



HAL
open science

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

Marine Zavaroni

► To cite this version:

Marine Zavaroni. 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. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02867989

HAL Id: dumas-02867989

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02867989>

Submitted on 15 Jun 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Marine ZAVARONI

Le Jeudi 27 Juin 2019

DETERMINANTS DU DIAGNOSTIC ET DE PRISE EN CHARGE DU CANCER DU SEIN
DES FEMMES AGEES (AU-DELA DE 75ANS) :

APPROCHE QUALITATIVE AUPRES DE MEDECINS GENERALISTES

Directeur de thèse : Docteur Valéry ANTOINE

JURY

Président : Professeur Michel AMOUYAL

Assesseurs : Docteur Agnès OUDE-ENGBERINK,

Docteur Elodie MILLION,

Docteur Valéry ANTOINE.

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Marine ZAVARONI

Le Jeudi 27 Juin 2019

DETERMINANTS DU DIAGNOSTIC ET DE PRISE EN CHARGE DU CANCER DU SEIN
DES FEMMES AGEES (AU-DELA DE 75ANS) :
APPROCHE QUALITATIVE AUPRES DE MEDECINS GENERALISTES

Directeur de thèse : Docteur Valéry ANTOINE

JURY

Président : Professeur Michel AMOUYAL

Assesseurs : Docteur Agnès OUDE-ENGBERINK,

Docteur Elodie MILLION,

Docteur Valéry ANTOINE.

LISTE DU CORPS ENSEIGNANT

FACULTE DE MEDECINE DE MONTPELLIER-NIMES

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	DUBOIS Jean Bernard	MION Charles
ALRIC Robert	DUMAS Robert	MION Henri
ARNAUD Bernard	DUMAZER Romain	MIRO Luis
ASTRUC Jacques	ECHENNE Bernard	NAVARRO Maurice
AUSSILLOUX Charles	FABRE Serge	NAVRATIL Henri
AVEROUS Michel	FREREBEAU Philippe	OTHONIEL Jacques
AYRAL Guy	GALIFER René Benoît	PAGES Michel
BAILLAT Xavier	GODLEWSKI Guilhem	PEGURET Claude
BALDET Pierre	GRASSET Daniel	PELISSIER Jacques
BALDY-MOULINIER Michel	GROLLEAU-RAOUX Robert	POUGET Régis
BALMES Jean-Louis	GUILHOU Jean-Jacques	PUECH Paul
BALMES Pierre	HERTAULT Jean	PUJOL Henri
BANSARD Nicole	HUMEAU Claude	PUJOL Rémy
BAYLET René	JAFFIOL Claude	RABISCHONG Pierre
BILLIARD Michel	JANBON Charles	RAMUZ Michel
BLARD Jean-Marie	JANBON François	RIEU Daniel
BLAYAC Jean Pierre	JARRY Daniel	RIOUX Jean-Antoine
BLOTMAN Francis	JOYEUX Henri	ROCHFORT Henri
BONNEL François	LAFFARGUE François	ROSSI Michel
BOUDET Charles	LALLEMANT Jean Gabriel	ROUANET DE VIGNE
BOURGEOIS Jean-Marie	LAMARQUE Jean-Louis	LAVIT Jean Pierre
BRUEL Jean Michel	LAPEYRIE Henri	SAINT AUBERT Bernard
BUREAU Jean-Paul	LESBROS Daniel	SANCHO-GARNIER Hélène
		SANY Jacques

BRUNEL Michel	LOPEZ François Michel	SEGNARBIEUX François
CALLIS Albert	LORIOT Jean	SENAC Jean-Paul
CANAUD Bernard	LOUBATIERES Marie	SERRE Arlette
CASTELNAU Didier	Madeleine	SIMON Lucien
CHAPTAL Paul-André	MAGNAN DE BORNIER	SOLASSOL Claude
CIURANA Albert-Jean	Bernard	THEVENET André
CLOT Jacques	MARY Henri	VIDAL Jacques
D'ATHIS Françoise	MATHIEU-DAUDE Pierre	VISIÉ Jean Pierre
DEMAILLE Jacques	MEYNADIER Jean	
DESCOMPS Bernard	MICHEL François-Bernard	
DIMEGLIO Alain	MICHEL Henri	

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	VOISIN Michel
BLANC François	ZANCA Michel
BOULENGER Jean-Philippe	
BOURREL Gérard	
BRINGER Jacques	
CLAUSTRES Mireille	
DAURES Jean-Pierre	
DAUZAT Michel	
DEDET Jean-Pierre	
ELEDJAM Jean-Jacques	
GUERRIER Bernard	
JOURDAN Jacques	
MARES Pierre	
MAURY Michèle	
MILLAT Bertrand	
MAUDELONDE Thierry	
MONNIER Louis	
PREFAUT Christian	
PUJOL Rémy	
SULTAN Charles	
TOUCHON Jacques	

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COLSON Pascal – Anesthésie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe – Neurochirurgie
COURTET Philippe – Psychiatrie d’adultes, addictologie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation

JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence

JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie

KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire

LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention

LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation

LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

MERCIER Jacques - Physiologie

MESSNER Patrick – Cardiologie

MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie

PELLISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation

RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale

REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales

RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation

ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie

SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion

TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale

UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie

VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion

AVIGNON Antoine-Nutrition

AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie

BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie

BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale

BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

BORIE Frédéric-Chirurgie digestive

BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

CAMBONIE Gilles -Pédiatrie

CAMU William-Neurologie

CANOVAS François-Anatomie

CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion

CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique

CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation

CORBEAU Pierre-Immunologie

COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques

CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale

DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation

DAUVILLIERS Yves-Physiologie

DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale

DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

DEREURE Olivier-Dermatologie – vénéréologie

DE VOS John – Cytologie et histologie

DROUPY Stéphane -Urologie

DUCROS Anne-Neurologie

GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie

HAYOT Maurice - Physiologie

KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence

KOENIG Michel-Génétique moléculaire

LABAUGE Pierre- Neurologie

LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation

LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie

LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière

LECLERCQ Florence-Cardiologie

LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire

LE MOING Vincent – Maladies infectieuses, maladies tropicales

LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire

MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire

MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénérologie
MOREL Jacques - Rhumatologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel - Anatomie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -

DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétique
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC Moglie - Néphrologie
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas - Neurologie
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier-Néphrologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques

RIVIER François-Pédiatrie

ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques

ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion

ROUBILLE François-Cardiologie

SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation

SIRVENT Nicolas-Pédiatrie

SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire

STOEBNER Pierre – Dermato-vénérologie

SULTAN Ariane-Nutrition

THOUVENOT Éric-Neurologie

THURET Rodolphe-Urologie

VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie

VILLAIN Max-Ophtalmologie

VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

VINCENT Thierry-Immunologie

WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénérologie

MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie

MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique

CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion

PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie

PUJOL Joseph-Anatomie

RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie

RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{re} classe

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline -Hématologie biologique
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIÈRES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie
DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation
DU THANH Aurélie-Dermato-vénérologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
HERRERO Astrid – Chirurgie générale
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie

SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques

THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

Maîtres de conférence de 1^{ère} classe

COSTA David

Maîtres de conférence de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE-ENGBERINK Agnès

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

GARCIA Marc

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences

BERNEX Florence - Physiologie

CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé

CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire

DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire

GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences
MOUTOT Gilles - Philosophie
PASSERIEUX Emilie - Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie
BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SUCHE François-Régis – Chirurgie générale
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

REMERCIEMENTS DU JURY

Merci à Monsieur le **Professeur AMOUYAL** d'avoir accepté de présider ce jury. Je vous présente mes sincères remerciements et mon plus profond respect.

Merci à Madame le **Docteur OUDE-ENGBERINK** d'avoir accepté de participer à ce jury et de m'avoir épaulée également pour la rédaction de ce travail à plusieurs reprises. Veuillez trouver ici le témoignage de mes remerciements sincères.

Merci à Madame le **Docteur MILLION** d'avoir accepté de participer à ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de ma profonde reconnaissance.

Merci à mon maître, Monsieur le **Docteur ANTOINE** qui a été disponible lorsque j'étais interne, aux prémices de mon mémoire et de ma thèse. Je le remercie également pour m'avoir transmis son intérêt pour la gériatrie. Veuillez croire en ma gratitude profonde. Sans son aide précieuse à toutes les étapes de ce travail, ainsi que ses nombreuses recherches bibliographiques, rien n'aurait été possible aujourd'hui. J'espère avoir le plaisir de retravailler avec vous dans les années professionnelles qui m'attendent.

REMERCIEMENTS AUX PROCHES

Il me sera très difficile de remercier tout le monde car c'est grâce à l'aide de nombreuses personnes que j'ai pu mener cette thèse et ce cursus universitaire (non sans peine) à son aboutissement.

Je remercie du plus profond de mon cœur ma famille sans qui je n'en serais pas là aujourd'hui. Merci pour votre soutien et votre amour perpétuels.

Maman, merci pour tes multiples relectures et ta détermination dont je m'inspire chaque jour.

Papa, merci pour m'avoir donné le goût du travail et pour ton aide perpétuelle.

Pauline, ma petite sœur, merci de me regarder encore et toujours avec un œil émerveillé, et d'être là pour m'écouter.

Mamie, Papy, mille mercis pour toutes ces années de bienveillance, d'attentions par milliers pour que mon quotidien de thésarde soit plus doux, fleuri, savoureux.

Merci à **Kévin**, mon amour, mon « zig », qui me garde à la fois les pieds sur terre et la tête dans les nuages. Depuis 10 ans, tu as toujours été là, les jours de fête, les jours normaux, les jours « du dragon ». Une page se tourne, à nos nouvelles aventures !

A ma deuxième famille, à **Sandrine, Dav, Agathe**. Merci pour votre accueil, merci pour votre bienveillance et vos encouragements ces longues années.

Merci aux **irremplaçables amis** : la team des grenoblois, mes chéries les F... , la team rando, les carcassonnais...pour tous ces moments durs et beaux à la fois, à toutes nos rigolades d'hier et de demain. Merci pour votre amitié si belle et votre présence inoubliable.

Merci à Simon pour ces conseils précieux en informatique.

Merci à tous les médecins qui ont pris le temps de participer à leur manière à ce travail de recherche et à ma formation.

SOMMAIRE

I-	INTRODUCTION	page 19
II-	MATERIELS ET METHODES	page 23
III-	RESULTATS	page 25
IV-	DISCUSSION	page 34
V-	CONCLUSION	page 43
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	page 45
	ANNEXES	page 51
	<i>Annexe A : Facteurs incriminés dans le pronostic défavorable des personnes âgées présentant un cancer du sein (en comparaison aux patientes plus jeunes).</i>	<i>page 51</i>
	<i>Annexe B : Equipe de recherche.</i>	<i>page 52</i>
	<i>Annexe C : Questions posées lors des entretiens.</i>	<i>page 53</i>
	<i>Annexe D : Facteurs influençant la décision d'un examen des seins (palpation mammaire) des femmes âgées, le recours à des examens complémentaires ou un avis spécialisé, retrouvés dans les réponses des participants à l'étude.</i>	<i>page 54</i>
	<i>Annexes E et E bis : Comparaison des deux modalités de recueil des données, entretiens individuels et entretien de groupe, en termes de faisabilité (F), production d'information (PI) et acceptabilité (A) par les participants.</i>	<i>page 55</i>
	<i>Annexe F : Actions possibles pour favoriser l'information des MG : favoriser le diagnostic et la coordination des soins entre MG et spécialistes hospitaliers.</i>	<i>page 59</i>
	<i>Annexe G : Moyens possibles pour l'information des MG et l'amélioration de la communication avec les spécialistes du cancer.</i>	<i>page 60</i>
	<i>Tableau A : Caractéristiques principales des médecins généralistes participants aux entretiens.</i>	<i>page 62</i>
	<i>Tableau A bis : Caractéristiques des participants : participations antérieures à des études et participation à notre étude qualitative.</i>	<i>page 63</i>
	<i>Tableau B : Arbre de codage.</i>	<i>page 64</i>
	<i>Tableau C : Thématiques abordées par les médecins généralistes participants aux entretiens semi-dirigés et focus group, sur leur vécu et leurs pratiques concernant le cancer du sein chez la femme âgée de plus de 75 ans.</i>	<i>page 65</i>
	<i>Tableau D : Représentations pour des médecins généralistes du cancer du sein dans le grand âge, en termes de fréquence, gravité, modalités et impacts thérapeutiques. Résultats du focus group.</i>	<i>page 66</i>

<i>Tableau D bis : Représentations pour des médecins généralistes du cancer du sein dans le grand âge, en termes de fréquence, gravité, modalités et impacts thérapeutiques. Résultats des entretiens individuels.</i>	page 67
<i>Tableau E : Pratiques diagnostiques du cancer du sein dans le grand âge : obstacles liés aux comorbidités et ressentis de médecins généralistes. Résultats du focus group.</i>	page 68
<i>Tableau E bis : Pratiques diagnostiques du cancer du sein dans le grand âge : obstacles liés aux comorbidités et ressentis de médecins généralistes. Résultats des entretiens individuels.</i>	page 69
<i>Tableau F : Obstacles à la palpation mammaire dans le grand âge, ressentis par des médecins généralistes. Résultats du focus group.</i>	page 70
<i>Tableau F bis : Obstacles à la palpation mammaire dans le grand âge, ressentis par des médecins généralistes. Résultats des entretiens individuels.</i>	page 71
<i>Tableau G : Recours aux examens complémentaires et aux avis spécialisés pour le diagnostic de cancer du sein dans le grand âge : pratiques et obstacles ressentis par des médecins généralistes. Résultats du focus group.</i>	page 72
<i>Tableau G bis: Recours aux examens complémentaires et aux avis spécialisés pour le diagnostic de cancer du sein dans le grand âge : pratiques et obstacles ressentis par des médecins généralistes. Résultats des entretiens individuels.</i>	page 73
<i>Tableau H : Ressenti de médecins généralistes sur leur implication par les spécialistes dans les décisions thérapeutiques, en cas de cancer du sein dans le grand âge. Résultats du focus group.</i>	page 74
<i>Tableau H bis : Ressenti de médecins généralistes sur leur implication par les spécialistes dans les décisions thérapeutiques, en cas de cancer du sein dans le grand âge. Résultats des entretiens individuels.</i>	page 75
<i>Tableau I : Ressenti de médecins généralistes vis-à-vis de leur collaboration avec les médecins spécialistes du cancer du sein dans le grand âge. Résultats du focus group.</i>	page 76
<i>Tableau I bis : Ressenti de médecins généralistes vis-à-vis de leur collaboration avec les médecins spécialistes du cancer du sein dans le grand âge. Résultats des entretiens individuels.</i>	page 77
<i>Tableau J : Intérêt de la poursuite d'un dépistage du cancer du sein au-delà de 75 ans pour des médecins généralistes. Résultats du focus group.</i>	page 78
<i>Tableau J bis : Intérêt de la poursuite d'un dépistage du cancer du sein au-delà de 75 ans pour des médecins généralistes. Résultats des entretiens individuels.</i>	page 79
Abréviations	page 79
Serment d'Hippocrate	page 80
Permis d'imprimer	page 81

I- INTRODUCTION

Le cancer du sein est la tumeur maligne la plus fréquente chez les femmes âgées, son incidence est croissante (1,2). Les caractéristiques biologiques des cellules tumorales varient avec l'avancée en âge : l'expression des récepteurs hormonaux est plus fréquente (85% de tumeurs avec récepteurs aux œstrogènes positifs dans la tranche d'âge 80-84 ans), les tumeurs HER-2 positives sont moins fréquentes (10% chez les femmes âgées de 70 ans et plus), des tumeurs de petites tailles pourraient être plus agressives (1,3).

La survie relative des patientes de 70 ans et plus, est inférieure à celle des patientes de la tranche d'âge 40-70 ans, même après ajustement au stade de la maladie (1,4,5,6,7,8). Les principaux facteurs incriminés dans le pronostic défavorable des femmes âgées présentant un cancer du sein, en comparaison aux patientes plus jeunes, incluent (**Annexe A**) (1,2,4,9,10,11,12,13,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35) :

- un diagnostic plus tardif donc à un stade plus avancé (36,37,38,39,40,41,42,43) ; même si le bénéfice de la mammographie de dépistage sur la mortalité n'est pas documenté après 75 ans, l'arrêt du dépistage après 75 ans pourrait aussi être incriminé dans le pronostic défavorable des personnes âgées (ainsi, la décision de proposer un dépistage après 75 ans peut se faire après évaluation médicale de l'espérance de vie, des bénéfices et risques, de la préférence des patientes) (1,2,35,44,45,46,47),
- le sous-traitement (1,4,9,10,11,12,13),
- l'impact des comorbidités : le taux de mortalité spécifique (liée au cancer) décroît avec le grand âge (pouvant chuter à 29 % après 85 ans) (7,8) et la prise en charge du cancer du sein dans le grand âge ne peut donc pas se concevoir sans prise en compte des comorbidités. En effet, la majorité (60% des femmes de 80 ans et plus au diagnostic) des patientes âgées présentant un cancer du sein opérable meurt du fait de pathologies associées (mortalité compétitive). Les comorbidités représentent un facteur de risque de décès, par conséquent, leur évaluation associée à celle des capacités fonctionnelles peut aider à prévoir la mortalité compétitive (1).

La littérature rapporte un impact économique important (9,14,15,16,17,18) en rapport avec la perte de survie de ces patientes. Le Plan Cancer 2009-2013 (48) fait une priorité d' "élaborer des recommandations de stratégies de prise en charge adaptées aux personnes âgées pour les cancers ayant la plus grande incidence".

