



Faculté de médecine

Année 2025/2026

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État
par

Léa GAGNER

Dépistage du cancer du sein après 75 ans par les médecins généralistes en Région Centre Val de Loire

Présentée et soutenue publiquement le **11 septembre 2025** devant un jury composé de :

Président du Jury :

Professeur Emmanuelle BLANCHARD-LAUMONNIER, Biologie cellulaire, Faculté de Médecine - Tours

Membres du Jury :

Docteur Cécile RENOUX, Médecine Générale, MCU, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Belkacem OTSMANE, Médecine Générale – Saint Pierre des Corps

Directeur de thèse : Docteur Julie BIOGEAU, Gériatrie, PH, CHU-Tours

RESUME

Dépistage du cancer du sein après 75 ans par les médecins généralistes en Région Centre Val de Loire

Introduction : Le dépistage organisé du cancer du sein concerne les femmes âgées de 50 à 74 ans, laissant ensuite la place à un dépistage individuel réalisé principalement par le médecin généraliste. La population de plus de 75 ans reste à risque, le taux de mortalité spécifique par cancer du sein continuant d'augmenter avec l'âge, notamment en raison de diagnostics plus tardifs.

Objectif : Explorer les stratégies et les représentations des médecins généralistes concernant le dépistage du cancer du sein après 75 ans en région Centre Val de Loire.

Méthode : Il s'agissait d'une étude qualitative. Les données ont été recueillies par entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes de la région Centre Val de Loire. L'analyse des données a été conduite selon les principes de la théorisation ancrée.

Résultats : Neuf entretiens ont été réalisés. La décision de poursuite du dépistage du cancer du sein au-delà de 75 ans reposait sur une collaboration entre le médecin et sa patiente. Les critères qui incitaient les médecins généralistes à poursuivre le dépistage étaient : l'état général conservé, l'autonomie, l'espérance de vie, les antécédents personnels et/ou familiaux et la demande de la patiente. L'âge chronologique de la patiente n'entraînait pas dans la décision. La méthode de dépistage variait : examen clinique mammaire, mammographie ou auto examen des seins. Le médecin généraliste se confrontait autant aux représentations et attentes des patientes qu'à ses propres représentations, mais également aux contraintes du système de santé et du terrain.

Discussion : Les stratégies de dépistage individuel étaient hétérogènes, en lien avec l'absence d'outils partagés et une évaluation clinique intuitive. Cela pouvait générer des inégalités d'accès au dépistage. Les médecins exprimaient le besoin de recommandations plus claires et d'une meilleure information des patientes à la sortie du dépistage organisé. Des outils d'évaluation standardisés et des campagnes d'information afin de lever les idées reçues sur le cancer du sujet âgé, pourraient les soutenir dans leur prise de décision de poursuite ou non du dépistage individuel.

Mots-clés : Dépistage ; cancer du sein ; population gériatrique ; médecine générale ; dépistage individuel

ABSTRACT

Breast cancer screening after age 75 by general practitioners in the Centre-Val de Loire Region

Introduction : Organized breast cancer screening targets women aged 50 to 74, after which individual screening is primarily carried out by general practitioners. The population over 75 remains at risk, with breast cancer-specific mortality rates continuing to rise with age, particularly due to later diagnoses.

Objective : To explore the strategies and perceptions of general practitioners regarding breast cancer screening after age 75 in the Centre-Val de Loire region.

Method : This was a qualitative study. Data were collected through semi-structured individual interviews with general practitioners in the Centre-Val de Loire region. Data analysis followed the principles of grounded theory.

Results : Nine interviews were conducted. The decision to continue breast cancer screening beyond age 75 was based on collaboration between the physician and the patient. The criteria that led general practitioners to pursue screening included : preserved general health, autonomy, life expectancy, personal and/or family history, and the patient's request. The patient's chronological age was not a determining factor. Screening methods varied : clinical breast examination, mammography, or breast self-examination. General practitioners faced not only the beliefs and expectations of their patients but also their own perceptions, as well as systemic and practical constraints.

Discussion : Individual screening strategies were heterogeneous, partly due to the lack of shared tools and reliance on intuitive clinical assessment. This could lead to disparities in access to screening. Physicians expressed a need for clearer guidelines and better patient information following the end of organized screening. Standardized assessment tools and public awareness campaigns to dispel misconceptions about cancer in the elderly could support physicians in deciding whether to continue individual screening.

Keywords: Screening ; breast cancer ; geriatric population ; general practice ; individual screening

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Pr Denis ANGOULVANT

VICE-DOYEN
Pr David BAKHOS

ASSESEURS
Pr Philippe GATAULT, Pédagogie
Pr Caroline DIGUISTO, Relations internationales
Pr Clarisse DIBAO-DINA, Médecine générale
Pr Pierre-Henri DUCLUZEAU, Formation Médicale Continue
Pr Hélène BLASCO, Recherche
Pr Pauline SAINT-MARTIN, Vie étudiante

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE
Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES
Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972
Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014
Pr Patrice DIOT – 2014-2024

PROFESSEURS EMERITES
Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Patrice DIOT
Pr Luc FAVARD
Pr Bernard FOUQUET
Pr Yves GRUEL
Pr Frédéric PATAT
Pr Loïc VAILLANT

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

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AMELOT Aymeric	Neurochirurgie
ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUDEMARD-VERGER Alexandra	Médecine interne
AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BACLE Guillaume.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Theodora	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOULOUIS Grégoire	Radiologie et imagerie médicale
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESMIDT Thomas	Psychiatrie
DESOUBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline	Gynécologie obstétrique
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie

LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LE NAIL Louis-Romée	Cancérologie, radiothérapie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LEFORT Bruno	Pédiatrie
LEGRAS Antoine	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
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
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PARE Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PASI Marco	Neurologie
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse

LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

LIMA MALDONADO Igor Anatomie |

MALLET Donatien

 Soins palliatifs |

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

CANCEL Mathilde Cancérologie, radiothérapie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo Rhumatologie
CHESNAY Adélaïde Parasitologie et mycologie
CLEMENTY Nicolas Cardiologie
DE FREMINVILLE Jean-Baptiste Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas Pédiopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie Immunologie
HOARAU Cyrille Immunologie
KERVAREC Thibault Anatomie et cytologie pathologiques
KHANNA Raoul Kanav Ophtalmologie
LE GUELLEC Chantal Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie Dermatologie
LEJEUNE Julien Hématologie, transfusion
MACHET Marie-Christine Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas Médecine d'urgence
PIVER Éric Biochimie et biologie moléculaire
RAVALET Noémie Hématologie, transfusion
ROUMY Jérôme Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl Bactériologie
TERNANT David Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure..... Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia Neurosciences
BLANC Romuald Orthophonie
EL AKIKI Carole Orthophonie
NICOGLOU Antonine Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain Médecine Générale
BARBEAU Ludivine Médecine Générale
CHAMANT Christelle Médecine Générale
ETTORI Isabelle Médecine Générale
MOLINA Valérie Médecine Générale
PAUTRAT Maxime Médecine Générale
PHILIPPE Laurence Médecine Générale
RUIZ Christophe Médecine Générale
SAMKO Boris Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoît Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259

ESCOFFRE Jean-Michel	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR Inserm 1100
GUEGUINOU Maxime	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HAASE Georg	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
HENRI Sandrine	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
HEUZE-VOURCH Nathalie	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LABOUTE Thibaut	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LATINUS Marianne	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
WARDAK Claire	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
------------------------	-----------------------

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc	Praticien Hospitalier
--------------------	-----------------------

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie	Orthophoniste
CLOUTOUR Nathalie	Orthophoniste
CORBINEAU Mathilde	Orthophoniste
HARIVEL OUALLI Ingrid	Orthophoniste
IMBERT Mélanie	Orthophoniste
SIZARET Eva	Orthophoniste

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine	Orthoptiste
-------------------------	-------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes
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 aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise 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.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

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

REMERCIEMENTS

Au Professeur Emmanuelle BLANCHARD-LAUMONNIER, merci de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse et de consacrer de votre temps à l'évaluation de ce travail.

Au Docteur Cécile RENOUX, merci de me faire l'honneur de participer à ce jury de thèse et d'accorder de votre temps à l'examen de ce travail.

Au Docteur Belkacem OTSMANE, que j'ai eu la chance de rencontrer au cours de mes études, merci pour ta gentillesse et le temps que tu as accepté de consacrer à l'évaluation de ce travail.

A ma directrice de thèse, le Docteur Julie BIOGEAU, sans qui ce travail n'aurait pas abouti. Merci du fond du cœur pour ton engagement sans faille, ta bienveillance, ta gentillesse, ta rigueur et ton soutien constant. Ce fut un véritable plaisir de mener ce projet avec toi.

Au Docteur Véronique DARDAINE, merci de nous avoir aidé dans l'élaboration de ce sujet de thèse.

A tous les médecins qui ont généreusement consacré du temps à ce projet, sans qui il n'aurait pas vu le jour.

A mon conjoint et ma fille, pour leur soutien indéfectible et l'amour qu'ils me portent chaque jour.

A ma maman dont l'amour, le soutien et les encouragements m'ont permis d'arriver jusqu'ici aujourd'hui.

A mon papa, mon étoile qui éclaire encore mon chemin.

