

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2011

N° 137

THESE

Pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES de Médecine Générale

par

Anne DELCHER

Née le 12 novembre 1983 à Nantes

Présentée et soutenue publiquement le 13 décembre 2011

**LE DEPISTAGE INDIVIDUEL DU CANCER DU SEIN
CHEZ LES FEMMES DE PLUS DE 74 ANS**

IDENTIFICATION DES PRATIQUES DES MEDECINS GENERALISTES.

Président : Monsieur le Professeur Gilles BERRUT

Directeur de thèse : Madame le Docteur Laure de DECKER

Liste des abréviations:

ACR: American College of Radiology

ADL: Activities of Daily Living

ATCD: Antecedent

DMO : Dépistage de Masse Organisé

ECA : Examen Clinique Annuel

EGS : Evaluation Gériatrique standardisée

FDR : Facteur De Risque

RH : Récepteurs Hormonaux

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SBR : Scarff Bloom Richardson

THS : Traitement Hormonal Substitutif

Sommaire

1-Introduction..... 7

1.1- Le cancer du sein chez les femmes âgées..... 8

1.1.1- Définitions..... 8

1.1.2- Incidence et mortalité du cancer du sein 9

1.1.3- Les facteurs de risque et les facteurs protecteurs du cancer du sein 14

1.1.4- Le diagnostic du cancer du sein chez les femmes âgées 16

1.1.5- Les connaissances des femmes âgées au sujet du cancer du sein 18

1.1.6- Les particularités histologiques du cancer du sein chez les femmes âgées 18

1.1.7- Les traitements du cancer du sein chez les femmes âgées 19

1.2- Le dépistage du cancer du sein, chez les femmes de 50 à 74 ans 23

1.2.1- Définition du dépistage 24

1.2.2- Le dépistage organisé du cancer du sein en France..... 25

1.2.3- La technique du dépistage de masse organisé 26

1.2.4- La mammographie et les femmes 27

1.2.5- L'exposition aux radiations 29

1.2.6- Le coût du dépistage de masse organisé..... 29

1.3-Le dépistage du cancer du sein chez les femmes âgées	31
1.3.1- Les recommandations du dépistage du cancer du sein chez les femmes âgées aux Etats-Unis	31
1.3.2- Le dépistage du cancer du sein chez les femmes âgées en France.....	32
1.3.3- La mammographie et l'incidence du cancer du sein chez les femmes âgées.....	33
1.3.4- Ce que pensent les femmes âgées du dépistage du cancer du sein.....	34
1.3.5- Les éléments favorables et défavorables au dépistage du cancer du sein chez les femmes âgées	35
1.3.6- Les facteurs influençant le dépistage du cancer du sein chez les femmes âgées	37
1.3.7- Dépistage du cancer du sein chez les femmes âgées et considérations financières	43
 2-Méthodes.....	 44
2.1- Justificatif de l'étude.....	44
2.2-Les objectifs de l'étude	46
2.3- Population étudiée.....	47
2.4- Description de l'étude	48
2.5- Variables étudiées	49
2.6- Traitement des données	50

3-Résultats..... 51

3.1- Les données recueillies..... 51

3.2-Les caractéristiques des médecins qui ont répondu au questionnaire 52

3.2.1- Mode d'exercice..... 52

3.2.2- Zone d'activité 53

3.2.3- Age des médecins généralistes 53

3.2.4- Sexe des médecins généralistes..... 54

3.2.5- Acquisition d'une Capacité de Gériatrie 54

3.2.6- Activité gynécologique des médecins généralistes 55

3.3-Les médecins généralistes et le dépistage organisé du cancer du sein (50-74 ans)..... 56

3.3.1- Le dépistage des femmes de 50-74 ans, par un examen clinique annuel 56

3.3.2- Le dépistage des femmes de 50 à 74 ans, par une mammographie tous les deux ans..... 58

3.4- Les médecins généralistes et le dépistage individuel du cancer du sein chez les femmes de plus de 74 ans 60

3.4.1- Les médecins généralistes poursuivent-ils le dépistage individuel du cancer du sein chez les femmes de plus de 74 ans ? 60

3.4.2- Oui, les médecins généralistes poursuivent le dépistage individuel du cancer du sein chez les femmes de plus de 74 ans..... 63

3.4.3- Non, les médecins généralistes ne poursuivent pas le dépistage individuel du cancer du sein chez les femmes de plus de 74 ans 73

4-Discussion 75

Conclusion	88
Tables des matières.....	89
Liste des tableaux	92
Liste des figures	95
Bibliographie.....	96
Annexes.....	106
Serment médical.....	114

La médecine n'est certes pas un jeu de piste. Pourtant la métaphore du dépistage lui convient. Le mot de piste vient de l'italien, et remonte à un verbe latin qui correspond à « piétiner » ce qui explique qu'il s'agit d'une trace. Pister, suivre à la piste, c'est à dire à la trace, ne s'oppose nullement à dépister, « découvrir le gibier en suivant ses traces ». Une recherche rendue possible par les traces, cela correspond assez bien au diagnostic, qui s'appuie sur des symptômes. Symptômes et traces sont des signes dont la signification démasque un coupable, la maladie. Ainsi un simple mot pris au figuré, « dépistage », peut se déplier en allégorie. La médecine traque et dépiste, décrypte et détecte les maladies : c'est un chasseur et un détective.

Alain REY (1928-)

Linguiste et lexicographe français.

Rédacteur en chef des éditions « Le Robert ».

Préambule

Le cancer du sein est un problème de santé publique. C'est le cancer le plus fréquent chez la femme dans les pays occidentaux [1]. Son incidence augmente nettement et régulièrement avec l'âge, passant de 60/100000 pour les femmes de moins de 65 ans à 375/100000 pour les femmes de plus de 85 ans [2]. Ainsi en France, statistiquement, une femme sur 10 vivant jusqu'à 80 ans développera un cancer du sein au cours de son existence [3].

Le cancer du sein représente aussi la première cause de mortalité par cancer chez la femme [4]. Son pronostic est d'autant plus favorable que la maladie est détectée à un stade précoce [5].

En France, depuis 2004, le dépistage de masse du cancer du sein est organisé tous les 2 ans pour les patientes de 50 à 74 ans sur tout le territoire français. Mais qu'en est-il pour les femmes, passé l'âge de 74 ans ?

Doit-on arrêter le dépistage du cancer du sein après 74 ans alors que son incidence augmente avec l'âge, et que l'espérance de vie en bonne santé des femmes augmente [6] ?

La question du dépistage individuel du cancer du sein après 74 ans se pose.

Les médecins généralistes occupent une place centrale dans cette réflexion. En effet à cet âge (75 ans), peu de femmes se font encore suivre par un gynécologue et c'est souvent lors d'une consultation de suivi auprès du médecin généraliste que cette question est évoquée. Mais lui qu'en pense-t-il ? Quelle est sa pratique ?

Après avoir réalisé une recherche bibliographique sur le cancer du sein chez les femmes âgées et son dépistage, nous avons essayé d'identifier les pratiques des médecins généralistes de Vendée et de Loire Atlantique, vis à vis du dépistage individuel du cancer du sein chez les

patientes de plus de 74 ans; et cela à travers un questionnaire envoyé à 181 médecins généralistes.

1-Introduction

Rappel historique

Le premier récit sur le cancer du sein remonte à l'Antiquité. Hippocrate le décrit comme tel « Le cancer du sein se manifeste à son début par une tumeur en nodule induré qui se forme dans les mamelles des femmes, ménopausées le plus souvent. Cette tumeur est de volume variable. Elle devient de plus en plus grosse et de plus en plus dure. L'évolution se fait vers une atteinte de l'état général et la mort survient de façon inéluctable ».

Il est le premier à comparer cette tumeur à un crabe (carcino, en grec; cancer en latin), dont le corps représenterait la masse principale du nodule primitif et les pinces enserrant le thorax, les prolongements périphériques [7].

Au Moyen Âge, Aetius, chirurgien d'Alexandrie découvre les adénopathies axillaires. Et c'est au 18^e et 19^e siècle que sera mise en évidence la dissémination cancéreuse à tout l'organisme [7].

Le cancer du sein, est donc connu depuis de nombreux siècles, et occupe depuis longtemps les médecins, les chirurgiens quant à sa prise en charge, son traitement et son dépistage.

1.1- Le cancer du sein chez les femmes âgées

1.1.1- Définitions

Le cancer du sein

Le sein est composé de quinze à vingt compartiments, séparés par du tissu graisseux qui donne au sein la forme qu'on lui connaît. Chacun de ces compartiments est constitué de «lobules» et de «canaux». Le rôle des lobules est de produire le lait en période d'allaitement, les canaux transportent ensuite le lait vers le mamelon.

Un cancer apparaît lorsque des cellules d'une partie du sein se multiplient de façon anarchique. Les cellules cancéreuses se développent à partir des canaux et des lobules du sein. La cancérogénèse s'effectue par étapes successives. On définit un continuum lésionnel: hyperplasie simple, c'est à dire une augmentation modérée du nombre d'assises cellulaires, hyperplasie atypique où, à l'augmentation nette de l'épaisseur des lésions, s'ajoutent des anomalies cytologiques, enfin cancer in situ, c'est à dire la prolifération anarchique avec respect de la membrane basale. L'étape finale est celle du passage du cancer in situ au cancer invasif. Chacun des passages d'une étape à la suivante est peu fréquent, ce qui explique que seule une petite proportion des lésions progresse jusqu'au stade de cancer invasif. Par ailleurs, cette progression n'est pas inéluctable et peut s'arrêter à chacune des étapes, voire pourrait régresser [8] [9].

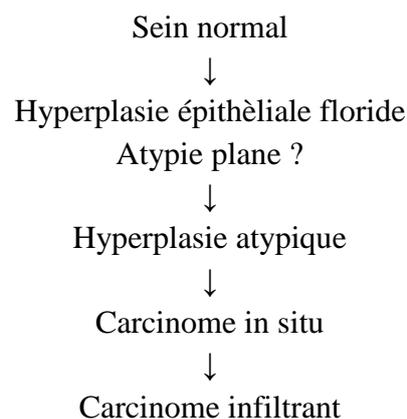


Figure 1: Continuum lésionnel du cancer du sein [9]

Le sujet âgé

Définir le sujet âgé est difficile, dans la mesure où il n'existe pas de critères objectifs pour décrire le concept de vieillesse.

L'Organisation Mondiale de la Santé considère le sujet âgé à partir de 65 ans et le National Institute of Aging définit 3 catégories : les 65-74 ans, ou young old; les 75-84 ans ou older old et les plus de 85 ans ou oldest old [10].

En France, les termes de 3^e et de 4^e âge évoquent dans l'esprit de chaque individu le début de la vieillesse. Le 3^e âge est défini selon un critère social. Classiquement, il correspond à l'âge du départ à la retraite, variable selon les lois sociales. Et le 4^e âge, est plutôt défini selon un critère physique, celui de la dépendance physique qui est très variable d'un sujet à l'autre.

Toutefois, il est communément admis que c'est l'âge physiologique qui devrait être le facteur décisionnel, car à âge chronologique égal, les disparités entre les patients sont grandes, en fonction notamment, des pathologies associées dont ils souffrent [11].

1.1.2- Incidence et mortalité du cancer du sein

1.1.2.1- Incidence et évolution du cancer du sein

Le cancer du sein est un problème de santé publique. C'est le cancer le plus fréquent chez la femme dans les pays occidentaux [1] puisque 36,7% des nouveaux cas de cancer chez la femme sont dus au cancer du sein [12]. En proportion par rapport aux autres cancers, il représente environ 50% des cancers de la femme avant 50 ans, et 20 % des cancers de la femme après 75 ans [13].

Néanmoins, il existe des disparités entre les pays, puisque le cancer du sein touche surtout les pays industrialisés. Son incidence est parfois jusqu'à 10 fois plus faible dans certaines régions de Chine [14].

En France en 2008, on comptait 50 569 nouveaux cas enregistrés par an, par l'assurance maladie [4]. On note une augmentation de près de 100% de l'incidence du cancer du sein depuis la fin des années 1970 à nos jours [15].

La région des Pays de la Loire connaît aussi une très forte progression au cours des dernières décennies puisqu'entre 1990 et 2000, le nombre annuel de nouveaux cas diagnostiqués a augmenté de 49% [16]. Cette évolution s'explique pour partie par l'augmentation et le vieillissement de la population. Mais elle résulte également d'une augmentation du taux d'incidence (+ 28 %) en lien avec des diagnostics plus précoces et l'élévation du risque avec les générations [16]. Sur la même période, l'augmentation limitée du taux de mortalité (+ 5 %) témoigne des progrès accomplis en termes de diagnostic et de traitement [16].

Incidence du cancer du sein chez les femmes âgées :

Selon certaines études le nombre de femmes de plus de 65 ans diagnostiquées avec un cancer du sein en 2025 aux Etats-Unis augmenterait de 72% par rapport à 1998 (d'environ 89500 en 1998 à environ 154000 en 2025 [17]).

En France en 2008, le cancer du sein représentait 14,8%, des cancers chez les femmes de 75 à 84 ans et 5,5% des cancers chez les femmes de plus de 85 ans [18].

localisation	Tous les cas	65-74ans		75-84ans		85 ans et +	
		Nb de cas	% de cas	Nb de cas	% de cas	Nb de cas	% de cas
sein	51012	10257	20,1	7557	14,8	2786	5,5

Tableau 1: Incidence du cancer du sein en fonction de l'âge en France. Estimation pour l'année 2008.

En Loire Atlantique en 2007, on a diagnostiqué 207 cancers du sein chez des patientes de 75 ans et plus. Parmi ces 207 patientes, 90 avaient entre 70 et 79 ans, 63 avaient entre 80 et 84 ans et enfin 54 patientes avaient plus de 85 ans.

Cancer infiltrant	2003	2004	2005	2006	2007
50-69 ans	291	248	250	210	274
60-74 ans	139	237	198	194	129
> 74 ans	142	162	166	168	207
75-79 ans	57	77	65	62	90
80-84 ans	52	61	63	62	63
> 85 ans	33	24	38	44	54

Tableau 2: Cancer du sein et personnes âgées [19]

En 2000, l'âge moyen au diagnostic de cancer du sein était de 61 ans [13]. Son incidence augmente nettement et régulièrement avec l'âge pour devenir maximum vers 60-69 ans, se tasse puis décroît autour de 85 ans [1].

L'âge est donc un facteur de risque important de cancer du sein.

Le tableau ci-dessous montre l'augmentation de l'incidence du cancer du sein avec l'âge.

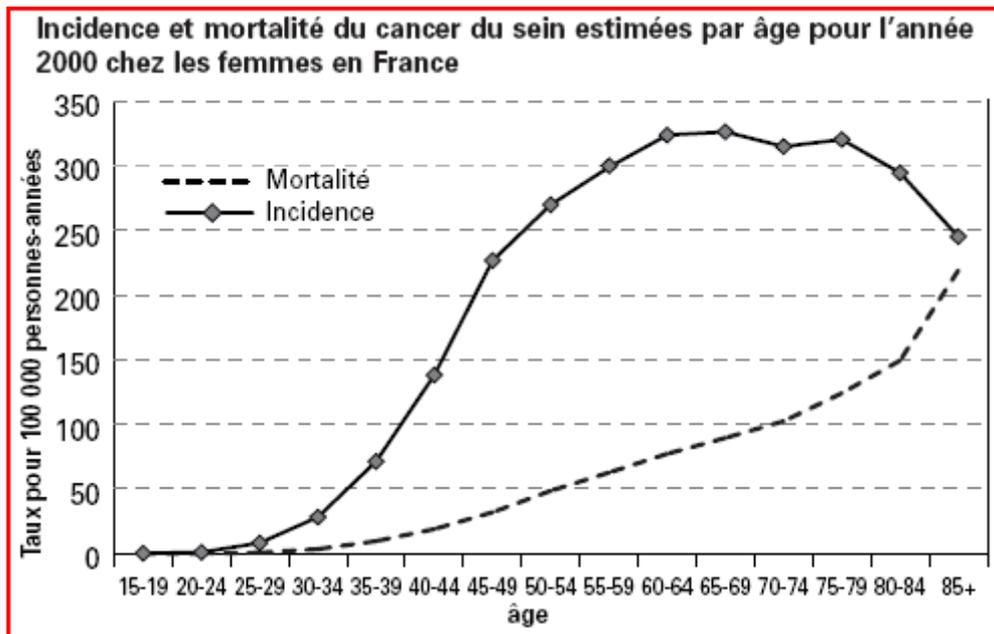


Figure 2: Incidence et mortalité du cancer du sein [1]

Pourquoi une telle décroissance, alors qu'elle devrait augmenter régulièrement?

En 2005, une étude Californienne a été réalisée sur l'incidence du cancer du sein rapportée à l'âge et à l'existence de dépistage (ou non) des femmes atteintes de cancer (entre 1988 et 1997). Il est montré que la décroissance de l'incidence correspondait au déclin du dépistage (à partir de 70 et surtout 75 ans), et donc une proportion de cancers pourrait être sous diagnostiquée [20].

1.1.2.2- Mortalité du cancer du sein

Le cancer du sein est la première cause de mortalité par cancer chez la femme dans le monde (19 décès pour 100 décès par cancer) [4].

