

Année 2018/2019

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Martine LABUTHIE

Né(e) le 04/07/1987 à Saint-Germain-en-Laye (78)

Vécu des patientes de plus de 74 ans à l'arrêt des dépistages organisés des cancers du côlon et du sein en Eure et Loir : une étude qualitative exploratoire.

Présentée et soutenue publiquement le **26 septembre 2019** devant un jury composé de :

Président du Jury : Pr MARRET Henri, Professeur de gynécologie-obstétrique, PU, Faculté de médecine de Tours

Membres du Jury :

Pr ROBERT Jean, Médecine générale, PA, Faculté de médecine de Tours

Pr Driffa MOUSSATA, Hépatogastro-entérologie, PU, Faculté de médecine de Tours

Directeur de thèse : Professeur Jacques CITTEE, Médecine Générale – Université Paris Est Créteil

UNIVERSITE DE TOURS

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESEURS

Pr Denis ANGOULVANT, Pédagogie

Pr Mathias BUCHLER, Relations internationales

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

Pr Clarisse DIBAO-DINA, Médecine générale

Pr François MAILLOT, Formation Médicale Continue

Pr Patrick VOUREC'H, Recherche

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972

Pr André GOUAZE - 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Philippe ARBEILLE

Pr Catherine BARTHELEMY

Pr Gilles BODY

Pr Jacques CHANDENIER

Pr Alain CHANTEPIE

Pr Pierre COSNAY

Pr Etienne DANQUECHIN-

DORVAL Pr. Dominique

GOGA

Pr Alain GOUDEAU

Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ

Pr Gérard LORETTE

Pr Roland

QUENTIN Pr

Elie SALIBA

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – J.C. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis Cardiologie
AUPART Michel Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique Cardiologie
BAKHOS David Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora Pharmacologie clinique
BERNARD Anne Cardiologie
BERNARD Louis Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle Biologie cellulaire
BLASCO Hélène Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique Physiologie
BRILHAULT Jean Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck Urologie
BUCHLER Matthias Néphrologie
CALAIS Gilles Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent Psychiatrie d'adultes
COLOMBAT Philippe Hématologie, transfusion
CORCIA Philippe Neurologie
COTTIER Jean-Philippe Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand Neurologie

DEQUIN Pierre-François..... Thérapeutique

DESOUBEAUX Guillaume..... Parasitologie et mycologie

DESTRIEUX Christophe Anatomie

DIOT Patrice Pneumologie

DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague Anatomie & cytologie pathologiques

DUCLUZEAU Pierre-Henri Endocrinologie, diabétologie, et nutrition

DUMONT Pascal Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

EL HAGE Wissam Psychiatrie adultes

EHRMANN Stephan Réanimation

FAUCHIER Laurent Cardiologie

FAVARD Luc Chirurgie orthopédique et traumatologique

FOUGERE Bertrand Gériatrie

FOUQUET Bernard Médecine physique et de réadaptation

FRANCOIS Patrick Neurochirurgie

FROMONT-HANKARD Gaëlle Anatomie & cytologie pathologiques

GAUDY-GRAFFIN Catherine Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière

GOUPILLE Philippe Rhumatologie

GRUEL Yves Hématologie, transfusion

GUERIF Fabrice Biologie et médecine du développement et de la reproduction

GUYETANT Serge Anatomie et cytologie pathologiques

GYAN Emmanuel Hématologie, transfusion

HAILLOT Olivier Urologie

HALIMI Jean-Michel Thérapeutique

HANKARD Régis..... Pédiatrie

HERAULT Olivier Hématologie, transfusion

HERBRETEAU Denis Radiologie et imagerie médicale

HOURIOUX Christophe Biologie cellulaire

LABARTHE François Pédiatrie

LAFFON Marc Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence

LARDY Hubert Chirurgie infantile

LARIBI Saïd Médecine d'urgence

LARTIGUE Marie-Frédérique Bactériologie-virologie

LAURE Boris Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

LECOMTE Thierry Gastroentérologie, hépatologie

LESCANNE Emmanuel Oto-rhino-laryngologie

LINASSIER Claude Cancérologie, radiothérapie

MACHET Laurent Dermato-vénéréologie

MAILLOT François Médecine interne

MARCHAND-ADAM Sylvain Pneumologie

MARRET Henri Gynécologie-obstétrique

MARUANI Annabel Dermatologie-vénéréologie

MEREGHETTI Laurent Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MITANCHEZ Delphine Pédiatrie

MORINIERE Sylvain Oto-rhino-laryngologie

MOUSSATA Driffa Gastro-entérologie

MULLEMAN Denis Rhumatologie

ODENT Thierry Chirurgie infantile

OUAISSI Mehdi Chirurgie digestive

OULDAMER Lobna Gynécologie-obstétrique

PAINTAUD Gilles Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique

PATAT Frédéric Biophysique et médecine nucléaire

PERROTIN Dominique Réanimation médicale, médecine d'urgence

PERROTIN Franck Gynécologie-obstétrique

PISELLA Pierre-Jean Ophtalmologie

PLANTIER Laurent Physiologie

REMERAND Francis Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence

ROINGEARD Philippe Biologie cellulaire

ROSSET Philippe Chirurgie orthopédique et traumatologique

RUSCH Emmanuel Epidémiologie, économie de la santé et prévention

SAINT-MARTIN Pauline Médecine légale et droit de la santé

SALAME Ephrem Chirurgie digestive

SAMIMI Mahtab Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre Pédiatrie
TOUTAIN Annick Génétique
VAILLANT Loïc Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane Anatomie
VOURC'H Patrick Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins
palliatifs POTIER Alain
Médecine Générale
ROBERT Jean Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BARBIER Louise..... Chirurgie digestive
BERHOUET Julien Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNAUT Paul Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès Biostat., informatique médical et technologies de
communication
CLEMENTY Nicolas Cardiologie
DENIS Frédéric Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière

DUFOUR Diane Biophysique et médecine nucléaire

ELKRIEF Laure Hépatologie – gastroentérologie

FAVRAIS Géraldine Pédiatrie

FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie Anatomie et cytologie pathologiques

GATAULT Philippe Néphrologie

GOUILLEUX Valérie..... Immunologie

GUILLON Antoine Réanimation

GUILLON-GRAMMATICO Leslie Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HOARAU Cyrille Immunologie

IVANES Fabrice Physiologie

LE GUELLEC Chantal Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique

LEFORT Bruno Pédiatrie

LEMAIGNEN Adrien Maladies infectieuses

MACHET Marie-Christine Anatomie et cytologie pathologiques

MOREL Baptiste Radiologie pédiatrique

PIVER Éric Biochimie et biologie moléculaire

REROLLE Camille Médecine légale

ROUMY Jérôme Biophysique et médecine nucléaire

SAUTENET Bénédicte Thérapeutique

TERNANT David Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique

VUILLAUME-WINTER Marie-Laure Génétique

ZEMMOURA Ilyess Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia Neurosciences

BOREL Stéphanie Orthophonie

MONJAUZE Cécile Sciences du langage – orthophonie

NICOGLU Antonine Philosophie – histoire des sciences et des techniques

PATIENT Romuald..... Biologie cellulaire

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

RUIZ Christophe Médecine
Générale SAMKO Boris
Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
CHALON Sylvie Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
COURTY Yves Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
ESCOFFRE Jean-Michel Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
GILOT Philippe Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001
GOMOT Marie Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 1253
MAZURIER Frédéric Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
MEUNIER Jean-Christophe Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
PAGET Christophe Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
SI TAHAR Mustapha Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire Orthophoniste

GOUIN Jean-Marie Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

MAJZOUB Samuel..... Praticien
Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice Praticien Hospitalier

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,

de mes chers condisciples

et selon la tradition d'Hippocrate,

je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

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

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue
taira

les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira
pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

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

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert
d'opprobre et méprisé de
mes confrères si j'y manque.

Remerciements :

A mon Dieu, à Jésus-Christ, pour ce que tu es, pour ton amour, ta fidélité et ton soutien durant toutes ces années. Je t'aime.

« Je bénirai l'Eternel en tout temps; Sa louange sera toujours dans ma bouche», Psaume 34, la bible.

A ma maman chérie, Merci maman pour ton soutien de toujours. Demeure béni. Je t'aime.

A mon frère Xavier et mes neveux : Staneï, Océane, Chaïna, merci pour ce que vous êtes. Je vous aime.

A mes petites sœurs chéries Clohé et Loïs, merci pour vos encouragements, votre présence, la joie qu'on partage, je vous aime.

A Jacques, mon cousin : Merci pour ton soutien durant toutes ces années et le modèle que tu es pour moi.

A ma grande famille, oncles et tantes, cousins et cousines, merci à tous pour votre soutien moral et financier.

A mes amis et frères en christ : Tabitha, Christelle, Mélanie, Omahira, Christine, Véro alias ma sista, Angélique, Lucie, Julie, Emie, Sandra, Inès, Viviane et Jean-Noël, Christophe, Martine. Merci pour votre soutien.

A mes collègues et amis : Lateefah, Paulinette, Hélène et les autres montargois, Marie, Mélissa, Lavanya. C'est tellement précieux de partager avec vous.

A mes maitres de stage universitaire de médecine générale : Bertrand, Marie, Jean, Hélène : Merci pour la passion qui vous anime et le modèle que vous êtes pour moi. Merci pour ce que j'ai appris à vos côtés.

A tout le personnel médical et paramédical que j'ai rencontré durant ces études : Merci pour la connaissance que vous m'avez transmise.

En mémoire de mon père, « Kembé rèd, fos !» m'encourageait-il souvent.

A tous ceux que j'ai pu oublier de manière involontaire: Merci.

Remerciements

A Monsieur le professeur MARRET Henri,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Votre regard de médecin Hospitalo-universitaire et de gynécologue est précieux. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le professeur ROBERT Jean,

Merci d'avoir accepté de juger ce travail. J'en suis très honorée. Merci pour votre disponibilité et vos précieux conseils tout au long de mon internat. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma sincère gratitude.

A Monsieur le professeur MOUSSATA Driffa,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Merci de l'intérêt que vous avez manifesté pour ce sujet de thèse. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le professeur CITTEE Jacques Claude,

Un grand merci à toi Jacques de m'avoir proposé de diriger ma thèse. Merci beaucoup pour ta sollicitude, tes conseils précieux, ta patience tout au long de ce travail. Merci également pour ton soutien durant toutes mes années de médecine. Je me souviens encore des fascicules d'anatomie que tu m'avais gentiment fait parvenir en première année. Je suis vraiment contente d'avoir travaillé avec toi et également de clôturer ces études avec toi.

Aux médecins généralistes et à leurs patientes qui ont accepté de participer à cette étude,

Merci aux médecins généralistes pour leur disponibilité et pour l'intérêt porté à ce projet.

Merci à chacune des patientes d'avoir accepté de partager leur intimité en toute transparence et authenticité.

Résumé :

Vécu des patientes de plus de 74 ans à l'arrêt des dépistages organisés des cancers du côlon, et du sein : une étude qualitative exploratoire

Contexte :

40% des nouveaux cas de cancer en France concernent les patients de plus de 75 ans. En raison de l'augmentation de l'espérance de vie, des projections montrent même que d'ici 2050, ce pourcentage se rapprochera de 50% dans cette tranche de la population. Le cancer représente donc même après 75 ans, un enjeu majeur de santé publique associé à une représentation sociale très négative et anxiogène. Les dépistages organisés du sein et du côlon s'arrêtent à 74 ans, notamment du fait de peu d'études pour cette tranche d'âge.

Objectifs :

Cette étude avait pour objectif de recueillir le vécu des patientes de plus de 74 ans à l'arrêt des dépistages organisés, et de savoir si cet arrêt modifiait leur rapport avec leurs médecins généralistes.

Méthode :

Etude qualitative exploratoire réalisée au moyen de 18 entretiens semi-directifs de patientes âgées 75 à 80 ans. L'analyse du contenu thématique était faite selon une approche phénoménologique et inductive.

Résultats :

L'analyse a mis en évidence 4 axes thématiques en jeu dans le ressenti à l'arrêt des dépistages organisés. Les sentiments étaient majoritairement négatifs ou d'indifférence et rarement de soulagement. La relation médecin-patient ne semblait pas impactée. Le phénomène de l'arrêt pouvait être à l'origine d'un échange des patientes avec leurs médecins généralistes, souvent initié par la patiente. Quand cet échange n'avait pas lieu, la patiente demeurait avec ses doutes et ses interrogations.

Discussion :

Le ressenti des femmes à l'arrêt du dépistage semblait être modulé par l'expérience personnelle de la maladie, l'expérience personnelle du cancer, le vécu du dépistage et la relation médecin patient. Le choix de poursuivre le dépistage semblait dépendre de ce ressenti et de la communication sur le dépistage qu'elles avaient avec leur médecin généraliste.

Mots-clés : Médecine générale, Tumeurs, Dépistage de masse, personne âgée, recherche qualitative

Abstract :

Women aged over 74 experiences at the end of routine screening for colon and breast cancer: an exploratory qualitative study

Introduction:

In France, 40% of new cancer diagnoses occur in patients aged over 75. With increasing life expectancy, projections could be even higher by 2050, with a matching percentage of 50% in this segment of the population. Cancer even represents after 75 years, a major public health issue with a very negative and anxiety-provoking social representation. Breast and colon mass screenings stop at 74 years old, especially because of few studies for this age group.

Research question:

The purpose of the study was to collect the experience of patients over 74 years old when the mass screening came to an end, and to assess whether this decision modified their relationship with their general practitioner.

Methods:

Exploratory qualitative study conducted by 18 interviews of patients aged 75 to 80 years. The thematic analysis was analyzed using a phenomenological and inductive approach.

Results:

The analysis highlighted 4 thematic axes at stake in the feeling of stopping mass screenings. Feelings were predominantly negative or indifferent and rarely relief. The relationship between the doctors and his patient did not seem to be affected. The phenomenon of the cessation of screening could be at the origin of an exchange of patients with their general practitioners often initiated by the patient. When this exchange did not take place, the patient remained with her doubts and her questions.

