

**UNIVERSITÉ TOULOUSE III- Paul SABATIER**

FACULTÉ DE SANTÉ

---

Année 2022

2022 TOU3 1123

# **THÈSE**

## **POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement par

**Agathe SCHMITT**

Le 17 octobre 2022

### **LE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN CHEZ LES FEMMES ÂGÉES DE 75 ANS ET PLUS**

-

Étude épidémiologique transversale descriptive chez les médecins généralistes  
et gynécologues de l'ancienne région Midi-Pyrénées

Directeur de thèse : Dr Vladimir DRUEL

JURY :

**Madame le Professeur Marie-Eve ROUGE-BUGAT**

**Président**

**Madame le Professeur Charlotte VAYSSE**

**Assesseur**

**Madame le Professeur Anne FREYENS**

**Assesseur**

**Monsieur le Docteur Vladimir DRUEL**

**Assesseur**

FACULTÉ DE SANTÉ  
Département Médecine Maïeutique et Paramédicaux  
Tableau des personnels HU de médecine  
Mars 2022

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVIALLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PANTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYASSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		

**Professeurs Emérites**

Professeur ARLET Philippe  
Professeur BOUTAULT Franck  
Professeur CARON Philippe  
Professeur CHAMONTIN Bernard  
Professeur CHAP Hugues  
Professeur GRAND Alain  
Professeur LAGARRIGUE Jacques

Professeur LAURENT Guy  
Professeur LAZORTHES Yves  
Professeur MAGNAVAL Jean-François  
Professeur MARCHOU Bruno  
Professeur PERRET Bertrand  
Professeur RISCHMANN Pascal  
Professeur RIVIERE Daniel  
Professeur ROUGE Daniel

**FACULTÉ DE SANTÉ**  
**Département Médecine Maïeutique et Paramédicaux**

**P.U. - P.H.**  
**2ème classe**

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BONGARD Vanina	Épidémiologie, Santé publique
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVIGNAC Étienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CHAPUT Benoît	Chirurgie plastique
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ Raphaël	Anatomie
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loïc	Hématologie

**Professeurs Associés**

**Professeur Associé de Médecine Générale**

M. ABITTEBOUL Yves  
M. BOYER Pierre  
M. CHICOULAA Bruno  
Mme IRI-DELAHAYE Motoko  
M. POUTRAIN Jean-Christophe  
M. STILLMUNKES André

**Professeur Associé de Bactériologie-Hygiène**

Mme MALAVALD Sandra

**P.U. Médecine générale**

M. MESTHÉ Pierre  
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

**FACULTÉ DE SANTÉ**  
**Département Médecine Maïeutique et Paramédicaux**

**MCU - PH**

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Épidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. BUSCAIL Étienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie	M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoît	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophtalmologie	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme CHANTALAT Élodie	Anatomie	Mme MONTASTIER Émilie	Nutrition
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie	Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PERROT Aurore	Hématologie
Mme DE GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	M. REVET Alexis	Pédopsychiatrie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TAFANI Jean-André	Biophysique
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		

**M.C.U. Médecine générale**

M. BISMUTH Michel  
M. BRILLAC Thierry  
Mme DUPOUY Julie  
M. ESCOURROU Emile

**Maîtres de Conférence Associés**

**M.C.A. Médecine Générale**

M. BIREBENT Jordan  
Mme BOURGEOIS Odile  
Mme BOUSSIER Nathalie  
Mme FREYENS Anne  
Mme LATROUS Leila  
M. PIPONNIER David  
Mme PUECH Marielle

# Remerciements

*A la présidente du jury,*

**Madame le Professeur Marie-Ève ROUGÉ-BUGAT**, Professeur des Universités de Médecine Générale et Maître de Stage Universitaire

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider le jury ma thèse et de l'intérêt que vous avez porté à ce travail de recherche. Je vous remercie également de votre investissement auprès des internes de médecine générale, nous permettant de bénéficier d'une formation de qualité. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

*Aux membres du jury,*

**Madame le Professeur Charlotte VAYSSE**, Professeur des Universités de Cancérologie et Praticien Hospitalier en Chirurgie Oncologique

Je vous suis reconnaissante d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse. Je vous remercie pour votre engagement dans la formation des étudiants en médecine. Soyez assurée de ma profonde considération.

**Madame le Professeur Anne FREYENS**, Professeur Associé de Médecine Générale et Maître de Stage Universitaire

Je te remercie de me faire l'honneur de faire partie de ce jury, ta présence me rassure. Merci pour tout ce que tu m'as apporté jusqu'à présent, tu as contribué à faire de moi le médecin que je suis devenue aujourd'hui. Je suis fière d'avoir été ton interne et je ne peux que me réjouir de notre future collaboration.

**Monsieur le Docteur Vladimir DRUEL**, Docteur en Médecine Générale

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse et de m'avoir accompagnée dans ce long périple. Je te suis reconnaissante de l'intérêt que tu as porté à ce travail et de ton investissement. Merci pour ton soutien, ta bonne humeur, tes nombreux conseils avisés et ton perfectionnisme qui m'ont permis d'aboutir à ce résultat. Je suis fière de présenter ce travail aujourd'hui et c'est grâce à toi.

*A ma famille,*

À **mes parents**, je vous remercie pour votre soutien tout au long de ces années, tant sur le plan psychologique que financier. **Maman**, je te remercie pour ces heures de réassurance au téléphone quand les doutes me submergeaient et pour la quantité innombrable de Tupperware que tu as préparé afin que je puisse manger sainement. Merci à ton esprit cartésien qui me guide encore dans mes choix professionnels et à ton oreille attentive qui écoute mes histoires rocambolesques de la clinique, même tard le soir. Même si tu as du mal à l'admettre, c'est en te regardant travailler auprès des animaux que tu m'as donné la passion du soin. **Pap's**, merci pour tous ces films au cinéma et autres sessions de karting (RIP mon Iphone) qui m'ont permis de lâcher prise quand il le fallait. Merci de m'avoir nourrie à coup de pizzas, couscous, magrets de canard et j'en passe, tu as certainement contribué à l'augmentation de mon IMC... Merci de m'avoir transmis ta passion pour les sensations fortes et pour les films de science-fiction (ça ne vient définitivement pas de maman...) et merci pour cette aversion à la cardamome dont tu es l'unique responsable.

Tout simplement, merci d'être qui vous êtes car ce sont toutes ces petites choses qui vous différencient tant qui m'ont permis de devenir celle que je suis, et dont j'espère vous êtes fiers. Je vous aime.

À **Bastien**, je ne te remercierai jamais assez de la patience dont tu fais preuve depuis maintenant 8 ans et pour toutes les tâches ménagères accomplies quand le temps manquait. Merci de balayer mes doutes et de continuer à m'aimer malgré mes humeurs changeantes... Merci de me faire rire toujours autant et de partager ta passion (légèrement débordante) du foot avec moi. J'ai hâte de voir ce que l'avenir nous réserve mais le meilleur reste à venir j'en suis persuadée. Je t'aime.

À **Lilou**, ma sœur, je garde en souvenir tous nos fous rires, nos délires (la musique de Pirates des Caraïbes) et nos moments de folie du dimanche soir qui ont fatigué les parents jusqu'au lycée. Merci d'être la meilleure partenaire de puzzles (espérons qu'on gravisse un jour la plus haute marche du podium) et de ta nouvelle passion pour la cosmétique bio, qui me rend plus belle chaque jour ;). Merci à **Pierre** (alias Super Pedro et plus récemment Pipou) d'avoir rejoint notre famille à l'humour douteux et surtout d'avoir arrêté les vins blancs moelleux et autres bières aromatisées aux fruits.... Merci pour ton bronzage « lait d'ânesse », qui contribue à me rendre chaque été plus bronzée ^^.

À **Zaza**, ma grande sœur, merci de m'avoir transmis ton goût pour le Nutella (pour le plus grand plaisir de ma balance) et d'essayer encore de me faire manger des blettes... Je garde des souvenirs merveilleux de toutes ces activités que tu nous as organisé pour occuper nos vacances. À **Léonie et Charles**, mes neveux, merci d'être venus égayer mes études et mes vacances. Vous êtes les témoins vivants que ces études sont vraiment longues...

À **mes grands-parents**, merci à tous les deux de m'avoir accompagnée et nourrie toutes ces années. Merci à Papi de m'avoir appris à conduire le tracteur, puis la 205 dans le pré. Merci à Mamie pour toutes ces heures passées à apprendre les tables de multiplication (ça m'a servi) et de m'avoir initiée à la contemplation des couchers de soleil.

À **Tonton et Tatie**, merci pour toutes les activités, les glaces maison, pour votre surveillance attentive dans la piscine, votre bonne humeur, votre humour sans pareil et votre talent pour réunir la famille dans les grandes occasions (et les moins grandes). Et surtout, merci de m'avoir enseigné l'art de la tartine de beurre Nesquik, qui se transmet désormais de génération en génération.

À **mes cousin(e)s Matt, Babou, Guigui, Sarah et Souhila** je ne pouvais pas rêver meilleurs cousin(e)s. Votre sens de la gastronomie, de la fête et des soirées déguisées, transmis dès le plus jeune âge, ont largement contribué à mon intégration réussie auprès de mes congénères à la fac. A vos enfants, Thomas, Anna, Garance, Camille, Noam et Eliot, qui sont venus agrandir cette grande et belle famille que nous formons.

À **mes grands oncles et tantes**, merci à Mickey et Jo pour les nombreuses soirées châtaignes et saucisson et votre goût pour le vin alsacien. Merci à Paule pour tes compétences culinaires qui nous régale à chaque rencontre. Merci à Marie pour le partage de tes connaissances en botanique et ornithologie. À Janot, tu es parti trop tôt mais tu m'auras quand même fait aimer le lard rance et ce n'était pas gagné...

*A ma belle-famille,*

À **Hélène et Philippe**, je vous remercie de m'avoir accueillie si gentiment et simplement au sein de votre famille, j'ai de la chance d'être tombée sur des beaux-parents aussi drôles et ouverts d'esprit que vous. Merci à **Laure** de me rappeler à quel point je suis vraiment petite quand je ne suis pas chez les Schmitt ou les Cazals ;) Et merci à **Clementine et Loïc**, pour votre bonne humeur, votre humour et cette

étonnante coutume de manger de la raclette avec des carottes ;) On attend l'arrivée du petit neveu avec impatience !

*A mes ami(e)s,*

**À Charlotte**, tu es de ces rencontres que l'on fait rarement dans une vie et je réalise à quel point je suis chanceuse de t'avoir à mes côtés, pour le meilleur et pour le pire.

**À Méla, Chloé, Paupau, Laulau, Emma et Noug**, merci d'être les meilleures amies du monde depuis toutes ces années. Les souvenirs et les fous rires s'accumulent mais notre amitié reste intacte et c'est le plus beau des cadeaux que nous pouvons nous faire. Merci à Chloé et Laulau d'ouvrir le bal des mariages et à Noug, celui des bébés.

**Aux membres du Kleube, aux Kleubettes et à Alex**, c'est toujours un plaisir de partager ces moments de franche rigolade avec vous. Vous êtes mon remède contre la morosité. Merci **Max** d'être le frère que je n'ai jamais eu ;)

**À Diana, Lamo et Flo** je vous remercie pour votre bonne humeur permanente, pour toutes ces soirées plus ou moins arrosées et pour cette merveilleuse idée que de partir ensemble en Colombie (j'espère que ce ne sera pas la dernière).

**À mes amis de la fac**, vous avez égayé les (rares) journées sur les bancs de la fac, les (nombreuses) journées à la BU et vous avez rendu mémorables quasiment toutes nos soirées étudiantes. **Aux membres de la Licorne** (Marlène, Sultan, Victor, FP, Mélanie, Antoine et tous les autres), merci d'avoir été présents toutes ces années. Nous avons « subi » ces années d'étude ensemble et c'est ce qui rend notre amitié solide et durable.

**À Justine**, merci d'avoir été mon acolyte en PACES et de m'avoir fait passer pour une fille « zen » à côté de toi ;) . Merci pour ta bonne humeur, tous ces fous rires (sauf le panini bien sûr) et ce don incroyable pour le yaourt... J'espère que nous en aurons plein d'autres. **À Valentine**, merci pour ton sens de l'humour exceptionnel et tes goûts musicaux parfois douteux. Tu es une partenaire de soirée incroyable et un super médecin, avec qui j'ai la chance de pouvoir bosser. **À Sophie**, tu as embelli tous ces stages passés ensemble et ce sont de supers souvenirs gravés que nous avons toutes les deux. Loin des yeux mais près du cœur. **À Marie**, merci d'avoir accompagné mes journées de D4 à bosser et à refaire le monde mais surtout, merci pour toutes ces soirées passées ensemble (pas toujours élégantes mais toujours bien arrosées). **À Diane, Sophie et Arthur**, même si vous avez préféré quitter Toulouse, vous gardez une place dans mon petit cœur et nos retrouvailles sont toujours un plaisir.



**Aux Montalbanais, Vincent, François, Maxime, Romance, Anaïs**, vous avez été les meilleurs co-internes que je puisse avoir et vous avez rendu ce 1<sup>er</sup> stage d'internat inoubliable (sauf peut-être la soirée de fin de stage...). Merci pour tout.

*A mes collègues,*

**Aux Wonderwoman de Mondonville**, c'est un bonheur de venir travailler au cabinet et de compléter cette incroyable équipe, sachez que vous êtes bien plus que des associées pour moi. **Amandine**, tu m'as accueillie en stage et le coup de cœur a été immédiat, autant sur le plan professionnel que personnel. Merci pour ta confiance et pour m'avoir ouvert les portes d'une collaboration future, j'ai beaucoup de chance. **Marie**, merci d'être ma partenaire de débrief le mardi et d'être mon joker d'avis entre deux consultations, je suis heureuse de t'avoir rencontrée et de travailler à tes côtés. **Romance**, tu es devenue une véritable amie au fil de l'internat et je ne pouvais rêver mieux que de clôturer ces études par une future association (et par l'arrivée d'une magnifique petite Charlotte).

**À mes collègues de Beaupuy** (vous êtes beaucoup trop nombreux pour que je vous cite un par un...), vous m'avez tellement appris sur la psychiatrie et sur le reste... J'ai rencontré des personnes et des professionnels incroyables, drôles et compétents, et ensemble nous formons une super team, pour le plus grand plaisir des patients. Merci pour votre bonne humeur, votre soutien au quotidien et votre amitié.

*À mes maîtres de stage,*

Merci à Christophe R., Corinne, Christophe B., aux deux Céline M., Bernard, Anne et Amandine qui m'ont montré à quel point la médecine générale est une spécialité incroyablement vaste et variée : grâce à vous, je sais que je ne me suis pas trompée.

À l'équipe médicale et paramédicale de médecine interne à l'Oncopole, merci de m'avoir si bien accueillie dans votre équipe, ce fût un plaisir d'apprendre à vos côtés.