En effet, même dans le grand âge (au-delà de 75ans), des thérapeutiques anti-cancéreuses sont possibles. Le plan de soin spécifique du cancer peut comprendre différentes étapes, associant ou non, selon les situations cliniques : chirurgie (dont les propositions sont identiques à celles des patientes plus jeunes), radiothérapie, thérapies médicamenteuses. Le choix thérapeutique ne doit pas dépendre du seul critère de l'âge chiffré (1). La sécurité et la compliance aux traitements doivent être évaluées. Les médicaments prescrits doivent tenir compte des modifications pharmacocinétiques observées avec l'âge, des comorbidités et de la polymédication (effets secondaires et interactions). La fonction rénale doit être évaluée. La compliance au traitement doit être encouragée, notamment en recherchant et en prenant en charge les effets secondaires. Une présentation atypique des toxicités doit être reconnue (chutes, confusion...). La prise en charge des effets secondaires doit être précoce car les patientes âgées ont des réserves physiologiques diminuées qui contribuent à aggraver les conséquences des toxicités (1).

Ainsi, le choix des modalités thérapeutiques ne doit pas se fonder sur le seul critère de l'âge chronologique mais tenir compte de l'âge physiologique, l'estimation de l'espérance de vie, l'évaluation bénéfice risque des traitements, la tolérance des traitements, la préférence des patients, le maintien de la qualité de vie et des potentiels obstacles au traitement (1). Des évaluations de l'état de santé global, initiales puis renouvelées au cours de la prise en charge, peuvent permettre d'estimer la mortalité compétitive, d'identifier des problématiques associées, initiales ou incidentes, pour lesquelles des interventions pourraient améliorer le pronostic, mais aussi aider à la décision thérapeutique. Des interventions ciblées sur les problématiques identifiées par l'évaluation gériatrique globale peuvent contribuer à diminuer la morbi-mortalité et améliorer la qualité de vie (1,9,25).

L'existence de possibilités thérapeutiques plaide pour l'intérêt du diagnostic précoce du cancer du sein, même chez les femmes âgées. Cependant, les cliniciens de terrain remarquent que les patientes âgées atteintes de cancer du sein expriment souvent en consultation le regret de ne pas avoir été diagnostiquées plus tôt. Une étude française a aussi montré que les circonstances diagnostiques du cancer du sein, chez les femmes âgées de 75 ans et plus, étaient dans 58% des cas une anomalie suspectée par la patiente elle-même, donc une fréquence supérieure à celle des diagnostics issus d'un examen clinique de dépistage de leur médecin (4%), d'une mammographie de dépistage (22%) ou de circonstances fortuites (15%, par exemple découverte clinique lors d'une

toilette, la réalisation d'un électrocardiogramme ou d'une radiographie de thorax)(43). Par ailleurs, les patientes peuvent avoir une perception erronée de la maladie, des bénéfices réels des traitements ou bien des toxicités possibles (1). Aussi, il est important que les professionnels de santé puissent transmettre des informations justes et claires pour la patiente, concernant le diagnostic, le pronostic, les bénéfices et risques liés aux différentes possibilités thérapeutiques (1), mais aussi concernant les risques d'un sous-traitement.

Ainsi, il est intéressant d'étudier les déterminants du diagnostic et de prise en charge du cancer du sein des femmes âgées, en étudiant l'expérience et les perceptions qu'ont les médecins de cette pathologie.

En France, le système de santé accorde aux médecins généralistes (MG) une place centrale dans le premier recours et la coordination des soins. Dans le contexte spécifique du cancer du sein de la femme âgée, les MG ont un rôle important dans le diagnostic, l'information des patientes sur les bénéfices et les risques du diagnostic et des thérapeutiques possibles, la prise en charge des comorbidités et le suivi. En effet, du fait de sa proximité et de sa relation de confiance avec la patiente, le MG peut :

- proposer un examen clinique, voire des examens complémentaires ou le recours à un avis spécialisé pour établir le diagnostic,
- être sollicité par les patients âgés pour des conseils, par exemple concernant l'intérêt d'explorations ou de thérapeutiques (parfois pour un diagnostic fait par un spécialiste),
- aider le patient dans sa prise de décision,
- jouer un rôle dans l'amélioration de l'accès aux soins,
- contribuer activement à la surveillance du patient en cours et après le traitement (31).

Dans la problématique du cancer du sein de la femme âgée, les facteurs explicatifs d'un délai diagnostic et/ou d'un sous-traitement sont multiples et difficiles à mesurer objectivement par des études quantitatives, d'autant qu'interviennent des facteurs liés aux patientes et d'autres liés aux médecins, chez qui les déterminants de pratiques sont multiples. Ainsi, les approches qualitatives explorant les attitudes et pratiques professionnelles des MG, vis-à-vis du cancer du sein des personnes âgées, en explorant leur expérience vécue, sont intéressantes. Cependant, peu d'études françaises se sont intéressées à ce sujet (9). Dans ce contexte, prend tout son intérêt la conduite

d'une étude qualitative visant à explorer la perception et les représentations qu'ont des MG sur le cancer du sein dans le grand âge, et leur impact sur leurs habitudes de pratiques. Cette exploration pourrait aider à comprendre un éventuel retard du diagnostic, un sous-traitement, tout comme les déterminants nécessaires à l'optimisation de l'information et du parcours de soin du patient.

Dans ce contexte, l'objectif de ce travail est de mener une étude qualitative visant à comprendre des déterminants des pratiques de MG (tant à l'étape du diagnostic qu'à celle de la prise en charge) et leurs besoins, à partir de leur expérience et en regard de leurs représentations du cancer du sein dans le contexte particulier de la personne âgée.

II- MATERIELS ET METHODES

L'équipe de recherche est décrite en **Annexe B**.

Sélection des médecins interrogés : Les participants étaient médecins généralistes. Ils ont été sélectionnés par échantillonnage visant à obtenir une diversité des participants concernant leur âge, sexe, lieux/modes/ancienneté d'exercices, formations complémentaires. L'enquêteur les a contactés par téléphone, courriel et parfois en face à face.

Cadre méthodologique : L'approche qualitative phénoménologique (49) a été choisie car elle vise à appréhender l'essence, le sens ou la signification d'un phénomène du point de vue des personnes étudiées qui le vivent, en mettant l'accent sur leur vécu et leur expérience.

Méthode de recueil de données : Les entretiens ont été réalisés pour dégager des informations sur les expériences vécues des participants. Deux méthodes de recueil de données ont été pratiquées, avec l'objectif qu'une triangulation des méthodes de recherche enrichisse la production d'informations. Le guide d'entretien pour les entretiens individuels et le guide d'entretien pour la réunion de groupe (*focus group*) (**Annexe C**) ont été réalisés par l'enquêteur et validés par le directeur de thèse. Ils avaient été préalablement soumis auprès d'un interne de médecine générale pour en contrôler la compréhension. Par ailleurs, le guide d'entretien pour les entretiens individuels avait aussi été relu par un membre du Département de la Médecine Générale (DMG) de la faculté de médecine de Montpellier-Nîmes. Les questions ont été choisies pour être ouvertes, cohérentes, neutres, centrées sur l'expérience des participants. Lors des entretiens individuels, elles étaient dévoilées au fur et à mesure.

- **L'entretien de groupe** permettait une interaction entre les différents participants pour produire des données. Le but n'était pas de créer un consensus mais d'encourager la discussion, révéler des différences d'opinions et de connaissances, générer de nouveaux questionnements et de nouvelles interprétations pour voir le phénomène étudié sous l'angle des différents participants. Le modérateur (directeur de thèse) encourageait les participants à se parler entre eux, à s'échanger des expériences vécues et des opinions, à expliquer leur point de vue.

- **Les entretiens individuels** pouvaient permettre aux participants « plus réservés » de s'expliquer plus facilement. Ces entretiens étaient semi-structurés (orientés par un guide d'entretien constitué par une série de questions à réponses ouvertes prédéterminées, l'ordre et la formulation des questions pouvant être flexibles). L'analyse se faisait après chaque entretien pour pouvoir identifier lors des entretiens suivant l'émergence de nouveaux thèmes ou l'obtention de la saturation des données.

L'enquêteur a effectué un enregistrement audio des données (après accord oral des participants) et prenait des notes durant les entretiens sur un cahier de terrain.

Méthode d'analyse des données. Une analyse des dimensions et catégories émergentes, à partir des données, a été effectuée par l'enquêteur puis validée par le directeur de thèse.

III- RESULTATS

Participants à l'étude : Parmi les personnes contactées pour participer, sept ont refusé de participer par manque de temps libre à consacrer à la recherche (soulignant le peu de temps accordé à leur famille) ou par désintérêt pour le sujet de la recherche. Trois médecins, initialement d'accord pour participer à des entretiens individuels, ont refusé de participer à un entretien de groupe qui leur avait été proposé secondairement, étant donné que la saturation des données avait été atteinte lors des entretiens individuels. Ainsi, onze participants ont été inclus dans l'étude : cinq MG ont participé à un entretien individuel (Médecins 1 2 3 4 5 dénommés par la suite M1 à 5) et six autres à l'entretien collectif (Médecins A B C D E F dénommés par la suite de MA à MF). Dans leur activité clinique, ils n'étaient pas particulièrement exposés à la thématique.

Les caractéristiques des participants sont décrites dans les **Tableaux A et A bis**. Les MG participants étaient en majorité des femmes (81.8%), d'âge moyen de 38.9 ans (dispersion de 25 à 65 ans), exerçant la médecine générale en libéral dans les départements du Gard et de l'Hérault. Les médecins exerçaient pour la moitié d'entre eux depuis plus de vingt ans. La majorité des MG exerçait en cabinet avec des associés, deux exerçaient seuls. Le type d'exercice étant majoritairement semi-rural (pour neuf MG), deux exerçaient en milieu urbain et aucun exclusivement en milieu rural. Aucun des médecins n'était coordinateur d'établissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), deux avaient une activité mixte en étant également praticien attaché hospitalier. Un médecin était titulaire d'une capacité de gériatrie, les autres n'avaient pas de qualification en gériatrie, gynécologie ou oncologie. Tous rencontraient dans leur pratique des femmes de plus de 75 ans et plus, pouvant être atteintes de pathologies multiples, être ou non entourées socialement, vivant au domicile, foyer logement ou EHPAD.

Les participants à l'entretien collectif se connaissaient avant l'étude : ils avaient des contacts professionnels et se rencontraient plusieurs fois par an pour réfléchir ensemble sur leurs pratiques. L'enquêteur et cinq médecins participants avaient eu des contacts professionnels avant le début de l'étude (ils avaient déjà travaillé avec l'enquêteur au sein d'un cabinet ou l'avait engagé en tant que remplaçante). Les participants connaissaient les qualifications de l'enquêteur et ses objectifs (thèse de médecine), le directeur de thèse a présenté son activité professionnelle aux médecins ayant participé aux entretiens de groupe. Les motivations de l'enquêteur et du directeur de thèse ont été explicitées aux participants (introduction orale lors de la première rencontre).

Recueil de données :

- Les données des entretiens individuels ont été recueillies entre le 2 Mai 2018 et le 31 Octobre 2018 sur le lieu de travail de chaque médecin participant. L'entretien de groupe s'est déroulé au domicile d'un des médecins participants le 12 Juillet 2018. Au moment du recueil de données, aucune personne non participante à l'étude n'était présente.
- L'entretien de groupe a duré 109 minutes (soit 1h49), les entretiens individuels ont duré en moyenne 14.5 minutes (minimum : 11 minutes, maximum : 18 minutes), sans tenir compte du temps des explications du cadre de l'entretien et de l'installation.
- La vérification de l'atteinte du seuil de saturation a été réalisée : lors des entretiens individuels, l'échantillonnage s'est poursuivi jusqu'à saturation (absence de nouvelles tendances ou de nouveaux thèmes émergents) ; lors de la réunion de groupe, la durée de la discussion s'est poursuivie jusqu'à l'absence d'énoncé de nouveaux commentaires/idées et vérification par l'animateur que les participants n'avaient rien à ajouter.

Analyse des données :

- La gestion des données ne s'est pas faite à l'aide d'un logiciel. L'analyse a relevé d'une approche interprétative, illustrant la compréhension et non la fréquence. La définition des dimensions émergentes s'est faite par analyse des réponses des participants. L'analyse des données textuelles s'est faite par étapes : transcription des entretiens, lecture multiple du verbatim, interprétation du verbatim pour transformation en « unités de signification », identification dans le contenu des catégories signifiantes et classification. Enfin, la validation du classement a été réalisée par deux personnes différentes.
- L'analyse du verbatim a fait émerger des dimensions signifiantes qui permettaient d'éclairer la question de recherche. L'arbre de codage est décrit en **Tableau B**.
- Les différentes thématiques abordées par les MG participants aux entretiens semi-dirigés et aux entretiens de groupe, sur leur vécu et leurs pratiques concernant le cancer du sein chez la femme âgée de plus de 75 ans, ont été aussi classées dans le **Tableau C**.
- Les **Tableaux D-E-F-G-H-I-J (avec et sans index bis)** rapportent les sous-thèmes dégagés, avec les principaux verbatim correspondants.
- Un retour des transcriptions aux participants a été réalisé afin qu'ils apportent des commentaires sur les résultats et leurs interprétations par le chercheur : la moitié des participants ont émis un retour. Ces retours étaient positifs, et affirmaient que leurs opinions, vécu, ressentis, pratiques et besoins évoqués lors des entretiens avaient bien été retranscrits au sein des résultats. Tous ont même ajouté que leur participation les avait d'avantage questionnés au décours dans leur pratique quotidienne : ainsi au cours de leur

prise en charge des patientes dans le grand âge, ils se sont d'avantage posé la question de la nécessité ou non d'une palpation mammaire. Certains ont aussi spécifié qu'ils avaient, depuis la rencontre, demandé d'avantage d'avis oncogériatriques.

A. Des pratiques influencées par un vécu différent de chaque situation individuelle

Globalement, les MG ressentait qu'ils n'avaient pas d'habitudes de pratiques systématiques. Plusieurs facteurs impactaient avec leurs pratiques et notamment la proposition d'une palpation mammaire lors de l'examen clinique (**Annexe D**) :

A 1a. Des pratiques guidées par la mission de soins et les demandes des patientes.

Des MG disaient pratiquer la palpation des seins uniquement en cas de demande de la patiente ou de symptomatologie. D'autres faisaient plutôt confiance à l'éducation à l'autopalpation mais tous n'étaient pas d'accord sur son utilité et son efficacité. Aussi, certains médecins ont déclaré moins pratiquer la palpation chez les patientes suivies en oncologie ou lorsque les mammographies de dépistage étaient poursuivies au-delà de 75 ans. Les controverses sur l'intérêt possible de la mammographie favorisaient la poursuite de l'examen clinique (*MC : « flou artistique actuel sur la mammographie en ce qui concerne les jeunes, alors pour les personnes âgées... d'où le fait que je persiste à palper systématiquement »*).

La poursuite de la prescription de la mammographie après 75 ans pouvait dépendre de la demande de la patiente (*M2 : « à moins que la demande soit complètement irrationnelle, j'ai tendance à faire confiance à ce que les patientes ressentent, et quand elles sont anxieuses, si ça les rassure, et aussi par rapport à leur qualité de vie alors why not »*). Elle était pour d'autres MG systématique, du fait de difficultés à argumenter l'arrêt du dépistage à 75 ans (*MD : « avec l'augmentation de l'espérance de vie, en effet cela paraît déraisonner d'arrêter de dépister...mais à une fréquence moins importante »*). Aussi, les MG déclaraient percevoir un intérêt au diagnostic précoce du fait de l'allongement de l'espérance de vie, malgré parfois l'éventuel ressenti inverse des patientes (*MA : « mots exacts employés par une patiente : « après 75ans on ne vaut plus rien », je (le MG) réponds que ce ne sont que des probabilités, de la santé publique »*).

A 1b. Des pratiques influencées par la connaissance globale des patientes.

Dans ce contexte, l'existence de comorbidités plus que l'âge oriente les pratiques des MG. L'âge chronologique en lui-même n'était pas évoqué comme facteur impactant la décision d'examiner les seins des patientes âgées (MA : « *l'âge sur la carte d'identité est insuffisant* »). Pour la tranche d'âge 75-85 ans et celle des plus de 85 ans, les habitudes d'examen clinique étaient soit les mêmes, soit différentes en raison non pas de l'âge mais de la présence d'un cumul de « *fragilités* » (MC et M5) et d'une « *complexité* » de l'état de santé (ME). Parmi les comorbidités, les troubles cognitifs, l'altération importante de l'état général, la perte d'indépendance/d'autonomie étaient cités comme limitant les pratiques diagnostiques. Ainsi, pour quelques MG, la palpation mammaire n'avait pas lieu d'être pratiquée si au décours la réalisation d'examens complémentaires ou un recours à des avis spécialisés n'étaient pas envisagés, du fait de la dégradation de l'état de santé global de la patiente.

De plus, en cas de suspicion de cancer, les MG déclaraient décider ou non d'explorations complémentaires et d'avis spécialisés en fonction de l'état général (état grabataire, défaillance d'organe chronique associée, troubles cognitifs avancés) plus que par l'âge chronologique (MC : « *ce n'est pas parce qu'elle est âgée que je ne ferai pas ce qu'il faut faire, sauf troubles cognitifs en accord avec la famille* »). L'isolement social a aussi été évoqué.

A 1c. Des pratiques guidées par la relation de confiance entre le médecin généraliste et ses patientes.

