UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2018

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

Statut du dépistage organisé des cancers dans une population présentant des « troubles psychiques graves »

Présentée et soutenue publiquement le 12 avril 2018 à 16 heures
Au Pôle Formation

Par Charles BILLAU

JURY
Président :
Monsieur le Professeur THOMAS Pierre
Assesseurs :
Monsieur le Professeur DUHAMEL Alain
Monsieur le Professeur DELEPLANQUE Denis
Directeur de Thèse :
Monsieur le Docteur DEFROMONT Laurent

Travail du Service de psychiatrie secteur 59G21

Avertissement

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

Liste des abréviations

ADCN	Association pour le dépistage des cancers
ALD	Affection de longue durée
CCR	Cancer colorectal
CMP	Centre médico-psychologique
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CNQS	Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie
CPP IDF5	Comité de protection des personnes île de France 5
CIM-10	Classification internationale des maladies
EGF	Evaluation Globale du Fonctionnement
EPSM	Etablissement public de santé mentale
F2RSM	Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France
HAS	Haute autorité de santé
TPG	Troubles psychiques graves

Table des matières

Résumé **1**

Introduction **2**

Matériels et méthodes **7**

I- Population 7

A. Critères d'inclusion 7

B. Critères d'exclusion 7

C. Secteur géographique 7

II- Déroulement de l'étude 8

A. Méthodologie de l'étude 8

B. Mesures prises pour réduire les biais 9

C. Déroulement pour un patient 9

III- Questionnaire 10

A. Critère de jugement principal 10

B. Critères de jugement secondaires 11

IV- Aspects éthiques 12

A. Note d'information 12

B. Anonymat 12

C. Comité de protection des personne (CPP) 12

V- Analyse statistique 13

A. Hypothèse de recherche 13

B. Nombre de sujets à inclure 13

C. Méthode d'analyse 13

Résultats 15

I- Taux de réponse 15

II- Caractéristiques de la population.....17

A. Démographie : âge et sexe.....17

B. Statut familial et situation professionnelle.....18

C. Suivi somatique et psychiatrique 18

III- Participation aux dépistages organisés.....21

A. Dépistage organisé du cancer du sein.....21

B. Dépistage organisé du cancer colorectal.....23

C. Comparaison aux données épidémiologiques disponibles 25

D. Comparaison aux données de la population générale.....26

IV- Freins au dépistage 28

Discussion 30

I- La participation.....30

II- Validité interne 36

III- Validité externe 39

IV- Points forts de l'étude, perspectives et leviers 41

Conclusion 43

Références bibliographiques 45

Annexes.....53

RESUME

Contexte : Dépister tôt pour mieux soigner, la médecine préventive en matière de cancer constitue un enjeu important de santé publique, tout particulièrement chez les patients fragiles suivis en psychiatrie. Alors que les résultats des dépistages organisés des cancers ont tendance à stagner dans la population générale, l'objectif de l'étude est d'évaluer la participation aux dépistages organisés des cancers du sein et du colon chez des patients présentant des troubles psychiques graves.

Méthode : Une enquête transversale quantitative 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, proposé par le professionnel référant, aux patients âgés de 50 à 74 ans présentant des troubles psychiques graves, diagnostiqués au sein d'un secteur psychiatrique de la banlieue sud-est de Lille, sur la période de novembre 2017 à fin janvier 2018.

Résultats : Le taux de participation au dépistage du cancer du sein par mammographie observé sur la population de l'étude est de 65,2% (n=58) statistiquement plus important que dans la population générale des 6 communes concernées 52,85% ($p<0,05$). Le taux de participation au dépistage du cancer colorectal par test immunologique observé sur la population de l'étude est de 34,4% (n=54) statistiquement plus important que dans la population générale 26,75% ($p<0,05$). Le fait d'avoir réalisé une mammographie était associé avec la réalisation du test immunologique de façon statistiquement significative ($p=0,02$). Concernant le suivi somatique, la totalité des patients interrogés (n=157) avaient un médecin traitant déclaré, 96,18% (n=151) l'ont consulté au cours des 6 derniers mois, ce qui est une recommandation de bonne pratique chez les patients atteints de pathologie mentale sévère.

Conclusion : Ces résultats encourageants ne doivent pas occulter que les taux restent largement inférieurs aux objectifs européens fixés respectivement à 70% et 45% d'autant que le nombre important de perdus de vue et le fonctionnement singulier du service rendent difficile l'extrapolation des résultats. Néanmoins la collaboration avec le médecin traitant semble avoir joué un rôle considérable. Les cancers du sein et du colon restent très meurtriers, des essais cliniques randomisés de qualité et d'envergure sont nécessaires en matière de dépistage.

INTRODUCTION

Le cancer du sein est le plus fréquent chez la femme avec près de 48 800 nouveaux cas estimés en France en 2012(1). Le cancer colorectal représente le troisième cancer le plus fréquent (2e chez la femme et 3e rang chez l'homme après le cancer du poumon et de la prostate), avec plus de 42 000 nouveaux cas estimés en 2012(1).

Dépister tôt pour mieux soigner, la détection précoce des cancers dans une population fragilisée avec surmortalité et surmorbidité importante constitue un enjeu important d'amélioration de la prise en charge globale des patients en psychiatrie.

Il y a un intérêt évident à une définition la plus précise possible des « troubles psychiques graves » (TPG) afin de prioriser et de cibler au mieux les actions de santé.

Il existe différentes façons de définir la maladie mentale sévère (13), la définition a évolué dans le temps mais semble relever d'éléments diagnostiques, de suivi ou durée de maladie et de dysfonctionnement psychique réalisant une approche tridimensionnelle (14).

Le critère diagnostique comprend au moins une des 12 catégories issues de la Classification internationale des maladies CIM-10 (15).

Le critère de durée prend en compte « une maladie de longue durée » ou « un traitement prolongé » de deux années ou plus (16).

La dysfonction psychique, ou présence d'un handicap définie par l'affectation modérée à sévère du fonctionnement personnel, du travail, social et familial, est mesurée par l'échelle d'évaluation globale du fonctionnement (EGF). Elle permet une mesure rapide, fiable, simple de la perturbation psychologique globale (17), (échelle numérique de 0 à 100 et inférieure à 50 si TPG) (2).

Il existe un taux de mortalité des patients présentant des « troubles psychiques graves » 2 à 3 fois plus important que dans la population générale (3) et une espérance de vie amputée de 13 à 30 années (3). Les troubles mentaux augmentent le risque de mort prématurée, naturelle ou non (4).

Les comorbidités somatiques sont variables selon les troubles psychiatriques (5) et peu de données sont disponibles concernant le cancer.

Il n'existe pas de lien évident entre la survenue de cancer et les maladies psychiatriques, mais les troubles mentaux prédisposent aux comportements à risque et aux découvertes tardives de pathologies cancéreuses.

L'étude de la mortalité chez les patients souffrant de troubles psychiatriques dans le Nord a été réalisée en 2011, chez les patients majeurs hospitalisés au moins une fois à EPSM Lille-Métropole entre le 1er janvier 2004 et le 31 décembre 2007. Sur les 5536 patients inclus, 663 patients sont décédés au 1er janvier 2011 parmi lesquels 57% de mort naturelle (22% par cancer, 19% de cause cardiovasculaire) (6).

Une étude française en 1993, cohorte prospective sur 11 ans, de patients schizophrènes montre un taux de mortalité 4 fois plus importante que dans la population générale. Le cancer étant la deuxième cause de décès la plus fréquente, cette étude démontre ainsi l'augmentation de la mortalité par cancer chez les patients schizophrènes, plus particulièrement du sein chez les femmes et du poumon chez les hommes atteints de schizophrénie (7).

Une étude publiée en 2007 au Royaume Uni met en évidence un risque accru de cancer colorectal chez les patients schizophrènes et particulièrement ceux sous traitement alors qu'il n'existe pas de différence concernant les patients bipolaires par rapport à la population générale (8).

L'étude d'une cohorte au Danemark de patients schizophrènes, hospitalisés entre 1969 et 1993, publiée en 1995 montre une réduction du risque du cancer colorectal chez les hommes et une augmentation du risque de cancer du sein devant être interprété avec prudence en raison de taux important de nulliparité (9). D'autres études mettent en évidence l'effet cancérigène de l'hyperprolactinémie pouvant être induite par les traitements antipsychotiques (10), mais aussi le manque de suivi gynécologique des patientes schizophrènes (11).

Le dépistage des cancers (sein et colorectal) en France a été instauré dans le cadre d'une politique de santé publique qui cherche à toucher le plus grand nombre de personnes possible, le but n'étant pas d'empêcher l'apparition de la maladie mais de détecter et traiter le plus tôt possible. Des structures de gestion départementales assurent alors l'organisation ainsi que la promotion des programmes de dépistage.

L'ADCN (association pour le dépistage des cancers) dans le Nord et Opaline dans le Pas de Calais.

Au niveau régional, les taux de participation de la population générale sont pour la campagne 9 de dépistage du cancer du sein, achevée en mars 2017, 50,5% de patientes dépistées et pour la campagne 7 de dépistage du cancer colorectal, achevée en juin 2017, 28.6% de tests réalisés (chiffres définitifs recueillis auprès de l'ADCN). On observe une stagnation depuis 2008 et ce taux reste inférieur à l'objectif européen minimal acceptable de 45% de participation fixé par l'assurance qualité pour que le programme soit coût-efficace, et loin derrière le taux souhaitable de 65% (12) (13) en ce qui concerne le dépistage du cancer colorectal (CCR). Pour le sein, le référentiel de l'ensemble des pays européens ayant mis en place un programme de dépistage organisé préconise un taux de participation de la population cible de plus de 70% (14). Le plan cancer 2009-2013 avait fixé comme objectif une participation à plus de 65% à l'échéance du plan (14).

Le but est d'améliorer la prise en charge somatique des patients souffrant de troubles psychiques graves notamment concernant le dépistage en favorisant l'adhésion aux différents dispositifs en place.

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer le taux de participation aux dépistages des cancers du sein et du colon dans une population présentant des troubles psychiques graves. L'objectif secondaire est de comprendre les freins aux dépistages et comparer les résultats obtenus aux données disponibles de la population générale.

MATERIELS ET METHODES

I- Population

A. Critères d'inclusion

La population a été sélectionnée sur des critères afin de recenser les personnes présentant des « troubles psychiques graves » selon des éléments diagnostiques : troubles psychotiques (F2) ou troubles bipolaires (F3) et d'âge : patient de 50 à 75 ans suivi en santé mentale dans le pôle des 6 communes (59G21). La tranche d'âge étudiée, 50 à 75 ans, correspond à l'éligibilité du dépistage à la fois du sein et du colon en France selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS).

B. Critères d'exclusion

Sont exclus les patients en incapacité de comprendre ou de répondre au questionnaire, évaluée par le personnel soignant ou référent.

C. Secteur géographique

La psychiatrie française est sectorisée, c'est à dire tournée vers une prise en charge ambulatoire, « hors les murs »(15), avec une répartition de l'offre de soins en santé mentale sur le territoire au sein de différentes structures. Les centres médico-psychologiques (CMP) sont les structures d'accueil, de coordination, du suivi diagnostique et thérapeutique lors de consultations. Ils sont en liens avec les équipes de secteur réalisant les visites à domicile et les unités d'hospitalisation.

Le pole de santé mentale 59G21 s'occupe de la population des personnes âgées de plus de 16 ans résidant dans 6 communes de la banlieue sud-est de Lille. Il s'agit de l'un des secteurs les plus peuplés de la région Nord-Pas-de-Calais avec 84193 habitants (65422 personnes de plus de 16ans). Le secteur géographique concerné correspond à Mons en Baroeul (59370), Ronchin (59790), Hellemmes (59260), Lesquin (59810), Faches Thumesnil (59155), Lezennes (59260). L'accueil des sujets se fait en consultation au sein des différentes structures, CMP et Clinique Jérôme Bosch (unité d'hospitalisation).

II- Déroulement de l'étude

A. Méthodologie de l'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive, observationnelle, transversale évaluant le nombre de patients dépistés dans une population présentant des troubles psychiques graves, mono centrique, sur le secteur géographique 59G21 regroupant 6 communes sur la période du 01 novembre 2017 au 31 janvier 2018.

Les patients sont interrogés au moyen d'un questionnaire anonyme par le référent (infirmier(ère), médecin psychiatre, psychologue ou éducateur) lors d'une unique consultation de suivi classique. Le questionnaire est proposé au patient, après recueil de son consentement, rempli et relu avec le professionnel concerné.

B. Mesures prises pour réduire les biais

Une formation est dispensée à l'ensemble des professionnels impliqués par l'investigateur concernant le questionnaire et sur le dépistage en général.

C. Déroulement pour un patient

1) La sélection :

En vue d'une éventuelle inclusion dans l'étude, les patients sont sélectionnés à partir d'une requête informatique effectuée en septembre 2017 par Mr Guillaume DEMAZIERE, technicien de l'information médicale au département d'information et de recherche médicales à l'établissement public de santé mentale (EPSM) Lille-Métropole, selon les critères d'âge et de code diagnostique au sein du secteur.

2) L'inclusion :

La liste des patients inclus est consultable et gérée par le pole, par l'intermédiaire du Dr DEFROMONT, chef de pôle, afin de mobiliser chaque professionnel impliqué, et de coordonner chaque référent par patient permettant le retour du questionnaire en évitant les doublons et les perdus de vue.

Le questionnaire et la note d'information sont alors délivrés aux patients par le professionnel référent (médecin psychiatre, psychologue ou infirmier). Pour chaque patient inclus, le référent doit vérifier les critères d'inclusion, s'assurer que le patient est en état de comprendre et de répondre au questionnaire, expliquer l'étude au patient, la note d'information, recueillir son consentement oral.

Ensuite il va compléter avec lui le questionnaire, anonyme et le consigner dans le dossier médical. Il effectue un retour à destination du médecin traitant sous la forme d'un courrier pré rempli en cas de patient non dépisté ou de patient à risque élevé (majoré) relevant d'une prise en charge spécialisée, car lui seul aura accès à son identité à ce moment de l'étude.

En l'absence de médecin traitant désigné, il consigne l'information dans le dossier médical en rappelant la nécessité d'un suivi somatique régulier, et un accompagnement sera proposé systématiquement pour trouver un médecin traitant pour la prise en charge.