Enfin, pour tous ceux qui avaient encore un doute sur mon côté « folle à chats », je remercie mes chatons Switch et Sushi, qui ont accompagné chacune de mes journées passées à travailler sur cette thèse : la ronron thérapie, ça marche. Une petite pensée émue pour Simba, qui a été un soutien infaillible de mes années d'externat.

# Serment d'Hippocrate

“Au moment d’être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité.

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l’indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l’intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l’indépendance nécessaire à l’accomplissement de ma mission. Je n’entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J’apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu’à leurs familles dans l’adversité.

Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j’y manque.”

# TABLE DES MATIÈRES

<b>ABREVIATIONS ET ACRONYMES.....</b>	<b>1</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX.....</b>	<b>2</b>
<b>LISTE DES FIGURES.....</b>	<b>2</b>
<b>LISTE DES ANNEXES.....</b>	<b>2</b>
<b><u>I. INTRODUCTION.....</u></b>	<b><u>3</u></b>
<b>1. Vieillesse de la population .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Épidémiologie du cancer du sein.....</b>	<b>3</b>
<b>3. Le dépistage du cancer du sein.....</b>	<b>4</b>
3.1 Le dépistage organisé.....	4
3.2 Le dépistage individuel.....	5
3.3 Les campagnes d'informations sur le dépistage .....	6
<b>4. Les spécificités chez la femme âgée .....</b>	<b>6</b>
<b>5. Objectifs de l'étude .....</b>	<b>7</b>
<b><u>II. MATÉRIEL ET MÉTHODES .....</u></b>	<b><u>7</u></b>
<b>1. La population étudiée.....</b>	<b>7</b>
<b>2. Le questionnaire.....</b>	<b>8</b>
<b>3. Diffusion du questionnaire.....</b>	<b>9</b>
<b>4. Analyses statistiques.....</b>	<b>9</b>
<b><u>III. RÉSULTATS.....</u></b>	<b><u>10</u></b>
<b>1. Caractéristiques sociodémographiques .....</b>	<b>11</b>
<b>2. Le dépistage du cancer du sein.....</b>	<b>13</b>
2.1 Médecins proposant un dépistage après 75 ans.....	14
2.2 Médecins ne proposant pas de dépistage après 75 ans .....	16
2.3 Facteurs influençant la réalisation du dépistage.....	16
<b>3. Influence des campagnes d'information sur les médecins .....</b>	<b>18</b>
<b><u>IV. DISCUSSION .....</u></b>	<b><u>19</u></b>
<b>1. Forces de l'étude.....</b>	<b>19</b>
<b>2. Limites de l'étude .....</b>	<b>20</b>
<b>3. Le dépistage du cancer du sein.....</b>	<b>20</b>

3.1	Le dépistage organisé : bénéfices et risques.....	20
3.2	Les pratiques médicales dans le dépistage du cancer du sein .....	23
3.3	Le dépistage individuel chez les femmes de 75 ans et plus.....	25
<b>5.</b>	<b>Différentes modalités de dépistage du cancer du sein .....</b>	<b>26</b>
<b>6.</b>	<b>L'influence des campagnes d'information sur le dépistage .....</b>	<b>28</b>
<b>7.</b>	<b>Perspectives .....</b>	<b>29</b>
<b><u>IV.</u></b>	<b><u>CONCLUSION.....</u></b>	<b><u>31</u></b>
<b><u>V.</u></b>	<b><u>BIBLIOGRAPHIE .....</u></b>	<b><u>32</u></b>
<b><u>VI.</u></b>	<b><u>ANNEXES .....</u></b>	<b><u>37</u></b>

## Liste des abréviations et acronymes

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CPP : Comité de Protection des Personnes

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

DO : Dépistage organisé

DPO : Délégué à la Protection des Données

DU : Diplôme Universitaire

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

FMC : Formation Médicale Continue

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

HAS : Haute Autorité de Santé

INCa : Institut National du Cancer

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

MG : Médecins Généralistes

MSU : Maître de stage universitaire

MyPeBS : My Personal Breast Screening

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

VAD : Visite à domicile

## Liste des Tableaux

**Tableau 1** : Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée

**Tableau 2** : Effectifs des médecins de l'échantillon et d'Occitanie selon l'âge et le sexe

**Tableau 3** : Pratiques des MG et des gynécologues concernant le dépistage du cancer du sein

**Tableau 4** : Différentes modalités et délais de dépistage utilisés après 75 ans

**Tableau 5** : Connaissance des campagnes d'information sur le dépistage du cancer du sein et leur influence sur les pratiques médicales

**Tableau 6** : Dépistage du cancer du sein après 75 ans selon les caractéristiques sociodémographiques des médecins

## Liste des Figures

**Figure 1** : Diagramme de flux

**Figure 2** : Part des consultations de santé de la femme sur 10 consultations chez les MG

**Figure 3** : Facteurs limitant le dépistage des patientes dépendantes

**Figure 4** : Arguments contre la poursuite du dépistage du cancer du sein après 75 ans

## Listes des Annexes

**Annexe 1** : Projection de population par grand groupe d'âge, selon l'Insee

**Annexe 2** : Stades du diagnostic de cancer du sein selon la poursuite ou non du dépistage par mammographie chez les femmes de 70 ans et plus, selon Vyas et al.

**Annexe 3** : Questionnaire diffusé aux MG et gynécologues et texte d'accompagnement

**Annexe 4** : Arguments en commentaire libre contre la poursuite du dépistage du cancer du sein après 75 ans

# I. INTRODUCTION

## 1. Vieillessement de la population

Le vieillissement de la population s'accroît ces dernières années dans les pays développés, et la France ne fait pas exception. Les Nations Unies prévoient un doublement du nombre de personnes âgées de 65 ans et plus dans le monde d'ici 2050 (1). Ainsi, leur part dans la population mondiale passerait de 9% à 16% (1). En 2020 en France, la part des personnes âgées de 65 ans et plus représentait 20,5% de la population, soit une progression de 4,7% en 20 ans (2). Selon les projections de l'Insee, la part des personnes âgées de plus de 65 ans représentera plus d'un quart de la population française en 2050 (2) (*Annexe 1*).

Ce phénomène est dû à plusieurs facteurs comme l'arrivée aux âges avancés de la génération « baby-boom » mais aussi à l'allongement de l'espérance de vie. En 2019 en France, l'espérance de vie à la naissance était de 85,6 ans pour les femmes et de 79,7 ans pour les hommes, soit respectivement 16,4 ans et 16,3 ans de plus qu'en 1950 (3).

Il est intéressant de prendre en compte l'espérance de vie en bonne santé (ou autrement dit sans limitation d'activité), qui permet d'ajouter la notion de qualité des années vécues à un paramètre quantitatif seul. Elle est de 76,3 ans pour les femmes et de 75,2 ans pour les hommes (4) et peut être opposée à la dépendance. La dépendance est définie par l'Académie de médecine comme « *le besoin d'aide des personnes de 60 ans ou plus dans les actes essentiels de la vie quotidienne* » (5). Le nombre de personnes âgées dépendantes en France devrait connaître une augmentation de 50% et passer de 800 000 en 2000 à 1 200 000 personnes en 2040, dont majoritairement des femmes (6). La durée moyenne de la dépendance est de 4,4 années et est plus élevée chez les femmes que chez les hommes (4,7 années contre 3,7 années) (6).

## 2. Épidémiologie du cancer du sein

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme, représentant 31,8% de l'ensemble des cancers incidents chez la femme et 14,8% de l'ensemble des cancers incidents, quel que soit le sexe (7). Avec un taux de 89,9 cas pour 100000 femmes, la France est un des pays européens ayant le plus fort taux d'incidence du cancer du sein (69,9 pour 100000 femmes en Europe) (8). En 2017, l'incidence du cancer du sein était estimée à **59000 nouveaux cas par an** mais était en diminution de -1,5% par an en moyenne depuis 2005. En 2017, le cancer du sein était la **1<sup>ère</sup> cause de décès par**

**cancer chez les femmes** avec 17,9% (8). Jusqu'à l'âge de 85 ans, il reste la 1<sup>ère</sup> cause de mortalité de la femme, ce n'est qu'après 85 ans que le taux de mortalité des autres pathologies se majore et devient majoritaire, notamment pour les pathologies cardiovasculaires (9).

Le cancer du sein chez la femme âgée représente un enjeu majeur de santé publique, de par sa fréquence au sein de la population française mais aussi avec le vieillissement de celle-ci. Plus de la moitié des cancers du sein sont diagnostiqués chez des femmes âgées de 65 ans et plus (8). La proportion de cancers diagnostiqués à un stade avancé est plus importante chez les femmes âgées de plus de 75 ans que chez les femmes entre 50 et 74 ans (34% vs 6%) (8).

### 3. Le dépistage du cancer du sein

#### 3.1 Le dépistage organisé

En France, depuis 2004, il existe un programme de dépistage organisé (DO) du cancer du sein qui consiste en la réalisation d'une mammographie tous les 2 ans et qui est proposée à l'ensemble des femmes âgées de 50 à 74 ans sans facteur de risque, prise en charge par l'Assurance Maladie et sans avance de frais (8). Il s'agit d'une mammographie bilatérale avec double incidence, comprenant une seconde lecture pour tous les clichés considérés comme normaux à la première lecture. Il a pour objectif de réduire la mortalité et la morbidité dans la population cible associées aux stades avancés de la maladie par une détection précoce chez les femmes asymptomatiques (7). Le DO permet, sur une population donnée, d'avoir une efficacité prouvée au-delà d'un certain seuil de participation.

En 2020, le taux de participation au DO était de 45,7% pour la France entière, avec de grandes disparités régionales (10). Ce taux est en baisse régulière depuis 2012, année où la participation a été la plus importante (52,4%) et a atteint en 2020 sa plus faible participation observée depuis sa mise en place en 2005 (10). On est donc loin de l'objectif de participation de 65% (11). Seule la tranche d'âge des 70-74 ans échappe à cette règle avec une augmentation du taux de participation (44,5% en 2020 contre 42,9% en 2005) (10). Cette observation pourrait être expliquée par la préoccupation plus importante de ces femmes concernant leur santé, et notamment la surveillance des seins (12).



À noter que les femmes ayant un risque élevé ou très élevé de cancer du sein sont exclues du DO et bénéficient d'un dépistage individuel, adapté au niveau de risque (13). À l'heure actuelle, il n'existe pas de consensus international à propos du dépistage du cancer du sein.

### 3.2 Le dépistage individuel

À partir de 75 ans, les femmes ne bénéficient plus du programme de DO et ne sont plus invitées systématiquement à se faire dépister par l'Assurance Maladie, mais un dépistage peut leur être proposé lors d'une consultation ou d'une hospitalisation. Contrairement au DO, les mammographies réalisées dans le cadre du dépistage individuel n'ont pas de double lecture et ne sont pas intégralement prises en charge. 75% des structures gestionnaires du DO ne prévoient aucun courrier pour prévenir les femmes de leur sortie du programme (14). Cela alimente certaines idées reçues: « *si l'on ne fait plus de mammographie de dépistage, c'est qu'il n'y a plus de risque de cancer* » ou encore « *le cancer du sein n'évolue pas en vieillissant* » (9,14,15). À ce jour selon la Haute Autorité de Santé (HAS), il n'est pas recommandé de poursuivre un dépistage radiologique par mammographie chez les femmes âgées de 75 ans et plus (13). La décision est laissée à l'appréciation du médecin traitant, qui décide au cas par cas de l'intérêt d'une mammographie de dépistage (13). Plus de 75% des femmes invitées pour la dernière fois à participer au DO souhaitent poursuivre le dépistage du cancer du sein au-delà de 75 ans (16). Dans un communiqué publié en mars 2019, le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) se positionnait: « *ce n'est pas parce que le dépistage n'a pas fait ses preuves en tant que programme organisé de santé publique au-delà de 74 ans, qu'il faut en déduire son inutilité individuelle* » (12). En 2012, la HAS a lancé une étude pour réévaluer l'intérêt d'une possible extension du programme de DO du cancer du sein aux femmes de 40 à 49 ans mais également aux femmes de 70 à 79 ans (17). Du fait d'une faible réduction de la mortalité spécifique, de risques de surdiagnostic et de cancers induits par les irradiations, la HAS recommande un dépistage du cancer du sein fondé sur l'évaluation individuelle du risque chez les femmes de 40 à 49 ans. Pour la tranche d'âge 70-79 ans, les données d'efficacité du dépistage sont rares, puisqu'aucune femme entre 75 et 79 ans n'a été incluse dans les essais randomisés. En 2012, les données issues d'une modélisation belge montraient que l'extension du DO aux femmes de 70 à 74 ans permettrait de

gagner 13 années de vie pour 1000 femmes dépistées (18). La Belgique a donc fait le choix de ne pas proposer l'extension du DO aux femmes de 70 à 74 ans.

### 3.3 Les campagnes d'informations sur le dépistage

Afin de mettre en lumière le dépistage du cancer du sein auprès des femmes, plusieurs campagnes à visée informative ont été mises en place. Créée en 1994, Octobre Rose est une opération de sensibilisation du grand public au dépistage du cancer du sein, qui a lieu chaque année au mois d'octobre (19). Cette campagne annuelle a pour missions « *la sensibilisation au dépistage précoce du cancer du sein et l'importance du suivi régulier* » mais aussi « *le soutien et le financement de la recherche* ». Les bénéfices du DO du cancer du sein ainsi que l'intérêt du suivi médical et de l'autopalpation y sont promus.

Cancer Rose est une association française dont l'objectif est « *d'informer les femmes sur les bénéfices et les risques du dépistage organisé du cancer du sein* » (20). Elle a été créée en 2015 par des médecins, en réponse à la campagne Octobre Rose qui « *incitait les femmes à faire des mammographies de dépistage sans mettre à disposition tous les éléments les plus objectifs et indépendants sur les risques et les bénéfices du dépistage du cancer du sein* ». Elle permet la diffusion d'informations médicales mais aussi de vulgariser les études récentes publiées.

## 4. Les spécificités chez la femme âgée

L'âge est un des principaux facteurs de risque du développement d'un cancer du sein (13).

Le dépistage irrégulier ou l'absence de dépistage chez les femmes âgées entraînent la découverte de tumeurs plus volumineuses et à un stade plus évolué (12). À l'inverse, le maintien de la mammographie de dépistage permet le diagnostic de cancer du sein à un stade moins avancé (21), soulignant les bénéfices de la poursuite d'un dépistage régulier par mammographie chez ces femmes (*Annexe 2*). Une étude américaine chez les femmes de plus de 75 ans met en évidence une amélioration significative de la survie spécifique d'environ 5 ans chez les femmes diagnostiquées par mammographie par rapport aux femmes diagnostiquées via autopalpation ou examen clinique par un médecin (22). Sur un plan purement histologique, les tumeurs diagnostiquées chez les

femmes âgées sont qualifiées de « bon pronostic », mais la découverte à un stade plus tardif, avec une atteinte ganglionnaire et/ou métastatique d'emblée, nous pousse à les considérer comme des tumeurs dites agressives (12).