Conclusion:

Women's perception of cessation of screening seemed to be determined by the personal experience of illness, the personal experience of cancer, the experience of screening and the doctor-patient relationship. The choice to continue screening seemed to depend on this feeling and the quality of communication about the screening they had with their general practitioner about the screening

Keywords : General Practice, Neoplasm, mass screening, elderly, qualitative research

Sommaire :

1. INTRODUCTION	P.18
1.1. Le contexte	P.18
1.2. Cancers et dépistages : représentations sociales	P.19
1.3. Problématiques	P.19
2. MATERIEL ET METHODE	P.21
2.1. Choix de la méthode	P.21
2.2. Population cible et recrutement	P.21
2.3. Le guide d'entretien	P.22
2.4. Le recueil des données	P.22
2.5. Analyse des données	P.23
2.6. Ethique et réflexivité	P.24
3. Résultats	
3.1 Caractéristiques des participants	P26
3.2 Résultat de l'analyse	P29
1. L'expérience de la maladie (en dehors du cancer) personnelle et dans l'entourage : représentations, attitudes, perceptions en santé.	
2. Vécus, expériences, représentation du cancer	P31
3. Vécus, représentations, et attitudes vis-à-vis du dépistage	P34
4. Vécus de la relation médecin-patient et communication	P41
5. Synthèse des résultats	P45
4. Discussion	
4.1. Comparaison aux données de la littérature	
1. L'expérience personnelle de la maladie	P48
2. Expériences et représentations négatives du cancer	P49
3. Vécu et représentation du dépistage	P49
4. La relation médecin-patient	P51
4.2. Forces et limites de l'étude	P52
1. Forces	
2. Limites	
5. Conclusion	P54
Bibliographie	P55

Liste des abréviations

OMS : Organisation mondiale de la santé

CCR : cancer colorectal

ADOC : centre de coordination de dépistage d'Eure et Loir

PC : Pessimisme Comparatif

OC : Optimisme comparatif

MSP : Maison de santé pluri professionnelle

Liste des tableaux et schéma

Tableau 1 : Caractéristique des médecins ayant accepté de participer à l'étude

Tableau 2 : Caractéristique de l'échantillon

Schéma 1 : Facteurs intervenant dans le ressenti à l'arrêt du dépistage et la décision de poursuivre le dépistage

Schéma 2 : Communication autour de l'arrêt du dépistage et conséquences

1. INTRODUCTION

1. Le contexte

Bien que l'incidence des cancers soit en baisse et se stabilise depuis 2005 en France, le cancer représente encore la 1^{ère} cause de mortalité chez l'homme et la deuxième cause de mortalité chez la femme en 2017 (13). Il reste donc un enjeu de santé publique majeur, comme nous le montre les différents plans cancer élaborés depuis quelques années. Parmi ces cancers, le cancer du sein est le 1^{er} cancer en termes d'incidence chez la femme, avec 186000 nouveaux cas en 2017 (1). Le cancer colorectal (CCR) représente quant à lui la troisième cause de mortalité par cancer chez la femme avec environ 8600 décès par an (1), (2).

On constate également que la population la plus touchée par le cancer est majoritairement âgée. En effet, deux-tiers des cas de cancers enregistrés chaque année concernent les patients de 65 ans et plus (1). Cette affirmation est particulièrement vraie en termes d'incidence et de mortalité pour les cancers du sein et du côlon qui sont plus élevés chez les femmes de plus de 65 ans(2). La population en France étant vieillissante avec une espérance de vie en progression depuis quelques années(26), il est important de s'intéresser à cette tranche de la population.

Pour ces cancers, depuis 2003 pour le cancer du sein et 2008 pour le cancer colorectal, les services publics ont mis en place des dépistages organisés. En effet, ces 2 cancers répondaient aux critères OMS qui justifiaient la mise en place d'un dépistage organisé pour la population en général. Ces critères sont les suivants (3), (27) :

- La maladie doit présenter une prévalence et une mortalité du type de cancer dont il est question suffisamment élevées pour justifier l'effort et le coût financier d'un programme de dépistage ;
- Des traitements sont capables de réduire la mortalité associée à ce type de cancer ;
- Les méthodes d'examen doivent être acceptables par une population a priori en bonne santé, fiables, sans danger et relativement peu coûteuses.

En France, la promotion du dépistage s'organise autour du médecin généraliste. L'enquête EDIFICE (4) dont les résultats ont été publiés en 2017 confirmait encore cette tendance. On remarque que les patients avaient pour source principale d'information concernant le dépistage la radio et la télévision (61% des enquêtés). Le médecin généraliste arrivait en deuxième position. Cependant, en ce qui concerne la fiabilité des informations, le niveau de confiance le plus élevé était accordé aux médecins généralistes (4).

Ceci confirmait comme d'autres études que le médecin généraliste était l'interlocuteur privilégié pour promouvoir les dépistages.

Les dépistages de masse organisés pour les cancers du sein et du côlon s'arrêtent à 74 ans. Cet arrêt est principalement justifié par le fait qu'il existe peu d'études randomisées évaluant le bénéfice du dépistage et incluant des patients âgés de plus de 75 ans (5).

L'arrêt du dépistage à 74 ans ne signifie pas cependant l'absence de risque de cancer. En effet après 74 ans, il existe une incidence plus forte de cancer du côlon (15). Pour le sein, il existe une persistance du risque, bien que l'incidence soit légèrement moins importante après 75 ans(15).

2. Cancer et dépistage : représentations sociales

Si la maladie cancéreuse représente un enjeu considérable en santé publique, on constate aussi son importance quand on s'intéresse aux opinions et aux représentations sociales des maladies. En effet, en 2010, l'enquête BAROMETRE cancer dirigé par l'INPES (6) a montré que le cancer est considéré par les français comme « *la maladie grave par excellence* », ceci loin devant le SIDA et les maladies cardiovasculaires. Le pourcentage de personnes considérant le cancer comme une maladie grave était encore plus marquée en 2010 que lors de la dernière enquête BAROMETRE Cancer en 2005 (6).

Par ailleurs, quand on étudie les représentations sociales du cancer dans la société française, le champ représentationnel fait ressortir de manière marquée les mots suivants : *grave, souffrance, mort*. Ces termes exprimés sont similaires chez le groupe « médecins » et le groupe « patients » (7). Il existe souvent aussi une composante anxieuse, le cancer étant considéré comme un « fléau social » (7), (6).

En ce qui concerne le dépistage en général, il est souvent vu comme important dans la population globale. Cette confiance est encore plus marquée pour les cancers qui bénéficient d'un dépistage organisé, le cancer du sein et le cancer du côlon(6). Malgré cette vision positive globale du dépistage, le taux de participation au dépistage reste inférieur aux objectifs fixés par l'OMS et l'Union Européenne. Ainsi chez les femmes le taux de participation au dépistage du cancer du sein par mammographie était de 50.7% en 2016 et pour le dépistage du cancer du côlon ce taux était à 30.7%(14). L'objectif fixé par l'OMS et l'Union Européenne est d'atteindre un taux de 70 % de participation pour le cancer du sein et un taux de participation de 45% pour le cancer du côlon, afin de réduire la mortalité de manière significative (14). On peut cependant noter que la fidélisation au dépistage était en constante progression depuis le début du dépistage organisé et est stable depuis quelques années(4).

3. Problématiques

Comme nous l'avons vu le cancer reste une maladie ayant une représentation très anxieuse dans la société. De plus, il existe une persistance ou une augmentation du risque de cancer après 74 ans (notamment pour le

cancer du côlon). Le médecin généraliste joue un rôle la promotion du dépistage. Mais que se passe –t-il à l'arrêt du dépistage organisé après 74 ans ?

Une étude sur les structures de gestion a été réalisée pour connaître les informations et la prise en charge proposées après 74 ans. On constate que peu d'informations sont données aux patientes sur le risque de cancer après 74 ans : seuls 22 centre de dépistage sur 67 étudiés envoyaient une lettre d'information aux patientes à la fin du dépistage(8).

Il n'existe pas à ce jour de recommandations officielles concernant la prise en charge des patientes après 74 ans.

Nous avons donc plusieurs éléments qui rentrent en compte dans notre réflexion : une représentation sociale du cancer comme la maladie grave par excellence, une incidence des cancers demeurant élevée chez les plus de 75 ans, et un manque d'informations destinées aux patientes de plus de 74 ans. Devant ces éléments, il nous est apparu important de savoir comment les patientes vivaient l'arrêt des dépistages organisés et si cet arrêt avait un impact dans leur relation avec leur médecin traitant. En effet, jusqu'à 74 ans, le médecin généraliste est le principal promoteur du dépistage.

Nous avons donc formulé la question de recherche suivante : « Quel est le ressenti des patientes de plus de 74 ans à l'arrêt des dépistages organisés, et cet arrêt modifie t il leur rapport avec leur médecin généraliste ? »

2. MATERIEL ET METHODE

1. Choix de la méthode

Pour pouvoir étudier la question, nous avons choisi d'utiliser la méthode qualitative. Cette méthode permet d'étudier et de comprendre les déterminants des comportements, des fonctionnements des acteurs, par la collection de données verbales. Ce recueil des données permet ensuite une démarche interprétative. Nous étudions alors de manière authentique le ressenti, les expériences personnelles, le vécu, les opinions des différents acteurs.

Pour notre étude, dans le cadre particulier de cette recherche en soins primaires, l'étude qualitative nous a semblé la plus appropriée, car cette méthode permettait d'étudier le ressenti des patientes à l'arrêt des dépistages et les conséquences de cet arrêt sur leur relation avec leur médecin traitant, par le moyen d'entretiens.

2. Population cible et recrutement

2.1 : Population cible

Nous avons choisi de réaliser des entretiens avec des femmes âgées de 75 à 80 ans, qui participaient aux dépistages organisés. Ces femmes ne relevaient donc plus des dépistages organisés du sein et du côlon. Les critères d'inclusion dans l'échantillon étaient les suivants :

- être une femme avec un âge compris entre 75 et 80 ans, vivant dans le département d'Eure et Loir
- avoir participé au dépistage du sein et/ou du côlon

2.2 : recrutement

Les candidates aux entretiens ont été contactées par le biais des médecins généralistes du département. Nous avons utilisés la méthode de proche en proche, en sollicitant des médecins généralistes ayant été des anciens maîtres de stages ainsi que leurs collaborateurs.

Les médecins généralistes étaient invités à constituer une liste de patiente rentrant dans les critères préalablement définis et communiqués aux médecins. Les patientes qui étaient d'accord pour la réalisation d'un entretien individuel, étaient contactées par téléphone afin de fixer un rendez-vous pour un entretien.

Nous avons essayé de tenir compte dans la mesure du possible des caractéristiques socio démographiques des patientes. En effet, les médecins devaient nous communiquer à la fois le nom de patientes faisant parti du milieu socio-économique cadre et ouvrier. L'échantillon était ainsi raisonné. Les patientes étaient contactées

par téléphone. Si elles étaient d'accord pour participer à l'étude, l'entretien se déroulait dans un des bureaux ou salle polyvalente du cabinet du médecin ou de la maison de santé ou chez la patiente, le cas échéant.

Au total, 14 médecins généralistes ont été contactés par email et ont reçu la fiche de projet de thèse et la fiche de renseignement.

Médecins	Année de naissance	Année de thèse	Date de 1ère installation	Mode d'exercice	Lieu d'exercice	MSU
1	1961	1991	1993	MSP	Semi-rural	Oui
2	1971	1999	2003	Individuel	ville	Oui
3	1965	1992	2015 (travail hospitalier de 1993 à 2015)	MSP	Semi-rural	Non
4	1979	2008	2009	SCM	Rural	Oui
5	1983	2013	2014	Pôle de santé	Rural	Non
6	1957	1983	1984	MSP	Semi-rural	Oui
7	1958	1989	1990	MSP	Semi-rural	Non
8	1964	1992	1998	Individuel	Semi-rural	Non
9	1981	2012	2012	MSP	Semi-rural	Oui
10	1984	2016	2016	MSP	Semi-rural	Oui

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins ayant acceptés de participer à l'étude

10 d'entre eux ont accepté de remplir la fiche de renseignement (cf annexe 1) et de nous fournir une liste de patientes. La fiche était constituée de deux parties. Sur la première partie, les médecins généralistes donnaient les informations les concernant (date d'installation, âge, mode d'exercice, s'ils étaient maitres de stage universitaire). La deuxième partie à remplir sur la fiche concernait les patientes. Nous demandions le nom, le prénom ainsi que le numéro de téléphone des patientes. Les médecins devaient fournir 4 noms (2 personnes d'un milieu socioéconomique ouvriers et 2 personnes d'un milieu socioéconomique cadre). Parmi ces 4 noms, 2 patientes étaient sélectionnées, appartenant à des catégories socioprofessionnelles différentes dans la mesure du possible, en fonction de leurs disponibilités.

3. Le recueil des données

Le recueil des données était réalisé par des entretiens individuels semi-directifs à l'aide du guide d'entretien préalablement établi en collaboration avec le directeur de thèse. Les entretiens étaient enregistrés à l'aide d'un microphone. Les patientes étaient prévenues avant le début de l'enregistrement que l'entretien et l'enregistrement seraient anonymes. Elles avaient la possibilité de ne pas y participer si elles le souhaitaient.

Lors des entretiens nous avons tenté de recueillir, grâce au guide d'entretien, les caractéristiques des patientes (âge, participation au dépistage, niveau sociodémographique,...), leur vécu de l'arrêt, la poursuite ou non par leur médecin traitant ou autres professionnels d'un dépistage individuel, leur compréhension et interprétation de l'arrêt, s'il y a eu une modification des rapports avec le milieu médical depuis la fin des dépistages organisés.

Les entretiens enregistrés ont été retranscrits au fur et à mesure.

Nous avons effectués au total 20 entretiens. Sur les 20 entretiens, 2 n'ont pas été retranscrit car les patientes ne rentraient pas dans les critères préalablement définis (l'une était âgée de plus de 80 ans et l'autre n'avait participé à aucun dépistage organisé).

Chaque entretien a été retranscrit au fur et à mesure.

Les entretiens ont été arrêtés dès qu'il y a eu la saturation empirique des données, c'est-à-dire lorsque l'analyse d'un entretien supplémentaire n'apportait plus aucune notion nouvelle par rapport au corpus précédent déjà constitué. Au bout du 16^{ème} entretien, nous pensions que cette saturation des données avait été atteinte. Les 2 entretiens réalisés de manière supplémentaires ont confirmé cette hypothèse.

Le recueil des données a eu lieu de juillet 2017 à janvier 2019.

4. Le guide d'entretien

Afin de mener à bien cette étude nous avons constitué un guide d'entretien. Ce guide d'entretien a été réalisé à partir de notre réflexion personnelle et d'éléments bibliographiques (8), (26), (28), (29), (30) en rapport avec le sujet (Annexe 2).

Ce guide était constitué d'une question « brise-glace » qui permettait d'établir le contact avec les patientes. Après cette question, l'entretien s'articulait autour de trois parties principales qui permettaient d'étudier successivement :

- Le vécu des années de dépistage organisé
- Le vécu de lors de l'arrêt des invitations au dépistage organisé
- Le vécu après l'arrêt et le rapport avec le médecin généraliste

Des questions dites « pense bête » permettaient de relancer le patient et d'explorer divers aspects nécessaires pour répondre à notre question principale de recherche.

Au cours du recueil des données, il nous est apparu important d'en savoir plus sur les attitudes en matière de prévention en générale en plus, en association ou en remplacement du dépistage. Nous avons donc demandé aux patientes ce qu'elles faisaient en matière de prévention à partir du 13^{ème} entretien, avant de leur demander si elles avaient d'autres choses à partager.

5. Analyse des données

La démarche d'analyse des entretiens s'apparente à une approche inductive générale (23) qui inclut à la fois une approche phénoménologique et une théorisation ancrée.

L'analyse inductive est une démarche visant à donner un sens à des données brutes sans grille d'analyse préétablie.

