients qui entrent en hospitalisation en psychiatrie au CHU de Tours.

Coordonnateur de la recherche :

FOURRE Célia

Interne de médecine générale

CHU Tours, psychiatrie

celia.fourre@etu.univ-tours.fr

A compléter par la personne qui se prête à la recherche uniquement en cas d'opposition

Coordonnées de la personne se prêtant à la recherche :

Nom :

Prénom :

Je m'oppose à l'utilisation de mes données de santé dans le cadre de cette recherche.

Le cas échéant, je m'oppose à l'utilisation de toutes les données recueillies antérieurement.

Vous pouvez à tout moment revenir sur votre décision, il vous suffit de prévenir le coordonnateur de cette recherche.

Date : ___ / ___ / _____

Signature :

Après avoir complété ce document, merci de le remettre au coordonnateur de la recherche ou par mail, au DPO.

3- Annexe 3 : Lettre d'information pour les représentants légaux et formulaire d'opposition

LETTRE D'INFORMATION DE LA RECHERCHE

Version n°1 du 04/09/2022

TITRE

Etude descriptive de l'occurrence d'un médecin traitant déclaré et de la réalisation de dépistages des cancers chez les patients qui entrent en hospitalisation en psychiatrie au CHU de Tours.

Coordonnateur de la recherche :

FOURRE Célia

Interne de médecine générale

CHU Tours, psychiatrie

celia.fourre@etu.univ-tours.fr

Madame, Monsieur,

Un(e) patient(e) dont vous êtes le représentant légal a été invité(e) à participer à une recherche intitulée **Etude descriptive de l'occurrence d'un médecin traitant déclaré et de la réalisation de dépistages des cancers chez les patients qui entrent en hospitalisation en psychiatrie au CHU de Tours.**

Cette recherche entre dans le cadre de ma thèse d'exercice de Médecine Générale dont l'objectif est d'évaluer la participation aux dépistages de cancer et ainsi tenter d'améliorer les dépistages et plus globalement les actions de médecine préventives lors de l'hospitalisation en psychiatrie.

Cette recherche ne comporte aucun risque ni contrainte pour les patients. Cette étude entre dans le cadre d'une recherche n'impliquant pas la personne humaine, du fait de la réutilisation de données collectées dans le cadre du soin et du suivi clinique. Le fait de participer à cette recherche ne changera donc pas la prise en charge. Néanmoins, en l'absence d'opposition, un traitement des données de santé du (de la) patient(e) pourra être mis en œuvre.

Prenez le temps de lire les informations contenues dans ce document et de poser toutes les questions qui vous sembleront utiles à sa bonne compréhension. Vous pouvez prendre le temps nécessaire pour décider si vous souhaitez vous opposer à ce que les données qui concernent la personne que vous représentez soient utilisées dans le cadre de cette recherche.

QUE SE PASSERA-T-IL SI LA PERSONNE PARTICIPE À LA RECHERCHE ?

Si vous ne vous opposez pas à la participation à cette recherche, les données concernant la personne que vous représentez seront recueillies et traitées afin de répondre à l'objectif suivant : évaluer l'occurrence d'un médecin traitant déclaré et la réalisation de dépistages des cancers chez les patients qui entrent en hospitalisation en psychiatrie au CHU de Tours.

Les données seront conservées jusqu'à deux ans après la dernière publication des résultats de la recherche. Pour obtenir les publications ou les résultats globaux de la recherche, vous pouvez contacter le coordonnateur de cette recherche.

EST-CE QUE JE PEUX RENONCER A LA PARTICIPATION DE LA PERSONNE QUE JE REPRESENTE ?

La participation est entièrement volontaire. Vous êtes donc libre de changer d'avis à tout moment et de vous opposer, sans avoir à vous justifier, au traitement des données de la personne représentée dans le cadre de cette recherche. Votre décision n'aura aucune conséquence sur la prise en charge.

Dans ce cas, vous devrez avertir le coordonnateur de cette recherche.

EST-CE QUE LA PARTICIPATION DE LA PERSONNE QUE JE REPRESENTE RESTERA CONFIDENTIELLE ?

Un fichier informatique comportant ses données va être constitué. **Toutes ces informations seront traitées et analysées de manière confidentielle.** Ses noms et prénoms ne figureront pas dans ce fichier. Seuls les professionnels de santé, personnellement en charge du suivi, auront connaissance de ces données.

Conformément aux dispositions du Règlement (UE) 2016/679 (Loi RGPD), vous disposez à tout moment d'un droit d'accès, de rectification des données. En application des dispositions de l'article L1111-7 du code de la santé publique, vous pouvez accéder directement ou par l'intermédiaire du médecin de votre choix à l'ensemble des données médicales. Vous disposez également d'un droit de limitation ou d'opposition au traitement des données. En revanche, s'agissant d'un traitement de données nécessaire à des fins de recherche scientifique (article 17.3.d du Règlement (EU) 2016/679), le droit à l'effacement des données ne pourra pas s'appliquer.