## 5. Objectifs de l'étude

Dans un contexte de vieillissement de la population et avec l'amélioration des techniques diagnostiques en médecine, les médecins généralistes (MG) sont quotidiennement confrontés à l'augmentation de la part des personnes âgées au sein de leurs patientèles. La prévention fait partie intégrante des missions du MG, le dépistage du cancer du sein est donc au cœur de ses fonctions. Son diagnostic précoce est primordial dans la bonne prise en charge thérapeutique des patientes mais aussi pour limiter les potentielles séquelles liées aux traitements (23). La fin du DO et l'absence de recommandations officielles concernant le dépistage du cancer du sein chez les femmes âgées de 75 ans et plus, ont fait naître l'idée de ce travail de recherche. L'objectif principal de cette étude est d'analyser l'intérêt que portent les MG et les gynécologues de l'ancienne région Midi-Pyrénées au dépistage du cancer du sein des femmes âgées de 75 ans et plus.

L'objectif secondaire est de comparer les pratiques de dépistage des MG et des gynécologues ainsi que les justifications de leurs choix.

## II. MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude quantitative descriptive transversale permettant d'analyser les pratiques de dépistage du cancer du sein des MG et des gynécologues chez les femmes âgées de 75 ans et plus sans facteur de risque surajouté.

### 1. La population étudiée

La population cible était des médecins thésés, en activité (installés ou remplaçants), spécialisés en médecine générale ou en gynécologie et exerçant au sein de l'ancienne région Midi-Pyrénées. Concernant les gynécologues, nous avons choisi d'interroger tous ceux ayant une spécialité médicale, obstétricale ou une activité de chirurgie carcinologique dans le domaine de la sénologie, qu'ils aient une activité libérale et/ou

salariée, et ce afin d'avoir un échantillon le plus varié possible des médecins ayant un rôle dans la prise en charge du dépistage du cancer du sein.

Les critères d'exclusions de cette étude étaient les médecins non thésés et les MG ayant une activité uniquement dédiée à la santé de la femme. Lorsque les données obtenues étaient incohérentes (par exemple, si un participant répond qu'il ne propose pas de dépistage chez les femmes après 75 ans mais déclare leur proposer un examen clinique annuel de dépistage), le questionnaire était exclu.

## 2. Le questionnaire

Préalablement à l'élaboration du questionnaire, nous avons interrogé plusieurs bases de données (PubMed et Web of science), ainsi que la littérature grise, notamment dans la base du Sudoc, les sociétés savantes ou encore la bibliographie des articles étudiés.

Le questionnaire comporte 22 questions fermées, à choix unique ou multiple ainsi que 3 questions ouvertes à réponses courtes (*Annexe 3*).

Il est composé de 3 parties :

- Une première partie permettait le recueil des caractéristiques sociodémographiques de la population ainsi que le pourcentage des consultations gynécologiques des MG
- La deuxième partie interrogeait les médecins sur leur stratégie de dépistage du cancer du sein chez les femmes âgées de 75 ans et plus
- La troisième partie les invitait à se questionner sur certains facteurs pouvant influencer la réalisation du dépistage

Une fois conçu grâce à l'outil Google Form, le questionnaire a été testé sur 3 MG, n'ayant pas été invités par la suite à participer à l'étude, puis relu par une personne indépendante. Le recueil de données a été effectué directement via la plateforme Google Form.

L'étude est basée sur un questionnaire ne recueillant aucune donnée dite sensible, que ce soit sur l'identité des participants (réponses anonymes) ou sur les informations médicales. Elle est donc qualifiée de recherche « Hors Loi Jardé ». Une attestation de conformité de cette étude à la déclaration MR004 de la CNIL a été validée par le Délégué

à la Protection des Données (DPO) du Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de Toulouse.

### 3. Diffusion du questionnaire

Initialement, le questionnaire devait être diffusé par l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) d'Occitanie. La diffusion n'ayant pas été effective, nous avons sollicité directement par mail tous les MG répartis sur les différents territoires de l'ex région Midi-Pyrénées qui sont tuteurs d'un interne de médecine générale au DUMG, ainsi que leurs collaborateurs et associés du même cabinet.

Le questionnaire a également été envoyé aux médecins rencontrés lors des différents stages d'internat mais aussi aux anciens internes de médecine générale ayant terminé l'internat en 2020 ou 2021 et ayant déjà passé leur thèse. Ils l'ont diffusé auprès des praticiens des cabinets où ils sont installés ou effectuent des remplacements.

En parallèle, nous avons contacté les gynécologues de toutes les maternités des hôpitaux et cliniques de l'ancienne région Midi-Pyrénées via leur secrétariat ou par mail. Le questionnaire a également été diffusé aux membres du Collège des Gynécologues du Midi. Afin d'améliorer l'exhaustivité de la diffusion, nous avons contacté les 5 à 10 premiers gynécologues libéraux sur les Pages Jaunes dans les différents départements de l'ex région Midi-Pyrénées.

Un mail de relance a été envoyé aux médecins un mois après le 1<sup>er</sup> contact, afin d'augmenter le taux de participation.

Le recueil de données a eu lieu du 09 mai au 09 juillet 2022.

### 4. Analyses statistiques

Les données ont été recueillies sur un tableur Microsoft Excel® pour y être analysées. Un dictionnaire des variables a été mis au point afin de convertir les données en variables binaires. Les analyses descriptives permettant de déterminer les moyennes, médianes et pourcentages ont été effectuées directement via le logiciel Microsoft Excel®.

Les analyses statistiques comparatives ont été réalisées via le site internet BiostaTGV. Afin de comparer les variables qualitatives entre elles, nous avons effectué un test du Chi 2 pour toutes les analyses dont les effectifs théoriques étaient supérieurs à 5. Pour celles dont certains effectifs étaient strictement inférieurs à 5, un test de Fischer a été

réalisé. Enfin, le test de Wilcoxon-Mann-Whitney a été utilisé afin de comparer les différentes tranches d'âge entre notre échantillon et la population de médecins d'Occitanie.

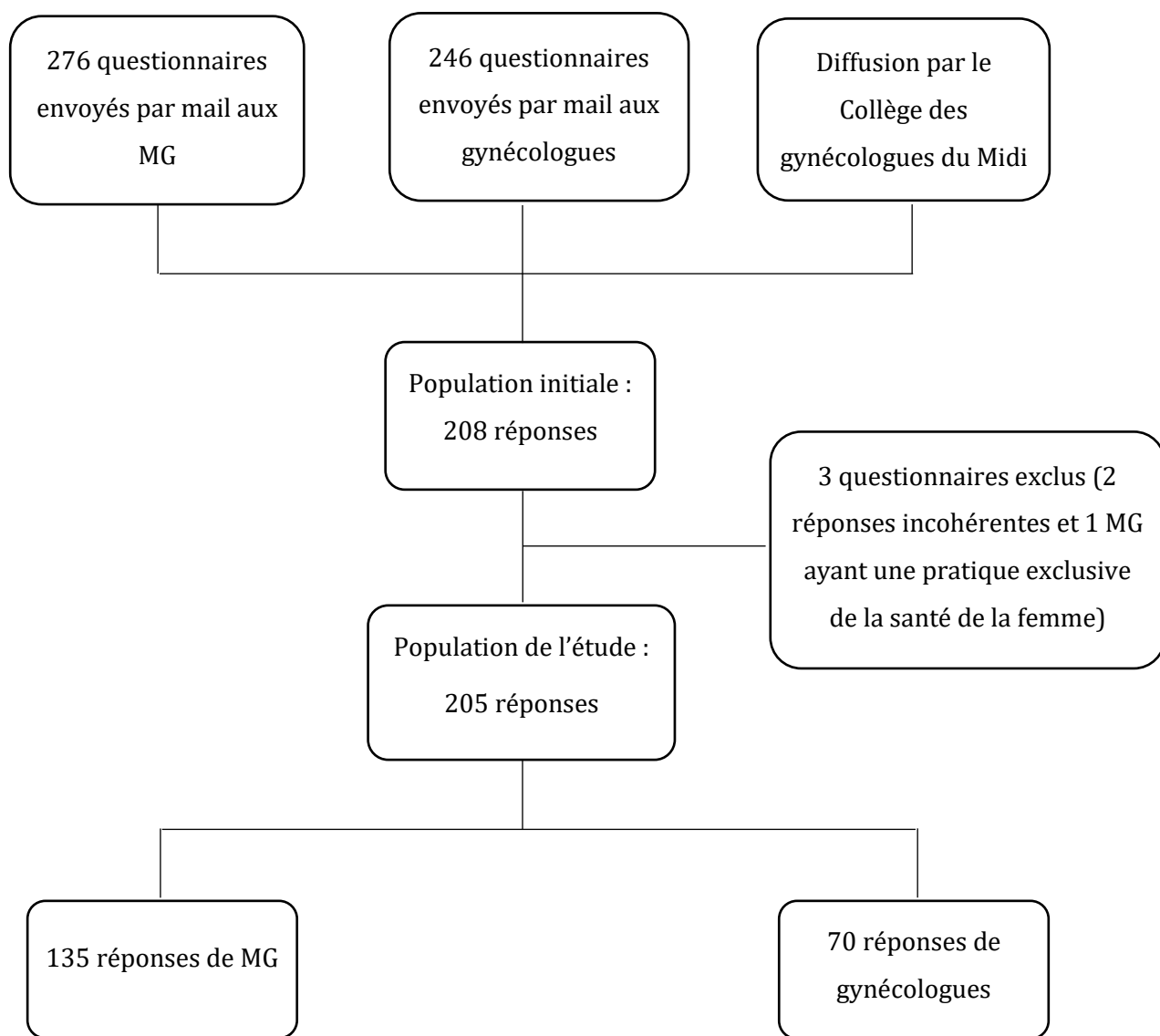
La différence était considérée comme étant significative si  $p$  était inférieur à 0,05.

La chercheuse principale a bénéficié d'un atelier de formation sur les analyses statistiques, proposé par le DUMG, de manière à être accompagnée dans les analyses de cette thèse.

### III. RÉSULTATS

Nous avons pu recueillir 208 réponses (*Figure 1*). 3 questionnaires ont été exclus car des données n'étaient pas analysables.

Les gynécologues médicaux et obstétricaux de l'ex région Midi-Pyrénées étaient au nombre de 333 au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (24). Le Collège des Gynécologues du Midi n'a pas été en mesure de nous communiquer le nombre exact de ses membres. Nous avons donc considéré que tous les médecins ne sont pas adhérents et avons estimé avoir contacté entre 260 et 310 d'entre eux pour les inviter à répondre à notre questionnaire (soit un taux de participation entre 22 et 27%). Pour ce qui est des MG, nous avons considéré qu'une trentaine de médecins avaient pu être contactés par le biais de collègues sans que nous le sachions, ce qui donne un taux de participation approximatif entre 44 et 48%. Nous pouvons donc estimer une fourchette du taux de participation total **entre 33 et 38%**, avec une participation plus importante des MG par rapport aux gynécologues.



**Figure 1** : Diagramme de flux

## 1. Caractéristiques sociodémographiques

Les principales caractéristiques de la population étudiée sont résumées dans le *Tableau 1*. Les médecins ayant répondu étaient essentiellement des femmes (71,2%), installées (89,3%) et exerçant en milieu urbain (44,4%) ou semi-rural (42,2%). 40,5% d'entre eux sont Maîtres de Stage Universitaire (MSU) et impliqués dans la formation des internes.

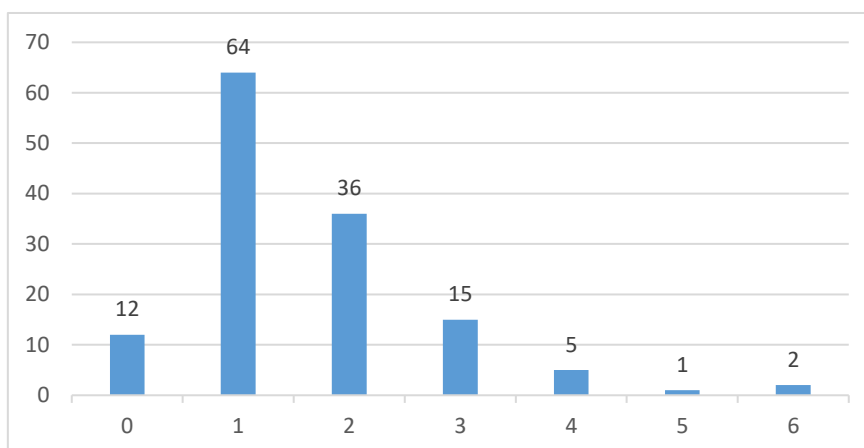
<b>Caractéristiques</b>		<b>MG (n=135)</b>	<b>Gynécologues (n=70)</b>	<b>Total (n=205)</b>
<b>Âge</b>	Moins de 30 ans	20 (14,8%)	4 (5,7%)	24 (11,7%)
	30 – 39 ans	45 (33,3%)	24 (34,3%)	69 (33,7%)
	40 – 49 ans	34 (25,2%)	18 (25,7%)	52 (25,4%)
	50 – 59 ans	22 (16,3%)	8 (11,4%)	30 (14,6%)
	Plus de 60 ans	14 (10,4%)	16 (22,9%)	30 (14,6%)
<b>Sexe</b>	Femme	94 (69,6%)	52 (74,3%)	146 (71,2%)
	Homme	41 (30,4%)	18 (25,7%)	59 (28,8%)
<b>Milieu d'exercice</b>	Urbain	40 (29,6%)	51 (72,9%)	91 (44,4%)
	Semi-rural	71 (52,6%)	16 (22,8%)	87 (42,4%)
	Rural	24 (17,8%)	3 (4,3%)	27 (13,2%)
<b>Statut</b>	Installé(e)	117 (86,7%)	66 (94,3%)	183 (89,3%)
	Remplaçant(e)	18 (13,3%)	4 (5,7%)	22 (10,7%)
<b>MSU</b>	Oui	69 (51,1%)	14 (20%)	83 (40,5%)
	Non	66 (48,9%)	56 (80%)	122 (59,5%)
<b>Formation des MG</b>	Oui	32 (23,7%)	13 (18,6%)	45 (22%)
	Non	103 (76,3%)	57 (81,4%)	160 (78%)

**Tableau 1 :** Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée

Seuls 22% des participants ont déclaré avoir une formation quels que soient les domaines évoqués. Parmi les 32 MG qui ont déclaré avoir une formation complémentaire, 7 ont une capacité en gériatrie, 1 a un DU d'oncogériatrie, 19 une formation en gynécologie (DIU gynécologie médicale et/obstétrique, DU médecine de la reproduction...) et 1 MG déclare avoir une formation de gynécologie et de gériatrie. 4 MG ont déclaré leur formation médicale continue (FMC) comme formation complémentaire. Pour les 13 gynécologues formés, 10 ont répondu avoir un DESC de Cancérologie et les 3 autres, une formation en chirurgie oncologique.