Le dialogue de confiance inclut l'écoute des freins à la recherche du diagnostic, évoqués par les patientes. L'expérience d'un refus par la patiente de l'examen des seins ou d'explorations était peu fréquente (M1 : « *j'avais une patiente qui avait une très grosse masse, qui n'avait rien dit car elle ne voulait pas qu'on l'embête* », M3 : « *je ne suis pas si vieille à 75 ans, mais je ne vaud plus la peine d'être dépistée* »). Les femmes refusant la palpation étaient décrites comme possiblement anxieuses, dans le déni de la maladie, plus préoccupées par d'autres pathologies actives ou ayant depuis leur plus jeune âge refusé le dépistage. Elles expliqueraient parfois leur refus par un sentiment d'incurabilité de la maladie en rapport avec leurs comorbidités, voire leur âge uniquement, ou par méconnaissance des possibilités thérapeutiques et la crainte de leurs impacts potentiels sur la qualité de vie (M4 : « *ce qui revient souvent, c'est : à mon âge, de toute façon je ne vais pas faire de traitement lourd même si on me trouve quelque chose...dès qu'on parle de chimio c'est un frein* »). Le refus de la famille a aussi été évoqué.

Les situations de suspicion de cancer du sein pour lesquelles le MG décidait de ne pas réaliser d'investigations complémentaires étaient décrites comme rares et motivées notamment par le respect du refus d'investigation émis par la patiente (*M4* : « *j'ai eu aussi une autre patiente qui avait déjà eu un cancer du sein 20 ans auparavant et m'a dit que s'il y avait récurrence, elle ne ferait rien* »), le respect de directives anticipées et d'un refus de la famille.

A 2. Des habitudes influencées par les expériences antérieures et affects propres du MG.

Globalement, les MG ressentaient qu'ils n'avaient pas d'habitudes de pratiques systématiques. Ceux qui avaient déjà été confrontés à des découvertes de cancer mammaire chez une patiente âgée disaient systématiquement inclure la palpation des seins dans l'examen clinique des personnes âgées (*M3* : « *après des expériences de patientes que j'ai suivies, je palpe les seins de toutes les femmes, même si elles ont 80 ans* »). Le ressenti du médecin face à la maladie de la patiente était variable, certains se disaient plus touchés quand ils connaissaient les patientes de longue date (*M3* : « *quand on connaît les gens depuis longtemps, on espère que ce n'est pas ça* »), d'autres exprimaient moins d'affect en raison du grand âge (*M1* : « *j'ai moins peur d'un cancer d'une personne âgée que chez une femme de 40 ans* »).

Des MG hommes disaient avoir plus souvent ressenti une gêne venant de la patiente, mais aussi parfois ressenti une gêne venant d'eux-mêmes, lors de l'examen d'une partie intime du corps (*MD* : « *Je pense que le suivi gynéco est un problème inhérent aux hommes médecins...je ne suis pas à l'aise avec les examens gynéco-mammaires, les patientes souvent s'orientent plutôt vers une femme* », *M3* : « *ce n'est pas ma tasse de thé* »).

A 3. Des pratiques peu influencées par les représentations de la maladie et de ses traitements.

L'idée qu'ont les MG interrogés de la prévalence de la maladie était très variable, témoignant d'une connaissance insuffisante de l'épidémiologie de cette thématique spécialisée. Beaucoup n'étaient pas d'accord sur la fréquence de la néoplasie mammaire dans le grand âge et d'autres ne se prononçaient pas.

Les représentations en termes de gravité possible de la maladie étaient divergentes : si plusieurs MG ne savaient pas se prononcer (*MA* : « *aucune idée* »), l'agressivité possible du cancer était

plusieurs fois évoquée (*MB* : « *se développe plus lentement le plus souvent, mais parfois très agressif et dans ce cas la patiente est condamnée* »), mais quelques MG le considéraient comme peu agressif (*MI* : « *plus la personne est âgée, moins il est agressif* »).

Les MG considéraient globalement les différentes possibilités thérapeutiques comme agressives et pouvant altérer la qualité de vie (*MC* : « *dans les cas agressifs, ce n'est pas la peine de penser à la chimiothérapie, beaucoup trop fatigante et agressive* », *ME* : « *les traitements peuvent faire peur* »). La perception de traitements sources d'effets secondaires potentiellement importants pouvait constituer un frein aux explorations diagnostiques et à une prise en charge thérapeutique, mais seulement en cas de comorbidités importantes (verbatim citée ci-dessus).

B. Des pratiques guidées par la volonté de collégialité et de réflexion pluridisciplinaire

Certains MG ont déclaré que le recours à l'avis d'un spécialiste du cancer en cas de suspicion de néoplasie mammaire était le plus souvent nécessaire, car ils s'évertuaient à établir une collégialité dans la décision des options thérapeutiques, qu'elles soient curatives ou palliatives (*MB* : « *prendre la décision seule n'est pas évident, seule avec la famille ce n'est pas non plus forcément l'idéal car on ne maîtrise pas le sujet* »). Si la prise en compte de la globalité des fragilités de la personne était décrite comme capitale pour la plupart, elle était reconnue comme parfois difficile à apprécier. Pour les aider dans cette évaluation, seuls quelques médecins ont rapporté avoir eu recours à un avis oncogériatrique (*MD* : « *Dans les situations particulières, l'avis de l'oncogéiatre prend toute son importance, pour l'évaluer dans sa globalité, il faut personnaliser et non standardiser* »).

B 1. Une volonté de formation sur les spécificités thérapeutiques pour améliorer l'information des patientes et le suivi de la continuité des soins.

Les MG ont clairement exprimé leur impression de ne pas avoir de connaissances suffisantes des différentes possibilités thérapeutiques (qu'il s'agisse de la radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie, et plus encore des nouvelles thérapies), tant sur leurs indications, contre-indications ou effets indésirables potentiels à surveiller en ambulatoire. Les médecins rapportaient peu de sources d'informations disponibles sur ces sujets centrés sur la pratique du MG (*MB* : « *il*

faudrait créer des documents à adresser aux médecins généralistes pour expliquer les nouveautés, les effets indésirables attendus », MA : « on ne sait pas quelles études lire, lesquelles cibler »).

Les MG aussi ont évoqué que ces limites, concernant leurs connaissances sur les bénéfices et risques des options thérapeutiques, pouvaient être source de problèmes pour informer les patientes et les aider dans leurs choix. Ils ont tous insisté sur les attentes importantes qu'avaient les patientes envers leur MG, malgré un suivi spécialisé, pour obtenir des conseils dans l'aide à la décision thérapeutique (MA : *« les patients viennent nous consulter au décours des consultations spécialisées afin de discuter de leur projet de refus, de ce que les spécialistes ont proposé, je n'ai pas les connaissances du spécialiste, mais en même temps je connais plus l'histoire du patient et pourquoi il veut refuser : c'est là que ce serait intéressant d'en discuter avec le spécialiste, pour que je puisse lui apporter aussi les connaissances, et pour ensuite donner les informations claires loyales et appropriées (au patient) »*).

B 2. Un souhait d'optimisation de l'organisation pluridisciplinaire coordonnée du parcours de soin.

B 2a. Des obstacles à la collaboration et la communication avec les spécialistes du cancer ont été évoqués :

Les échanges téléphoniques et les mails représentaient les modes de communication les plus fréquents. Tous les MG décrivaient clairement le manque de disponibilité des médecins hospitaliers (MF : *« à la fin on se sent gêné d'appeler pour avoir un avis... »*), les difficultés à les joindre pouvant induire un sentiment de défaut de considération (MA : *« notre temps à moins de valeur, nous c'est pas grave, on peut passer une demi-heure à essayer d'appeler... et leur manque de disponibilité lorsque le patient est avec nous en consultation, c'est pénible »*). Une grande partie des participants rapportaient des difficultés à obtenir une consultation avec le spécialiste dans des délais raisonnables.

Tous décrivaient aussi un sentiment de manque de confiance des spécialistes envers les généralistes (MD : *« notre avis est discutable, peu pris en considération, l'hôpital a souvent tendance à minimiser les choses pour ne pas rajouter une charge supplémentaire et ne pas perturber les services hospitaliers »*).

Les participants exprimaient un défaut d'implication des MG par les spécialistes du cancer dans la décision thérapeutique. Ils exprimaient à l'unanimité le regret de ne pas être conviés ou consultés lors des Réunions de Concertations Pluridisciplinaires (RCP), notamment pour informer les spécialistes du cancer de caractéristiques connues du MG du fait de sa proximité et de son suivi régulier des patientes (concernant son mode de vie, ses comorbidités, son projet de vie). Certains proposaient au moins un contact téléphonique, systématique ou seulement pour les patientes dites « compliquées », car les difficultés à organiser une rencontre de visu apparaissaient évidentes pour un grand nombre de MG (M3 : « non, je n'ai jamais participé à une RCP, je pense n'y avoir aucune place... si j'y étais convié, je pourrais y donner un avis, voire dans certains cas y participer, car elles se tiennent le soir, si j'ai l'impression d'avoir quelque chose à y dire. Dans un cas lambda je n'aurais pas besoin d'y aller »).

Les MG rapportaient aussi que le contenu des courriers des spécialistes du cancer était souvent inadapté à leurs besoins et à leur pratique. Ils disaient qu'il serait judicieux d'obtenir plus d'informations des spécialistes concernant les raisons des choix thérapeutiques, ainsi que la surveillance à programmer, et au contraire, moins sur l'histoire de la maladie du patient (déjà bien connue du médecin traitant).

Les MG décrivaient les attentes suivantes : avoir un accès téléphonique privilégié, des informations détaillées sur les effets indésirables des thérapeutiques et quand ils le pensaient nécessaire, une meilleure accessibilité à l'hospitalisation directe des personnes âgées (sans passage par les urgences).

B 2b. Méconnaissance de la possibilité de recours à la consultation d'oncogériatrie.

La majorité n'avait jamais eu de contact avec l'équipe d'oncogériatrie ou ne connaissait ni son existence ni son rôle exact dans la parcours de soins. Ceux qui avaient pu travailler avec la consultation d'oncogériatrie rapportaient des courriers plus adaptés, très complets, prenant en considération la globalité des patients âgés (MF : « Moi j'ai eu des retours très utiles de l'oncogéiatre, il y avait 3 pages de compte rendu! C'est fantastique, ils arrivent à sortir des trucs, il y a tout, ils vont très loin dans la réflexion ! »).

Ainsi, l'étude de l'expérience vécue de MG face à la problématique du cancer du sein chez les patientes âgées permet de mieux comprendre les déterminants de leurs pratiques et leurs besoins (**Tableau B**) :

Dans le contexte du diagnostic, les MG ont une perception de pratiques diagnostiques non systématisées expliquées par un vécu différent de chaque situation individuelle, induit par :

- Les valeurs identitaires des MG, tant dans la réponse à leur mission de recours de proximité (pour le diagnostic et l'information des patientes), que dans leur connaissance globale des patientes et leur attachement à la relation privilégiée entretenue avec les patientes (respect de la volonté, écoute et considération des freins évoqués par les patientes).
- L'impact des comorbidités plus que de l'âge du patient (pouvant conduire à la priorisation d'autres pathologies ou à une limitation de la recherche diagnostique du cancer).
- Les expériences propres au MG (liées à leur perception du grand âge, la confrontation antérieure à la maladie, les liens affectifs établis avec la patiente, la gêne à l'examen clinique) et les connaissances de la maladie (crainte de la possible agressivité de la tumeur, crainte des effets délétères des traitements, interrogations sur les implications du diagnostic).

Dans le contexte de la prise en charge, les MG expriment leur intérêt et leur volonté de réflexion collégiale, d'implication dans une organisation nécessairement pluridisciplinaire coordonnée (avec les spécialistes du cancer, les gériatres) affirmant la position centrale du MG (pour mieux informer leurs patientes, participer à la décision thérapeutique via la connaissance du contexte médico-psycho-social, et assurer la continuité de la prise en charge globale) :

- du fait de leurs connaissances acceptées comme insuffisantes, dans le contexte spécifique du cancer du sein chez la femme âgée (notamment par manque de supports d'informations adaptés aux MG), voire des connaissances connotées d'à priori (thérapeutiques jugées agressives),
- comme du fait de la complexité des échanges lors du parcours de soin, pouvant aussi induire un sentiment de défaut de considération par les spécialistes du cancer.

IV- DISCUSSION

L'approche phénoménologique montre que les valeurs identitaires des MG et la complexité de la coordination du parcours de soins avec les spécialistes du cancer sont des déterminants majeurs du diagnostic et de la prise en charge du cancer du sein des femmes âgées.

Des facteurs liés aux patientes (cependant, rares refus de l'examen des seins selon les MG interrogés), liés aux médecins (examens cliniques mammaires moins fréquents, du fait d'un manque de recommandations, plus rarement d'une gêne ressentie à l'examen d'une partie intime du corps,) et des obstacles à la coordination multidisciplinaire de la prise en charge ont été évoqués comme pouvant être impliqués dans le retard diagnostique.

De même, des facteurs liés aux patientes (crainte ou refus des traitements) et liés aux médecins (crainte des effets secondaires des traitements anticancéreux), et des difficultés de coordination du parcours de soins étaient aussi mises en évidence, comme pouvant être des obstacles à la prise en charge (en particulier, aucun MG participant n'avait entendu parler du dossier commun de cancérologie partagé). En revanche, l'état nutritionnel n'a jamais été évoqué par aucun des participants, or, il s'agit d'un facteur pronostic majeur en ce qui concerne la tolérance des traitements et la survie (tout comme la mobilité de la personne âgée).

La présence de comorbidités (et rarement l'âge seul) semblait impacter dans les pratiques, tant dans les étapes diagnostiques que celles de la prise en charge, plus souvent dans le sens d'une limitation des explorations diagnostiques et des traitements adaptés (en cas de dégradation importante de l'état de santé), que dans le sens d'une priorisation d'autres pathologies.

Les valeurs identitaires des MG et leurs expériences antérieures de la maladie étaient évoquées comme des facteurs favorisant une réflexion individualisée pour orienter les pratiques.

A l'étape diagnostique comme à celle de la prise en charge et tout au long du parcours de soin, les MG affirmaient leur volonté de s'investir dans leurs rôles d'information, d'éducation, de soins et de surveillance des patientes (qui les sollicitaient aussi dans ce rôle). Leur connaissance de la globalité des patientes paraissait essentielle pour l'aide aux prises de décisions, tant par les patientes que par les spécialistes du cancer.

Si une étude de l'Organisme professionnel des médecins exerçant la Gynécologie et l'Obstétrique en France (CNGOF : *French national college of obstetricians and gynecologists*) a évoqué la possible implication des MG dans le retard du diagnostic précoce du cancer du sein, du fait d'une tendance à la simplification de l'examen clinique ou de la priorisation d'autres pathologies (cardiovasculaires, diabète) (27), notre étude et d'autres travaux antérieurs nuancent largement cette suggestion en apportant des informations sur les pratiques des MG et les multiples facteurs impliqués dans le dépistage, le diagnostic et la prise en charge des patientes.

La volonté des MG de s'impliquer dans le diagnostic et la prise en charge du cancer, retrouvée dans notre étude, a aussi été évoquée dans des études antérieures, notamment pour :

- mieux informer leurs patientes, ce qui correspond d'ailleurs aussi à une attente des patientes (50, 51, 52, 53, 54) qui accordent une importance particulière à la relation de confiance entretenue avec leur MG (55) pour pouvoir discuter du diagnostic et des options thérapeutiques (51, 56),
- favoriser une annonce du diagnostic personnalisée, tenant compte du contexte psychologique et de la personnalité de la patiente (56),
- améliorer la prise de décision thérapeutique, par la prise en compte en RCP d'informations transmises par les MG sur les comorbidités, le mode de vie et l'entourage du patient (56, 57),
- optimiser la prise en charge globale, en s'investissant aussi dans l'optimisation du contexte psycho-social et le traitement des comorbidités (54, 56, 57, 58).

Comme dans notre étude, où les valeurs identitaires des MG (réponse à la mission de recours en cas de symptômes, prise en compte de la globalité, écoute des patientes) étaient décrites comme pouvant influencer leurs pratiques, des études antérieures (concernant tout type de cancer) avaient montré que les facteurs qui pouvaient impacter le processus de prise de décision des MG, pour le diagnostic et/ou le recours au spécialiste du cancer étaient :

- la réponse à la présence de symptômes rapportés par les patientes,
- la réponse aux souhaits du patient et de sa famille, le suivi de directives anticipées ou la prise en compte de l'avis de l'entourage en cas de troubles cognitifs (52, 56, 57, 59, 60),

- la prise en compte, rarement, de l'âge chronologique (57), mais plutôt de la dépendance et de l'autonomie, des comorbidités, du statut cognitif (pour tenir compte des capacités de décision du patient), du statut nutritionnel, de la qualité de vie et du contexte de vie (en institution ou au domicile, isolement éventuel).

Aussi, une étude qualitative française (concernant tout type de cancer) rapportait que les MG n'étaient pas en faveur de l'usage d'un arbre décisionnel de prise en charge diagnostique, du fait de la nécessité d'un raisonnement au cas par cas (61). A l'inverse, l'absence de stratégie unique de la prise en charge des personnes âgées avec cancer (concernant tout type de cancer), par nécessité de raisonnement basé sur des situations individualisées, pourraient représenter des obstacles à l'implication des MG dans la prise en charge du cancer selon d'autres études (58, 60).

La présence de symptômes (d'autant plus sévères) pouvait être un des déterminants du diagnostic de cancer chez les personnes âgées. Cependant, les pratiques de dépistage au-delà de l'âge de 75 ans persistent et dans ce contexte :

- La prise en compte de la globalité des patientes impacte aussi les pratiques des MG : une enquête observationnelle, concernant le cancer du sein, a montré qu'une majorité de MG évoquait que le dépistage individuel devait se discuter au cas par cas après 75 ans, et que les MG poursuivaient la prescription de mammographies de dépistage (62) ; En revanche, dans une étude qualitative française antérieure, tout type de cancer, la majorité des MG n'était pas favorable au dépistage du cancer en présence d'une démence (63).
- Les MG n'ont pas évoqué, comme impactant leur décision de poursuivre le dépistage, la prise en compte des facteurs de risque du cancer du sein (âge, tabac, consommation chronique d'alcool, surpoids, obésité, diabète, syndrome métabolique) (1) pour cibler les patientes chez qui rechercher un cancer du sein.