La théorisation ancrée (24) est à la fois un processus permettant d'arriver à une théorie et le résultat même de cette théorie en se basant sur les données recueillies sur le terrain. Elle se déroule en plusieurs étapes qu'on pourrait assimiler aux étapes ayant permis l'analyse des données et citées ci-après (entre autres la codification, la catégorisation, la mise en relation des phénomènes observés).

Telle qu'elle a été initiée par le philosophe Husserl au début du XX^{ème} siècle, la phénoménologie est une démarche philosophique et scientifique visant à appréhender le phénomène de la conscience (25) : elle se donne pour objet l'étude des phénomènes vécus. Il s'agit de comprendre la signification des phénomènes subjectifs, sans les dénaturer, à partir des récits des personnes. C'est une approche systématique de la subjectivité.

Les étapes de l'analyse ont été, dans l'ordre :

- Une analyse « flottante » qui permet de formuler librement des interprétations a priori, des hypothèses et autres conceptualisation ouvertes
- Les reformulations phénoménologiques : consiste en une réduction phénoménologique du discours des acteurs en essayant de rester au plus près de leurs vécus subjectifs
- Une thématization et une catégorisation des éléments de l'analyse phénoménologique et de l'analyse flottante avec production d'une arborisation thématique
- Une modélisation (ou théorisation) qui propose d'établir les liens entre les grandes catégories identifiées

Une analyse de contenu thématique a été effectuée de manière croisée par les acteurs du projet.

Chaque entretien était analysé individuellement de manière verticale. Puis les entretiens ont été analysés de manières horizontales par tranche de 5 entretiens. Ces étapes nous permettaient de revoir le guide d'entretien.

6. Réflexivité et éthique

Ce sujet de thèse est né d'un questionnement personnel vers la fin de mon SASPAS puis lors des différents premiers remplacements. Je voyais l'intérêt que les patients portaient au dépistage et je constatais par ailleurs l'incompréhension exprimée par les patients devant l'arrêt. Je me suis alors demandé si cet arrêt pouvait jouer dans la relation médecin-patient et comment était-il vécu par les patients.

Le consentement des patientes a été recueilli par voie orale. L'anonymisation des résultats était garantie lors de la lecture du texte d'introduction qui précédait le début de l'entretien.

Le groupe d'éthique d'aide à la recherche clinique de l'Université de Tours a été contacté. Au vu des éléments transmis, un avis favorable a été donné par ce comité pour la réalisation de la recherche (N° de projet 2019023).

3. RESULTAT

1. Caractéristiques des participants

Entretien	1	2	3	4	5	6
Durée de l'entretien	25min40s	48min05s	34min20s	37min45s	35min25s	1h03min55s
Lieu de réalisation de l'entretien	Salle polyvalente MSP	Domicile de la Patiente	Salle polyvalente MSP	Salle polyvalente MSP	Domicile de la Patiente	Salle polyvalente MSP
Âge	79 ans	77 ans	78 ans	77 ans	75 ans	78 ans
Statut marital	Mariée, 1 enfant	Mariée, 1 enfant	Mariée, 1 enfant	Mariée, 2 enfants	Mariée, sans enfant	Veuve, 2 enfants
Métier	Commerçante	Assistante maternelle	Secrétaire	Ouvrière	Ouvrière	Fonctionnaire impôt
Poursuite ou désir poursuivre le dépistage du sein	Non	Non	Oui	Non	Oui	Oui
Poursuite ou désire poursuivre le dépistage du côlon	Non	Dépistage individuel	Non	Non (n'a voulu jamais participé)	Oui	Non
Dépistage individuel au départ	Non	Non	Non	Non	Non	Oui pour le sein
Discussion de l'arrêt avec le médecin traitant	Non	Partielle : directive imposée à la patiente	Partielle : directive imposée à la patiente	Non	Non (en a parlé avec son gynéco)	Partielle : directive imposée à la patiente

Tableau 2 a : caractéristique de l'échantillon

Entretien	7	8	9	10	11	12
Durée de l'entretien	28min01s	59min20s	40min58s	17min34s	38min55s	51min
Lieu de réalisation de l'entretien	Salle polyvalente MSP	Domicile Patiente	Salle polyvalente MSP	Domicile Patiente	Salle polyvalente MSP	Domicile Patiente
Âge	76 ans	77 ans	75 ans	75 ans	79 ans	78 ans
Statut marital	Mariée, 3 enfants	Mariée, 3 enfants	Mariée, 3 enfants	Mariée, sans enfant	Mariée, 3 enfants	Mariée, 5 enfants
Métier	Commerçante	Ouvrière	Coiffeuse	Professeur d'espagnol	Graphiste publicité	Agricultrice
Poursuite ou désire poursuivre le dépistage du sein	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Poursuite ou désire poursuivre le dépistage du côlon	Non	Dépistage individuel	Non	Dépistage individuel	Non	Non
Dépistage individuel au départ	Oui pour le sein	Non	Oui pour le sein	Oui pour le sein	Non	Non
Discussion de l'arrêt avec le médecin traitant	Non (en a parlé avec son gynéco)	Non	Non	Non	Oui, décision partagée	Oui, décision partagée

Tableau 2 b : caractéristique de l'échantillon (suite)

Entretien	13	14	15	16	17	18
Durée de l'entretien	1h02min37s	14min16s	38min16s	26min15s	32min37s	37min
Lieu de réalisation de l'entretien	Domicile Patiente	Domicile Patiente	Salle polyvalente MSP	Domicile Patiente	Salle polyvalente MSP	Salle polyvalente MSP
Âge	76 ans	78 ans	76 ans	76 ans	76 ans	80 ans
Statut marital	Veuve, 3 enfants	Mariée, 3 enfants	Mariée, 3 enfants	Veuve, 3 enfants	Mariée, 2 enfants	Veuve, 2 enfants
Métier	Concierge	Haute Couture	Coiffeuse	Salarié Telecom	Concierge	Aide-soignante
Poursuite ou désire poursuivre le dépistage du sein	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Poursuite ou désire poursuivre le dépistage du côlon	Non	Dépistage individuel	Non	Dépistage individuel	Non	Dépistage individuel
Dépistage individuel au départ	Non	Non	Oui pour le sein	Non	Non	Non
Discussion de l'arrêt avec le médecin traitant	Non	Partielle : directive imposée à la patiente	Non	Non	Non	Non

Tableau 2 c : caractéristique de l'échantillon (suite et fin)

18 patientes ont accepté de répondre à l'invitation en vue d'un entretien.

Les entretiens étaient programmés dans une salle mis à disposition dans les divers MSP, ou directement au domicile de la patiente.

La répartition des patients en fonction de la durée des entretiens était la suivante :

-Entretien de moins de 30 minutes : 27,7 % (5 entretiens)

- Entretien entre 30 et 45 minutes : 44,4 % (8 entretiens)

- Entretien de plus de 45 minutes : 27.7 (5 entretiens)

2. Résultat de l'analyse

- Les différents entretiens réalisés ont permis de mettre en évidence 4 axes thématiques :
- L'expérience personnelle de la maladie et les attitudes en santé (y compris le vécu de la maladie non cancéreuse chez l'entourage)
- Le vécu, l'expérience, les représentations du cancer.
- Le vécu, l'expérience, les représentations du dépistage.
- Le vécu de la relation médecin – patient et la communication autour du dépistage.

2.1 L'expérience personnelle de la maladie et les attitudes en santé :

2.1.1 L'expérience personnelle de la maladie :

Toutes les patientes interrogées, avaient **au moins un problème de santé** pour lequel elles prenaient un **traitement chronique**.

E10 « *Je fais de l'ostéoporose donc je prends du calcium tous les matins et puis un jour par semaine un médicament.* »,

E14 « *Maintenant si, comme tout le monde. Oui depuis un moment pour la tension, pour Un petit peu pour tout ça* ».

Certaines d'entre elles **souffraient ou avaient souffert** de cette pathologie (8 occurrences),

E1 « *je souffre énormément depuis une bonne dizaine d'année...on m'a dit que c'était la maladie des jambes sans repos* »,

E2 « *j'essaye de faire tout ce qu'il faut pour me soigner ça parce que c'est terrible de souffrir comme ça.* ».

D'autres patientes ont exprimé le fait d'être en situation d'**handicap** à cause de cette pathologie chronique (3 occurrences),

E2 « *j'me lave la tête à l'eau froide depuis 3 ans et demi. Je ne supporte pas l'eau chaude. Je regarde la TV avec mes lunettes de soleil,* »,

E 16 « *bah oui ! Ça me gêne, ça me gêne dans mes déplacements et tout. Quand je prends le train, il faut toujours que je demande à quelqu'un qui m'aide par ce que j'ai du mal à soulever les jambes et tout ça. Oui ça me gêne* ».

D'autres patientes n'ont pas exprimé de souffrance particulière vis-à-vis de leurs maladies chroniques actuelles ou passées et **se considéraient en bonne santé** (6 occurrences)

E12 « *Alors en dehors de ça je peux dire que je suis d'une bonne santé. A part ça ...* », E14 « *Ben soucis de santé particulier, je n'en ai pas eu ! Je touche du bois, jusqu'à présent c'est nickel !* ».

Au cours des entretiens, certaines femmes ont exprimé **une préoccupation** pour leur santé (4 occurrences),

E1 « *Oui parce qu'on est toujours très inquiet de sa santé... On n'a pas envie de capituler par la maladie. On a bien envie de rester en très bonne santé.* »,

E9 « *Oui quand même parce que je trouve que c'est la plus belle richesse la santé.* »

ou au contraire **une absence de préoccupation** (4 occurrences)

E4 « *vous voulez me demander si mes maladies, ce que j'ai si ça me travaille ... disons si j'y pense ? Non je prends mes cachets puis voilà !* »,

E13 « *Oui je laisse aller quoi, voilà, c'est le mot.*».

Certaines patientes se montraient **diligentes par rapport à leur santé** (3 occurrences)

E5 « *Quand j'ai quelques choses je fonce, ce n'est pas l'autruche...* ».

D'autres montraient **une passivité** dans leurs attitudes (4 occurrences)

E 13 « *Pour moi c'est une corvée d'y aller. Je suis fainéante pour ça.* ».

Une **hiérarchisation des priorités en santé** a été mise en évidence:

- **ne pas souffrir** (2 occurrences) E8 « *moi je me dis la santé ce n'est pas une priorité mais la douleur ça en est une.* »,
- **la maladie chronique actuelle** (2 occurrences) E16 « *C'est plutôt mon équilibre qui me tracasse.*»,
- **Avoir de bons résultats sanguins** (1 occurrence) E 13 « *Ben que je n'ai pas trop de cholestérol et trop monter ma glycémie et puis c'est tout* ».

Pour certaines d'entre elles, **un sentiment de peur** vis-à-vis de leurs santé, a été rapporté (7 occurrences). Cette peur était en lien

- **avec la mort** (1 occurrence) E2 « *J'ai peur de mourir hein !* »,
- **la maladie** (3 occurrences) E9 « *Ah c'est la peur de la maladie ...*»,
- **ou la dépendance +/- la perte de facultés intellectuelles** (3 occurrences) E8 « *J'ai surtout peur... partir non, j'ai surtout peur d'être à la charge, puis d'être à moitié comme ça, alors ça je n'admettrais pas* ».

2.1.2 L'expérience de la maladie de l'entourage :

En ce qui concerne le vécu de la maladie à travers l'expérience de l'entourage de la patiente, plusieurs d'entre elles ont dit avoir actuellement **un proche gravement malade ou avoir eu un proche gravement malade décédé (hors pathologie cancéreuse)** (8 occurrences) :

E2 « *Mon mari est diabétique, il ne marche plus, ...Il ne voit pas bien, il est tout bancal, il est dépressif... »*,

E6 « *Mon mari...Il est tombé malade. Il a eu une maladie dégénérative. Enfin au niveau ...Voilà que je ne sais plus... Il a eu une dégénérescence du cervelet... il est décédé en 2000 »*.

Certaines avaient été ou était encore **l'aidante principale** (5 occurrences), E2 : «*Alors c'est pas marrant, m'occuper de mon mari qui est dépressif qui est pas toujours agréable, parce ça lui porte sur les nerfs... »*.

Peu de femmes exprimait **une inquiétude actuelle par rapport à l'état de santé de leur proche** (1 occurrence), E2 « *Là pour l'instant j'm'inquiète tellement pour mon mari, parce qu'il ne marche plus.*».

2.2 Vécus, expériences, représentations du cancer

2.2.1 Vécu personnel du cancer et ressenti par rapport au cancer :

Quelques une des patientes interrogées, **avaient eu un cancer**, (5 occurrences)

E11 « *Non moi c'est le col de l'utérus (où j'ai eu un cancer) »*,

E2 « *Moi, j'ai eu un cancer de peau, en 1990, je suis guérie mais je me fais toujours suivre.*».

Peu de femmes rapportaient **le vécu de la nocivité du traitement (chimiothérapie)** (1 occurrence).

E16 « *Parce que j'ai l'impression que j'ai toujours mon ventre endormis depuis (la chimio).* »

Plusieurs patientes exprimaient **un sentiment de peur face au cancer** (6 occurrences)

E1 « *Ah si, j'ai quand même peur d'avoir un cancer... Ah si, si, si »*

ou **face au traitement du cancer**, (1 occurrence)

E13 « *Non pas du tout. J'aurais plus peur des traitements, de la chimio et tout ça. Ah oui je vous le dis franchement c'est ce qui me fait le plus peur, de souffrir après.* »

Au contraire, d'autres patientes exprimaient **une absence de peur** vis-à-vis du cancer (2 occurrences)

E18 « *si ça me fait peur ? Non...J'ai pensé ce matin, je me disais mais si j'avais le cancer, ben n'importe où dans mon corps, c'est bizarre mais je ne serai pas à dire « oh la la, mon Dieu » ; Non, non. C'est bizarre ça quand même. Je ne sais pas pourquoi ça me fait cet effet-là »*.

Certaines femmes exprimaient **une absence de préoccupation quant au cancer en général** (5 occurrences)

E4 « *Moi le cancer de toute manière je n'y pense pas »*, E1 « *le cancer je n'y pense pas en définitif... »*,

E16 « *Si je n'ai pas de surveillance ça m'est égal. J'avais oublié déjà l'année dernière de la faire. Quand je me suis aperçu c'était déjà... Il a fallu que je recommence tous les papiers.* ».

Certaines patientes exprimaient un vécu **d'une médecine dans le passé qui était d'abord curative et où l'évocation du cancer était taboue**, (2 occurrences)

E 8 « *On n'en causait pas comme maintenant.* ».

E13 « *Mais ça ne se faisait pas comme ça dans le temps. On allait voir notre médecin et il nous faisait faire des examens que si on avait un problème quelque part. Enfin pour moi ça se passait comme ça. Mais ce n'était pas automatiquement. Tandis que maintenant !* »

2.2.2 Vécus de l'expérience du cancer chez l'entourage

La plupart des patientes avait **parmi leurs proches des personnes décédées d'un cancer** (13 occurrences),

E18 « *Oui. Cancer du poumon. Donc à 37 ans je me suis retrouvée seule avec mes enfants* »,

E3 « *Si j'ai ma maman qui est décédée d'un cancer du pancréas* ».