En France, durant l'année 2000, sur les 57 734 femmes qui sont décédées d'un cancer, 20 % l'ont été à la suite d'un cancer du sein. Le cancer du sein est donc responsable de plus de 11000 décès par an [1]. Le risque pour une femme de développer un cancer du sein est de

12% et le risque de décès de 4%. Ce cancer touche donc une femme sur 8, et une femme sur 25 en meurt [13].

Le taux de mortalité du cancer du sein croît régulièrement avec l'âge jusqu'à 65-70 ans puis il s'accélère vers 80 ans (cf figure 2) [1]

En 2000, on comptait 3986 décès estimés par cancer du sein chez les femmes de plus de 75 ans.

Âge	0-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	total
Cas incidents estimés																	
Femme	1	3	19	167	598	1 562	2 971	4 787	5 677	4 244	4 462	4 721	4 397	4 027	1 967	2 242	41 845
Décès estimés																	
Femme	1	0	2	14	73	211	406	674	1 020	890	1 063	1 295	1 429	1 560	997	2 002	11 637

Tableau 3: Nombre de cas estimés et de décès du cancer du sein par tranche d'âge et par sexe en France en 2000 [21]

Mais si le cancer du sein va être la cause de mortalité de 73% des femmes atteintes entre 50 et 54 ans, il ne sera responsable que de 29% des décès des femmes de 85 ans et plus [22].

Par ailleurs, la mortalité est restée relativement stable entre 1980 et 2000, avec un taux annuel moyen d'évolution de 0,42 % (de 8 629 décès en 1980 à 11 637 en 2000) (cf figure 3) [1]. Et depuis 2000, cette mortalité amorce une décroissance (-1,3% par an sur la période 2000-2005) [23].

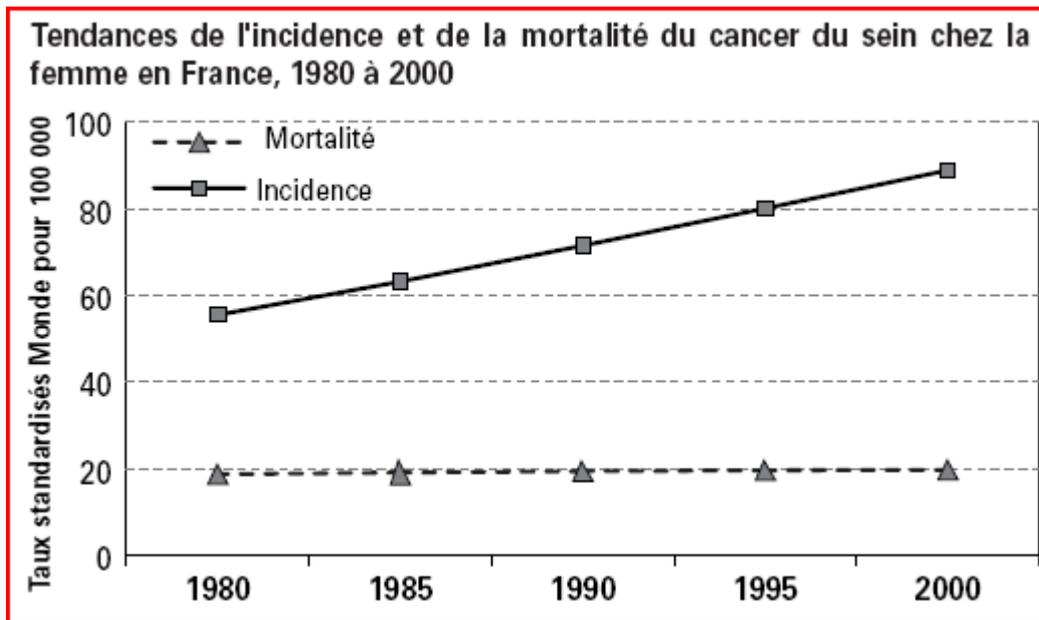


Figure 3: Incidence et mortalité du cancer du sein en France de 1980 à 2000 [1]

Les évolutions inverses de la mortalité et de l'incidence du cancer du sein peuvent s'expliquer en partie par l'amélioration des thérapeutiques et le diagnostic plus précoce lié au développement du dépistage en France, sans que leur part respective puisse être précisée [23].

Toutefois, le cancer du sein fait parti des cancers de très bon pronostic [24]. Son taux de survie relative est en France, un des meilleurs d'Europe. Sur la période 1995-1997, la survie relative à 5 ans du cancer du sein était de 86 %. Elle enregistrait cependant des variations selon l'âge: de 83 % chez les femmes les plus jeunes (15-44 ans), elle passait à 88 % en période péri-ménopausique (45-54 ans) mais diminuait chez les femmes les plus âgées: 85 % entre 55 et 64 ans, 83% entre 65 et 74 ans et 78 % après 75 ans [25].

1.1.3- Les facteurs de risque et les facteurs protecteurs du cancer du sein

On distingue plusieurs facteurs influençant la survenue du cancer du sein.

1- L'âge: l'incidence augmente régulièrement à partir de 30 ans. C'est le facteur de risque le plus important du cancer du sein [26].

2- Le sexe: le cancer du sein est presque exclusivement féminin (99%).

3- Les antécédents familiaux de cancer du sein en rapport avec les gènes BRCA 1 ou 2 (5 à 10% des cancers): Ce risque n'est cependant pas très important pour les femmes âgées puisque les cancers du sein familiaux sont généralement apparus avant 65 ans. En effet, concernant les formes familiales, leur proportion diminue avec l'âge, et la probabilité de trouver un cancer du sein lié à une mutation de type BRCA 1 et 2 n'est que de 3% au delà de 70 ans et de 1% après 80 ans [27].

4- Les facteurs hormonaux:

-Les règles précoces (avant 12 ans).

Le risque augmente avec la précocité de la survenue des premières règles. Chaque année de retard dans l'installation des premières règles s'associe à une réduction de 5% du risque [28].

-La ménopause tardive (après 50 ans).

Le risque augmente avec l'âge de survenue de la ménopause. Chaque année de retard dans l'installation de la ménopause s'associe à une augmentation de 3 à 4% du risque [29].

-L'âge à la première grossesse.

Le risque de cancer du sein diminue lorsque la première grossesse survient avant 30 ans et est accru si elle survient après 35 ans. De nombreuses études ont montré que les femmes ayant eu leur première grossesse après 35 ans ont un risque relatif de 1,5 par rapport à celles qui ont eu leur première grossesse avant 20 ans [30].

5- Le rôle des contraceptifs oraux :

L'augmentation du risque de cancer du sein par la prise d'une contraception orale apparaît minime et de courte durée. La méta-analyse du « Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer » retrouve un risque relatif de 1,24 chez les utilisatrices qui disparaît 10 ans après l'arrêt de la prise, une augmentation du risque lorsque le début de la prise se fait avant l'âge de 20 ans mais aucun lien avec la durée de la prise [31].

6- Les traitements hormonaux substitutifs de la ménopause (THS):

La littérature reste très controversée. Dans une étude portant sur 41837 femmes, il n'est retrouvé aucun effet des THS sur le risque de cancer du sein [32]. Alors qu'une autre étude retrouve une augmentation du risque de 26% au delà de 5,2 années d'utilisation d'un traitement hormonal substitutif de la ménopause [33].

7- Les facteurs alimentaires et le mode de vie:

-L'alcool.

Il existe une relation dose-dépendante entre la consommation d'alcool et le risque de cancer du sein. Ce risque augmente d'environ 7% par absorption de 10g d'alcool par jour [34].

-L'obésité:

L'obésité augmente le risque de cancer du sein chez la femme ménopausée [35]. Et d'après certaines études, l'adiposité abdominale élève ce risque [36].

-L'activité physique :

La grande majorité des études retrouvent une diminution du risque chez les femmes ayant une activité physique même après la ménopause, sans tenir compte du type d'activité ou de son intensité [37].

1.1.4- Le diagnostic du cancer du sein chez les femmes âgées

Aux Etats-Unis, 85% des femmes âgées détectent leur cancer du sein elles-mêmes, 12% sont détectés par le médecin et moins de 5 % par une mammographie systématique [38].

Le diagnostic de cancer du sein est facilité chez les femmes âgées

Chez les femmes âgées, le diagnostic clinique et radiologique du cancer du sein est plus simple, du fait de l'involution adipeuse du sein avec l'âge ce qui permet de mieux palper une tumeur ou de mieux la visualiser sur une mammographie [27].

Chez les femmes âgées, toute masse mammaire doit être considérée comme suspecte car la fréquence de la pathologie bénigne diminue avec l'âge (kystes, adénofibromes, mastites inflammatoires) [27].

Le diagnostic de cancer du sein est plus tardif chez les femmes âgées

Le cancer du sein est le plus souvent découvert à un stade métastatique ou à un stade localement avancé. On note trois fois plus de patientes métastasées d'emblée chez les femmes âgées que chez les femmes jeunes [39].

Une étude rétrospective de 2002 a montré une différence significative de la taille de la tumeur mammaire au moment du diagnostic chez les femmes, selon qu'elles aient plus ou moins de 85 ans. La taille de la tumeur était significativement plus importante au diagnostic chez les femmes plus âgées ($p < 0,001$). De plus la détection par mammographie des cancers du sein était inversement proportionnelle à l'âge ($p = 0,001$). Cette étude a montré que les cancers du sein étaient dépistés dans 53,1% des cas par la mammographie chez les femmes jeunes contre seulement 24,7% chez les plus âgées, où le cancer était diagnostiqué à un stade clinique décelable [40].

De même une étude rétrospective de 2006 portant sur l'étude de 354 dossiers de femmes de plus de 70 ans, prises en charge pour un cancer du sein, montrait que les tumeurs étaient palpables chez 46% des femmes. La mammographie était souvent utilisée comme adjuvant à la détection clinique, mais elle n'a révélé un cancer occulte que chez 54% des femmes de l'étude et 38% des plus de 80 ans [41].

Ces données confirment que le cancer est davantage diagnostiqué à un stade avancé chez les femmes âgées. Celui-ci est souvent cliniquement détectable au moment du diagnostic. Il existe donc un retard diagnostique propre aux femmes âgées.

Les femmes âgées veulent connaître le diagnostic de cancer du sein

On a tendance à écarter les personnes âgées de l'information lorsqu'il s'agit d'un diagnostic grave. Ainsi bien souvent, le diagnostic de cancer ne leur est pas révélé et de ce fait les patients ne peuvent participer à la décision thérapeutique. Plusieurs études ont montré que la grande majorité des personnes âgées aimerait qu'on les informe du diagnostic et du pronostic lorsqu'un cancer est diagnostiqué [42] [43]

1.1.5- Les connaissances des femmes âgées au sujet du cancer du sein

Une étude qualitative et quantitative a voulu examiner les connaissances et les attitudes des femmes âgées, de plus de 70 ans, au sujet du cancer du sein. Cette étude a été réalisée auprès de 26 patientes (à l'aide d'un interrogatoire) dont l'âge moyen était de 75 ans et auprès de 983 patientes (à l'aide d'un questionnaire) où l'âge moyen était aussi de 75 ans.

41,5% des femmes ne savaient pas que le risque de cancer du sein augmentait avec l'âge, 34,6% pensaient que le risque était le même et 14,2% pensaient que le risque était plus bas que les femmes jeunes.

Le taux d'autopalpation régulière était bas, seulement 23,6%. Les femmes de plus de 85 ans (55%) examinaient moins leurs seins, comparé à celles de 70-74 ans (78,4%) [44].

1.1.6-Les particularités histologiques du cancer du sein chez les femmes âgées

D'un point de vue histologique, le cancer du sein de la femme âgée ne diffère pas de celui des femmes jeunes. Il s'agit en majorité d'adénocarcinomes galactophoriques invasifs.

Mais le cancer du sein des femmes âgées présente des signes de moindre agressivité : moindre activité mitotique, absence de surexpression d'HER2 [45].

Les tumeurs des femmes âgées sont de grade (SBR) moins élevé que chez les jeunes femmes [46].

On retrouve une forte positivité des récepteurs hormonaux, dans 80 % des cas pour les œstrogènes et 70 % des cas pour la progestérone après 70 ans [47], ce qui traduit une plus grande différenciation et confirme la plus grande hormonodépendance des cancers du sein métastasés de la femme âgée [48].

Les formes “ histologiquement” agressives (prolifération élevée, RH -, HER2 +++), triple négatif représentent 10-15 % des sujets de plus de 65 ans [49].

1.1.7- Les traitements du cancer du sein chez les femmes âgées

Même si la majorité des cancers du sein survient après 65 ans, il y a peu de données de certitude sur la meilleure stratégie thérapeutique à adopter dans cette population, contrairement aux patientes plus jeunes. En effet, les patientes âgées sont largement sous représentées dans les essais thérapeutiques, soit au prétexte de l'âge, soit des comorbidités, soit des deux [50]. Les seules données disponibles sont donc issues de patientes très sélectionnées et non représentatives de la population gériatrique générale.

Une étude de 2003 a étudié les traitements des femmes âgées atteintes de cancer du sein. Il est montré que sur 407 patientes de plus de 80 ans, 12% des femmes n'avaient pas eu de traitements, 32% recevaient seulement du tamoxifène, 7% avaient eu un traitement conservateur seul par tumorectomie, 33% avaient eu une mastectomie et 14% avaient eu un traitement par tumorectomie et thérapie adjuvante. Le taux de survie à 5 ans était de 46% pour les femmes non traitées, de 51% pour les femmes traitées par tamoxifène seul, de 82% pour les femmes traitées par mastectomie, et de 90% pour les femmes qui ont reçu un traitement

conservateur plus une thérapie adjuvante. Ainsi, il a été retrouvé que la moitié des personnes âgées atteintes de cancer du sein étaient sous traitées, et ne bénéficiaient pas de traitement optimal [24] [51].

La figure 4 ci-dessous nous montre l'amélioration de la survie à 5 ans avec l'optimisation des différents traitements.

« 1 » en ordonnée indique les courbes de survie ajustées à l'âge, le grade, l'hormonosensibilité et seul les décès dus au cancer du sein ont été considérés.

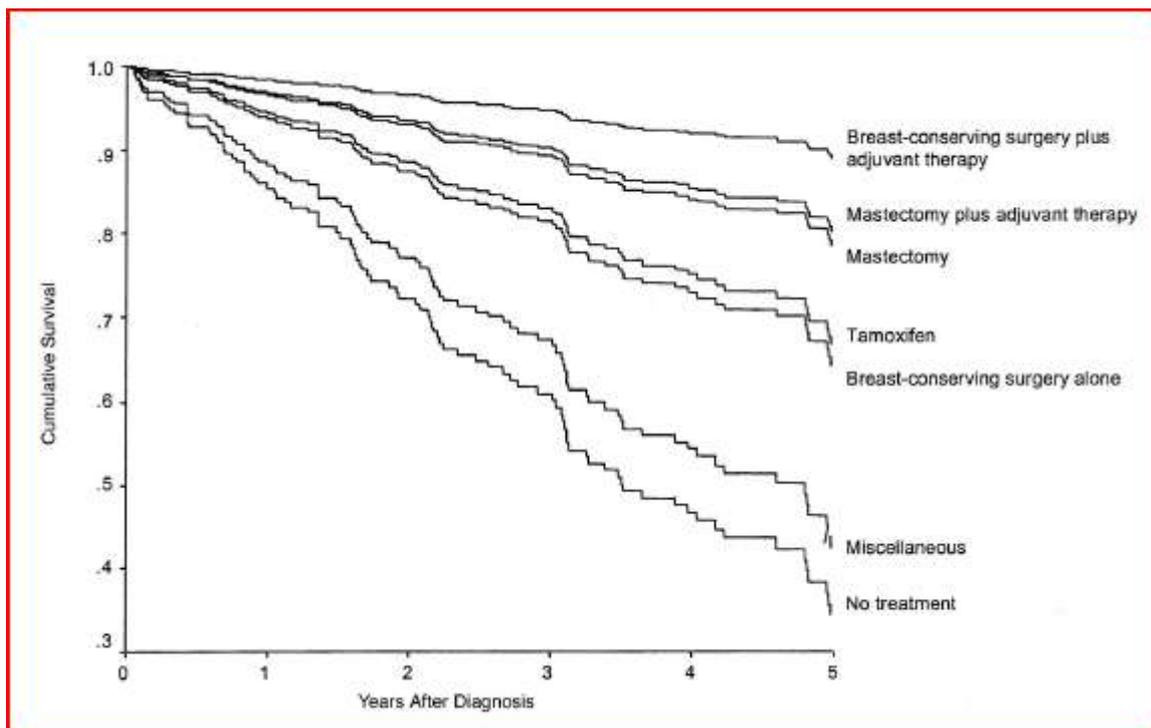


Figure 4: La survie à 5 ans des patientes de 80 ans en fonction du traitement [24]

Une autre étude de 2003 a été réalisée afin de déterminer si les traitements recommandés chez les femmes âgées présentant un cancer du sein, concordaient avec ce qui était réalisé en pratique. Sur 1568 patientes de 55 ans et plus présentant un cancer du sein, il a été retrouvé que les femmes de 75 ans et plus avaient une moins bonne concordance avec les recommandations (ajusté à l'âge et aux comorbidités) sur: la chirurgie ($p < 0,001$), la

chimiothérapie adjuvante ($p < 0,001$), l'hormonothérapie adjuvante ($p < 0,001$) et la radiothérapie postopératoire ($p = 0,03$) [52].

Ces données sont en contradiction avec l'avis des personnes âgées qui veulent traiter activement et efficacement leur cancer.

