



MEETT Centre de Conventions  
& Congrès de  
**Toulouse**  
3 AU 5 DÉCEMBRE 2025

# Influence de l'expérience et des représentations des médecins généralistes sur le dépistage organisé des cancers chez les patients présentant des troubles psychiatriques sévères : une étude qualitative

Gaëlle Ragot

CCU de médecine générale

DUMG de Brest

**Direction de thèse :** Dr Aziliz Le Glaz, PhD Nadine Pellen



## Déclaration Publique d'Intérêts 2025

Gaëlle RAGOT  
Spécialiste en Médecine Générale



### Liens d'intérêts liés à une entreprise

Pas de liens d'intérêts liés à une entreprise selon les données de [transparence.gouv.fr](https://transparence.gouv.fr)

### Intervention

Intitulé : Intervention orale CNGE 2025  
Pas de liens spécifiques à l'intervention

### Principaux financeurs

Pas de principaux financeurs à l'intervention

### Autres liens d'intérêts

#### Activités Professionnelles

- Cheffe de clinique des universités - Département Universitaire de Médecine Générale
- Médecin Généraliste



# Introduction

## Les troubles psychiatriques sévères (TPS) :

- La schizophrénie et bipolarité représentent respectivement **0,4 % et 1 à 2,5 %** de la population française
- Perte de **13 ans** d'espérance de vie
- **35 à 43 % de décès prématurés** contre 20 % pour la population générale
- Mortalité liée au cancer deux fois supérieure à celle de la population générale

## TPS et dépistage organisé des cancers :

- Moindre participation aux programmes de dépistage organisé
- Diagnostics plus tardifs et pathologies plus avancées



MEETT Centre de Conventions  
& Congrès de  
**Toulouse**  
3 AU 5 DÉCEMBRE 2025

## Objectif

Explorer le **vécu** des médecins généralistes concernant la prise en charge des patients atteints de TPS et **estimer l'impact** de cette expérience et de leurs représentations sur les dépistages organisés de ces patients.



# Méthode

## Recueil de donnée et équipe de recherche

- **Entretiens semi dirigés**
- Équipe de recherche composée de **6 personnes** : une sociologie, une psychiatrie et 4 internes de MG formées au préalable à la recherche qualitative

## Analyse :

- Inspirée de la **théorisation ancrée**
- Codage **ouvert**, codage **axial** avec triangulation puis **un codage sélectif** en binôme
- Codage réalisé sur le **logiciel Nvivo**

## Echantillonnage

- **Critère inclusion** : MG, exercice libéral, dans le Finistère, suivi de patients présentant des TPS
- **50 médecins sollicités** : refus par manque de patients concernés ou des patients non éligibles au dépistage
- **Echantillonnage raisonné**

## Ethique de recherche :

- Approuvée par **un comité d'éthique** du CHU de Brest
- Retranscriptions **anonymisées** et enregistrements détruits
- Formulaire de consentement signé par chaque participant
- **Absence de lien d'intérêt à déclarer**



MEETT Centre de Conventions  
& Congrès de  
**Toulouse**  
3 AU 5 DÉCEMBRE 2025

# Résultats

- **25 entretiens** réalisés entre octobre 2023 et Février 2024
- 24 médecins libéraux installés
- 1 médecin remplaçant
- 10 femmes et 15 hommes
- 6 médecins avaient une **formation spécifique** en psychiatrie
- **Approches du soin** différentes (paternaliste, empathique, traditionnelle)
- Exercice de groupe et cabinet individuel
- 20 entretiens en face à face et 5 en visioconférence
- Moyenne des entretiens de **43 minutes** (de 24 à 67 minutes)



"Je vais faire en fonction de l'accompagnement. Si je sais qu'il y a un réseau d'infirmiers qui va pouvoir prendre les rendez-vous" (GP5)

Nombreux facteurs de risque de cancer

Multimorbidité

Précarité

"J'ai déjà été menacé d'un sabre par un schizophrène" (GP8)

Examen clinique altéré

Perception modifiée du corps

Suivi médical de mauvaise qualité

"elle est dans l'errance médicale, dans le sens où elle va voir une psychiatre et puis après elle va partir aux urgences ailleurs, sans forcément passer par moi" (GP9)

Prise en charge multiprofessionnelle

Décompensations psychiatriques fréquentes

Dépistages hors recommandations

"réduit (...) à doser les marqueurs tumoraux. Parce que, de toute façon, elle ne veut pas faire d'écho, de mammogramme" (GP15)

Ajustement du comportement et du discours

Introduction d'un traitement de fond

Emission de bons de transport injustifiés

Sélection des patients à dépister

Difficultés d'organisation

Cognitivement exigeant

Perception du trouble psychiatrique

Expériences et représentations

Adaptation des prises en charge

Difficultés spécifiques aux dépistages organisés

Difficultés à établir un lien thérapeutique

Refus de soin

Association soin curatif et préventif

Anticipation des difficultés en cas de résultat positif

Utilisation de soins sans consentement

Attente préventive plus basse

Consultations désorganisées

"si j'ai l'impression, que la prise en charge, si je fais une mammographie qu'il y a un cancer du sein, que ça va être une hospitalisation d'office pendant neuf mois, et cetera, je pense que je vais oublier de prescrire la mammographie" (GP8)