Il est demandé aux professionnels impliqués de ne pas changer leurs habitudes de prise en charge des patients. Cette étude ne modifiant en aucun cas la relation avec le patient, ni les modalités du suivi, aucun examen ou acte particulier n'est demandé. L'étude se déroule sur une période de trois mois allant du 01 novembre 2017 au 31 janvier 2018.

III- Questionnaire

A. Critère de jugement principal

Le questionnaire concerne le critère de jugement principal à savoir la réalisation des différents tests de référence, immunologique pour le colon et mammographie pour le sein. Le statut « à jour » pour le dépistage signifie qu'il a été réalisé il y a moins de 2 ans et que le patient ne présente pas de facteurs de risque (ou d'exclusion au dépistage) imposant une prise en charge spécialisée.

B. Critères de jugement secondaires

L'objectif est d'évaluer et de mieux comprendre les freins au dépistage chez les patients présentant des troubles psychiques graves.

Tableau 1 : Variables, modalités et justifications

Variables	Modalités	Justifications
Age	Age en année	Description de l'échantillon
Sexe	Homme ou Femme	
Code diagnostique	Plusieurs réponses possibles	
Médecin traitant déclaré	Oui ou Non	Suivi somatique
Médecin traitant consulté au cours des 6 derniers mois	Oui ou Non	
Prise de sang réalisée au cours des 12 derniers mois	Oui ou Non	
Consommations	Plusieurs réponses possibles	
Activité professionnelle	Oui ou Non	Description de l'échantillon
Durée du suivi en psychiatrie	En mois	
Situation familiale	Plusieurs réponses possibles	
Coloscopie durant les 5 dernières années	Oui ou Non	Evaluer les facteurs d'exclusion au dépistage organisé du cancer du colon
Antécédents personnels de cancer, adénome ou maladies inflammatoires chroniques de l'intestin	Oui ou Non	
Antécédents familiaux au premier degré de cancer du colon	Oui ou Non et préciser l'âge	
Suivi par gastroentérologue	Oui ou Non	Suivi somatique
Antécédents personnels de cancer du sein	Oui ou Non	Evaluer les facteurs d'exclusion au dépistage organisé du cancer du sein
Antécédents personnels de radiothérapie	Oui ou Non	
Antécédents familiaux de cancer du sein	Oui ou Non et préciser l'âge, le lien de parenté et la branche familiale	
Antécédents familiaux de cancer du sein chez un homme	Oui ou Non	
Antécédents familiaux de cancer de l'ovaire avant 70 ans	Oui ou Non	
Mutation familiale	Oui ou Non	
Suivi par gynécologue	Oui ou Non	Suivi somatique
Evaluation qualitative des freins au dépistage par 12 questions	Oui ou Non	Evaluer les freins au dépistage

IV-Aspects éthiques

A. Note d'information

Une note d'information concernant la participation au travail de recherche dans le cadre d'une thèse de médecine générale est délivrée en préambule précisant la méthode, les bénéfices attendus, la possibilité d'être informé des résultats globaux, de poser des questions ou d'obtenir des explications du médecin responsable de l'étude et surtout la liberté de ne pas participer sans que cela n'ait de conséquence sur la qualité des soins qui seront prodigués. (Annexe1)

B. Anonymat

Afin d'assurer la confidentialité des données et pour préserver l'anonymat des sujets participant à l'étude, le choix a été de travailler avec des questionnaires anonymes et sans consultation des dossiers médicaux. En l'absence de données identifiantes, la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) n'a pas été sollicitée.

C. Comité de protection des personne (CPP)

Le CPP île de France 5 a été saisi, par courriel, d'une demande d'avis initial référencé CPP IDF5 : 17070 RIPH Cat 3, N° ID-RBC : 2017-A03660-53. Des modifications ont été apportées quant à la lettre d'information délivrée au patient en préambule à l'étude.

V- Analyse statistique

A. Hypothèse de recherche

Le taux de participation au dépistage correspond à la moitié de l'objectif européen de dépistage (70% pour le sein et 45% pour le colon) soit 35% pour le sein et 22.5% pour le colon. La participation de la population générale sur le secteur étant en juin 2017 de 30% pour le colon et de 50% en mars 2017 pour le sein.

B. Nombre de sujets à inclure

La recherche d'une différence entre les deux groupes, le nombre de sujets est calculé pour garantir à l'étude une puissance donnée (1 - risque Beta) qui permette de tirer une conclusion valide ; ce nombre se calcule en fonction des risques Alpha (5 %) et Beta (10%, ce qui garantit une puissance de 90 %) soit 87 femmes et 67 hommes seront nécessaires pour notre étude (taux de dépistage sein 35%, colon 22,5%, risque α de 5% et précision de 10%).

C. Méthode d'analyse

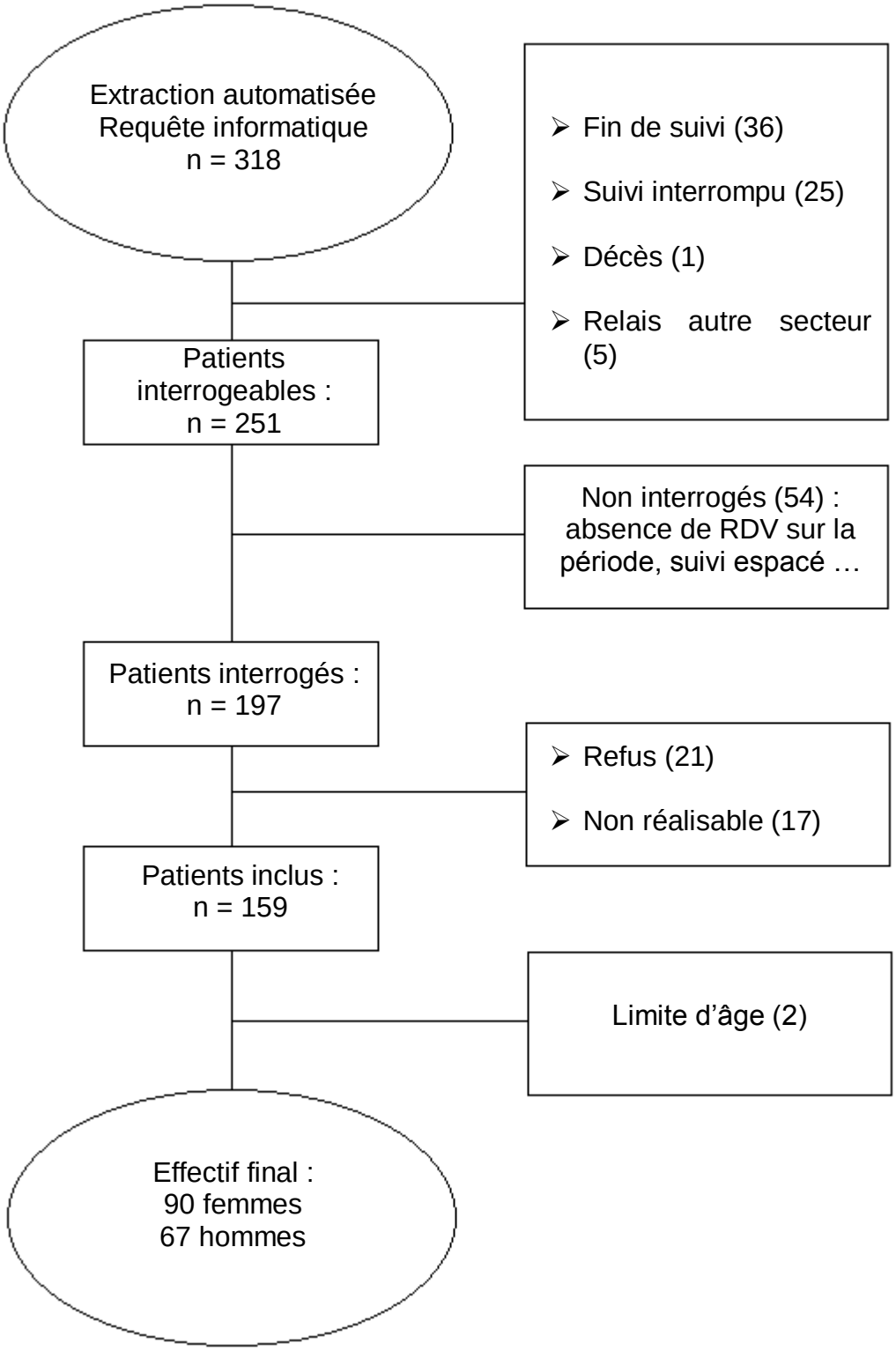
Les taux de dépistage des femmes et des hommes répondant aux critères d'inclusion, ainsi que leurs intervalles de confiance seront calculés (à p=0,05).

Le test du khi2 sera employé pour tester les différences entre ces taux et ceux enregistrés en population générale résidant dans les 6 communes constituant le secteur de psychiatrie 59G21 par l'Association de dépistage des cancers dans le Nord (ADCN).

RESULTATS

I- Taux de réponse

Sur les 318 patients issus de la requête informatique en septembre 2017, 197 étaient encore suivis sur le secteur et vus en consultation sur la période du 01 novembre 2017 au 31 janvier 2018. Le questionnaire a été refusé pour 21 patients et non réalisable pour 17 patients. L'âge limite concernant le dépistage organisé fixé par l'HAS à 75 ans a été dépassé par 2 femmes.



<u>Figure 1</u> : Diagramme de flux de la population de l'étude

II- Caractéristiques de la population

A. Démographie : âge et sexe

Sur les 157 patients inclus, il existe 90 femmes (57,32%) et 67 hommes (43,68%), l'âge moyen est de 59,4 ans et l'âge médian 58 ans.

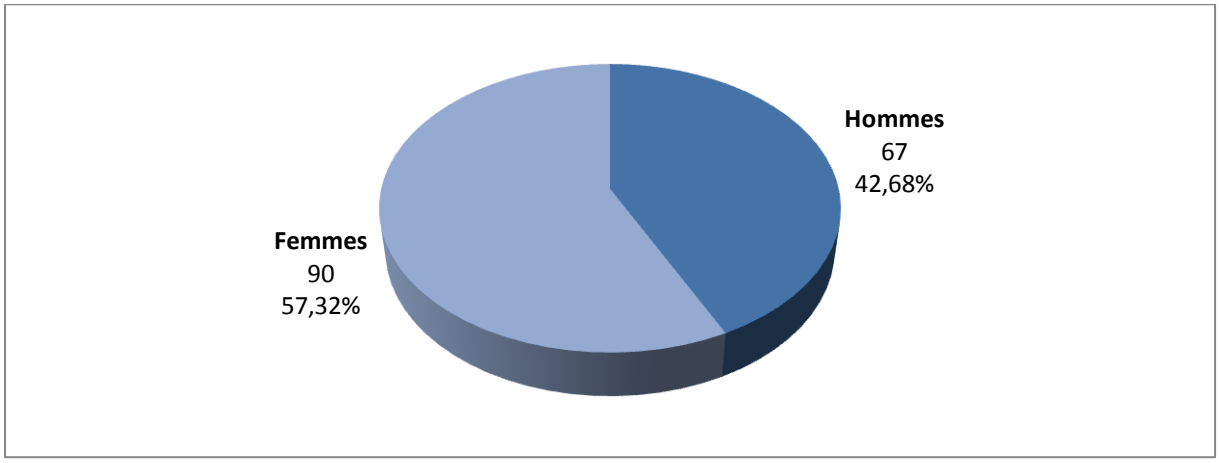


Figure 2 : Répartition de la population étudiée en fonction du sexe (n=157)

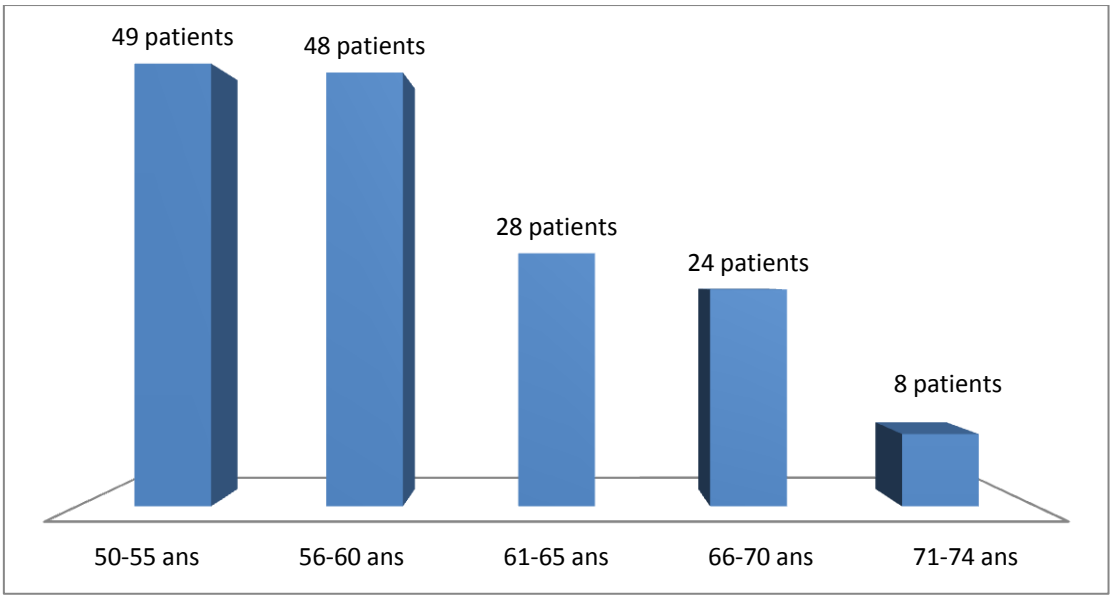


Figure 3 : Répartition de la population étudiée en fonction de l'âge (n=157)

B. Statut familial et situation professionnelle

1) Statut familial

Concernant la situation familiale, 33,76% (n=53) ont répondu être en couple et 62,58% (n=97) ont répondu être seuls, veufs ou séparés. De plus 5,19% (n=8) de l'effectif vit en institution ou en foyer et 10,26% déclarent avoir des enfants à charge.