Une revue systématique a identifié des facteurs favorisant et des obstacles au dépistage du cancer du sein (par exemple : connaissances globales sur la pathologie, perception de l'utilité d'un examen de dépistage, âge de plus de 85 ans, priorisation des comorbidités cardiovasculaires ou chroniques, type de pratique : en cabinet seul, en association, accès à la plateforme de radiologie en termes de distance, transport, délai d'attente)(64), parmi lesquels certains ont été évoqués par les MG de notre étude, et d'autres au contraire n'ont pas été évoqués (manque de temps des MG, absence de rémunération spécifique pour l'activité préventive....) (64).

Aussi, la nécessité de prendre en compte les préférences des patientes dans la poursuite du dépistage (évoquée par les recommandations de la SIOG) (1), souligne l'importance du dialogue de confiance qui doit s'établir entre la patiente et son médecin, et donc l'importance des MG de par la relation privilégiée qu'ils entretiennent avec leurs patientes.

La mise en évidence d'un impact possible sur les pratiques des MG, en fonction de leurs expériences antérieures, de leurs affects et de leurs représentations de la maladie est intéressante. En effet, il est important que les médecins aient conscience de l'influence de leurs impressions sur la prise en charge de leurs patients âgés (60). Des études antérieures, concernant tout type de cancer, avaient montré que le type, le stade du cancer et l'anticipation des conséquences des effets secondaires des traitements (notamment sur la qualité de vie) pouvaient influencer la prise de décision des MG pour le diagnostic de cancer et le recours aux spécialistes (65). Par ailleurs, les médecins de sexe féminin pourraient être plus sensibles à la problématique et donc elles seraient plus impliquées dans le diagnostic du cancer du sein (10).

Le besoin de supports d'informations et de recommandations adaptés aux MG, cité par plusieurs participants de notre étude, est une problématique évoquée par des travaux antérieurs concernant tout type de cancer. Ces études retrouvaient que :

- La présence de *guidelines* était un facteur qui pesait dans les décisions des MG pour la prise en charge des patients âgés avec cancer (60),
- Des MG regrettaient le manque d'informations sur les recommandations existantes (51,58,66) et les nouveaux traitements du cancer (54,58),
- Des MG étaient intéressés par les moyens d'optimiser leurs connaissances (comme des séances de formation continue proches de leur lieu d'exercice et à des horaires adaptés à leur travail) (54,65).

La réponse à ce besoin d'informations et de formation est importante :

- D'une part, parce qu'elle peut participer à améliorer la connaissance de la maladie, favoriser le diagnostic précoce (la poursuite de l'examen clinique mammaire chez les patientes de plus de 75 ans était significativement plus fréquente chez les médecins titulaires d'une formation complémentaire en gynécologie) (10),
- D'autre part, parce qu'elle correspond à une attente des patientes (qui sont aussi rassurées si elles savent que leur MG a les compétences nécessaires) (54, 55, 67).

La complexité des situations cliniques et des options thérapeutiques désormais disponibles rendent aussi indispensable le développement de la communication entre MG, spécialistes du cancer et oncogériatres, pour assurer au mieux la prise de décision thérapeutique et le suivi des patientes.

Dans ce contexte, pour tout type de cancer, l'optimisation d'une organisation multidisciplinaire coordonnée, comme de l'échange d'information entre les MG et les spécialistes du cancer, représente à la fois une attente :

- des MG : attente évoquée dans notre étude et dans des travaux antérieurs (52,54,56,67,68,69,70) : une étude montrait que près de la moitié des MG déclaraient un recours systématique au spécialiste du cancer en cas de diagnostic au stade précoce comme au stade avancé (57), y compris pour l'organisation des soins palliatifs (57), et que 50% d'entre eux considéraient rencontrer des difficultés de recours au spécialiste du cancer (57) pour avis diagnostique ou ré-hospitalisation si besoin (54) ; d'autres MG rapportaient des difficultés dans l'organisation des soins et avaient moins recours au spécialiste du cancer (57).
- des spécialistes du cancer, notamment pour faire participer à la RCP les MG. En effet, le recueil d'un avis éclairant l'environnement médico-psycho-social du patient permettrait d'aider à la décision thérapeutique (54). De plus, la participation des MG aux RCP leur permettrait de pouvoir être plus à même de suivre les patientes au décours et déchargerait les consultations de suivi par les spécialistes du cancer (54,55,69).
- des patientes (50, 51, 52, 54, 55).

De plus, parmi les différents types de cancer, une étude britannique montrait que c'était pour le cancer du sein que les MG engageaient le moins d'exploration avant le recours au spécialiste (dans 3% des cas, contre 45% des cas en moyenne pour les autres cancers, et en particulier contre 76% des cas de cancer de prostate) (71), illustrant le besoin de prise en charge pluridisciplinaire.

Aussi, des études antérieures (concernant tout type de cancer) avaient identifié des facteurs qui pouvaient impacter l'implication des MG dans la prise en charge des patients âgés avec cancer :

- l'accès à l'avis spécialisé oncologique (important pour les trois quarts des médecins répondants), et ses compte-rendus (60),
- l'importance de la communication avec et entre les différents oncologues (58,68), ainsi que l'identification d'un oncologue référent, dont le défaut était un des obstacles possibles à l'implication des MG (56),
- l'éloignement du centre de soin (57,60),
- l'accès aux soins palliatifs (57,60),
- la possibilité de coordonner les professionnels au domicile (57,60).

L'intérêt, mais aussi le manque de connaissance de la possibilité de recours à la consultation d'évaluation oncogériatrique ont déjà été retrouvés dans deux études antérieures, concernant tout type de cancer (56, 60). D'ailleurs, dans notre étude, très peu de participants avaient déjà eu recours à cette aide, bien que la complexité de certaines patientes âgées fût souvent citée, pouvant témoigner d'un besoin d'aide à l'évaluation globale par un gériatre.

Enfin, la nécessité d'attribuer un rôle identifié du MG dans le parcours de soin, évoqué par les participants de notre étude, a aussi été retrouvée dans des études antérieures (concernant le cancer du sein particulièrement mais aussi tout type de cancer) où des MG exprimaient la nécessité de définir le rôle attribué aux MG dans le suivi du cancer (54) comme des comorbidités (72), et où des obstacles à l'implication des MG dans la prise en charge du cancer incluaient le défaut de définition du rôle de chacun (58,70).

Forces de l'étude :

L'ensemble des critères COREQ ont été documentés (73). Le choix des participants a été réalisé pour diversifier les données (l'échantillon des MG interrogés était non randomisé mais raisonné, il rassemblait des MG dont l'âge, le sexe, les modalités d'exercice étaient diversifiées, incluant un médecin ayant une capacité en gériatrie). Le guide d'entretien a été relu par un membre du DMG. Le contrôle de la validité interne a été permis par la triangulation de deux méthodes différentes de recueil de données, afin d'obtenir des données qui se corroborent et se complètent. Le contrôle de la saturation des données a été effectué. La validation de la transcription du verbatim en unité de signification et de leur classification thématique a été contrôlée par le directeur de thèse, et la vérification de l'interprétation du chercheur par les participants a été obtenue. Les thématiques dégagées sont illustrées par un verbatim permettant d'en « auditer » l'interprétation. Aussi, le contexte de l'étude est bien documenté pour permettre au lecteur d'apprécier si les interprétations fournies seraient applicables à d'autres contextes et donc apprécier la transférabilité de nos résultats.

Remarques méthodologiques :

- Concernant l'échantillonnage du groupe de travail, le nombre relativement faible de participants n'est pas une limite aux résultats de notre étude. En effet, la recherche qualitative se caractérise par le recours à des échantillons relativement restreints et choisis à dessein. L'échantillonnage n'est pas déterminé par le besoin de généraliser ou de prédire, mais par celui de créer de nouvelles interprétations et d'acquérir une meilleure compréhension du phénomène d'intérêt. L'échantillonnage aléatoire ne convient habituellement pas à la recherche qualitative parce qu'il n'est pas certain que la représentation de la diversité des participants soit répartie également dans la population choisie : le chercheur risque alors de passer à côté d'informations importantes. Ainsi, l'enquêteur a choisi des personnes/lieux/activités qui pouvaient représenter une diversité de caractéristiques significatives pour le thème étudié.
- Le choix de deux méthodes de recueil de données a permis de les comparer en termes de faisabilité et d'acceptabilité pour l'enquêteur et les participants (**Annexes E et E bis**).
- Aucun logiciel de codage de données n'a été utilisé. Cependant, le travail de codage du verbatim peut être manuel sans altération des résultats. En effet, si des programmes informatiques facilitent le codage, le tri et la recherche des données qualitatives, ils ne

peuvent se substituer au chercheur pour déterminer les thèmes importants, ou établir des relations significatives entre les concepts. Ils ne constituent donc pas une garantie de qualité méthodologique.

Limites de notre étude :

- Sélection des participants : nous n'avons pas effectué de recherche active de contre-exemples pour vérifier la saturation effective des données, même en impliquant des participants qui auraient pu avoir un avis ou des expériences différents. Ainsi, une revue systématique des obstacles au dépistage des cancers du sein et colorectal évoquait que le fait d'exercer seul ou en milieu rural pouvait être un obstacle aux pratiques de dépistage chez les patients âgés (64). Il aurait aussi été intéressant d'interroger un MG coordinateur d'EHPAD, souvent impliqué dans la prise en charge de personnes en perte d'autonomie et/ou atteintes de comorbidités évoluées. La sélection des participants aurait pu se faire par recrutement de MG ayant pris en charge récemment une patiente âgée atteinte de cancer du sein.
- Recueil de données : les guides d'entretiens utilisés dans notre étude comportaient des limites : certaines questions, trop précises, pouvaient restreindre les opportunités des participants pour dégager de nouveaux thèmes, ou encore ne leur laissaient pas assez de place pour se questionner sur leurs pratiques réelles. Les questions guidées laissaient peu de place aux questionnements libres des participants, ainsi qu'à leurs demandes spontanées en termes de besoin. Aussi, les participants parlaient des actions et comportements issus de leurs expériences, sans que l'on puisse en vérifier la réalité (ce que permettent des méthodes d'observation sur le terrain). Enfin, certains MG reconnaissaient avoir trop peu de connaissances et/ou une expérience vécue limitée sur ce sujet très spécifique, ce qui pouvait limiter la production d'informations.
- Contrôle de la validité interne : même si la transcription du verbatim en unité de signification et leur classification thématique ont été validées par le directeur de thèse et les MG interrogés, nous n'avons pas effectué d'analyse du contenu thématique par triangulation de l'analyse via plusieurs autres chercheurs dédiés à cette tâche, ce qui aurait pu améliorer la crédibilité des thèmes interprétés.
- Nos résultats ne sont pas forcément généralisables à d'autres contextes (par exemple géographique). De même, l'expérience vécue par chacun des participants reste singulière. Cependant, la bonne description de notre échantillon de participants et du contexte de notre étude peut aider à la répliquer ou l'étendre à d'autres contextes.

- Enfin, nous n'avons pas étudié les obstacles au diagnostic et à la prise en charge du point de vue des patientes, qui peuvent être multiples. Par exemple, dans le contexte du dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal en soins primaires, différents facteurs peuvent interférer avec la compliance des patientes au dépistage : dégradation de l'état de santé général, absence de symptômes, désintérêt pour la médecine préventive, inconfort lié au test, difficulté d'accès au test, coût du test, peur du diagnostic, fatalisme, manque de conseil de la part de leur médecin... (64)

V- CONCLUSION

Les trois objectifs que sont le diagnostic ciblé du cancer du sein après 75 ans, l'adaptation de sa prise en charge et la prise en compte des comorbidités représentent un défi. Dans ce contexte où l'on retrouve des indications du dépistage individuel peu formalisées, et le contexte global médico-psycho-social interférant avec l'évaluation du bénéfice risque des traitements et le pronostic global des patientes, le rôle de pivot dédié aux MG par le système de santé en France prend tout son intérêt.

Face à ces trois objectifs, les MG se montrent actifs, expriment clairement leur volonté d'implication et d'amélioration des pratiques. Leurs pratiques sont guidées par leurs valeurs identitaires, influencées par leurs expériences propres et leurs représentations de la maladie. Elles sont surtout orientées vers une volonté de formation et de collégialité pour assurer au mieux leurs missions de proximité pour le recours aux soins, l'éducation, l'information des patientes, la continuité de la prise en charge et la coordination du parcours de soins.

Les déterminants interférant avec le diagnostic et le traitement, tant du cancer que des comorbidités, sont multifactoriels, impliquant les patientes, les MG, les spécialistes du cancer, les gériatres et les ressources organisationnelles (71). Ces résultats ouvrent des perspectives de recherche concernant autant la pratique clinique des MG que le développement de supports d'informations (réellement adaptés aux MG et aux patientes) (**Annexe F**) et l'amélioration du parcours de soins. Dans cet objectif, une réflexion sur une organisation coordonnée entre MG, spécialistes du cancer et oncogériatres est nécessaire pour améliorer la disponibilité des acteurs de santé, les modalités de communication (à l'heure où la technologie ne cesse de croître dans ce domaine) et l'adaptation du contenu de l'information échangée entre la ville et l'hôpital (**Annexe G**).

Possibles thématiques de recherches ultérieures :

- Intérêt d'une étude qualitative auprès des patientes concernant leur vécu de l'arrêt du dépistage du cancer du sein après 74 ans.
- Intérêt d'une étude qualitative auprès des spécialistes du cancer concernant leurs expériences de collaboration et communication avec les MG.
- Evaluation de l'efficacité de nouveaux outils d'informations et de moyens de communication interprofessionnelle, sur le ressenti des praticiens dans leurs pratiques quotidiennes, ainsi que sur le diagnostic précoce et le parcours de soin.
- Etude qualitative concernant les besoins/revendications des MG pour améliorer la prise en charge des dépistages dans la pratique quotidienne : manque de temps en consultation de suivi « standard » ? besoin de médecins dédiés à la prévention ? mise en place d'une tarification spécialisée prenant en compte le temps consacré à la prévention/au dépistage des cancers en consultation ? mise en place de consultations dédiées ?

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- Laura Biganzoli, Hans Wildiers, Catherine Oakman, Lorenza Marotti, Sibylle Loibl, Ian Kunkler et al. The effect of EUSOMA certification on quality of breast cancer care, Management of elderly patients with breast cancer: updated recommendations of the International Society of Geriatric Oncology (SIOG) and European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA), 2012.
- 2- INCa : <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequents/Cancer-du-sein> et État des lieux et perspectives en oncogériatrie, document INCA 2009.
- 3- Muss H, Factors used to select adjuvant therapy of breast cancer in the United States: an overview of age, race, and socioeconomic status. J Natl Cancer Inst Monogr 2001;(30):52-5.
- 4- Bouchardy C, Rapiti E, Fioretta G, Laissue P, Neyroud-Caspar I, Schafer P et al. Undertreatment strongly decreases prognosis of breast cancer in elderly women. J Clin Oncol 2003.
- 5- Schonberg MA, Marcantonio ER, Li D, Silliman RA, Ngo L, McCarthy EP. Breast cancer among the oldest old: tumor characteristics, treatment choices, and survival. J Clin Oncol 2010.
- 6- M. Gisselbrecht, A. Minard. Évaluation du patient en oncogériatrie : cas du cancer du sein Geriatric assessment in oncology practice: breast cancer in the elderly/ V. Girre, E. Brain, Faut-il traiter toutes les patientes porteuses d'un cancer du sein après 70 ans ? Should we treat every woman with breast cancer after the age of 70? (Extraits de : [Le Journal d'oncogériatrie Janvier, février 2010](#)).
- 7- Yancik R, Wesley MN, Ries LA, Havlik RJ, Edwards BK, Yates JW. Effect of age and comorbidity in postmenopausal breast cancer patients aged 55 years and older. JAMA 2001;285(7):885-92.
- 8- INCa : <http://lesdonnees.e-cancer.fr/Themes/epidemiologie/Incidence-mortalite-nationale/Incidence-et-mortalite-estimees-par-classe-d-age-et-par-localisation-cancereuse> (dont : Jéhannin-Ligier K, Dantony E, Bossard N, Molinié F, Defossez G, Daubisse-Marliac L, Delafosse P, Remontet L, Uhry Z. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2017. Rapport technique. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017).
- 9- Tretarre B, Guizard AV, Fontaine D et al. Cancer du sein chez la femme: incidence et mortalité, France 2000.
- 10- INCa : Maraninchi D., Etat des lieux et des perspectives en oncogériatrie, rapport, mai 2009.
- 11- Cutuli B, De Lafontan B, Vitali E, et al. Breast conserving treatment (BCT) for stage III breast cancer in elderly women: Analysis of 927 cases. Crit Rev Oncol Hematol. 2008 Nov 7.