Ces droits peuvent s'exercer auprès du coordonnateur de cette recherche.

En cas de difficulté pour l'exercice de vos droits, vous avez la possibilité de saisir le délégué à la protection des données de l'établissement (dpo@chu-tours.fr) ou la Commission nationale Informatique et Libertés (CNIL), autorité de protection des données personnelles (<https://www.cnil.fr>).

QUI A APPROUVÉ LA RECHERCHE ?

En application de la loi Informatique et Libertés, le traitement de vos données sera enregistré au registre interne des traitements du CHRU de Tours

QUI POURRAI-JE CONTACTER SI J'AI DES QUESTIONS ?

Le coordonnateur de cette recherche est à votre disposition pour vous fournir toutes informations complémentaires.

FORMULAIRE D'OPPOSITION
A L'UTILISATION DES DONNEES DE SANTE POUR LA RECHERCHE
Version n°1 du 04/09/2022

TITRE

Etude descriptive de l'occurrence d'un médecin traitant déclaré et de la réalisation de dépistages des cancers chez les patients qui entrent en hospitalisation en psychiatrie au CHU de Tours.

Coordonnateur de la recherche :

FOURRE Célia
Interne de médecine générale
CHU Tours, psychiatrie
celia.fourre@etu.univ-tours.fr

A compléter par le représentant légal de la personne qui se prête à la recherche uniquement en cas d'opposition

Coordonnées de la personne se prêtant à la recherche :

Nom :

Prénom :

Je m'oppose à l'utilisation des données de santé de la personne que je représente dans le cadre de cette recherche.

Le cas échéant, je m'oppose à l'utilisation de toutes les données recueillies antérieurement.

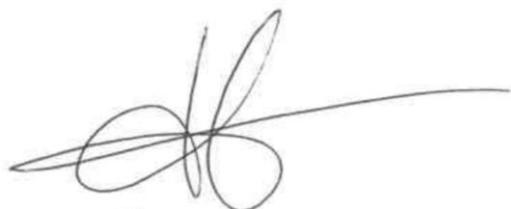
Vous pouvez à tout moment revenir sur votre décision, il vous suffit de prévenir le coordonnateur de cette recherche.

Date : ___ / ___ / _____

Signature :

Après avoir complété ce document, merci de le remettre au coordonnateur de la recherche ou par mail, au DPO.

Vu, la Directrice de Thèse

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke extending to the right.

Hélène HENIQUE

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de
Tours
Tours, le**

Célia Fourré

60 pages, 2 tableaux

Résumé

Introduction : Les patients atteints de troubles mentaux sévères présentent des taux de mortalité deux à trois fois supérieurs à la population générale. L'accent est généralement mis sur la recherche de facteurs de risque cardiovasculaire mais ces patients présentent également un risque accru de développer des cancers. Il s'agit d'une population particulièrement précarisée qui ne bénéficie pas d'un accès aux soins somatiques identique à celui de la population générale. Les objectifs principaux de notre étude sont de déterminer la proportion de patients avec des troubles psychiatriques ayant déclaré un médecin traitant et leur participation aux programmes de dépistage organisé des cancers du sein, colorectal et du col de l'utérus. Les objectifs secondaires sont d'identifier l'existence de profils de patients qui n'ont pas de médecin traitant et ne participent pas aux dépistages des cancers.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude quantitative, descriptive, rétrospective, monocentrique réalisée à l'aide d'un questionnaire oral et des données du dossier médical des patients. La population étudiée correspond aux patients âgés de plus de 18 ans entrés en hospitalisation en psychiatrie au CHRU de Tours entre novembre 2022 et avril 2023.

Résultats : Parmi les 136 patients inclus, 82% ont déclaré avoir un médecin traitant. Aucune différence n'a été mise en évidence en fonction de la pathologie psychiatrique. Concernant la participation aux programmes de dépistage des cancers, parmi les patients éligibles, 36% étaient à jour pour le cancer du sein, 13% pour le cancer colorectal et 40% pour le cancer du col de l'utérus. Il n'y avait pas d'association significative entre l'identification d'un médecin traitant et la participation aux dépistages de cancer.

Conclusion : Les patients souffrant de troubles psychiatriques n'ont pas tous accès aux soins somatiques et ont des taux de participation aux dépistages des cancers inférieurs à ceux de la population générale. Améliorer la collaboration entre médecins généralistes et psychiatres pourrait permettre de réduire les disparités de prise en charge observées chez les patients qui présentent des troubles psychiatriques sévères.

Mots clés : troubles psychiatriques sévères, médecin traitant, soins somatiques, dépistage organisé des cancers, cancer du sein, cancer colorectal, cancer du col de l'utérus, inégalités de santé

Jury :

Président du Jury : Professeur Vincent CAMUS
Membres du Jury : Docteur Somany SENGCHANH
Docteur Boris SAMKO
Directrice de thèse : Docteur Hélène HENIQUE