74,1% des MG consacrent 1 à 2 consultations de santé de la femme sur 10 consultations (Figure 2). Seuls 8,8% déclarent n'avoir aucune activité de santé de la femme.





**Figure 2 :** Part des consultations de santé de la femme sur 10 consultations chez MG

Nous avons comparé notre échantillon aux médecins exerçant en Occitanie. Selon les données de la DREES au 1<sup>er</sup> janvier 2022, il comprend une proportion statistiquement plus importante de femmes et de jeunes médecins par rapport à la population globale des médecins d'Occitanie, indépendamment de la spécialité (24) (Tableau 2).

Caractéristiques	Effectifs dans l'échantillon	Effectifs en Occitanie	P-value	
<b>Âge</b>	Moins de 30 ans	24 (11,7%)	392 (1,9%)	
	30 – 39 ans	69 (33,7%)	5 101 (24,1%)	
	40 – 49 ans	52 (25,4%)	3 877 (18,3%)	<b>&lt;0,01</b>
	50 – 59 ans	30 (14,6%)	4 896 (23,1%)	
	Plus de 60 ans	30 (14,6%)	6 887 (32,6%)	
<b>Sexe</b>	Femme	146 (71,2%)	10 069 (47,6%)	
	Homme	59 (28,8%)	11 084 (52,4%)	<b>&lt;0,01</b>

**Tableau 2 :** Effectifs des médecins de l'échantillon et d'Occitanie selon l'âge et le sexe

## 2. Le dépistage du cancer du sein

Les médecins considèrent à 51,2% que la stratégie de DO du cancer du sein mise en place est une bonne stratégie (Tableau 3). Seulement 3,9% (uniquement des MG) estiment que cette stratégie est inutile voire dangereuse. Ils sont 70,7%, dont une large majorité des gynécologues, à aborder le sujet de l'autopalpation avec leurs patientes

de 75 ans et plus (*Tableau 3*). 74,6% des médecins participants à l'étude déclarent proposer la poursuite du dépistage du cancer du sein après 75 ans, dont 66,7% des MG et 90% des gynécologues.

<b>Caractéristiques</b>		<b>MG</b> (n=135)	<b>Gynécologues</b> (n=70)	<b>Total</b> (n=205)
<b>Avis sur le DO</b>	Bonne stratégie	70 (51,9%)	35 (50,0%)	105 (51,2%)
	Améliorable	57 (42,2%)	35 (50,0%)	92 (44,9%)
	Inutile/dangereuse	8 (5,9%)	0	8 (3,9%)
<b>Promotion de l'autopalpation</b>	Oui	88 (65,2%)	57 (81,4%)	145 (70,7%)
	Non	47 (34,8%)	13 (18,6%)	60 (29,3%)
<b>Dépistage après 75 ans</b>	Oui	90 (66,7%)	63 (90,0%)	153 (74,6%)
	Non	44 (32,6%)	7 (10,0%)	51 (24,9%)
	Adressée au gynécologue	1 (0,7%)	0	1 (0,5%)
		<b>MG</b> (n=90)	<b>Gynécologues</b> (n=63)	<b>Total</b> (n=153)
<b>Dépistage en EHPAD ou à domicile</b>	Oui	21 (23,3%)	3 (4,8%)	24 (15,7%)
	Non	59 (65,6%)	1 (1,6%)	60 (39,2%)
	Ne fait pas de VAD	10 (11,1%)	59 (93,7%)	69 (45,1%)

*EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes ; VAD : Visite à domicile*

**Tableau 3** : Pratiques des MG et des gynécologues concernant le dépistage du cancer du sein

## 2.1 Médecins proposant un dépistage après 75 ans

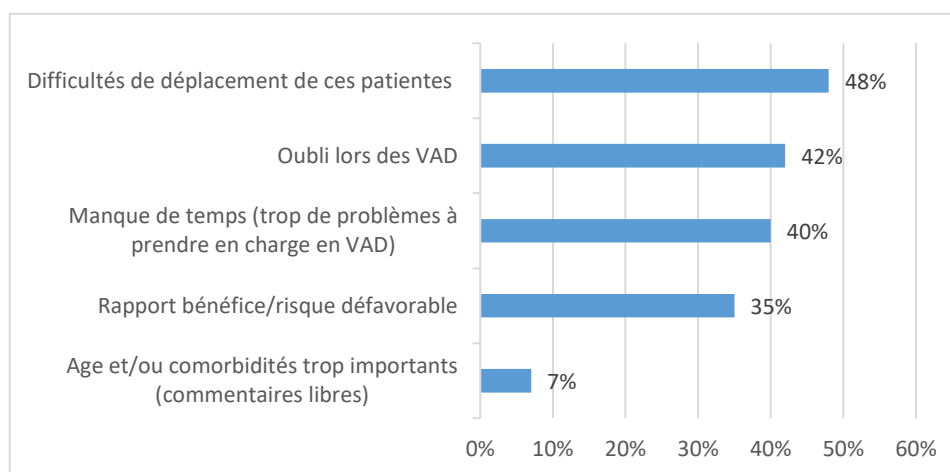
Pour les 153 médecins proposant un dépistage du cancer du sein à leurs patientes de 75 ans et plus, plusieurs modalités de dépistage ainsi que le délai leur ont été présentées (*Tableau 4*). Le schéma de dépistage le plus proposé est une palpation mammaire et de la région axillaire annuelle, avec respectivement 65,4% et 69,3% des répondants, ainsi qu'une mammographie tous les 2 ans pour 58,8% d'entre eux. L'échographie mammaire reste un examen fréquemment prescrit par les médecins

mais plutôt au cas par cas. L'IRM mammaire est un examen qui est peu proposé aux patientes.

	Tous les 6 mois	Tous les ans	Tous les 2 ans	Selon la situation clinique	Examen non proposé
Palpation axillaire	15	100	17	9	12
Palpation mammaire	17	106	16	9	5
Mammographie	0	4	90	53	6
Echographie mammaire	0	0	22	84	47
IRM mammaire	0	0	7	44	102

**Tableau 4** : Différentes modalités et délais de dépistage utilisés après 75 ans

15,7% des médecins proposant un dépistage après 75 ans, 21 MG et 3 gynécologues, ont la même attitude chez leurs patientes en bon état général et chez celles considérées comme dépendantes, suivies en visite à domicile (VAD) ou en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). La principale raison mise en avant par les 60 médecins qui ne proposent pas de dépistage chez les patientes dépendantes est « la difficulté de transport de ces patientes » (Figure 3).

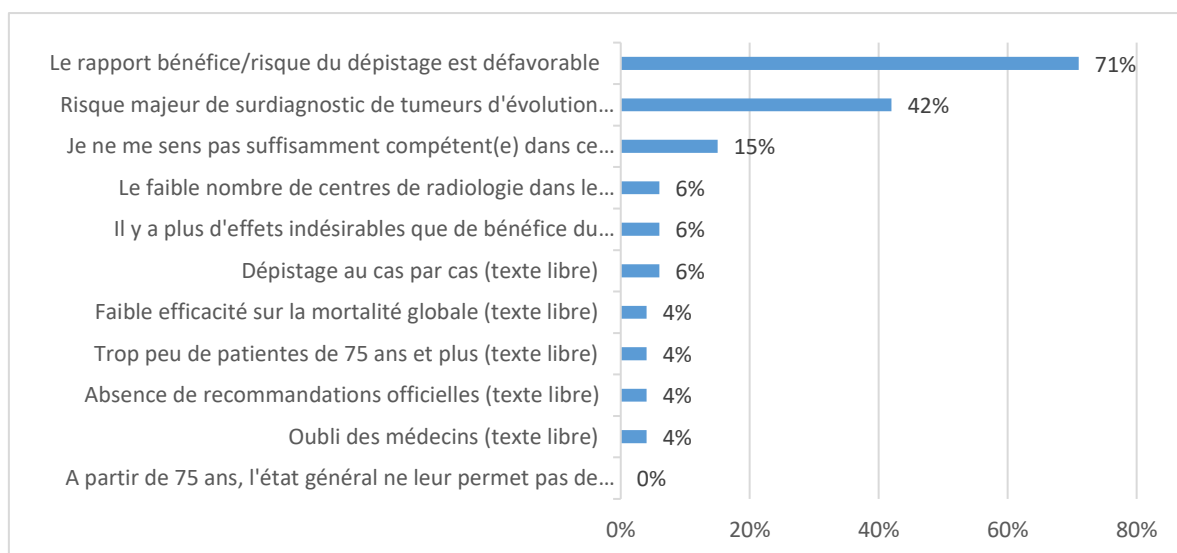


**Figure 3** : Facteurs limitant le dépistage des patientes dépendantes

## 2.2 Médecins ne proposant pas de dépistage après 75 ans

51 médecins ont déclaré ne pas proposer de dépistage du cancer du sein chez les femmes après 75 ans, dont 44 MG et 7 gynécologues (*Tableau 3*).

Les principaux arguments mis en avant par les participants pour justifier l'absence de poursuite du dépistage du cancer sont « le rapport bénéfice/risque défavorable » (71%) et « le risque majeur de surdiagnostic » (42%) (*Figure 4*).



**Figure 4** : Arguments contre la poursuite du dépistage du cancer du sein après 75 ans

## 2.3 Facteurs influençant la réalisation du dépistage

Nous avons pu mettre en évidence que les femmes de notre échantillon proposent plus souvent la poursuite du dépistage du cancer du sein à leurs patientes âgées de 75 ans et plus que leurs homologues masculins, avec une différence significative ( $p < 0,01$ ) (*Tableau 6*). Par ailleurs, les gynécologues de cette étude promeuvent plus fréquemment la poursuite du dépistage après 75 ans que leurs collègues MG ( $p < 0,01$ ). Chez les MG, le fait d'avoir une activité gynécologique d'au moins 20% est associé à une augmentation de la réalisation du dépistage individuel ( $p = 0,015$ ).

Caractéristiques		Dépistage (n=153 ; 74,6%)	Pas de dépistage (n=52 ; 25,4%)	P-value
<b>Sexe</b>	Femmes (n=146 ; 71,2%)	118 (57,5%)	28 (13,7%)	<b>&lt;0,01</b>
	Hommes (n=59 ; 28,8%)	35 (17,1%)	24 (11,7%)	
<b>Âge</b>	Moins de 45 ans (n=124 ; 60,5%)	87 (42,4%)	37 (18,1%)	0,068
	45 ans et plus (n=81 ; 39,5%)	66 (32,3%)	15 (7,3%)	
<b>Spécialité</b>	MG (n=135 ; 65,9%)	90 (43,9%)	45 (22%)	<b>&lt;0,01</b>
	Gynécologues (n=70 ; 34,1%)	63 (30,7%)	7 (3,4%)	
<b>Milieu d'exercice</b>	Urbain (n=91 ; 44,4%)	71 (34,6%)	20 (9,8%)	0,29
	Semi-urbain (n=87 ; 42,4%)	65 (31,7%)	22 (10,7%)	
	Rural (n=27 ; 13,2%)	17 (8,3%)	10 (4,9%)	
<b>Statut</b>	Installé(e) (n=183 ; 89,3%)	140 (68,3%)	43 (21%)	0,076
	Remplaçant(e) (n=22 ; 10,7%)	13 (6,3%)	9 (4,4%)	
<b>MSU</b>	Oui (n=83 ; 40,5%)	62 (30,2%)	21 (10,3%)	0,98
	Non (n=122 ; 59,5%)	91 (44,4%)	31 (15,1%)	
<b>Formation supplémentaire</b>	Oui (n=45 ; 21,9%)	30 (14,6%)	15 (7,3%)	0,16
	Non (n=160 ; 78,1%)	123 (60%)	37 (18,1%)	
<b>Activité gynécologique chez les MG (n=135)</b>	Moins de 20% (n=76 ; 56,3%)	43 (31,9%)	33 (24,4%)	<b>0,015</b>
	20 à 30% (n=51 ; 37,8%)	40 (29,6%)	11 (8,2%)	
	Plus de 30% (n=8 ; 5,9%)	7 (5,2%)	1 (0,7%)	

**Tableau 6 :** Dépistage du cancer du sein après 75 ans selon les caractéristiques sociodémographiques des médecins

### 3. Influence des campagnes d'information sur les médecins

Contrairement à Octobre Rose, très connue au sein de notre échantillon (97,6%), la notion de l'existence de la campagne d'informations Cancer Rose est beaucoup moins répandue puisque moins d'un tiers des participants à l'étude avaient déjà entendu parler de cette dernière (*Tableau 5*). Dans les deux cas, les médecins reconnaissent que ces campagnes n'avaient eu que peu d'influence sur leurs pratiques concernant le dépistage du cancer du sein (18,5% pour Cancer Rose et 14,5% pour Octobre Rose).

<b>Cancer Rose</b>		<b>Total (n=205)</b>
<b>Connaissance de l'existence de la campagne d'informations</b>	Oui	60 (29,3%)
	Non	145 (70,7%)
		<b>Total (n=60)</b>
<b>Avis des médecins concernant les informations délivrées</b>	Tout à fait d'accord	7 (11,7%)
	Plutôt d'accord	46 (76,7%)
	Plutôt pas d'accord	6 (10%)
	Pas d'accord du tout	1 (1,7%)
<b>Influence sur la pratique de dépistage</b>	Oui	11 (18,3%)
	Non	49 (81,7%)
<b>Octobre Rose</b>		<b>Total (n=205)</b>
<b>Connaissance de l'existence de la campagne d'informations</b>	Oui	200 (97,6%)
	Non	5 (2,4%)
		<b>Total (n=200)</b>
<b>Influence sur la pratique du dépistage</b>	Oui	29 (14,5%)
	Non	171 (85,5%)

**Tableau 5** : Connaissance des campagnes d'information sur le dépistage du cancer du sein et leur influence sur les pratiques médicales

## IV. DISCUSSION

74,6% des médecins de l'étude ont déclaré poursuivre le dépistage du cancer du sein après 75 ans. Les modalités de dépistage les plus fréquentes sont une palpation mammaire et axillaire annuelle, ainsi qu'une mammographie tous les 2 ans. Les femmes médecins et les gynécologues poursuivent plus souvent que leurs confrères et que les MG le dépistage du cancer après 75 ans.

24,9% d'entre eux, dont 44 MG et 7 gynécologues, ont affirmé renoncer au dépistage après 75 ans, mettant en avant le rapport bénéfice/risque défavorable et le risque de surdiagnostic.