- 12- Lichtman SM, Wildiers H, Chatelut E, Steer C, Budman D, Morrison VA, Tranchand B, Shapira I, Aapro M. International Society of Geriatric Oncology Chemotherapy Taskforce. International Society of Geriatric Oncology Chemotherapy Taskforce: evaluation of chemotherapy in older patients an analysis of the medical literature. *J Clin Oncol* 2007; 25: 1832-43.
- 13- Singh R, Hellman S, Heimann R.. The natural history of breast carcinoma in the elderly : implications for screening and treatment. *Cancer* 2004;100(9):1807-13.
- 14- Gennari R, Curigliano G, Rotmensz N, Robertson C, Colleoni M, Zurrada S et al. Breast carcinoma in elderly women: features of disease presentation, choice of local and systemic treatments compared with younger postmenopausal patients. *Cancer* 2004;101(6):1302-10.
- 15- Taplin SH, Barlow W, Urban N, et al. Stage, age, comorbidity, and direct costs of colon, prostate, and breast cancer care. *J Natl Cancer Inst* 1995; 87(6):417-26.
- 16- Chang S, Long SR, Kutikova L, et al. Estimating the cost of cancer: results on the basis of claims data analyses for cancer patients diagnosed with seven types of cancer during 1999 to 2000. *J Clin Oncol* 2004; 22 (17) : 3524 – 3530.
- 17- Yabroff KR, Warren JL, Brown ML, Costs of cancer care in the USA: a descriptive review. *Nat Clin Pract Oncol* 2007; 4 (11) : 643 – 656.
- 18- Woodward RM, Brown ML, Stewart ST, Cronin KA, Cutler DM. The value of medical interventions for lung cancer in the elderly: results from SEER-CMHSF. *Cancer* 2007; 110 (11): 2511 – 2518.
- 19- Will BP, Le Petit C, Berthelot JM, Tomiak EM, Verma S, Evans WK. Diagnostic and therapeutic approaches for nonmetastatic breast cancer in Canada, and their associated costs. *J Cancer* 1999; 79, 1428–1436.
- 20- Silliman RA, Guadagnoli E, Weitberg AB, Mor V. Age as a predictor of diagnostic and initial treatment intensity in newly diagnosed breast cancer patients. *J Gerontol* 1989; 44(2): M46-50.
- 21- Goodwin JS, Hunt WC, Key CR, Samet JM, The effect of marital status on stage, treatment, and survival of cancer patients. *JAMA* 1987; 258(21): 3125-30.
- 22- Samet JM, Hunt WC, Goodwin JS, Determinants of cancer stage. A population-based study of elderly New Mexicans. *Cancer* 1990; 66(6): 1302-7.
- 23- Neal RD, Allgar VL. Sociodemographic factors and delays in the diagnosis of six cancers: analysis of data from the «National Survey of NHS Patients: Cancer». *Br J Cancer* 2005; 92(11): 1971-5.
- 24- Ramirez AJ, Westcombe AM, Burgess CC, Sutton S, Littlejohns P, Richards MA. Factors predicting delayed presentation of symptomatic breast cancer: a systematic review. *Lancet* 1999; 353(9159): 1127-31.

- 25- Montella M, Crispo A, D’Aiuto G, De Marco M, de Bellis G, Fabbrocini G, Pizzorusso M, Tamburini M, Silvestra P. Determinant factors for diagnostic delay in operable breast cancer patients. *Eur J Cancer Prev* 2001; 10(1): 53-9.
- 26- Eisinger F, Blay JY, Morère JF, Rixe O, Calazel-Benque A, Cals L, Coscas Y, Dolbeault S, Namer M, Serin D, Roussel C, Pivot X; EDIFICE Committee. Cancer screening in France: subjects’ and physicians’ attitudes. *Cancer Causes Control* 2008; 19: 431-4.
- 27- http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2008_GM_493_falandry.pdf (C. FALANDRY, I. MOREL-SOLDNER, M. BONNEFOY, G. FREYER (Lyon), Extrait des Mises à jour en Gynécologie Médicale – Volume 2008 publié le 3.12.2008, Cancer du sein de la femme âgée)
- 28- Vaeth PA. Women’s knowledge about breast cancer. Dimensions of knowledge and scale development. *Am J Clin Oncol* 1993; 16(5): 446-54.
- 29- Mah Z, Bryant H. Age as a factor in breast cancer knowledge, attitudes and screening behaviour. *CMAJ* 1992; 146(12): 2167-74.
- 30- Harris RP, Fletcher SW, Gonzalez JJ, Lannin DR, Degnan D, Earp JA, Clark R. Mammography and age: are we targeting the wrong women? A community survey of women and physicians. *Cancer* 1991; 67(7):2010-4.
- 31- INCa : <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Recommandations-et-outils-d-aide-a-la-pratique/Cancers-du-sein>.
- 32- Bastiaens H, Van Royen P, Pavlic DR, Raposo V, Baker R. Older people’s preferences for involvement in their own care: a qualitative study in primary health care in 11 European countries. *Patient Educ Couns* 2007; 68: 33–42.
- 33- Enger SM, Thwin SS, Buist DS, et al. Breast cancer treatment of older women in integrated health care settings. *J Clin Oncol* 2006; 24: 4377–83.
- 34- Kornblith AB, Kemeny M, Peterson BL, et al. Survey of oncologists’ perceptions of barriers to accrual of older patients with breast carcinoma to clinical trials. *Cancer* 2002; 95: 989–96.
- 35- Kemeny MM, Peterson BL, Kornblith AB, et al. Barriers to clinical trial participation by older women with breast cancer. *J Clin Oncol* 2003; 21: 2268–75.
- 36- Sant M, Chirlaque Lopez MD, Agresti R, Sánchez Pérez MJ, Holleczeck B, Bielska-Lasota M, Dimitrova N, Innos K, Katalinic A, Langseth H, Larrañaga N, Rossi S, Siesling S, Minicozzi P; EUROCORE-5 Working Group. Survival of women with cancers of breast and genital organs in Europe 1999-2007: Results of the EUROCORE-5 study. *Eur J Cancer*. 2015;51(15):2191-2205.
- 37- Vyas A, Madhavan S, Sambamoorthi U. Association between persistence with mammography screening and stage at diagnosis among elderly women diagnosed with breast cancer. *Breast Cancer Res Treat*. 2014;148(3):645-54.
- 38- Simon MS, Wassertheil-Smoller S, Thomson CA, Ray RM, Hubbell FA, Lessin L, Lane DS,

- Kuller LH. Mammography interval and breast cancer mortality in women over the age of 75. *Breast Cancer Res Treat.* 2014;148(1):187-95.
- 39- Ramirez A, Westcombe AM, Burgess CC, Sutton S, Littlejohns P, Richards MA. Factors influencing delayed presentation of breast cancer: a systematic review. *Lancet* 1999 ; 353 : 1127-1131.
- 40- Bastiaannet E, Liefers GJ, de Craen AJ, Kuppen PJ, van de Water W, Portielje JE et al. Breast cancer in elderly compared to younger patients in the Netherlands: stage at diagnosis, treatment and survival in 127,805 unselected patients. *Breast Cancer Res Treat* 2010 ; 124(3) : 801-7.
- 41- Freyer G, Braud AC, Chaibi P, Spielmann M, Martin JP, Vilela G, et al. Dealing with metastatic breast cancer in elderly women : results from a French study on a large cohort carried out by the Observatory on Elderly Patients. *Ann Oncol* 2006 ; 17 : 211-6.
- 42- CNGOF : Dossier de presse : dépistage du cancer du sein chez la femme âgée, étude de cohorte française Senometry du CHU de Strasbourg, 2019 (<http://www.cngof.net/Medias-CNGOF/Communiqués/Images/mammographie-74ans.pdf>).
- 43- Thèse : Louis-Marie Ecomard, Modalités diagnostiques du cancer du sein chez la femme, à partir de 75 ans, en Gironde: rôle du médecin généraliste. *Médecine humaine et pathologie.* 2013.
- 44- IARC Handbooks of Cancer Prevention. Vol 7. Breast cancer screening. Lyon, IARC Press 2002.
- 45- Conférence de consensus. Dépistage du cancer du sein par mammographie : évaluation de la métaanalyse de Gotzsche et Olsen. ANAES. Janvier 2002.
- 46- Humphrey LL, Helfand M, Chan BK, Woolf SH. Breast cancer screening: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2002;137:347-60.
- 47- Gøtzsche PC, Olsen O. Is screening for breast cancer with mammography justifiable? *Lancet.* 2000; 355(9198): 129-34.
- 48- INCa : <https://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2009-2013>.
- 49- Isabelle Aubin-Auger, Alain Mercier, Laurence Baumann, Anne-Marie Lehr-Drylewicz, Patrick Imbert, Laurent Letrilliart et le groupe de recherche universitaire qualitative. Introduction à la recherche qualitative.
- 50- Kadri Suija, Tanel Kordemets, Kadi Annuk et al. The Role of General Practitioners in Cancer Care: A Mixed Method Design, *Journal of Cancer Education*, March 2016, Volume 31, Issue 1, pp 136–141.
- 51- V. Lang, S. Walter, J. Fessler et al. The role of the general practitioner in cancer care : a survey of the patients' perspective, *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, May 2017, Volume 143, Issue 5, pp 895–904.

- 52- Catherine Laporte, Julie Vaure, Anne Bottet et al. French women's representations and experiences of the post-treatment management of breast cancer and their perception of the general practitioner's role in follow-up care : A qualitative study, *Health Expectations*. 2017;20:788–796.
- 53- Abt Sacks A., Perestelo-Perez L., Rodriguez-Martin B. et al. Breast cancer patients' narrative experiences about communication during the oncology care process: a qualitative study (2016), *European Journal of Cancer Care* 25, 719–733.
- 54- Heike Schützea, Melvin Chinb, David Wellerc and Mark F Harrisd. Patient, general practitioner and oncologist views regarding long-term cancer shared care, *Family Practice*, 2018, Vol. 35, No. 3, 323–329.
- 55- Carriene Roorda MSc, Geertruida H. de Bock PhD, Christian Scholing MD MSc et al. Patients' preferences for post-treatment breast cancer follow-up in primary care vs. Secondary care: a qualitative study, *Health Expectations* 2014, 18, pp.2192–2201.
- 56- Chicoulaa B, Balardy L, Stillmunkes A et al. French general practitioners' sense of isolation in the management of elderly cancer patients. *Fam Pract*. 2016 Oct;33(5):551-6.
- 57- Delva F, Marien E, Fonck M, Rainfray M, Demeaux JL, Moreaud P, Soubeyran P, Sasco AJ, Mathoulin-Pélissier S. Factors influencing general practitioners in the referral of elderly cancer patients. *BMC Cancer*. 2011 Jan 6;11:5.
- 58- J. Easley ma, B. Miedema phd, M.A. O'Brien phd et al. The role of family physicians in cancer care: perspectives of primary and specialty care providers, for the Canadian Team to Improve Community-Based, Cancer Care Along the Continuum, *Curr Oncol*. 2017 Apr;24(2):75-80.
- 59- Chicoulaa B, Balardy L, Stillmunkes A et al. French general practitioners' sense of isolation in the management of elderly cancer patients. *Fam Pract*. 2016 Oct;33(5):551-6.
- 60- Jean-Yves Niemier, Frédérique Claudot, Phi Linh Nguyen-Thi et al. Improvement of decision-making criteria for the care of elderly cancer patients by general practitioners (Lorraine, France), *Clinical Interventions in Aging* 2018;13 995–1002.
- 61- Thèse : Deborah Jablonski, Eléments influençant les médecins généralistes dans leur prise en charge diagnostique du sujet âgé suspect de cancer, 2016.
- 62- Thèse : Elsa Cathala, Dépistage du cancer du sein après 75 ans, enquête d'opinion et de pratiques auprès des Médecins Généralistes d'Ille et Vilaine, 2016.
- 63- Thèse : Guillaume Chapelet, Enquête d'opinion et étude des pratiques et de dépistage du cancer chez la personne âgée de plus de 75 ans ayant une démence, 2014.
- 64- Isabelle Vedela, Martine T.E. Putsa et al. Barriers and facilitators to breast and colorectal cancer screening of older adults in primary care: A systematic review, *Journal of geriatric oncology* (2011) 85-98.

- 65- Delva F, Marien E, Fonck M, Rainfray M, Demeaux JL, Moreaud P, Soubeyran P, Sasco AJ, Mathoulin-Pélessier S. Factors influencing general practitioners in the referral of elderly cancer patients. *BMC Cancer*. 2011 Jan 6;11:5.
- 66- Thèse : Sophie Dardenne : Le vécu et les attentes des médecins généralistes de Midi Pyrénées face aux personnes âgées de plus de 75 ans atteintes de cancer, 2014.
- 67- Nicole M. Rankin, Sarah York, Emily Stone et al. , Pathways to Lung Cancer Diagnosis: A Qualitative Study of Patients and General Practitioners about Diagnostic and Pretreatment Intervals, *Ann Am Thorac Soc* Vol 14, No 5, pp 742–753, May 2017
- 68- Renae A. Lawrence, Jordana K. McLoone et al. Primary Care Physicians' Perspectives of Their Role in Cancer Care : A Systematic Review.
- 69- Mariken E. Stegmann¹, Jiska M. Meijer, Janine Nuver et al. Correspondence between primary and secondary care about patients with cancer: A qualitative mixed-methods analysis.
- 70- Kane P¹, Jasperse M², Egan R³ et al. Continuity of cancer patient care in New Zealand; the general practitioner perspective. *N Z Med J*. 2016 Aug 19;129(1440):55-63.
- 71- Swann R et al., Diagnosing cancer in primary care : results from the National Cancer, Diagnosis Audit *British Journal of General Practice*, January 2018.
- 72- Aline Hurtaud, Michèle Aubin, Emilie Ferrat et al. Continuity of care in general practice at cancer diagnosis (COOC-GP study) : a national cohort study of 2853 patients, *British Journal of General Practice* 2019; 69 (679): e88-e96.
- 73- Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-357.
- 74- Soubeyran P., Validation of G8 screening tool in geriatric oncology: The ONCODAGE project. *JCO* 2011;29:Abs9001 .

Annexe A : Facteurs incriminés dans le pronostic défavorable des personnes âgées présentant un cancer du sein (en comparaison aux patientes plus jeunes).

(1,2,4, 9,10,11,12,13,19,20,21,22,23,24,25, 26,27,28,29,30,31,32,33,34)

- **Retard diagnostique** (diagnostic fait à un stade plus avancé) :
 - arrêt du dépistage après 75 ans ;
 - refus des patientes de l'examen des seins, rareté de l'autopalpation, perception erronée de la maladie (sentiment d'être moins à risque que les femmes jeunes, croyance de la non-indication d'exploration en l'absence de symptômes), doute sur le bénéfice des traitements, crainte des traitements et de leurs conséquences ;
 - dépistage individualisé laissé à l'appréciation des médecins traitants très rarement réalisé, tendance des soignants à la simplification de l'examen clinique, diminution des plaintes concourent à un diagnostic clinique souvent tardif ;
 - absence d'informations distinctes et spécialisées en ce qui concerne les femmes dans le grand âge (plus de 75 ans) dans les recommandations officielles mises à disposition par l'INCa : « cancers du sein du diagnostic au suivi » (31).

- **Existence de formes agressives,**

- **Comorbidités,**

- **Sous-traitement** : des obstacles aux traitements standards ont été décrits :

L'avancée en âge, les comorbidités (en particulier : troubles cognitifs, dépression, anxiété, troubles sensoriels, difficultés de mobilisation), origine ethnique, environnement socio-culturel et économique, difficulté des transports pour acheminement vers le centre de soins, préjugés des médecins ou de l'entourage familial sur les toxicités et le bénéfice limité des traitements notamment sur la qualité de vie.

- **Différences socio-économiques,**

- **Inégalité d'accès au soin.**

Annexe B : Equipe de recherche.

Equipe de recherche. L'enquête a été menée par Marine ZAVARONI (MZ) (nommée « enquêteur » dans la suite du manuscrit), de sexe féminin, son titre académique au moment de l'étude était étudiante interne en médecine générale au sein de la faculté de médecine de Montpellier-Nîmes. Concernant la problématique étudiée, sa formation dans le domaine était des stages d'externat et d'internat de médecine générale, dont plusieurs en ambulatoire et un stage hospitalier en médecine gériatrique. MZ n'avait jamais été enquêtrice, mais avait déjà été participante d'une autre enquête individuelle. Son intérêt pour la question était motivé, d'une part par la soutenance d'une thèse pour l'obtention de son doctorat et l'acquisition d'une méthode/expérience en recherche qualitative, d'autre part pour mener une réflexion sur des déterminants des habitudes de pratiques de MG en vue de son activité future.

L'étude était encadrée par le docteur Valéry ANTOINE, directeur de la thèse ayant motivé l'étude, de sexe masculin, ses titres académiques au moment de l'étude étaient praticien hospitalier spécialisé en gériatrie, il exerçait dans l'unité de court séjour gériatrique du CHU de Nîmes et était responsable de l'activité d'oncogériatrie sur le CHU dans le cadre d'une unité de coordination en oncogériatrie (UCOG). Il était titulaire de plusieurs diplômes universitaires dont un en oncogériatrie et avait plusieurs expériences antérieures en recherche clinique et qualitative. Son intérêt pour la question était motivé par le constat, dans son activité clinique, de l'importance que les patientes âgées présentant un cancer accordaient à leur médecin généraliste à tous les stades de la prise en charge du cancer.

Annexe C : Questions posées lors des entretiens.

Entretiens individuels semi-dirigés :

Que représente pour vous en termes de fréquence le cancer du sein de la femme dans le grand âge ?

Que représente pour vous en termes de gravité le cancer du sein de la femme dans le grand âge ?

Quels sont les facteurs qui influencent votre examen clinique (palpation des seins) et pourquoi ?

(L'âge de la patiente est-il cité ? Sinon demander : Vos pratiques sont-elles les mêmes pour les patientes de plus de 75 ans en comparaison aux patientes plus jeunes ?)

Selon vous, le dépistage du cancer du sein chez la femme âgée de plus de 75 ans serait-il utile ?