Peu de patientes **n'avaient pas dans leur famille de personnes ayant souffert de cancer**, (5 occurrences)

E2 « *J'avais 7 frères et sœurs. J'ai perdu 3 sœurs. Aucun cancer !* »,

E4 « *De cancer, non... La famille proche hein !* ».

Certaines patientes avaient été **l'aidante d'un proche atteint d'un cancer en phase terminale** (4 occurrences)

E18 « *Ah ben mon mari... Oui j'ai suivi mon mari. Parce qu'il était à la salpêtrière. Aussitôt, qu'il allait mieux. Je demandais qu'il me le redonne hein ! Je ne voulais pas qu'il reste là.* »,

E8 « *Je couchais là-bas la nuit, je ne la laissais pas. Mon mari me disputait un peu, parce qu'il trouvait que j'étais trop* ».

D'autres femmes avaient des **proches ayant eu un cancer et étant actuellement en rémission pour ce cancer** (5 occurrences),

E14 « *Bon on a eu une amie-là qui a eu un petit problème de santé malheureusement la maladie du siècle, le cancer ! Bon elle a été opérée et tout ça. Bon elle en est ressortie apparemment.* »,

E12 « *Oui parce que moi j'ai une amie elle avait 79 ans...on lui a découvert un petit nodule qui a été opéré... Bon apparemment là, je la vois régulièrement, ça n'a pas eu de suite hein, enfin il y a un an* ».

Certaines femmes avaient donc une expérience du **cancer comme une maladie curable** et **d'autres comme une maladie incurable**.

L'impact émotionnel et le vécu douloureux du cancer d'un proche étaient le partage d'une majorité des patientes (8 occurrences)

E18 « *Parce que ma mère quand elle a eu son cancer, elle est resté sans rien nous dire nous ses filles et quand elle nous a fait voir son sein c'était horrible !* »,

E13 « *Bon ben, il souffrait, il souffrait... il a souffert, on lui injectait ça par les voies naturelles, mon Dieu il urinait le sang. Je l'entendais la nuit parce qu'on faisait un petit peu lit à part depuis 2 ans à peu près...* »,

E4 « *Ouais, ouais, faut voir un peu... Fallait voir dans quel état qu'elle était alors donc voilà !* ».

2.2.3 Représentations, perceptions, opinions sur le cancer

a) Concernant la maladie cancéreuse :

Parmi les patientes interrogées, le cancer était représenté :

- **comme une maladie imprévisible** (6 occurrences)

E4 « *Après ça va nous tomber peut être dessus mais tant pis hein... On aura fait un bout de chemin quand même* », E8 « *Moi je pense que c'est quand même une maladie, qui dort, qui dort... je pense.* »,

E 16 « *...ben je ne sais pas ce que ça aurait donné parce que finalement on a aucun symptôme hein. On n'a pas de symptôme hein.* »,

- **comme une maladie inéluctable** (2 occurrences)

E 12 « *donc si vous voulez je vais vous dire c'est quelque chose qu'on redoute en disant pourvu que ça ne m'arrive pas. Mais en se disant de toute façon je n'y peux rien.* »,

- **comme une maladie épargnant les plus âgés** (2 occurrences)

E8 « *Dans ma tête on devait attraper un cancer que quand on était jeune, jeune entre guillemet.* », ou au contraire **touchant toutes les personnes peu importe l'âge** (2 occurrences)

E18 « *Parce qu'il n'y a pas d'âge ! on peut l'attraper à tout âge hein, c'est sur hein !* »,

- **comme une maladie dégradante** (2 occurrences)

E12 « *...vous voyez la personne qui maigrit qui a une sale tête donc c'est vraiment horrible.* »,

- **comme une maladie mise en évidence grâce à la clinique** (2 occurrences)

E12 « *Alors je me dis évidemment ça peut arriver sans qu'on s'en aperçoive mais par exemple qui vous avez du sang dans les selles, c'est un indice quand même, si vous avez des problèmes justement de ventre, de douleurs dans le ventre* ».

Certaines d'entre elles trouvaient que **le cancer était une maladie de fréquence croissante** (2 occurrences)

E13 « *Ben c'est bien d'avertir quand même parce que je me dis qu'est-ce qu'il y en a !* ».

Certaines femmes admettaient **ne pas avoir de connaissance sur le cancer du sein** (2 occurrences)

E14 « *: Non. Donc heureusement, tant que je n'ai pas ce souci-là. Non je ne me suis pas renseigné* ».

b) Concernant le traitement du cancer et les facteurs protecteurs de la maladie :

Il existait parmi la population étudiée, **une représentation des traitements du cancer en général comme nocifs ou inefficaces** (5 occurrences)

E4 « *Ben voilà, voilà ! Elle a commencé à être mal quand ils ont commencé les traitements. Avant elle était bien, elle ne souffrait pas, elle n'avait rien.* »,

E18 « *Ah ben oui ! De toute façon, le but est le même. Les traitements ça ne fonctionne pas toujours* »,

E13 « *Je me dis, j'ai 76 ans qu'est-ce que ça va m'amener après ? Des souffrances comment ils ont parfois avec la chimio* ».

La représentation **du coût du traitement comme supérieur à celui du dépistage** a aussi été évoqué (2 occurrences)

E7 « Ben ce n'est pas toujours bien non plus parce que le jour qu'on déclare quelque chose, ça coute plus chère à la société que de faire un examen ! ».

Certaines femmes se représentaient **le cancer du sein comme étant curable** (2 occurrences)

E4 « Bah ce n'est pas pareil, ça s'est plus vite guéri. »,

ou exprimaient aussi **le souhait d'être soigné en cas de cancer du sein** (1 occurrence)

E2 « Mais là si on me disait vous avez un cancer du sein allez hop tout de suite hôpital et puis j'me laisse soigner, s'il faut des rayons, des machins alors là j'accepte ! ».

La perception du risque individuel pour le cancer du sein était jugé comme moindre à cause d'une **période d'allaitement** (1 occurrence)

E12 « Alors moi, ils ont été allaité tous les 5 plus ou moins longtemps »

ou **de l'absence de cas de cancer dans la famille** (6 occurrences)

E6 « Non, parce que ... dans mes antécédents... Dans mon entourage proche je n'en ai pas eu. »,

E 15 « Oui, oui. Mais enfin moi ce qui m'a rassuré tout de suite, on m'a dit comme c'est du côté paternel, il y a moins de chance »,

E11 « Oui bien sûr. Mais si vous voulez, si ma sœur en avait eu un et que ma mère en avait eu un, il pourrait avoir une filiation et je pourrai très bien moi aussi être dans le même cas mais non il n'y a pas eu. Il n'y a pas ».

La précocité du dépistage était considérée comme un gain de chance en termes de guérison (5 occurrences)

E3 « Ben j'ai toujours entendu dire, plus c'était dépister petit mieux ça valait. »,

E12 « J'ai toujours entendu dire que si c'était pris au début c'était quand même mieux et ça pouvait quand même mieux se soigner même si dans certains cas ce n'était pas exacte ».

2.3 Vécus, représentations et attitudes vis-à-vis du dépistage :

2.3.1 Vécu et expérience personnels avant et après l'arrêt du dépistage

a) Avant le dépistage :

La plupart des patientes faisaient les deux dépistages organisés (pour les cancers du sein et du côlon) régulièrement. Il existait **une bonne adhésion au dépistage** (12 occurrences)

E12 « Donc moi j'ai fait ça tout le temps que j'étais dans l'âge requis quoi. »,

E17 « Oh oui ! Oui tous les 2 ans ».

Certaines patientes ne **faisaient régulièrement que la mammographie** (3 occurrences)

E4 « Tous les 2 ans on recevait ça... Et puis ben voilà. J'y ai toujours été. »

ou avaient **une moindre adhérence au dépistage du côlon (moins régulière)** (3 occurrences)

E14 « Donc je le fais aussi depuis 3 fois. Là ça sera la troisième fois ».

Certaines femmes bénéficiaient d'un **dépistage individuel avant le début des dépistages organisés** (5 occurrences),

E7 « *Quelques fois le gynécologue me prescrivait la mammo* ».

Certaines patientes rapportaient le fait que c'est elles qui **surveillaient le rythme de réalisation du dépistage** (3 occurrences),

E8 « *Ah dire vrai, je marquais tout, et puis quand arrivait la date je disais à mon médecin, il va falloir que j'y aille* »,

E11 « *donc je vous dis comme je vous ai dit tout à l'heure, moi je vois mon médecin traitant et je lui demande une ordonnance puis j'y vais. Là il va falloir d'ailleurs que j'y aille pour le mois de juillet car ça fera 2 ans que je n'en ai pas fait.* » .

Certaines femmes **ont eu un résultat positif lors du dépistage par mammographie ou du côlon** (7 occurrences),

E8 « *Il m'avait trouvé des plaques. Il m'avait trouvé d'autres choses* »,

E7 « *et il avait trouvé soit disant une grosseur enfin une tâche qui leur semblait bizarre, c'était monsieur C'est à l'époque sui était encore là qui m'a envoyé au centre de sénologie à Orléans.*».

Parmi les femmes ayant eu un résultat positif au dépistage, certaines ont exprimé **une souffrance liée l'incertitude du résultat** (2 occurrences),

E8 « *c'est du vécu qui n'a pas été sympa...Je venais, j'y allais, j'avais un cancer, je reviens il n'y avait plus rien! Alors j'ai complètement déphasé* »

ou **une attitude de fuite** (1 occurrence),

E16 « *Bon ben c'était au moment des vacances où j'avais un voyage à faire. Je dis je fais mon voyage parce que si après je meure ben j'aurais fait mon voyage quand même.* ».

Dans quelques cas, le dépistage a permis de **découvrir un cancer chez la patiente ou ses proches** (3 occurrences),

E16 « *Mais ils nous ont envoyé à refaire ! Et c'est là que ... C'est là que ils ont vu que...* »,

E4 « *puisque elle c'est suite à un papier qu'elle recevait* ».

b) Après le dépistage :

Après l'arrêt officiel du dépistage, certaines femmes regrettaient de ne plus recevoir **l'invitation qui constituait une aide dans la réalisation régulière des dépistages** (2 occurrences),

E7 « *Mais c'est bien quand on est convoqué parce qu' quand on le fait de soi-même on y pense pas toujours. Le temps passe et puis on ne le fait pas.* »,

E9 « *Parce que bon, il faut penser à faire ses examens, alors qu'on était habitué à une routine* ».

Dans la plupart des cas, **la poursuite du dépistage était initiée par la patiente pour le cancer du sein** (8 occurrences)

E 18 « *Ah oui, oui. Ah moi non le dépistage, la mammographie, je continuerai tant que je pourrai hein !* »,

E9 « *De moi-même je me suis dit bon je continuerai* »

et le **cancer du côlon** (1 occurrence)

E5 « *Ah ben je demanderai à ma docteur, qu'elle me le donne, comme cela je le ferai* ».

Ce désir de **poursuivre le dépistage était présent malgré le coût financier**, (1 occurrence),

E16 « *Oui je le sais mais s'il faut que je paye j'en ferai une. Oui je le sais ça.* ».

La **poursuite d'un dépistage individuel semblait être peu initiée par le médecin traitant** pour le cancer du sein par la réalisation de mammographie (2 occurrences),

E6 « *Oui et même là il continue à me le faire faire.* ».

Peu de patientes rapportaient également, **que le médecin ait conseillé l'arrêt** (2 occurrences),

E2 « *Dr P m'a dit qu'il fallait que j'arrête, j'arrête !* »,

E8 « *Peut-être que je trouve que le Dr P, avec moi peut être, il ne cause pas de tout ça. Ce ne sont pas des choses à dire mais... Il n'a pas... Il ne m'a pas poussé dans ce sens-là. Il ne m'a pas dit : « dis donc, madame G, il faudrait peut-être refaire un dépistage » Non!* ».

Certaines patientes déclaraient **n'avoir pas poursuivi de dépistage individuel par les hémocults** (4 occurrences),

E11 « *Oh j'sais pas. Ça fait quoi ? Ça fait 4-5 ans qu'on ne les fait plus !* »,

E15 « *Ben non parce qu'à un certain âge, il ne vous envoie plus les papiers par le quel on le fait. Alors de moi-même je ne le fais pas.* »

et par **les mammographies** (2 occurrences), E2 « *J'avais pas aller payer des machins. Dr P m'a dit qu'il fallait que j'arrête, j'arrête !* ».

2.3.2 Vécus et attitudes de l'entourage vis-à-vis du dépistage

En ce qui concerne l'entourage de la patiente, **l'intérêt pour le dépistage** était variable. Il pouvait être **peu impliqué** (4 occurrences)

E9 « *Je ne comprends pas que certaines personnes... J'ai une amie justement qui ne veut pas le faire. Alors je trouve ça complètement aberrant.* »

ou au **contraire investi** (1 occurrence)

E18 « *Avec ma sœur, on en a parlé oui parce qu'on ne trouvait pas ça normal. A 74 ans zut ! C'est quand même pas... surtout à l'époque ou on vit quand même* ».

Des expériences en rapport avec **un manque de fiabilité du dépistage** a été rapporté (1 occurrence),

E16 « *Et puis mon mari qui n'avait rien lui aussi il est mort d'un cancer. Et lui ben vous voyez, ça n'avait pas été décelé, ça a été quand il est mort. Moi j'ai été opéré. Ça fait 6 ans qu'il est décédé, vous voyez 4 ans après. (Cancer du côlon)...Ben je dis que c'est comme ça... ou ça c'est peut être déclaré après ... je ne sais pas, je ne sais pas* »

ou au contraire **l'efficacité du dépistage dans son entourage** (1 occurrence),

E4 « *puisque'elle c'est suite à un papier qu'elle recevait (qu'on a découvert son cancer) ».*

2.3.3 Opinion, représentation, perception du dépistage et attitudes vis-à-vis de la prévention en général

La réalisation des dépistages était considérée **comme rassurante** (10 occurrences). Plusieurs termes ont été utilisés par les patientes pour décrire **ce sentiment : Sécurité, tranquillité, garantie, mise au point, fiabilité.**

E3 « *je trouve qu'on est rassuré. »*,

E8 « *c'était une garantie, puis je parlais l'âme tranquille vous voyez »*,

E9 « *très bien, très rassurant ! »*,

E11 « *Ben le dépistage ça représentait pour moi, oui, une mise au point, sécurité, oui, oui. »*,

E12 « *et puis alors en plus eux, ils regardent les radios mais ils les renvoient après pour une deuxième ... pour un deuxième contrôle, une deuxième lecture. Donc je trouve que c'est bien fait. »*

Beaucoup de patientes considéraient aussi **le dépistage comme important pour les 2 dépistages organisés** (3 occurrences)

E5 « *Ben de toute façon c'est les 2 qui sont importants !! »*,

E17 « *Euh ben si pour moi, je trouve que c'est important ! Oh oui c'est sur hein. Vaut mieux prévoir, comme on dit ! »*, ou **pour le sein uniquement** (6 occurrences)

E9 « *Ben ça fait 20 ans que je fais des mammographies et pour moi c'est essentiel ! »*,

E2 « *Le sein oui, s'il fallait que je continue, j'continue mais pas la coloscopie »*.