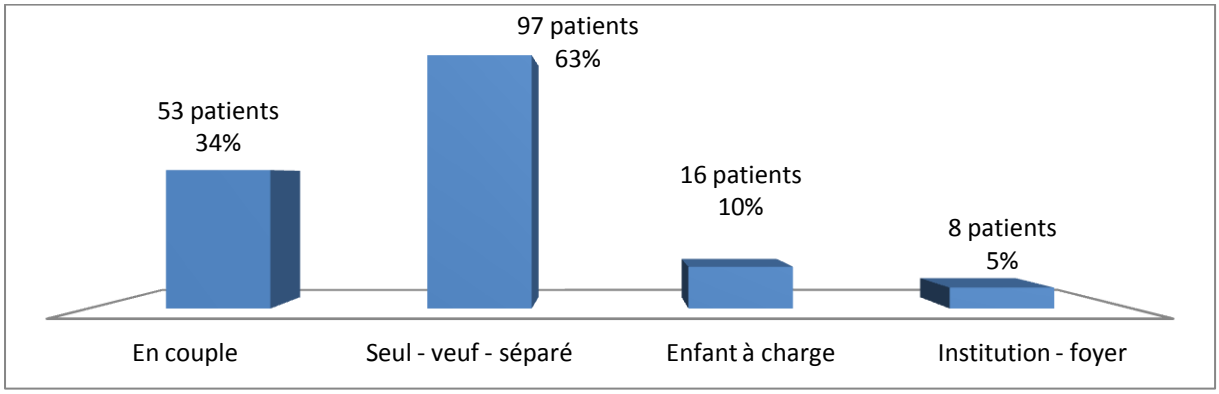


Figure 4 : Situation familiale de la population étudiée (n=157)

2) Situation professionnelle

Sur les 157 patients interrogés, 14,74% (n=23) déclarent avoir une activité professionnelle.

C. Suivi somatique et psychiatrique

1) Suivi généraliste et biologique

La déclaration d'un médecin traitant a été retrouvée pour la totalité des patients interrogés (n=157), ils l'ont consulté au cours des 6 derniers mois pour 96,18% (n=151) d'entre eux et effectué une prise de sang au cours des 12 derniers mois pour 90,45% (n=142).

2) Consommations

Les consommations déclarées et explorées par le questionnaire sont le tabac en usage quotidien pour 39,94% (n=58), l'alcool à usage quotidien pour 16.13% (n=25), le cannabis pour 3.87% (n=6) et les autres drogues non catégorisées pour 3.87% (n=6) des personnes interrogées.

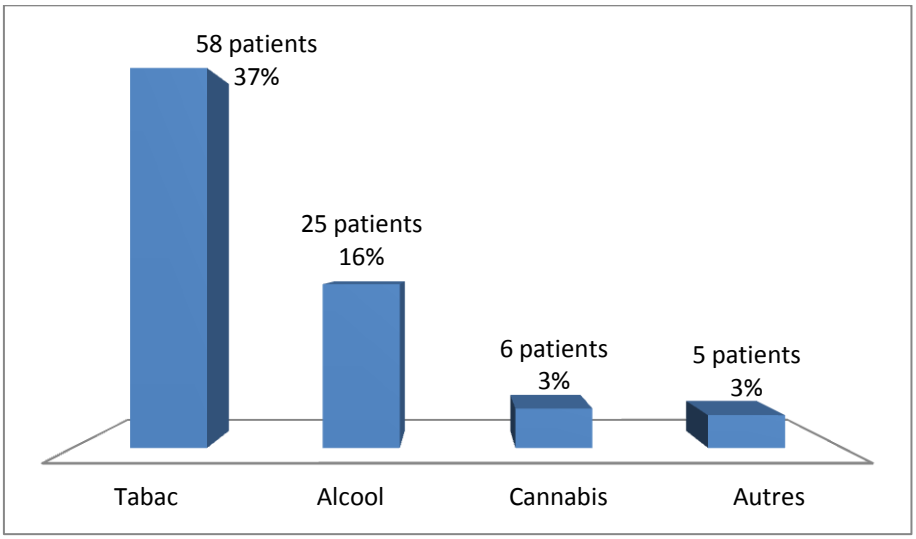
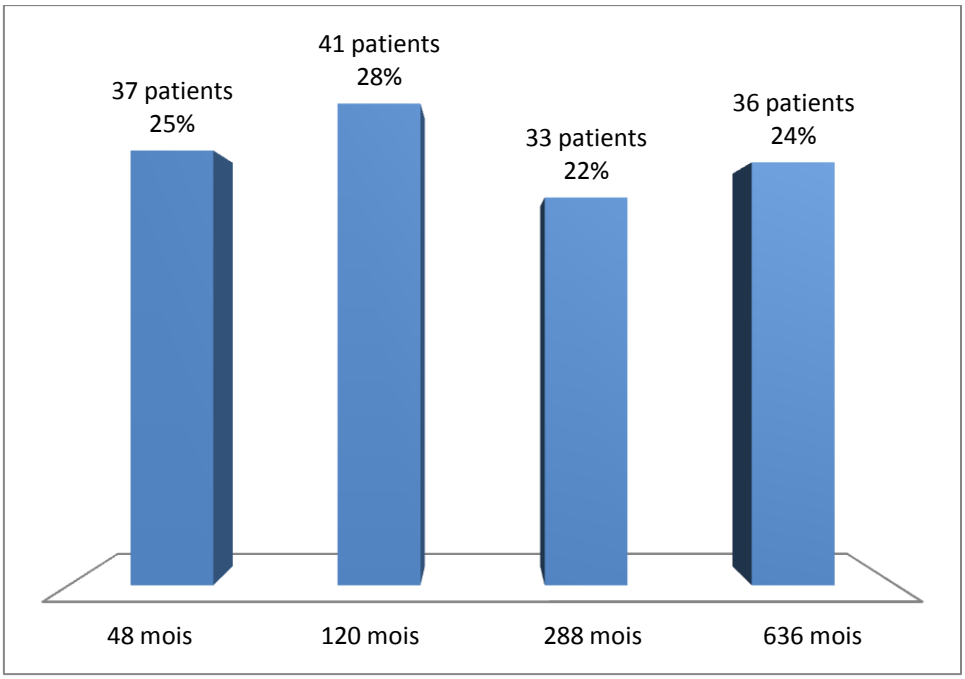


Figure 5 : Etat des lieux des consommations de la population étudiée (n=157)

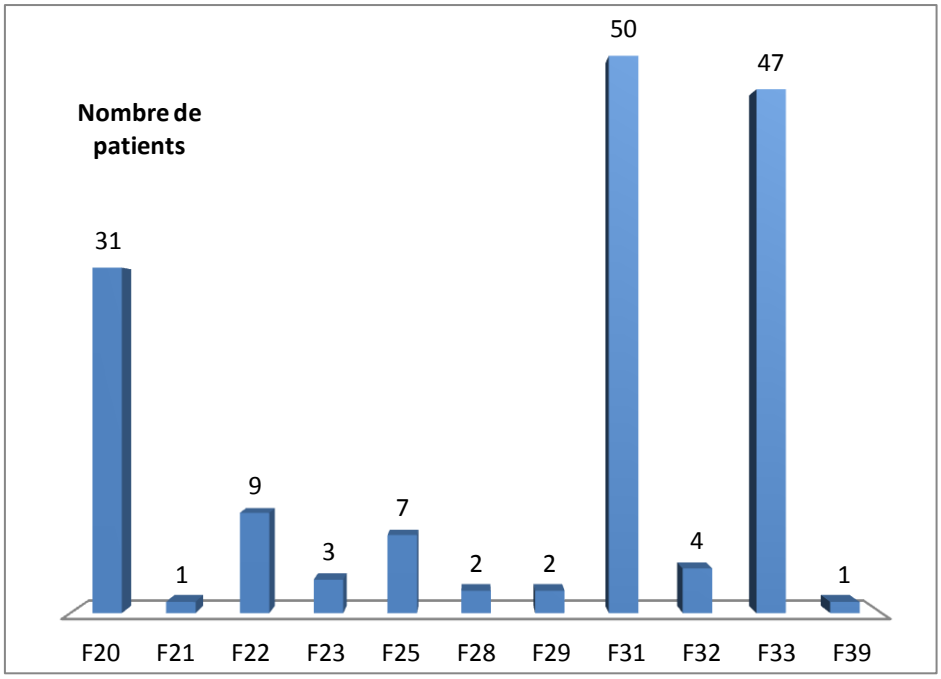
3) Suivi en psychiatrie et code diagnostique

Le suivi moyen en psychiatrie de l'échantillon est de 178 mois et le suivi médian de 120 mois soit 10 années.

Sur la population étudiée, 35,67% (n=56) des patients avaient un code [F20-F29] correspondant au diagnostic de Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants selon la CIM-10(16) et 64,33% (n=101) avaient un code [F30-F39] correspondant au diagnostic de Troubles de l'humeur (affectifs)(16)



<u>Figure 6</u>: Répartition de la population étudiée en fonction de la durée de prise en charge dans le service 59G21 (n=147)



<u>Figure 7</u> : Répartition de la population étudiée en fonction de la pathologie (n=157)

III- Participation aux dépistages organisés

A. Dépistage organisé du cancer du sein

Concernant les femmes âgées de 50 à 74 ans, interrogées sur la période du 1er novembre au 31 janvier, 82,22% (n=74) des patientes ont réalisé une mammographie, et le dépistage date de moins de 2 ans pour **65,17%** (n=58), c'est-à-dire « à jour ». A noter que le suivi gynécologique est réalisé pour 56,18% (n=50) des femmes.

Concernant les facteurs de risques élevés nécessitant la mise en place d'un dépistage individuel (figure 11), on a retrouvé 2 patientes ayant un antécédent personnel de cancer, 5 patientes ayant un antécédent de radiothérapie, 15 patientes avaient un antécédent familial de cancer du sein et avaient un antécédent familial de cancer de l'ovaire. Aucun cas de cancer du sein familial n'a été retrouvé chez un homme pour les personnes interrogées. Les facteurs de risque très élevés, à savoir les mutations génétiques BRCA1 et BRCA2, n'ont pas été retrouvés sur l'échantillon.

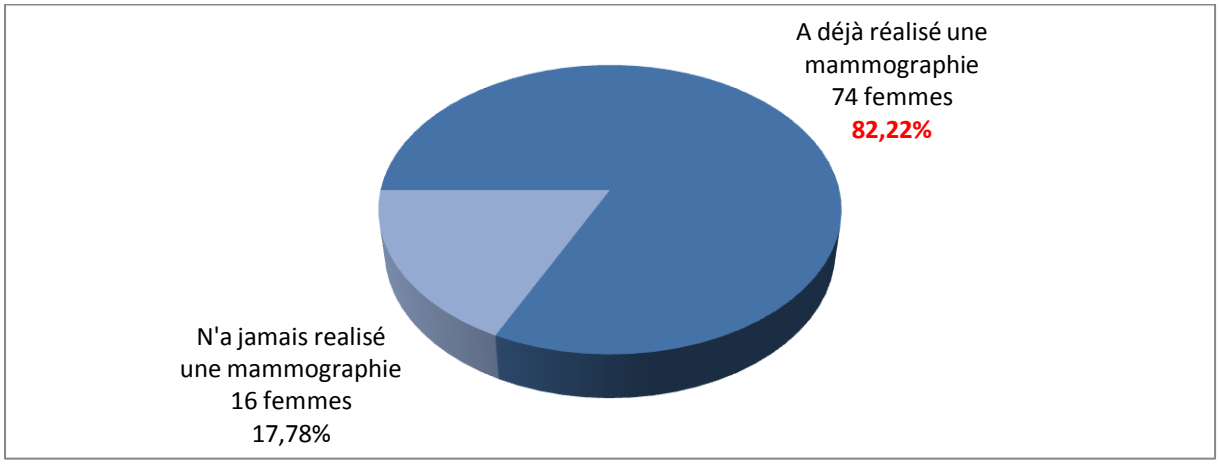
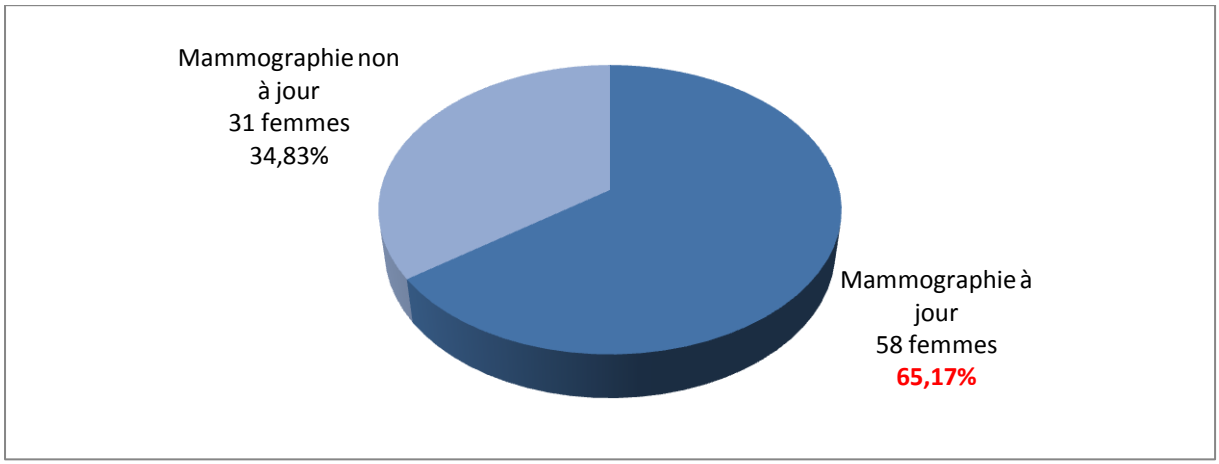
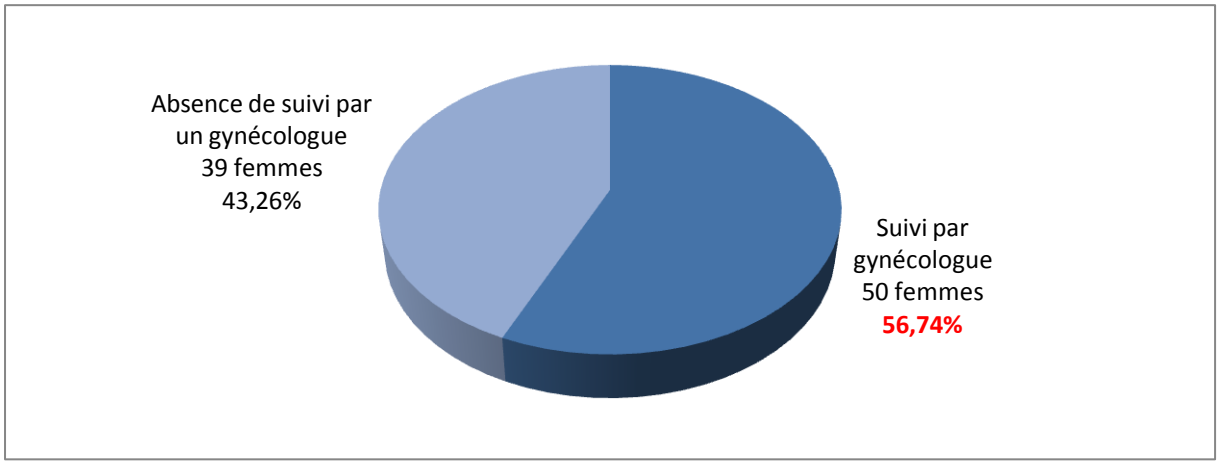