A mon amie Julie, merci d'être à mes côtés depuis le commencement.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	13
MATERIEL ET METHODE	14
Population	14
Recueil des données.....	14
Analyse des données.....	14
Aspects réglementaires et éthiques.....	14
RESULTATS.....	15
Caractéristiques de la population	15
Un dépistage individualisé et collaboratif.....	16
Limites et représentations partagées	17
Les patientes face au dépistage	17
Les médecins face au dépistage.....	18
Les stratégies des médecins généralistes pour favoriser l'adhésion au dépistage	20
Composer avec l'incertitude et les contraintes de la réalité de terrain : l'adaptabilité en médecine générale.....	21
Appartenir au système de santé et en être acteur : coordination, responsabilités et contraintes.....	22
DISCUSSION	24
Les facteurs déterminant du DI.....	24
Une décision sans repères partagés.....	25
Renforcer l'information des patientes à la sortie du DO	26
Forces et limites	26
Ouvertures.....	27
CONCLUSION	28
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	29
ANNEXES.....	34

LEXIQUE

ACR : American College of Radiology

ACS : American Cancer Society

AES : Auto-Examen des Seins (autopalpation)

CIRS-G : Cumulative Illness Rating Scale – Geriatrics

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

DI : Dépistage Individuel

DIU : Diplôme Inter Universitaire

DO : Dépistage Organisé

ECM : Examen Clinique Mammaire (palpation mammaire)

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EUSOMA : European Society of Breast Cancer Specialists

FMC : Formation Médicale Continue

MG : Médecin Généraliste

MSP : Maison de Santé Pluri-professionnelle

SF : Sage-Femme

SIOG : Société Internationale d'Onco-Gériatrie

SOFOG : Société Francophone d'Onco-Gériatrie

USPSTF : U.S. Prevention Services Task Force

INTRODUCTION

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent et la première cause de mortalité par cancer chez la femme, en France comme à l'échelle mondiale. (1) En 2023, la France comptabilisait 61 214 nouveaux cas (2) et 12 146 décès (3).

L'âge est un facteur de risque de développement du cancer du sein. (1) Chaque année, en France, 25 % des nouveaux cas et 50 % des décès concernent des femmes de plus de 75 ans. (1,4) En 2030, les femmes de plus de 75 ans représenteront 20 % de la population. (4)

Les caractéristiques histo-biologiques du cancer du sein chez la femme âgée sont de meilleur pronostic que chez la femme jeune : une fréquence accrue de tumeurs de bas grade (5) (6), la présence de récepteurs hormonaux les rendant accessibles aux thérapies ciblées et une moindre expression des marqueurs d'agressivité biologique. (7)

Le cancer du sein peut être traité efficacement lorsqu'il est localisé. L'arsenal thérapeutique est large : chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie ou immunothérapie. (8, 9) La désescalade thérapeutique fait partie de la prise en charge, en privilégiant des traitements moins nocifs tout en garantissant une efficacité similaire et une amélioration de la qualité de vie. (10)

Pourtant, le taux de mortalité spécifique par cancer du sein augmente avec l'âge (25,8 % chez les > 80 ans contre 17,2 % chez les 70-79 ans). (5) Cela s'explique par un diagnostic posé plus tardivement, à un stade avancé (métastases locales ou à distance). (11) Selon l'étude réalisée en 2018 par le Réseau Francim, 34 % des cancers après 74 ans étaient diagnostiqués à un stade avancé, contre < 6% dans les autres tranches d'âge. (12) Les femmes âgées sont alors exposées à des traitements plus lourds et une mortalité accrue. (4,5,7,13,14) La prise en charge est complexifiée par l'hétérogénéité du vieillissement et la sous-représentation de cette population dans les essais cliniques. (15,16)

En France, le dépistage organisé (DO) du cancer du sein par mammographie et examen clinique mammaire (ECM) tous les 2 ans, concerne les femmes de 50 à 74 ans (17). Après 74 ans, la poursuite du dépistage repose sur une décision individuelle partagée entre le médecin et la patiente, en fonction de l'examen clinique, des antécédents personnels et familiaux. (18) On parle de dépistage individuel (DI). (19) Bien que certaines études suggèrent que le dépistage par mammographie après 74 ans pourrait réduire la mortalité (20), le risque de surdiagnostic chez cette population demeure une préoccupation peu étudiée. (21)

Le médecin généraliste tient un rôle central dans le dépistage et la prévention des cancers. Ce rôle est renforcé lorsque les patientes quittent le DO.

L'objectif de cette thèse était d'explorer les stratégies et les représentations des médecins généralistes concernant le dépistage du cancer du sein après 75 ans en région Centre Val de Loire.

MATERIEL ET METHODE

Il s'agissait d'une étude qualitative avec une approche inspirée de la théorisation ancrée. Une première étape de réflexion a permis l'élaboration de la question de recherche et l'exploration des a priori de la chercheuse.

Population

Les participants sont des médecins généralistes exerçant en région Centre Val de Loire. L'échantillon initial a été constitué selon des critères de variation classique âge, sexe, mode d'exercice. Il a été complété par un échantillonnage théorique. Le recrutement s'est fait par connaissance professionnelle puis en boule de neige, jusqu'à saturation des données.

Recueil des données

Les données ont été recueillies par entretiens individuels semi-directifs. Huit entretiens ont été réalisés en présentiel et un en visioconférence. Un guide d'entretien évolutif a été rédigé. Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits intégralement et anonymisés. Le recueil a été poursuivi jusqu'à saturation théorique des données.

Analyse des données

L'analyse des données a été conduite selon les principes de la théorisation ancrée. L'ensemble de l'analyse a bénéficié d'une triangulation par la confrontation de résultats de deux chercheurs (LG et JB), à l'aide du logiciel Word.

Aspects réglementaires et éthiques

Tous les médecins participants à cette étude ont été informés du protocole de cette étude, de l'anonymisation des données et de leur droit de retrait à tout moment. Le consentement éclairé des participants a été recueilli par écrit. Les enregistrements audios des entretiens ont été détruits après transcription anonymisée. Une déclaration CNIL a été réalisée (dossier n°11834264).

RESULTATS

Caractéristiques de la population

9 entretiens individuels semi directifs ont été réalisés, d'une durée moyenne de 35 minutes, entre février 2023 et novembre 2024. Les caractéristiques des médecins interrogés sont détaillées dans le tableau 1.

Participant	Sexe	Age	Formations en gynécologie, gériatrie	Conditions d'exercice			Date entretien	Durée entretien (min)
				Mode	Lieu (accès SF/ gynécologue)	Pratique d'actes de gynécologie		
MG1	F	27	Stage gynécologie DIU oncogériatrie	remplaçant	Rural (37) (gynéco)	non	23/02/23	34
MG2	H	51	Stage gynécologie	Installé (2009), seul	Rural (28) (SF)	non	09/03/23	37
MG3	F	29	Stage gynécologie	Installé (2023), groupe	Semi-rural (37) (SF et gynéco)	oui	24/03/23	40
MG4	F	29	Stage gynécologie	remplaçant	Rural (36) (SF)	non	28/03/23	33
MG5	F	46	0	Installé (2013), groupe	Semi-rural (45) (gynéco)	oui	30/03/24	32
MG6	H	67	Stage gynécologie DIU soins palliatifs	Installé (1986), MSP	Rural (41) (SF et gynéco)	oui	25/04/24	31
MG7	H	67	FMC gynécologie	Installé (1995), MSP	Rural (41) (SF et gynéco)	non	25/04/24	36
MG8	H	46	Stage gynécologie	Installé (2013), MSP	Rural (41) (SF et gynéco)	oui	25/04/24	37
MG9	F	45	FMC gynécologie Capacité gériatrie	Installé (2009), groupe EHPAD	Semi rural (37) (SF et gynéco)	oui	20/11/24	30

Tableau 1 : caractéristiques des participants

Un dépistage individualisé et collaboratif

Tous les médecins interrogés personnalisait le dépistage après 75 ans. Parmi les critères les incitant à poursuivre le dépistage, on trouvait : un bon état général, une autonomie conservée, une longue espérance de vie, la présence d'antécédents personnels et familiaux de cancer du sein et la demande de la patiente. *« je choisis en fonction de l'état général, des comorbidités et des antécédents familiaux » (MG5), « ils sont encore en bon état général et ils ont une espérance de vie qui est encore suffisante pour qu'on puisse continuer de palper » (MG9).* Pour 5 médecins sur 9, seul l'antécédent personnel de cancer du sein les incitait à poursuivre le dépistage : *« Si jamais elles ont eu des antécédents de néoplasie du sein, je n'arrête pas. Je continue à suivre » (MG2).*

Plusieurs médecins estimaient que l'âge chronologique ne devait pas limiter le dépistage : *« Pour moi, il ne devrait exister aucune limitation à cause de l'âge » (MG2).* Ils reconnaissaient l'allongement de l'espérance de vie en bonne santé, ce qui les incitait à repenser les recommandations, avec une tendance à prolonger le dépistage par mammographie : *« Je pense que petit à petit on va décaler les âges » (MG8).* Ils voulaient changer les perceptions du vieillissement parfois associées à un renoncement aux soins : *« Il y a encore beaucoup de mentalité où c'est plus de 75 ans, on ne fait pas parce qu'il est vieux » (MG1).*

Ils envisageaient la poursuite du dépistage lorsqu'ils estimaient la patiente éligible à un traitement curatif : *« ça peut encore valoir le coup chez cette dame qui a largement plus de 10 ans d'espérance de vie » (MG8) ; « Quand y a plus d'intérêt à ce qu'on découvre le cancer du sein, et qu'on sait déjà d'emblée qu'on va pas leur proposer quoi que ce soit par la suite. Là j'arrête de palper. » (MG9).* Ils intégraient la notion de qualité de vie dans leur décision, ne cherchant pas seulement à prolonger la vie, mais aussi à améliorer le confort et le bien-être des patientes : *« Est-ce que je vais améliorer leur qualité de vie à faire ça ou pas ? » (MG9).*

Ils collaboraient avec leurs patientes pour décider de poursuivre ou non le dépistage, en les informant et en répondant à leurs questions : *« je discute des pour et des contres et de leur souhait à elle » (MG8).* Ils anticipaient les demandes et actualisaient leurs connaissances pour mieux informer : *« souvent, ils viennent te demander ton avis en fait » (MG9).* Certains leur laissaient le choix du mode de dépistage : *« Je fais plusieurs propositions. Soit on continue à surveiller manuellement, soit on continue à surveiller par échographie » (MG5).*

Certaines femmes souhaitaient poursuivre le dépistage au-delà de 75 ans et percevaient son arrêt comme un abandon médical : *« Et d'ailleurs les femmes te le disent, hein : "ça y est, j'ai 75 ans, on veut plus s'occuper de moi" » (MG6).* Les médecins prenaient en compte leurs attentes et leur ressenti et poursuivaient le dépistage à leur demande : *« S'il n'y a pas d'antécédent particulier ou facteur de risque, si elle le demande, je le fais » (MG1).*

L'anxiété des patientes influençait la décision des médecins : ils poursuivaient parfois le dépistage autant pour des raisons médicales que pour rassurer les patientes : « *elles vont être très anxieuses, ça les rassure aussi, ça a un effet psychothérapeutique* » (MG7).