Peu de patientes ont exprimé **un manque d'intérêt pour la réalisation des dépistages en général** (3 occurrences)

E12 « *Moi je n'y vais pas quand même ... je me dis il faut que j'y aille quoi, IL FAUT ! Je le faisais par nécessité quoi. »*,

E8 « *Donc je suis un peu en retard, donc je vais lui demander une ... C'est comme si que je demandais un sirop vous voyez, ça n'a pas une importance ... »*.

Le **caractère déplaisant de la technique de dépistage du cancer du côlon** a été évoqué (3 occurrences)

E12 « *Que je me disais c'est quand même déplaisant »*,

E3 « *Oui mais c'était plus contraignant le colon »*,

ainsi que le **caractère désagréable de la mammographie** (4 occurrences)

E 15 « *Ah oui, oui. Ah oui c'est sensible, ce n'est pas une partie de rigolade de faire une mammographie. J'avoue que ... »*,

E9 « *pas très agréable l'examen mais bon »*.

La **promotion du dépistage du cancer du sein** était considérée **comme plus importante que celle du côlon** (4 occurrences)

E8 « *On entend beaucoup plus parler si vous voulez du cancer du sein... je ne sais pas »*,

E 16 « *ben non, parce que c'est les femmes on parle surtout des seins. On parle rarement du côlon* ».

Par ailleurs, plusieurs femmes ont exprimés un **intérêt pour la prévention en général** : pour **l'hygiène alimentaire** (5 occurrences)

E2 « *Moi j'essaye de manger bio quand j'peux mais c'est pas toujours évident* »,

E14 « *Ben on fait quand même attention aussi bien en nourriture qu'en tout. Pas d'exagération, pas d'alcool, on ne fume pas...Ben je ne peux pas faire plus de prévention qu'on fait* »,

pour la vaccination (4 occurrences)

E14 « *C'est régulier, c'est surveillé. En ordre ! Parce qu'on voyageait beaucoup donc les vaccins tout ça c'était surveillé* », E18 « *Ah ben oui les vaccins anti-grippe c'est tous les ans oui !* ».

L'adhésion à la réalisation du frottis semblait moindre pour certaines patientes (2 occurrences)

E11 « *Ah oui des frottis. Ben oui il m'en faisait de temps en temps.* »,

E15 « *Oh la la, c'est fini ça ! J'en ai eu mais ça fait longtemps.*».

2.3.4 Vécus, ressentis, opinions, représentations de l'arrêt du dépistage

A l'arrêt du dépistage, plusieurs sentiments, globalement négatifs, étaient rapportés par les femmes. :

- **Abandon** (4 occurrences),

E7 « *Ben on ne peut pas dire que c'est de l'abandon mais Heu... Je ne sais pas. Ça ressemble un peu à ça en fait. On a l'air de dire bon ben maintenant tout doit bien aller sans doute* »,

E 17 « *Ben qu'on était un peu délaissé quoi ! Franchement ! Vous arrivez à un certain âge et ben ça y est, allez hop !* »

- **Incompréhension** (5 occurrences),

E16 « *Ben je trouve que c'est pas trop normal, parce qu'il y en a quand même beaucoup que ça se déclare après. Mais bon* »,

E15 « *Moi c'est ce que je dis pourquoi on vous suit pendant 25 ans à 30 ans et puis d'un seul coup-là !!* ».

- **Regrets** (2 occurrences) : E7 « *Je trouve que c'est un peu dommage dans le fonds ; Vous ne croyez pas ?* »

-**Dévalorisation due à l'âge** (4 occurrences),

E9 « *: Ben je me suis senti... veille ! (Rires). Que je n'avais plus besoin qu'on s'occupe de moi, de ma santé* », E3 « *Parce que bon je trouve que c'est un peu bête d'arrêter d'un coup quoi. J'sais bien qu'à 75... Après 75 ans, on est sacrifié mais quand même...* »

-**Déchéance** (3 occurrences),

E18 « Ben je trouve que ce n'est pas normal ! ça veut dire qu'à 74 ans on peut mourir ! Pour moi, c'est ça. »,

E7 « Enfin moi je trouve. Ça veut dire à ce moment-là, la vie est finie »

-**Peur** (1 occurrence), E18 « Heureusement qu'on a la volonté de vivre parce qu'ils nous font peur (avec l'arrêt). »

-**Injustice** (2 occurrences),

E17 « Ben peut être que c'est une injustice parce qu'il y avait des gens, avant, il recevait peut être que ça leur motivait plus ...»

-**Insatisfaction** (6 occurrences),

E5 « Ah oui, mais là comme moi j'ai 77 ans, j'ai plus... Ah voilà ! On arrive à 75 ans, allez, ça ne sert plus à rien de vous surveiller, C'est nul ça !!! », E9 « J'avoue que je le vis mal, parce que c'est tellement bien établi ».

-**Indifférence** soit parce qu'il existait un relais avec le dépistage individuel par le médecin généraliste (5 occurrences),

E6 « Ben moi je n'ai, jusqu'ici je ne me suis pas trop posé de questions puisque je sais que c'est un médecin qui va continuer »,

E16 « ça ne me fait rien du tout.... Ben je me débrouillerai pour le faire moi-même et puis voilà ».

ou parce que le dépistage n'est pas une préoccupation (5 occurrences),

E2 « Pas du tout, moi je vis au jour le jour... c'est comme ça, c'est comme ça! », E13 « Non, ça ne me fait rien du tout. »

-**Sentiment de sécurité** (2 occurrences),

E 12 « Alors si vous voulez ça m'a presque rassuré en me disant, ben ça veut dire qu'il y a moins de risque maintenant si on ne nous demande plus d'aller »

Pour beaucoup de femmes, **la notion d'un moindre risque à 75 ans** était une raison de l'arrêt du dépistage (5 occurrences),

E 4 « Moi j'ai fait mon diagnostic. On ne m'envoie plus, je suis trop vieille et puis voilà. On est moins sujette à attraper... ça c'est moi qui l'affirme hein »,

E12 « ça voulait dire qu'on avait moins de chance d'être atteint par ce genre de chose. Moi ma conclusion ça a été ça. Je me suis dit ben vraisemblablement s'il arrête là c'est qu'après il y a moins de risque on va dire. »,

E7 « Oui je suppose. De toute façon, il y a peut-être moins de risque quand on arrive à mon âge que quand on est plus jeune peut être ».

Pour d'autres femmes, l'arrêt du dépistage avait **une justification liée à un coût financier** (3 occurrences),

E11 « *Mon ressenti ça a été bon ben les personnes âgées on ne s'en occupe plus et c'est la sécu qui ne veut plus payer, c'est tout. C'est ce qu'on pense.* »,

E16 « *Ben ça doit être un problème d'argent ... Et il n'y a pas de solution, c'est ça ! C'est un problème d'argent* ».

Pour encore d'autres femmes, le **dépistage devenait sans doute inutile** à partir de 75 ans (4 occurrences),

E8 « *Mais passer une radio complètement à mes frais, vous voyez il y a une histoire d'argent quand même, j'aurais dit à mon âge c'est de l'argent gaspillé. Vous voyez ce n'était pas bien. J'aurais eu 70 ans je n'aurais pas raisonné pareil.* »,

E1 « *Hé je me suis dit qu'il y a tellement de personne plus jeune qui ont besoin d'exams et qu'en définitif vu que notre âge avance, ben qu'on soigne les plus jeune ... Voilà ! ça a été un peu ma réaction ...* »,

E10 « *je me suis dit bon ben à partir de 74 ans on est considéré comme vieux. Ben voilà c'est tout, maintenant on a plus besoin à la limite d'être soigné* ».

La **notion de perte de droit à 75 ans** a aussi été évoqué (4 occurrences),

E3 « *on est vieux maintenant, on n'a plus droit à rien* »,

E11 « *Même maintenant ce n'est plus obligatoire parce qu'à partir de 74 ans on y a plus le droit* ».

2.3.5 Motivations et freins à poursuivre le dépistage

Pour celles qui souhaitaient continuer le dépistage individuel, les motivations à poursuivre étaient diverses :

- **-Le cancer d'un proche** (comme motivation à se faire dépister) (4 occurrences),

E18 « *Elle avait tout le sein mangé c'était affreux. Alors bon, alors quand vous voyez ça, alors vous vous dites bon quand même, il faut le faire.* »,

E9 « *Ben je voulais absolument le faire parce que je vous dis mon problème c'était cette famille de cancer, c'était une obsession un peu chez moi* »

- **-Le caractère bénéfique du dépistage** (4 occurrences),

E14 « *ben non moi non. Je trouve que c'est un bien au contraire de continuer* »,

E9 « *Ben moi je pense que c'est très bien.* ».

- **-Eviter une perte de chance** (2 occurrences),

E17 « *Oui, oui voilà. Ben j'ai assez avec l'arthrose, j'ai du mal bien à marcher alors je tiens à ne pas greffer d'autres choses si c'est possible* »,

E11 « *Bon Alors, s'il m'arrive quelque chose au moins je n'aurais pas à me dire, t'avais qu'à faire attention, t'avais qu'à aller faire ta mammographie. Je l'aurais fait.* »

- **-Augmenter l'espérance de vie** (2 occurrences),

E14 « *C'est un bien du fait qu'on vit plus vieux maintenant donc il faut continuer à faire certains examens* »,

E18 « *Moi je trouve qu'à 74 ans , à l'époque où on vit, 74 ans on n'est pas vieux* ».

- **Protéger les descendants** (1 occurrence),

E9 « *Donc je me dis si on me dépiste moi avec un cancer du sein, c'est là qui faudra faire très attention pour mes 3 filles et ma belle-fille...* »,

- **le dépistage comme moteur pour avancer** (1 occurrence),

E18 « *Ça oblige à aller de l'avant de toute façon. Parce que tout est bien, les analyses sont bien, les dépistages sont bons. Ben il faut avancer, c'est tout* »

- **et la peur du cancer** (1 occurrence),

E18 « *Alors si le cancer du sein ça m'inquiète, c'est pour cela que je les fais faire mes mammographies régulièrement* » étaient peu cités comme facteur de motivation à poursuivre le dépistage.

Concernant les freins au dépistage, **le cancer d'un proche était aussi cité comme un frein au dépistage**, (6 occurrences),

E12 « *Ah oui, oui. Et puis d'être dégradé si vous voulez. -Moi : Et ça, ça ne vous pousserait pas à faire des dépistages par exemples ? -Ah non ce n'est pas suffisant*»,

E4 « *J'ai eu une amie, ben je vous l'ai dit, qui a eu ça et quand j'ai vu dans quel état qu'elle était ça m'a refroidi alors du coup, à cause de ça j'ai jamais été* », tout comme, de manière moins significative, tout comme **l'âge avancé** (1 occurrence),

E13 « *Non, non. Peut-être que je serai plus jeune peut-être.* »

et **la fonction d'aidant** (1 occurrence),

E13 « *Régulièrement et puis après à mes 70 ans j'ai dit bon j'arrête tout, puis voilà, puis après la maladie de mon mari...* ».

2.4 Vécus de la relation médecin-patient et communication:

2.4.1 Vécus de la relation médecin-patient :

Plusieurs patientes ont déclaré avoir **confiance en leur médecin généraliste** (7 occurrences) **ou en leur spécialiste** (2 occurrences),

E1 « *J'ai une entière confiance dans le docteur J, je pense qu'il a un très bon diagnostic* »,

E10 « *Ah moi j'aime beaucoup le Dr P. Je lui fais entièrement confiance ? Je pense qu'elle est très scrupuleuse. Je lui fais entièrement confiance.* »,

E5 « *voilà mon rdv le 28 septembre, Dr P chirurgien urologue ... c'est un très bon ! C'est vrai que c'est un crac* ».

La relation médecin-patient était décrite comme **une relation de bonne qualité** par de nombreuses femmes (7 occurrences),

E9 « *Et c'est vrai qu'on a un très bon contact avec lui.* »,

E18 « *Avec le Dr L. Ben très, très bien. Facile à parler, au moins on peut parler, on n'est pas gêné, rien du tout, et ... Enfin, je discute mieux avec madame Li qu'avec son médecin précédent...* »

et elles rapportaient également que le fait qu'elles trouvaient **leur médecin compétent**, (5 occurrences)

E12 « *Alors moi, par contre madame P, me fait faire quand même des analyses régulières.* », E16 « *Ah ben elle fait tout quand même. Elle est bien.* » .

Un **sentiment de bonne alliance thérapeutique** était rapporté (5 occurrences),

E15 « *Ah non ça pour ça, elle a beaucoup de monde mais elle sait... ceux qui viennent pour une petite grippe et ceux qui viennent quand vraiment il y a ...* »,

E12 « *Mais là je me suis dit-elle, elle me connaît, elle va savoir que si je lui écris c'est que vraiment ça ne va pas* ».

La plupart des patientes étaient **suivies par leur médecin traitant depuis longtemps** (8 occurrences),

E3 « *Et bien ça fait pas loin de 10 ans...* », E6 « *Ben presque 27 ans* ».

Cela se traduisait aussi par une **expérience d'un soutien médical lors des maladies des proches atteints de maladies graves ou cancer** (4 occurrences),

E7 « *Pour moi, irréprochable ! Parce qu'il nous a... même déjà au niveau de mon mari, il m'a bien aidé.* », E13 « *Même mon mari du Dr C il avait une confiance en lui. Moi je les trouve très, très bien. (raconte l'histoire du décès de son mari d'une leucémie)* »

Des **désaccords** étaient rapportés mais avec d'autres professionnels de santé (6 occurrences)

E1 « *parce que je me suis fâché à un moment avec l'hôpital de Châteaudun.* »,

E 18 « *Je lui en ai voulu et je lui en veux encore. Parce que franchement ! On ne peut pas refuser ça ! On ne refuse pas. Surtout qu'il me connaissait ! (pharmacien)* ».

2.4.2 Communication médecin – patient :

a) Communication en général

Certaines patientes rapportaient avoir **une bonne communication avec leur médecin généraliste basée sur des explications**, (3 occurrences),

E 15 « *Franchement elle nous met à l'aise et puis elle explique clairement.* », E14 « *Oui, oui. On est à l'aise avec elle. Chez certains médecins dès fois on est un petit peu à l'écart. Mais là on est bien* ».

Il existait aussi **une liberté dans les échanges** (2 occurrences),

E12 « *Alors si vous voulez, ça aurait été un médecin avec lequel je n'étais pas en relation de confiance, je pense que je ne me serai pas permis d'envoyer un mail parce que je n'aurais pas voulu la déranger* »,

E 17 « *Ah oui, oui, je pose des questions. Oui, oui.* ».