### 1. Forces de l'étude

C'est une étude originale puisque le sujet du dépistage du cancer du sein après 75 ans n'a été que très peu étudié du point de vue des médecins, qu'ils soient MG ou gynécologues. Les personnes âgées sont peu étudiées et souvent absentes des investigations scientifiques. Or, avec l'amélioration des techniques diagnostiques et thérapeutiques, les patients vivent plus longtemps et en bonne santé et il est donc nécessaire de s'intéresser à ceux d'entre eux qui sont les plus âgés.

Une des autres forces de cette étude est que nous avons pu recueillir l'avis de MG et de gynécologues au sein d'une zone géographique étendue, représentée par l'ancienne région Midi-Pyrénées, dans laquelle aucune enquête n'avait été réalisée jusqu'à présent. Cela nous a permis d'obtenir une population variée, notamment sur le milieu d'exercice mais aussi sur l'âge. Notre panel comprend un effectif de jeunes médecins plus important par rapport à la population globale des médecins d'Occitanie.

Nous avons retrouvé une seule thèse similaire mais n'étudiait que les pratiques des MG et dans le seul département de la Somme (25).

Le bon taux de participation, estimé entre 33 et 38%, et le nombre satisfaisant de réponses (205 réponses obtenues) nous ont permis de constituer un échantillon suffisamment grand. Sa taille conséquente permet d'augmenter la validité externe de l'étude, et donc l'applicabilité potentielle des résultats à une population de plus grande ampleur.

## 2. Limites de l'étude

La principale limite de cette étude est le biais de sélection. Le questionnaire devait être envoyé à tous les MG via le réseau URPS Midi-Pyrénées mais cela n'a finalement pas été possible. De plus, il s'agit d'un échantillonnage à participation volontaire. Cela peut entraîner un biais de sélection important puisque seuls les médecins se sentant suffisamment concernés par le sujet ont tendance à répondre. Nous avons donc varié les méthodes de recrutement afin d'obtenir une plus grande diversité de médecins. Notre population d'étude était principalement composée de femmes, dans des proportions significativement plus importantes que dans la région Occitanie. Ceci peut être en partie expliqué par la féminisation de la profession ces dernières années mais aussi par une possible sensibilisation plus importante des femmes médecins au dépistage du cancer du sein en général. De même, les médecins de notre étude étaient plus jeunes que les médecins d'Occitanie, et ce notamment sur la part des moins de 30 ans (11,7% contre 1,9%). Les jeunes médecins, qui ont été formés au dépistage du cancer du sein dès leurs premières années d'études, font partie des médecins plus intéressés et sensibilisés à ce sujet, et donc plus enclins à participer à ce type d'étude. Ces deux phénomènes sont probablement liés : avec la féminisation de la profession, les jeunes médecins sont majoritairement des femmes.

Il y a également un risque de biais de désirabilité, susceptible de diminuer la validité interne de cette étude. Nous avons donc prévenu les participants dans le texte d'information du questionnaire que les réponses seraient anonymes, afin qu'ils puissent s'exprimer librement, sans la crainte de jugement. Même si le questionnaire est constitué essentiellement de questions fermées, il est possible que certaines formulations de phrases puissent être interprétées différemment en fonction des participants. Afin d'éviter cela, le questionnaire a été relu par 3 médecins distincts, n'ayant pas participé à l'étude, ainsi qu'une personne indépendante.

## 3. Le dépistage du cancer du sein

### 3.1 Le dépistage organisé : bénéfices et risques

La majorité des médecins de notre étude ont une bonne opinion du DO du cancer du sein, nous laissant penser que ces médecins incitent leurs patientes à en bénéficier. En 2014, comme en 2002, l'International Agency for Research on Cancer (IARC)



confirmait l'efficacité du dépistage par mammographie chez les femmes de 50 à 69 ans, avec une diminution de 23% en moyenne du risque de décès par cancer du sein (26). Plusieurs cohortes ont montré une réduction de la mortalité par cancer du sein chez les femmes entre 70 et 74 ans grâce au DO (27). Par ailleurs, la plupart des décès attribués au cancer du sein surviennent chez des femmes qui n'ont jamais été dépistées par mammographie (65% des cas) ou chez qui la mammographie datait de plus de 2 ans (6% des cas), et ce quel que soit leur âge (28), illustrant l'intérêt du dépistage régulier dans le cadre du DO.

Cependant, les recommandations de dépistage du cancer du sein en Europe ne sont pas harmonieuses. Alors que le Royaume-Uni préconise le dépistage chez les femmes de 50 à 69 ans, la Finlande le propose entre 50 et 59 ans et l'Islande, entre 40 et 69 ans (29). Aux États-Unis, il n'existe pas de programme de DO, cependant, l'American Cancer Society (ACS) et l'American College of Radiology (ACR) recommandent la réalisation d'une mammographie tous les ans à partir de 40 ans (30). À l'exception du Royaume-Uni et des États-Unis, la plupart des pays s'accordent sur l'utilité de la récurrence du dépistage du cancer du sein par mammographie tous les 2 ans. Si les bénéfices du DO semblent bien démontrés, les disparités des recommandations à l'étranger montrent bien les difficultés persistantes à déterminer l'âge des femmes pouvant en tirer un maximum de bénéfice.

Dans notre étude, 3,9% des médecins, uniquement des MG, ont une opinion très défavorable du DO, le jugeant inutile ou dangereux. Chez les gynécologues, l'avis est partagé entre les 50% estimant que la stratégie de DO est satisfaisante et les 50% restants qui pensent qu'elle pourrait être améliorée. Dans l'actualisation des recommandations de la HAS en 2015, les gynécologues faisaient remarquer que le DO était susceptible de gêner le suivi gynécologique, mettant en cause l'organisation indépendante de la mammographie et les résultats qui ne leur sont pas systématiquement communiqués (13). Les résultats sont souvent confiés uniquement au patient et il existe donc un risque que certaines informations se perdent si ce dernier ne communique pas les résultats à son médecin référent ou au professionnel de santé réalisant son suivi gynécologique. Il y aurait donc un intérêt à changer les modalités de distribution des résultats et à les envoyer systématiquement à la patiente mais également au médecin prescripteur.

L'IARC aborde les possibles effets nocifs du dépistage du cancer du sein à grande échelle, particulièrement le **risque de résultat faussement positif** mais aussi de **résultat faussement négatif** (synonyme de cancer « manqué ») ou encore la survenue de **cancers d'intervalle** (risque estimé à 1,5‰ en France) (31). Le risque cumulé de faux positif a été estimé entre 8 et 21% d'une étude à une autre pour une femme effectuant une mammographie tous les 2 ans entre 50 et 70 ans (32). Ce chiffre n'est pas négligeable, d'autant plus qu'il est susceptible d'entraîner de lourdes conséquences sur le plan psychologique pour ces patientes chez qui l'on diagnostique à tort un cancer du sein.

Il faut également prendre en compte le **risque de surdiagnostic**, et donc de surtraitement, inhérent à tout programme de dépistage. Il correspond au risque de « *détection de lésions cancéreuses qui n'auraient pas évolué vers un cancer infiltrant du vivant de la personne.* » (33). Le risque de surdiagnostic associé au dépistage du cancer du sein était estimé à 6,5% (26) mais en 2022, une étude américaine a réévalué ce risque à 15,4%, soit 1 mammographie suspecte sur 7 parmi les femmes âgées de 50 à 74 ans (34).

Enfin, il existe un risque de décès par **cancer du sein radio induit**, secondaire à la radiothérapie proposée comme traitement du cancer du sein, ou en lien avec la multiplication du nombre de mammographies de dépistage (12 à 13 mammographies réalisées dans le cadre du DO en France). L'IARC estimait le risque cumulé de cancer radio-induit de 1 pour 10 000 à 1 pour 100 000 femmes dépistées (26,35).

Même si les données divergent d'une étude à une autre, les chiffres du surdiagnostic et des faux positifs restent conséquents. Seul, le risque de cancer radio-induit est relativement faible mais cumulé aux deux autres risques, il mérite qu'on s'y attarde. Les bénéfices démontrés du DO sont donc nettement contrebalancés par les risques potentiels importants. On ne constate pas de diminution du risque de surdiagnostic des mammographies de dépistage ces dernières années (26). En parallèle, l'amélioration de la prise en charge des patientes et de l'efficacité des traitements proposés actuellement dans le cancer du sein permettent une diminution de la mortalité par cancer du sein (36). À la lumière de ces éléments, il serait pertinent de réévaluer la stratégie de DO, puisque les recommandations restent inchangées depuis son instauration en 2004. C'est dans ce contexte que l'étude européenne My Personal Breast Screening (MyPeBS) a débuté il y a quelques années. Son objectif est d'évaluer si un dépistage personnalisé du cancer du sein pourrait être une meilleure option de

dépistage pour les femmes de 40 à 70 ans, en comparaison aux stratégies de DO mises en place en Europe (37). Les résultats permettront certainement de modifier les recommandations concernant le dépistage du cancer du sein dans quelques années. En revanche, aucune étude incluant des patientes âgées de plus de 70 ans n'est prévue dans les années à venir.

### 3.2 Les pratiques médicales dans le dépistage du cancer du sein

La poursuite ou non du dépistage du cancer du sein chez les femmes de 75 ans et plus est influencé par de nombreux facteurs à la fois individuels, liés aux patientes mais aussi aux médecins, et environnementaux. 74,6% des médecins de notre étude ont déclaré proposer un dépistage du cancer du sein, quel qu'il soit, chez les femmes de 75 ans et plus, avec une plus grande implication des gynécologues par rapport à leurs confrères MG. Les gynécologues voient leurs patientes uniquement dans le cadre de leur suivi gynécologique et le dépistage du cancer du sein fait partie des sujets abordés en consultation. Ce n'est pas le cas des MG, chez lesquels les motifs de consultation sont souvent multiples : le dépistage du cancer du sein n'est donc pas proposé à chaque consultation et peut parfois être oublié. On peut également supposer que les patientes de plus de 75 ans qui continuent de consulter un(e) gynécologue soient en très bonne santé et en demande d'un dépistage du cancer du sein. Les femmes médecins proposent plus souvent la poursuite du dépistage à leurs patientes âgées de 75 ans et plus que leurs homologues masculins ( $p < 0,01$ ). Il est possible que les femmes médecins voient proportionnellement un nombre plus important de patientes que leurs collègues masculins. En effet, certaines patientes s'adresseront préférentiellement à un médecin du même sexe quand il s'agira de leur suivi gynécologique parce qu'elles se sentiront plus à l'aise avec une femme ou par crainte d'être sujettes à des remarques inappropriées, parfois sexistes, de la part des hommes. Le sujet polémique des maltraitances gynécologiques est relativement récent. Même si les sévices physiques et psychologiques sont plus anciens, ils sont de plus en plus décrits par les patients ou dénoncés par les médecins eux-mêmes (38) et les nouvelles générations de patientes s'insurgent contre ce phénomène. Désormais, c'est un sujet abordé précocement au cours des études de médecine, ce qui explique que les jeunes médecins soient plus sensibilisés à ce phénomène. Nous pouvons également supposer que les femmes médecins se sentent potentiellement plus concernées par le dépistage du cancer du sein et donc proposent plus facilement un dépistage à leurs patientes. Enfin, les femmes

MG ont une activité gynécologique plus développée que les hommes, puisque 80% des hommes MG (contre 64% des femmes MG) ont une activité gynécologique considérée comme étant « faible » (39). Si l'on suit cette logique, la féminisation de la profession observée ces dernières années serait susceptible d'entraîner une augmentation du dépistage du cancer du sein. Or, ce n'est pas la tendance observée dans le DO des femmes avant 75 ans et nous ne disposons d'aucune donnée sur les taux de dépistage individuel, le codage actuel des mammographies ne permettant pas de distinguer celles réalisées dans le cadre du dépistage de celles d'un suivi de cancer du sein (11). La différence de réalisation du dépistage en fonction du sexe des médecins est donc probablement due à la proportion plus importante de patientes suivies par des femmes médecins.

Dans notre panel de médecins relativement jeunes, seuls 14,1% des MG ont déclaré avoir une formation complémentaire dans le domaine de la santé des femmes. Aucun gynécologue médical n'a été formé entre 1984 et 2003 (40), entraînant une raréfaction de cette spécialité ces dernières années. Afin de répondre à la demande croissante des patientes, les MG ont donc augmenté leur activité gynécologique. Depuis 2001, la réalisation d'un semestre de santé de la femme est devenue obligatoire dans la formation des internes de MG partout en France (41). Les MG qui n'ont pas bénéficié d'un semestre de santé de la femme au cours leur formation se sentaient beaucoup moins à l'aise et avaient tendance à faire appel à d'autres professionnels de santé pour la prise en charge et le suivi gynécologique de leurs patientes (32). L'inclusion d'un semestre de santé de la femme dans la formation initiale universitaire des internes en MG a permis aux MG d'obtenir les connaissances suffisantes afin d'assurer le suivi gynécologique de leurs patientes en soins de premiers recours.

Cette étude a permis d'évaluer les pratiques des MG et des gynécologues concernant le dépistage du sein des femmes après 75 ans. Il semble exister des disparités de pratiques entre les gynécologues et les MG. La comparaison des pratiques étant un objectif secondaire de ce travail de recherche, des études ultérieures seraient nécessaires afin d'appuyer ces résultats et d'en identifier les éventuelles causes.

### 3.3 Le dépistage individuel chez les femmes de 75 ans et plus

Du fait du manque d'études scientifiques (notamment des essais contrôlés et randomisés), les bénéfices du dépistage du cancer du sein après 75 ans ne sont pas clairement définis (17,27,42). Le risque de surdiagnostic est estimé à 12-39% à 74 ans et augmente à 17-41% à 80 ans pour atteindre 32-48% à l'âge de 90 ans (42), montrant une majoration du risque chez les patientes après 75 ans.

Dans notre étude, comme dans celles traitant du même sujet (26,43), les principales raisons invoquées par les médecins ne proposant pas la poursuite du dépistage après 75 ans sont en lien avec les comorbidités potentielles des patientes de cette tranche d'âge. Pour autant, il ne faut pas considérer le dépistage individuel comme étant inutile chez ces patientes car la mammographie permet de diagnostiquer des tumeurs de plus petite taille, d'avoir des traitements (chirurgie et chimiothérapie) moins invasifs et une meilleure survie spécifique que lors d'un diagnostic en présence de symptômes (dont autopalpation) (22). Plutôt que de se baser sur l'âge comme facteur principal de réalisation du dépistage, il serait plus intéressant de s'appuyer sur l'espérance de vie en bonne santé afin d'identifier les patientes qui tireraient le plus de bénéfices d'un dépistage (44). Une méta analyse publiée en 2013 a estimé à 10,7 le nombre d'années nécessaires pour tirer bénéfice du dépistage du cancer du sein par mammographie (45). Or, l'espérance de vie en bonne santé chez les femmes étant de 76,3 ans, cela implique que la plupart des femmes de 75 ans et plus ne profiteraient pas des avantages d'un tel dépistage. Chez les patientes considérées comme dépendantes, seulement 15,7% des médecins déclarent poursuivre le dépistage du cancer du sein, mettant principalement en cause les difficultés de déplacement de celles-ci alors que le rapport bénéfice/risque défavorable n'est cité qu'en dernier. Les médecins de notre étude ont donc préféré mettre en avant les difficultés liées au transport, inhérentes à la dépendance, plutôt que les comorbidités médicales limitant à la fois l'espérance et la qualité de vie des patientes. La durée de vie moyenne des femmes qui entrent dans la dépendance étant de 4,7 années (6), il est légitime de ne pas proposer de dépistage du cancer du sein chez les patientes dépendantes, quels que soient leur âge ou les raisons avancées.