Les modalités de dépistage différaient d'un médecin à l'autre. Deux médecins réalisaient uniquement l'ECM : « *palpation mammaire, la première chose que je fais c'est ça* » (MG5). Deux prescrivaient d'emblée une mammographie seule : « *je continue à prescrire des mammographies de dépistage* » (MG8). Pour les autres médecins, la mammographie était prescrite en cas de signes cliniques ou d'inquiétude : « *Faut que j'ai un point d'appel* » (MG4), « *si j'ai un doute là je vais faire la mammographie* » (MG9).

Tous encourageaient l'auto examen des seins (AES), rendant la patiente active dans son dépistage : « *Il faut apprendre ça aux patientes le plus tôt possible* » (MG2). Ils insistaient sur son rôle essentiel dans la détection des anomalies : « *Les cancers du sein découverts sur une palpation, c'est souvent les patientes qui les ont découverts* » (MG9) ; « *Je pense que c'est même comme ça que nous on pense à dépister... parce que les patientes nous disent "j'ai senti quelque chose"* » (MG1). Ils avaient développé une stratégie d'éducation, autonomisant les patientes dans le dépistage : « *si elles arrivent à [...] sentir quelque chose et à venir nous voir après, là on sera probablement plus performants* » (MG9). Cependant, l'AES pouvait aussi générer de l'anxiété contre-productive : « *Il y en a qui se trouvent des petits trucs qui les affolent* » (MG7).

Limites et représentations partagées

Les patientes face au dépistage

Tous les médecins interrogés étaient confrontés à des limites imposées par les patientes. La relation médecin-patient n'étant plus paternaliste, les patientes exprimaient davantage leurs réticences : « *on est dans une drôle d'époque où ce qui était facile à faire avant, est devenu plus compliqué aujourd'hui.* » (MG2).

Leurs représentations du vieillissement diminuaient leur motivation au dépistage. Les médecins se heurtaient à l'idée reçue qu'un cancer du sein ne touchait pas la femme âgée : « *Non docteur, c'est bon, je ne vais plus avoir un cancer du sein à mon âge* » (MG5). Vieillir signifiait parfois accepter les risques liés à l'âge et renoncer au dépistage, par dévalorisation : « *On est vieux, on fait plus, et puis c'est pas grave.* » (MG5).

L'acceptation du vieillissement et des changements physiques limitait le dépistage : « *Elles ont une image du corps, elles se voient vieillir, elles se trouvent moins belles* » (MG1). Ces changements compliquaient l'ECM : « *les seins vieillissent, c'est plus difficile à palper* » (MG7). L'AES devenait plus difficile en raison de la baisse de sensibilité et des capacités motrices : « *On s'aperçoit qu'il y en a beaucoup qui ne le font pas [...] parce que c'est pas facile quoi* » (MG6), « *Ils vont rien sentir* » (MG7).

L'ambivalence était courante. Les patientes étaient partagées entre la volonté de prévenir une maladie grave et la réticence à subir des examens invasifs : « *Elle a décalé tous ses rendez-vous de chirurgie pour finalement aller voir le chirurgien [...] qui lui dit mais là c'est trop tard* » (MG5). La crainte de changements corporels liés au traitement constituait un frein, quel que soit l'âge : « *Sachant que le cancer du sein ça reste le symbole de la féminité* » (MG1).

Les suivis médicaux multiples généraient une lassitude et réduisaient leur engagement dans le dépistage : « *à partir d'un certain âge tu as tellement de suivi que ben les patientes ont l'impression de passer leur vie chez le médecin* » (MG6). D'autres ne voyaient pas l'intérêt de consultations régulières en l'absence de problème aigu. Les occasions de dépistage étaient moins fréquentes : « *il y en a quelques fois que je vois rarement parce qu'elles ont pas de problèmes* » (MG7). Les contraintes de mobilité, exacerbées en zone rurale, limitaient l'accès aux soins : « *c'est des problèmes de mobilité au bout d'un certain temps* » (MG6).

La pudeur entravait la réalisation de l'ECM : « *Si une dame vient, si elle garde son soutien-gorge, bah tu vois pas* » (MG2). Cette pudeur était accentuée lorsque le médecin était un homme. Plusieurs médecins indiquaient que les patientes se sentaient plus à l'aise avec une femme pour aborder ce sujet : « *les femmes ont quand même très souvent envie d'être suivies par des femmes* » (MG8). Pour d'autres, le vieillissement facilitait l'ECM : « *Quand les femmes vieillissent, ça les gêne moins* » (MG7). Les représentations culturelles de la santé empêchaient d'aborder le cancer du sein : « *C'est parce que c'est pas dans leur culture* » (MG6).

La plupart des médecins étaient confrontés à l'opposition aux soins en lien avec un refus d'être médicalisée à un âge avancé : « *Elles veulent pas se soigner* » (MG7), ou par manque d'informations sur les bénéfices du dépistage : « *parce qu'ils comprennent pas* » (MG6). Les patientes ne voulaient pas se faire dépister par peur du diagnostic de cancer et des traitements : « *y en a qui ont peur qu'on leur trouve quelque chose* » (MG7). Enfin, beaucoup trouvaient la mammographie inconfortable : « *J'ai certaines femmes qui ne veulent pas parce que ça fait mal* » (MG5).

Les facteurs limitants liés aux patientes conduisaient à des retards de diagnostic et confrontaient les médecins à des situations difficiles : « *un degré de pudeur quand même [...] c'est incroyable, elle a attendu des mois avant de consulter alors qu'il y avait un truc qui grossissait* » (MG7).

Les médecins face au dépistage

Certains médecins interrogés reconnaissaient que le cadre du DO les rendait moins actifs dans le dépistage : « *au delà de 75 ans pour palper des seins. Ça me vient pas à l'esprit en fait dans le dépistage* » (MG3) ; « *Une fois qu'elles ont plus de 60 ans, c'est plutôt automatique [...] C'est comme si l'assurance maladie prenait vraiment le relais de l'information et de la prise en charge* » (MG1).

Certains se heurtaient à leurs propres représentations. La gynécologie était associée à "femme en âge de procréer" : « *tout ce qui est gynéco : pose de stérilet et tout ça j'en propose et puis après contraception* » (MG3). Après 75 ans, ils perdaient en réflexe de dépistage : « *je pense que c'est une population à laquelle on pense pas obligatoirement* » (MG6). Cette perception se traduisait parfois par des limites d'âge arbitraires : « *pour moi [...] la prévention s'arrête à 80 ans* » (MG5).

D'autres abordaient le dépistage avec aisance, indépendamment de l'âge des patientes : « *Pour moi évidemment, ça ne se pose pas, on est sur un examen clinique* » (MG2) ; « *j'ai pas de difficulté à mettre en œuvre la prise en charge après 75 ans* » (MG9). Ils se sentaient légitime dans le dépistage : « *les patientes, en général, comprennent bien que t'es le médecin et que c'est professionnel* » (MG8).

Les expériences professionnelles et personnelles des médecins les influençaient différemment face au dépistage : « *Les cancers du sein que j'ai eu après 75 ans, la plupart, c'était quand même des récidives.* » (MG7) ; « *j'ai vu, y compris dans ma famille, une personne de 92 ans avoir de la chimiothérapie* » (MG8) ; « *j'ai plusieurs personnes de 80, 90 ans qui ont eu des cancers du sein* » (MG6).

Les médecins basaient leur décision sur ce qui leur semblait le plus bénéfique pour la patiente : « *Moi je fais en fonction [...] de ce que je pense être bon pour la santé de ma patiente* » (MG5). Ils poursuivaient le dépistage s'ils y trouvaient une utilité : « *Est-ce que ça peut rapporter des choses ?* » (MG2).

Ils ne poursuivaient pas le dépistage par crainte d'un risque de surdiagnostic : « *Après 75 ans, je vois pas l'intérêt d'aller les embêter avec une mammographie [...] qui au pire va dépister quelque chose qui sera infra clinique, qui si ça se trouve ne va jamais l'embêter jusqu'à la fin de sa vie* » (MG9). Certains redoutaient les effets indésirables des traitements : « *c'est des traitements lourds quand même* » (MG6). D'autres redoutaient le sous traitement : « *Tu te dis s'ils lui filent un truc, une pauvre chimio per os, ba mince faut faire quelque chose de plus curatif* » (MG5).

Les pratiques des pairs, tant au niveau national qu'international, influençaient l'approche d'un médecin : « *il y a pas beaucoup de gynéco qui prescrivent d'ailleurs des mammographies après 75 ans* » (MG7) ; « *Il y a des pays où ça s'arrête à 65 ans, je crois* » (MG7) ; « *Ils le font pas, on est assez peu à le faire.* » (MG7).

La pratique de l'ECM dépendait de l'expérience des médecins : « *il faut pratiquer pour bien savoir le faire* » (MG6). Certains manquaient de confiance : « *on va sentir les gros trucs mais un petit truc on pourra passer à côté* » (MG7), ou doutaient de l'efficacité de l'ECM : « *j'ai jamais découvert de cancer du sein sur la palpation mammaire* » (MG9). D'autres ne palpaient pas, jugeant le geste trop intime : « *Je ne le fais pas peut-être parce qu'on ne lui a jamais fait* » (MG2).