Une étude de 1996 a interrogé des personnes âgées atteintes de cancer du sein. Il a été montré que ces patientes voulaient en général participer activement à la prise de décision concernant leur prise en charge anti-cancéreuse et seule une minorité envisageaient la mise en route de traitements « allégés », ou en dessous des traitements standards, ou encore le fait d'abandonner leur autorité quant à leur prise en charge [53].

1.1.7.1- La chirurgie :

La chirurgie est un des piliers du traitement du cancer du sein localisé, mais elle est insuffisante seule.

La priorité est au traitement conservateur en marges saines, même chez la patiente âgée, qui souhaite éviter une mastectomie. La mastectomie radicale ne doit donc pas être réalisée sans indication formelle (tumeurs de grande taille et lésions multicentriques). La reconstruction dans un deuxième temps est possible, si souhaitée par la patiente [54].

L'absence de curage rend impossible la détermination du pronostic de la patiente pour poser l'indication adéquate d'une chimiothérapie adjuvante. Mais l'abstention de l'exploration axillaire chez les patientes de plus de 70 ans avec une petite tumeur très hormonosensible sans signe clinique d'envahissement axillaire ne modifie pas de manière significative la survie sans récurrence à 5 ans [55].

Aujourd'hui, Le risque chirurgical apparaît faible, même pour les patientes les plus âgées. Les techniques chirurgicales ont fait de nombreux progrès. D'ailleurs, une étude allemande ne retrouve pas de différence en terme de survie chez les patientes âgées de plus de 74 ans ou de moins de 74 ans à cancer comparable et à traitement chirurgical égal. Celui-ci étant effectué dès que l'état de la patiente le permettait [56]. Il en est de même pour l'anesthésie, où les nouvelles techniques diminuent considérablement les complications durant le geste

chirurgical et les difficultés post-anesthésie que l'on peut rencontrer chez la personne âgée [57]. Les risques de mortalité opératoire dans la population très âgée ont été rapportés comme étant de 1 à 2% et sont essentiellement dépendants de la présence de maladies concomitantes qui doivent être correctement évaluées dans ce type d'approche chirurgicale [58].

L'âge n'est donc pas une contre-indication chirurgicale. Un traitement locorégional ne doit pas remplacer un traitement systémique de type tamoxifène seul, moins efficace en termes de mortalité globale et spécifique que l'association chirurgie et tamoxifène [59].

1.1.7.2- La Radiothérapie :

La radiothérapie après chirurgie conservatrice est recommandée chez la personne âgée, bien que le rapport bénéfice/risque (réduction du risque de récurrence locale sans impact sur la survie) puisse faire pencher la balance en faveur d'une abstention thérapeutique chez les patientes âgées atteintes de nombreuses comorbidités [60].

Un bénéfice sur l'évolution locorégionale a été démontré. Le bénéfice sur la survie a aussi été retrouvé mais il n'apparaît qu'après 5 ans. Ceci explique que le choix de la radiothérapie post mastectomie chez une femme âgée soit principalement fondé sur le contrôle locorégional de la maladie [61]. En cas de mastectomie, l'irradiation adjuvante doit être réservée si l'envahissement ganglionnaire est massif, si les marges sont non saines et si l'espérance de vie excède 5 ans [62].

Par ailleurs, afin d'éviter les déplacements itératifs chez les patientes âgées, la radiothérapie hypofractionnée semble être un schéma intéressant [63].

La radiothérapie est donc moins souvent proposée et réalisée chez les patientes âgées, alors qu'aucun argument dans la littérature ne permet d'évoquer une différence d'efficacité ou de toxicité de la radiothérapie pour les femmes âgées [61].

1.1.7.3- Le traitement hormonal

L'hormonothérapie est réservée aux tumeurs hormonosensibles positives. Chez les femmes âgées de plus de 75 ou 80 ans, un traitement hormonal seul était considéré comme raisonnable il y a quelques années. Mais les études comparant l'utilisation exclusive du tamoxifène

comparée avec son association avec la chirurgie sont en faveur de la seconde attitude, puisqu'il diminue le taux de rechute locale [59].

Une méta-analyse a confirmé que le tamoxifène diminuait la fréquence des rechutes de 28 % et la mortalité de 21% chez les femmes de 70 ans et plus [64]. Les inhibiteurs d'aromatase montrent des résultats similaires [65]. Actuellement la meilleure stratégie du traitement hormonal reste à déterminer, et le choix doit se faire en fonction des différents effets secondaires (principalement les risques thromboemboliques avec le tamoxifène et l'ostéoporose avec les anti aromatasés).

1.1.7.4- La chimiothérapie

L'utilisation de la chimiothérapie après 70 ans fait l'objet de controverse car les études manquent pour valider la conduite à tenir [66] [67]. La question du type de chimiothérapie est encore discutée, mais les anthracyclines restent l'indication principale [68], suivi des taxanes en cas de contre-indication cardiaque [69].

Actuellement, la décision de chimiothérapie doit tenir compte du pronostic de la tumeur, des comorbidités, de l'espérance de vie de la patiente ainsi que son souhait.

L'arrivée du trastuzumab (Herceptine) en adjuvant pour la population de sujets dont la tumeur surexprime HER2 a bouleversé profondément le traitement du cancer du sein, autant pour son efficacité que pour le concept de « ciblage thérapeutique ».

Néanmoins peu de patientes de plus de 70 ans ont été incluses dans les études du trastuzumab adjuvant, il est donc recommandé, en cas de tumeur surexprimant HER-2/Neu, d'administrer un an de trastuzumab après la fin de la chimiothérapie et de la radiothérapie en l'absence de contre-indication cardiaque [70].

1.2-Le dépistage du cancer du sein, chez les femmes de 50 à 74 ans

Le dépistage du cancer du sein a pour objectif de détecter la maladie dans sa phase préclinique afin d'augmenter ces chances de guérison. Ce dépistage contrairement à celui du

cancer du col et du colon ne détecte pas la maladie dans une phase pré-cancéreuse mais essentiellement à une phase plus précoce de la maladie invasive [71].

Il ne diminue pas l'incidence de la maladie mais l'augmente transitoirement par anticipation du diagnostic et, éventuellement, durablement en détectant des tumeurs qui n'auraient peut-être jamais fait surface en l'absence de dépistage. En revanche s'il est efficace, il devrait diminuer la mortalité associée à la maladie [71]. On estime que le dépistage organisé pour les femmes de 50 à 69 ans devrait faire diminuer la mortalité associée à ce cancer de près de 30% [72]. Mais pour parvenir à ce résultat, il faudrait atteindre une participation supérieure ou égale à 70 % [71].

1.2.1-Définition du dépistage

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé : « le dépistage consiste à identifier de manière préventive, à l'aide de tests, d'examen ou d'autres techniques susceptibles d'une application rapide, les sujets atteints d'un cancer passé jusqu'alors inaperçu ». Les tests de dépistage doivent permettre de faire le triage entre les personnes apparemment en bonne santé mais qui sont probablement atteintes d'une maladie, de celles qui en sont probablement exemptes. Ils n'ont pas pour objet de poser un diagnostic. Les personnes pour lesquelles les résultats sont positifs ou douteux doivent être adressées à leur médecin pour analyse du diagnostic [73].

Le dépistage identifie dans une population définie, les sujets à très haut risque d'être atteints de cancer à un stade initial ou d'une lésion pré-cancéreuse, n'ayant pas donné jusque-là de symptômes [71].

Le test doit être simple et acceptable, sans risque, sensible et spécifique et son coût doit être supportable par le système de santé de la France [71].

Le cancer du sein est donc un bon candidat au dépistage car [71] :

-C'est une maladie fréquente et grave.

-Le diagnostic précoce est dans l'ensemble satisfaisant: plus 60% de tumeurs diagnostiquées au stade I (T1-T2, N0 de la classification TNM) (cf annexe 2)

-Le système de santé permet la prise en charge de tous les cas de cancers dépistés (remboursement à 100%).

-Il est possible de réaliser des mammographies de dépistage de qualité adéquate sur l'ensemble du territoire.

-Le coût de l'organisation et de la généralisation est supportable par le pays.

La sensibilité de la mammographie varie entre 77 et 96%. Sa spécificité varie entre 94 et 97% [5].

1.2.2- Le dépistage organisé du cancer du sein en France

En France, dès 1989, 6 programmes expérimentaux de dépistage du cancer du sein ont été mis en place, puis 4 autres en 1991. En 1994, le ministère de la sante a décidé d'étendre graduellement ce programme aux autres départements. En 1999, l'ANAES (*Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé*) [74] a présenté des nouvelles recommandations avec:

-une mammographie avec 2 incidences par sein (face + oblique externe)

-une 2e lecture qui doit être de préférence centralisée

- un rythme entre 2 examens qui passe de 3 à 2 ans

Ces recommandations étaient en accord avec les «European guidelines for quality assurance in mammography screening».

En 2004, on observe la généralisation du programme de dépistage de masse organisé. Le plan cancer 2003 a joué un rôle moteur décisif à cette généralisation. Le taux de participation est passé ainsi de 33 à 52% de 2003 à 2008, soit une augmentation de 12%. En 2005, 40 départements avaient un taux de participation égal ou supérieur à 50%. % [71].

En 2010, plus de 2 360 000 femmes ont participé au dépistage du cancer du sein, dans le cadre du programme de dépistage organisé, soit 52,0% de la population cible, des femmes de 50 à 74 ans [23].

La participation par âge est observée au niveau national sur les périodes 2005-2006 à 2009-2010. Quelle que soit la période, on observe la participation la plus élevée pour les femmes de 60 à 64 ans et une diminution régulière après 65 ans alors que l'incidence de ce cancer reste très élevée entre 65 et 74 ans [23].

La participation des femmes à ce programme de dépistage reste encore insuffisante car un taux estimé de 70 % est nécessaire pour réduire la mortalité par cancer du sein [23].

1.2.3-La technique du dépistage de masse organisé

Le dépistage de masse organisé (DMO) s'adresse aux femmes de 50 à 74 ans, asymptomatiques, et sans facteur de risque identifié.

La mammographie est réalisée en technique standard avec 2 incidences par sein.

La lecture des clichés donne lieu à une classification en 5 catégories selon la classification des anomalies mammographiques adaptées du référentiel Birads de l'ACR (American College of Radiology). Ainsi en fonction des catégories, la conduite à tenir est la suivante [71]:

ACR 1 : Image normale

ACR 2 : Image sûrement bénigne -Pas de surveillance ni d'examen complémentaire

ACR 3 : Image probablement bénigne - Surveillance rapprochée

ACR 4 : Image suspecte – Mammographie interventionnelle

ACR 5 : Image très suspecte – Chirurgie

ACR 0 : Classement impossible, complément d'examens nécessaire

Le radiologue doit comparer les clichés réalisés à ceux des mammographies antérieures lorsqu'il en dispose. Il doit remplir une fiche de lecture à transmettre à la structure de gestion.

Le droit de faire des mammographies de dépistage dans le cadre national implique aussi des devoirs pour le radiologue. Il doit pouvoir justifier d'une activité mammographie suffisante, faire contrôler son matériel, se former de façon spécifiquement au dépistage et accepter d'être évalué tant sur le plan de la technique que de l'interprétation.

En 2007, les radiologues premiers lecteurs ont jugé anormales 8 % des mammographies et 40% d'entre elles ont toujours été jugées anormales après bilan, ce qui correspond à 3,4 % des femmes dépistées. Ce bilan immédiat a donc permis d'innocenter 60 % des images suspectes. Les radiologues 2e lecteurs ont relu 96 % de toutes les mammographies et ont rappelé 1,4 % de l'ensemble des femmes pour anomalie [23].

Pour l'année 2007, le dépistage organisé du cancer du sein a permis la découverte de 14 500 cancers du sein, soit un taux de 6,7 cancers pour 1 000 femmes dépistées. La deuxième lecture a permis de dépister 9 % de ces cancers.

Les cancers invasifs dépistés par le programme représentent environ 35 % des nouveaux cas de cancers invasifs chez des femmes françaises de 50 à 74 ans estimés par le réseau Francim (réseau qui regroupe tous les registres de cancer français) pour l'année 2005 [23].

1.2.4-La mammographie et les femmes

Le dépistage et la prévention ont des représentations complexes dans la pensée populaire. La participation au dépistage dépend des représentations des femmes au sujet de la santé, de la prévention primaire (dépistage) et de la maladie. Il est nécessaire de donner des informations

justes, loyales et précises afin que les femmes aient une compréhension objective du dépistage du cancer du sein [71].

La mammographie peut être considérée comme désagréable ou douloureuse pour 20 % des femmes [75], et ce pourcentage peut atteindre 72 % des participantes dans un programme de dépistage organisé sans examen clinique [76]. Cette grande variabilité ne s'explique pas uniquement par des douleurs somatiques perçues.

Les facteurs influençant la douleur sont: les ATCD de cancer du sein dans la famille, le niveau d'éducation, l'expérience antérieure de mammographie douloureuse, l'anxiété, la sensibilité des seins, la prévenance des manipulateurs.

Une étude américaine sur le dépistage organisé rapporte une «gêne» décrite par les femmes lors de la mammographie, elle est perçue par 933 femmes sur 1800 (52%) [77].

Cette série met en exergue le rôle du manipulateur dans la perception de la douleur lors de la réalisation de la mammographie. Au-delà du cliché, la mammographie est une expérience particulière. La femme dévêtue pose son sein sur une plaque de plexiglas. Le sein est tiré par le manipulateur et comprimé par un compresseur automatique. L'absence de communication entre le manipulateur et la femme peut induire des douleurs perçues comme intolérables. Ainsi une étude montre qu'une approche émotionnelle et informative (soutien psychologique) permet de diminuer le niveau de douleur perçu par la patiente [78].

Des études mettent en évidence qu'il n'y a pas de différence sur le niveau d'anxiété entre celles qui ont initialement une mammographie négative et celles qui ont un faux positif [79].

Par ailleurs, une enquête nationale (EDIFICE) a été réalisée afin d'étudier le comportement de la population générale et des médecins généralistes face au dépistage. Cette enquête a été menée chez 773 femmes âgées de 40 à 74 ans et 600 médecins généralistes.

Il est montré que les principales raisons rapportées pour un défaut de participation à ce test sont les suivantes : la négligence (18%), les femmes ayant d'autres priorités (18%), ou le test n'ayant pas été recommandé par le médecin généraliste (15%). Les facteurs positifs sont les suivants : un gynécologue consulté au cours des 12 derniers mois, le fait d'avoir réalisé au

moins une mammographie de dépistage, le vécu de la première mammographie « je me suis sentie à l'aise », et la peur du cancer [80].

1.2.5-L'exposition aux radiations

Il y a peu d'études qui mesurent directement l'association entre l'exposition aux radiations de la mammographie et le cancer du sein.

L'irradiation répétée des seins de nombreuses femmes est vraisemblablement à l'origine de quelques cancers, avec un nombre de décès imputables estimés entre 1 et 5 pour 100 000 femmes dépistées régulièrement à partir de 50 ans et suivies jusqu'à la fin de leur vie [81].

1.2.6- Le coût du dépistage de masse organisé

Le coût du dépistage du cancer du sein a plusieurs composantes [82]:

- Les coûts directs qui sont les coûts techniques et organisationnels du dépistage
- Les coûts indirects qui représentent le suivi des « cas positifs », la perte de productivité (en rapport avec les arrêts de travail).
- Les coûts intangibles qui représentent les pertes de bien-être liées à la maladie (qualité de vie).

La figure ci-dessous, montre un récapitulatif des différents coûts que le dépistage peut engendrer.

Coûts directs	
Coûts techniques	Formation du personnel médical et technique Temps personnel (radiologue/gynécologue, techniciens, etc.) pour réaliser les tests de dépistage et leur interprétation Consommables nécessaires à la réalisation des tests (clichés, frottis, lames, etc.)
Coûts organisationnels	Frais d'assurance-qualité des appareils et des techniques Frais d'installation du programme Mise en place des structures de coordination des programmes Convocation des participantes Gestion des données Administration du programme (personnel et bénévole) Évaluation continue du programme Suivi épidémiologique des participantes (participation du registre ou recueil cytopathologique) Campagne de communication
Coûts indirects	
Suivi des cas positifs	Examens complémentaires et biopsies Traitement des cancers détectés (chirurgie, traitements hormonaux, chimiothérapie, radiothérapie, etc.) Soins de suivi, surveillance Traitement palliatif (le cas échéant)
Pertes de productivité	Arrêts de travail, temps perdu des activités habituelles des femmes dépistées et traitées pour un cancer
Coûts intangibles	
Coûts psychologiques, impact sur la qualité de vie	Anxiété, inquiétude à tort des femmes ayant un faux positif Effets délétères occasionnés par les faux négatifs Anxiété causée par l'avance au diagnostic

Figure 5: Les composantes du coût des actions de dépistage [82]

Par ailleurs, divers travaux ont vérifié que les coûts engendrés par les actions de dépistage sont compensés, du moins en partie, par une réduction des coûts de prise en charge des cancers, tout particulièrement des traitements palliatifs [83].

1.3-Le dépistage du cancer du sein chez les femmes âgées

Le dépistage du cancer du sein chez les femmes âgées est un sujet difficile. Il soulève de nombreuses interrogations : faut-il continuer le dépistage chez les femmes de plus de 74 ans ? Si oui, pour toutes les femmes, ou seulement pour certaines ? Quels sont les éléments à prendre en compte ? Sur quels critères continuer le dépistage et pourquoi ?