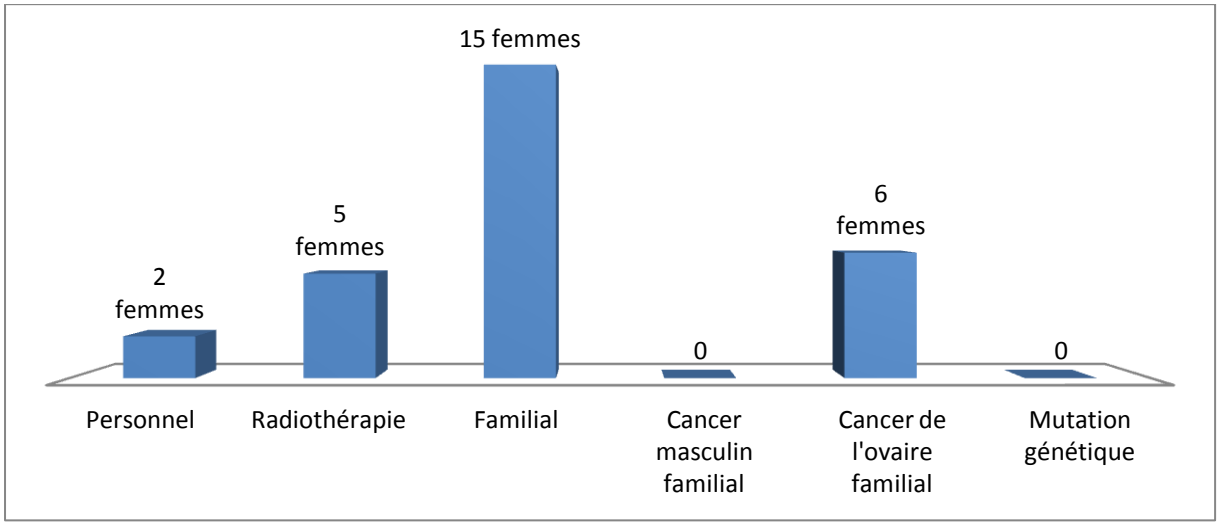
Figure 8 : Réalisation d'une mammographie pour les femmes dans la population étudiée (n=90)



<u>Figure 9</u> : Mammographie à jour pour les femmes dans la population étudiée (n=89)



<u>Figure 10</u> : Suivi par le gynécologue pour les femmes de la population étudiée (n=89)



<u>Figure 11</u> : Facteurs de risque élevés et très élevés du cancer du sein pour les femmes dans la population étudiée (n=90)

B. Dépistage organisé du cancer colorectal

Pour l'ensemble de la population interrogée sur la période du 1er novembre au 31 janvier, 43,95% (n=69) avaient déjà réalisé un test par prélèvement de selles, et **34,39%** (n=54) étaient « à jour » concernant le dépistage du cancer colorectal (CCR) par test immunologique, le dernier étant réalisé il y a moins de 2 ans. Le suivi par un gastroentérologue était effectif pour 3,38% (n=21) des patients.

Concernant les facteurs de risque excluant au dépistage organisé avec nécessité du suivi spécialisé (figure 15), 52 patients avaient effectué une coloscopie au cours des 5 dernières années, 6 patients ont déclaré des antécédents personnels et 11 patients des antécédents familiaux au premier degré.

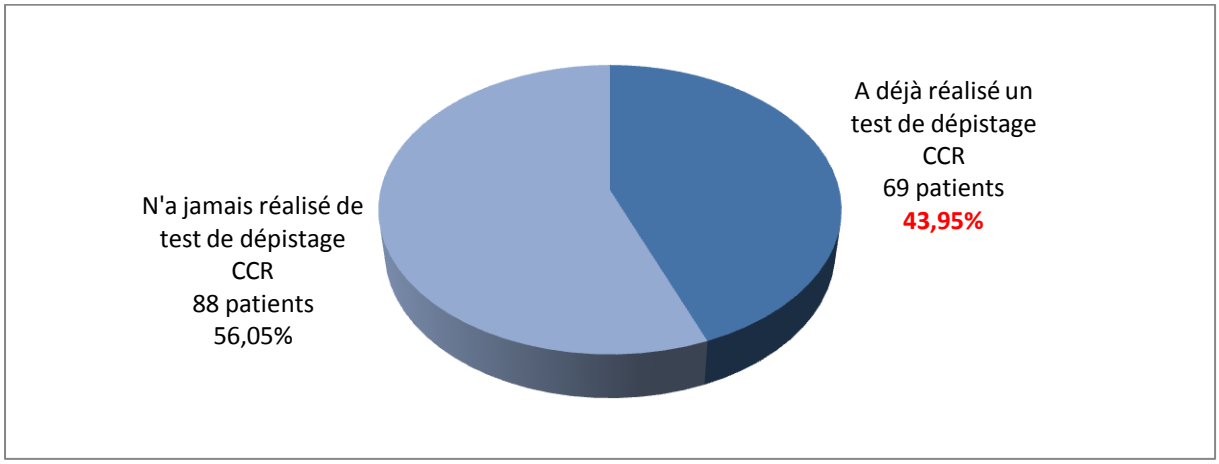
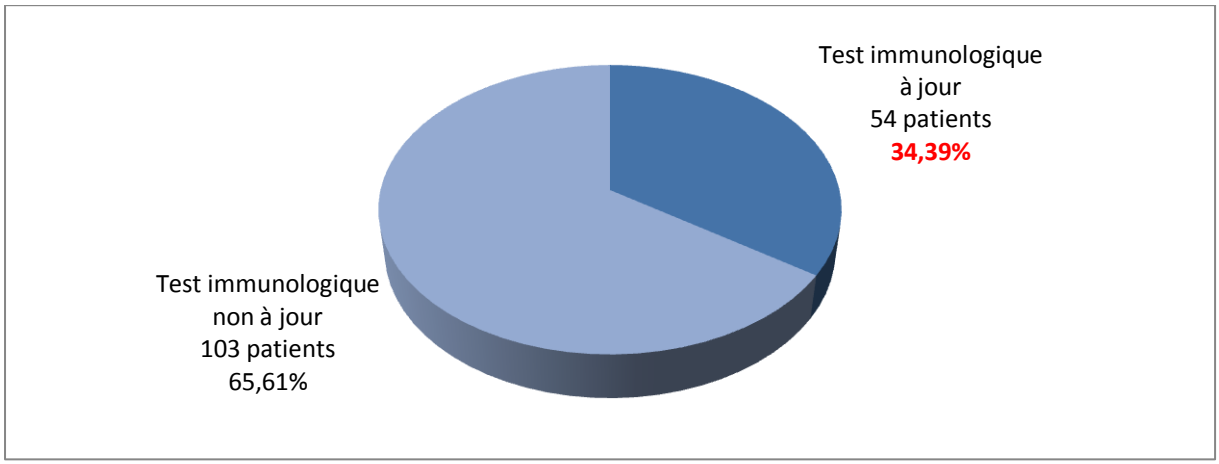
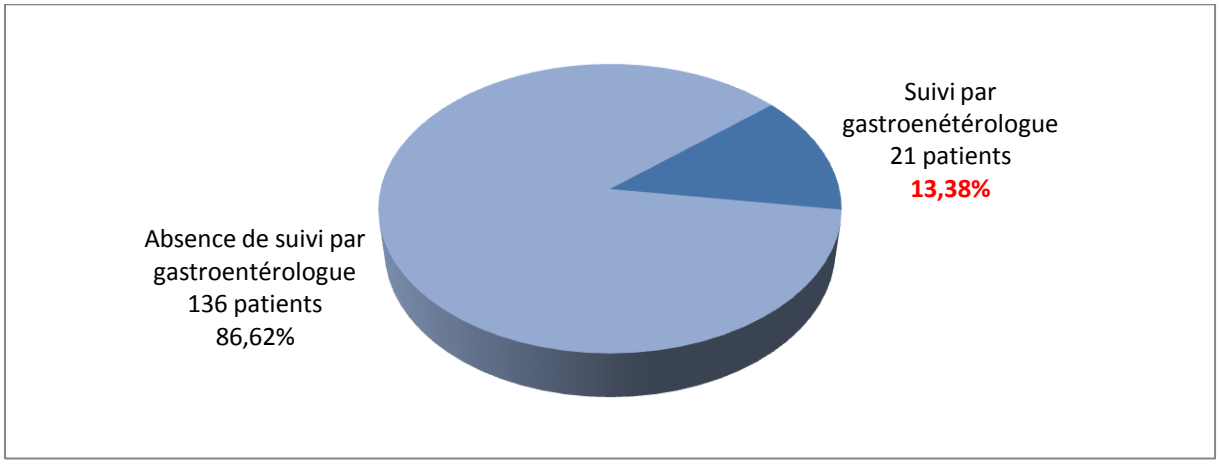


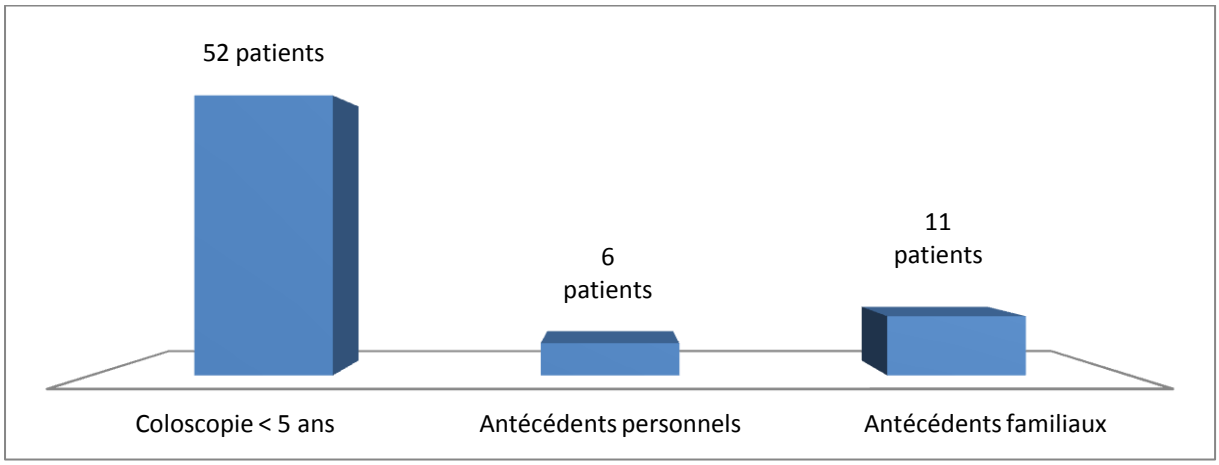
Figure 12 : Réalisation d'un test de dépistage du cancer colorectal dans la population étudiée (n=157)



<u>Figure 13</u> : Test immunologique à jour dans la population étudiée (n=157)



<u>Figure 14</u> : Suivi par le gastroentérologue ou coloscopie de la population étudiée (n=157)



<u>Figure 15</u> : Facteurs de risque du cancer du CCR sur la population étudiée (n=157)

C. Comparaison aux données épidémiologiques disponibles

Concernant les différentes données épidémiologiques relevées par le questionnaire, il n'a pas été mis en évidence d'associations statistiquement significatives (p>0,05) entre les taux de dépistages du cancer colorectal et du sein avec les valeurs démographiques (âge, sexe), statut familial, code diagnostique, activité professionnelle (test Khi-2). Le fait d'avoir réalisé une mammographie est associé avec la réalisation du test immunologique de façon statistiquement significative (p=0,02).

On retrouve également une influence de la consommation de tabac sur la réalisation de la mammographie sans pouvoir conclure a une association significative (p=0,07) (Tableau 1).

<u>Tableau 1</u> : Comparaisons de fréquences pour les patientes ayant réalisé une mammographie (n=90)

		Usage quotidien du tabac			
		Oui		**Non**	
Mammographie réalisée	**Oui**	20	71,4%	54	87,1%
	Non	8	28,6%	8	12,9%
Ensemble femme		28	100,0%	62	100,0%

Khi2=3,24 p=0,07 (NS)

		Test dépistage colorectal réalisé			
		Oui		**Non**	
Mammographie réalisée	**Oui**	36	92,3%	38	74,5%
	Non	3	7,7%	13	25,5%
Ensemble femme		39	100,0%	51	100,0%

Khi2=4,79 p=0,02

D. Comparaison aux données de la population générale

1) Cancer du sein

Les chiffres de participation transmis par l'ADCN étaient de 52,85% (n=6034) sur la campagne de dépistage allant de mars 2015 à mars 2017 sur le secteur correspondant aux 6 communes. Dans la population des femmes suivies sur le secteur 59G21 pour des troubles psychiques graves, le taux de participation au dépistage par mammographie est de 65,2% (n=58), résultat statistiquement plus important que dans la population générale des 6 communes couvertes par le 59G21.