Les stratégies des médecins généralistes pour favoriser l'adhésion au dépistage

La plupart des médecins faisaient face à des difficultés d'adhésion au dépistage et mettaient en place des stratégies de communication variées : « *L'adhésion, c'est pas facile* » (MG5).

La relation de confiance était un facteur clé et se construisait autour du temps consacré à l'explication et de la disponibilité du médecin : « *quand on leur prescrit un examen, qu'ils savent qu'on est bienveillant vis-à-vis d'eux, il n'y a jamais de difficultés* » (MG2).

Certains médecins adoptaient une approche proactive, passant par une information progressive (« *Je préviens à l'avance, comme ça ils sont prêts psychologiquement* » (MG5), « *Là je leur dis qu'il n'y aura pas d'examen clinique et qu'il ne faut pas qu'elles s'inquiètent. [...] Et petit à petit, à un moment donné, je ferai la palpation mammaire* » (MG9)) ; des explications (« *J'essaie de leur expliquer le pourquoi, finalement elles sont sorties, et pas parce qu'elles sont vieilles et qu'on s'en fiche* » (MG9)) ; et la responsabilisation (« *Je leur fais même l'ordonnance, je leur remets, après elles le font ou elles ne le font pas* » (MG7)).

D'autres utilisaient une argumentation solide : « *Il faut donner des arguments forts* » (MG6). Ils tentaient de rendre l'AES moins intimidant en normalisant le geste : « *Même quand elles sont sous la douche, qu'elles se lavent, ça peut suffire parfois à sentir* » (MG9). Ils ne se contentaient pas de recommander l'AES mais vérifiaient que la technique était efficace pour optimiser le dépistage : « *Si elles le font, je leur demande de me montrer comment elles font, parce que parfois c'est pas franchement une bonne palpation* » (MG9). Parfois, ils utilisaient des stratégies moins conventionnelles, comme la peur : « *Ah oui quand même ?! Il faudrait quand même le faire ! Histoire de faire un petit peur* » (MG4).

La conviction professionnelle des médecins les poussait à être persévérants : « *on a organisé une biopsie à laquelle elle n'est jamais allée ! On l'a réorganisé quatre fois* » (MG5). Ils ne se laissaient pas influencer par des facteurs extérieurs et l'intérêt médical primait : « *dans ma décision [...] ça ne joue pas. Moi je fais en fonction de ce que j'ai en face de moi* » (MG5). Ils percevaient aussi leur engagement comme une obligation éthique et professionnelle : « *être à côté d'un patient et ne pas faire, c'est pas possible* » (MG2).

Toutefois, la plupart cherchaient à éviter d'imposer le dépistage à leur patiente. Ils adaptaient leur approche pour ne pas brusquer et compromettre le suivi : « *il faut y aller avec délicatesse* » (MG6) ; « *Plutôt que de leur faire peur et qu'elles ne reviennent jamais* » (MG9).

Finalement certains médecins renonçaient à poursuivre le dépistage face à une réticence : « *Chez des patientes où il n'y a pas forcément de plainte particulière et qui ont un abord que l'on sent compliqué à ce sujet-là, spontanément on ne va pas du tout aller chercher ça* » (MG1). Ils respectaient le choix de celles qui refusaient le dépistage : « *Elle a le droit de dire non, je ne veux plus qu'on cherche* » (MG5). Cela soulevait un questionnement éthique entre le respect de l'autonomie de la patiente et le retard de diagnostic : « *celles chez qui j'en ai trouvé, c'est celles qui voulaient pas être suivies* » (MG5).

Composer avec l'incertitude et les contraintes de la réalité de terrain : l'adaptabilité en médecine générale

Lorsqu'ils souhaitent poursuivre le dépistage du cancer du sein après 75 ans, les médecins exprimaient des difficultés liées aux réalités du terrain.

Le manque de temps, imposait une hiérarchisation des motifs de consultation selon le degré d'urgence : « *la consultation où il y avait déjà eu plusieurs motifs [...] je vais pas forcément le proposer* » (MG6) ; « *tu dois aller très vite* » (MG2) ; « *je suis dans le motif de consultation d'urgence [...] et je vais pas forcément faire ma consultation de prévention à ce moment là* » (MG8). La complexité administrative était limitante : « *tu pourrais passer 1h à rester au téléphone pour appeler pour avoir un rendez-vous* » (MG2).

La baisse de la démographie médicale, notamment parmi les gynécologues, amenait les médecins généralistes à prendre davantage en charge le dépistage : « *Il y aura plus de suivi gynéco, il y aura que l'hôpital* » (MG4). Les difficultés d'accès aux examens complémentaires (délai, mobilité) limitaient la participation des patientes au dépistage : « *Les délais sont longs* » (MG5) « *ça peut jouer dans le fait est-ce qu'elles le font [...] quand ça fait quatre fois qu'elles appellent et qu'on leur dit [...] on n'a pas de place.* » (MG5), « *On a pas les examens sur place [...] il y a beaucoup de renoncement pour des histoires de transport* » (MG4).

Les médecins devaient également composer avec l'incertitude inhérente à la médecine générale. Ils craignaient un retard diagnostic : « *mais si on attend ? C'est le cancer qui se soigne le mieux* » (MG5). Ils évoquaient un manque d'objectivité dans leurs décisions : « *on fait malheureusement un peu au feeling* » (MG8).

Pour réduire cette incertitude, les médecins faisaient preuve d'adaptabilité. Ils intégraient le dépistage dans un schéma préventif global lors des consultations pour renouvellement : « *Quand les gens viennent dans le cadre de leur renouvellement de médicaments. [...] pour moi c'est le moment le plus approprié, quand on fait un global sur la santé.* » (MG2). Ils étaient systématiques : « *toutes les consultations ! [...] même si j'ai une femme [...] qui vient parce qu'elle est grippée* » (MG7), « *j'essaie de penser à faire une palpation mammaire une fois par an* » (MG9). Ils utilisaient des « *pense bête* » : « *je me mets un petit post-it [...] et la fois suivante [...] je sais que je dois le faire* » (MG5).

Un médecin cherchait à objectiver ses décisions en utilisant un score gériatrique pour évaluer l'intérêt de poursuivre le dépistage : « *avoir une idée quand même avec un score* » (MG9). Il s'appuyait aussi sur les données de la CPAM pour ajuster son suivi : « *sur tes chiffres tu peux te dire : Ah bah mince oui peut être que je l'ai un peu négligé* » (MG9).

Enfin, tous les médecins se montraient réflexifs pour améliorer leurs pratiques : « *je me suis dit "tu regardes pas assez les seins de tes patientes âgées"* » (MG6).

Les attentes des patientes étaient plus élevées, générant une pression sur les médecins : « *Pour les gens, une des qualités principales d'un médecin c'est d'être à l'heure. Tu te dis qu'est-ce que c'est ce monde de con ?* » (MG2). Certains médecins pratiquaient moins la

gynécologie en raison de la réticence de patientes à être examinées par un homme : « *elle (MG femme) voit même nos patientes hein, elles en font la demande* » (MG8), « *quand j'étais plus jeune je faisais beaucoup de gynéco* » (MG6).

Appartenir au système de santé et en être acteur : coordination, responsabilités et contraintes

Comme attendu, les médecins interrogés étaient conscients de leur rôle central dans le parcours de soins du patient et plus largement dans le système de santé : « *le généraliste c'est la porte d'entrée de tout* ».

Ils faisaient confiance aux décisions prises par les institutions : « *Ben pour le moment les recommandations c'est 75 ans, ça va pas au-delà. Après si on nous dit de faire jusqu'à 80, on fera jusqu'à 80 ans. On suivra les directives* » (MG7).

Le cadre institutionnel jouait un rôle important dans la prise de décision en matière de dépistage. Les médecins devaient composer avec les exigences réglementaires et se référaient au cadre légal : « *je sais pas si la sécu a mis un âge limite en termes de prévention* » (MG5). Ils craignaient les sanctions financières en cas de poursuite des mammographies au-delà de l'âge recommandé : « *il y a un toubib dans notre coin [...] il a fait des dépistages chez des patients de plus de 75 ans. Et la sécu lui a demandé de rembourser* » (MG5). À l'inverse, certains redoutaient les conséquences médico-légales en cas de diagnostic tardif : « *si jamais elle nous fait un cancer du sein et qu'on lui a refusé, bon ça nous met mal hein quand même* » (MG7). Ils adoptaient alors une attitude prudente en consignait dans le dossier médical les refus pour se protéger : « *Moi je note dans le dossier : ne veut pas de mammographie, ne veut pas qu'on examine les seins* » (MG7).

Ils réfléchissaient à l'impact de la poursuite du dépistage au-delà de 75 ans en termes de santé publique : « *Qu'est-ce que ça apporte, est ce qu'il y a une baisse de mortalité ?* » (MG3) ; « *si on fait un dépistage systématique [...] Est-ce que ça sauve ? [...] Parce que s'il faut en palper 100 dames [...] enfin en dépister une et la sauver ou pas. Est ce que ça vaut vraiment le coup ?* » (MG4).

Ils collaboraient avec les gynécologues et les sage-femmes dans le dépistage, reconnaissant leur expertise : « *c'est souvent quand même les gynéco qui les suivent bien moi je trouve après 75 ans* » (MG7). Cette collaboration pouvait cependant avoir un impact négatif sur leur implication, certains ayant du mal à se positionner dans la prise en charge : « *quand c'est suivi par quelqu'un d'autre ben...souvent on s'en occupe pas* » (MG3), « *Bah la mammographie, il palpe les seins en général le radiologue avant.* » (MG7). Le manque de communication interprofessionnelle compliquait aussi la coordination des soins : « *les quatre gynécos libéraux, ils ne font pas de lettre pour nous effectivement. C'est bien pour être coordinateur de soin ?* » (MG4). Certains exprimaient une difficulté à s'affirmer face aux spécialistes, perçus comme hiérarchiquement supérieurs, et se retrouvaient à devoir justifier leurs choix : « *moi il*

me dit "on fait ça" Bon bah je dis "Amen" » (MG7) ; « des fois c'est même les radiologues qui nous disent [...] "pourquoi vous faites encore des mammos ?" » (MG6).