L'absence de décision partagée a été peu citée (1 occurrence),

E14 « *ben je trouve que c'est elle qui juge d'après nous, d'après notre état général. C'est elle qui décide si on peut ou ne peut pas faire. C'est elle qui juge* »

b) Communication autour de l'arrêt du dépistage

Concernant l'arrêt du dépistage, la plupart des patientes déclaraient **ne pas avoir eu d'explications sur les raisons de l'arrêt du dépistage**

de la part **de leur médecin traitant** (9 occurrences),

E8 « *Peut-être que je trouve que le Dr P, avec moi peut être, il ne cause pas de tout ça* »,

E10 « *Non je n'ai pas du tout eu d'explication.* »,

de leur spécialiste (1 occurrence),

E11 « *Il palpait (le spécialiste gynécologue) et puis il me demandait si je faisais mes mammographies. Je disais oui. Je lui apportais donc les résultats. Et puis point. Hein ! Ça s'arrête là* »

ou de l'ADOC (2 occurrences),

E12 « *Non, non... je me suis aperçu que je ne recevais plus de courrier, je me suis dit, ben bien sûr maintenant je suis hors-circuit.* ».

Certaines d'entre elles expliquaient **ne pas avoir non plus demandé d'explication à leurs médecin traitant** (7 occurrences),

E1 « *et je n'en ai même pas demandé ...* »,

E9 « *Mais c'est vrai que je n'ai pas demandé pourquoi on l'arrêtait, tout en me le demandant. Je me le demande personnellement pourtant.*».

Par ailleurs, **l'annonce de l'arrêt des dépistages de masse était très peu réalisée** par le médecin traitant (2 occurrences),

E15 « *Ben c'est le Dr qui me l'a dit, qui m'a prévenu.* ».

Dans la plupart des cas les patientes **ont appris que le dépistage s'arrêtait** (12 occurrences) :

- **par le biais des médias** (7 occurrences),

E16 « *Ah non. Je n'ai même pas demandé de toute façon parce que j'ai dû le voir à la TV ou sur les journaux, parce que maintenant il y a des émissions médicales où ils parlent de tout ça. Non j'ai dû le voir à la télé* »,

E10 « *Ben parce qu'il le dise partout hein, moi je l'ai entendu peut être à la radio ou à la télévision,...* »,

E4 « *Non, c'est de bouche à oreille que j'ai su qu'à partir de 74 ans on n'envoie plus...* »

-**ou par d'autres professionnels de santé** (3 occurrences),

E7 « *Mais bon, du fait que mon gynécologue m'avait dit qu'à 75 ans on ne fait plus rien, ben je me suis dit, les mammos, les trucs comme ça, c'est pareil* »,

E9 « *A ma dernière mammographie, ben elle (radiologue) m'a dit ben écoutez, là c'était la dernière qui était... remboursé* ».

Certaines patientes se sentaient **libre de demander à poursuivre le dépistage** (4 occurrences),

E14 « *Je lui demanderai si elle ne le fait pas* »,

E11 « *C'est moi qui lui ai dit, je lui ai dit que ça va faire 2 ans là, j'aimerais bien refaire une mammo, bon c'est tout, elle me fait une ordonnance.* » bien que l'arrêt n'ait pas été évoqué.

D'autres patientes se sentaient **gênées de poser des questions sur ce sujet** (4 occurrences),

E9 « *Je n'ai pas voulu la déranger en lui posant un tas de questions.* »,

E1 « *Non parce que je n'oserai pas, peut être que le docteur J sera très surpris de ma réponse mais je ne demande pas* ».

En ce qui concerne **la poursuite d'un dépistage individuel**, plusieurs patientes ont été invitées à poursuivre le dépistage du cancer du sein après 75ans. Ces conseils s'apparentaient souvent à des directives sans réelle échange avec la patiente. Ces directives pouvaient être donné par :

- des professionnels de santé (2 occurrences)

E2 « *Et au laboratoire, ils m'ont dit « oh la la, vous pouvez faire ça tous les 2 ans, vous pouvez continuer jusqu'à la mort* » »,

-Ou par leur médecin traitant (7 occurrences)

E9 « *Elle m'a dit que ce n'était plus pris en charge mais qu'il valait mieux continuer de la faire* »,

E3 « *C'est d'ailleurs pour ça que le docteur V m'a dit : « Non mais moi je continue, le cancer du sein, on continuera les échographies ». Donc j'en ai eu en fin d'année* ».

E6 « *Non, non parce que de lui-même à chaque fois il m'énumère ce que j'ai à faire, telle année. Donc c'est son principe hein* »,

Peu de patientes ont été clairement **invitées à arrêter le dépistage** par leur médecin généraliste (2 occurrences),

E2 « *J'vais pas aller payer des machins. Dr P m'a dit qu'il fallait que j'arrête, j'arrête !* »,

E8 « *Ce ne sont pas des choses à dire mais... Il n'a pas... Il ne m'a pas poussé dans ce sens-là.* ».

Certaines patientes **étaient à l'origine de la poursuite du dépistage**, (4 occurrences), E5 « *Ah non c'est moi. Mais elle me connaît ...* »,

E11 « *Non c'est moi qui ait demandé et elle n'a pas trouvé cela incongru, du tout.* ».

Les patientes ne rapportaient pas **d'impact dans leur relation avec leur médecin traitant en rapport avec l'arrêt du dépistage** (7 occurrences),

E1 « *Pas du tout !... J'ai une entière confiance dans le docteur J, je pense qu'il a un très bon diagnostic... »*,

E18 « *Non vis-à-vis de mon médecin traitant non »*.

2.5 Synthèse des résultats

Au cours de cette étude nous avons vu que le vécu de l'arrêt du dépistage semble être influencé par l'expérience personnelle de la maladie, l'expérience du cancer, la relation médecin-patient et également par le vécu et la représentation du dépistage.

Plusieurs patientes avaient une maladie chronique mais l'impact de celle-ci était différent en termes de souffrance et d'handicap. Il existait une hiérarchisation des priorités en santé, qui était probablement en jeu dans le comportement vis-à-vis des soins (diligence ou proactivité) et influençait probablement dans la décision de poursuite du dépistage. **Le regard que la patiente portait sur sa propre santé** semblait influencer le vécu de l'arrêt du dépistage et la décision de poursuivre ou non celui-ci.

Le fait d'être l'aidante principale d'un proche ayant une maladie grave semblait également jouer un rôle dans le vécu de l'arrêt du dépistage et la décision de poursuivre ou non.

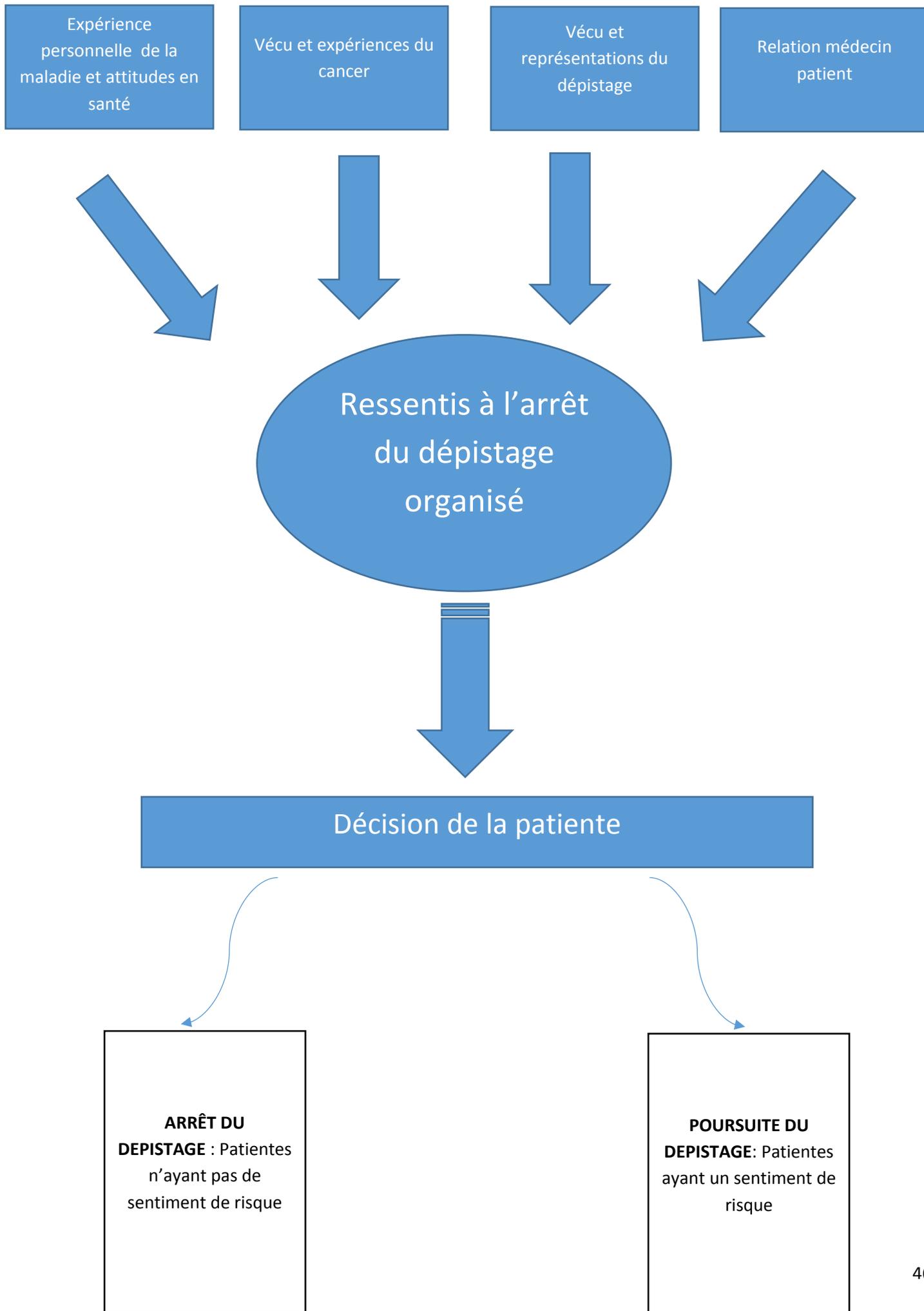
Une majorité de patientes avaient une expérience du cancer soit personnelle, soit par le biais du vécu de l'entourage. Le champ lexical employé pour décrire la maladie et son traitement était globalement négatif (*peur, mort, fatalité, malade, dur...*). L'attitude résultant de l'expérience du cancer était différente vis-à-vis du vécu de l'arrêt du dépistage et de la poursuite d'un dépistage individuel : le vécu et les représentations du cancer pouvant être un moteur ou un frein à la poursuite du dépistage.

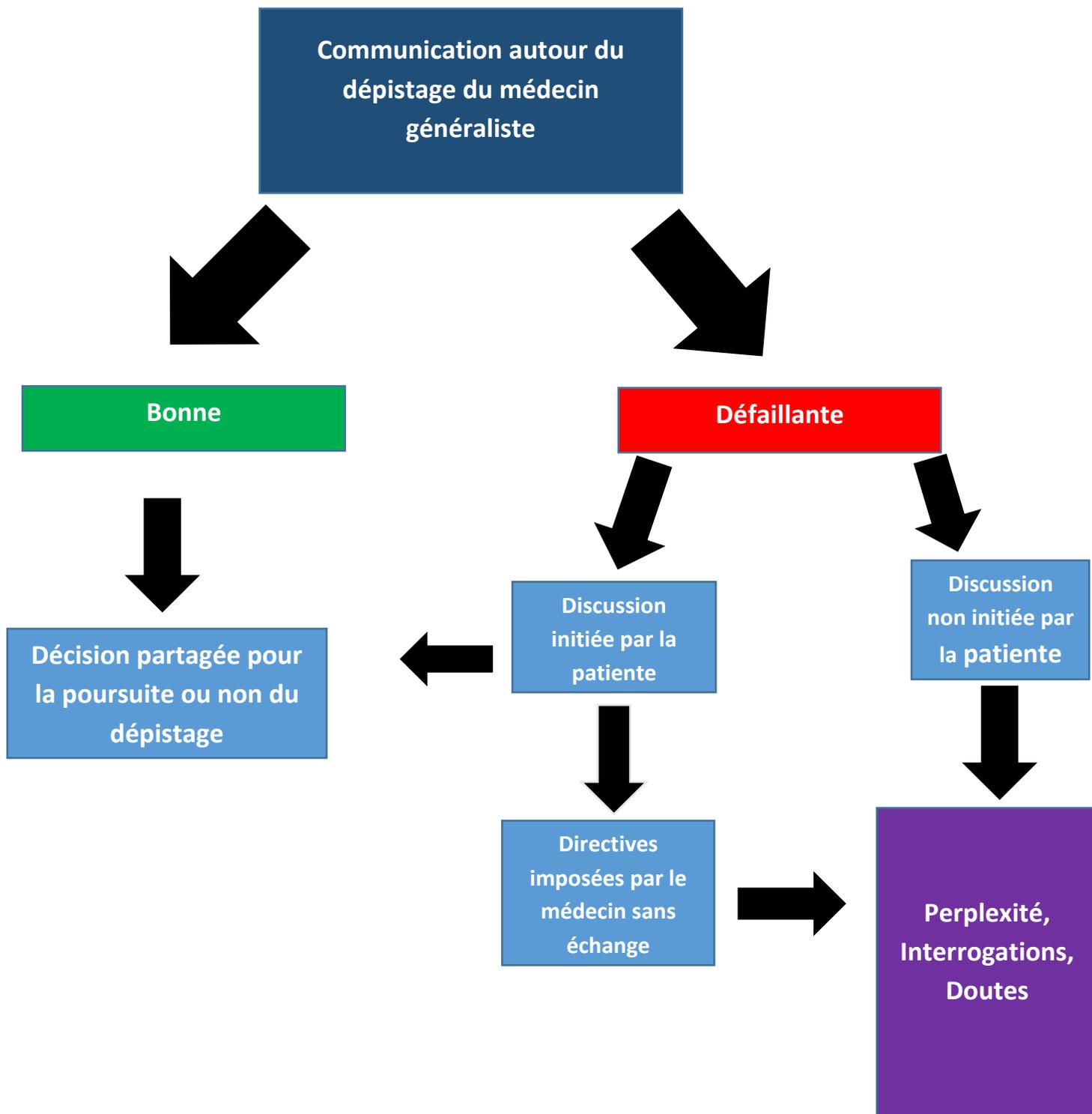
En ce qui concerne le vécu du dépistage, la plupart des patientes était fidèle aux dépistages. L'arrêt des dépistages à 75 ans était principalement une source d'émotions négatives (abandon, incompréhension, dévalorisation...) ou d'indifférence et plus rarement de soulagement. Mais ce ressenti ainsi que les raisons de l'arrêt étaient très peu discutés avec le médecin généraliste. On constate également que les médecins généralistes n'étaient pas à l'origine de l'annonce de l'arrêt.

En ce qui concerne la décision de poursuivre un dépistage individuel : soit cette demande émanait de la patiente, soit la patiente n'en avait pas parlé, soit le médecin avait indiqué la voie à suivre sans réelle décision partagée (poursuivre les mammographies ou non, poursuivre une surveillance clinique).