Voici quelques éléments de réponses :

1.3.1- Les recommandations du dépistage du cancer du sein chez les femmes âgées aux Etats-Unis

Aux Etats-Unis, les recommandations concernant le dépistage du cancer du sein chez les femmes âgées sont les suivantes :

-L'American Cancer Society recommande une mammographie annuelle sans limite d'âge pour les femmes en bonne santé [84].

-L'United States Preventive Service Taskforce recommande une mammographie tous les 2 ans en l'absence de comorbidité.

-Et l'American Geriatrics Society recommande une mammographie tous les 2 ou 3 ans pour les femmes de plus de 75 ans ayant une espérance de vie supérieure à 4 ans ou pour des femmes de plus de 85 ans, en excellente santé, et statut fonctionnel avec un bénéfice sur la qualité de vie. Un dépistage individuel peut donc être proposé sans limite d'âge en l'absence de comorbidité mais ne devrait pas être fait si l'espérance de vie de la patiente est inférieure à 5 ans [85].

Il faut noter qu'aux Etats-Unis, il n'existe pas de système de santé comme en France. Le dépistage est donc financé par les patientes (ou par leurs assurances privées).

1.3.2- Le dépistage du cancer du sein chez les femmes âgées en France

En France, il n'y a pas de recommandation quant au dépistage du cancer du sein chez les femmes âgées.

Actuellement la mammographie est recommandée chez les femmes âgées de 50 à 74 ans. Cette recommandation est fondée sur les résultats de la synthèse des essais randomisés réalisés dans l'état de New York, en Suède, au Canada et en Grande Bretagne. Au total, on a proposé à environ 250 000 femmes, une mammographie avec ou sans examen clinique alors qu'un groupe témoin de 250 000 femmes comparables n'avait pas de surveillance particulière. Les résultats ont montré une réduction du risque de 30 % pour la mortalité par cancer du sein chez les femmes auxquelles un dépistage avait été proposé entre 50 et 69 ans, mais cette réduction n'était pas observée de façon claire chez les femmes dépistées avant l'âge de 50 ans ou à partir de 70 ans. Cependant, dans cette dernière tranche d'âge des 70 ans et plus, l'observance était très mauvaise et la proportion des femmes de cet âge acceptant le dépistage était relativement faible [86].

En France après 74 ans, on est dans le cadre du dépistage individuel où une seule lecture par un seul radiologue est réalisée contrairement au dépistage organisé où deux lectures par deux radiologues sont nécessaires.

Il faut aussi noter que le dépistage individuel ne fait pas l'objet d'un recueil spécifique, et n'est pas évalué. Aussi, le nombre de femmes concernées, le rythme et la qualité des examens effectués ne sont pas connus.

1.3.3- La mammographie et l'incidence du cancer du sein chez les femmes âgées

Une étude californienne de 2005 a cherché à examiner si la baisse du cancer du sein chez les femmes âgées, correspondait à la baisse de l'utilisation de la mammographie [20].

Pour cela, l'incidence du cancer du sein et les mammographies réalisées dans les deux années précédentes ont été recherchées chez des patientes de 40 ans à plus de 99 ans. Les analyses ont été regroupées en tranche d'âge. Sur la tranche d'âge 40-74 ans on note une hausse significative du cancer du sein et à partir de 75 ans, on assiste à un déclin significatif. On remarque que l'utilisation du dépistage par mammographie augmente entre les âges de 40 et 60 ans et qu'à partir de 75 ans, il y a une baisse significative dans l'utilisation de la mammographie.

On assiste donc à un parallèle entre la baisse de l'incidence du cancer du sein chez les femmes âgées, et le nombre de mammographies réalisées chez les femmes âgées. Il y a un « réservoir » potentiel de cancer du sein non diagnostiqué dans la population âgée. Pour appuyer cette idée, des études d'autopsies seraient nécessaires pour évaluer la vraie fréquence du cancer du sein chez les femmes âgées [20].

La figure ci-dessous résume les résultats de l'étude [20].

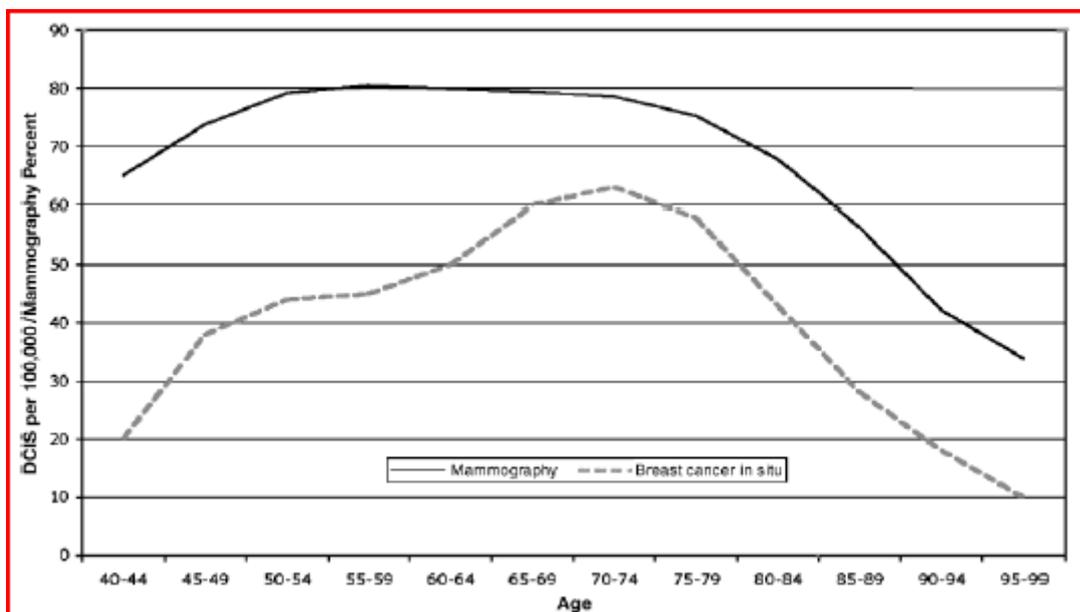


Figure 6: Mammographie et cancer du sein en fonction de l'âge [20].

Une autre étude de 1998, a démontré que l'utilisation de la mammographie déclinait avec l'âge (comme nous l'avons vu ci-dessus) et ce déclin n'était pas attribuable à l'état de santé [87].

1.3.4- Ce que pensent les femmes âgées du dépistage du cancer du sein

Une étude qualitative et quantitative a voulu examiner les connaissances et les attitudes des femmes âgées de plus de 70 ans, au sujet du dépistage du cancer du sein par mammographie. Cette étude a été réalisée auprès de 26 patientes (à l'aide d'un interrogatoire) dont l'âge moyen était de 75 ans et auprès de 983 patientes (à l'aide d'un questionnaire) où l'âge moyen était aussi de 75 ans.

44.6 % des femmes disaient que la mammographie était inconfortable, et 23.3 % la décrivait comme douloureuse. Cependant, la majorité des femmes 71.2 % appréciaient l'assurance de ne pas avoir de cancer du sein.

Les femmes avec un antécédent de cancer du sein étaient plus attentives à la réalisation d'une mammographie que les femmes sans antécédent.

La plupart des femmes pensaient que le dépistage du cancer du sein était bénéfique et elles seraient encore plus attentives au dépistage si le bénéfice le plus important était l'augmentation de l'espérance de vie. Les femmes pensaient aussi que si le cancer du sein était dépisté précocement, une chirurgie importante et une longue hospitalisation pouvaient être évitées.

Les données montraient par ailleurs que 99,2% n'étaient pas inquiètes sur les possibles risques associés d'avoir une mammographie en terme de radiation.

Seulement 25,6% étaient découragées à cause des difficultés de transport.

Ainsi la majorité des femmes (75,6%) pressentaient que le dépistage du cancer du sein pouvait être bénéfique pour leur santé et elles continueraient le dépistage si on les invitait [88].

1.3.5- Les éléments favorables et défavorables au dépistage du cancer du sein chez les femmes âgées

1.3.5.1- Les éléments favorables au dépistage individuel du cancer du sein après 74 ans

L'espérance de vie moyenne d'une femme qui a atteint 75 ans est de 12 ans et elle est de 7 ans pour une femme de 85 ans [2]. Le dépistage individuel du cancer du sein chez les femmes âgées a donc toute sa place d'autant plus que l'incidence du cancer du sein augmente avec l'âge [1].

-Une détection du cancer du sein par mammographie plus performante

Avec l'âge, la glande mammaire connaît une involution adipeuse. Cette involution facilite grandement l'examen clinique et la mammographie [27].

-Un stade de maladie plus précoce

En 2008, une population de 12 358 patientes de plus de 80 ans avec un cancer infiltrant du sein (1996-2002) a été étudiée. On a compté le nombre de mammographies dans les 5 ans précédents le diagnostic du cancer. Il a été démontré que le suivi par mammographie régulière était associé à un stade de maladie plus précoce au diagnostic [89], et permettait de diminuer la mortalité par cancer du sein de façon significative [90].

-Une baisse du risque de détecter un cancer du sein métastaté

En 2000, une étude rétrospective Californienne, a cherché à déterminer si les femmes âgées qui réalisaient une mammographie de dépistage avaient un risque diminué de cancer du sein métastatique. 690 femmes âgées de 66 à 79 ans ont été étudiées. 46% des femmes avaient bénéficié d'une mammographie pendant la période d'étude de 2 ans. Les résultats montraient qu'une mammographie régulière chez les femmes âgées pouvait être bénéfique avec une baisse du risque de détecter un cancer du sein métastaté [91].

1.3.5.2 - Les éléments défavorables au dépistage individuel du cancer du sein après 74 ans

Le dépistage peut aussi être plus délétère que bénéfique.

On note le problème du sur diagnostic, du stress induit par les faux positifs. De même le fait de trouver des cancers qui n'auraient jamais pu être découverts cliniquement durant la vie du patient, ainsi que les morbidités associés aux traitements du cancer chez des patientes fragiles.

Par ailleurs le coût-efficacité est difficile à évaluer avec un coût par année de vie sauvée difficile à appréhender, de même que l'espérance de vie [92] [93].

En 2009, une étude a montré que la majorité des femmes de plus de 80 ans (51%) qui ont eu une mammographie avaient peu de bénéfice (2%). Cependant les bénéfices étaient définis par un diagnostic précoce de maladie, des femmes qui acceptaient le traitement, et vivaient 2 ans après le diagnostic. On note dans cette étude que plusieurs femmes (12 %), ont eu une mauvaise expérience de la mammographie, avec de fausses réassurances dues à de faux négatifs, ou refusèrent le traitement après la détection d'une mammographie anormale [94].

Enfin, une revue de littérature a été réalisée en 2007 sur la mammographie en routine chez les femmes de plus de 74 ans. Cette revue a repris les articles de « pubmed » jusqu'en août 2006. Ainsi sur 7 articles: 4 articles montrent que si le dépistage est réalisé, on retrouve un stade de maladie plus précoce au diagnostic ; et 3 articles montrent que pour les 75-84 ans, le risque de mortalité lié au cancer du sein est supérieur en l'absence de dépistage.

Les résultats suggèrent qu'une mammographie chez les femmes de plus de 75 ans, avec une espérance de vie raisonnable et qui ne souffre pas de sévères comorbidités, peut réduire la mortalité liée au cancer du sein et peut détecter des tumeurs à un stade précoce. Ces données montrent l'utilisation de la mammographie chez des patientes de plus de 75 ans basés sur l'évaluation individuelle plutôt que de mettre un âge limite au dépistage du cancer du sein [95].

1.3.6- Les facteurs influençant le dépistage du cancer du sein chez les femmes âgées

Une étude réalisée en 2005 a exploré chez les femmes de plus de 80 ans, les facteurs décisionnels à la réalisation d'une mammographie, ainsi que les conseils des médecins sur la mammographie.

23 femmes de 80 ans et plus, et 16 médecins (6 internistes, 5 gériatres, 3 gynécologues et 2 radiologues) ont été interrogés. La moyenne d'âge des femmes était de 86 ans.

Il en résulte que chez les femmes âgées, les facteurs décisionnels à la réalisation d'une mammographie étaient : l'influence du médecin, les habitudes de dépistage des femmes (les femmes qui sont habituées à réaliser un dépistage ne veulent pas arrêter à l'âge de 80 ans et celles qui n'ont jamais été dépistées avant 80 ans ne veulent pas commencer), l'histoire personnelle (les femmes qui n'ont pas de cancer du sein dans leur famille choisissent de ne pas réaliser de dépistage alors que celles qui perçoivent le risque choisissent de continuer), il est aussi noté que les filles des patientes peuvent les influencer [96].

La figure ci-dessous montre qu'il existe de nombreux facteurs comme l'état de santé, la perception du risque, l'influence des médecins généralistes qui interviennent dans la prise de décision quant à la réalisation d'une mammographie chez les patientes âgées.

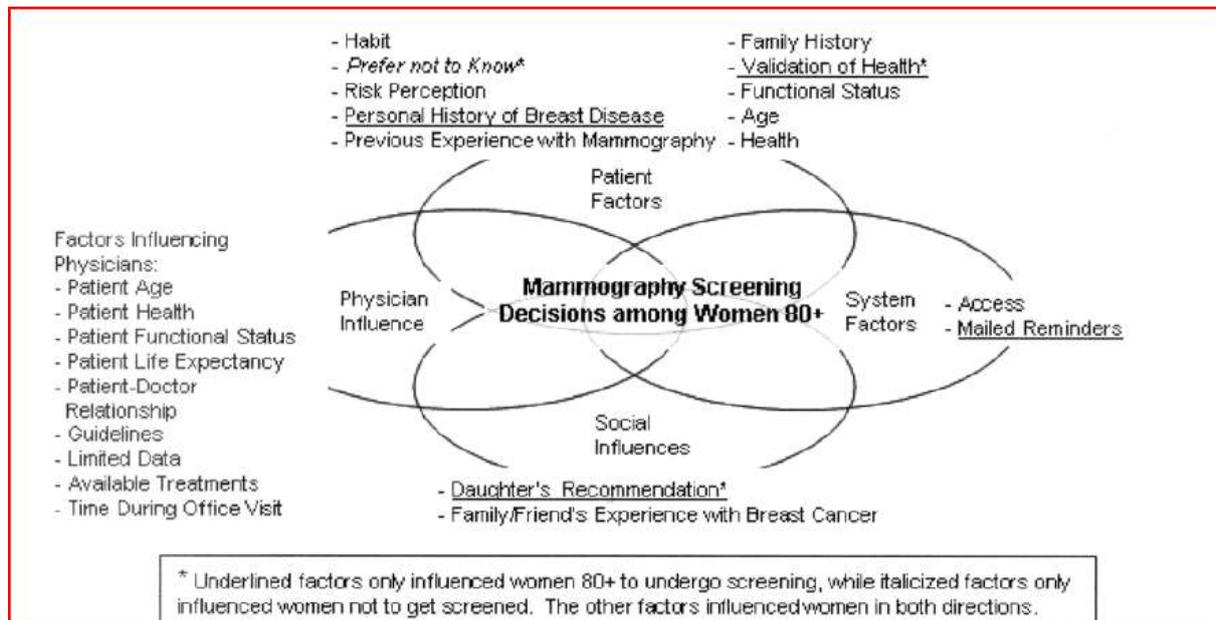


Figure 7: Facteurs décisionnels permettant la réalisation d'une mammographie chez les femmes âgées [96]

1.3.6.1- Le rôle des médecins généralistes

Une étude en 2007, a été réalisée auprès des femmes âgées sur le dépistage du cancer du sein. Elle cherchait à identifier les facteurs permettant la prise de décision des femmes âgées, quant à la réalisation d'une mammographie de dépistage [97]. Il s'agissait d'une enquête téléphonique auprès de 200 patientes. 93 patientes avaient entre 65 et 79 ans et 107 patientes avaient 80 ans et plus. Sur 200 femmes, 81,3% avaient eu une mammographie dans les 2 ans. Il en ressort que le facteur décisionnel le plus important était « les conseils du médecin traitant », puis la réassurance (une mammographie normale rassure la femme sur sa santé) et l'habitude (les femmes qui font une mammographie régulièrement) [97].

Une autre étude en 2006, a exploré l'association, entre les modes de communication des médecins et l'intention des patientes âgées à réaliser une mammographie. Cette étude a été effectuée auprès de 56 femmes de plus de 65 ans et de 7 médecins. Il en résulte que les modes de communication des médecins affectent l'intention des femmes âgées à la réalisation d'une mammographie. Les femmes âgées qui ont confiance en leurs médecins, qui ont une relation « profonde » avec eux ont plus tendance à avoir l'intention de réaliser une mammographie.

Ainsi la communication optimale médecin-patiente permet d'améliorer l'adhésion à la mammographie des femmes âgées et d'autres interventions préventives [98].

Le médecin généraliste joue donc un rôle primordial. Les femmes âgées suivent ses conseils et c'est le plus souvent le prescripteur de la mammographie. Mais lui sur quels facteurs propose-t-il le dépistage sachant qu'il y a une grande hétérogénéité de l'état de santé des personnes âgées. Par ex, les femmes de 80-84 ans, en très bonne santé ont 13 ans d'espérance de vie alors que les femmes qui ne le sont pas ont seulement 4,6 ans [93].