Dans ce contexte, certains médecins éprouvaient une souffrance professionnelle, ne se sentant pas reconnus dans leur rôle, aussi bien par les patientes, que par l'institution : « *tu leur demandes de faire quelque chose [...] ils viennent la fois d'après et ils l'ont pas fait* » (MG5), « *ils te demandent de faire le double consultation pour le même prix* » (MG8).

DISCUSSION

Cette étude met en évidence une hétérogénéité des stratégies médicales liées au DI. La prise de décision est influencée par des facteurs multiples liés aux patientes, aux médecins généralistes et au système de santé, et repose davantage sur une évaluation clinique intuitive que sur des outils partagés.

Les facteurs déterminant du DI

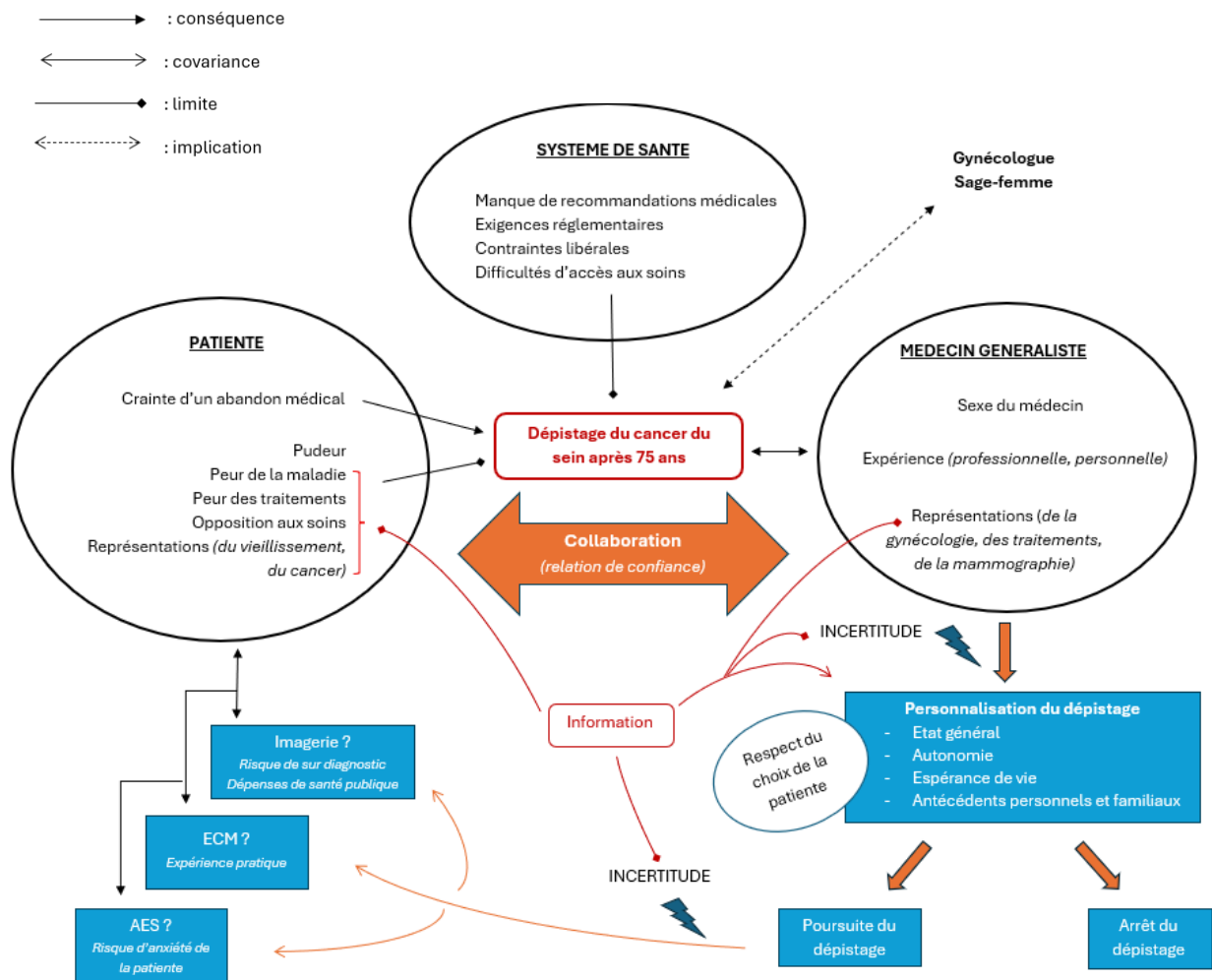


Figure 1 : schéma explicatif

La décision de poursuivre ou non le dépistage résulte de l'interaction de plusieurs facteurs : liés à la patiente, au médecin généraliste, et au système de santé, comme le confirment d'autres études. (22,23) La collaboration entre le médecin et sa patiente, basée sur la relation de confiance, est indispensable pour aboutir à une décision partagée.

Tous les médecins interrogés personnalisent ce dépistage mais les critères utilisés et les modalités de mise en œuvre varient. Cette hétérogénéité du DI a déjà été décrite dans d'autres travaux. (24,25)

Toutefois, les contraintes du système de santé, apparaissent plus marquées dans notre étude, que dans d'autres, qui insistent surtout sur les difficultés de collaboration avec les spécialistes. (22,23) Ici, les médecins évoquent plusieurs freins à la poursuite du dépistage : baisse de la démographie médicale, difficultés d'accès aux spécialistes et à la mammographie (notamment en zone rurale), crainte de sanctions financières et dégradation des conditions d'exercice libéral. Ces limites rapportées sont à mettre en perspective avec la démographie de la région Centre Val De Loire, où la population est plus âgée que la moyenne nationale (26) et où la densité médicale, toute spécialité confondue, est parmi les plus faibles en France (27).

Une décision sans repères partagés

Faute d'outils décisionnels standardisés, les médecins généralistes construisent leurs stratégies de dépistage après 75 ans principalement à partir de leur expérience et de leur ressenti. Ils s'appuient sur des critères cliniques explicites (état général, autonomie, espérance de vie), similaires à ceux décrits dans la littérature (22,28), mais évalués au ressenti. Le raisonnement varie d'un médecin à l'autre. Ce mode d'évaluation reflète la réalité de la médecine générale, mais interroge la reproductibilité du dépistage après 75 ans. Certains n'ont pas le réflexe de proposer systématiquement ce dépistage, et le font sur demande de la patiente ou devant un signe clinique. Le DI repose sur des pratiques très diverses pouvant générer des inégalités d'accès au dépistage.

Les médecins généralistes interrogés tiennent compte de l'espérance de vie dans leur décision. Cela est en cohérence avec plusieurs publications scientifiques qui recommandent de poursuivre le dépistage par mammographie si l'espérance de vie dépasse 5 ans (29,30), voire 10 ans selon l'ACS (31), l'ACR (32), l'EUSOMA et la SIOG (33). L'EUSOMA et la SIOG précisent que ce DI doit également prendre en compte l'état de santé global et les préférences de la patiente. (33) Aucun des médecins n'a cependant expliqué comment l'espérance de vie était évaluée en consultation.

Les médecins ne sont pas unanimes sur la méthode de dépistage à privilégier (ECM, mammographie, AES). Cette incertitude reflète une littérature, elle-même contradictoire. La HAS recommande la poursuite de l'ECM annuellement (34), tandis que le CNGOF (4) et la SoFOG préconisent d'y associer une mammographie tous les deux ans, après décision individualisée. L'AES, quant à lui, n'est pas recommandé par l'USPSTF, en raison de la revue Cochrane de 2009, l'associant à une augmentation du nombre de lésions bénignes détectées et de biopsies réalisées. (35) Toutefois, une étude plus récente appelle à réévaluer l'AES selon les standards de soins actuels. (36) En région Centre-Val de Loire, une étude menée entre 2014 et 2016 a montré que 64 % des cancers du sein détectés chez les femmes de plus de 75 ans l'avaient été grâce à l'autopalpation. (37)

Plusieurs médecins exprimaient le besoin d'un meilleur accompagnement par des recommandations plus claires et des formations actualisées : « *ce serait d'avoir des recommandations* » (MG3), « *Faut que ce soit fait par des spécialistes de la discipline* » (MG4). Un cadre commun ou des outils adaptés aux soins primaires faciliteraient leur décision.

Enfin, conscients de leur rôle central au sein du système de santé, certains s'interrogeaient sur l'impact économique de leur décision : vaut-il mieux financer la poursuite du dépistage par mammographie ou assumer les coûts liés à une prise en charge plus tardive du cancer ?

Renforcer l'information des patientes à la sortie du DO

À l'arrêt du DO à 75 ans, la décision de poursuivre le dépistage devient individuelle. La majorité des médecins interrogés déclarent poursuivre le dépistage à la demande des patientes. D'autres rapportent que la réticence de certaines suffit à ne pas le proposer, même lorsqu'ils le jugent pertinent. Ils tentent de faire adhérer les patientes au dépistage par la relation de confiance et l'information.

Or, plusieurs études suggèrent que les patientes de plus de 75 ans disposent de peu d'informations pour prendre une décision éclairée concernant la poursuite du dépistage. (38,39) Certains médecins estiment que l'information devrait prioritairement cibler les patientes, et non uniquement les professionnels de santé : « *Que y ait un courrier peut être à 75 ans, expliquant le pourquoi on fait plus le dépistage systématique mais qu'il est important quand même de continuer le suivi et de poursuivre avec la palpation mammaire, le dépistage précoce.* » (MG9). Pourtant, 75 % des structures de gestion du dépistage en France n'envoient pas d'information écrite systématique aux patientes à la sortie du DO. (40)

Lutter contre les idées reçues sur le cancer du sujet âgé est essentiel pour permettre aux patientes de faire un choix éclairé. Plusieurs initiatives ont été menées dans ce sens, comme la campagne « Trop vieille pour ça ? » du CNGOF en 2019, spécifiquement dédiée au dépistage du cancer du sein après 75 ans (41), ou celle de la SoFOG « Il n'y a pas d'âge pour se faire soigner du cancer ». (42)

L'information des patientes pourrait être améliorée par une diffusion plus régulière de ces campagnes (par exemple lors d'Octobre Rose), ainsi que par l'envoi d'un courrier systématique à la fin du DO, précisant la possibilité de poursuivre le DI avec le médecin généraliste.