Selon vous ou d'après votre expérience, pour quelles raisons les patientes pourraient refuser un dépistage après 75 ans ?

Quelles sont les circonstances/situations/raisons pour lesquelles il vous est arrivé ou pour lesquelles vous ne demanderiez pas d'examen complémentaire ni d'avis spécialisé en cas de suspicion d'un cancer du sein chez une personne de plus de 75ans ?

Il y a-t-il des circonstances qui vous inciteraient à ne pas traiter le cancer sein chez les femmes de plus de 75 ans ?

Est-ce que vous participez aux décisions thérapeutiques ou d'abstention ?

Entretien de groupe :

« Que représente pour vous la question du cancer du sein chez les femmes de plus de 75 ans ? »

Les questions détaillées dans la case ci- dessus étaient ensuite posées si les thématiques correspondantes n'avaient pas été abordées spontanément lors des discussions du groupe.

Annexe D : Facteurs influençant la décision d'un examen des seins (palpation mammaire) des femmes âgées, le recours à des examens complémentaires ou un avis spécialisé, retrouvés dans les réponses des participants à l'étude.

- Confrontation antérieure à la maladie chez une femme âgée,
- Demande ou refus de la patiente,
- Symptomatologie,
- Possibilité d'autopalpation,
- Typologie des patientes : âge > 85 ans, comorbidités d'organe évoluée, troubles cognitifs, perte d'autonomie / état grabataire, altération importante de l'état général,
- Gêne possible ressentie (par le médecin ou la patiente) dans l'examen d'une partie intime,
- Perception des possibilités thérapeutiques comme agressives,
- Isolement social,
- Refus de la famille,
- Directives anticipées.

Annexe E : Comparaison des deux modalités de recueil des données, entretiens individuels et entretien de groupe, en termes de faisabilité (F), production d'informations (PI) et acceptabilité (A) par les participants et l'enquêteur.

	Entretiens individuels	Entretien de groupe
Avantages pour l'enquêteur	<p>F : facilité du traitement de la bande sonore</p> <p>PI : temps individuel de parole garanti, adaptation à mesure du questionnaire</p> <p>A : possibilité de moduler le guide d'entretien en direct selon les besoins et la pertinence de l'interview</p>	<p>F : un seul déplacement</p> <p>PI : effet boule de neige de l'interactivité</p> <p>A : grand intérêt à être en retrait du groupe, à l'écoute des participants et de l'animateur</p>
Inconvénients pour l'enquêteur	<p>F : planification chronophage, trajets longs et coûteux vers les cabinets des médecins, disponibilité effective réduite des médecins</p> <p>PI : énumération de réponses en listes peu détaillées sans relance</p> <p>A : difficulté à rester objectif car pas d'autres opinions que celles de l'interviewé et de l'enquêteur</p>	<p>F : planification chronophage</p> <p>PI : possible monopolisation de la parole par un intervenant</p> <p>A : parfois frustration de ne pouvoir participer soi-même au débat/échange</p>
Avantages pour les participants	<p>F : déplacements non nécessaires</p> <p>PI : d'avantage de remise en question sur la pratique personnelle</p> <p>A : absence de jugement des confrères, liberté de répondre</p>	<p>F : possibilité de ne pas s'exprimer sur une question sans en référer, car les autres participants émettront une hypothèse/opinion</p> <p>PI : enrichissement mutuel des réponses</p> <p>A : convivialité</p>
Inconvénients pour les participants	<p>F : doit prévoir un temps dédié à l'entretien, soit au prix d'un temps de consultation non rémunéré, soit sur son temps libre</p> <p>PI : absence d'échange avec les confrères, pas d'avis extérieurs donnés</p> <p>A : crainte du jugement de l'enquêteur</p>	<p>F : déplacement vers un lieu de réunion éloigné de leur cabinet, disponibilité en soirée, nécessité d'une date convenant à tous</p> <p>PI : possible monopolisation de la parole par un intervenant</p> <p>A : doivent avoir envie de partager leur point de vue avec les autres participants, même s'ils n'ont pas les mêmes avis, risque de se sentir jugés, intimidés</p>

Annexe E bis : Comparaison des deux méthodes de recueil de données (1/3).

Faisabilité pour l'enquêteur et les participants :

Plusieurs difficultés ont été rencontrées pour les entretiens individuels :

- Le temps qui a été nécessaire à l'organisation des entretiens individuels était supérieur à celui de l'entretien de groupe : les MG ont dû être contactés à de multiples reprises pour organiser l'interview (secrétariat saturé, médecin non joignable car en consultation, congé annuel l'été, indisponibilité passagère).
- Les trajets pour se rendre au cabinet des participants pouvaient être longs et coûteux pour l'enquêteur (jusqu'à 50 min aller) et nécessitaient un véhicule motorisé.
- Le jour du rendez-vous pour l'enquête, si 30 minutes de leur temps leur avaient été demandées, la disponibilité effective des MG était très limitée en raison d'une charge de travail trop importante ou de temps libre très réduit dans la journée, malgré leur choix de la date et de l'horaire de l'entretien.
- Plusieurs MG ont évoqué des difficultés, pendant l'entretien, à se plonger au cœur du sujet, argumentant qu'ils étaient préoccupés par d'autres problématiques plus actuelles pour eux, ou que le moment de la journée était peu adapté (entre midi et 14h : dans l'attente du repas de midi avant la reprise des consultations, en fin de journée de travail).
- Les difficultés rencontrées pour l'entretien de groupe ont concerné les contraintes logistiques inhérentes à l'organisation d'une réunion : lieu de rendez-vous non éloigné de leur cabinet, nécessité d'une date convenant à tous les participants, disponibilité en soirée. D'ailleurs, parmi les MG ayant eu le choix de participer initialement, soit à une séance individuelle, soit à une séance collective dont la date serait définie ultérieurement un soir de semaine, beaucoup ont préféré participer à l'entretien individuel par manque de temps ou refus d'accorder une partie de soirée à ce projet.

Annexe E bis : Comparaison des deux méthodes de recueil de données (2/3).

Pour les deux modalités d'entretien :

- Il existait des difficultés de recrutement de MG acceptant de participer à l'étude, semblant indépendant de l'existence de liens antérieurs avec l'enquêteur. D'ailleurs, dans le questionnaire pré-entretien, la motivation principale à la participation était demandée aux MG : uniquement deux des onze médecins ont déclaré que celle-ci était leur connaissance de l'enquêteur.
- Le manque d'expérience de confrontation à la problématique étudiée pouvait aussi constituer un frein à la possibilité de recueil de données reflétant les pratiques.
- Le traitement de l'information était chronophage, il a nécessité un temps de retranscription des enregistrements important, une bande son pouvant nécessiter jusqu'à six fois le temps d'écoute pour traiter les informations.

Acceptabilité par les participants :

Les échanges durant l'entretien de groupe ont suscité plus d'émotion et d'exclamation de la part des participants. Le groupe était interactif et dynamique, permettant aussi une convivialité. L'entretien en groupe constituait aussi une opportunité pour les MG d'étudier et de confronter certains aspects de leurs pratiques, car les échanges favorisent par réaction en chaîne l'émergence des connaissances, opinions et expériences. Les participants ont spécifié que la séance leur avait plu et apporté beaucoup, contrairement aux entretiens individuels où le sentiment du médecin était d'avantage celui de participer à la thèse d'un interne.

Annexe E bis : Comparaison des deux méthodes de recueil de données (3/3).

Production d'informations : Le cumul des réponses des entretiens individuels apportait plus de réponses différentes et d'avis divergents que le *focus group*.

Lors des entretiens individuels :

- Des sujets ont pu être abordés sans que le médecin interrogé ne pense être jugé par d'autres personnes cependant, les MG pouvaient ressentir des difficultés à se livrer sur leurs connaissances et habitudes par peur d'être jugés par l'enquêteur.
- Les réponses étaient peu détaillées (plus souvent expression des réponses par l'énumération d'une liste) mais plus nombreuses.
- Certains jeunes médecins n'avaient pas rencontré la situation clinique faisant l'objet de l'étude (cancer du sein chez la femme âgée), ce qui pouvait limiter la description de leurs habitudes pratiques.
- L'analyse en profondeur a été permise par un temps de parole individuel souvent supérieur.
- La saturation des données a été atteinte rapidement : de nombreux sous-thèmes ont été établis à partir des entretiens des médecins M1 à M3, seuls deux nouveaux sous-thèmes ont été identifiés à partir de l'entretien avec M4, et aucun avec M5.

Lors de l'entretien en groupe :

- L'interactivité entre les participants a suscité une dynamique de groupe amenant les intervenants à s'engager, à s'expliquer sur leurs argumentations, à rebondir sur les arguments de leurs collègues. Les réponses et échanges se sont avérés dynamiques, source de débats, d'accords et désaccords qui ont contribué à enrichir le débat.
- La possible monopolisation de la parole par certains participants malgré la répartition de la parole par le modérateur (nombreuses verbatim de MA) peuvent avoir diminué l'expression de la diversité des opinions.
- Le ressenti émotionnel était mieux exprimé par des verbatim percutantes et plus longues. Une plus grande diversité des profils et un enrichissement mutuel des réponses étaient permis par un environnement favorisant l'expression et la discussion d'opinions controversées.
- Les participants ont d'avantage exprimé leur mécontentement concernant leurs relations interprofessionnelles avec les spécialistes du cancer.

Annexe F : Actions possibles pour favoriser l'information des MG : favoriser le diagnostic et la coordination des soins entre MG et spécialistes hospitaliers.

Interventions pour mieux informer les MG, déjà développées : On les retrouve dans l'étude quantitative française, *Improvement of decision-making criteria for the care of elderly cancer patients by general practitioners* (60), ou encore la revue française de la littérature, *Barriers and facilitators to breast and colorectal cancer screening of older adults in primary care : A systematic review* (64) :

- ligne téléphonique dédiée, boîtes mail dédiées,
- IDE de coordination,
- campagnes d'informations pour les praticiens, incluant des journées d'exercice en oncogériatrie et l'organisation de séminaires,
- diffusion de guides de bonnes pratiques via le Conseil de l'Ordre des médecins (guide des idées « vraies » « fausses », guides sur les conduites à tenir dédiés « au grand âge »),
- développement de *staff* d'oncogériatrie via vidéo-conférences pour les cas compliqués.

Sensibilisation au diagnostic : Une étude française quantitative antérieure suggérait que l'éducation à l'autopalpation et l'information des patientes âgées, évoquée par les MG dans notre étude, pourraient participer à favoriser le diagnostic précoce : suite à cette étude, une lettre d'information est envoyée en Gironde aux femmes âgées de 75 ans, pour les informer que le risque de cancer du sein persiste après la fin du dépistage organisé et que le diagnostic précoce est essentiel (43).

Coordination des soins ville-hôpital :

- **Participation aux RCP :** une étude qualitative française proposait des perspectives de pratiques collaboratives en ajoutant dans la fiche de présentation des patients en RCP une ligne concernant l'avis des MG et de placer le MG au centre de la prise en charge du patient âgé atteint de cancer, en collaboration avec la consultation d'oncogériatrie (61).
- **Aider les MG à cibler les patientes à adresser en oncogériatrie :** diffusion et formation à l'usage du questionnaire G8 (74) qui aide à cibler les patients pouvant bénéficier d'une évaluation gériatrique globale. Des lettres d'informations destinées aux MG et un contact téléphonique plus systématique entre gériatre et médecin traitant pourraient aussi favoriser la connaissance de l'intérêt du recours à l'oncogériatrie.

Annexe G : Moyens possibles pour l'information des MG et l'amélioration de la communication avec les spécialistes du cancer.

Participation aux RCP : l'heure approximative de présentation du dossier du patient pourrait être communiquée par avance au généraliste. Ceci permettrait au MG d'y assister en personne, par visio-conférence ou par appel téléphonique. Il pourrait aussi donner en amont des informations utiles pour le choix thérapeutique. Un compte-rendu écrit ou oral sur les raisons des choix thérapeutiques, adapté aux besoins des MG, devrait être systématique, afin de l'aider à en rediscuter avec les patientes. La convocation à ces RCP, ou du moins au cheminement de la décision thérapeutique, devrait plus clairement apparaître afin que les médecins généralistes s'y sentent d'autant plus concernés et alertes à y prendre place.

Difficultés de communications entre spécialistes hospitaliers et médecins généralistes :

Le partage d'un dossier médical informatisé et sécurisé entre les spécialistes hospitaliers et les généralistes est déjà en cours d'expérimentation mais reste peu connu des médecins généralistes et le contenu correspond peu à leurs attentes. Ce moyen de partage d'informations permettrait de laisser une trace de chaque consultation, lisible par tous les acteurs de la prise en charge, à tout moment. Les moyens de communications actuels étant de plus en plus vastes et rapides, ils nous promettent une amélioration de la cohésion et coordination entre les différents acteurs de la prise en charge des patientes. Il serait même intéressant de mettre en place des moyens de communication par messagerie instantanée, sécurisés, pour diminuer le délai des échanges.

Approfondissement des connaissances des MG : Les séances de Développement Professionnel Continu (DPC) resteraient un bon moyen d'améliorer les connaissances des médecins généralistes, la mise en place de fiches simples sur les thérapeutiques avec les principaux effets indésirables et la surveillance à organiser en ambulatoire (avec un livret simplifié) pourraient également leur être envoyés systématiquement, propres aux thérapeutiques choisies pour la patiente en question. L'utilité de ces fiches pourrait être évaluée à distance avec un nouveau *focus group*, pour échanger entre praticiens ayant utilisé ou non ces fiches, afin de juger si celles-ci les aident en pratique concrète. La ligue de lutte contre le cancer propose une consultation dédiée à 75 ans pour rechercher des facteurs de risque de cancer mammaire, signes d'alerte et information ciblée sur la poursuite de la palpation mammaire afin de ne pas passer à côté d'un diagnostic précoce. Le site internet de l'INCa rappelle les indications et toxicités des principaux traitements du cancer du sein via des tableaux gratuits et simplifiés, ainsi que les traitements à au moins évoquer au stade métastatique. Mais faut-il en informer d'avantage les médecins généralistes ?

Tableau A : Caractéristiques principales des médecins généralistes participants aux entretiens.

Caractéristiques des participants		Total des participants N =11	Participants au focus group N=6	Participants par entretien semi dirigé N=5
Sexe :	<i>féminin</i>	9	5	4
	<i>masculin</i>	2	1	1
Age :	<i>25 à 45 ans</i>	5	3	2
	<i>45 à 65 ans</i>	6	3	3
Durée d'installation en tant que médecin généraliste :	<i>< 10 ans</i>	4	3	1
	<i>De 10 à 20 ans</i>	1	0	1
	<i>plus de 20 ans</i>	6	3	3
Prise de connaissance de l'étude par :	<i>bouche à oreille</i>	6	6	0
	<i>face à face avec enquêteur</i>	3	0	3
	<i>Par mail</i>	2	0	2
Connaissance de l'un des enquêteurs avant l'inclusion :	<i>oui</i>	5 (pro*)	0	5
	<i>non</i>	6	6	0
Mode d'exercice :	<i>Cabinet en association</i>	9	5	4
	<i>Cabinet seul</i>	2	1	1
	<i>MSP</i>	0	0	0
	<i>EHPAD</i>	0	0	0
	<i>A temps partiel hospitalier</i>	2	2	0
Secteur d'exercice (Gard 9/11, Hérault 2/11) :	<i>urbain</i>	2	0	2
	<i>rural</i>	0	0	0
	<i>semi rural</i>	9	6	3
Patientèle de femmes de plus de 74 ans avec :	<i>comorbidités</i>	11	6	5
	<i>troubles cognitifs</i>	11	6	5
	<i>isolées au domicile</i>	11	6	5
	<i>entourage au domicile</i>	10	6	4
	<i>en EHPAD</i>	7	4	3
	<i>en foyer logement</i>	3	2	1
Distance du centre d'imagerie le plus proche :	<i>< 10km</i>	3	0	3
	<i>10 à 20 km</i>	8	6	2
	<i>20 à 50km</i>	0	0	0
Distance de l'institut de cancérologie médical le plus proche	<i>< 10km</i>	1	0	1
	<i>10 à 20 km</i>	7	6	1
	<i>20 à 50km</i>	3	0	3
Formations complémentaires Gynécologie/Oncologie/Gériatrie :		1	1	0
Problématique de la thèse déjà abordée auparavant :	<i>oui</i>	2	1	1
	<i>non</i>	9	5	4

Tableau A bis : Caractéristiques des participants : participations antérieures à des études et participation à notre étude qualitative.

<i>Caractéristiques des participants</i>	<i>Total des participants N =11</i>	<i>Participants au focus group N=6</i>	<i>Participants par entretien semi dirigé N=5</i>
Motivation principale à la participation à l'étude :			
<i>Echange entre confrères</i>	4	3	1
<i>participation à un focus group</i>	3	3	0
<i>apporter un témoignage personnel</i>	2	0	2
<i>autre : connaissance de l'enquêteur</i>	2	0	2
Participation antérieure à un focus group :			
<i>oui</i>	4	1	3
<i>non</i>	7	5	2
Satisfaction antérieure à la participation à un focus group :			
<i>aucune</i>	0	0	0
<i>peu d'apport</i>	1	0	1
<i>bonne expérience</i>	3	1	2
<i>excellente</i>	0	0	0
Participation antérieure à un entretien semi dirigé :			
<i>oui</i>	6	4	2
<i>non</i>	5	2	3
Satisfaction antérieure à la participation d'un entretien semi dirigé :			
<i>aucune</i>	0	0	0
<i>peu d'apport</i>	1	1	0
<i>bonne expérience</i>	5	3	2
<i>excellente</i>	0		0
Qualification de la participation (question ouverte) :			
<i>intéressante</i>	5	2	3
<i>questionnant</i>	1	0	1
<i>accessible à tout praticien</i>	1	0	1
<i>toujours intéressant de partager</i>	1	1	0
<i>intérêt du partage entre pairs</i>	1	1	0
<i>très bonne expérience enrichissante</i>	1	1	0
<i>peu contributive car peu de cas rencontrés dans ma pratique</i>	1	0	1

Tableau B : Arbre de codage.