Tableau 2 : Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein dans la population générale sur le secteur 59G21

Cancer du sein - Campagne 9 - (Mars 2015 - Mars 2017)

Commune	Population invitée	Population dépistée	Taux de participation
Faches-Thumesnil	2414	1274	***52,78%***
Lesquin	1044	607	***58,14%***
Lezennes	485	285	***58,76%***
Hellemmes	2298	1170	***50,91%***
Mons-en-Baroeul	2640	1333	***50,49%***
Ronchin	2536	1365	***53,82%***
SECTEUR 59G21	***11417***	***6034***	***52,85%***

Tableau 3 : Comparaison de fréquences de dépistage par mammographie chez les femmes entre la population étudiée (n=89) et la population générale des 6 communes du secteur 59G21

		Fréquence du dépistage			
		59G21		**Population générale**	
Mammographie réalisée	**Oui**	58	65,2%	6034	52,9%
	Non	31	34,8%	5383	47,2%
Ensemble femme		89	100,0%	11417	100,0%

Khi2=5,37 p=0,02

2) Cancer colorectal

Les chiffres de participation transmis par l'ADCN étaient de 26,75% (n=5694) sur la campagne de dépistage allant de juin 2015 à juin 2017 sur le secteur correspondant aux 6 communes. Dans la population suivie sur le secteur 59G21 pour des troubles psychiques graves, le taux de participation au dépistage du cancer colorectal par le test immunologique est de 34,4% (n=54), résultat statistiquement plus important que dans la population générale des 6 communes couvertes par le 59G21 (Tableau 6).

Tableau 4 : Taux de participation au dépistage organisé du CCR dans la population générale sur le secteur 59G21

Cancer du colon - Campagne 7 - (Juin 2015 - Juin 2017)

Commune	Population invitée	Population dépistée	Taux de participation
Faches-Thumesnil	4495	1212	***26,96%***
Lesquin	1996	632	***31,66%***
Lezennes	895	241	***26,93%***
Hellemmes	4281	1111	***25,95%***
Mons-en-Baroeul	4844	1269	***26,20%***
Ronchin	4777	1229	***25,73%***
SECTEUR 59G21	***21288***	***5694***	***26,75%***

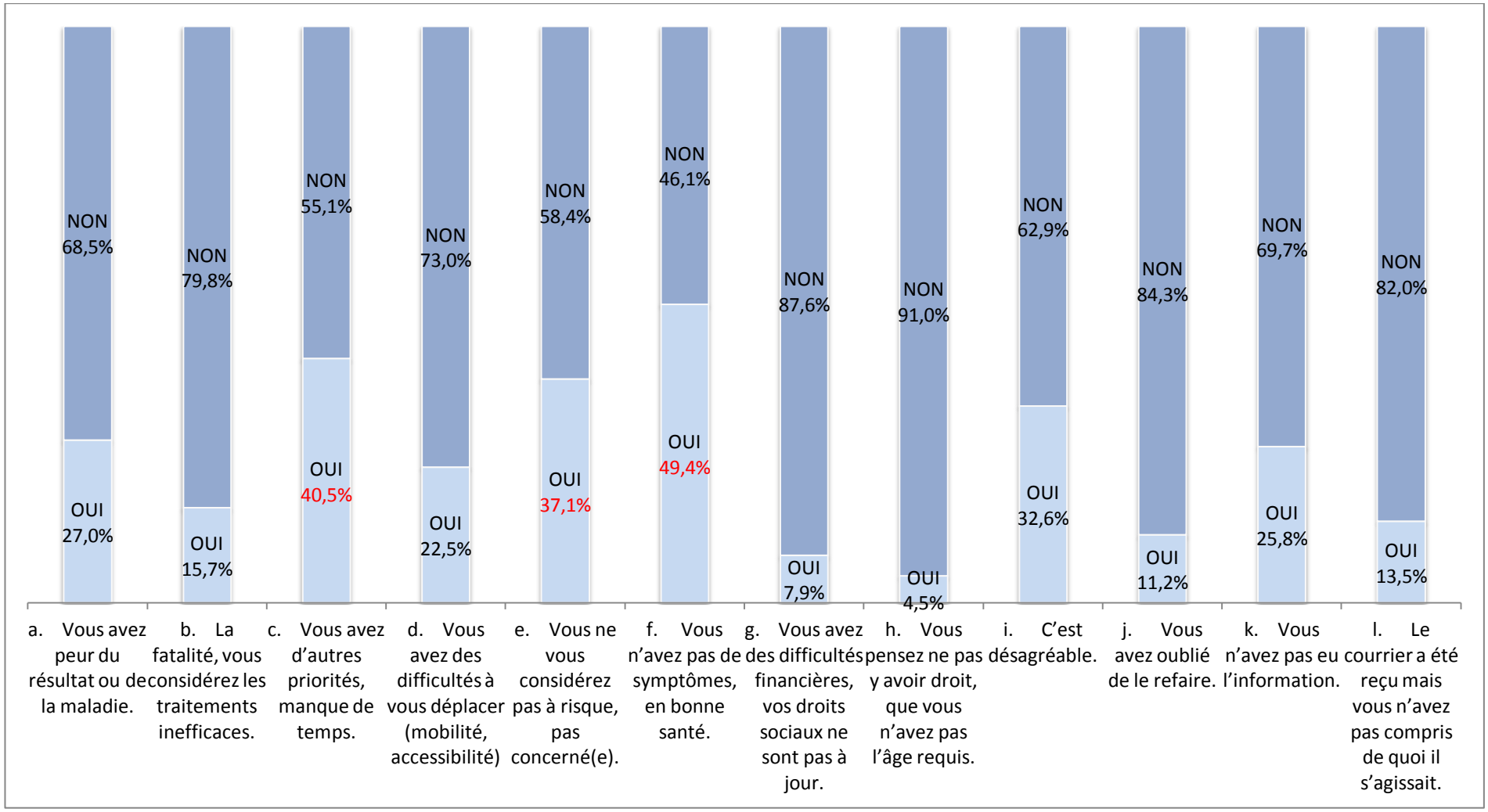
Tableau 5 : Comparaison de fréquences de dépistage du cancer colorectal entre la population étudiée (n=157) et la population générale des 6 communes du secteur 59G21

		Fréquence du dépistage			
		59G21		**Population générale**	
Test immunologique réalisé	**Oui**	103	65,6%	5694	26,8%
	Non	54	34,4%	15594	73,3%
Ensemble de la population		157	100,0%	21288	100,0%

Khi2=4,64 p=0,03

IV-Freins au dépistage

Les patients ont été interrogés sur une liste de motifs de non adhésion aux dispositifs en place, si la mammographie ou le test immunologique de dépistage n'avaient pas été réalisés. Les trois raisons les plus fréquemment évoquées ont été le fait de ne pas avoir de symptômes, d'être en bonne santé 49,4% (n=44), d'avoir d'autres priorités, le manque de temps 40,5% (n=36), et de ne pas se considérer à risque, ne pas être concerné(e) 37,1% (n=33) (Figure 16).



<u>Figure 16</u> : Les freins au dépistage organisé (n=89)

DISCUSSION

I- La participation

Au cours de cette étude réalisée sur une période de 3 mois, allant du 1e novembre 2017 au 31 janvier 2018, nous avons été étonnés de remarquer que les taux de participation aux dépistages mesurés dans la population suivie sur le secteur 59G21, souffrant de troubles psychiques graves, étaient plus importants que ceux de la population générale des 6 communes couvertes par ce même secteur.

Le taux de participation au dépistage du cancer du sein par mammographie observé sur la population de l'étude est de 65,2% (n=58). Il est statistiquement plus important que dans la population générale 52,85% ($p<0,05$). Les chiffres obtenus auprès de l'ADCN sont définitifs, issus de la campagne de dépistage n°9 allant de mars 2015 à mars 2017 sur le même secteur géographique.

De même, le taux de participation au dépistage du cancer colorectal par test immunologique observé sur la population de l'étude est de 34,4% (n=54). Il est statistiquement plus important que dans la population générale 26,75% ($p<0,05$). Les chiffres obtenus auprès de l'ADCN sont également définitifs, issus de la campagne de dépistage n°7 allant de juin 2015 à juin 2017 sur le même secteur géographique.

Les explications sont multiples, la première est avant tout le suivi somatique. En effet, 100% des patients interrogés soit la totalité (n=157) ont un médecin traitant déclaré, et 96,18% (n=151) ont eu une consultation au cours des 6 derniers mois, ce qui est une recommandation de bonne pratique chez les patients atteints de pathologie mentale sévère (17).

La déclaration d'un médecin traitant a été étudiée dans un travail de thèse de 2013, Université Paris-Est Créteil. Le taux de déclaration de médecin traitant parmi 100 patients hospitalisés en psychiatrie était alors de 79% (18). Il atteint dans la population générale 89,7% fin 2011 (19), selon la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), après la mise en place du parcours de soins coordonné (loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie) dont le généraliste devient un peu le « gatekeeper » à la britannique.

D'autres enquêtes sont néanmoins beaucoup moins optimistes, montrant que sur 143 patients ambulatoires de CMP parisien en 2008, seuls 33% avaient un médecin déclaré (20).

Le courrier est un élément essentiel dans la transmission écrite des informations médicales, et permet, selon le code de déontologie (21), le partage de données concernant un malade entre les différents médecins le prenant en charge afin d'assurer la continuité des soins. La communication entre les professionnels impliqués sur le secteur 59G21 et le médecin traitant est systématique.

Ces chiffres seraient le résultat d'une politique de service tournée vers l'ambulatoire.

Lors de la première rencontre, l'usager est incité à prendre contact avec un médecin traitant, incitation forcée par le fait que les psychiatres ne prescrivent pas. Aussi après chaque consultation le médecin traitant reçoit un courrier qui indique le traitement proposé. Le patient doit revoir son généraliste afin qu'il lui délivre l'ordonnance nécessaire à l'obtention de son traitement. Les prescriptions émanant du service sont réservées au cadre de l'urgence ou limitées dans le temps. Ainsi à la sortie d'une hospitalisation le traitement est délivré pour quelques jours, pour inciter le patient à reconsulter en soins primaires et par le courrier médical, informer son médecin traitant du suivi et d'éventuelles modifications thérapeutiques. Afin d'assurer la continuité des soins des accompagnements auprès du médecin traitant ou lors d'examens de santé sont organisés avec des infirmiers du service (22). Le travail en santé mentale consiste à aider les usagers à bénéficier des meilleurs soins (22).

Il existe donc un effort important dans l'articulation avec la médecine de ville, les soins somatiques et le généraliste avec un investissement important du service et des différents intervenants, ainsi qu'en temps de secrétariat et dans l'outil informatique.

La psychiatrie est une discipline médicale à part entière, rendant nécessaire la collaboration avec les médecins généralistes à travers l'amélioration de l'accès aux soins, le dépistage et l'accompagnement de pathologies chroniques (22).

Une recommandation de bonne pratique de 2011 (HAS et Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie CNQS) vise à favoriser l'échange entre médecins généralistes et psychiatres (23).

Echange tout particulièrement important lors d'une demande de première consultation puisqu'il va déterminer le devenir de la coopération autour du patient de ces deux professionnels (23) (24). La qualité des courriers échangés reflète la qualité de la collaboration (24).

Le but affiché étant de favoriser une coopération pérenne entre professionnels et promouvoir un échange de type collaboratif. Faire par exemple de ces échanges des éléments de formation à la Santé Mentale pour le médecin généraliste (23). Sur le secteur, c'est parfois le psychiatre qui informe le médecin traitant d'un suivi somatique notamment pour les patients sous neuroleptiques en encourageant le suivi métabolique (22). Une information de la non-venue des patients en consultation est envoyée pour les patients perdus de vue (22).

L'optimisation de l'action conjointe du médecin généraliste et des professionnels de la psychiatrie passerait par l'amélioration de la communication, de la formation et du soin en santé mentale (25).

En 2014, une charte de partenariat Médecine générale et Psychiatrie de secteur formalise la coordination entre médecins généralistes traitants et psychiatres de secteur autour de 8 points essentiels et facilement applicables (26).

L'intérêt, outre le suivi somatique, est de permettre le parcours de soins coordonné, la déclaration d'une affection de longue durée (ALD)(27) avec un protocole de soins afin de pouvoir bénéficier d'une prise en charge à 100% ou d'un meilleur remboursement.

Les chiffres de taux de dépistage par mammographie retrouvés dans la littérature sont en faveur d'une participation plus faible chez les femmes souffrant de troubles psychiques sévères, selon une étude américaine rétrospective de 1996 à 2001 (28). Une étude cas témoins anglaise sur 933 patientes psychiatriques et 44195 femmes âgées de 50 à 64 ans de trois quartiers de Londres, entre 1996 et 1998, a montré que les femmes ayant de graves problèmes de santé mentale, ayant nécessité plusieurs hospitalisations, sont moins susceptibles d'assister à un dépistage national.

Cependant dans l'ensemble, les patients psychiatriques étaient aussi susceptibles que le groupe de référence de se soumettre au dépistage (29).

Concernant le suivi sénologique, l'étude met en évidence un suivi réalisé par un gynécologue pour 56,18% (n=50) des femmes. En parallèle du dépistage organisé, la possibilité d'un dépistage individuel sur prescription médicale (médecin traitant, gynécologue) subsiste (14). Il se déroule en dehors de tout cadre contractuel et n'est pas soumis à un cahier des charges concernant la procédure à suivre ou les examens complémentaires à pratiquer (14). Enfin, il ne bénéficie pas d'un suivi centralisé des résultats (contrairement au dépistage organisé qui est soumis à des règles strictes d'application et d'évaluation) (14). Le recours au dépistage individuel augmente probablement artificiellement les effectifs car les spécialistes sont grands pourvoyeurs de mammographies prescrites en dehors du programme national de dépistage organisé. On estime de 10 à 15 % de femmes âgées de 50 à 74 ans se faisant dépister dans le cadre d'une démarche de détection individuelle (30). L'analyse des bases de données de l'Assurance maladie et Senolog (observatoire de

sénologie) a montré que le pourcentage de dépistage individuel était estimé à environ 10 % des mammographies en 2009 (14). On parle alors de dépistage individuel ou de démarche de détection individuelle (30).

Au sujet du cancer colorectal, le test de référence a été l'Hémocult® depuis 2009. L'année 2015 marque une véritable avancée dans le dépistage, avec un nouveau test plus simple d'utilisation et encore plus performant (31), pour susciter une meilleure acceptabilité par la population concernée. La Direction Générale de la Santé a, dans son arrêté du 23 septembre 2014, entériné le remplacement du test Hémoccult® II par un test immunologique (OC-Sensor®), plus sensible pour la détection des adénomes avancés et des cancers. Sa lecture par automate lui confère une meilleure fiabilité et reproductibilité (13).