## Discussion : parallèle avec la littérature

### En accord avec la littérature :

- Sévérité de la maladie/ diagnostic de schizophrénie
  - Woodhead C, Cunningham R, Ashworth M, Barley E, Stewart RJ, Henderson MJ. Cervical and breast cancer screening uptake among women with serious mental illness : a data linkage study. *BMC Cancer.* 2016;16(1):819
- Fréquence des consultations avec le médecin généraliste
  - Ouk M, Edwards JD, Colby-Milley J, Kiss A, Swardfager W, Law M. Psychiatric morbidity and cervical cancer screening : a retrospective population-based case-cohort study. *CMAJ Open.* 2020;8(1):E134–41
- Comorbidités fréquentes
  - Gandré C, Coldefy M. Moins de soins de prévention, de recours aux spécialistes et plus d'hospitalisations évitables chez les personnes suivies pour un trouble psychique sévère. Paris: Institut de recherche et documentation en économie de la santé, IRDES; 2020. (Questions d'économie de la santé; no 250)
- Poids de la précarité
  - Hwong AR, Vittinghoff E, Thomas M, Hermida R, Walkup J, Crystal S, et al. Breast cancer screening rates among medicaid beneficiaries with schizophrenia. *Psychiatr Serv.* 2023;74(5):497–504.

### En désaccord avec la littérature :

- Appréhension de la décompensation psychiatrique lors du dépistage, de l'exploration d'un test positif ou de la prise en charge de la pathologie
  - Rhondali W, Ledoux M, Sahraoui F, Marotta J, Sanchez V, Filbet M. Prise en charge de pathologie cancéreuse avancée chez des patients institutionnalisés en psychiatrie : une étude pilote. *Bull Cancer (Paris).* 2013;100(9):819–27
- Fréquence des consultations en médecine générale et médecin traitant déclaré
  - Gandré C, Moreau D, Ben Dridi I, Seppänen AV. Obstacles, ressources et contrastes dans les parcours de soins complexes : le cas du cancer chez les personnes vivant avec un trouble psychique sévère. Institut de recherche et documentation en économie de la santé, IRDES; 2023 p. 1–8. (Questions d'économie de la santé; no 281).



## Discussion : forces et limites

→ Méthodologie de base sociologique

- Absence de saturation
- Démarche inductive sans problématique initiale
- Richesse des données

→ Lien entre mortalité et dépistage organisé des cancers

Plus de risque de développer un cancer ?

→ Toender A, Munk-Olsen T, Vestergaard M, Larsen JT, Suppli NP, Dalton SO, et al. Impact of severe mental illness on cancer stage at diagnosis and subsequent mortality : A population-based register study. *Schizophr Res.* 2018;201:62–9.

→ Li H, Li J, Yu X, Zheng H, Sun X, Lu Y, et al. The incidence rate of cancer in patients with schizophrenia : A meta-analysis of cohort studies. *Schizophr Res.* 2018;195:519–28

Retard de diagnostic expliquant une surmortalité ?

→ Manderbacka K, Arffman M, Lumme S, Suvisaari J, Keskimäki I, Ahlgren-Rimpiläinen A, et al. The effect of history of severe mental illness mortality in colorectal cancer cases : a register-based cohort study. *Acta Oncol.* 2018;57(6):759–64

→ Chang CK, Hayes RD, Broadbent MTM, Hotopf M, Davies E, Møller H, et al. A cohort study on mental disorders, stage of cancer at diagnosis and subsequent survival. *BMJ Open.* 2014;4(1):e004295

→ Manderbacka K, Arffman M, Suvisaari J, Ahlgren-Rimpiläinen A, Lumme S, Keskimäki I, et al. Effect of stage, comorbidities and treatment on survival among cancer patients with or without mental illness. *Br J Psychiatry.* 2017;211(5):304–9.



## Discussion : contextualisation

- **Programme pluriannuel 2025-2030**, publié par la Haute Autorité de Santé en 2024
- **Recommandation de bonnes pratiques en psychiatrie : comment améliorer la prise en charge somatique des patients** réalisée en 2015 par le Conseil National des Professionnels de psychiatrie

Construction et évaluation d'un parcours de prévention somatique destiné aux patients psychotiques et bipolaires suivis par un secteur de santé mentale

Zakari Bendjema

### 4. Prévention, repérage et prise en charge des comorbidités somatiques

Comme évoqué précédemment, en France, l'espérance de vie à 15 ans des personnes vivant avec un trouble psychique a été estimée comme étant réduite en moyenne de 16 ans pour les hommes et de 13 ans pour les femmes, avec des taux de mortalité prématûre quatre fois plus élevés qu'en population générale (10). La surmortalité observée chez les personnes ayant des pathologies psychiatriques sévères a par ailleurs été estimée comme étant à environ 60 % attribuable à des maladies somatiques, plus prévalentes qu'en population générale et à l'origine de conséquences plus graves (11).