Il lui est donc primordial de pouvoir identifier les femmes pour lesquelles le dépistage du cancer du sein est bénéfique de celles pour lequel il ne l'est pas.

L'étude des comorbidités est un facteur influençant le dépistage chez les femmes âgées.

1.3.6.2- Les comorbidités

L'état de santé d'une personne âgée résulte de multiples variables que l'on peut caractériser en fonction de leur niveau de relation. Le premier niveau est celui des comorbidités.

Il existe deux définitions complémentaires des comorbidités. La première définit les comorbidités comme la somme des pathologies chroniques d'un individu, et la seconde considère qu'au regard d'une pathologie cible, il existe des pathologies intercurrentes appelées comorbidités qui interagissent avec cette dernière au cours de la prise en charge du sujet [99].

Chaque comorbidité s'évalue indépendamment et grâce à des échelles, dans le cadre d'une évaluation gériatrique globale. Il existe de nombreuses échelles utilisées en recherche médicale et en évaluation médicale.

Les comorbidités ont un rôle important chez les patientes âgées, car si trois quart des patientes de 50-55 ans meurent de leur cancer, deux tiers des patientes de plus de 85 ans meurent d'une autre pathologie [61].

Une étude de 2004 a exploré cette notion. Elle portait sur 882 femmes, 41,5% avaient plus de 85 ans, et plus de la moitié (50,8%) ont eu une mammographie dans les 2 années précédentes. Les femmes avec 2 pathologies ou plus, avaient eu moins de mammographies que celles sans pathologies significatives (mais la différence n'était pas significative) et les femmes dépendantes (avec 1 ADL : Activities of Daily Living) avaient eu moins de mammographies que les femmes sans dépendance. L'étude concluait que plus de la moitié des femmes de 80 ans (et plus) avaient eu une mammographie mais près de 40%, avaient un bénéfice incertain à cause d'une pathologie ou d'une dépendance [100].

En 1994, Satariano a étudié les effets des comorbidités sur la survie à 3 ans, chez des femmes atteintes de cancer du sein. Il a été retrouvé que pour des patientes qui avaient 3 ou plus de 7 comorbidités, elles avaient 20 fois plus de taux de mortalité causée par d'autres maladies que le cancer du sein et 4 fois plus de risque de décès de toutes causes que celles qui n'avaient pas de comorbidités [101].

Le tableau ci-dessous évalue le risque relatif de décès dû au cancer du sein en fonction des comorbidités.

Comorbidité	Risque relatif de décès dû au cancer du sein
Aucune	4,8
Faible	1,7
Modérée	0,8
Sévère	0,4

Tableau 4: Mortalité lié au cancer du sein et comorbidités [101]

Les femmes avec des comorbidités sévères avaient un taux de mortalité plus important et le diagnostic précoce de cancer du sein, chez elles n'améliorait pas la survie [101].

Les comorbidités chez les patientes atteintes de cancer du sein semblent donc être un facteur prédictif fort de survie à 3 ans, indépendant du stade du cancer du sein. Ces données suggèrent que les essais évaluant l'efficacité du dépistage devrait inclure en routine la mesure des comorbidités [101].

En 2009, dans le “Lancet” une revue de littérature a été publiée. Elle évaluait les effets des comorbidités sur le dépistage et le diagnostic précoce de cancer chez les sujets âgés. Il a été retrouvé qu’il n’y avait pas de « guides lines » établis sur le dépistage du cancer chez les sujets âgés du fait de la pauvreté des essais cliniques incluant un nombre insuffisant de patient âgé. Néanmoins, plusieurs recommandations pouvaient être établies à partir de cette revue de littérature.

La décision de réaliser un dépistage devait estimer les bénéfices et les risques pour chaque personne. La santé, le statut fonctionnel et les comorbidités étaient les indicateurs les plus appropriés de l’espérance de vie comparée à l’âge chronologique seul. Les personnes âgées en bonne santé semblaient pouvoir bénéficier de la poursuite du dépistage, alors que des tests de dépistage pourraient être inopportuns pour des personnes âgées fragiles. Et pour les médecins, le plus difficile était d’identifier les patients appropriés dans le dépistage du cancer.

Ainsi, il était proposé qu’une « Evaluation Gériatrique Standardisée pourrait être recommandée avant le dépistage du cancer. Elle pourrait être une étape afin d’identifier les patientes au dépistage du cancer dans la population âgée. Ceci fournirait une image complète du statut de santé des individus âgés et aiderait à éviter le sous-dépistage chez des patients en bonne santé, et le sur-dépistage chez des patients fragiles. De nouveaux essais cliniques devraient être faits pour montrer la rentabilité et le coût effectif du dépistage du cancer dans la population âgée. Les médecins et les patients âgés devraient être informés de ces essais afin de prendre des décisions individuelles appropriées [102].

Les comorbidités sont donc très importantes quant à la décision de réaliser une mammographie chez les femmes âgées. L’importance de ces comorbidités sur la mortalité est difficile à évaluer car leur rôle est complexe. Elles ont un effet direct sur la mortalité quand la mort d’une patiente cancéreuse n’est pas liée à la pathologie néoplasique [61].

Elles peuvent aussi avoir des effets indirects sur la mortalité quand elles aggravent les complications de néoplasie ou quand elles jouent un rôle dans la décision thérapeutique [61].

Les troubles cognitifs et le dépistage du cancer du sein chez les femmes âgées.

Des données indiquent que les femmes âgées avec un déficit cognitif ont moins de mammographie [103]. Alors que pour celles qui ont des comorbidités comme l'hypertension, le diabète, ou une atteinte cardiaque, il n'est pas démontré de décroissance comparable [104].

Une revue de littérature de 2004 a posé le challenge éthique du dépistage par mammographie, chez les femmes âgées avec un déficit cognitif. Il est retrouvé, que les femmes avec un déficit cognitif léger pouvaient apprécier l'assurance d'un examen négatif, contrairement aux femmes atteinte de démence modérée à sévère car elles ne se rappelleraient pas du résultat de la mammographie. Pour ces femmes avec une déficience cognitive légère et une espérance de vie longue, les avantages pouvaient dépasser les inconvénients [105].

Pour les femmes avec une démence modérée et peu de comorbidités, les bénéfices et les risques étaient en balance.

Les familles des patientes avec une démence sévère devaient être avisées qu'il y avait plus de risques que de bénéfices à réaliser une mammographie.

Les médecins devaient donc mettre en balance les bénéfices et les risques avant de proposer une mammographie aux patientes atteintes de déficit cognitif. Ils devaient prendre en considération l'espérance de vie, les risques du test, les traitements, les préférences individuelles des patientes ainsi qu'un consentement individuel difficile à obtenir [105].

1.3.6.3- Les inégalités de dépistage chez les femmes âgées

Une étude rétrospective de 2005 a été réalisée sur les inégalités de dépistage chez les femmes âgées. Dans cette cohorte, 42% des femmes de 65 à 69 ans étaient dépistées, contre 26% des femmes de 85 ans et plus. En ajustant les taux, le taux de dépistage était respectivement de 40% pour les femmes blanches, 30% pour les femmes noires et 25% pour les femmes d'autres races ($p < 0,001$). A statut égal de santé, les femmes jeunes avaient 1,6 fois plus de chance de réaliser une mammographie que les femmes âgées. Les femmes blanches avaient 1,6 fois plus de chance de réaliser une mammographie que les femmes noires et 1,38 fois plus de chance que les femmes d'autres races.

Ainsi la décision de réaliser une mammographie n'était pas seulement influencée par un statut de bonne santé mais aussi était influencée par l'âge et la race [106].

Une autre étude américaine a examiné les relations entre la richesse et le dépistage réalisé chez les patientes de plus de 65 ans en fonction de l'espérance de vie. Sur une cohorte de 4222 femmes de 65 ans et plus, il est retrouvé que les femmes âgées « pauvres » avec une espérance de vie favorable étaient à risque de ne pas réaliser de mammographie, alors que les femmes riches, avec une espérance de vie limitée, réalisaient plus de dépistage par mammographie [107].

1.3.7- Dépistage du cancer du sein chez les femmes âgées et considérations financières

En 2003, une revue de littérature a essayé de déterminer les coûts et les avantages de la mammographie après 65 ans. La recherche a été réalisée sur MEDLINE de 1989 à 2002. 115 études ont été identifiées et 10 avaient les critères d'inclusion recherchés, à savoir la rentabilité du dépistage chez les femmes âgées.

Il est retrouvé qu'en moyenne, le fait de prolonger le dépistage à 75 ou 80 ans a été évalué à un coût de 34000\$ à 88000\$ (2002 dollars américains) par an de vie gagnée, comparé à l'arrêt du dépistage à 65 ans [108].

Deux études ont suggéré qu'il était plus rentable de cibler des femmes en bonne santé que celles qui présentaient des comorbidités [108].

Et des évaluations actuelles suggèrent que le dépistage du cancer du sein tous les 2 ans après l'âge 65 ans réduit la mortalité à des coûts raisonnables pour des femmes sans comorbidités significatives [108].

2-Méthodes

2.1- Justificatif de l'étude

Le cancer du sein est un problème de santé publique. Son incidence augmente avec l'âge, et est souvent diagnostiqué à un stade plus avancé chez les femmes âgées.

Néanmoins, de façon individuelle et adaptée, on peut proposer aux patientes des traitements contre le cancer du sein. Ces traitements sont : la chirurgie, la radiothérapie, l'hormonothérapie, et la chimiothérapie.

Le dépistage du cancer du sein chez la femme âgée a donc toute son importance même s'il reste actuellement un sujet controversé. En effet, il soulève plusieurs interrogations sur son utilité, sa rentabilité.

Le dépistage doit être inscrit dans une réflexion individuelle fondée sur l'espérance de vie estimée, compte tenu d'éventuelles comorbidités et sur les possibilités thérapeutiques en cas de détection par mammographie d'un cancer.

En France, en ce qui concerne le dépistage du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans, il existe des recommandations (HAS 2004) et le rôle du médecin généraliste a été précisé.

Il doit ainsi :

- s'assurer que toutes les femmes âgées de 50 à 74 ans ont bénéficié d'un dépistage du cancer du sein par mammographie dans les 2 années précédentes.
- rechercher les facteurs de risques de cancer du sein.
- connaître le résultat et la qualité de la mammographie.
- s'assurer qu'une démarche de soins adaptés en fonction des résultats de la mammographie est mise en place.

Mais pour les femmes de plus de 74 ans, il n'existe actuellement aucune recommandation française concernant le dépistage du cancer du sein.

Par ailleurs les femmes de 70 ans et plus sont peu suivies par un gynécologue.

Le médecin généraliste joue donc un rôle prépondérant dans le dépistage du cancer du sein chez les femmes âgées. Il est souvent le seul à pouvoir examiner les patientes et leur proposer un dépistage.

Les patientes âgées consultent souvent pour d'autres motifs (renouvellement d'ordonnance, suivi de maladie chronique, pathologie aiguë intercurrente..). Elles se déshabillent rarement, par manque de temps et souvent par pudeur, difficile alors de pratiquer la palpation des seins. L'examen est « noyé » par les autres motifs de consultation.

Ainsi, seul un médecin généraliste convaincu de l'intérêt du dépistage pourra informer et motiver ses patientes de participer à un dépistage associant examen clinique annuel et une mammographie tous les 2 ans.

Nous nous sommes donc intéressés à ce sujet, à savoir :

Quelles sont les attitudes des médecins généralistes vis à vis du dépistage individuel des femmes âgées ?

Poursuivent-ils le dépistage et pour quels types de patientes?

Ou pourquoi, ne poursuivent-ils pas le dépistage ?

Nous avons réalisé une étude, à l'aide d'un questionnaire, afin d'identifier les pratiques des médecins généralistes vis à vis du dépistage individuel du cancer du sein chez des patientes de plus de 74 ans.

2.2-Les objectifs de l'étude

Objectif principal :

-Identifier les pratiques des médecins généralistes de Vendée et de Loire Atlantique, vis à vis du dépistage individuel du cancer du sein, chez des patientes de plus de 74 ans.

Objectifs secondaires :

-Déterminer les méthodes de dépistage individuel du cancer du sein chez les femmes de plus de 74 ans, par les médecins généralistes.

-Déterminer les critères démographiques, cliniques, sociaux qui motivent un dépistage individuel du cancer du sein chez la femme de plus de 74 ans.

- Déterminer les pratiques des médecins généralistes vis à vis du dépistage de masse organisé.

2.3- Population étudiée

Cette étude a été menée auprès de 181 médecins généralistes exerçant dans les départements de Vendée et de Loire Atlantique.

Les critères d'inclusion de l'étude étaient, pour les médecins généralistes:

- avoir une activité libérale
- posséder une maîtrise de stage validée par le Département de Médecine Générale de Nantes pour les stages de praticien libéral de niveau 1, et/ou les stages SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée)
- disposer d'une connexion internet au cabinet ou à domicile
- exercer sur le département de Loire Atlantique et de Vendée

Les critères d'exclusion étaient : ne pas posséder de connexion internet ou de maîtrise de stage auprès du Département de Médecine Générale.

2.4- Description de l'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive.

Pour identifier les pratiques des médecins généralistes vis à vis du dépistage du cancer du sein chez les patientes de plus de 74 ans, nous avons élaboré un questionnaire.

Le questionnaire (cf. annexe1) était construit en plusieurs parties.

- Première partie :

On détaillait les caractéristiques des médecins généralistes qui avaient répondu au questionnaire.

- Deuxième partie :

On demandait aux médecins généralistes s'ils assuraient le suivi du dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 74 ans dans le cadre du dépistage organisé.

- Troisième partie :

On demandait aux médecins généralistes s'ils poursuivaient le dépistage du cancer du sein chez les patientes de plus de 74 ans.

Si OUI, pour quels types de patientes et sur quels critères et si NON pourquoi ?

Nous avons ensuite réalisé un pré-test auprès de 3 médecins généralistes.

Et après quelques modifications, nous avons envoyé le questionnaire le 1^{er} Avril 2011.

L'envoi des questionnaires s'est fait par courrier électronique accompagné d'une lettre explicative.

Au total, le questionnaire a été envoyé à 181 médecins généralistes: 115 hommes et 66 femmes.

La période retenue pour l'étude était de mars 2011 à juin 2011.

2.5- Variables étudiées

A travers le questionnaire, notre étude explorait plusieurs domaines.

En premier lieu, nous nous sommes intéressés aux caractéristiques des médecins qui avaient répondu à notre questionnaire.

Les caractéristiques étaient : le mode d'exercice, la zone d'activité, l'âge, le sexe, l'acquisition d'une capacité de gériatrie, l'activité gynécologique: faible, moyenne, ou importante. La quantification de l'activité gynécologique était laissée à la libre appréciation du médecin généraliste.

Puis nous avons recherché si les médecins généralistes suivaient les recommandations sur le dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans : examen clinique annuel et mammographie tous les deux ans.

Enfin nous avons essayé d'identifier les conduites et les pratiques des médecins généralistes, vis à vis du dépistage individuel du cancer du sein chez des patientes de plus de 74 ans.

Les médecins généralistes poursuivaient-ils le dépistage après 74 ans ?

Si oui,

Selon quelles méthodes ? Examen clinique et/ou mammographie.

Selon quels critères ?

- En fonction de l'âge de la patiente.
- En fonction d'un désir de la patiente.
- En fonction d'un suivi régulier antérieur (par examen clinique et mammographie lors du dépistage organisé).

- En fonction des comorbidités de la patiente : de l'autonomie et/ou de pathologies modérées à sévères (termes qui étaient dans le questionnaire subjectifs et laissés à la libre appréciation du médecin généraliste).
- En fonction de l'espérance de vie de la patiente (terme qui était dans le questionnaire subjectif et laissé à la libre appréciation du médecin.)
- En fonction des facteurs de risque de cancer du sein de la patiente.

Si non, pourquoi ne poursuivaient-ils pas le dépistage du cancer du sein ?

Selon quels critères ?

- L'absence de recommandation
- Les difficultés d'accès à la mammographie pour la patiente
- Le refus de la patiente
- Le suivi assuré par un gynécologue
- L'anxiété des patientes
- Les patientes présentant des comorbidités

2.6- Traitement des données

Les réponses au questionnaire (papier et informatique) ont été saisies et enregistrées dans un tableau Excel.

Elles ont ensuite été comparées et présentées sous forme de pourcentages.

3-Résultats

3.1- Les données recueillies

Le 15 mai, 6 semaines après l'envoi des 181 questionnaires, 19,8% avaient répondu par courrier électronique (36 médecins) et 3,9% par courrier postal (7 médecins) soit un total de 23,7% réponses (43 médecins).

Nous avons relancé les médecins généralistes. Nous avons de nouveau envoyé le questionnaire aux médecins qui n'avaient pas répondu avec de nouveau une lettre explicative.

Là, 5,5% ont répondu par courrier électronique (10 médecins) et 2,2% par courrier postal (4 médecins).

Ainsi 25,4 % ont répondu par courrier électronique (46 médecins) et 6% par courrier postal (11 médecins). Au total **31,5%** ont répondu au questionnaire, soit **57** médecins.

A cela s'ajoute 6,6% de réponses (12 médecins) non exploitables, du fait d'un renvoi de questionnaire vierge, de médecins qui ne réussissaient pas à répondre par courrier électronique, de l'apparition d'un virus dans un questionnaire...