Ce test immunologique propose une méthodologie qui a permis aux personnes négligentes ou indécises de participer grâce à une technique moins fastidieuse. Il est déployé sur le secteur progressivement depuis septembre 2015 et a dû contribuer à l'augmentation des taux de participation chez les patients suivis en psychiatrie. A ce sujet, l'institut national du cancer a crée un mode d'emploi en vidéo (32), c'est un support visuel efficace permettant d'expliquer de façon simple le principe et les modalités pratiques de ce dépistage pour faciliter l'adhésion qui reste encore très insuffisante.

L'un des freins retrouvé dans la population générale et par expérience, en dépit de la gratuité intrinsèque au dépistage organisé, est que nombre de patients étaient freinés par l'avance de frais qu'occasionne une consultation chez le généraliste.

Les patients présentant une ALD dans le cadre d'un trouble psychiatrique se procurent le test immunologique chez leur médecin dans le cadre d'un renouvellement mensuel pris en charge à 100%. Pour cette raison l'aspect financier n'a pas été mis en évidence dans les motifs de non adhésion dans notre étude (7,9% des personnes interrogées n=7).

L'âge moyen (59,4 ans) et l'âge médian (58 ans) de notre échantillon permet également d'expliquer les résultats obtenus sur la participation. En effet, de nombreuses données mettent en évidence un « essoufflement » de la mobilisation avec l'âge notamment concernant le dépistage par mammographie. L'échantillon jeune explique en partie une participation à la hausse chez les patients présentant des troubles psychiques graves. L'âge moyen de la population étudiée serait la conséquence du fait que ces patients présentent une espérance de vie moins importante, comme il est rappelé en introduction, amputée de 13 à 30 années (3).

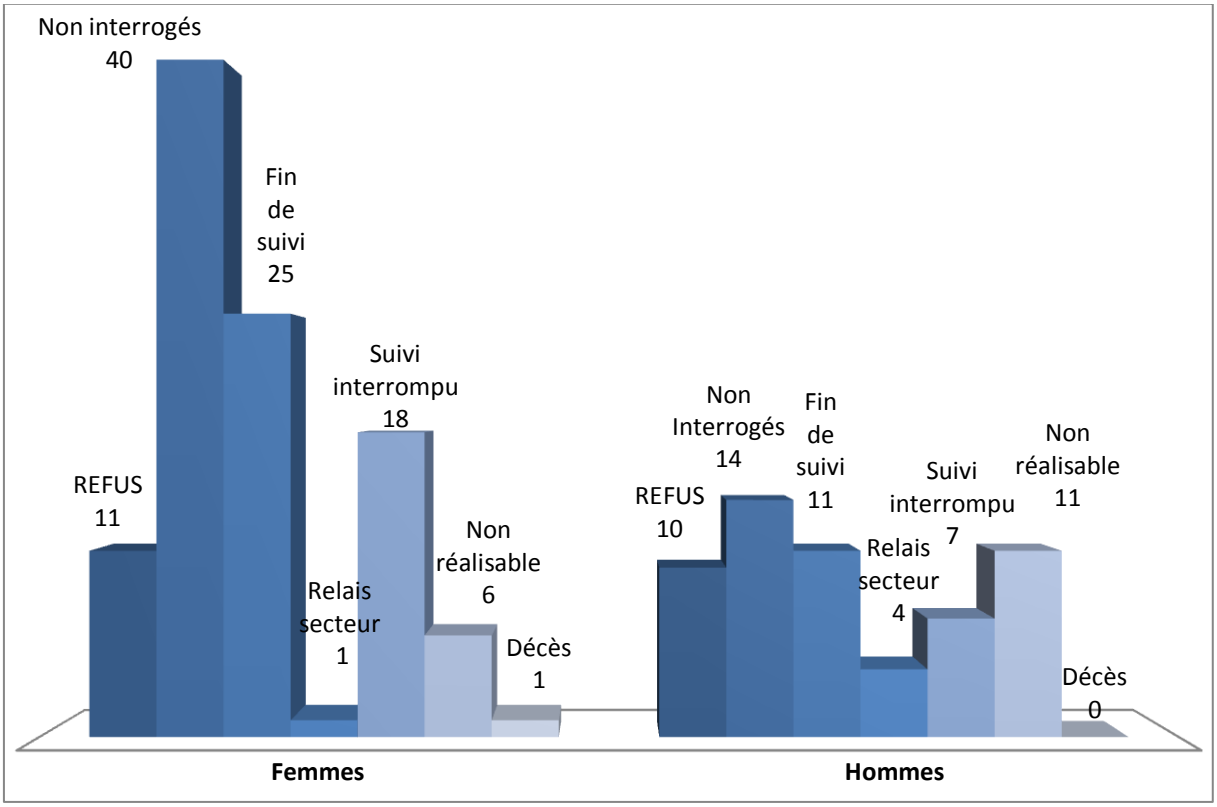
Pour terminer, il existe un effet région, l'agglomération lilloise et plus généralement les Hauts de France sont moins bien dépistés. Il existe de fortes disparités départementales et le Nord, par exemple, faisait partie, en 2011, des 21 départements en dessous de 50 % de participation pour le sein (14) et, en 2009, des 33 départements qui avaient des taux inférieurs à 30 % pour le colon (33).

II- Validité interne

Il y a tout d'abord la réalité statistique des résultats obtenus statistiquement significatifs ($p<0,05$) avec des effectifs suffisants pour conclure.

Cependant il existe des insuffisances notamment concernant les perdus de vue (n=159). Cette étude s'est déroulée sur une période courte de 3 mois. Il faut savoir que la tranche d'âge, 50 à 74 ans, concerne en majorité des patients stabilisés avec des rendez-vous espacés, semestriels voir annuels pour certains. Le choix a été fait de ne pas modifier la fréquence de ces rencontres pour les besoins de l'étude. Ce qui a entrainé 34% (n=54) de personnes non interrogées parmi les perdus de vue.

Concernant les refus, il est a noté un taux de refus de participation au questionnaire de 10 % correspondant au nombre de refus (n=21) sur la population invitée (n=197).



<u>Figure 17</u> : Répartition des perdus de vue en fonction du sexe (n=159)

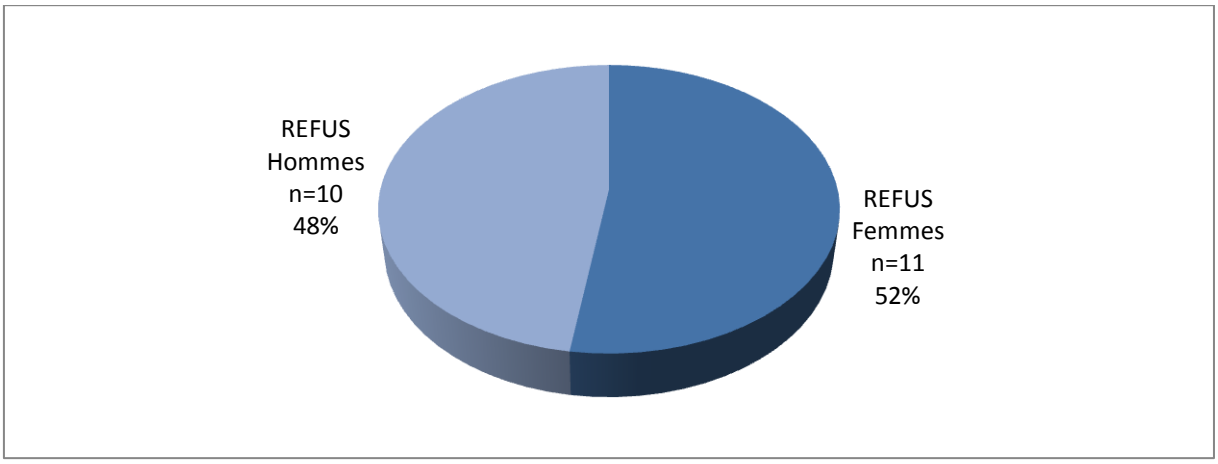


Figure 18 : Analyse des refus de réponse au questionnaire (n=21)

Si, dans la majorité des cas, le médecin généraliste va jouer un rôle primordial au niveau des soins primaires, en pratique, pour certains patients il se fait progressivement remplacer par le secteur psychiatrique. Cependant, il a été choisi de ne pas ajuster les résultats obtenus au nombre de consultations en soins primaires sur la période, car chaque consultation chez le psychiatre entrainait mécaniquement une consultation chez le généraliste désigné, du fait de la politique de prescription du service.

Il y a aussi les limites du questionnaire avec en premier lieu la variabilité inter enquêteur malgré la formation dispensée au préalable. L'échantillon lui même à pu biaiser les résultats car ce sont les patients qui étaient le plus intéressés par les soins préventifs ou ceux qui étaient le mieux en mesure de remplir le questionnaire qui ont répondu. Le questionnaire repose également sur les déclarations des patients. Il est possible qu'en raison du caractère aigu de leur pathologie et de leurs troubles cognitifs au moment de l'entretien, certaines informations soient erronées.

De plus, il y a pu y avoir une mauvaise interprétation de certaines questions, et notamment celles relatives au dépistage. En effet, un nombre important de patients ont déclaré avoir réalisé une coloscopie au cours des 5 dernières années et avoir également réalisé le test de dépistage il y a moins de 2 ans (confusion entre le dépistage organisé et la coloscopie).

Le questionnaire n'a pas toujours était réalisé (n=17), les intervenants favorisant d'abord l'aspect psychiatrique lors des entretiens d'autant plus que cela demandait un temps supplémentaire dont ils ne disposaient pas toujours nécessairement. Il a été effectué sur la base du volontariat.

Enfin, le caractère monocentrique rend difficile l'extrapolation des résultats.

III- Validité externe

Les enseignements tirés de 2 audits croisés inter-établissements de la région Nord - Pas de Calais, piloté par la fédération régionale de recherche en santé mentale (F2RSM), montrent entre 2009 et 2014 une évolution favorable des pratiques quant à la prise en charge somatique et notamment en ce qui concerne les dépistages, le repérage du cancer du sein et du cancer colorectal (34) (35).

La définition des troubles psychiques graves semble faire consensus au sein de la communauté scientifique autant en termes de critères diagnostiques, de durée de suivi et d'échelle de fonctionnement (36) (37) (2).

Nombreuses sont les études mettant en évidence des programmes de dépistage plus efficients chez les patients présentant des troubles psychiatriques avec des taux de participation paradoxalement plus élevés.

Notamment, chez les femmes dépistées positives pour les troubles psychotiques, on a retrouvé des taux plus élevés de mammographie (67%) que les femmes sans aucun trouble (56%), lors d'une étude rétrospective de 1996 à 2001, sur des femmes âgées de 40 à 64 ans, avec et sans suivi pour maladie mentale (28).

Une autre étude a analysé les données sur les taux de mammographie pour 526 femmes âgées de 40 à 70 ans. Il n'y avait pas de différences significatives dans les taux de mammographie chez les femmes dépistées négatives et positives pour toute maladie mentale (respectivement 56% et 53%) (38).

Le dépistage des troubles mentaux dans les soins primaires ne semble pas identifier les femmes à risque de ne pas recevoir de mammographie (38).

Enfin une autre étude a comparé la qualité des services de prévention entre des patients avec et sans troubles mentaux chez des sujets ambulatoires américains. Pour ces patients sous traitement médical actif, les taux de services préventifs, parmi lesquels les taux de dépistage des cancers, étaient plus élevés que les taux déclarés pour les échantillons du secteur privé basés sur la population générale (39).

IV-Points forts de l'étude, perspectives et leviers

Le nombre important de perdus de vue et le fonctionnement singulier du service rendent difficile la généralisation des résultats.

Les taux de participation restent bien en dessous de l'objectif européen fixé (33) (14), l'intérêt de l'étude est donc mettre en évidence ce qui pourrait être des pistes de réponse dans le but de favoriser l'adhésion du plus grand nombre au dépistage organisé.

Il existe un bénéfice individuel direct et concernant l'information donnée sur le dépistage, l'intérêt du questionnaire est double. Il va sensibiliser le professionnel concernant la santé somatique du patient, et permettre un rappel sur les facteurs de risque et les cas ou une prise en charge spécialisée est nécessaire. Pour le patient, il permet une prise de conscience de la nécessité d'un suivi somatique régulier et l'existence de dispositifs de dépistage accessibles à tous.

Ensuite, il y a la lettre d'information au médecin traitant, avec un retour systématique par courrier qui a été adressé au praticien désigné par le patient, en cas de non dépistage ou l'informant de la nécessité d'une prise en charge spécialisée en cas de facteurs de risque (critères d'exclusions au dépistage) retrouvés.

Des vacations gynécologiques ou de médecine générale au sein des structures psychiatriques pourraient optimiser la prise en charge, les frottis, la prévention des infections sexuellement transmissibles, la contraception et la mammographie.

Une étude concernant les soins primaires intégrés sur place étaient associés à une amélioration de la qualité et des résultats des soins médicaux (40).

D'autres pistes simples ont été explorées pour favoriser le suivi des patients psychiatriques. Par exemple, il est prouvé qu'une simple invitation à se rendre à une consultation, très près de l'heure du rendez-vous, peut diminuer l'absentéisme et les perdus de vue (41). Cette intervention simple pourrait être un moyen plus rentable d'inciter au suivi. Les autres conseils pour encourager la participation pourraient prendre la forme d'incitations téléphoniques ou d'incitations financières.

L'accompagnement, la sensibilisation par l'information, et la formation des professionnels à répondre aux questions en matière de dépistage sont la clé de la participation des patients souffrant de troubles psychiques graves. L'articulation par le biais du courrier médical entre la psychiatrie et médecine de ville, notamment le généraliste, est un des éléments essentiels du dispositif. Le médecin traitant doit être le premier contact du patient avec le système de soins.

Une recherche exhaustive a montré qu'il n'existe aucun essai clinique randomisé concernant une méthode quelconque pour encourager l'adoption du dépistage du cancer chez les personnes atteintes d'une maladie mentale grave (42). Aucune approche spécifique ne peut donc être recommandée. Des essais cliniques randomisés de grande qualité et d'envergure sont nécessaires pour aider à réduire la disparité entre les personnes atteintes de maladie mentale grave et les autres personnes en matière de dépistage du cancer. (42).

CONCLUSION

La réalisation de cette étude a d'autant renforcé l'idée d'optimiser au mieux l'information et la communication vers les patients souffrant de troubles psychiques graves en vue de leur permettre un choix libre et éclairé de participer ou non aux dépistages des cancers. Ce dispositif est une initiative publique, pour laquelle les éléments scientifiques probants apparaissent suffisants pour en justifier la mise en place, mais la participation relève d'un choix individuel.