Pratiques des MG	Vécu différent de chaque situation individuelle	Valeurs identitaires du MG	<ul style="list-style-type: none"> - Réponse à la mission de recours de proximité : réponse diagnostique en cas de symptômes ou de demandes des patientes ; éducation ; continuité des soins. - Connaissance globale des patientes : comorbidités et dépendance, contexte social. - Relation de confiance du MG avec la patiente et sa famille : écoute des freins des patientes, respect des souhaits et des directives anticipées ; information et conseil des patientes.
		Expérience antérieure propre au MG	<ul style="list-style-type: none"> - Confrontation antérieure à la maladie. - Liens affectifs avec la patiente. - Gêne à l'examen d'une partie intime.
		Représentations de la maladie	<ul style="list-style-type: none"> - Possible agressivité de la tumeur. - Effets secondaires des traitements.
	Volonté de collégialité	Supports d'informations	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de recommandations claires sur la poursuite du dépistage individualisé. - Difficultés à identifier les ressources bibliographiques pertinentes, inadéquation des supports bibliographiques à la pratique des MG.
		Organisation pluridisciplinaire coordonnée	<ul style="list-style-type: none"> - Communication avec les spécialistes du cancer : difficultés pour contacter les spécialistes, délais d'accès aux consultations ou à l'hospitalisation, contenu du compte-rendu du spécialiste peu adapté aux MG. - Recours au gériatre : méconnaissance de la possibilité de recours à la consultation d'oncogériatrie.
		Rôle identifié du MG dans le parcours de soins	<ul style="list-style-type: none"> - Prise de contact et considération de l'avis du MG par les spécialistes du cancer avant la décision thérapeutique et au cours du suivi.

Tableau C : Thématiques abordées par les médecins généralistes participants aux entretiens semi-dirigés et *focus group*, sur leur vécu et leurs pratiques concernant le cancer du sein chez la femme âgée de plus de 75 ans.

RECAPITULATIF DES THEMATIQUES
Représentations du cancer du sein dans le grand âge (75 ans et plus) :
Fréquence Gravité Possibilités et impacts thérapeutiques
Pratiques diagnostiques :
Facteurs influant sur les pratiques : obstacles et facteurs qui favorisent le diagnostic : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Liés aux patientes ➤ Liés aux médecins Obstacles à la palpation mammaire : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Fréquence ➤ Liés aux patientes ➤ Liés au médecin Ressenti
Obstacles au diagnostic : recours aux examens complémentaires et aux avis spécialisés
Recours aux examens complémentaires et aux avis spécialisés : <ul style="list-style-type: none"> ○ Obstacles <ul style="list-style-type: none"> ➤ Fréquence ➤ Liés aux patientes ➤ Liés au médecin ○ Facteurs favorisants
Implication des médecins généralistes dans les décisions thérapeutiques
Participation aux Réunions de Concertation Pluridisciplinaires Ressenti et besoins
Collaboration des médecins généralistes avec les spécialistes du cancer
Facteurs facilitants Obstacles Ressenti et besoins
Intérêt d'un dépistage pour les femmes au-delà de 75ans, pour le diagnostic précoce ?
Dépistage clinique Poursuite du dépistage mammographique

Tableau D : Représentations pour des médecins généralistes du cancer du sein dans le grand âge : fréquence, gravité, modalités et impacts thérapeutiques. Résultats du focus group.

SOUS - THEMES	INTERPRETATION DES REPONSES	VERBATIMS
Fréquence	Non renseigné (NR) (6/6)	
Gravité et connaissances caractéristiques conditionnant la gravité	<p>Ne se prononce pas (NSP) (2/6)</p> <p>Très grave car :</p> <ul style="list-style-type: none"> - agressivité de la tumeur, - fragilité de la personne âgée, - thérapeutiques ayant de nombreux effets indésirables (4/6) <p>Grave car agressif (1/6)</p> <p>Non grave car évolution plus lente (1/6)</p>	<p>MA : « aucune idée »</p> <p>MB : « se développe plus lentement le plus souvent, mais parfois très agressif et dans ce cas condamnée »</p>
Possibilités thérapeutiques	Hormonodépendance possible peu/pas connue (6/6)	MF : « j'ai découvert ce soir qu'ils sont souvent plus hormonodépendants »
Impact des thérapeutiques	Traitements considérés comme agressifs (3/6)	<p>MC : « dans les cas agressifs, ce n'est pas la peine de penser à la chimiothérapie beaucoup trop fatigante et agressive »</p> <p>ME : « les traitements peuvent faire peur »</p>
Ressenti du médecin	<p>Augmentation du nombre de diagnostic de cancer dans le grand âge constatée, apparition de personnes âgées avec état général « conservé » pour lesquelles les thérapeutiques du cancer semblent envisageables (3/6)</p> <p>NSP (3/6)</p>	<p>MC : « on se heurte moins à soigner les pathologies du sujet même très âgé que il y a 20 ans »</p> <p>MD : « l'espérance de vie augmentant, avant, on avait à faire avec des vieillards, maintenant à 80 ans certains sont en super forme et ont le cancer »</p>

Tableau D bis : Représentations pour des médecins généralistes du cancer du sein dans le grand âge, en termes de fréquence, gravité, modalités et impacts thérapeutiques. Résultats des entretiens individuels.

SOUS-THEMES	INTERPRETATIONS DES REPOSES	VERBATIMS
Fréquence	Assez fréquent (2/5)	M3 : « <i>Tellement rare que j'ai du mal à savoir</i> »
	Rare (1/5)	
	Ne se prononce pas (2/5)	
Gravité	Oui (2/5)	M4 : « <i>il n'a pas une gravité importante, pour moi il est peu grave</i> »
	Non (1/5)	
	NSP (2/5)	
Connaissances caractéristiques conditionnant la gravité	Moins agressif que chez la femme jeune (2/5)	M1 : « <i>plus la personne est âgée moins il est agressif</i> »
	Meilleur pronostic (1/5)	M4 : « <i>normalement à cet âge il n'est pas de haut grade et de pronostic meilleur que lorsqu'on le diagnostic à un âge moins avancé</i> »
	Ne se prononce pas (2/5)	
Possibilités thérapeutiques	Pas forcément plus compliqué à traiter (1/5)	M3 : « <i>Pour ma patiente, il n'y a pas eu besoin d'avis oncogériatrique, et cela n'a pas posé plus de questions que ça, elle a été traitée normalement</i> »
		M2 : « <i>75 ans, vu l'espérance de vie, je pense que ça vaut la peine d'y faire attention, surtout qu'on sait que si on s'y rayonne tôt ça se solde par une tumorectomie</i> »
Impact des thérapeutiques	Impact majeur des traitements sur la qualité de vie et la psychologie (1/5)	M5 : « <i>psychologiquement impactant, et avec un gros impact pour la qualité de vie des femmes âgées, car c'est ça qui prime, notamment si tu es seule à la maison</i> »
	NR (4/5)	
Ressenti du médecin	Diagnostic plus difficile à accepter/intégrer pour le médecin : Lien affectif avec les patients connus de longue date et/ou vus souvent en consultation (en rapport avec l'âge avancé) (1/5)	M3 : « <i>quand on connaît les gens depuis longtemps, on espère que ce n'est pas ça</i> »
	Situation médicale mieux vécue et acceptée par le médecin : possibilité d'un décès par cancer moins difficile à concevoir psychologiquement compte tenu de l'âge avancé (comparé à une femme plus jeune) (2/5) NR (3/5)	M1 : « <i>j'ai moins peur d'un cancer d'une personne âgée que chez une femme de 40 ans</i> »

Tableau E : Pratiques diagnostiques du cancer du sein dans le grand âge : obstacles liés aux comorbidités et ressentis de médecins généralistes. Résultats du *focus group*.

SOUS-THEMES	INTERPRETATION DES REPONSES	VERBATIMS
<p>Facteurs influant sur la pratique du diagnostic :</p> <p>Liés aux patientes</p>	<p>Antécédents personnels et familiaux</p> <p>Age : Différence de prise en charge pour les personnes entre 75 et 85 ans, et les plus de 85 ans (connote avec complication/fragilité) (5/6)</p> <p>Age chiffré non pris en compte dans la prise en charge (1/6)</p> <p>Antécédents personnels : Présence ou non de comorbidités (6/6) Troubles cognitifs (6/6)</p> <p>Autonomie de la patiente : Prise en compte uniquement si au stade grabataire (4/6) Prise en compte quel que soit le stade (2/6)</p>	<p>MD : « <i>ce n'est pas l'âge en lui-même, mais souvent la présence d'une défaillance d'organe comme l'insuffisance rénale...plus de chose à prendre en compte, bilan plus compliqué</i> »</p> <p>MA : « <i>comme je le dis tous les jours l'âge n'est qu'un chiffre</i> »</p> <p>MD : « <i>l'âge sur la carte d'identité est insuffisant</i> »</p>
<p>Liés au médecin</p>	<p>Expériences du médecin (confrontations du médecin avec des cas de cancer mammaire chez la femme âgée auparavant dans sa pratique)</p> <p>Habitudes du médecin : apprentissage de l'autopalpation aux patientes, palpation mammaire systématique ou uniquement si symptomatologie suspecte évoquée, palpation mammaire annuelle.</p>	<p>MC : « <i>ceci dit après des expériences de patientes que j'ai suivies, je palpe les seins de toutes les femmes, même si elles ont 80 ans</i> »</p>
<p>Ressenti des médecins</p>	<p>>>>> Globalement se trouvent peu systématiques, ressentent un manque de guidance de la haute autorité de santé et des bibliographies</p>	<p>MD : « <i>je pense que je devrais être plus systématique, aller au-devant</i> »</p> <p>MA : « <i>je ne suis pas systématique...plus particulièrement chez les sujets âgées j'ai tendance à leur dire de s'auto palper...je leur apprend à se connaître soi-même</i> »</p>

Tableau E bis : Pratiques diagnostiques du cancer du sein dans le grand âge : obstacles liés aux comorbidités et ressentis de médecins généralistes. Résultats des entretiens individuels.

SOUS-THEMES	INTERPRETATION DES REPOSES	VERBATIMS
<p>Facteurs influant sur la pratique du diagnostic :</p> <p>Liés aux patientes :</p>	<p>Age supérieur à 85 ans (2/5)</p> <p>Antécédents personnels et familiaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comorbidités (4/5) - Antécédents de néoplasie mammaire (5/5) <p>Autonomie conservée : différente attitude diagnostique (1/5)</p> <p>Etat général conservé (5/5)</p> <p>Selon la poursuite ou non des mammographies (2/5)</p> <p>Demande de palpation de la patiente pour dépistage (2/5)</p> <p>Réticence de la patiente</p>	<p>M4 : « <i>l'âge a quand même une importance pour moi, au-delà de 85ans je ne vais pas forcément penser à palper les seins ou lui demander si elle a un souci...si elle ne me demande pas ce sera moins abordé que chez une personne de moins de 85ans</i> »</p> <p>M5 : « <i>plus de 85ans je les laisse tranquilles</i> »</p> <p>M2 : « <i>si il y a plein d'autres comorbidités, c'est là qu'on oublie</i> »</p> <p>M4 : « <i>les personnes qui sont demandeuses sont souvent des personnes en très bon état général, et qu'on continue à examiner même au niveau gynéco, dans ce cas la palpation mammaire fait partie de l'examen standard</i> »</p> <p>M1 : « <i>si je fais un examen clinique complet, moi j'ai la palpation facile, d'autant plus qu'après 75ans y a pas forcément de mammographie</i> »</p>
<p>Liés au médecin</p>	<p>Suivi antérieur en oncologie (1/5)</p> <p>Automatisme dans l'examen clinique au cabinet :</p> <p>Fait partie de l'examen clinique de routine (2/3)</p> <p>Ne fait pas partie de l'examen de routine : uniquement réalisé si symptomatologie rapportée (3/5)</p> <p>Sexe du médecin (1/5)</p>	<p>M2 : « <i>pour les patients suivis en onco, j'y fais moins attention car je pense qu'ils sont suivis...je reprends véritablement le suivi après les 5ans lorsque leurs suivis en onco s'espace, mais j'ai tendance à déléguer ce suivi chez les patientes ayant été suivies et traitées pour ça</i> »</p>
<p>Ressenti</p>	<p>Mal à l'aise avec l'examen gynécologique (1/5)</p>	<p>M3 : « <i>ce n'est pas ma tasse de thé, c'est un truc pour lequel je ne suis pas très à l'aise, je ne sais pas bien faire</i> »</p>

Tableau F : Obstacles à la palpation mammaire dans le grand âge, ressentis par des médecins généralistes. Résultats du *focus group*.

SOUS-THEMES	INTERPRETATION DES REPOSES	VERBATIMS
Obstacles à la palpation mammaire :		
Fréquence	Peu fréquents si explication de la démarche quelle que soit la patiente (6/6)	
Liés aux patientes	<p>Palpation mammaire culturellement bien acceptée (2/6)</p> <p>Femmes de zone rurale plus réticentes (1/6)</p> <p>Refus par incompréhension de l'intérêt de l'examen clinique (1/6)</p>	<p>MC : « <i>même les femmes maghrébines se laissent examiner</i> »</p> <p>MF : « <i>Les femmes qui ont travaillé à la ville, qui sont plus jeunes sont plus faciles</i> »</p>
Liés au médecin	Sexe masculin du médecin (1/6)	MD : « <i>Je pense que le suivi gynéco est un problème inhérent aux hommes médecins</i> »

Tableau F bis : Obstacles à la palpation mammaire dans le grand âge, ressentis par des médecins généralistes. Résultats des entretiens individuels.

SOUS-THEMES	INTERPRETATION DES REPONSES	VERBATIMS
Obstacles à la palpation mammaire :		
Fréquence	Peu fréquent (5/5)	M3 : « <i>comme je ne fais la palpation mammaire qu'à la demande de la patiente, devant une gêne ou symptomatologie, je n'ai jamais de refus</i> »
Liés aux patientes	Pudeur (3/5)	M3 : « <i>je suis surpris parfois par la pudeur de certaines ou pour le cas de la décontraction de certaines, et tu ne peux pas prévoir qui va te laisser ou non regarder</i> »
	Anxiété (1/5)	M1 : « <i>la palpation c'est vraiment source d'angoisse</i> »
	Comorbidités associées passant au premier plan car jugées plus importantes par la patiente ou par le médecin (2/5)	M1 : « <i>elles veulent pas d'acharnement, ou elles ont d'autres pathologies, comme un syndrome dépressif</i> »
	Déni de la maladie (3/5)	M2 : « <i>parfois c'est du déni...préfère ne pas savoir, si je ne vois pas, je ne sais pas</i> »
	Refus antérieur du dépistage clinique et/ou radiographique (2/5)	M2 : « <i>savent parfois que même si elles ont un cancer elles ne feront rien de rien</i> »
	Méconnaissance ou refus d'emblée des possibilités thérapeutiques en cas d'anomalie clinique suspecte, les patientes pensent alors que la palpation est inutile (2/5)	M4 : « <i>A cet âge elles se laissent examiner, même si elles se demandent si ça a vraiment un intérêt par rapport aux traitements</i> »
	Sexe masculin du médecin : gêne de la patiente (1/5)	
Liés au médecin	Sexe masculin du médecin : gêne du médecin	

Tableau G : Recours aux examens complémentaires et aux avis spécialisés pour le diagnostic de cancer du sein dans le grand âge : pratiques et obstacles ressentis par des médecins généralistes. Résultats du *focus group*.

SOUS-THEMES	INTERPRETATIONS DES REPONSES	VERBATIMS
Obstacles aux examens complémentaires et avis spécialisés : Fréquence	Peu fréquent (6/6)	
Liés à l'état clinique de la patiente	Altération sévère de l'état général (3/6)	MA : « <i>j'ai plutôt tendance à pousser à faire les examens car c'est plus facile une fois qu'on sait pour prendre une décision et s'orienter, sauf si la personne est grabataire, démente, famille épuisée, pas d'apport finalement, mais reste une minorité</i> »
	Troubles cognitifs <u>avec accord ou non</u> de la famille (4/6)	MC : " <i>ce n'est pas parce que elle est âgée que je ne ferais pas ce qu'il faut faire, sauf troubles cognitifs en accord avec la famille</i> "
	Comorbidités chroniques associées (6/6)	Cités par plusieurs : « <i>insuffisance respiratoire chronique, oxygène au long cours, insuffisance rénale sévère, maladie chronique évolutive, insuffisance cardiaque</i> »
Liés au médecin	Pas de palpation mammaire réalisée si aucune intention derrière/si aucune possibilité thérapeutique envisagée par le médecin généraliste (1/6)	MB : " <i>si j'examine c'est qu'a priori il y a une intention de faire quelque chose, donc l'imagerie je la fais faire</i> "
Facteurs favorisant la demande d'examens complémentaires et d'avis spécialisés	Demandes systématiques : avis et examens complémentaires toujours demandés si suspicion diagnostic (3/6)	MA : « <i>quand je trouve une anomalie, je me sens obligée de faire un examen complémentaire, sauf refus de la patiente</i> »
	Recours car nécessité d'obtention d'informations pour le choix des possibilités thérapeutiques (3/6)	MF : « <i>même chez les démentes, la chirurgie peut leur améliorer la qualité de vie</i> »
	Avis spécialisé considéré comme essentiel pour une prise en charge en globalité de la patiente (6/6)	MD : « <i>Dans les situations particulières, l'avis de l'oncogériatre prend toute son importance, pour l'évaluer dans sa globalité, il faut personnaliser et non standardiser</i> »
	Collégialité recherchée pour la prise de décisions	ME : « <i>Rien que de décider si c'est du palliatif ou non, il faut s'entourer des bonnes personnes</i> »

Tableau G bis : Recours aux examens complémentaires et aux avis spécialisés pour le diagnostic de cancer du sein dans le grand âge : pratiques et obstacles ressentis par des médecins généralistes. Résultats des entretiens individuels.