Par ailleurs, après avis auprès d'un statisticien, nous avons dû ôter 8,3% des réponses au questionnaire, du fait que les médecins avaient répondu « double » à la question « poursuivez-vous le dépistage du cancer du sein chez les femmes de plus de 74 ans ? » 15 médecins ont répondu OUI et NON.

En conclusion: le questionnaire a été envoyé à **181** médecins le 1^{er} Avril avec une relance le 15 mai. **38,1%** ont répondu (soit 69 médecins), mais **14,9%** n'ont pu être analysées pour différentes raisons (soit 27 réponses).

Ainsi seules **23,2%** des données ont pu être prises en compte et analysées soit **42** réponses au questionnaire.

3.2-Les caractéristiques des médecins qui ont répondu au questionnaire

3.2.1- Mode d'exercice

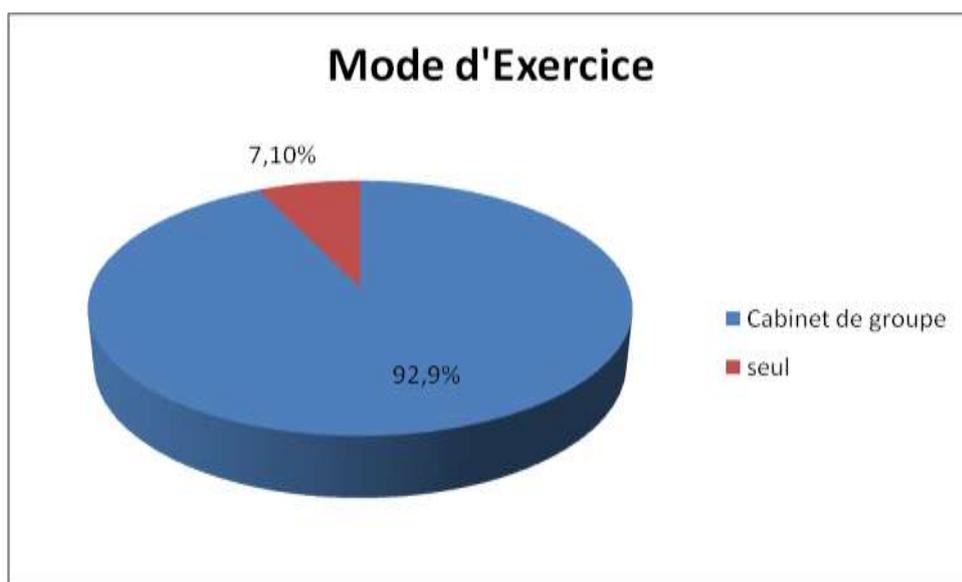


Figure 8: Répartition des différents modes d'exercice des médecins.

Sur les 42 médecins répondants, 39 travaillaient en cabinet de groupe, soit 92,9% et 3 travaillaient « seul » dans leur cabinet soit 7,1%.

3.2.2- Zone d'activité

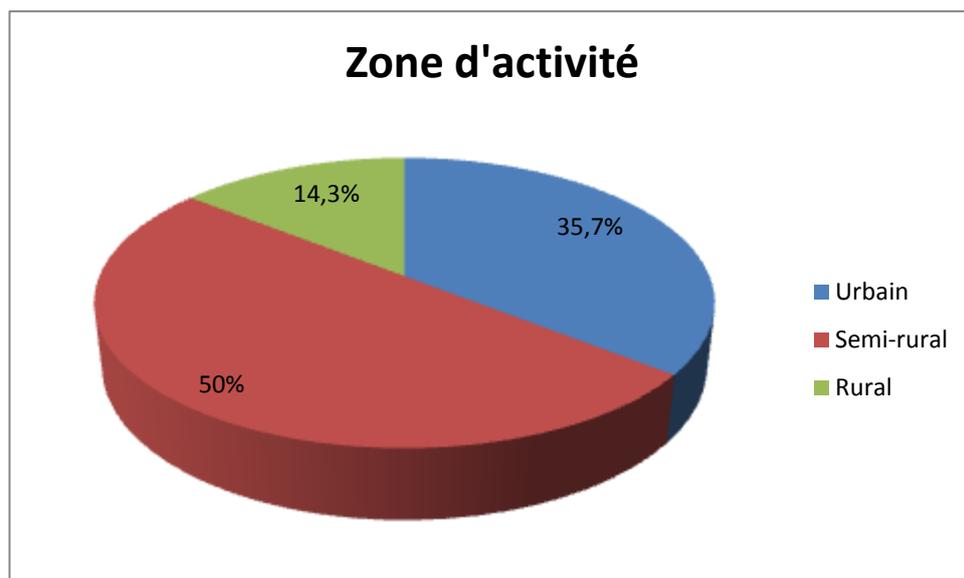


Figure 9: Répartition des médecins en fonction de la zone d'activité.

Sur les 42 médecins répondeurs:

- 15 travaillaient en milieu urbain, soit 35,7%
- 21 travaillaient en milieu semi-rural, soit 50%
- 6 travaillaient en milieu rural, soit 14,3%

3.2.3- Age des médecins généralistes

Concernant l'âge des médecins généralistes, 39 ont répondu sur 42.

La moyenne d'âge était de 52,18 ans.

Le minimum était de 34 ans et le maximum était de 64 ans.

La médiane était de 53 ans.

3.2.4- Sexe des médecins généralistes

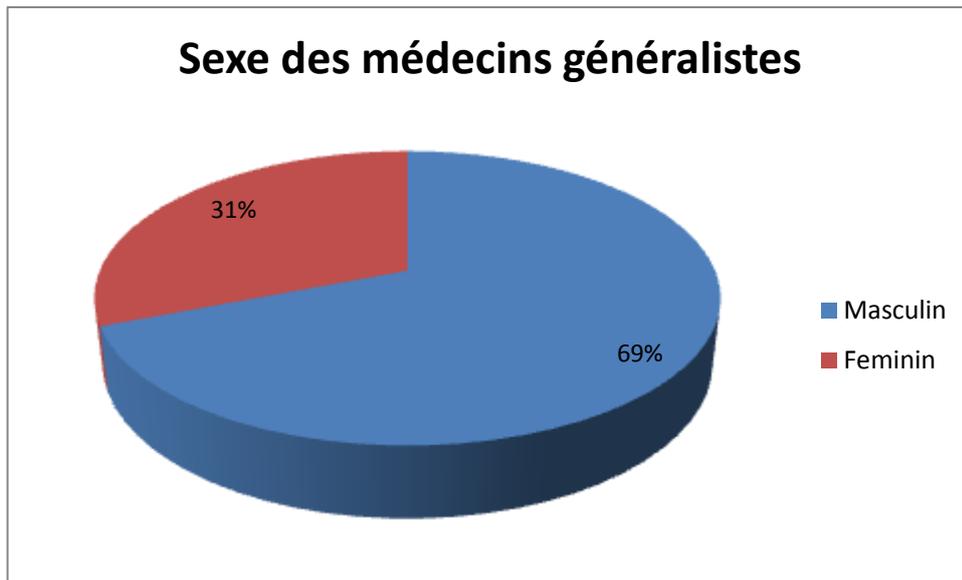


Figure 10: Sexe des médecins généralistes.

Sur les 42 médecins répondants, 29 étaient des hommes soit 69% et 13 étaient des femmes soit 31%.

3.2.5- Acquisition d'une Capacité de Gériatrie

Capacité de gériatrie	Effectif	%
OUI	3	7,1
NON	39	92,9

Tableau 5: Acquisition d'une capacité de gériatrie

Seuls 3 médecins généralistes sur 42 possédaient une capacité de gériatrie, soit 7,1%.

3.2.6- Activité gynécologique des médecins généralistes

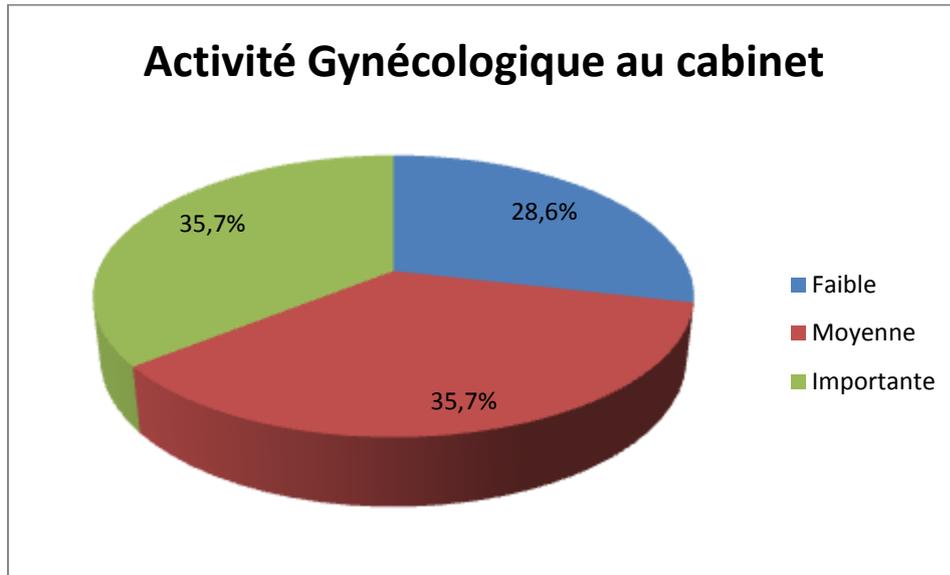


Figure 11: Activité gynécologique au cabinet des médecins généralistes.

A la question, quelle est votre activité gynécologique ?

-12 médecins avaient une activité gynécologique faible, soit 28,6%.

-15 médecins avaient une activité gynécologique moyenne, soit 35,7%.

-15 médecins avaient une activité gynécologique importante, soit 35,7%.

Par ailleurs, si on croise, les résultats de l'activité gynécologique avec le sexe des médecins généralistes. On remarque que les femmes avaient une activité gynécologique plus importante que les hommes: 69% des femmes (9/13) avaient une activité gynécologique importante contre 20,68% des hommes (6/29).

		<u>Activité Gynécologique</u>			Total
		Faible	Moyenne	Importante	
<u>Sexe</u>	Homme	12	11	6	29
	Femme	0	4	9	13
Total		12	15	15	42

Tableau 6: Activité gynécologique et sexe des médecins généralistes.

3.3-Les médecins généralistes et le dépistage organisé du cancer du sein (50-74 ans)

3.3.1- Le dépistage des femmes de 50-74 ans, par un examen clinique annuel

A la question, dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein, (chez les femmes de 50 à 74 ans), effectuez-vous un examen clinique annuel (ECA) par palpation des seins ?

33 médecins sur 42 ont répondu « OUI », soit **78,9%** examinaient les seins de leurs patientes âgées de 50 à 74 ans, par un examen clinique annuel.

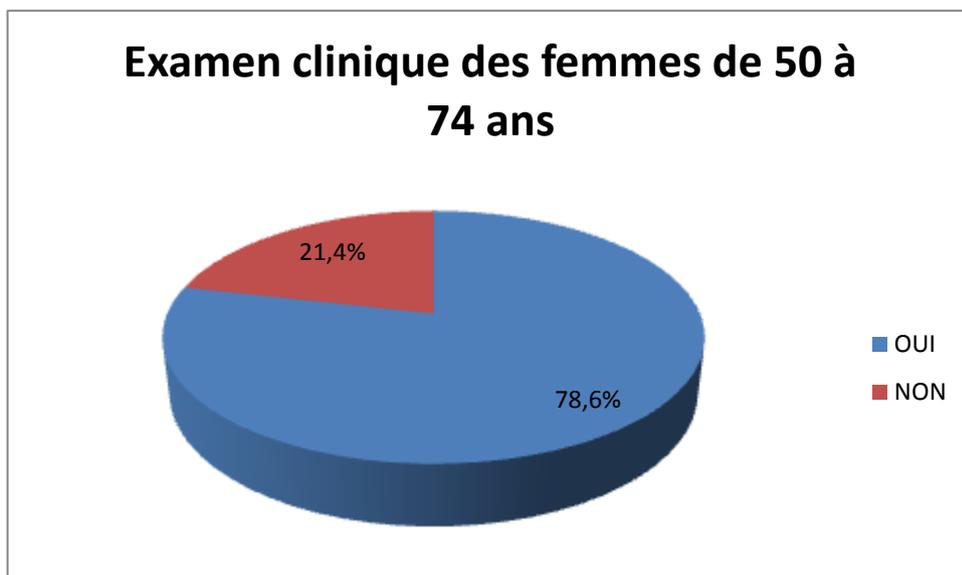


Figure 12: Examen clinique annuel chez les femmes de 50 à 74 ans.

Si on croise, les résultats de l'examen clinique avec le sexe des médecins généralistes, on retrouve que 69,9% des hommes (20/29) réalisaient un examen clinique des seins chez les femmes de 50 à 74 ans contre 100% (13/13) des femmes.

		Sexe		Total
		Homme	Femme	
ECA	OUI	20	13	33
	NON	9	0	9
Total		29	13	42

Tableau 7: Examen clinique des femmes de 50 à 74 ans et sexe des médecins généralistes.

3.3.2- Le dépistage des femmes de 50 à 74 ans, par une mammographie tous les deux ans

Dans notre étude, nous avons cherché à savoir si les médecins généralistes surveillaient les mammographies des femmes visées par le dépistage organisé.

Il en résulte que 40 médecins sur 42, soit **95,2%** surveillaient les mammographies des femmes visées par le dépistage organisé du cancer du sein.

Et pour ceux qui ont répondu « non, je ne surveille pas les femmes de 50 à 74 ans par un examen clinique et une mammographie tous les deux ans », soit 4,8%.

C'est dû au fait que 75% des femmes étaient suivies par un gynécologue, que 75% ne souhaitaient pas être examinées, et seulement 25% des médecins avaient déclaré manquer de temps.

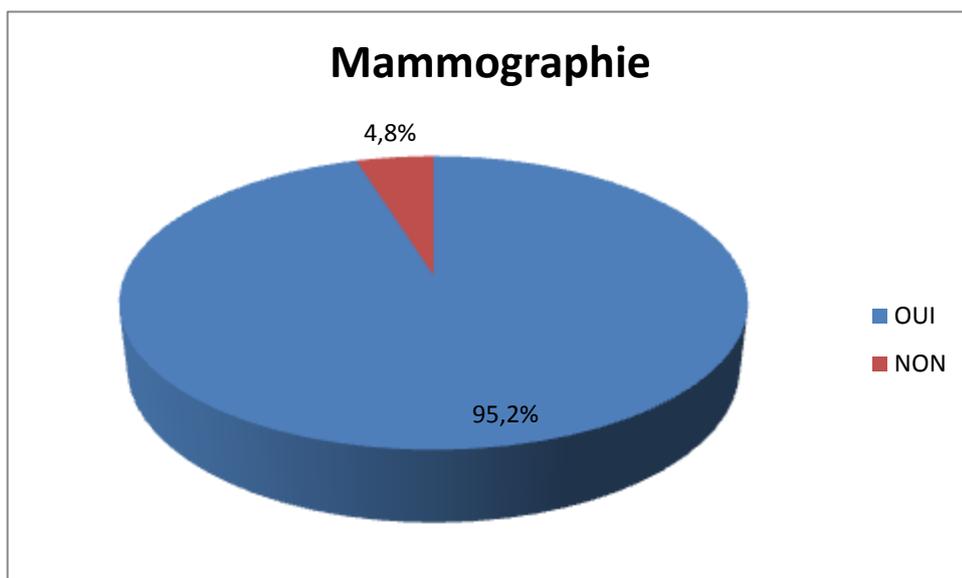


Figure 13: Mammographie réalisée tous les deux ans chez les femmes de 50 à 74 ans.

Par ailleurs, si on croise, le fait de surveiller, si les femmes réalisent bien leur mammographie, et le sexe des médecins généralistes, **93,1%** des hommes médecins (27/29) surveillaient les mammographies des femmes de 50 à 74 contre **100%** des femmes médecins (13/13).

		Sexe		Total
		Homme	Femme	
Mammographie	OUI	27	13	40
	NON	2	0	2
Total		29	13	42

Tableau 8: Mammographie et sexe des médecins généralistes.

Et si on croise, le fait de surveiller si les médecins généralistes réalisent bien leur mammographie et la zone d'activité, 93,3% des médecins exerçant en zone urbaine surveillaient les mammographies des femmes de 50 à 74 ans (14/15). C'était le cas de 95,2% des médecins en milieu semi-rural (20/21) et 100% (6/6) des médecins en milieu rural.

		zone activité			Total
		urbain	Semi-rural	rural	
Mammographie	OUI	14	20	6	40
	NON	1	1	0	2
Total		15	21	6	42

Tableau 9: Mammographie et zone d'activité des médecins généralistes.

Si on demandait aux médecins s'ils inscrivaient, les résultats des examens cliniques et des mammographies dans leurs dossiers, 92,9% le faisaient.

	Effectif	%
OUI	39	92,9
NON	3	7,1

Tableau 10: Inscription des résultats (examen et mammographie) dans les dossiers médicaux.

3.4- Les médecins généralistes et le dépistage individuel du cancer du sein chez les femmes de plus de 74 ans

3.4.1- Les médecins généralistes poursuivent-ils le dépistage individuel du cancer du sein chez les femmes de plus de 74 ans ?

Dans notre étude, 33 médecins généralistes sur 42 avaient répondu « OUI », soit **78,6%**, et 9 avaient répondu « NON », soit 21,4%.