Forces et limites

La durée moyenne des entretiens était faible (35 minutes) et pouvait être liée au manque d'expérience de la chercheuse. Cependant elle restait supérieure à la moyenne des autres études qualitatives. (22,23) Le nombre d'entretiens était faible (9 médecins interrogés) néanmoins les règles d'échantillonnage théorique ont été respectées. Une fois le modèle théorique établi, un entretien supplémentaire a été conduit, qui n'a pas apporté de nouveaux éléments.

Les biais d'interprétations ont été limités par l'exploration des a priori. L'analyse des données a été réalisée en se basant sur l'ouvrage « Initiation à la recherche qualitative en santé ». (43) Les différentes étapes de l'analyse ont fait l'objet d'une triangulation.

Peu d'études qualitative ont été réalisées sur le sujet. La majorité des thèses publiées sont des études descriptives par questionnaire. (24,25,38,44) Il s'agit de la première étude qualitative réalisée en Région Centre Val de Loire sur ce sujet.

Ouvertures

Les médecins généralistes fondent leur décision de poursuivre le dépistage du cancer du sein après 75 ans en partie sur l'état général, l'autonomie et l'espérance de vie des patientes. Plusieurs outils pourraient les aider dans cette décision.

L'échelle Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST) (45), validée par l'HAS, permet de repérer la fragilité chez les patients de plus de 65 ans, lors de la consultation de médecine générale. Cependant, la décision de poursuivre ou non le dépistage va au-delà de la seule évaluation de la fragilité.

Pour apprécier l'état de santé global, la grille CIRS-G (Cumulative Illness Rating Scale – Geriatrics) est intéressante car elle évalue la sévérité de chaque comorbidité et hiérarchise leur impact. Elle a été validée en gériatrie et en cancérologie. (46–48) En revanche, le score de Charlson, également utilisé en gériatrie et en cancérologie, ne prend pas en compte la sévérité des comorbidités et en sous-évalue certaines fréquentes chez les personnes âgées, comme la dénutrition et la perte d'autonomie fonctionnelle. (49)

Pour estimer l'espérance de vie, l'Index de Lee est l'un des scores les plus utilisés en gériatrie, évaluant l'espérance de vie à 4 et 10 ans, avec ou sans cancer. (50,51)

La grille CIRS-G et l'Index de Lee pourraient ainsi être utilisés en médecine générale pour évaluer le poids des comorbidités et l'espérance de vie. Ces outils ne remplacent pas une approche globale mais offrent un soutien aux médecins généralistes dans leur décision de poursuivre ou non du dépistage après 75 ans.

Dans cette étude, tous les médecins ont déclaré promouvoir l'AES, pourtant sa place dans le dépistage après 75 ans n'est pas recommandée par la CGNOF, faute de données probantes à ce sujet. (52) Etant donné la place importante laissée à la patiente dans ce processus de dépistage, cela mériterait d'être exploré.

Certains médecins interrogés ont évoqué la possibilité de repousser l'âge limite du DO, en lien avec l'augmentation de l'espérance de vie et l'hétérogénéité du vieillissement. Cette question dépasse le cadre de cette étude, mais elle soulève des enjeux intéressants en santé publique. Elle pourrait faire l'objet de recherches complémentaires, devant l'allongement de l'espérance de vie en bonne santé. (7) Pour le moment, l'EUSOMA et la SIOG ne recommandent pas de dépistage systématique après 75 ans. (33)

Il aurait été intéressant d'interroger un médecin avec un DU de gynécologie. Enfin le médecin généraliste n'est pas toujours au centre du dépistage du cancer du sein après 75 ans. Les gynécologues et sage-femmes sont deux autres acteurs et pourraient aussi être interrogés dans une suite de recherche.

CONCLUSION

Le cancer du sein reste l'une des principales causes de décès par cancer chez les femmes, y compris après 75 ans.

À l'arrêt du DO, les médecins généralistes jouent un rôle clé. Beaucoup poursuivent le dépistage de façon individualisée, conscients de l'allongement de l'espérance de vie en bonne santé. Mais la décision reste complexe. Elle repose sur une évaluation clinique intuitive et sur les souhaits de la patiente, dans un contexte marqué par des contraintes réglementaires, des inégalités d'accès aux soins, et des représentations parfois erronées des patientes sur le cancer du sein à un âge avancé.

Le recours à des outils d'évaluation des comorbidités et de l'espérance de vie, associé à une meilleure information des patientes, pourrait soutenir les médecins généralistes dans leur prise de décision de poursuivre ou non le dépistage et limiter les hétérogénéités de prise en charge.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Defossez G, Le Guyader Peyrou S, Uhry Z, Grosclaude P, Colonna M, Dantony E, et al. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018 – Étude réalisée à partir des registres des cancers du réseau Francim- Volume 1 – Tumeurs solides. Saint-Maurice (Fra) : Santé publique France; 2019. 372.
2. Institut National du Cancer. Incidence et mortalité départementales et régionales des cancers [en ligne]. 2021, [cité 13/02/23]. Disponibilité sur Internet : <<https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Les-donnees-sur-les-cancers/Incidence-et-mortalite-des-cancers/Incidence-et-mortalite-departementales-et-regionales>>
3. Institut National du Cancer. Panorama des cancers en France. Institut National du Cancer. Paris; 2023.
4. CGNOF. Dossier de presse - Dépistage du cancer du sein chez la femme âgée [en ligne]. 2019, [cité 13/09/22]. Disponibilité sur Internet : <<http://www.cngof.fr/actualites/650-depistage-k-sein-femme-agee-2>>
5. Lodi M, Scheer L, Reix N, Heitz D, Carin AJ, Thiébaud N, et al. Breast cancer in elderly women and altered clinico-pathological characteristics : a systematic review. Breast Cancer Res Treat. 2017 Dec;166(3):657-68.
6. Institut National du Cancer. Cancers du sein - les maladies du sein [en ligne]. 2020, [cité 19/02/23]. Disponibilité sur Internet : <<https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Les-maladies-du-sein/Cancers-du-sein>>
7. Pelofi G, Martin X, Barben J, Jouanny P. Interest of individual breast cancer screening by mammography in women aged over 75 years. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2022 Jun 1;20(2):182-9.
8. CGNOF. Chapitre 20- item 309 - tumeurs du sein [en ligne]. 2016, [cité 19/02 23]. Disponibilité sur Internet : <<http://www.cngof.net/E-book/GO-2016/27-ch20-213-230-9782294715518-T-sein.html>>
9. Fondation ARC pour la recherche sur le cancer. Personnes âgées et cancer. Fondation ARC. Paris; 2016. (Collection comprendre et agir).
10. Institut Curie. Octobre Rose 2021 : désescalade thérapeutique et innovations pour les femmes atteintes de cancer du sein. [en ligne]. 2021, [cité 14/01/25]. Disponibilité sur Internet : < <https://institut-curie.epresspack.online/octobre-rose-2021-desescalade-therapeutique-et-innovations-pour-les-femmes-atteintes-de-cancer-du-sein/>>
11. Hendrick RE, Monticciolo DL. Surveillance, epidemiology, and end results data show increasing rates of distant - stage breast cancer at presentation in U.S. women. Radiology. 2024 Dec;313(3):e241397.

12. Bouvier AM, Trétarre B, Delafosse P, Grosclaude P, Jéhannin-Ligier K, Marrer E, et al. Stade au diagnostic des cancers du sein, du côlon et du rectum - Étude réalisée à partir des registres des cancers du réseau Francim. Saint-Maurice (Fra) : Santé publique France; 2018. 40.
13. Jerusalem G, Gillain S, Gennigens C, Sautois B, Polus M, Bonnet C, et al. Traitement du cancer du sein chez la personne âgée. Rev Med Suisse. 2004 Aug 25;2493:1618-21.
14. Diab SG. Tumor characteristics and clinical outcome of elderly women with breast cancer. J Natl Cancer I. 2000 Apr 5;92(7):550-6.
15. La ligue contre le cancer. Avoir un cancer après 75 ans. La ligue. Paris; 2017.
16. Institut Curie. Oncogériatrie : le cancer chez les personnes âgées. [en ligne]. [cité 14/01/25]. Disponibilité sur Internet : <[https:// curie.fr/oncogeriatric-le-cancer-chez-les-personnes-agees](https://curie.fr/oncogeriatric-le-cancer-chez-les-personnes-agees)>
17. Santé Publique France. Cancer du sein [en ligne]. 2022, [cité 08/02/23]. Disponibilité sur Internet : <<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein>>
18. HAS. Dépistage et prévention du cancer du sein [en ligne]. 2015, [cité 3/02/23]. Disponibilité sur Internet : <https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/refces_k_du_sein_vf.pdf>
19. Institut National Du Cancer. Le programme de dépistage organisé des cancers du sein [en ligne]. 2024 [cité 7/03/25]. Disponibilité sur Internet : <<https://www.cancer.fr/professionnels-de-sante/prevention-et-depistages/depistage-et-detection-precoce/depistage-du-cancer-du-sein/le-programme-de-depistage-organise>>
20. Malmgren JA, Parikh J, Atwood MK, Kaplan HG. Improved prognosis of women aged 75 and older with mammography-detected breast cancer. Radiology. 2014 Dec;273(3):686-94.
21. Barais M, Dorval C, Le Floch B, Nabbe P, Derriennic J. La représentation du surdiagnostic dans le dépistage du cancer du sein chez les médecins généralistes. Exercer. 2018;(139):18-9.
22. Andriamahatratra O. Le dépistage du cancer du sein chez les femmes âgées de plus de 75 ans : étude qualitative auprès de médecins généralistes de Normandie [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Rouen: UFR de Santé de Rouen Normandie; 2022.
23. Zavaroni M. Déterminants du diagnostic et de prise en charge du cancer du sein des femmes âgées (au-delà de 75 ans) : approche qualitative auprès de médecins généralistes [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Montpellier: Université de Montpellier Faculté de médecine Montpellier-Nîmes; 2019.