De plus, il existe probablement une stigmatisation qui se porte autant vers la maladie que vers le patient présentant des troubles psychiques de la part des professionnels. Des barrières que l'on pose quant à la réticence des patients, aux difficultés présumées de suivis et d'observance. Mais lorsqu'une action de santé est menée avec ou sans un accompagnement adapté, la réponse peut même dépasser les résultats attendus.

Le courrier médical reste incontournable et indispensable. Au-delà du simple lien épistolaire, il y a un intérêt grandissant à des soins toujours plus coordonnés, échanges téléphoniques, voir même des consultations conjointes.

Les cancers du sein et du colon restent très meurtriers (31) alors qu'il existe des dépistages simples qui peuvent sauver des vies, mais pour lesquels la participation reste encore insuffisante au regard des recommandations européennes.

Une détection précoce permet d'identifier la maladie à un stade peu avancé, engendre des traitements moins lourds ou mutilants et de meilleures chances de guérison.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Fact Sheets by Population, Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray, F. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. Available from: http://globocan.iarc.fr [Internet].

2. Jones SH, Thornicroft G, Coffey M, Dunn G. A brief mental health outcome scale-reliability and validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). Br J Psychiatry. 1 mai 1995;166(5):654‑9.

3. Bobes J, Möller HJ, Leucht S, Newcomer JW, Uwakwe R, Gautam S, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. 2011 ; Disponible sur: http://erepository.uonbi.ac.ke/handle/11295/17321

4. Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. Br J Psychiatry. 1 juill 1998;173(1):11‑53.

5. Oreški I, Jakovljević M, Aukst-Margetić B, Orlić ZC, Vuksan-Ćusa B. Comorbidity and multimorbidity in patients with schizophrenia and bipolar disorder: similarities and differencies. Psychiatr Danub. mars 2012;24(1):80‑5.

6. Mesure de la mortalité chez les patients souffrant de troubles psychiatriques dans la région Nord - Pas de Calais Projet d' étude 2012 - 2013 [Internet]. Disponible sur: http://www.santementale5962.com/IMG/pdf/projet2012-2013_04_12_12.pdf

7. Tran E, Rouillon F, Loze J-Y, Casadebaig F, Philippe A, Vitry F, et al. Cancer mortality in patients with schizophrenia: an 11-year prospective cohort study. Cancer. 1 août 2009;115(15):3555‑62.

8. Hippisley-Cox J, Vinogradova Y, Coupland C, Parker C. Risk of malignancy in patients with schizophrenia or bipolar disorder: nested case-control study. Arch Gen Psychiatry. déc 2007;64(12):1368‑76.

9. Dalton SO, Mellemkjaer L, Thomassen L, Mortensen PB, Johansen C. Risk for cancer in a cohort of patients hospitalized for schizophrenia in Denmark, 1969-1993. Schizophr Res. 15 juin 2005;75(2‑3):315‑24.

10. Harvey PW, Everett DJ, Springall CJ. Adverse effects of prolactin in rodents and humans: breast and prostate cancer. J Psychopharmacol Oxf Engl. mars 2008;22(2 Suppl):20‑7.

11. Lindamer LA, Buse DC, Auslander L, Unützer J, Bartels SJ, Jeste DV. A comparison of gynecological variables and service use among older women with and without schizophrenia. Psychiatr Serv Wash DC. juin 2003;54(6):902‑4.

12. European Colorectal Cancer Screening Guidelines Working Group, von Karsa L, Patnick J, Segnan N, Atkin W, Halloran S, et al. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis: overview and introduction to the full

supplement publication. Endoscopy. 2013;45(1):51‑9.

13. Évaluation épidémiologique du programme de dépistage organisé du cancer colorectal en France Résultats 2009-2010 - InVS [Internet]. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/content/download/69308/263942/version/1/file/rapport_evaluation_depistage_cancer_colorectal_2009-2010.pdf

14. Référentiel HAS, Actualisation du référentiel de pratiques de l'exa men périodique de santé Dépistage et prévention du cancer du sein Février 2015 [Internet]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/refces_k_du_sein_vf.pdf

15. Le souci de l'humain : un défi pour la psychiatrie [Internet]. 2010. Disponible sur: https://www-cairn-info.doc-distant.univ-lille2.fr/le-souci-de-l-humain-un-defi-pour-la-psychiatrie--9782749211855.htm

16. CIM-10 Version 2008 Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé Connexes [Internet]. Disponible sur: http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2008/fr#/

17. Saravane D, Feve B, Frances Y, Corruble E, Lancon C, Chanson P, et al. Élaboration de recommandations pour le suivi somatique des patients atteints de pathologie mentale sévère. L'Encéphale. sept 2009;35(4):330‑9.

18. Gadroy-Pierre O. Taux de déclaration de médecin traitant parmi 100 patients hospitalisés en psychiatrie: (groupe hospitalier Paul Guiraud) et facteurs explicatifs [Thèse d'exercice]. [France]: UPEC. Faculté de médecine; 2013.

19. Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie - Cour des comptes Rapport public annuel 2013 – février 2013 [Internet]. Disponible sur: https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/2_1_3_medecin_traitant_parcours_soins_coordonnes.pdf

20. Montariol P, Guillard M, Bollengier O, Escaffre-Groussard N, Hallouche N, Petitdemange M, et al. Les patients hospitalisés en psychiatrie ont-ils un médecin traitant ? Do hospitalised patients in psychiatric wards in Paris have primary healthcare physicians ? Inf Psychiatr. 2006;me 82(10):793‑800.

21. Code de déontologie médicale | Legifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072634&dateTexte=20040807

22. Defromont L., Verriest O., Dudenko P. Revue Hospitalière de France - Les médecins généralistes au coeur de la santé mentale [Internet]. Disponible sur: http://www.revue-hospitaliere.fr/Revues/547/Psychiatrie-sante-mentale-et-territoires/Les-medecins-generalistes-au-coeur-de-la-sante-mentale

23. Haute Autorité de Santé - 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 [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr//portail/jcms/c_1050358/les-courriers-echanges-entre-medecins-generalistes-et-psychiatres-lors-dune-demande-de-premiere-consultation-par-le-medecin-generaliste-pour-un-patient-adulte-presentant-un-trouble-mental-avere-ou-une-souffrance-psychique

24. Hardy-Baylé M-C, Younès N. Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres? Inf Psychiatr. 2014;90(5):359–371.

25. Milleret G, Benradia I, Guicherd W, Roelandt J-L. États des lieux. Recherche action nationale « Place de la santé mentale en médecine générale ». Inf Psychiatr. 1 mai 2014;90(5):311‑7.

26. Charte de partenariat Médecine générale et Psychiatrie de secteur [Internet]. [cité 20 mars 2018]. Disponible sur: https://www.f2rsmpsy.fr/549-charte-partenariat-medecine-generale-psychiatrie-secteur.html

22. Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés [Internet]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/medecin-traitant-parcours-soins-coordonnes

28. Carney CP, Jones LE. The influence of type and severity of mental illness on receipt of screening mammography. J Gen Intern Med. oct 2006;21(10):1097‑104.

29. Werneke U, Horn O, Maryon-Davis A, Wessely S, Donnan S, McPherson K. Uptake of screening for breast cancer in patients with mental health problems. J Epidemiol Community Health. 7 janv 2006;60(7):600‑5.

25. Evaluation du programme de dépistage du cancer du sein / Evaluation des programmes de dépistage des cancers / Cancers / Maladies chroniques et traumatismes / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr//Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-

du-programme-de-depistage-du-cancer-du-sein

26. Dépistage du cancer colorectal : Un nouveau test plus simple et performant pour dépister plus efficacement le 2e cancer le plus meurtrier en France / 2015 / Communiqués de presse / Espace presse / Accueil [Internet]. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/Espace-presse/Communiques-de-presse/2015/Depistage-du-cancer-colorectal-Un-nouveau-test-plus-simple-et-performant-pour-depister-plus-efficacement-le-2e-cancer-le-plus-meurtrier-en-France

27. Institut national du cancer. Dépistage du cancer colorectal : mode d'emploi du test [Internet]. Disponible sur: https://www.youtube.com/watch?v=418fAPjp60c

28. Référentiel HAS, Dépistage et prévention du cancer colorectal Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS) Juin 2013 [Internet]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps_format2clic_kc_colon-vfinale_2013-08-30_vf_mel_2013-08-30_12-18-6_653.pdf

29. Santé mentale, santé du corps : les enseignements des 2 audits croisés inter-établissements [Internet]. Disponible sur: https://www.f2rsmpsy.fr/sante-mentale-sante-corps-enseignements-audits-croises-inter-etablissements.html

30. Psy.Brèves n°7, juin 2015. Santé mentale, santé du corps. Les enseignements de 2 audits croisés inter-établissements [Internet]. Disponible sur: https://www.f2rsmpsy.fr/084-psy-breves-nd7-juin-2015-sante-mentale-sante-corps-les-enseignements-audits-croises-inter-etablissements.html

36. Schinnar AP, Rothbard AB, Kanter R, Jung YS. An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. Am J Psychiatry. déc 1990;147(12):1602‑8.

37. Ruggeri M, Leese M, Thornicroft G, Bisoffi G, Tansella M. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. Br J Psychiatry J Ment Sci. août 2000;177:149‑55.

38. Lasser KE, Zeytinoglu H, Miller E, Becker AE, Hermann RC, Bor DH. Do women who screen positive for mental disorders in primary care have lower mammography rates? Gen Hosp Psychiatry. juin 2003;25(3):214‑6.

39. Druss BG, Rosenheck RA, Desai MM, Perlin JB. Quality of preventive medical care for patients with mental disorders. Med Care. févr 2002;40(2):129‑36.

40. Druss BG, Rohrbaugh RM, Levinson CM, Rosenheck RA. Integrated medical care for patients with serious psychiatric illness: a randomized trial. Arch Gen Psychiatry. sept 2001;58(9):861‑8.

41. Rowett M, Reda S, Makhoul S. Prompts to Encourage Appointment Attendance for People With Serious Mental Illness. Schizophr Bull. sept 2010;36(5):910‑1.

37. Barley E, Borschmann RD, Walters P, Tylee A. Interventions to encourage uptake of cancer screening for people with severe mental illness. In: Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2013. Disponible sur: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009641.pub2/abstract

ANNEXES

Annexe 1 : Lettre d'information destinée au patient

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à une étude clinique dans le cadre de la rédaction d'une thèse de médecine générale.

Il s'agit de répondre à un questionnaire qui permettra d'évaluer le taux de participation au dépistage des cancers du sein et du colon chez des patients suivis par le secteur 59G21 et dont le promoteur est le F2RSM (Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts de France)

Le bénéfice attendu est uniquement d'améliorer la prise en charge des soins somatiques, de sensibiliser les patients suivis en psychiatrie au dépistage des pathologies des cancers du sein et du colon et de mieux connaître et comprendre les raisons de la non adhésion à leur dépistage.

Au cours d'une consultation de suivi habituel, votre référent va vous proposer de répondre de façon complètement anonyme à un questionnaire concernant la réalisation des examens de dépistage proposés par les Caisses d'Assurance Maladie, à tous les assurés en France à partir de 50 ans.

Si vous le souhaitez, nous vous ferons part des résultats globaux de ce travail de recherche.

Vous aurez le temps de lire, de comprendre ces informations et de réfléchir à la participation à l'étude. Vous pourrez poser toutes les questions et avoir toutes les explications nécessaires auprès du médecin responsable : Charles Billau (charles.billau@gmail.com).

Si vous ne désirez pas participer à ce travail vous êtes libre, et cela n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins qui vous seront prodigués.

Si vous avez un médecin traitant et si vous en êtes d'accord nous lui communiquerons votre statut vis-à-vis du dépistage des cancers (sein et/ou colon).

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information.

Annexe 2 :

Questionnaire

Thèse : Statut du dépistage des cancers dans une population présentant des « troubles psychiques graves »

POUR TOUS : INFORMATIONS GENERALES

Age : ___ Sexe : ☐ H ☐ F Dernier code Diag : F_____

	Oui	Non
1 - Avez-vous un médecin traitant déclaré ?	O	O
2 - Avez-vous consulté votre médecin traitant durant les 6 derniers mois ?	O	O
3 - Avez-vous réalisé une prise de sang durant les 12 derniers mois ?	O	O

4 - Consommations : Plusieurs réponses possibles

☐ Tabac (Quotidien) ☐ Alcool (Quotidien)

☐ Cannabis (Quotidien) ☐ Autres drogues

5a - Avez-vous une activité professionnelle ?	O	O
5b - Depuis combien de temps êtes vous suivi(e) en psychiatrie ?	____ mois	

5c - Situation Familiale : Plusieurs réponses possibles

☐ Institution / foyer ☐ Seul / Séparé / Veuf

☐ En couple ☐ Enfant à charge

POUR LES HOMMES ET FEMMES DE 50 A 74 ANS

6a - Cancer colorectal : Facteurs de risque élevés :	Oui	Non
Avez-vous réalisé une coloscopie durant les 5 dernières années ?	O	O
Avez-vous des antécédents personnels de maladies chroniques de l'intestin, cancer ou adénome ? (Syndrome de Lynch ou Polypose adénomateuse familial, Crohn ou rectocolite)	O	O
Avez-vous des parents au 1er degré (fratrie, parents ou enfants) ayant été touchés par le cancer du colon et à quel âge ? _____ _____	O	O
6b - Etes vous suivi en gastroentérologie ou par coloscopie ?	O	O
6c – Avez-vous déjà réalisé un test de dépistage ? *(prélèvement de selles)*	O	O
6d - Ce test a t'il été réalisé durant les 2 dernières années ?	O	O

POUR LES FEMMES DE 50 A 74 ANS

7a - Cancer du sein : facteurs de risques :	Oui	Non
Avez-vous déjà eu un cancer du sein ?	O	O
Avez-vous déjà fait de la radiothérapie ?	O	O
Avez-vous des cas de cancer du sein dans votre famille ? Préciser le lien de parenté, la branche familiale (père ou mère) et l'âge de découverte) et Cocher OUI si 2 cas ou plus dans la même branche parentale ou 1 cas avant 40ans : *Paternel :* _____ *Maternel :* _____	O	O
Avez-vous dans votre famille un cas de cancer du sein chez un homme ?	O	O
Avez-vous dans votre famille un cas de cancer de l'ovaire avant l'âge de 70ans ?	O	O
A-t-on identifié dans votre famille une mutation favorisant la survenue de cancer du sein (BRCA1, BRCA2) ?	O	O
7b - Etes vous suivie par un gynécologue ?	O	O
7c - Avez-vous réalisé une mammographie ?	O	O
7d - Cet examen a t'il été réalisé durant les 2 dernières années ?	O	O

POUR CEUX N'AYANT PAS PARTICIPE AU DEPISTAGE *(NON à la 6c et/ou 7c)*

8 - Pour quelle(s) raison(s) n'avez-vous pas participé au dépistage ?