Au-delà des pathologies des patientes, des paramètres organisationnels liés au système de santé ont été mis en avant comme le manque de formation dans le domaine de la santé de la femme, l'absence de centres de radiologie de proximité ou encore le manque

de temps pendant les VAD. Cela révèle que les facteurs environnementaux sont des éléments décisifs pris en considération dans les décisions médicales, notamment dans les déserts médicaux. Ainsi, dans des zones géographiques sous-denses, où les spécialistes d'organes se font rares (les gynécologues ne faisant pas exception à la règle) (46), la question de l'inégalité d'accès aux soins des patientes peut se poser, par rapport à celles habitant dans les zones péri-urbaines. Les MG adaptent leurs pratiques selon le type de patientèle ou leurs conditions d'exercice, surtout dans les zones sous-dotées en spécialistes (39). Nous constatons dans notre étude que la plupart des MG participent à la prise en charge gynécologique de leurs patientes puisque seulement 12 MG ont déclaré n'avoir aucune pratique de santé de la femme dans leur activité, soit 8,8% des MG. Ce chiffre est en accord avec une enquête parue dans le Monde en 2017, dans laquelle près de 90% des MG affirment assurer le suivi gynécologique des femmes en France (47). Cela illustre le rôle clé des MG dans la prise en charge gynécologique de leurs patientes. Dans un contexte de raréfaction des gynécologues libéraux sur notre territoire, les MG peuvent être un pilier non négligeable dans les soins de premier recours en santé de la femme sans pour autant remplacer le spécialiste, qui est principalement un acteur de second recours.

## 5. Différentes modalités de dépistage du cancer du sein

Si la mammographie est l'examen recommandé dans le DO, il n'existe aucune directive précise concernant le type d'imagerie à réaliser dans le dépistage individuel du cancer du sein. La mammographie est considérée par la HAS comme « *l'examen de référence des lésions du sein* ». Dans la plupart des articles étudiés, elle est l'imagerie de première intention dans le dépistage du cancer du sein chez les patientes âgées (22,26,36,43). Elle peut être complétée par une échographie mammaire, notamment en cas de densité mammaire élevée (13). Sauf exception, l'échographie n'est pas un examen de première intention chez ces patientes mais peut être utile pour caractériser les anomalies identifiées par la mammographie (13). Les résultats obtenus dans notre étude sont donc plutôt cohérents puisque seuls 14,4% des médecins proposent l'échographie comme examen de première intention, et privilégient plutôt la mammographie. L'IRM mammaire est un examen très peu utilisé par les médecins de notre échantillon chez les patientes de 75 ans et plus. D'ailleurs, l'IRM « *n'est pas préconisée en cas de masse palpable* » et reste « *optionnelle en cas d'anomalies radiologiques* » (13). Cela en fait un outil de diagnostic, plutôt que de dépistage, utilisée chez les patientes à haut risque de

cancer du sein, pour un bilan d'extension ou la surveillance de l'efficacité à court ou moyen terme d'un traitement curatif (48), et doit donc rester un examen de second voire de dernier recours.

L'autopalpation mammaire par les patientes elles-mêmes peut être un moyen de dépistage et ne doit pas être négligée. Il est intéressant de constater que dans 2/3 des cas, c'est la patiente elle-même qui découvre une masse du sein alors que moins de 5% des cancers du sein sont suspectés par le médecin généraliste à la suite d'une palpation mammaire (9). Plusieurs études ont évalué son bénéfice lorsqu'elle est pratiquée au moins 2 ans avant le diagnostic de cancer (49). En revanche, elle ne permet pas de diminuer la mortalité par cancer du sein (50,51). Ce dernier résultat est contesté et pourrait être dû au fait que les femmes pratiquant l'autopalpation sont finalement peu nombreuses par rapport à celles y ayant recours irrégulièrement (26). Même si elle ne provoque pas d'exposition aux radiations directement, elle est susceptible d'entraîner des effets indésirables non négligeables comme l'inquiétude causée par la palpation d'une anomalie ou encore les risques secondaires aux examens d'imagerie, potentiellement superflus, prescrits à des fins diagnostiques suite à cette autopalpation. 70,7% des médecins de notre étude abordent le sujet avec leurs patientes de 75 ans et plus, résultat conforté par les 74% observés chez les médecins de la Somme (25). C'est un taux important suggérant que les médecins accordent de l'importance à l'autopalpation mammaire, presque autant que le dépistage par imagerie. En revanche, il existe une différence de pratique entre les MG et les gynécologues. Ces derniers font plus fréquemment la promotion de l'autopalpation que leurs confrères MG (81,4% contre 65,2%). Au cours de la formation des MG, nous sommes formés à la palpation mammaire mais pas forcément à l'apprentissage de l'autopalpation mammaire chez les patientes alors qu'elle peut être un allié de taille dans la prévention du cancer du sein (9,49). Ayant acquis les signes d'alerte de la palpation mammaire, il est intéressant de transmettre ces connaissances aux patientes en les considérant comme actrices de leur prise en charge. En les impliquant, cela permet de tendre vers une médecine personnalisée et d'abandonner le côté paternaliste de la relation médecin-malade.

Chaque examen d'imagerie est susceptible d'entraîner des conséquences potentiellement néfastes pour les patientes (26,32,34). Dans une moindre mesure, la découverte d'une anomalie de l'examen clinique ou par autopalpation, aussi bénigne

soit-elle, peut être source d'angoisse. Malgré la diversité des modalités de dépistage du cancer du sein, il semble que le meilleur compromis soit un examen clinique annuel et une mammographie régulière. Reste à déterminer la temporalité de la réalisation de la mammographie, afin d'obtenir le meilleur rapport bénéfice-risque.

## 6. L'influence des campagnes d'information sur le dépistage

La campagne Octobre Rose est connue du grand public depuis maintenant plusieurs années, grâce aux événements sportifs organisés pour l'occasion et à la diffusion de spots publicitaires via différents médias qui promeuvent le dépistage du cancer du sein et incitent les patientes à consulter un médecin (52). Elle est également bien connue des médecins mais ne semble pas avoir d'impact majeur sur leurs représentations concernant le dépistage du cancer du sein de leurs patientes (seuls 14,5% reconnaissent qu'elle avait eu de l'influence sur leurs pratiques du dépistage du cancer du sein). Elle reste tout de même une occasion pour les établissements de santé et les professionnels qui y travaillent, de mettre en place des conférences ou des tables rondes, afin d'ouvrir le dialogue avec les femmes de manière générale pour aborder le sujet du cancer du sein.

Contrairement à Octobre Rose, Cancer Rose, qui est pourtant créée par des médecins, est une campagne beaucoup moins médiatisée et dont la portée est donc moindre (connue chez 97,6% des médecins pour Octobre Rose contre 29,3% pour Cancer Rose). Les articles présentés et les données qui en ressortent vont à l'encontre du DO sous sa forme actuelle. 88,4% des participants estiment être plutôt en accord avec les idées qui y sont développées. Malgré cela, moins de 20% considèrent qu'elles ont pu avoir un impact sur leur façon d'appréhender le dépistage du cancer du sein. Cela peut être interprété de deux façons : les médecins qui connaissent Cancer Rose sont déjà convaincus de « l'inutilité » du DO du cancer du sein ou alors ce sont des médecins en quête d'informations scientifiques sur les risques associés au dépistage sans pour autant s'y opposer. Le site Cancer Rose contient peu voire même aucune étude en faveur du dépistage du cancer du sein. Sachant cela, le qualification d'information « *loyale* », prônée par le site est sans doute critiquable. En effet, en voyant uniquement des données sur les risques du dépistage et aucune sur ses bénéfices, il nous semble que, parmi tous les lecteurs, ceux dont l'esprit critique n'est pas aussi développé que



celui d'un médecin, en déduisent l'inefficacité voire la dangerosité de participer au DO du cancer du sein.

## 7. Perspectives

Il n'existe aucun consensus dans les recommandations de dépistage du cancer du sein chez les femmes de 75 ans et plus (17). Or, les études des effets du dépistage du cancer du sein chez les femmes de plus de 70 ans sont quasiment inexistantes ou avec une méthodologie critiquable, rendant très limitée la généralisation des résultats à la population générale (17). Il serait donc intéressant d'intégrer ces femmes dans les essais randomisés de grande ampleur afin de mesurer réellement les effets bénéfiques et les risques à poursuivre le dépistage par mammographie. La balance bénéfice-risque du dépistage semble devenir défavorable entre 75 et 85 ans. Poursuivre le dépistage du cancer du sein après 85 ans n'est donc pas dans l'intérêt des patientes, surtout en présence de comorbidités. Tenir compte de l'espérance de vie en bonne santé, et donc de la qualité de vie plutôt que de l'âge, nous paraît être le meilleur compromis afin de guider les médecins et les patientes dans leur choix de poursuivre ou non le dépistage du cancer du sein.

La poursuite ou l'arrêt du dépistage du cancer du sein ne doit pas être à la seule initiative du médecin mais doit résulter d'une décision conjointe entre le médecin et sa patiente. Cette décision sera donc influencée entre autres par l'histoire personnelle et familiale de la patiente, sa perception de son propre état de santé mais aussi par son expérience, bonne ou mauvaise, des mammographies antérieures (53). Il pourrait être intéressant de sensibiliser les professionnels de santé au vécu de la mammographie et de l'intégrer aux futures études s'intéressant au dépistage du cancer du sein.

Par ailleurs, la spécialité gynécologie médicale tend à se raréfier, notamment dans les zones géographiques sous-denses (47), ce qui accroît la demande de suivi gynécologique des patientes auprès de leur MG. Ainsi, le domaine de la santé de la femme tient une place de plus en plus importante dans l'activité des MG. Nous constatons une amélioration de la formation initiale des internes de médecine générale en France, mais il existe encore trop d'inégalités dans la formation des différentes

facultés de médecine (41). Afin d'améliorer les prises en charge des patientes, il sera nécessaire d'harmoniser et de perfectionner les formations des jeunes MG.

Enfin, les sages-femmes ont la possibilité depuis 2009 de réaliser le suivi de la santé des femmes (54). Cette nouvelle fonction tend à prendre de l'ampleur ces dernières années. Cela permet d'augmenter l'offre de soins premiers sur le territoire, en palliant la diminution du nombre de médecins, mais également de proposer aux patientes une plus grande diversité dans le choix du professionnel de santé qui assurera leur suivi gynécologique.

## IV. CONCLUSION

Notre étude suggère que le dépistage du cancer du sein chez les femmes âgées de 75 ans et plus reste un sujet qui fait débat au sein même de la communauté médicale. L'absence de consensus international clair sur l'âge auquel doit s'arrêter le dépistage des femmes âgées est susceptible d'entraîner des pratiques hétérogènes chez les professionnels de santé en charge de ces patientes. Près de 75% des médecins de notre étude, particulièrement chez les gynécologues et les femmes médecins, proposent la poursuite du dépistage du cancer du sein à leurs patientes de plus de 75 ans. Lorsque le médecin tient compte de la dépendance et des comorbidités des patientes, associées à un suivi à domicile ou en EHPAD, la fréquence de réalisation du dépistage du cancer du sein diminue.

Le dépistage du cancer du sein n'est pas sans conséquence, et ce quel que soit l'âge de la patiente. Plutôt que de considérer la patiente par son âge, paramètre quantitatif dont l'intérêt seul reste limité, il faudrait tenir compte de son espérance et de sa qualité de vie, qui semblent être les meilleurs compromis et permettraient de respecter un des préceptes enseignés dès le début des études de médecine: *primum non nocere*. La décision finale de la poursuite du dépistage après 75 ans est multifactorielle et dépend des facteurs liés à la patiente, au professionnel de santé mais également de facteurs environnementaux.

À l'heure où la raréfaction de l'offre de soins et l'inégalité de la répartition des professionnels de santé sur le territoire, se font plus que jamais ressentir, le MG est l'acteur principal des soins de premiers recours. Ces dernières années, avec la nette diminution du nombre de gynécologues médicaux, certaines missions ont pris une place plus importante que d'autres dans l'activité des MG. Le dépistage du cancer du sein en fait partie. La formation des internes et des jeunes MG, notamment en santé de la femme doit donc devenir une priorité des politiques publiques et des facultés de médecine françaises afin de permettre aux MG de répondre à la demande croissante concernant le suivi de la santé des femmes en soins premiers et ainsi favoriser l'accès à un dépistage de qualité quel que soit le lieu de vie des patientes.