Ainsi nous voyons que **le regard que la patiente porte sur sa santé, sur la maladie cancéreuse, sur le dépistage** influencent leur vécu de l'arrêt du dépistage et la décision de poursuivre le dépistage. La relation médecin patient joue aussi un rôle dans le vécu de l'arrêt et la poursuite du dépistage. La capacité du médecin à intégrer le dépistage dans la relation médecin patient, à le rendre centré-patient influence aussi probablement la poursuite du dépistage.

Schéma 1 : Facteurs intervenant dans le ressenti à l'arrêt du dépistage et la décision de poursuivre le dépistage





4. DISCUSSION

1. Comparaison aux données de la littérature

1.1 L'expérience personnelle de la maladie

Dans notre étude nous avons vu que le regard que la patiente portait sur sa santé était en jeu dans le ressenti à l'arrêt du dépistage et dans la décision de poursuivre le dépistage. Beaucoup de femmes avaient un vécu différent de leurs problèmes de santé actuels ou passés qui représentaient plus ou moins un handicap ou une souffrance. La vision qu'elles portaient sur leur santé influençait le ressenti à l'arrêt et rendait la poursuite du dépistage plus ou moins secondaire.

Dans la littérature, beaucoup d'études montrent l'importance de s'intéresser en santé à la perception de l'état de santé des patients et des soignants (9), (31). La perception de la santé joue un rôle sur les comportements adoptés en santé et permet de mieux les comprendre, tout comme l'étude des représentations sociales. Dans leur étude, I.MILHABET et A.COUTTE (9), montrent l'interaction entre la perception que le sujet âgé a de son propre avenir et l'observance thérapeutique. En effet, chez le sujet âgé, la perception de l'avenir par rapport à autrui peut être optimiste ou pessimiste : Optimisme comparatif (OC) ou pessimisme comparatif (PC). Le comportement observé en santé sera le résultat de cette perception. Ainsi, on verra apparaître soit **un sentiment de contrôle** vis-à-vis des événements à venir (Le patient présente un OC et l'adoption de comportement de prévention sera freinée car le patient perçoit qu'il contrôle sa santé) ou au contraire **un sentiment de vulnérabilité** (Le patient présente un PC et l'adoption de comportement de prévention sera augmentée car le patient perçoit une absence de contrôle de sa santé). Ces sentiments impactent directement dans cette étude l'observance médicale. On peut penser que des mécanismes similaires sont en jeu en matière de prévention notamment dans la réalisation du dépistage chez le sujet âgé. Cela permet en partie d'expliquer l'attitude en santé d'un patient. La prise en compte de ces perceptions de contrôle ou vulnérabilité peut aider le professionnel de santé dans sa communication.(9)

Une autre notion intéressante à prendre en compte est celle du fatalisme. En effet, dans son article R.PEQUIGNOT (16) explique que le vieillissement peut être vu comme une fatalité dans l'inconscient du sujet âgé et de son entourage et même du monde médical. On peut penser que cette perception du vieillissement influe sur l'attitude en santé.

Nous voyons donc que les choix du sujet concernant sa santé sont effectués en fonction de ces représentations. Il est donc difficile d'agir en santé et prévention sans intégrer ces notions. Dans la thèse de M. BRIDIU (10) sur les principaux freins et leviers psychologiques au dépistage du cancer du côlon, le fatalisme y est aussi cité comme freins psychologiques (10). En effet puisque l'individu pense que le cancer est normal à son âge à quoi bon le combattre et le rechercher ?

Dans notre étude, nous avons aussi vu que la santé de l'entourage semblait avoir une incidence sur les choix concernant la santé de la patiente. Plusieurs études montrent que les patients qui sont aidants négligent leur santé au profit de l'aidé, et présente un risque accru de développer des pathologies physiques, entre autres à cause du stress auxquels ils sont exposés (17). C'est aussi une notion à prendre en compte car en étant aidant la perception de l'intérêt du dépistage est affectée.

1.2 Expérience et représentation négative du cancer

Une représentation négative et anxiogène du cancer et de son traitement était retrouvée dans notre échantillon. Cette représentation découlait soit d'un vécu personnel du cancer et de son traitement, soit d'opinions. Le cancer et son traitement sont représentés dans la société de manière négative dans la population française comme nous le montre le BAROMETRE cancer 2010 : 7 français sur 10 la considèrent comme la maladie grave par excellence (6). Le traitement du cancer, est aussi associé à des représentations négatives. Dans l'étude de D.MARIE, L.DANY sur les représentations sociales du cancer et de la chimiothérapie (7), les représentations négatives sont présentes aussi bien chez les médecins que les patients. Le travail de X.HALTY (18) met également en évidence cette représentation négative pour les traitements du cancer, qui est présente également chez les patients ne présentant pas de maladie cancéreuse (5).

Une question qui est soulevée est de savoir pourquoi malgré cette vision négative presque unanime, les patientes ne désirent-elles pas toutes poursuivre le dépistage ? Cette question est complexe. Il faut tout d'abord noter que les facteurs d'adhésion à la poursuite du dépistage après 74 ans ont été peu étudiés. Quand on s'intéresse aux facteurs associés au recours au dépistage pour le cancer du sein ou le côlon, chez les patients de 50 à 74 ans, l'antécédent de cancer chez un proche (ami ou famille) ou même la peur de la maladie ne représente pas un facteur statistiquement significatif d'adhésion au programme organisé du dépistage dans l'étude réalisée par l'INPES (6) (contrairement au niveau d'étude et le fait de vivre en couple pour le cancer du sein par exemple). Une des raisons qui peut expliquer cette discordance est l'impact de la peur sur les comportements. En effet, les travaux de Mr LEVENTHAL (19) ont montré que, confronté à un même stimulus (ici le cancer), la réponse émotionnelle (ici la peur) n'induit pas forcément un phénomène d'adaptation identique : le sujet pouvant rejeter l'information ou agir selon elle pour se protéger.

Ainsi on peut penser que la peur du cancer peut être un moteur ou un frein, à la poursuite du dépistage. Le vécu de l'arrêt du dépistage en est aussi impacté.

Ces éléments sont importants à prendre en compte en effet, comme l'explique de D.MARIE et L.DANY dans leur article (7), car ils permettent de mieux comprendre les attitudes des patients vis-à-vis du dépistage et de mettre en exergue les freins et les leviers pour la poursuite du dépistage ou non. Cette mise en lumière permet une communication ciblée du médecin.

1.3 Vécu et représentations du dépistage.

Les femmes interrogées semblaient accorder de l'importance aux dépistages. On note cependant que l'assiduité et l'adhésion semblaient plus grandes pour le dépistage du sein que du côlon. Ce constat correspond à l'adhésion au dépistage du sein et du côlon au niveau national où le taux de participation est plus important pour le dépistage du cancer du sein que du côlon (14).

Dans la littérature, le ressenti des patientes à l'arrêt des dépistages organisés et son impact dans la décision de poursuivre un dépistage individuel a été peu étudié. Une enquête, sur le dépistage oncologique chez le sujet âgé de plus de 74 ans réalisée chez 44 patients (hommes et femmes) dans La Loire, montre que parmi les 44 personnes, 38 % environ continue réellement les dépistages (soit 18 personnes dont 11 femmes). Elles pratiquaient toutes le dépistage du sein et à environs 45 % le dépistage du col de l'utérus et du côlon. Cependant dans la population des 44 patients interrogés, 88% déclarait ne pas être réticent à l'idée de la poursuite du dépistage(11).

On voit donc que le dépistage semblait important pour cette population de plus de 74 ans et cela se manifestait par un désir de poursuivre les dépistages. Cela peut en partie expliquer qu'à l'arrêt du dépistage les sentiments retrouvés dans notre étude sont majoritairement négatif (Abandon, dévalorisation lié à l'âge, regrets, insatisfaction).

Ce ressenti négatif était aussi mêlé de sentiments d'incompréhension ou d'étonnement. En effet, il était difficile pour les patientes de comprendre pour les patientes qu'on décidait d'arrêter un examen bénéfique, surtout chez les patientes se considérant en bonne santé au vu de l'allongement de l'espérance de vie.

Au sein de la communauté scientifique et dans les collèges de sociétés savantes, cette question de l'âge d'arrêt du dépistage de masse interroge également. En effet, quand on s'intéresse à la thèse A. GRENIER (20), on constate que le mode de découverte des cancers du sein est souvent tardif à un stade avancé. Le nombre de cancer du sein diminue bien après 70 ans mais quand ils sont découverts après 75 ans, ils sont découverts à un stade avancé métastatique. Faut-il alors poursuivre le dépistage de masse ? Comme le souligne A.-S BOUREAU, L. de DECKER dans leur étude (12), bien que les risques liés aux méthodes d'examens demeurent les mêmes, le bénéfice du dépistage en terme de survie et de qualité de vie varient beaucoup en fonction des comorbidités. Il existe chez les sujets de plus de 75 ans une grande hétérogénéité des comorbidités, du niveau d'autonomie qui impactent directement sur l'espérance de vie. De plus, au niveau des traitements proposés, il existe souvent des adaptations des protocoles standards mais qui peuvent être probablement responsable d'une perte de chance. Ces éléments rendent la généralisation des dépistages délicate car le bénéfice ne serait pas à la hauteur de l'investissement et donc ne répondraient pas aux critères pour la mise en route d'un dépistage de masse. On peut cependant imaginer que sensibiliser les médecins généralistes en vue d'une démarche de dépistage individuel centré patient qui prennent en compte l'aspect biopsychosocial serait une bonne chose. Cela permettrait à la patiente d'exprimer leur ressenti, de poser ces questions et de pouvoir dissiper certains faux raisonnements populaires.

En ce qui concerne les motivations et les freins à poursuivre le dépistage, on constate que certains items en ce qui concerne les freins au dépistage sont identiques à ceux retrouvés dans l'étude de M. TOMIETTE, P. SOYER chez des patientes de 50 à 74 ans sur les réticences au dépistage organisés du sein dans les Yvelines(13). Il s'agit d'avoir une bonne hygiène de vie ou l'absence d'antécédent familial. Ces 2 éléments sont des arguments mis en avant dans cette étude par les femmes qui ne participaient au dépistage de masse (et sont également retrouvés dans notre étude comme raison donnée par les femmes pour ne pas poursuivre le dépistage de masse par un dépistage individuel).

1.4 La relation médecin patient

La majorité des patientes indiquait qu'elles étaient satisfaites de leur relation médecin patient et de la qualité des soins prodigués par leur médecin généraliste. Malgré cette satisfaction globale, toutes n'ont pas eu un échange avec leurs médecins autour de l'arrêt. Cette différence semblait provenir du mode de communication instaurée par le médecin. En effet, soit les patientes n'avaient pas la possibilité de poser leurs questions et de discuter de l'arrêt des dépistages, soit la démarche de soin était déjà réfléchi par le praticien et imposé aux patients sans réelle explication. Certaines, par contre, avaient un échange qui permettrait d'aboutir à une décision partagée. On peut supposer que le fait de ne pas discuter ouvertement du sujet renforce le sentiment d'incompréhension à l'arrêt.

Plusieurs études ou recommandations (HAS ou article d'A. AIM-EUSEBI et F. CUSSAC)(5) (21), considère que le médecin généraliste a une place centrale dans le système de soin pour la promotion des dépistages et autres programmes de prévention. En effet, comme le montre l'enquête EDIFICE (4), le niveau de confiance des patients sur les informations sur le dépistage est très élevé pour les médecins généralistes en ce qui concerne la fiabilité du discours. De plus, à cause de la fréquence des consultations, leur rôle dans la prévention est primordial puisqu'ils sont les premiers interlocuteurs des patients.

Quand on regarde certains travaux comme la thèse de Mme EGRON A. (22), on se rend compte que certaines techniques de communications comme l'entretien motivationnel aidaient à la promotion du dépistage. L'idée d'utilisation de ce genre d'outils de communication est d'aider à une démarche « centrée patient ». On peut penser que le fait de s'appliquer à recentrer la démarche de soin sur le patient pourrait aider à la prise d'une décision partagée. Nous pensons que cette démarche devrait être entreprise dès le début des dépistages. Quand on y réfléchit, il y a 3 interlocuteurs : le médecin, le patient et le centre de dépistage. Le premier contact du patient est en général avec le centre par l'envoi de documents d'invitation. Le médecin généraliste arrive en seconde position. Il nous faut donc travailler à ne pas laisser ce dépistage nous échapper mais à l'intégrer dans notre relation médecin –patient, dès le commencement jusqu'à l'arrêt des dépistages organisés et après l'arrêt. Cela passe un travail de communication. La difficulté à ce travail reste le temps comme le soulignait les médecins interrogés dans la thèse de Mme EGRON (22).

La prise en compte de ces aspects par le médecin généraliste pourrait favoriser une véritable discussion avec la patiente débutée dès le début du dépistage jusqu'à la fin des dépistages organisés et après l'arrêt. Cela permettrait de répondre aux questions des patientes, d'éviter de faux raisonnements ou fausses assurances (comme de penser qu'il n'y a plus de risque de cancer après 75 ans) et d'avoir une véritable décision partagée.

2. Force et limites de l'étude

2.1 Forces

Nos objectifs étaient d'étudier le vécu des patientes de plus de 74 ans à l'arrêt des dépistages et également l'impact de cet arrêt sur leur relation médecin patient.

La méthode qualitative semblait très appropriée pour mener à bien cette étude. En effet, les entretiens réalisés de manière semi-directive, à partir d'un guide d'entretien, permettait d'obtenir de manières privilégiées et uniques le ressenti des patientes et leur vécu. La plupart des entretiens a été réalisées dans de bonnes conditions. Cela a permis de répondre à nos questions de recherches.

Notre échantillon avait été choisi pour qu'il soit raisonné et nous avons travaillé jusqu'à saturation empiriques des données. Cela est un avantage pour tenter de mieux comprendre et comparer ce qui se passe au niveau national.

Modestement, nous pouvons dire que notre enquête est originale du fait du peu d'études réalisées sur ce sujet et également du fait de l'intérêt actuel des sociétés savantes sur l'âge de l'arrêt des dépistages organisés.

2.2 Limites

Les patientes de notre étude ont toutes été sélectionnées par leurs médecins généralistes. Ainsi, on peut dire qu'il existe un biais de recrutement. En effet, les médecins généralistes ont sans doute sélectionné des patientes avec qui ils s'entendaient bien et avec lesquelles, ils pensaient avoir une bonne relation médecin patient. De plus, nous avons demandé aux médecins volontaires de choisir des patientes de milieux socioprofessionnelles différents (cadre et ouvrier) mais pour certains médecins ce critère a été difficile à respecter. Il ne nous est donc pas possible de savoir s'il existe une influence de ce facteur.

Lors des entretiens, les patientes devaient raconter leurs histoires et on ne peut exclure des omissions des épisodes de leur vécu et l'exactitude des informations rapportées. A cela s'ajoute, la difficulté de raconter, de se confier sur leur vécu personnel à une étrangère. Un biais de mémoire pouvait donc influencer les résultats.