	OUI	NON
a. **Vous avez peur du résultat ou de la maladie.**	☐	☐
b. **La fatalité, vous considérez les traitements inefficaces.**	☐	☐
c. **Vous avez d'autres priorités, manque de temps.**	☐	☐
d. **Vous avez des difficultés à vous déplacer (mobilité, accessibilité)**	☐	☐
e. **Vous ne vous considérez pas à risque, pas concerné(e).**	☐	☐
f. **Vous n'avez pas de symptômes, en bonne santé.**	☐	☐
g. **Vous avez des difficultés financières, vos droits sociaux ne sont pas à jour.**	☐	☐
h. **Vous pensez ne pas y avoir droit, que vous n'avez pas l'âge requis.**	☐	☐
i. **C'est désagréable.**	☐	☐
j. **Vous avez oublié de le refaire.**	☐	☐
k. **Vous n'avez pas eu l'information.**	☐	☐
l. **Le courrier a été reçu mais vous n'avez pas compris de quoi il s'agissait.**	☐	☐

Annexe 3 : Lettre au médecin traitant

EPSM Lille-Métropole

Pôle 59G21

Praticien Hospitalier
Chef de pôle

Dr Defromont

Praticiens Hospitaliers

Dr Groulet
Dr Le Bihan
Dr Ramonet
Dr Soltani

Praticiens Contractuels

Dr Labey
Dr Marchand
Dr Villaplana

Praticiens attachés

Dr Bonnel
Dr Roelandt

Cadre Supérieur de Santé

M. G. Kruhelski

Secrétariat

Mme C. Streck
Mme S. Sueur

Dans le cadre d'un travail de thèse : ***Statut du dépistage des cancers dans une population présentant des « troubles psychiques graves »***.

Votre patient : (Mr/Mme) _____

Né le : __/__/____

- ☐ N'a pas réalisé le test de dépistage par mammographie pour le cancer du sein depuis 2 ans.
- ☐ N'a pas réalisé le test de dépistage par test immunologique pour le cancer du colon depuis 2 ans.
- ☐ Relève d'une prise en charge spécifique en raison des facteurs de risque retrouvés.

Annexe 4 : Charte de partenariat Médecine générale et Psychiatrie

Charte de partenariat

Médecine générale & Psychiatrie de secteur

Pour mieux répondre aux besoins des patients dans le domaine de psychiatrie et de la santé mentale et compte tenu des enjeux des soins aux personnes et de santé publique, le Collège de la Médecine Générale et la Conférence Nationale des Présidents de CME de Centres Hospitaliers Spécialisés souhaitent améliorer le partenariat entre médecins généralistes traitants et psychiatres de secteur. Afin d'assurer une meilleure coordination des soins, ils s'accordent sur les points suivants :

1. Le psychiatre de secteur, dans la perspective d'une prise en charge coordonnée du patient, notamment sur le plan somatique, **s'assure de l'existence et de l'identification d'un médecin généraliste traitant** pour chacun de ses patients.

2. Le médecin généraliste traitant assure le suivi médical global du patient et, dans ce cadre, participe à la prévention et la surveillance des effets secondaires des traitements en particulier lors de **comorbidités somatiques et psychiatriques.** Le psychiatre de secteur propose, s'il y a lieu, le traitement chimiothérapeutique au médecin généraliste traitant, qui en réalise alors principalement la prescription, eu égard à sa connaissance globale de l'état clinique du patient.

3. Le secteur de psychiatrie assure au médecin généraliste traitant **un accès téléphonique direct** à un psychiatre senior de l'équipe. Cette disponibilité est réciproque.

4. La **transmission d'information** de la part du psychiatre de secteur au médecin généraliste traitant est assurée dès l'adressage du patient aux structures de soins. En cas de suivi spécialisé, le médecin généraliste traitant, en tant que co-thérapeute, est informé régulièrement de ses modalités en cours et/ou envisagées quant à la prise en charge ponctuelle ou durable.

5. Le médecin généraliste traitant est informé systématiquement et dans les délais les meilleurs, **des hospitalisations programmées ou urgentes en milieu spécialisé de son patient, tant à son entrée qu'à sa sortie.** Sa connaissance du traitement de sortie mais aussi des conditions du retour à domicile, en particulier en cas d'interventions dans le champ sanitaire ou social dans le lieu de vie, en fonction des ressources du territoire, est de nature à assurer une meilleure coordination du parcours de soin.

6. Pour les patients relevant de la patientèle du médecin généraliste traitant, cette coopération entre soignants facilite **l'action du médecin généraliste traitant pour mobiliser des ressources locales et des interventions communes au domicile par l'équipe du secteur psychiatrique.** Le médecin généraliste traitant intervient notamment en cas de mesure d'hospitalisation sans consentement.

7. Le médecin généraliste traitant et le psychiatre du secteur référent assurent la **coordination des interventions au domicile** concernant les équipes pluri professionnelles impliquées dans les soins, l'aide et l'accompagnement du patient et de sa famille.

8. **La formation des internes de psychiatrie et des internes de médecine générale doit favoriser la connaissance mutuelle des dispositifs de soins et des pratiques professionnelles.** Les stages universitaires doivent être l'occasion d'échanges réciproques dans les secteurs ou les cabinets des maîtres de stage des universités.

La mise en oeuvre de ces principes participe au développement d'espaces d'échanges communs entre médecine générale et psychiatrie publique. Elle doit être adaptée à la situation démographique des différents territoires.

Annexe 5 : Informations pratiques

Document destiné aux professionnels de santé – État des connaissances au 29 avril 2016

DÉPISTAGE DES CANCERS : RECOMMANDATIONS ET CONDUITES À TENIR

> CANCER COLORECTAL

- **Patient(e) à risque moyen :** proposer le test de recherche de sang occulte dans les selles **tous les 2 ans aux femmes et aux hommes de 50 à 74 ans.** Le test est disponible à la commande sur votre Espace Pro d'Ameli.fr ou auprès de votre structure de gestion.
- **Patient(e) à risque élevé :** orientation vers un gastro-entérologue pour une coloscopie.
- **Patient(e) à risque très élevé (suspecté ou avéré) :** consultation d'oncogénétique et suivi adapté.

> CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Effectuer ou préconiser un frottis cervico-utérin **tous les 3 ans** (après 2 frottis normaux à 1 an d'intervalle), **pour les femmes entre 25 et 65 ans.** Bien qu'il existe des vaccins, **le dépistage régulier reste indispensable :** les femmes doivent continuer à faire régulièrement des frottis.

> CANCER DU SEIN

- **Patiente à risque moyen :** recommander un dépistage par mammographie **tous les 2 ans aux femmes âgées de 50 à 74 ans dans le cadre du dépistage organisé.** Si la patiente n'a pas reçu son invitation, lui proposer de contacter la structure de gestion en charge des dépistages dans son département.
- **Patiente à risque élevé :** examens et suivi adaptés **selon les antécédents.**
- **Patiente à risque très élevé (suspecté ou avéré) :** consultation d'oncogénétique et suivi adapté.

> MÉLANOME

- **En présence d'un(e) patient(e) à risque :**
  → l'orienter vers un dermatologue en vue d'un examen annuel de la peau ;
  → lui recommander de pratiquer l'autoexamen cutané une fois par trimestre (règle ABCDE) ;
  → en cas de lésion suspecte, adresser le/la patient(e) sans délai à un dermatologue.

LE CAS DU DÉPISTAGE DU CANCER DE LA PROSTATE

En France et à l'étranger, **aucune autorité sanitaire ne recommande le dépistage systématique par dosage du PSA chez les hommes.** La HAS précise qu'il n'a pas été retrouvé d'éléments scientifiques permettant de justifier un dépistage du cancer de la prostate par le dosage du PSA, y compris dans des populations considérées comme plus à risque. Toutes les recommandations rappellent que les hommes qui envisagent de passer un dépistage du cancer de la prostate doivent **être clairement informés de ses avantages et de ses inconvénients.**
Un document d'information sur les recommandations actuelles et sur les bénéfices et risques du dépistage du cancer de la prostate est à votre disposition sur e-cancer.fr. Si un patient asymptomatique vous sollicite, vous pouvez lui remettre la brochure «Dépistage du cancer de la prostate : s'informer avant de décider», disponible sur e-cancer.fr.

DÉTAIL DES CONDUITES À TENIR AU VERSO >

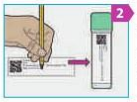
l'Assurance Maladie

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

COMMENT FAIRE LE TEST

Si vous avez la lettre vous invitant à faire le test avec les 2 étiquettes, suivez les étapes 1 et 2 puis passez à l'étape 3.
Si vous n'avez pas la lettre, passez directement à l'étape 1bis ci-dessous.

1 **Collez la grande étiquette sur la fiche d'identification** qui se situe dans le volet central du kit, **puis remplissez cette fiche.**



2 **Sur la petite étiquette, indiquez la date** de réalisation du test.
Collez-la sur le côté plat du tube sur les mentions « Nom », « Date » déjà en place.

1 bis **Remplissez soigneusement** la fiche d'identification et son étiquette situées dans le volet central du kit.

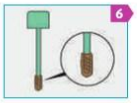
2 bis **Collez l'étiquette** sur le côté plat du tube sur les mentions « Nom », « Date » déjà en place. Puis passez à l'étape 3.

3 **Collez le papier de recueil des selles sur la lunette des toilettes** à l'aide des autocollants. Appuyez doucement sur le papier pour faire un petit creux.

IMPORTANT : pour que le test soit réussi, il ne faut pas que les selles soient en contact avec un liquide (urine, javel...).

4 **Ouvrez le tube** en **tournant** le bouchon.

5 **Grattez la surface des selles à plusieurs endroits à l'aide de la tige.**



6 **La partie striée de la tige** doit être recouverte de selles.

7 **Refermez bien le tube et secouez-le énergiquement.**

8 Vérifiez que vous avez bien rempli et collé l'étiquette sur le tube.
Glissez le tube dans le sachet de protection.

9 **Glissez dans l'enveloppe T :**
- **le sachet de protection qui contient le tube,**
- **la fiche d'identification complétée.**

Refermez l'enveloppe.

10 **L'enveloppe T doit être postée au plus tard 24 heures après la réalisation du test.**

Les résultats vous seront adressés sous 15 jours par courrier. Si vous souhaitez les recevoir par Internet, merci de vous inscrire sur le site www.resultat-depistage.fr

+ D'INFORMATIONS

- Auprès de votre médecin.
- Sur **e-cancer.fr**, rubrique « Dépistage ».
- Au **0 810 810 821** (prix d'un appel local) du lundi au vendredi de 9 h à 19 h, et le samedi de 9 h à 14 h.
- Auprès de la structure en charge des dépistages dans votre département.

QUESTIONS FRÉQUENTES

- **Quel est le délai d'utilisation du test ?**
  La date d'expiration est précisée sur le tube.
- **J'ai perdu le tube/le tube est abîmé. Que dois-je faire ?**
  Demandez un nouveau test à votre médecin.
- **Le prélèvement ne s'est pas passé correctement. Que dois-je faire ?**
  Prenez contact avec votre médecin ou avec la structure en charge des dépistages dans votre département; il ou elle vous conseillera et vous remettra un nouveau test.

AUTEUR : Nom : BILLAU Prénom : Charles

Date de Soutenance : 12 avril 2018

Titre de la Thèse : Statut du dépistage organisé des cancers dans une population présentant des « troubles psychiques graves ».

Thèse - Médecine - Lille 2018

Cadre de classement : Médecine générale, oncologie, psychiatrie

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : dépistage organisé, cancer, sein, colorectal, troubles psychiques graves

Résumé :

Contexte : Dépister tôt pour mieux soigner, la médecine préventive en matière de cancer constitue un enjeu important de santé publique, tout particulièrement chez les patients fragiles suivis en psychiatrie. Alors que les résultats des dépistages organisés des cancers ont tendance à stagner dans la population générale, l'objectif de l'étude est d'évaluer la participation aux dépistages organisés des cancers du sein et du colon chez des patients présentant des troubles psychiques graves.

Méthode : Une enquête transversale quantitative 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, proposé par le professionnel référant, aux patients âgés de 50 à 74 ans présentant des troubles psychiques graves, diagnostiqués au sein d'un secteur psychiatrique de la banlieue sud-est de Lille, sur la période de novembre 2017 à fin janvier 2018.

Résultats : Le taux de participation au dépistage du cancer du sein par mammographie observé sur la population de l'étude est de 65,2% (n=58) statistiquement plus important que dans la population générale des 6 communes concernées 52,85% ($p<0,05$). Le taux de participation au dépistage du cancer colorectal par test immunologique observé sur la population de l'étude est de 34,4% (n=54) statistiquement plus important que dans la population générale 26,75% ($p<0,05$). Le fait d'avoir réalisé une mammographie était associé avec la réalisation du test immunologique de façon statistiquement significative ($p=0,02$). Concernant le suivi somatique, la totalité des patients interrogés (n=157) avaient un médecin traitant déclaré, 96,18% (n=151) l'ont consulté au cours des 6 derniers mois, ce qui est une recommandation de bonne pratique chez les patients atteints de pathologie mentale sévère.

Conclusion : Ces résultats encourageants ne doivent pas occulter que les taux restent largement inférieurs aux objectifs européens fixés respectivement à 70% et 45% d'autant que le nombre important de perdus de vue et le fonctionnement singulier du service rendent difficile l'extrapolation des résultats. Néanmoins la collaboration avec le médecin traitant semble avoir joué un rôle considérable. Les cancers du sein et du colon restent très meurtriers, des essais cliniques randomisés de qualité et d'envergure sont nécessaires en matière de dépistage.

Composition du Jury : Président : Pr Pierre THOMAS

Assesseurs : Pr Alain DUHAMEL, Pr Denis DELEPLANQUE, Dr Laurent DEFROMONT