Lu et approuvé

Toulouse le 26 Septembre 2022

Professeur Marie-Eve Rougé Bugat



Toulouse, le 26/09/22  
Vu et permis d'imprimer  
Le Président de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier  
Faculté de Santé  
Par délégation,  
La Doyenne-Directrice  
Du Département de Médecine, Maternité, Paramédical  
Professeure Odile RAUZY



## V. BIBLIOGRAPHIE

1. Le vieillissement de la population s'accélère en France et dans la plupart des pays développés [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 6 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/actualites/presse/le-vieillissement-de-la-population-sE28099accelere-en-france-et-dans-la-plupart-des-pays-developpes/>
2. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 6 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
3. Espérance de vie – Mortalité – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 6 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277640?sommaire=4318291>
4. Bonnet C, Cambois E, Fontaine R. Dynamiques, enjeux démographiques et socioéconomiques du vieillissement dans les pays à longévité élevée: Population. 2 nov 2021;Vol. 76(2):225-325.
5. Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine [Internet]. [cité 29 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php?q=d%C3%A9pendance>
6. La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040 – Données sociales : La société française | Insee [Internet]. [cité 29 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1371933?sommaire=1372045>
7. Le cancer du sein : points clés - Cancer du sein [Internet]. [cité 13 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Les-points-cles>
8. INCA - Les cancers en France [Internet]. [cité 7 janv 2022]. Disponible sur: [https://www.e-cancer.fr/ressources/cancers\\_en\\_france/#page=65](https://www.e-cancer.fr/ressources/cancers_en_france/#page=65)
9. Vannetzel DJM. Cancer du sein de la femme âgée : Pourquoi s'en occupe-t-on si mal? [Internet]. ISHH. 2021 [cité 25 mars 2022]. Disponible sur: <https://ishh.fr/cancer-du-sein/cancer-du-sein-de-la-femme-agee/>
10. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2019-2020 et évolution depuis 2005 [Internet]. [cité 5 août 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/articles/taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2019-2020-et-evolution-depuis-2005>
11. Dépistage du cancer du sein [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 12 sept 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/r\\_1501534/fr/depistage-du-cancer-du-sein](https://www.has-sante.fr/jcms/r_1501534/fr/depistage-du-cancer-du-sein)
12. Dossier de presse - Dépistage du cancer du sein chez la femme âgée [Internet]. [cité 7 janv 2022]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/actualites/650-depistage-k-sein-femme-agee-2>

13. Haute Autorité de Santé. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé: Dépistage et prévention du cancer du sein [Internet]. 2015 [cité 29 juill 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/refces\\_k\\_du\\_sein\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/refces_k_du_sein_vf.pdf)
14. Ecomard et al. E. Diagnostic du cancer du sein après 74 ans : information donnée par les structures de gestion du dépistage organisé à la sortie de la tranche d'âge concernée [Internet]. EM-Consulte. [cité 7 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/963711/article/diagnostic-du-cancer-du-sein-apres-74-ans-informat>
15. « Cancer du sein des femmes âgées: stop à l'inégalité des chances! » [Internet]. LEFIGARO. 2021 [cité 30 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.lefigaro.fr/sciences/cancer-du-sein-des-femmes-agees-stop-a-l-inegalite-des-chances-20211003>
16. Enquête auprès des femmes invitées pour la dernière au dépistage organisé du cancer du sein [Internet]. [cité 7 janv 2022]. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/e8c4c8fb-5989-4d9a-a546-1d65941d94e8>
17. Haute Autorité de Santé. Dépistage du cancer du sein chez les femmes de 40 à 49 ans et de 70 à 79 ans en France. 21 mars 2013;44.
18. Dépistage du cancer du sein entre 70 et 74 ans | KCE [Internet]. [cité 5 août 2022]. Disponible sur: <https://kce.fgov.be/fr/publications/tous-les-rapports/depistage-du-cancer-du-sein-entre-70-et-74-ans>
19. Cancerdusein.org - La campagne d'information [Internet]. [cité 25 juill 2022]. Disponible sur: <http://www.cancerdusein.org/octobre-rose/la-campagne-d-information>
20. Que faisons-nous? · Cancer Rose [Internet]. Cancer Rose. [cité 25 juill 2022]. Disponible sur: <https://cancer-rose.fr/que-faisons-nous/>
21. 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.* déc 2014;148(3):645-54.
22. Malmgren JA, Parikh J, Atwood MK, Kaplan HG. Improved Prognosis of Women Aged 75 and Older with Mammography-detected Breast Cancer. *Radiology.* 1 déc 2014;273(3):686-94.
23. Cancer du sein : la détection précoce - Dépistage du cancer du sein [Internet]. [cité 5 août 2022]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-sein/Cancer-du-sein-la-detection-precoce>
24. Démographie des professionnels de santé - DREES [Internet]. [cité 22 juill 2022]. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/#>
25. Dusaussoy ML. Etude des pratiques concernant le dépistage individuel du cancer du sein chez la femme de plus de 74 ans auprès des médecins généralistes de la Somme. 12 oct 2020;86.

26. Lauby-Secretan B, Scoccianti C, Loomis D, Benbrahim-Tallaa L, Bouvard V, Bianchini F, et al. Breast-Cancer Screening — Viewpoint of the IARC Working Group. *N Engl J Med*. 11 juin 2015;372(24):2353-8.
27. Van Dijck JAAM, Broeders MJM, Verbeek ALM. Mammographic Screening in Older Women. *Drugs Aging*. 1 févr 1997;10(2):69-79.
28. Webb ML, Cady B, Michaelson JS, Bush DM, Calvillo KZ, Kopans DB, et al. A failure analysis of invasive breast cancer: Most deaths from disease occur in women not regularly screened. *Cancer*. 2014;120(18):2839-46.
29. Wolf CD. Diversité des programmes de dépistage du cancer du sein dans les différents pays. 2006;4.
30. Onega T, Haas JS, Bitton A, Brackett C, Weiss J, Goodrich M, et al. Alignment of Breast Cancer Screening Guidelines, Accountability Metrics, and Practice Patterns. *Am J Manag Care*. janv 2017;23(1):35-40.
31. Exbrayat C. et al. Sensibilité et spécificité du programme de dépistage organisé du cancer du sein à partir des données de cinq départements français, 2002-2006. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. 26 sept 2012;
32. Hofvind S, Ponti A, Patnick J, Ascunce N, Njor S, Broeders M, et al. False-Positive Results in Mammographic Screening for Breast Cancer in Europe: A Literature Review and Survey of Service Screening Programmes. *J Med Screen*. 1 sept 2012;19(1\_suppl):57-66.
33. Les réponses à vos questions - Dépistage du cancer du sein [Internet]. [cité 30 août 2022]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Les-reponses-a-vos-questions>
34. Ryser MD, Lange J, Inoue LYT, O'Meara ES, Gard C, Miglioretti DL, et al. Estimation of Breast Cancer Overdiagnosis in a U.S. Breast Screening Cohort. *Ann Intern Med* [Internet]. 1 mars 2022 [cité 25 juill 2022]; Disponible sur: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M21-3577>
35. Wilcox M. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. [cité 6 janv 2022]; Disponible sur: [https://core.ac.uk/reader/28970371?utm\\_source=linkout](https://core.ac.uk/reader/28970371?utm_source=linkout)
36. Christiansen SR, Autier P, Støvring H. Change in effectiveness of mammography screening with decreasing breast cancer mortality: a population-based study. *Eur J Public Health*. 23 juin 2022;ckac047.
37. Accueil [Internet]. MyPeBS. [cité 21 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.mypebs.eu/fr/>
38. Martin Winckler. Les brutes en blanc. Flammarion. 2016.
39. Pratiques et conditions d'exercice des médecins généralistes - Colloque du 9 novembre 2017 à l'Académie nationale de médecine de Paris | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 25 juill 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites->

sante.gouv.fr/colloques/pratiques-et-conditions-dexercice-des-medecins-generalistes-colloque-du-9-novembre-2017

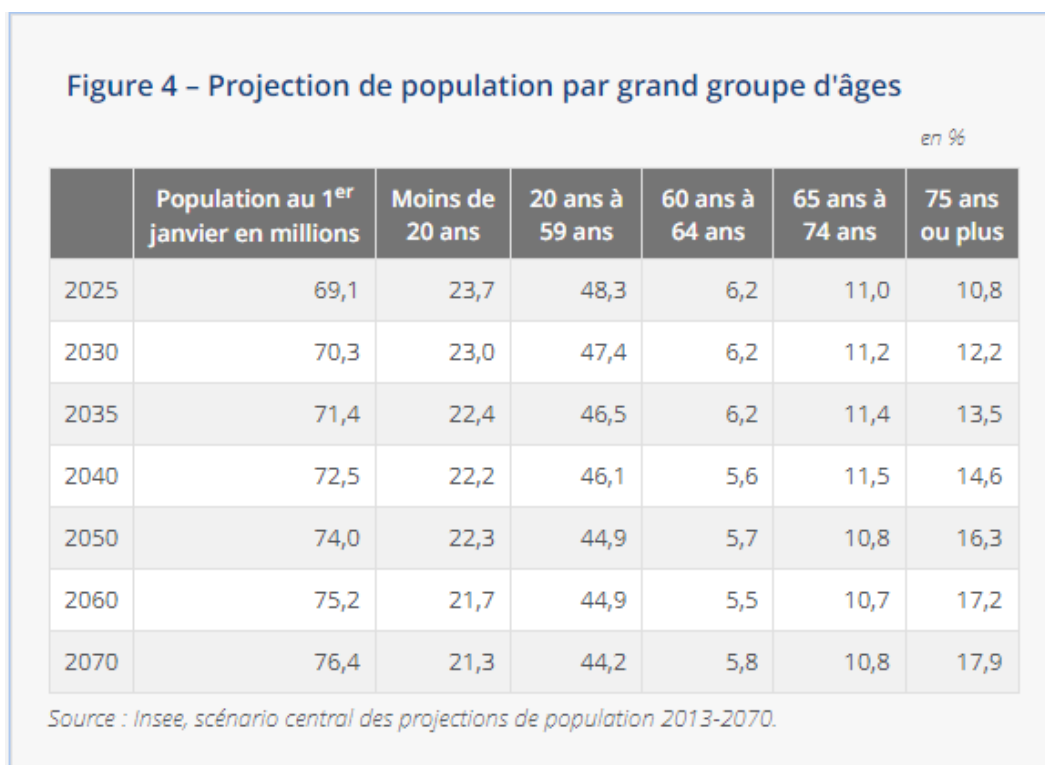
40. La gynécologie médicale [Internet]. FNCGM. [cité 12 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.fncgm.com/qui-sommes-nous/la-gynecologie-medecine.html>
41. DES de médecine générale [Internet]. ISNAR-IMG. [cité 29 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/pendant-linternat/des-de-medecine-generale/>
42. Van Ravesteyn NT, Stout NK, Schechter CB, Heijnsdijk EAM, Alagoz O, Trentham-Dietz A, et al. Benefits and Harms of Mammography Screening After Age 74 Years: Model Estimates of Overdiagnosis. *JNCI J Natl Cancer Inst.* 6 mai 2015;107(7):djv103.
43. Kotwal AA, Walter LC. Cancer Screening Among Older Adults: A geriatrician's perspective on breast, cervical, colon, prostate, and lung cancer screening. *Curr Oncol Rep.* 15 août 2020;22(11):108.
44. Lee SJ, Leipzig RM, Walter LC. "When Will it Help?" Incorporating Lagtime to Benefit into Prevention Decisions for Older Adults. *JAMA.* 25 déc 2013;310(24):2609-10.
45. Lee SJ, Boscardin WJ, Stijacic-Cenzer I, Conell-Price J, O'Brien S, Walter LC. Time lag to benefit after screening for breast and colorectal cancer: meta-analysis of survival data from the United States, Sweden, United Kingdom, and Denmark. *The BMJ.* 8 janv 2013;346:e8441.
46. Déserts médicaux: comment les définir? Comment les mesurer? [Internet]. [cité 12 sept 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dd17.pdf>
47. Face à la pénurie de gynécologues médicaux, généralistes et sages-femmes soulignent leur propre rôle central [Internet]. *Le Quotidien du Médecin.* [cité 25 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/face-la-penurie-de-gynecologues-medicaux-generalistes-et-sages-femmes-soulignent-leur-propre-role>
48. IRM - Diagnostic [Internet]. [cité 29 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Diagnostic/IRM>
49. Harvey BJ, Miller AB, Baines CJ, Corey PN. Effect of breast self-examination techniques on the risk of death from breast cancer. *CMAJ Can Med Assoc J.* 1 nov 1997;157(9):1205-12.
50. Kösters JP, Gøtzsche PC. Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(2):CD003373.
51. Hackshaw AK, Paul EA. Breast self-examination and death from breast cancer: a meta-analysis. *Br J Cancer.* 7 avr 2003;88(7):1047-53.
52. Octobre Rose 2021 - La campagne de lutte contre le cancer du sein [Internet]. *Radio France.* [cité 14 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.radiofrance.com/actualite/octobre-rose-2021-la-campagne-de-lutte-contre-le-cancer-du-sein>

53. Thèse Elise WOLFF Dépistage Cancer du Sein Femmes Agées.pdf [Internet]. [cité 13 déc 2021]. Disponible sur: <https://medecine-generale.sorbonne-universite.fr/wp-content/uploads/2020/02/The%CC%80se-Elise-WOLFF-De%CC%81pistage-Cancer-du-Sein-Femmes-Age%CC%81es.pdf>
54. Suivi gynécologique et contraception [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 18 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.ordre-sages-femmes.fr/votre-sage-femme/competences/suivi-gynecologique-et-contraception/>

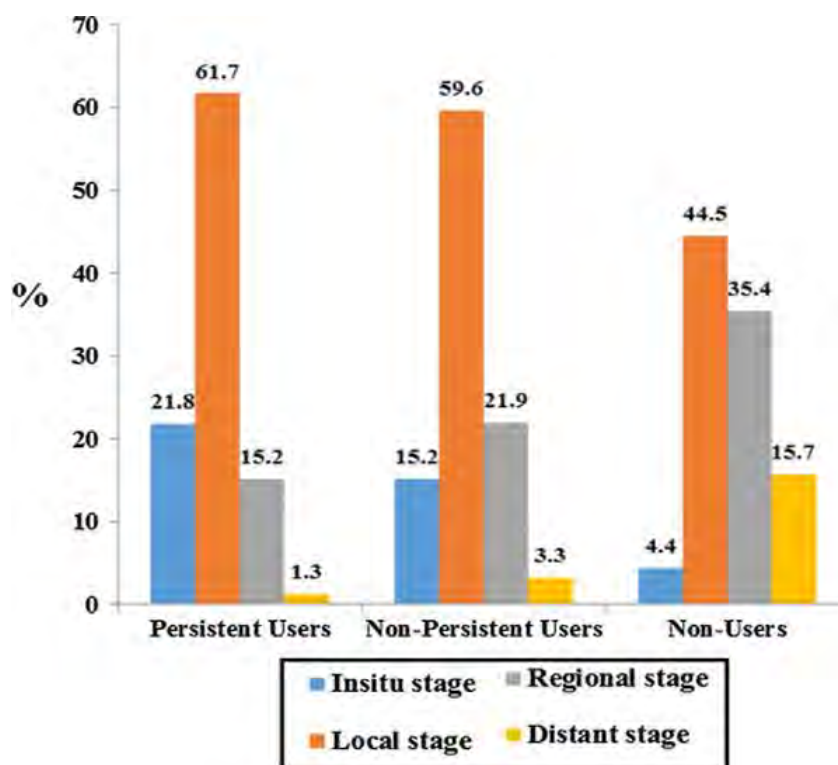


## VI. ANNEXES

### Annexe 1 : Projection de population par grand groupe d'âge, selon l'Insee (2)



### Annexe 2 : Stades du diagnostic de cancer du sein selon la poursuite ou non du dépistage par mammographie chez les femmes de 70 ans et plus, selon Vyas et al. (21)



## Etat des lieux des pratiques des médecins généralistes et gynécologues concernant le dépistage du cancer du sein des femmes après 75 ans

Depuis le début des années 2010, on remarque une augmentation de la part des personnes âgées dans la population française. De plus, il existe une progression de l'espérance de vie en bonne santé.

Actuellement, le dépistage organisé du cancer du sein concerne uniquement les femmes âgées de 50 à 74 ans. Après cet âge-là, elles ne reçoivent plus de convocation par courrier, et c'est donc au médecin traitant d'assurer la continuité des soins.