24. Dusaussoy ML. Étude des pratiques concernant le dépistage individuel du cancer du sein chez la femme de plus de 74 ans auprès des médecins généralistes de la Somme [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Amiens: Université de Picardie Jules Verne; 2020.
25. Cathala E. Dépistage du cancer du sein après 75 ans, enquête d'opinion et de pratiques auprès des Médecins Généralistes d'Ille et Vilaine [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Rennes: Université Bretagne Loire; 2016.
26. Insee Centre Val de Loire. Plus de 50 000 seniors vivant à domicile en situation de perte d'autonomie en Centre-Val de Loire. Insee Centre Val de Loire. Orléans; 2023.
27. ORS (Observatoire Régional de la Santé). Démographie des professionnels de santé- Centre Val de Loire. ORS (Observatoire Régional de la Santé). Orléans; 2024.
28. Beauvilain M. Dépistage du cancer du sein chez les femmes de plus de 75 ans : pratique des médecins généralistes de Bourgogne Franche-Comté. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Besançon: Université de Franche-Comté UFR Sciences de la Santé; 2023.
29. Boureau AS, de Decker L. Dépistage des cancers chez le sujet âgé. La Revue de Médecine Interne. 2018 Aug 1;39(8):650-3.
30. Vaucher Y, Monod S, Rochat S, Büla C. Evaluation de l'espérance de vie chez les personnes âgées. Rev Med Suisse. 2012 Nov 7;8(361):2115-8.
31. Smith RA, Andrews KS, Brooks D, Fedewa SA, Manassaram-Baptiste D, Saslow D, et al. Cancer screening in the United States, 2019 : a review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening. CA Cancer J Clin. 2019 May;69(3):184-210.
32. Monticciolo DL, Newell MS, Hendrick RE, Helvie MA, Moy L, Monsees B, et al. Breast cancer screening for average-risk women : recommendations from the ACR commission on breast imaging. J Am Coll Radiol. 2017 Sep 1;14(9):1137-43.
33. Biganzoli L, Battisti NML, Wildiers H, McCartney A, Colloca G, Kunkler IH, et al. Updated recommendations regarding the management of older patients with breast cancer : a joint paper from the European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA) and the International Society of Geriatric Oncology (SIOG). Lancet Oncol. 2021 Jul;22(7):327-40.
34. HAS. Haute Autorité de Santé. Cancer du sein : modalités spécifiques de dépistage pour les femmes à haut risque [en ligne]. 2019, [cité 08/02/23] Disponibilité sur Internet : <https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974673/fr/cancer-du-sein-modalites-specifiques-de-depistage-pour-les-femmes-a-haut-risque>
35. Kösters JP, Gøtzsche PC. Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2003 Apr 22;2003(2):CD003373.
36. Dietze E, Jones V, Seewaldt V. Breast self-examination – the case for a second look. Curr Breast Cancer Rep. 2020 Jun;12(2):118-24.

37. Grenier A. Comment sont diagnostiqués les cancers du sein des femmes de plus de 75 ans ? : étude d'une cohorte au CHRU de Tours [Thèse de Doctorat d'Université, médecine]. Tours: Université de Tours UFR de médecine; 2017.
38. Wolff E. Le dépistage du cancer du sein chez des femmes de plus de 74 ans. Enquête d'opinion auprès de 144 femmes. [Thèse de Doctorat d'Université, médecine]. Paris : Faculté de médecine Sorbonne Université; 2018.
39. Dickson-Swift V, Adams J, Spelten E, Blackberry I, Wilson C, Yuen E. Breast cancer screening motivation and behaviours of women aged over 75 years. *Psycho-Oncology*. 2024;33(1):62-68.
40. Écomard LM, Malingret N, Asad-Syed M, Dilhuydy MH, 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*. 2013 Jul-Aug;100(7-8):671-6; quiz 677-8.
41. Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU). Cancer du sein : la ligue et le cngof s'associent pour promouvoir le dépistage individuel après 74 ans [en ligne]. 2019 [cité 01/06/25]. Disponibilité sur Internet : <https://www.sfm.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/cancer-du-sein-la-ligue-et-le-cngof-s-associent-pour-promouvoir-le-depistage-individuel-apres-74-ans/new_id/61681>
42. Antenne d'Onco-Gériatrie Centre Val de Loire (AOG CVL). Une campagne nationale pour le rappeler : il n'y a pas d'âge pour se faire soigner du cancer. AOG CVL. Tours; 2019.
43. Lebeau J-P. Initiation à la recherche qualitative en santé. GMSanté. 2021.
44. Cambon M, Lorrain M. Etude des pratiques de dépistage du cancer du sein chez la femme après 74 ans auprès des médecins généralistes en Haute-Garonne. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Toulouse : Faculté des sciences médicales Rangueil; 2023.
45. Dufлот A. Repérage de la fragilité en médecine générale avec le Gérontopôle Frailty Screening Tool : étude de prévalence et faisabilité en médecine générale. 2014 Sep 25;43.
46. Miller MD, Paradis CF, Houck PR, Mazumdar S, Stack JA, Rifai AH, et al. Rating chronic medical illness burden in geropsychiatric practice and research : application of the Cumulative Illness Rating Scale. *Psychiatry Res*. 1992 Mar;41(3):237-48.
47. Linn BS, Linn MW, Gurel L. Cumulative illness rating scale. *J Am Geriatr Soc*. 1968 May;16(5):622-6.
48. Extermann M, Overcash J, Lyman GH, Parr J, Balducci L. Comorbidity and functional status are independent in older cancer patients. *J Clin Oncol*. 1998 Apr;16(4):1582-7.

49. Harboun M, Ankri J. Comorbidity indexes : review of the literature and application to studies of elderly population. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2001 Jun;49(3):287-98.
50. Lee SJ, Lindquist K, Segal MR, Covinsky KE. Development and validation of a prognostic index for 4-year mortality in older adults. *JAMA*. 2006 Feb 15;295(7):801-8.
51. Cruz M, Covinsky K, Widera EW, Stijacic-Cenzer I, Lee SJ. Predicting 10-Year Mortality for Older Adults. *JAMA*. 2013 Mar 6;309(9):874-6.
52. Lavoué V, Favier A, Frank S, Boutet G, Azuar AS, Brousse S, et al. Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF. Place de l'auto-examen des seins dans les stratégies de dépistage. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*. 2023 Oct;51(10):437-47.
53. Salvi F, Miller MD, Towers A, Morichi V, Dessì-Fulgheri P. Manuel de directives pour la cotation de l'échelle « Modified Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) ». Version française traduite par l'ANQ. Berne: ANQ; 2016.

ANNEXES

Annexe 1 : Déclaration CNIL

CNIL

3 Place de Fontenay - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00
www.cnil.fr

Cadre réservé à la CNIL

N° d'enregistrement :

DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

1 Déclarant

Nom et prénom ou raison sociale : BIOGEAU Julie	Sigle (facultatif) :
	N° SIRET :
Service :	Code APE :
Adresse : HÔPITAL DE L'ERMITAGE 2 ALLÉE GASTON PAGÈS	
Code postal : 37044 Ville : TOURS	Téléphone : 0247473842
Adresse électronique : J.BIOGEAU@CHU-TOURS.FR	Fax :

2 Texte de référence

Vous déclarez par la présente que votre traitement est strictement conforme aux règles énoncées dans le texte de référence.

N° de référence

MR-4 Recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé

3 Personne à contacter

Veuillez indiquer ici les coordonnées de la personne qui a complété ce questionnaire au sein de votre organisme et qui répondra aux éventuelles demandes de compléments que la CNIL pourrait être amenée à formuler

Votre nom (prénom) : BIOGEAU Julie	
Service :	
Adresse : 2 ALLÉE GASTON PAGÈS	
Code postal : 37044 - Ville : TOURS	Téléphone : 0247473842
Adresse électronique : J.BIOGEAU@CHU-TOURS.FR	Fax :

Raison sociale :	N° SIRET :
Sigle (facultatif) :	Code NAF :
Adresse :	
Code postal : Ville :	Téléphone :
Adresse électronique :	Fax :

4 Signature

Je m'engage à ce que le traitement décrit par cette déclaration respecte les exigences du Règlement Général sur la Protection des Données et la loi du 6 janvier 1978 modifiée.

Personne responsable de l'organisme déclarant.	
Nom et prénom : BIOGEAU Julie	Date le :
Fonction : Médecin, Praticien	
Adresse électronique : J.BIOGEAU@CHU-TOURS.FR	

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à permettre à la CNIL l'instruction des déclarations qu'elle reçoit. Elles sont destinées aux membres et services de la CNIL. Certaines données figurant dans ce formulaire sont mises à disposition du public en application de l'article 31 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée. Vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent en vous adressant à la CNIL : 3 Place de Fontenay - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07.

Annexe 2 : Formulaire de consentement

DOCUMENT D'INFORMATION

Madame, Monsieur,

Vous avez accepté de participer à une étude qualitative, menée dans le cadre d'une thèse de médecine générale.

L'objectif de cette étude est d'explorer les stratégies et les représentations des médecins généralistes concernant le dépistage du cancer du sein après 75 ans en région Centre Val de Loire.

Votre participation à l'étude passe par un entretien individuel semi dirigé avec la doctorante, au cours duquel elle explorera votre pratique sur le sujet concerné au moyen d'un questionnaire. Cet entretien se fera selon les modalités pratiques que vous aurez au préalable définies (lors d'une rencontre physique ou en distanciel par visio).