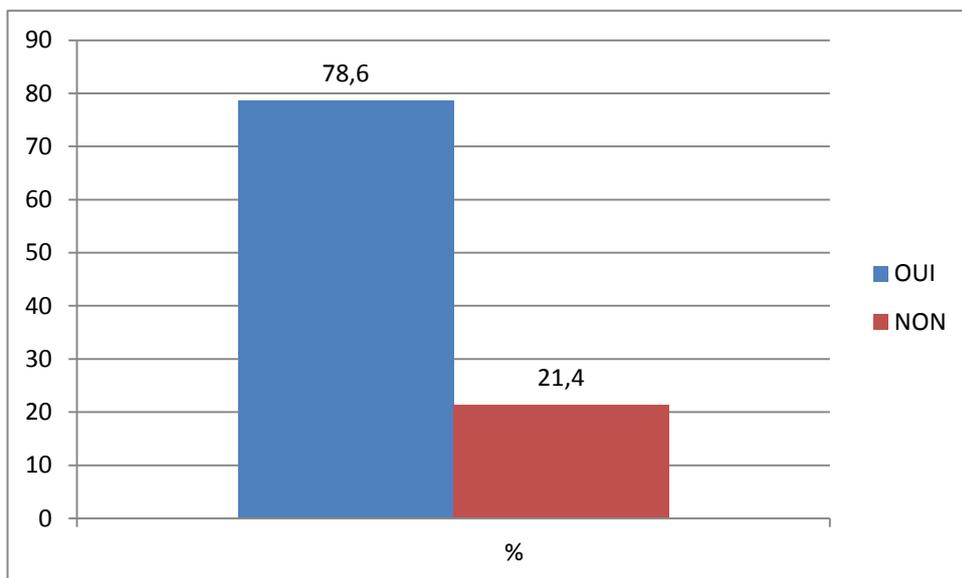


Figure 14: La poursuite du dépistage individuel du cancer du sein chez les femmes de plus de 74 ans.

Si on croise, le fait de poursuivre le dépistage et le sexe des médecins généralistes, **92,3%** des femmes médecins poursuivaient le dépistage (12/13) contre **72,4%** des hommes médecins (21 sur 29).

		sexe		Total
		Homme	Femme	
Poursuite du dépistage	OUI	21	12	33
	NON	8	1	9
Total		29	13	42

Tableau 11: Sexe des médecins et poursuite du dépistage

Si on croise, le fait de poursuivre le dépistage et la zone d'activité, 80% des médecins exerçant en milieu urbain poursuivaient le dépistage (12/15), 80% en milieu semi-rural (17/21) et 66,6% en milieu rural (4/6).

		<u>zone activité</u>			Total
		urbain	Semi-rural	rural	
<u>Poursuite du dépistage</u>	OUI	12	17	4	33
	NON	3	4	2	9
Total		15	21	6	42

Tableau 12: Zone d'activité et poursuite du dépistage.

Et si on croise, le fait de poursuivre le dépistage et l'activité gynécologique, **66,6%** des médecins qui avaient une activité gynécologique faible poursuivaient le dépistage (8/12), contre **73,3%** qui avaient une activité gynécologique moyenne (11/15), et **93,3 %** qui avaient une activité importante (14/15).

		Activité gynécologique			total
		faible	moyenne	importante	
Poursuite du dépistage	oui	8	11	14	33
	non	4	4	1	9
Total		12	15	15	42

Tableau 13: Activité gynécologique et poursuite du dépistage.

3.4.2- Oui, les médecins généralistes poursuivent le dépistage individuel du cancer du sein chez les femmes de plus de 74 ans

3.4.2.1- Les méthodes du dépistage individuel du cancer du sein chez les femmes de plus de 74 ans :

3.4.2.1.1- Par un examen clinique :

Dans notre étude, **96,6%** des médecins qui poursuivaient le dépistage, le faisaient par un examen clinique.

Palpation mammaire	Effectif	% total	% relatif
OUI	31	73,8	96,6
NON	1	2,4	3,1
total	32	76,2	100

Tableau 14: La palpation mammaire après 74 ans.

Effectif total, cela correspond au nombre de médecins qui poursuivent le dépistage individuel, soit 33. Il manque 1 donnée, il s'agit d'un médecin qui poursuit le dépistage mais qui n'a pas répondu à cette question.

Pourcentage total, cela correspond au pourcentage total des réponses au questionnaire reçues (médecins qui poursuivent le dépistage et ceux qui ne le poursuivent pas).

Pourcentage relatif, cela correspond au pourcentage des médecins qui poursuivent le dépistage, et qui ont répondu à cette question.

Ainsi, **73,8%** des médecins répondus poursuivaient le dépistage par un examen clinique.

Sur ceux qui ont répondu « oui » à la poursuite du dépistage, **96,6%** le faisaient par un examen clinique.

Puis, nous avons posé la question : à quelle fréquence les médecins généralistes réalisaient une palpation mammaire ?

61,9% des médecins qui ont répondu au questionnaire poursuivaient le dépistage par un examen clinique annuel. Et sur ceux qui ont répondu « oui » à la poursuite du dépistage, **86,7%** le faisaient par un examen clinique annuel.

	Effectif	%total	%relatif
Tous les ans	26	61,9	86,7
Tous les 2 ans	2	4,8	6,7
De façon plus espacé	2	4,8	6,7
Total	30	71,4	100

Tableau 15: La fréquence de la palpation mammaire.

Effectif Total : 33, il manque 3 données, il s'agit de 3 médecins qui poursuivent le dépistage mais qui n'ont pas répondu à cette question.

3.4.2.1.2- Par une mammographie :

Dans notre étude, **75%** des médecins qui poursuivaient le dépistage individuel le faisaient par une mammographie et **57,1%** des médecins qui ont répondu au questionnaire poursuivaient le dépistage par une mammographie.

Mammographie	Effectif	% total	% relatif
OUI	24	57,1	75
NON	8	19	25
Total	32	76,2	100

Tableau 16: La mammographie après 74 ans.

Effectif Total : 33, il manque 1 donnée, il s'agit d'1 médecin qui poursuit le dépistage mais qui n'a pas répondu à cette question.

Puis, nous avons posé la question : à quelle fréquence les médecins généralistes réalisaient une mammographie ?

81,8% des médecins qui poursuivaient le dépistage le faisaient par une mammographie tous les 2 ans et **42,9%** des médecins qui ont répondu au questionnaire poursuivaient le dépistage par une mammographie tous les 2 ans, mais notez que 1/3 des médecins n'ont pas répondu à cette question.

	Effectif	% total	%relatif
Tous les 2 ans	18	42,9	81,8
De façon plus espacé	4	9,5	18,2
Total	22	52,4	100

Tableau 17:La fréquence de la mammographie.

Effectif Total : 33, il manque 11 données, il s'agit de 11 médecins qui poursuivent le dépistage mais qui n'ont pas répondu à cette question.

Si on recherche les médecins qui poursuivaient le dépistage par palpation mammaire et par mammographie, les résultats sont les suivants:

		<u>Méthode</u> <u>mammographie</u>		Total
		OUI	NON	
<u>Méthode</u> <u>palpation</u>	OUI	23	8	31
	NON	1	0	1
Total		24	8	32

Tableau 18: dépistage par examen clinique et mammographie.

Sur les 31 médecins qui poursuivaient le dépistage par palpation, 23 le faisaient aussi par mammographie soit **74,2%**.

3.4.2.2-Les critères identifiés par les médecins généralistes leur permettant de poursuivre le dépistage individualisé du cancer du sein chez les femmes de plus de 74 ans.

3.4.2.2.1- Selon l'âge des patientes :

A la question : jusqu'à quel âge poursuivez-vous le dépistage du cancer du sein chez les femmes de plus de 74 ans ?

77,4% (24/31) des médecins qui poursuivaient le dépistage le faisaient jusqu'à 85 ans, et 29% (9/31) après 85 ans.

	Effectif	% total	% relatif
75-80ans	7	16,7	22,6
80-85ans	15	35,7	48,4
>85ans	9	21,4	29
Total	31	73,8	100

Tableau 19: Age du dépistage

Effectif Total : 33, il manque 2 données, il s'agit de 2 médecins qui poursuivent le dépistage mais qui n'ont pas répondu à cette question.

3.4.2.2.2- Selon le désir de la patiente.

A la question: poursuivez-vous le dépistage du fait d'un désir de la patiente, et d'une demande de sa part ?

60,6% des médecins qui poursuivaient le dépistage le faisaient du fait d'un désir de la patiente.

	Effectif	% total	% relatif
OUI	20	47,6	60,6
NON	13	31	39,4
Total	33	78,6	100

Tableau 20: Désir et demande de la patiente

3.4.2.2.3- Selon les comorbidités des patientes

A la question, poursuivez-vous le dépistage en fonction des comorbidités des patientes ?

63,6% des médecins qui poursuivaient le dépistage, le faisaient en fonction des comorbidités des patientes.

	Effectif	% total	%relatif
OUI	21	50	63,6
NON	12	28,6	36,4
Total	33	78,6	100

Tableau 21:Les comorbidités des patientes.

Par ailleurs, **54,5%** des médecins qui poursuivaient le dépistage le faisaient chez des patientes sans perte d'autonomie.

	Effectif	% total	%relatif
OUI	18	42,9	54,5
NON	15	35,7	45,5
Total	33	78,6	100

Tableau 22: Patientes sans perte d'autonomie

Et enfin, **48,5%** des médecins qui poursuivaient le dépistage le faisaient pour des patientes sans pathologies chroniques modérées à sévères.

	Effectif	%total	% relatif
OUI	16	38,1	48,5
NON	17	40,5	51,5
Total	33	78,6	100

Tableau 23: Patientes sans pathologies chroniques modérées à sévères.

3.4.2.2.4- Selon si les patientes ont eu un suivi régulier, par mammographie jusqu'à 74 ans.

Si les patientes ont eu un suivi par mammographie, régulièrement de 50 à 74 ans, on peut se poser la question de poursuivre le dépistage, d'autant plus que l'incidence du cancer du sein augmente avec l'âge.

Nous avons ainsi demandé aux médecins s'ils poursuivaient le dépistage du cancer du sein chez des femmes qui avaient été bien suivi jusqu'à présent.

42,4% des médecins qui poursuivaient le dépistage le faisaient si les patientes avaient eu un suivi régulier antérieur.

	Effectif	% total	% relatif
OUI	14	33,3	42,4
NON	19	45,2	57,6
Total	33	78,6	100

Tableau 24: Les patientes ont un suivi régulier jusqu'à 74 ans.

Dans notre étude, on a pu remarquer aussi que 5 médecins soit, 11,9 % poursuivaient le dépistage de façon systématique par palpation et/ou mammographie soit 15,2% des médecins qui poursuivaient le dépistage.

3.4.2.2.5-Selon l'espérance de vie des patientes (estimée par les médecins)

63,6% des médecins qui poursuivaient le dépistage le faisaient en fonction de l'espérance de vie.

	Effectif	%total	%relatif
OUI	21	50	63,6
NON	12	28,6	36,4
Total	33	78,6	100

Tableau 25: Espérance de vie estimée des patientes.

Par ailleurs, pour les médecins qui poursuivaient le dépistage, **94,7%** (18/19 des médecins qui poursuivaient le dépistage le faisaient pour une espérance de vie >5ans, et **52,6%** poursuivaient pour une espérance de vie >10ans). Il est à noter que 42% (14/33) des médecins n'ont pas répondu à cette question.

Si espérance de vie	Effectif	%total	% relatif
>2ans	1	2,4	5,3
>5ans	8	19	42,1
>10 ans	10	23,8	52,6
Total	19	45,2	100

Tableau 26:Le nombre d'années estimées.

Effectif Total : 33, mais il manque 14 données, c'est à dire 14 médecins qui n'ont pas répondu à cette question.

3.4.2.2.6- Selon les facteurs de risque de cancer du sein des patientes

75,8% des médecins qui poursuivaient le dépistage le faisaient en fonction des facteurs de risque de cancer du sein des patientes.

	Effectif	%total	%relatif
OUI	25	59,5	75,8
NON	8	19	24,2
Total	33	78,6	100

Tableau 27: Les facteurs de risque de cancer du sein.

Les médecins généralistes étaient **78,1%** à poursuivre le dépistage en fonction des antécédents personnels de cancer du sein.

Si ATCD personnel de cancer du sein	Effectif	% total	% relatif
OUI	25	59,5	78,1
NON	7	16,7	21,9
Total	32	76,2	100

Tableau 28: Les antécédents personnels de cancer du sein.

Effectif Total : 33, il manque 1 donnée, qui correspond à 1 médecin qui poursuit le dépistage mais qui n'a pas répondu à cette question.

Il est important de souligner que l'antécédent personnel de cancer du sein ne constitue pas un facteur pouvant influencer le dépistage, puisqu'il ne s'agit plus de dépistage.

Les femmes ayant eu un cancer du sein ne sont plus dépistées. On parle de surveillance post-cancer.

56,3% des médecins qui poursuivaient le dépistage, le faisaient en fonction des antécédents familiaux de cancer du sein.

Si ATCD familiaux de cancer du sein	Effectif	% total	% relatif
OUI	18	42,9	56,3
NON	14	33,3	43,8
Total	32	76,2	100

Tableau 29: Les antécédents familiaux de cancer du sein.

Effectif Total : 33, il manque 1 donnée, qui correspond à 1 médecin qui poursuit le dépistage mais qui n'a pas répondu à cette question.

21,9% des médecins qui poursuivaient le dépistage, le faisaient en fonction des autres facteurs de risque du cancer du sein.

Autres facteurs de risque de cancer du sein	Effectif	% total	% relatif
OUI	7	16,7	21,9
NON	25	59,5	78,1
Total	32	76,2	100

Tableau 30: Autres facteurs de risque de cancer du sein.

Effectif Total : 33, il manque 1 donnée, qui correspond à 1 médecin qui poursuit le dépistage mais qui n'a pas répondu à cette question.

Enfin, **40,6%** des médecins poursuivaient le dépistage, en fonction de la prise d'un traitement hormonal antérieur.

Prise d'un traitement hormonal substitutif antérieur	Effectif	% total	% relatif
OUI	13	31	40,6
NON	19	45,2	59,4
Total	32	76,2	100

Tableau 31: Prise d'un traitement hormonal substitutif antérieur.

Effectif Total : 33, il manque 1 donnée, qui correspond à 1 médecin qui poursuit le dépistage mais qui n'a pas répondu à cette question.

Les résultats relatifs aux différents facteurs de risque sont représentés dans la figure ci-dessous.

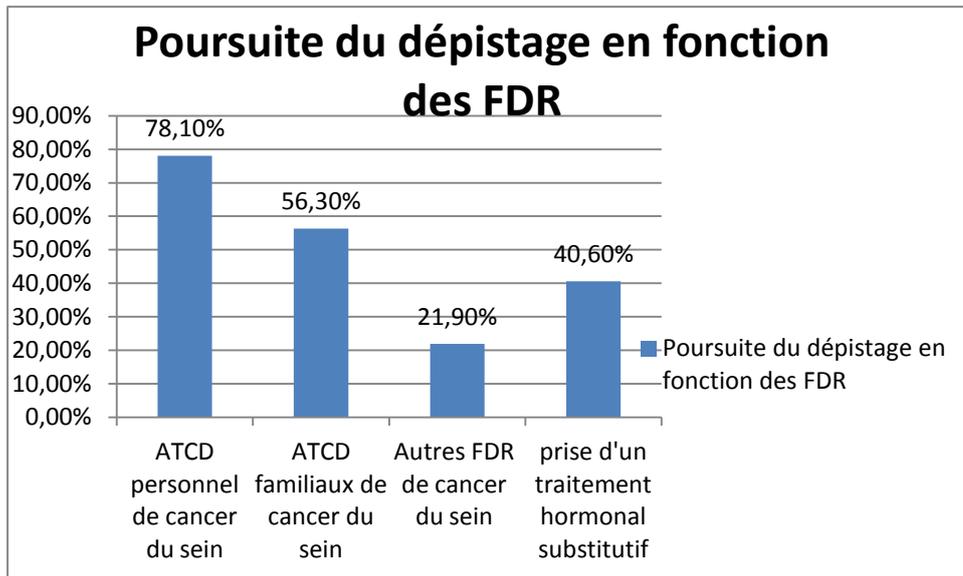


Figure 15: Récapitulatif des facteurs de risque de cancer du sein permettant la poursuite du dépistage.

Il s'agit des réponses des médecins qui poursuivaient le dépistage du cancer du sein chez des patientes de plus de 74 ans.

3.4.2.3-Pourquoi les médecins poursuivent-ils le dépistage ?

Dans le questionnaire, une question « ouverte », était posé aux médecins généralistes, afin de connaître leurs motivations, leurs opinions quant au dépistage du cancer du sein chez les femmes âgées.

A la question, pourquoi continuez-vous le dépistage du cancer du sein chez les femmes de plus de 74 ans ?

Nombreux sont ceux qui évoquaient leurs expériences où, ils avaient pu voir les bénéfices des traitements chez des patientes de plus de 74 ans.

Ils mentionnaient les bénéfices potentiels du dépistage si l'espérance de vie était suffisante, ou chez des femmes en bonne santé et autonome.

D'autres évoquaient un diagnostic de cancer du sein plus précoce avec une prise en charge plus précoce.

Par rapport au traitement, certains reconnaissaient que l'hormonothérapie était bien tolérée.