En plus de ces oublis potentiels, une difficulté de compréhension de notre part de l'expression de leur vécu pouvait entraîner un biais d'interprétation impactant directement les résultats.

La moyenne d'âge des patientes était de 77 ans. Le dispositif de dépistages organisés existant depuis 2004 pour le cancer du sein et 2009 pour le côlon, l'âge de début des dépistages organisés se situait autour de 62 ans pour le dépistage du cancer du sein et de 67 ans pour le dépistage du côlon. C'est un élément à prendre en compte dans notre analyse. On peut imaginer que le ressenti serait peut être différent si elle avait débuté à l'âge de 50 ans. Certaines patientes avaient un vécu d'un dépistage individuel avant de recevoir les invitations ce qui est un élément à prendre en compte dans notre interprétation.

5. CONCLUSION

Cette étude avait pour objectif de connaître quel était le ressenti des patients de plus de 74 ans à l'arrêt des dépistages organisés et également de savoir si cet arrêt avait un impact dans leur relation avec leur médecin généraliste. Quelques éléments de réponse ont pu ainsi être identifiés.

Le ressenti des patientes à l'arrêt des dépistages organisés du sein et du côlon, était majoritairement négatif avec un sentiment d'abandon et de dévalorisation liée à l'âge prédominant. L'incompréhension aussi était très présente. Le sentiment de soulagement était rarement exprimé et en lien avec un faux raisonnement : le risque de cancer est nul après 75ans. Ce ressenti semblait être sous l'influence de l'expérience personnelle de la maladie, l'expérience et la représentation personnelle du cancer, le vécu et la représentation du dépistage et la relation médecin patient.

Bien que la relation médecin-patiente ne semblait pas impactée, le manque de communication sur le sujet était réelle et certaines patientes demeuraient avec leurs interrogations ou faux raisonnements. Ce travail a donc permis de mettre en lumière le ressenti des femmes et peut être le manque d'explication, d'accompagnement apportés aux patientes à l'arrêt des dépistages. Il nous permet de prendre en considération ces interrogations.

On peut penser que sensibiliser les médecins sur leur communication à l'arrêt du dépistage serait bénéfique pour les patientes. Des recommandations officielles pour la prise en charge des patientes après 74 ans semblent manquer. Pour en être sûr, pour connaître les besoins réelles des professionnelles de santé et compléter cette étude, il serait intéressant de connaître le vécu et les attentes des médecins généralistes pour aider leurs patientes à l'arrêt des dépistages organisés en raison du risque de cancer persistant.

Bibliographie

1. Epidémiologie - Oncogériatrie | Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 5 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Oncogeriatric/Epidemiologie>
2. Ribassin-Majed L, Le Teuff G, Hill C. La fréquence des cancers en 2016 et leur évolution. Bull Cancer (Paris). janv 2017;104(1):20-9.
3. Launoy G, Duchange N, Darquy S, Moutel G. Participation aux programmes organisés de dépistage des cancers : enjeu individuel, enjeu collectif. Bull Cancer (Paris) [Internet]. mai 2018 [cité 10 janv 2019]; Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0007455118301371>
4. Eisinger F, Pivot X, Greillier L, Couraud S, Cortot AB, Touboul C, et al. Dépistage du cancer en France : 10 ans d'analyse des comportements par les enquêtes EDIFICE. Bull Cancer (Paris). 1 mars 2017;104(3):258-66.
5. Haute Autorité de santé. La participation au dépistage du cancer du sein de 50 à 74 ans.
6. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), Beck F, Gautier A, Institut national du cancer (France). Baromètre cancer 2010. Saint-Denis: Éd. INPES; 2012.
7. Marie D, Dany L, Cannone P, Dudoit E, Duffaud F. Représentations sociales du cancer et de la chimiothérapie: enjeux pour la définition de la situation thérapeutique. Bull Cancer (Paris). 2010;97(5):577-587.
8. Écomard L-M, Malingret N, Asad-Syed M, Dilhuydy M-H, Madranges N, Payet C, et al. Diagnostic du cancer du sein après 74 ans : information donnée par les structures de gestion du dépistage organisé à la sortie de la tranche d'âge concernée. Bull Cancer (Paris). juill 2013;100(7-8):671-8.
9. Milhabet I, Coutté A. Optimisme et pessimisme comparatifs : quelles implications pour l'observance thérapeutique chez les personnes âgées ? NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. avr 2017;17(98):152-7.
10. morgiane.bridou, Etudes des principaux freins et leviers psychologiques envers le dépistage colorectal. Disponible sur: http://www.applis.univtours.fr/theses/2012/morgiane.bridou_3766.pdf
11. Swalduz A, Guibert C, Trone J-C, Guichard J-B, Rivoirard R, Pacaut C, et al. Évaluation du dépistage des cancers de la femme et du dépistage après 75 ans dans le département de la Loire. Bull Cancer (Paris). 1 sept 2014;101(9):808-12.
12. Boureau A-S, de Decker L. Dépistage des cancers chez le sujet âgé. Rev Médecine Interne. 1 août 2018;39(8):650-3.
13. Tomietto M, Soyer P, Heitz D, Fauconnier A, Huchon C. Réticences au dépistage organisé du cancer du sein dans les Yvelines. Gynécologie Obstétrique Fertil. nov 2014;42(11):761-5.
14. L'institut national du cancer, Les cancers en France-edition2017, l'essentiel des faits et des chiffres. e-cancers.fr. ISBN 978-2-37219-366-5

15. Duval M, Hardouin J-B, BOIN D. Epidémiologie des cancers en région centre, incidence et mortalité. Janvier 2005, 119p.
16. Pequignot R, Le pire ennemi du sujet âgé : le fatalisme !, journal de réadaptation médicale. Elsevier Masson. 2011 31 :31-35.
17. Leurs A, Trojak B, Ponavoy E, Bernard Bonin, Chauvet-Gelinier J-C, Impact biopsychosocial de la charge des aidants : Pourquoi faut-il porter une attention particulière à la santé des aidants ?, La presse médicale. Juin2018, tome 47>n°9
18. HALTY X, Craintes des effets secondaires de la chimiothérapie anticancéreuse: étude d'une population indemne de cancers, Faculté de médecine de Tours, nov 2015, 55p.
19. Levy-Leboyer C, Moser G, La peur est-elle un bon moyen pour modifier les attitudes et les comportements ? In: L'année psychologique. 1977 vol. 77, n°1. pp. 225-238.
20. Grenier A, Comment sont diagnostiqués les cancers du sein des femmes de plus de 75 ans ? Etude d'une cohorte au CHRU de Tours, Faculté de Tours, nov 2017, 42p
21. Aïm-Eusebi A, Cussac F, Aubin-Auger I, Place des médecins généralistes dans le dispositif de prévention/ dépistage des cancers en France, Bull Cancer, 2018
22. Egron A. Perception et opinion des médecins généralistes après une formation à l'entretien motivationnel dans le cadre de la promotion du dépistage organisé du sein, Faculté de Tours, juin 2012, 57p
23. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. Recherches Qualitatives. 2006;26:118
24. Glaser B, Strauss A, La découverte de la théorie ancrée. Stratégies pour la recherche qualitative. 2010. Armand Colin, coll. « Individu et Société »
25. Depraz N. Comprendre la phénoménologie. Une pratique concrète. Paris, Ed. Armand Collin, 2e édition 2012
26. INSEE Références, édition 2019
27. Wilson J.M.G, Jungner G, Principes et pratique du dépistage des maladies, Organisation mondial de la santé, Genève, 1970
28. Saillant F. Cancer et culture. Produire Sens Mal Montr Éditions St-Martin [Internet]. 1988

29. Blanchet A, Gotman A, Singly F de. L'entretien. Paris: A. Colin; 2015.

30. Kaufmann J-C, Singly F de. L'entretien compréhensif. Paris: A. Colin; 2013.

31. Jooffrion C, Dupont P, Tripodi D, Roland-Levy C, Représentations sociales de la maladie : comparaison entre savoirs « expert » et savoirs « profanes ».

Thèse : Ressenti des patientes de plus de 74 ans à l'arrêt des dépistages organisés des cancers du côlon, et du sein en Eure et Loir : étude qualitative.

Fiche de renseignement pour les médecins :

Année de naissance	
Année d'obtention de la thèse	
Date de la première installation	
Mode d'exercice (Maison de santé, SCM...)	
Ville d'exercice	
Êtes-vous maitre de stage universitaire ??	

Nom et numéro de téléphone des patientes :

-patiente n°1 : Téléphone :

-patiente n°2 : Téléphone :

-patiente n°3 : Téléphone :

-patiente n°4 : Téléphone :

Patientes n° 1 et 2 => milieu socioéconomique ouvrier

Patientes n° 3 et 4 => milieu socioéconomique cadre

Guide d'entretien

Durée totale 1 heure

^{er}
1 partie : Introduction :

«Bonjour, je suis LABUTHIE Martine, remplaçante en médecine générale non encore diplômée. Je suis en train de préparer ma thèse en médecine à la faculté de médecine de Tours. Dans ce cadre, je vous remercie l'entretien avec vous sur le thème du dépistage organisé des cancers du sein et du côlon. Les entretiens seront réalisés dans le strict respect de l'anonymat pendant environ 60 minutes et seront enregistrés avec votre accord. Les résultats globaux de cette enquête vous seront communiqués si vous le souhaitez. Avez-vous des questions avant de commencer ? »

Mettre en route l'enregistreur

^{ème}
2 partie : grille pour le déroulement de l'entretien :

Question de départ (question brise-glace) : Pourriez-vous me parler un peu de vous ?

- Année de naissance
- Statut marital
- métier antérieur
- Nombre d'enfant
- Antécédents personnels (notamment de cancer)
- Antécédents familiaux (ou dans l'entourage) de cancer

Axes de travail - Objectifs	Question préliminaire	Pense-bêtes	temps
Explorer le vécu des patientes au cours des années de dépistages	<p>Comment cela s'est-il passé pour le dépistage du cancer du sein ?</p> <p>Comment cela s'est-il passé pour le dépistage du cancer du côlon?</p>	<p>Quel était votre état de santé à l'époque des dépistages ?</p> <p>Les dépistages (des cancers du sein et du côlon) étaient-ils effectués régulièrement ?</p> <p>Est-ce que les dépistages étaient une contrainte ?</p> <p>Que représentaient les dépistages pour vous ? Y avait-il une différence d'implication de votre part selon le type de dépistage ?</p> <p>Aviez-vous dans votre entourage des proches qui avaient un cancer du sein ou du colon ?</p>	15 minutes

<p>Explorer le vécu de l'événement de l'arrêt des invitations aux dépistages organisés</p>	<p>Comment cela s'est-il passé à l'arrêt des invitations pour le dépistage du cancer du sein?</p> <p>Comment cela s'est-il passé à l'arrêt des invitations pour le dépistage du cancer du côlon?</p>	<p>Comment et par qui avez-vous appris que vous ne releviez plus des dépistages organisés ?</p> <p>Quelle explication ou information aviez-vous reçu et par qui?</p> <p>Comment avez-vous vécu cette exclusion ?</p> <p>Que ressentiez-vous à ce moment-là ?</p>	<p>15 minutes</p>
<p>Explorer le vécu après l'arrêt des invitations aux dépistages et le rapport avec le médecin traitant</p>	<p>Et maintenant comment cela se passe-t-il ?</p>	<p>Bénéficiez-vous encore de dépistages?</p> <p>Cette demande venait elle de vous ou de votre médecin traitant ?</p> <p>Cet arrêt a-t-il modifié votre rapport avec votre médecin généraliste ?</p> <p>Est-ce que être en bonne santé est encore une préoccupation ? Quel dépistage regrettez-vous le plus ?</p>	<p>15 minutes</p>

Question de fin : Avez-vous quelque chose d'autre à partager?

**GROUPE ETHIQUE D'AIDE A LA RECHERCHE CLINIQUE POUR LES PROTOCOLES DE
RECHERCHE NON SOUMIS AU COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES
ETHICS COMMITTEE IN HUMAN RESEARCH**

AVIS

Responsable de la recherche : Dr Jacques-Claude CITTEE / Martine LABUTHIE

Titre du projet de recherche : Ressenti des patientes de plus de 74 ans à l'arrêt des dépistages organisés des cancers du côlon et du sein, en Eure et Loir : étude qualitative

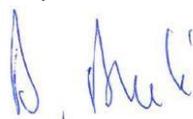
N° du projet : 2019 023

Le groupe éthique d'aide à la recherche clinique donne un avis

- FAVORABLE**
- DÉFAVORABLE**
- SURSIS A STATUER**
- DÉCLARATION D'INCOMPÉTENCE**

au projet de recherche n° 2019 023

A Tours, le 03 Juin 2019



Dr Béatrice Birmelé

Présidente du

Groupe Ethique Clinique

Vu, le Directeur de Thèse

Vu, le Doyen

De la Faculté de Médecine de Tours

Tours, le

LABUTHIE Martine

62 pages – 2 tableaux – 2 figures

Résumé :

Contexte : 40% des nouveaux cas de cancer en France concernent les patients de plus de 75 ans. En raison de l'augmentation de l'espérance de vie, des projections montrent même que d'ici 2050, ce pourcentage se rapprochera de 50% dans cette tranche de la population. Le cancer représente donc même après 75 ans, un enjeu majeur de santé publique associé à une représentation sociale très négative et anxiogène. Les dépistages organisés du sein et du côlon s'arrête à 74 ans, notamment du fait de peu d'études pour cette tranche d'âge.

Objectifs : L'étude avait pour objectif de recueillir le vécu des patientes de plus de 74 ans à l'arrêt des dépistages organisés, et de savoir si cet arrêt modifiait leur rapport avec leurs médecins généralistes.

Méthode : Etude qualitative exploratoire réalisée au moyen de 18 entretiens semi-directifs de patientes âgées 75 à 80 ans. L'analyse du contenu thématique était faite selon une approche phénoménologique et inductive.

Résultats : L'analyse a mis en évidence 4 axes thématiques en jeu dans le ressenti à l'arrêt des dépistages organisés. Les sentiments étaient majoritairement négatifs ou d'indifférence et rarement de soulagement. La relation médecin-patient ne semblait pas impactée. Le phénomène de l'arrêt pouvait être à l'origine d'un échange des patientes avec leurs médecins généralistes souvent initié par la patiente. Quand cet échange n'avait pas lieu, la patiente demeurait avec ses doutes et ses interrogations.

Discussion : Le ressenti des femmes à l'arrêt du dépistage semblait être modulé par l'expérience personnelle de la maladie, l'expérience personnelle du cancer, le vécu du dépistage et la relation médecin patient. Le choix de poursuivre le dépistage semblait dépendre de ce ressenti et de la communication sur le dépistage qu'elles avaient avec leur médecin généraliste.

Mots-clés : Médecine générale, Tumeurs, Dépistage de masse, personne âgée, recherche qualitative

Jury :

Président du Jury : Professeur Henri MARRET

Directeur de thèse : Professeur Jacques-Claude CITTEE

Membres du Jury : Professeur Jean ROBERT

Professeur Driffa MOUSSATA

Date de soutenance : 26 septembre 2019