Toute information vous concernant recueillie pendant cette étude sera traitée de façon confidentielle. Seules les responsables de l'étude pourront avoir accès à ces données. À l'exception de ces personnes, qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical, votre anonymat sera préservé.

Les résultats globaux de l'étude pourront vous être communiqués si vous le souhaitez.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude.

Vous pouvez également décider en cours d'étude d'arrêter votre participation sans avoir à vous justifier.

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

Dr Julie BIOGEAU
Directrice de thèse

Mme Léa GAGNER
Interne de médecine générale et doctorante

LETTE DE CONSENTEMENT

J'ai été sollicité(e) pour participer au projet de recherche en santé sur le dépistage du cancer du sein après 75 ans.

J'ai eu suffisamment de temps pour réfléchir à ma participation à cette étude. J'ai été prévenu(e) que ma participation à l'étude se fait sur la base du volontariat et ne comporte pas de risque particulier.

Je peux décider de me retirer de l'étude à tout moment, sans donner de justification et sans que cela n'entraîne de conséquence. Si je décide de me retirer de l'étude, j'en informerai immédiatement les investigateurs.

J'ai été informé(e) que les données colligées durant l'étude resteront confidentielles et seront seulement accessibles à l'équipe de recherche.

J'accepte que mes données personnelles soient numérisées dans le strict cadre de la loi informatique et liberté.

J'ai été informé(e) de mon droit d'accès à mes données personnelles et à la modification de celles-ci.

Ma non opposition n'exonère pas les organisateurs de leurs responsabilités légales. Je conserve tous les droits qui me sont garantis par la loi.

Nom :

Lieu et date :

Signature :

Annexe 3 : Guide d'entretien

1. Présentation du cadre de l'entretien

Présentation de l'enquêtrice, de l'enquête et du déroulé de l'entretien

2. Données personnelles à recueillir

- Pouvez-vous vous présenter ?

Recueillir : l'âge, le sexe, le lieu d'exercice (rural/semi-rural/urbain), l'année d'installation, le mode d'exercice (installé/replacement fixe)

- Quel est votre parcours professionnel ?

Recueillir si formation spécifique en gynécologie, en oncologie ou en gériatrie

3. Guide thématique

- Pouvez-vous me décrire votre activité et votre patientèle ?

Si possible recueillir le nombre de patientes de 75 ans ou plus

- Quelles connaissances avez-vous sur les informations données par les structures de dépistage à la sortie du dépistage organisé ?

- Quelles informations donnez-vous ou non à vos patientes à la sortie du dépistage organisé ?

- Après 75 ans, quelle est votre expérience professionnelle du dépistage du cancer du sein ?

- Quel est votre ressenti concernant la pratique clinique de la palpation mammaire dans votre patientèle et après 75 ans ? (Faire préciser les éventuelles difficultés rencontrées)

- Comment intégrez-vous le dépistage du cancer du sein dans votre pratique courante ?

- Quelle est, selon vous, la place de l'autopalpation dans le dépistage du cancer du sein après 75 ans ?

- Eduquez-vous vos patientes à l'autopalpation ?

- Dans quelles circonstances prescrivez-vous une mammographie après 75 ans ?

- A quelles difficultés vous êtes-vous heurtés lorsque vous avez voulu réaliser une mammographie après 75 ans ? (Si non abordé faire préciser l'adhésion des patientes)

- Vous souvenez-vous d'une patiente de plus de 75 ans qui a présenté un cancer du sein ?

- Après 75 ans, que pensez-vous de la pertinence de l'instauration d'un traitement actif du cancer du sein ?

- Pour synthétiser, quelle stratégie de diagnostic précoce du cancer du sein mettez-vous en place une fois que votre patiente est sortie du dépistage organisé par mammographie ?

- Comment peut-on vous aider à développer le dépistage de cancer du sein après 75 ans dans votre patientèle ?

Annexe 4 : grille CIRS-G

Système d'organes

Description des scores

0. **Aucun problème**: Aucune pathologie n'affecte ce système ou problèmes médicaux antérieurs sans importance clinique
1. **Problème léger**: Problème actuel léger ou problème antérieur important
2. **Problème modéré**: Atteinte ou morbidité modérée et/ou nécessitant un traitement (de première ligne).
3. **Problème sévère**: Pathologie sévère et/ou atteinte constante et invalidante et/ou maîtrise des problèmes chroniques difficile (schéma thérapeutique complexe).
4. **Problème très grave**: Pathologie extrêmement sévère et/ou traitement immédiat requis et/ou défaillance d'un organe et/ou incapacité fonctionnelle grave.

	aucun problème	problème léger	problème modéré	problème sévère	problème très grave
1. Cardiaque (cœur uniquement)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
2. Hypertension artérielle (score basé sur la sévérité; les lésions organiques sont cotées séparément)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
3. Vasculo-hématopoïétique (sang, vaisseaux sanguins et cellules sanguines, moelle osseuse, rate, ganglions)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
4. Appareil respiratoire (poumons, bronches, trachée sous le larynx)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
5. Ophtalmologique et ORL (yeux, oreilles, nez, pharynx, larynx)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
6. Appareil gastro-intestinal supérieur (oesophage, estomac, duodenum et pancreas, sans diabète)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
7. Appareil gastro-intestinal inférieur (intestins, hernies)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
8. Hépatique (foie et voies biliaires)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
9. Rénal (uniquement les reins)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
10. Appareil génito-urinaire (uretères, vessie, urètre, prostate, appareil génital)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
11. Téguments musculo-squelettiques (muscles, os, peau)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
12. Nerveux central et périphérique (cerveau, moelle épinière, nerfs; hors démence)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
13. Endocrino-métabolique (y compris diabète, thyroïde ; seins ; infections systémiques ; intoxications)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
14. Troubles psychiques / comportementaux (y compris démence, dépression, anxiété, agitation/délire, psychose)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

Salvi F, Miller MD, Towers A, Morichi V, Dessi-Fulgheri P. Manuel de directives pour la cotation de l'échelle « Modified Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) ». Version française traduite par l'ANQ, octobre 2016. Berne: ANQ; 2016. (53)

Prognostic Index for 4 – Years Mortality

5

Calcul de l'index :

Facteurs de risque	Points	Score du patient
Age		
60-64	1	
65-69	2	
70-74	3	
75-79	4	
80-84	5	
>85	7	
Masculin	2	
Diabète	1	
Cancer	2	
Pathologie pulmonaire	2	
Insuffisance cardiaque	2	
BMI<25	1	
Fumeur (tabagisme actif)	2	
Problèmes de dépendance		
Dépendance pour la toilette	2	
Dépendance pour la gestion de l'argent	2	
Difficultés à marcher au-delà de 500 m	2	
Difficultés à pousser ou tirer des objets lourds (> 5 kg)	1	
Total		

Résultats et interprétation du score

- | | |
|--|--------------|
| 1. 0-5 points : mortalité à 4 ans estimée à 3%, | Low risk |
| 2. 6-9 points : mortalité à 4 ans estimée 15%, | Medium risk |
| 3. 10-13 points : mortalité à 4 ans estimée 41%, | high risk |
| 4. ≥14 points : mortalité à 4 ans estimée 65%, | highest risk |

Lee SJ, Lindquist K, Segal MR, Covinsky KE. Development and validation of a prognostic index for 4-year mortality in older adults. JAMA. 2006 Feb 15;295(7):801-8. (50)

Vu, le Directeur de Thèse

Dr Julie BIOGEAU

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a final horizontal stroke.

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

GAGNER Léa

41 pages – 1 tableau – 1 figure

Résumé :

Introduction : Le dépistage organisé du cancer du sein concerne les femmes âgées de 50 à 74 ans, laissant ensuite la place à un dépistage individuel réalisé principalement par le médecin généraliste. La population de plus de 75 ans reste à risque, le taux de mortalité spécifique par cancer du sein continuant d'augmenter avec l'âge, notamment en raison de diagnostics plus tardifs.

Objectif : Explorer les stratégies et les représentations des médecins généralistes concernant le dépistage du cancer du sein après 75 ans en région Centre Val de Loire.

Méthode : Il s'agissait d'une étude qualitative. Les données ont été recueillies par entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes de la région Centre Val de Loire. L'analyse des données a été conduite selon les principes de la théorisation ancrée.

Résultats : Neuf entretiens ont été réalisés. La décision de poursuite du dépistage du cancer du sein au-delà de 75 ans reposait sur une collaboration entre le médecin et sa patiente. Les critères qui incitaient les médecins généralistes à poursuivre le dépistage étaient : l'état général conservé, l'autonomie, l'espérance de vie, les antécédents personnels et/ou familiaux et la demande de la patiente. L'âge chronologique de la patiente n'entrait pas dans la décision. La méthode de dépistage variait : examen clinique mammaire, mammographie ou auto-examen des seins. Le médecin généraliste se confrontait autant aux représentations et attentes des patientes qu'à ses propres représentations, mais également aux contraintes du système de santé et du terrain.

Discussion : Les stratégies de dépistage individuel étaient hétérogènes, en lien avec l'absence d'outils partagés et une évaluation clinique intuitive. Cela pouvait générer des inégalités d'accès au dépistage. Les médecins exprimaient le besoin de recommandations plus claires et d'une meilleure information des patientes à la sortie du dépistage organisé. Des outils d'évaluation standardisés et des campagnes d'information afin de lever les idées reçues sur le cancer du sujet âgé, pourraient les soutenir dans leur prise de décision de poursuite ou non du dépistage individuel.

Mots-clés : Dépistage ; cancer du sein ; population gériatrique ; médecine générale ; dépistage individuel

Jury :

Président du Jury : Professeur Emmanuelle BLANCHARD-LAUMONNIER

Membres du Jury : Docteur Cécile RENOUX
Docteur Belkacem OTSMANE

Directeur de thèse : Docteur Julie BIOGEAU

Date de soutenance : 11 septembre 2025