SOUS-THEMES	INTERPRETATION DES REPONSES	VERBATIMS
Obstacles aux examens complémentaires et avis spécialisés :		
Liés à la patiente	<p>Age supérieur à 85 ans décisif (1/5)</p> <p>Age chiffré non décisif (3/5)</p> <p>Etat grabataire (5/5)</p> <p>Refus d'emblée de la patiente de réaliser les examens complémentaires ou les différentes approches thérapeutiques car considérées comme agressives avec altération de leur qualité de vie (2/5)</p>	<p>M4 : « <i>quel que soit l'âge si il le faut on fera les investigations</i> »</p> <p>M4 : « <i>j'ai eu aussi une autre patiente qui avait déjà eu un cancer du sein 20ans auparavant et m'a dit que si il y avait récurrence elle ne ferait rien</i> » « <i>j'ai eu le cas à 90 ans, on sentait une masse à la palpation, elle m'avait dit clairement, de toute façon ça ne sert à rien de faire une mammographie (elle avait toute sa tête), de son plein grés elle m'avait dit qu'elle ne ferait aucun traitement derrière</i> »</p>
Liés au médecin	<p>Age avancé perçu comme incompatible avec les traitements du cancer par les patientes (2/5)</p> <p>Manque d'informations sur les possibilités de choix et de traitements, et l'impact sur la qualité de vie</p>	<p>M4 : « <i>ce qui revient souvent c'est : à mon âge, de toute façon je ne vais pas faire de traitement lourd même si on me trouve quelque chose...dès qu'on parle de chimio c'est un frein</i> »</p> <p>M2 : « <i>j'appuie d'avantage les bénéfices du dépistage si la personne à une bonne qualité de vie et une espérance de vie importante</i> »</p>
Facteurs favorisant la demande d'examens complémentaires et d'avis spécialisés	<p>Recours car nécessité d'obtention d'informations pour le choix des possibilités thérapeutiques (2/5)</p> <p>Collégialité recherchée en termes médico-légal (3/5)</p> <p>Troubles cognitifs et absence de soutien familial (2/5)</p>	<p>M2 : « <i>c'est plus ce qu'on en fait après, surveillance, geste...Là je vais être plus réservée, surtout si il y a une chimio compte tenu du risque d'effets secondaires et de son intérêt...ce serait parfois disproportionné</i> »</p> <p>M5 : « <i>Je demanderais un avis pour la collégialité, quelle que soit la situation je crois</i> »</p>

Tableau H : Ressenti de médecins généralistes sur leur implication par les spécialistes dans les décisions thérapeutiques, en cas de cancer du sein dans le grand âge. Résultats du *focus group*.

SOUS-THEMES	INTERPRETATION DES REPONSES	VERBATIMS
Participation aux réunions de concertation pluridisciplinaires	Regrettent de ne jamais y avoir été conviés (6/6)	<p>ME : « <i>je pense que je serais bien allé aux RCP de un ou deux patients si j'y avais été convié</i> »</p> <p>MA : « <i>les médecins généralistes sont souvent la dernière roue du carrosse, c'est-à-dire qu'on commence mais on finit jamais ensuite, c'est frustrant car on aimerait être dans l'alliance thérapeutique</i> »</p>
Circonstances incitant à ne pas traiter le cancer du sein chez les femmes de plus de 75 ans	NR (6/6)	
Ressenti et besoins	<p>Proposition de participation téléphonique (même brève) pour les patientes bien connues ou en situations particulières (3/6)</p> <p>Manque de connaissance des thérapeutiques : (6/6)</p> <p>Aucune connaissance sur les nouvelles thérapies ciblées, Difficultés à obtenir les informations utiles, Demande de source d'informations adaptées. (3/6)</p> <p>Problématique dans la pratique car le médecin généraliste reste le premier recours et premier à connaître globalement le patient (2/6)</p>	<p>MA : « <i>pour les RCP on pourrait au moins avoir une participation brève par téléphone quand on peut apporter quelque chose</i> »</p> <p>MB : « <i>il faudrait créer des documents adressés au médecin généraliste pour expliquer les nouveautés, les effets indésirables attendus</i> »</p> <p>MF : « <i>c'est du chinois</i> »</p> <p>MA : « <i>on ne sait pas quelles études lire, lesquelles cibler</i> »</p> <p>MA : « <i>les patients viennent nous consulter au décours afin de discuter de leur projet de refus, de ce que les spécialistes ont proposé, je n'ai pas les connaissances du spécialiste, mais en même temps je connais plus l'histoire du patient et pourquoi il veut refuser, c'est là que ce serait intéressant d'en discuter, pour que chacun puisse apporter, sur la vie du patient et, avec l'aide du spécialiste, que je puisse lui apporter aussi les connaissances, pour lui donner les informations claires loyales et appropriées</i> »</p> <p>MF : « <i>Même les patients ayant eu des consultations spécialisées très complètes reviennent me voir pour qu'on en discute, pour me demander mon avis à moi</i> »</p>

Tableau H bis : Ressenti de médecins généralistes sur leur implication par les spécialistes dans les décisions thérapeutiques, en cas de cancer du sein dans le grand âge. Résultats des entretiens individuels.

SOUS-THEMES	INTERPRETATION DES REPONSES	VERBATIMS
Participation aux réunions de concertation pluridisciplinaires	<p>Non jamais, malgré sentiment de pouvoir y être utile (5/5)</p> <p>Aimeraient y participer pour certains patients avec une histoire de vie ou des choix compliqués (5/5)</p>	<p>M3 : « <i>je pense n'y avoir aucune place...si j'y étais convié je pourrais y donner un avis, voire dans certains cas y participer car elles se tiennent le soir</i> »</p> <p>M4 : « <i>on ne m'a pas demandé de conseil ou d'avis depuis mon installation</i> »</p> <p>M3 : « <i>on ne me demande pas mon avis, les RCP j'en suis exclu, je reçois le courrier mais il ne me demande pas si j'ai quelque chose à dire</i> »</p>
Circonstances incitant à ne pas traiter le cancer du sein chez les femmes de plus de 75 ans	<p>Comorbidités ou troubles cognitifs (3/5)</p> <p>Exception faite : si peut améliorer la qualité de vie (1/5)</p> <p>Altération avancée de l'état général (4/5)</p> <p>Directives anticipées non en faveur d'explorations (1/5)</p> <p>L'âge de plus de 85 ans (1/5)</p> <p>Perte de l'autonomie (2/5)</p> <p>Isolement social/familial (3/5)</p> <p>Médecin ne se sentant pas concerné par la question (1/5)</p>	<p>M3 : « <i>situation très particulière, pour une mémé grabataire dans un lit à la maison, si on décide avec la famille, mais pas en situation lambda classique</i> »</p> <p>M2 : « <i>les directives anticipées leurs permettent de réfléchir à la question avant, la plupart du temps les patients se diraient d'accord pour tout sauf la chimio</i> »</p>
Ressenti et besoins	<p>Difficultés à gérer les patients très altérés cognitivement ou sur le plan global (1/5)</p> <p>Sentiment d'être très sollicité par les patients malgré la prise en charge par un spécialiste (4/5)</p> <p>Sentiment d'attitude paternaliste des médecins spécialistes vis-à-vis des patients (1/5)</p> <p>Sentiment de ne pas avoir de poids dans la décision thérapeutique (4/5), lien téléphonique avec les spécialistes participants à la RCP envisagé (2/5)</p>	<p>M2 : « <i>chez les patients très vulnérables et dépendants, si on n'intervient pas ils se laissent guider uniquement par l'avis professionnel par confiance spontanée dans le corps médical...il faut alors leur rappeler qu'ils ont aussi la possibilité de refuser...ce n'est pas encore dans la culture des patients âgés de refuser les propositions thérapeutiques. Ils s'en remettent entièrement au corps soignant</i> »</p> <p>M5 : « <i>niveau organisation ça pourrait être compliqué... faudrait au moins avoir un lien téléphonique avec le gynéco qui sera présent à la RCP</i> »</p>

Tableau I : Ressenti de médecins généralistes vis-à-vis de leur collaboration avec les médecins spécialistes du cancer du sein dans le grand âge. Résultats du focus group.

SOUS-THEMES	INTERPRETATION DES REPONSES	VERBATIMS
Facteurs facilitant	<p>Bon contact et disponibilité, globalité de prise en charge de l'avis oncogériatrique (1/6)</p> <p>Messagerie rapide e-mail (2/6)</p> <p>Ligne directe téléphonique (6/6)</p>	<p>MF : « <i>Moi j'ai eu des retours très utiles de l'oncogéiatre, il y avait 3 pages de compte rendu! C'est fantastique</i> », « <i>Ils arrivent à sortir des trucs, il y a tout, ils vont très loin dans la réflexion !</i> »</p>
Obstacles à la collaboration	<p>Manque de communication orale ou écrite (6/6)</p> <p>Difficultés récurrentes à joindre les spécialistes dans la journée (6/6)</p> <p>Disponibilité très variable selon le spécialiste</p> <p>Retard de réception des courriers du spécialiste engendrant un retard d'informations (2/6)</p> <p>Informations des courriers non adaptées aux besoins réels des généralistes (6/6)</p> <p>Manque de moyen ou de connaissance des démarches pour adresser les patients au sein de la filière de soins</p>	<p>MA : « <i>notre temps à moins de valeur, nous c'est pas grave, on peut passer une demie heure à essayer d'appeler...et leur manque de disponibilité lorsque le patient est disponible en consultation, c'est pénible</i> »</p>
Ressenti et besoins	<p>Avis du médecin généraliste non utilisé par les spécialistes du cancer (4/6)</p> <p>Besoin de communication orale : proposition d'accès téléphoniques privilégiés (2/6)</p> <p>Besoins d'accès facilités aux hospitalisations (sans passage par les urgences) (2/6)</p>	<p>MD : « <i>l'avis du médecin généraliste sur la connaissance de la patiente, ses choix, son histoire de vie, fait qu'on a l'impression d'être exclu de toutes les décisions, jamais interpellé par les équipes pour avoir un autre regard de proximité, quels que soit les cancers d'ailleurs</i> »</p> <p>MD : « <i>notre avis est discutable, peu pris en considération, l'hôpital a souvent tendance à minimiser les choses pour ne pas rajouter une charge supplémentaire et ne pas perturber</i> »</p>

Tableau I bis : Ressenti de médecins généralistes vis-à-vis de leur collaboration avec les médecins spécialistes du cancer du sein dans le grand âge. Résultats des entretiens individuels.

SOUS-THEMES	INTERPRETATION DES REPOSES	VERBATIMS
Facteurs facilitant	NR (5/5)	
Obstacles à la collaboration	NR (5/5)	
Ressenti et besoins	Pas de poids dans la décision pluri professionnelle (5/5)	M4 : « <i>on ne m'a jamais sollicitée pour participer à la décision, alors que c'est nous qui connaissons mieux les patients, donc on pourrait nous le proposer, mais c'est vrai qu'on nous l'a jamais proposé de façon officielle</i> »

Tableau J : Intérêt de la poursuite d'un dépistage du cancer du sein au-delà de 75 ans pour des médecins généralistes. Résultats du focus group.

SOUS-THEMES	INTERPRETATION DES REPONSES	VERBATIMS
Dépistage clinique	<p>Oui car :</p> <p>Mieux vécu par les patientes (3/6)</p> <p>Espérance de vie des patientes a augmenté (1/6)</p>	<p>MA : « <i>mots exacts employés par les patientes : après 75ans on ne vaut plus rien, je réponds que ce ne sont que des probabilités, de la santé publique</i> »</p> <p>MD : « <i>l'espérance de vie augmentant, avant, on avait à faire avec des vieillards, maintenant à 80 ans certains sont en super forme</i> »</p>
Dépistage mammographique	<p>Poursuite du dépistage par mammographie pour toutes les demandes (3/6)</p> <p>Cause d'anxiété des patientes, difficultés d'argumentation de l'arrêt du dépistage (2/6)</p> <p>Ne se prononce pas (1/6)</p>	<p>MD : « <i>augmentation de l'espérance de vie, en effet cela paraît déraisonné d'arrêter de dépister...mais à une fréquence moins importante</i> »</p> <p>MF : « <i>ce n'est pas interdit</i> »</p> <p>MC : « <i>flou artistique actuel sur la mammographie, déjà en ce qui concerne les jeunes, alors pour les personnes âgées...d'où le fait que je persiste à palper systématiquement</i> »</p>

Tableau J bis: Intérêt de la poursuite d'un dépistage du cancer du sein au-delà de 75 ans pour des médecins généralistes. Résultats des entretiens individuels.

SOUS-THEMES	INTERPRETATION DES REPONSES	VERBATIMS
Dépistage clinique	<p>Ne se prononce pas (1/5)</p> <p>Oui (3/5) : Selon l'espérance de vie ou le projet de vie des patientes en bon état général</p> <p>Non : Quel que soit le type de dépistage pour cause de non acharnement (1/5)</p> <p>Au cas par cas : Selon le choix du praticien, choix de la patiente (stress, réticence, projet de vie) ou avis familial (4/5)</p>	<p>M3 : « <i>un jour une patiente en super forme m'a dit : je ne suis pas si vieille à 75ans, mais je ne vaudrais plus la peine d'être dépistée</i> »</p> <p>M1 : « <i>j'avais une patiente qui avait une très grosse masse, qui n'avait rien dit car elle ne voulait pas qu'on l'emmerde</i> »</p> <p>M4 : « <i>c'est vraiment au cas par cas, certaines à plus de 75ans restent très dynamiques, finalement continuent l'autopalpation, et je le note dans le dossier</i> »</p> <p>M5 : « <i>si il y avait des recommandations détaillées avec des palpations systématiques ça pourrait être utiles mais je me demande si les patientes seraient d'accord car elles sont parfois quand même réticentes à montrer après un certain âge</i> »</p>
Dépistage mammographique	<p>Poursuite si anxiété fondée ou majeure de la patiente (2/4)</p> <p>Poursuite à la demande de la patiente, quel que soit la raison (1/4)</p> <p>Refus systématiques après explications épidémiologiques (1/4)</p> <p>Durée à réévaluer compte tenu de l'espérance de vie allongée de la population</p>	<p>M2 : « <i>à moins que la demande soit complètement irrationnelle, j'ai tendance à faire confiance à ce que les patients ressentent, et quand ils sont anxieux, si ça les rassure, et aussi par rapport à leur qualité de vie...alors why not ?</i> »</p> <p>M4 « <i>on pourrait décaler de quelques années la poursuite des mammographies mais pas plus</i> »</p>

ABREVIATIONS

CHU : Centre hospitalier universitaire

CNGOF : Organisme professionnel des médecins exerçant la gynécologie et l'obstétrique en France-French national college of obstetricians and gynecologists

DMG : Département de la Médecine Générale

DPC : Développement Professionnel Continu

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

INCa : Institut National du Cancer

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MMG : Maison médicale de garde

MG : Médecins Généralistes

MZ : Marine ZAVARONI

NR : Non renseigné

NSP : Ne se prononce pas

pro : Rapports professionnels

RCP : Réunion de concertation Pluridisciplinaire

VA : Valéry ANTOINE

(« chiffre »/ « chiffre ») : nombre de participants ayant répondu cette réponse sur le total des participants à l'entretien individuel ou de groupe.

SERMENT D'HIPPOCRATE

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, 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.*
- *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 pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.*

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.

Contexte. Le pronostic défavorable du cancer du sein chez les femmes âgées est lié à un retard diagnostique, une insuffisance de prise en charge et à l'impact de comorbidités.

Objectif. Comprendre des déterminants du diagnostic et de la prise en charge du cancer du sein des patientes âgées en explorant l'expérience vécue de médecins généralistes (MG).

Matériel et méthodes. Etude qualitative par approche phénoménologique à partir d'un entretien de groupe et d'entretiens individuels semi-directifs auprès de MG, analyse de contenu de verbatim en catégories significantes.

Résultats. Les valeurs identitaires des MG (mission de recours de proximité et de continuité des soins, connaissance d'un contexte global et relation privilégiée avec les patientes), l'impact des comorbidités plus que de l'âge (pouvant prioriser d'autres pathologies ou limiter le diagnostic), les représentations de la maladie pour le MG (possible agressivité de la tumeur et conséquences des traitements) et les expériences vécues (confrontation antérieure à la maladie, gêne à l'examen, liens avec les patientes), induisent un vécu différent de chaque situation individuelle expliquant une perception de pratiques diagnostiques non systématisées. Dans la prise en charge, les MG expriment une appétence à la formation et à la collégialité. Du fait d'un manque de supports d'informations adaptés et de la complexité des échanges lors du parcours de soin, il existe une nécessité d'organisation pluridisciplinaire coordonnée incluant le MG (pour mieux informer leurs patientes, participer à la décision thérapeutique par leur connaissance contextuelle globale et assurer la continuité des soins).

Conclusion. L'approche phénoménologique montre que les valeurs identitaires des MG et la complexité de la coordination du parcours de soins avec les spécialistes du cancer sont des déterminants importants dans la prise en charge du cancer du sein des femmes âgées.

Mots-clés en français : cancer, sein, gériatrie, oncogériatrie, ressenti, pratiques, dépistage et médecine générale.