Cette thèse a pour but d'évaluer la fréquence de réalisation d'un dépistage individuel du cancer du sein chez la femme âgée de 75 ans et plus chez les médecins généralistes et gynécologues THESES, remplaçants ou installés.

Le questionnaire prend moins de 5 minutes à remplir. Les réponses sont anonymes et aucun jugement ne sera porté sur votre pratique.

Je vous remercie pour le temps que vous voudrez bien consacrer à répondre à ce questionnaire.

1. Vous êtes : \*

*Une seule réponse possible.*

Une femme

Un homme

2. Quel âge avez-vous? \*

---

3. Dans quel milieu exercez-vous ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Urbain
- Semi-rural
- Rural

4. Vous êtes : \*

*Une seule réponse possible.*

- Médecin installé
- Médecin remplaçant

En tant que gynécologue

? \*

- Oui
- Non

6. Quelle spécialité exercez-vous ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Médecin généraliste *Passer à la question 10*
- Gynécologue (spécialité médicale ou obstétrique) *Passer à la question 7*

7. Vous exercez: \*

*Une seule réponse possible.*

- Une activité libérale
- Une activité salariée
- Une activité mixte

8. Avez-vous une formation complémentaire en oncologie et/ou en oncogériatrie ?

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

9. Si oui, précisez quelle formation vous avez effectuée : \*

Mettez 0 si vous avez répondu "non" à la question précédente.

---

Passer à la question 13

En tant que médecin généraliste

10. Sur 10 consultations de médecine générale, combien de consultations sont dédiées à la gynécologie ? \*

*Une seule réponse possible.*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Avez-vous une formation complémentaire en gynécologie, gériatrie ou en oncogériatrie ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

12. Si oui, précisez quelle formation vous avez effectuée : \*

Mettez 0 si vous avez répondu "non" à la question précédente.

---

Concernant le dépistage du cancer du sein chez les femmes âgées de 75 ans et plus sans facteur de risque surajouté

13. Que pensez-vous de la stratégie nationale du dépistage organisé du cancer du sein (une mammographie tous les 2 ans entre 50 et 74 ans) ? \*

*Une seule réponse possible.*

- C'est une bonne stratégie de dépistage
- Je pense qu'elle pourrait être améliorée
- Je la trouve inutile voire même néfaste

14. Abordez-vous le sujet de l'autopalpation avec vos patientes de 75 ans et plus ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

15. Proposez-vous un dépistage individuel aux femmes de 75 ans et plus ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non *Passer à la question 19*
- Non mais je l'adresse à un(e) gynécologue pour le suivi  
*Passer à la question 19*

Vous avez déclaré proposer un dépistage individuel du cancer du sein aux femmes de 75 ans et plus sans facteur de risque surajouté

16. Quel(s) examen(s) proposez-vous à vos patientes de 75 ans et plus pour le dépistage individuel du cancer du sein? A quel rythme proposez-vous ces examens? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

	Tous les 6 mois	Une fois par an	Tous les 2 ans	Selon la situation clinique	Je ne propose pas cet examen
<b>Palpation mammaire</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Palpation de la région axillaire</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mammographie bilatérale</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Échographie mammaire bilatérale</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>IRM mammaire</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Autre examen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Avez-vous la même démarche avec les femmes que vous suivez en visite à leur domicile ou en EHPAD ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui    *Passer à la question 20*
- Non    *Passer à la question 18*
- Je ne fais pas de visite à domicile et/ou en EHPAD    *Passer à la question 20*

Chez les patientes de 75 ans et plus au domicile ou en EHPAD

18. Pour quelles raisons ne proposez-vous pas de dépistage individuel aux patientes suivies au domicile ou en EHPAD ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- Je n'y pense pas quand je pars en visite
- Il y a souvent beaucoup de problèmes à régler lors de la visite, je n'ai pas le temps
- Le rapport bénéfice/risque du dépistage est défavorable pour ces patientes
- Les difficultés de déplacements de ces patientes sont un facteur limitant
- Autre : \_\_\_\_\_

*Passer à la question 20*

Vous avez déclaré ne pas proposer de dépistage individuel du cancer du sein aux femmes de 75 ans et plus sans facteur de risque surajouté

19. Pour quelles raisons ne proposez-vous pas de dépistage du cancer du sein à partir de 75 ans ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- Je ne me sens pas suffisamment compétent(e) dans ce domaine
- Je considère qu'à partir de 75 ans, le rapport bénéfice/risque du dépistage est défavorable
- Il existe un risque majeur de surdiagnostic de tumeurs d'évolution très lente
- À partir de 75 ans, l'état général des patientes ne leur permet pas de recevoir un traitement optimal
- À partir de 75 ans, il y a plus d'effets indésirables que de bénéfices du traitement
- Le faible nombre de centres de radiologie dans mon département est un réel frein
- Autre : \_\_\_\_\_

Concernant Cancer Rose...

Cancer Rose est un site d'informations sur le dépistage du cancer du sein.

20. Avez-vous déjà entendu parler de Cancer Rose ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non *Passer à la question 23*

21. Que pensez-vous des idées développées par ce site d'informations? \*

*Une seule réponse possible.*

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas d'accord du tout

22. Le site Cancer Rose a-t-il influencé votre pratique concernant le dépistage du cancer du sein en général? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

Concernant  
Octobre  
Rose...

Octobre Rose est le nom donné à la campagne de lutte contre le cancer du sein organisée par l'association Ruban Rose chaque année au mois d'octobre.  
Cette association a pour objectif de lutter contre le cancer du sein en informant, en dialoguant et en mobilisant.

23. Avez- vous déjà entendu parler de la campagne d'information Octobre Rose? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

24. La campagne d'information Octobre Rose a-t-elle influencé votre pratique concernant le dépistage du cancer du sein en général? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non



**Annexe 4** : Arguments en commentaire libre contre la poursuite du dépistage du cancer du sein après 75 ans

- **Dépistage au cas par cas**

- « Comme avec toutes les femmes, je pense qu'attendre un symptôme pour faire une mammo peut-être le meilleur rapport bénéfice » ;
- « Je propose la poursuite de la mammographie au cas par cas » ;
- « Je ne propose rien de systématique juste des recommandations à la palpation annuelle, à l'autopalpation et à la mammo au cas par cas selon les antécédents »

- **Faible efficacité sur la mortalité globale**

- « Déjà que le dépistage collectif de 50 à 75 ans n'a pas prouvé d'amélioration de la mortalité globale (j'ai travaillé la question avec un confrère canadien anglophone) » ;
- « Déjà que le dépistage de 50 à 74 ans n'a pas prouvé son efficacité sur la mortalité totale, seulement sur la mortalité par cancer du sein dans certaines études (donc le nombre de morts évités par cancer du sein est contrebalancé par le nombre de morts faisant suite au dépistage collectif) »

- **Trop peu de patientes de 75 ans et plus**

- « J'ai assez peu de patientes de plus de 75 ans en très bon état général qui me consultent pour de la gynécologie (je pourrais aborder le sujet mais souvent pas assez de temps) » ;
- « Je n'ai pas beaucoup de patientes de plus de 75 ans, j'ai rarement l'occasion d'aborder ce sujet avec elles »

- **Oubli de la part des médecins**

- « C'est un oubli de ma part auquel je dois remédier » ;
- « Je n'y pense pas, je traite spontanément le motif de consulter et ne pense pas assez à la prévention »

- **Absence de recommandations officielles**

- « Pas de recommandation officielle »
- « Suivi des recommandations nationales, sauf si demande de la patiente »

# RÉSUMÉ

**Titre :** Le dépistage du cancer du sein chez les femmes âgées de 75 ans et plus – Étude épidémiologique transversale descriptive chez les médecins généralistes et gynécologues de l'ancienne région Midi-Pyrénées

**Introduction :** Le cancer du sein est la 1<sup>ère</sup> cause de mortalité chez la femme jusqu'à 85 ans. Malgré le vieillissement de la population, le programme national de dépistage organisé du cancer du sein s'arrête à 74 ans inclus et il dépend ensuite du risque individuel de chaque patiente. L'objectif principal est d'analyser l'intérêt que portent les MG et les gynécologues au dépistage du cancer du sein des femmes âgées de 75 ans et plus.

**Matériel et méthodes :** Il s'agit d'une étude quantitative descriptive transversale menée auprès des médecins généralistes et gynécologues de l'ancienne région Midi-Pyrénées à l'aide d'un questionnaire diffusé par courriel. L'analyse a été descriptive puis comparative.

**Résultats :** 205 réponses ont été analysées. 74,6% des médecins de l'étude ont déclaré poursuivre le dépistage du cancer du sein après 75 ans, le plus souvent par une palpation mammaire et axillaire annuelle et une mammographie tous les 2 ans. 24,9% des participants, dont 44 MG et 7 gynécologues, ont affirmé renoncer au dépistage après 75 ans, mettant en avant principalement le rapport bénéfice/risque défavorable et le risque de surdiagnostic.

**Conclusion :** La poursuite ou non du dépistage du cancer du sein chez les femmes de 75 ans et plus est influencé par de nombreux facteurs à la fois individuels (liés aux patientes et aux médecins) et environnementaux. Le meilleur compromis semble être la prise en compte de l'espérance et de la qualité de vie des patientes plutôt que leur âge. L'inclusion des femmes âgées dans des études de grande ampleur est nécessaire afin d'évaluer les effets du dépistage du cancer du sein sur elles. Le MG étant l'acteur principal des soins de premiers recours, la formation des internes et des jeunes MG, notamment en santé de la femme, doit donc être une priorité des politiques publiques.

**Mots clés :** Cancer du sein - Femme âgée - Dépistage - Médecine Générale - Gynécologie

# ABSTRACT

**Title:** Breast cancer screening in women beyond 75 years old – Cross-sectional descriptive study among general practitioners and gynecologists in Midi-Pyrénées

**Introduction:** Breast cancer is the leading cause of death in women up to 85 years old. Despite the aging of population, the national mass screening program stops at age 74 and then, depends on the individual risk of each patient. The main objective is to analyze the interest of general practitioners and gynecologists in breast cancer screening in women beyond 75 years old.

**Material and methods:** This is a quantitative descriptive cross-sectional study conducted among general practitioners and gynecologists in the former Midi-Pyrénées region, using a questionnaire distributed by email. The analysis was descriptive then comparative.

**Results:** 205 answers were analyzed. 74.6% of the surveyed physicians reported continuing breast cancer screening after 75 years old, most often by annual breast and axillary palpation and a mammography every two years. 24.9% of the participants, including 44 general practitioners and 7 gynecologists, reported giving up screening after 75 years old, highlighting the unfavorable benefit/risk ratio and the risk of over diagnosis.

**Conclusion:** The decision of continuing breast cancer screening in women older than 75 years old is influenced by many factors, both individuals (related to patients and practitioners) and environmental. The best compromise seems to considering the patients' life expectancy and quality of life rather than their age. The inclusion of older women in large studies is necessary to assess the effects of breast cancer screening on them. The general practitioner being the main actor in primary care, the training of students and young general practitioners, particularly in woman health, must therefore be a public policies priority.

**Keywords:** Breast cancer – Older women – Screening – General Practice – Gynecology

**Auteur :** Agathe SCHMITT

**Titre :** Le dépistage du cancer du sein chez les femmes âgées de 75 ans et plus – Étude épidémiologique transversale descriptive chez les médecins généralistes et gynécologues de l'ancienne région Midi-Pyrénées

**Discipline administrative :** Médecine Générale

**Directeur de thèse :** Vladimir DRUEL

**Lieu et date de soutenance :** Faculté de Santé de Toulouse – 17 octobre 2022

---

**Introduction :** Le cancer du sein est la 1<sup>ère</sup> cause de mortalité chez la femme jusqu'à 85 ans. Malgré le vieillissement de la population, le programme national de dépistage organisé du cancer du sein s'arrête à 74 ans inclus et il dépend ensuite du risque individuel de chaque patiente. L'objectif principal est d'analyser l'intérêt que portent les MG et les gynécologues au dépistage du cancer du sein des femmes âgées de 75 ans et plus. **Matériel et méthodes :** Il s'agit d'une étude quantitative descriptive transversale menée auprès des médecins généralistes et gynécologues de l'ancienne région Midi-Pyrénées à l'aide d'un questionnaire diffusé par courriel. L'analyse a été descriptive puis comparative. **Résultats :** 205 réponses ont été analysées. 74,6% des médecins de l'étude ont déclaré poursuivre le dépistage du cancer du sein après 75 ans, le plus souvent par une palpation mammaire et axillaire annuelle et une mammographie tous les 2 ans. 24,9% des participants, dont 44 MG et 7 gynécologues, ont affirmé renoncer au dépistage après 75 ans, mettant en avant principalement le rapport bénéfique/risque défavorable et le risque de surdiagnostic. **Conclusion :** La poursuite ou non du dépistage du cancer du sein chez les femmes de 75 ans et plus est influencé par de nombreux facteurs à la fois individuels (liés aux patientes et aux médecins) et environnementaux. Le meilleur compromis semble être la prise en compte de l'espérance et de la qualité de vie des patientes plutôt que leur âge. L'inclusion des femmes âgées dans des études de grande ampleur est nécessaire afin d'évaluer les effets du dépistage du cancer du sein sur elles. Le MG étant l'acteur principal des soins de premiers recours, la formation des internes et des jeunes MG, notamment en santé de la femme, doit donc être une priorité des politiques publiques.

---

### **Breast cancer screening in women beyond 75 years old – Cross-sectional descriptive study among general practitioners and gynecologists in Midi-Pyrénées**

**Introduction:** Breast cancer is the leading cause of death in women up to 85 years old. Despite the aging of population, the national mass screening program stops at age 74 and then, depends on the individual risk of each patient. The main objective is to analyze the interest of general practitioners and gynecologists in breast cancer screening in women beyond 75 years old. **Material and methods:** This is a quantitative descriptive cross-sectional study conducted among general practitioners and gynecologists in the former Midi-Pyrénées region, using a questionnaire distributed by email. The analysis was descriptive then comparative. **Results:** 205 answers were analyzed. 74.6% of the surveyed physicians reported continuing breast cancer screening after 75 years old, most often by annual breast and axillary palpation and a mammography every two years. 24.9% of the participants, including 44 general practitioners and 7 gynecologists, reported giving up screening after 75 years old, highlighting the unfavorable benefit/risk ratio and the risk of over diagnosis. **Conclusion:** The decision of continuing breast cancer screening in women older than 75 years old is influenced by many factors, both individuals (related to patients and practitioners) and environmental. The best compromise seems to considering the patients' life expectancy and quality of life rather than their age. The inclusion of older women in large studies is necessary to assess the effects of breast cancer screening on them. The general practitioner being the main actor in primary care, the training of students and young general practitioners, particularly in woman health, must therefore be a public policies priority.

---

**Mots-Clés :** Cancer du sein - Femme âgée - Dépistage - Médecine Générale - Gynécologie

---