Récemment, des inégalités dans le parcours de soins pour cancer du sein ont également été mises en évidence en France pour les femmes vivant avec un trouble psychique sévère et persistant, avec notamment : un moindre accès aux examens diagnostiques, un premier traitement reçu moins souvent dans des délais considérés comme « adéquats », un plus grand recours à des traitements plus invasifs et une surmortalité par cancer, par comparaison aux témoins indemnes de troubles psychiques (41).

- ➔ En 2015, la Fédération française de psychiatrie (FFP) a publié, dans le cadre d'un label HAS, des recommandations relatives à la [prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique](#) (42).
- ➔ La HAS évaluera l'opportunité d'actualiser et/ou de compléter ces recommandations.

**Recommandation de bonne pratique en psychiatrie :**

**Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique**

**Recommandations**

Juin 2015



MEETT Centre de Conventions  
& Congrès de  
**Toulouse**  
3 AU 5 DÉCEMBRE 2025

Merci de votre attention

Participants	Age group (years)	Gender	Professional experience (years)	Practice location	Special training in psychiatry	Care approach	Practice type	Interview setting	Interview duration (minutes)
GP01	59-70	Men	39	Rural	Yes	Traditional	Group practice	In-person	56
GP02	39-50	Women	21	Semi-rural	Yes	Empathic	Practice in SEARL*	In-person	35
GP03	29-40	Women	8	Rural	No	Traditional	Group practice	In-person	67
GP04	29-40	Men	2	Substitute	No	Paternalistic	Practicing in multiple clinics	Video conference	57
GP05	39-50	Women	14	Urban	Yes	Paternalistic	Group practice	In-person	57
GP06	29-40	Women	9	Rural	No	Empathic	Group practice	In-person	24
GP07	39-50	Men	17	Semi-rural	Yes	Empathic	Group practice	In-person	39
GP08	50-70	Men	26	Rural	No	Empathic	Solo private practice	In-person	43
GP09	29-40	Men	10	Semi-rural	No	Empathic	Group practice	In-person	33
GP10	39-50	Men	13	Semi-rural	No	Empathic	Group practice	In-person	51
GP11	39-50	Men	21	Urban	Yes	Empathic	Group practice	In-person	25
GP12	29-40	Women	3	Semi-rural	Yes	Empathic	Group practice	In-person	48
GP13	39-50	Women	15	Semi-rural	No	Empathic	Group practice	Video conference	41
GP14	29-40	Women	10	Rural	No	Paternalistic	Group practice	In-person	37
GP15	39-50	Men	19	Semi-rural	No	Empathic	Group practice	In-person	49
GP16	29-40	Men	10	Urbain	No	Empathic	Group practice	In-person	41
GP17	39-50	Men	15	Rural	No	Empathic	Group practice	Video conference	38
GP18	29-40	Women	10	Rural	No	Empathic	Group practice	Video conference	35
GP19	29-40	Men	4	Semi-rural	No	Empathic	Group practice	In-person	30
GP20	59-70	Men	31	Rural	No	Empathic	Group practice	In-person	39
GP21	29-40	Women	9	Semi-rural	No	Empathic	Group practice	In-person	32
GP22	29-40	Men	8	Semi-rural	No	Traditional	Group practice	Video conference	44
GP23	59-70	Men	9	Urban	No	Paternalistic	Solo private practice	In-person	56
GP24	49-60	Men	15	Urban	No	Empathic	Group practice	In-person	45
GP25	29-40	Women	3	Urban	No	Empathic	Group practice	In-person	55

\*SEARL : French limited liability professional company



## Annexe 2 - Guide d'entretien, thèmes et problématiques à aborder

Thème	Questions
Patientèle	Quelle est la proportion de patients psychiatriques sévères dans votre patientèle ? Pouvez-vous me raconter une prise en charge de patient atteint de trouble psychiatrique sévère type schizophrénie, et trouble bipolaire ? Certains présentent-ils des facteurs de risque de cancer ?
Dépistage	Comment abordez-vous les dépistages systématiques du cancer avec vos patients ? Et avec vos patients atteints de troubles psychiatriques sévères ? Existe-t-il des difficultés particulières ? D'après vous que pensent ces patients du dépistage du cancer ? Existe-t-il, selon vous, des différences par rapport à un patient sans comorbidité psychiatrique ?
Eléments freinateurs	Aborder les différents éléments pouvant limiter le dépistage organisé chez ces patients (individuels, économiques, culturels, environnementaux, communication, médicaux).
Eléments facilitateurs	Quels facteurs peuvent faciliter ce dépistage ? Quelles sont les caractéristiques qui apparaîtraient déterminantes dans la réussite de la démarche ?
Organisation professionnelle	Selon vous, quel serait le rôle du psychiatre dans le dépistage du cancer chez les patients atteints de TPS ? Quel serait le rôle du médecin généraliste ? De façon générale, êtes-vous satisfait des dépistages systématiques du cancer chez les patients atteints de TPS ?