D'autres encore répondaient qu'ils poursuivaient le dépistage, car l'incidence du cancer du sein augmentait et que c'était un cancer curable.

Enfin, beaucoup réalisaient un dépistage clinique, car cela n'avait pas de coût financier ; la valeur de la palpation à cet âge était intéressante, du fait de l'involution adipeuse, et cela pouvait être fait de façon systématique lors d'un examen.

3.4.3- Non, les médecins généralistes ne poursuivent pas le dépistage individuel du cancer du sein chez les femmes de plus de 74 ans

Dans notre étude, pour **100%** (9/9) des médecins qui ne poursuivaient pas le dépistage du cancer du sein, c'était dû au fait qu'il n'y avait pas de recommandation nationale.

Pas de recommandation nationale	Effectif	% total	% relatif
OUI	9	21,4	100
NON	0	0	0
Total	9	21,4	100

Tableau 32: Les recommandations nationales.

Effectif Total, cela correspond au nombre de médecins qui ne poursuivent pas le dépistage, soit 9.

3/9 médecins ne poursuivaient pas le dépistage du fait d'un refus de la patiente, et 3/9 médecins du fait de l'absence d'intérêt pour la patiente.

1/9 médecins ne poursuivaient pas le dépistage du fait d'une difficulté d'accès à la mammographie pour les patientes âgées, 1/9 médecins, du fait d'un isolement social de la patiente et 1/9 médecins ne poursuivaient pas le dépistage chez des patientes âgées avec des comorbidités.

Enfin aucun, n'évoque une anxiété de la part de la patiente ou un suivi assuré par le gynécologue.

On peut récapituler les différentes réponses dans le tableau ci-joint

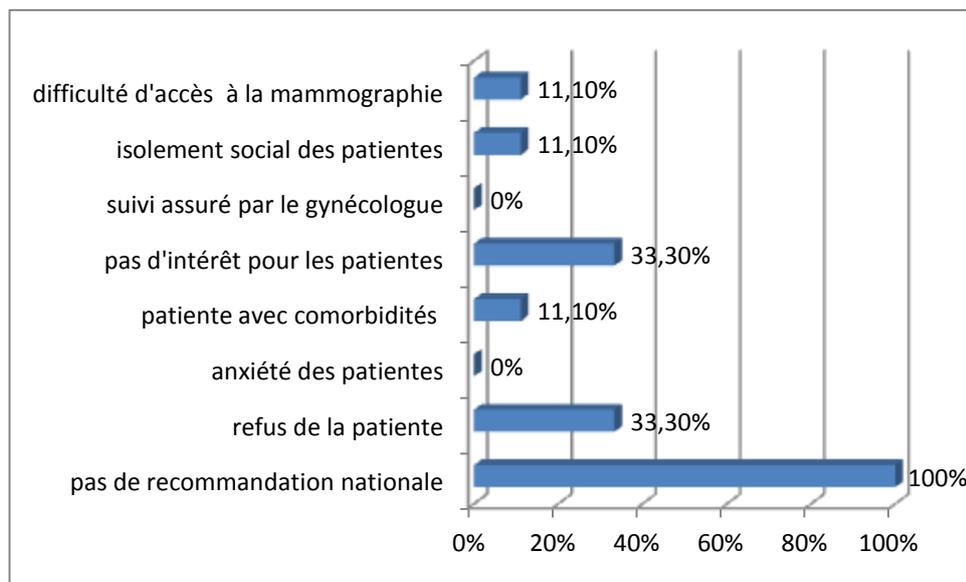


Figure 16: Pourquoi les médecins ne poursuivent-ils pas le dépistage?

4-Discussion

Le dépistage du cancer du sein chez la femme âgée reste actuellement un sujet controversé.

Où se situe la balance bénéfice-risque chez les femmes âgées ? Et comment identifier au mieux les femmes qui bénéficieront du dépistage ?

Ce sujet est d'autant plus difficile et important, du fait qu'on assiste actuellement en France et dans les années à venir à l'explosion du nombre de personnes âgées.

En effet, en 2050, on estime qu'un habitant sur trois sera âgé de 60 ans ou plus, contre un sur cinq en 2005 soit une hausse de 80 % en 45 ans [109].

Par ailleurs, depuis 1960, le nombre d'octogénaires a plus que triplé et devrait encore être multiplié par 2,4 à l'horizon 2050. A cette date, 7,3 millions de personnes (soit 10,5% de la population) auront 80 ans et plus [110]. On comptera en France, 4 461 000 femmes de plus de 80 ans [110].

Ces chiffres nous montrent ainsi toute l'importance de réfléchir à la nécessité ou non d'un dépistage approprié, à réaliser dès aujourd'hui auprès des femmes âgées. Et le médecin généraliste joue un rôle primordial dans ce choix.

Nous avons donc voulu, à travers une enquête auprès de 42 médecins généralistes, connaître leurs pratiques vis à vis du dépistage individuel du cancer du sein, chez des patientes de plus de 74 ans.

Dans notre étude, les médecins généralistes étaient favorables à la poursuite du dépistage individuel, puisqu'ils étaient 78,6% à poursuivre le dépistage.

96,6% des médecins généralistes qui poursuivaient le dépistage, le faisaient par un examen clinique et 75% le faisaient par une mammographie.

Quand on compare nos données à celles de la littérature, on retrouve dans l'étude EDIFICE de 2008 que 60 % des médecins estimaient que l'âge maximal du dépistage du cancer du sein était supérieur à 74 ans [111].

Par ailleurs, en 2007, une thèse française, a étudié le dépistage du cancer du sein chez les femmes de plus de 70 ans, par une enquête d'opinion et de pratique auprès de généralistes du réseau de santé paris nord [112].

A l'époque, l'enquête avait été réalisée pour les femmes de plus de 70 ans, car en 2004, le dépistage de masse organisé venait tout juste d'être élargi à 74 ans, au lieu de 69 ans.

Il était retrouvé que sur 35 médecins interrogés (dont 65,7% d'hommes, ce qui correspond aux données de notre étude) 70,8% poursuivaient le dépistage au delà de la limite de 74 ans, avec pour la majorité d'entre eux un dépistage associant mammographie et palpation, à raison d'une palpation tous les ans et d'une mammographie tous les 2 ans [112].

Et un médecin sur deux estimait qu'un dépistage individuel serait bénéfique en relais du dépistage organisé préexistant. Cela donnerait un « pouvoir » décisionnel » au praticien, en l'investissant du choix de dépister ou non leurs patientes âgées [112].

Mais sur une enquête réalisée en Picardie sur la prévention des cancers par les médecins généralistes, il ressort que pour le cancer du sein, seul 30% poursuivaient les mammographies de dépistage après 75 ans, 75% pratiquaient l'examen clinique des seins et 23% n'avaient pas de limite d'âge d'arrêt [113].

Une autre étude réalisée par l'Institut National du Cancer (INCa) en 2010 retrouvaient que seul 23% des médecins généralistes poursuivaient le dépistage des femmes âgées après 75 ans [114].

Ainsi quand on compare nos données à celles retrouvées dans la littérature, il existe des grandes variations sur la poursuite du dépistage. Notre étude montrait un taux de 78% de médecins qui poursuivaient le dépistage alors que dans les différentes études les taux varient de 23% à 70%. Pourquoi une telle différence, avec un taux très important dans notre étude et des taux beaucoup plus bas dans la littérature ?

Pour expliquer ce taux important de 78% dans notre étude, on peut penser que les médecins qui ont répondu à notre questionnaire étaient probablement motivés et intéressés par cette question de la poursuite du dépistage. Ils ont donc répondu favorablement à la poursuite du dépistage contrairement à l'étude de l'INCa, où les médecins généralistes qui ont répondu étaient rémunérés pour participer à cette étude.

Par ailleurs, notre étude portait seulement sur 42 médecins alors que l'étude de l'INCa portait sur 600 médecins généralistes. La taille des échantillons était donc très différente. De ce fait, les résultats retrouvés (23% et 78%) sont difficilement comparables.

Dans notre étude, nous retrouvons aussi que 21,4% des médecins ne poursuivaient pas le dépistage chez les femmes âgées. Les différentes raisons évoquées étaient: l'absence de recommandation nationale, le refus de la patiente, l'absence d'intérêt pour la patiente du fait de comorbidités importantes, une difficulté d'accès à la mammographie ou un isolement social.

Et dans la littérature, on note que pour les patientes, le risque de ne pas être dépisté augmentait : si l'âge était élevé, et avec la fréquence des consultations (plus les femmes consultaient fréquemment leurs médecins, moins ils leurs proposaient le dépistage) [112]. Et nombreux sont les médecins qui relataient le manque de données sur les bénéfices et les risques à réaliser une mammographie chez les femmes de plus de 80 ans [96].

Secondairement, nous avons voulu déterminer les caractéristiques des médecins généralistes, qui poursuivaient le dépistage individuel après 74 ans.

On remarque que les femmes médecins poursuivaient plus le dépistage que les hommes médecins (92,3% contre 72,4%). Nous retrouvons ces résultats, dans une thèse de 2007 où le dépistage par mammographie était modifié par plusieurs facteurs, notamment les patientes ayant un praticien femme [112] et dans une étude de 2004 où 89% des femmes médecins pratiquaient l'examen clinique des seins après 75 ans contre 71% des hommes médecins [113].

On peut penser que les femmes médecins s'identifient plus à leurs patientes. Elles se sentent plus concernées et sensibilisées par le dépistage que les hommes.

Par ailleurs, nous constatons que l'importance de l'activité gynécologique des médecins généralistes favorisait la poursuite du dépistage. 66,6% des médecins qui avaient une activité gynécologique faible poursuivaient le dépistage contre 73,3% qui avaient une activité gynécologique moyenne, et 93,3% qui avaient une activité importante.

Nous n'avons pas retrouvé de données dans la littérature à ce sujet. Mais il semble logique que l'importance de l'activité gynécologique favorise la poursuite du dépistage. Les médecins avec une activité gynécologique importante sont habitués à examiner leurs patientes. Et on peut penser qu'ils sont plus motivés et sensibles vis à vis du dépistage, et d'autant plus que les femmes ont une activité gynécologique plus importante que les hommes. Dans notre étude, 69% des femmes avaient une activité gynécologique importante contre 20,68% des hommes.

Dans notre étude, la zone d'activité (urbaine, semi-rurale, rurale) influait peu sur la poursuite du dépistage (80% des médecins exerçant en milieu urbain poursuivaient le dépistage, 80% en milieu semi-rural et 66,6% en milieu rural). Nous n'avons pas retrouvé de données dans la littérature à ce sujet. Mais on peut imaginer que les médecins poursuivent plus le dépistage en fonction des caractéristiques des patientes, que du lieu où ils exercent. L'important est d'identifier les patientes qui auront un bénéfice du dépistage et peut importe le lieu d'exercice des médecins.

Nous nous sommes ensuite intéressés aux facteurs influençant les médecins généralistes, à poursuivre le dépistage du cancer du sein chez les femmes de plus de 74 ans.

Parmi les facteurs retrouvés, on note: l'âge (dans notre étude, 48,4% des médecins qui poursuivaient le dépistage le faisaient jusqu'à 85 ans et 29% après 85 ans) et l'espérance de vie, (63,6% des médecins qui poursuivaient le dépistage le faisaient en fonction de l'espérance de vie : 94,7% pour une espérance de vie >5ans et 52,6% pour une espérance de vie >10ans).

Ces facteurs étaient aussi nommés dans une thèse française « l'arrêt du dépistage après 70 ans était déterminé par le médecin en fonction de l'âge ou de l'espérance de vie [112] et dans une étude de 2006, « les médecins continuaient le dépistage quand ils percevaient une espérance de vie adéquate et ils discutaient d'arrêter le dépistage avec leurs patients quand ils percevaient une espérance de vie limitée » [96].

Il semble donc ressortir des différentes études que l'espérance de vie individuelle joue un rôle important dans le bénéfice qu'on peut attendre du dépistage [115].

En effet, c'est un facteur important à rechercher chez les femmes âgées. Quelle peut être le bénéfice du dépistage chez les femmes qui ont une espérance de vie limitée ? Ces femmes décèderont probablement d'une autre maladie que de leur cancer, s'il était découvert lors du dépistage [116].

Le désir de la patiente est aussi un facteur important puisque 60,6% des médecins qui poursuivaient le dépistage, le faisaient du fait d'un désir de la patiente. Cette donnée est retrouvée dans la littérature, où si la patiente souhaitait continuer, les médecins allaient suivre le souhait de leur patiente [96].

Actuellement, les patients sont de plus en plus acteurs de leur santé. Le médecin, paternaliste, qui décide à la place et pour le bien de son patient est maintenant une idée obsolète. Si les femmes âgées désirent poursuivre le dépistage, il est important de suivre leur souhait mais tout en les informant des bénéfices et des risques du dépistage.

De même le suivi régulier est un facteur non négligeable, puisque 42,4% des médecins qui poursuivaient le dépistage le faisaient si les patientes avaient eu un suivi régulier antérieur, comme nous le montre une étude de 2006 réalisée auprès de 23 femmes dont la moyenne d'âge était de 86 ans. Cette étude explorait chez les femmes de plus de 80 ans, les facteurs décisionnels à la réalisation d'une mammographie. Il résultait que chez les femmes âgées, les facteurs décisionnels à la réalisation d'une mammographie étaient en outre les habitudes de dépistage des femmes. Les femmes qui étaient habituées à réaliser un dépistage ne voulaient pas arrêter à l'âge de 80 ans et celles qui n'avaient jamais été dépistées avant 80 ans ne voulaient pas commencer [96].

En effet, pour les femmes qui ont pris l'habitude, entre l'âge de 50 à 74 ans, de réaliser une mammographie, il est normal de continuer la poursuite du dépistage, si elles en ont un bénéfice. Et cela d'autant plus que l'incidence du cancer du sein augmente avec l'âge. Les femmes qui eu un suivi régulier jusqu'à présent, connaissent et sont informées des risques et bénéfices de la mammographie. De même, elles sont habituées, depuis longtemps, à l'examen de la mammographie (se dévêtir, poser leur sein sur la plaque de plexiglas...). C'est donc naturellement qu'elles souhaitent poursuivre le dépistage.

Mais le critère le plus important à la poursuite du dépistage est : les facteurs de risque de cancer du sein. 75,8% des médecins qui poursuivaient le dépistage le faisaient en fonction des facteurs de risque de cancer du sein des patientes.

78,1% des médecins poursuivaient si la patiente avait des antécédents personnels de cancer du sein, 56,3% si la patiente avait des antécédents familiaux de cancer du sein, 40,6% si la patiente avait pris un traitement hormonal substitutif antérieur, et 21,9% si la patiente avait d'autres facteurs de risque du cancer du sein.

Nous retrouvons ces facteurs dans la thèse de 2007 et dans une étude de 2006 où le dépistage par mammographie était plus fréquent chez les patientes ayant un antécédent personnel de cancer du sein, un antécédent de prise de traitement hormonal substitutif [96] [112].

En effet les femmes avec des facteurs de risque de cancer du sein sont plus à risque de développer un cancer du sein. Elles nécessitent une surveillance accrue, même chez les femmes âgées.

Enfin, le dernier facteur retrouvé dans notre étude est : les comorbidités avec 63,6% des médecins qui poursuivaient le dépistage le faisaient en fonction des comorbidités. 54,5 % des médecins poursuivaient le dépistage pour des patientes sans perte d'autonomie, et 48,5% pour des patientes sans pathologies sévères.

Ce résultat est retrouvé dans d'autres études où les médecins relataient l'influence de la bonne santé du patient et son statut fonctionnel dans la prise de décision à la réalisation d'une mammographie alors que peu de patientes relataient leur bonne santé dans l'influence de la décision [96] [112]. Les comorbidités chez les femmes âgées jouent donc un rôle important dans le bénéfice qu'on peut attendre du dépistage [115].

Nos données concordent ainsi avec celles de la littérature. Les médecins poursuivent le dépistage du cancer du sein chez des femmes de plus de 74 ans en fonction de plusieurs facteurs qui sont : l'âge, l'espérance de vie des patientes, un désir de la patiente, un suivi antérieur régulier, les facteurs de risque de cancer du sein des patientes et les comorbidités.

Quels facteurs sont les plus importants à prendre en compte ?

Dans notre étude, il ressort que les 3 facteurs les plus importants pris en compte par les médecins généralistes sont : les facteurs de risque de cancer du sein des patientes (75%), les comorbidités (63%) et l'espérance de vie estimée des patientes (63%). Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature de hiérarchisation pour les facteurs à prendre en compte.

On remarque ainsi dans notre étude, que les médecins proposent un dépistage individuel aux femmes âgées, de façons adaptées à chacune d'elle. Ils prennent en compte des facteurs indispensables comme nous les avons décrits ci-dessus, afin que leurs patientes puissent avoir un bénéfice personnel du dépistage.

Par ailleurs, nous pensons que le dépistage individuel après 74 ans est en lien avec la pratique des médecins généralistes vis à vis du dépistage organisé pour les femmes de 50 à 74 ans.

En effet, comment étudier la poursuite du dépistage individuel après 74 ans, si on ne s'intéresse pas aux pratiques des médecins chez les femmes plus jeunes (50 à 74 ans) et pour lesquelles des recommandations existent. On peut penser que les médecins qui appliquent les recommandations sur le dépistage organisé des femmes jeunes, seront plus enclins à poursuivre le dépistage individuel.

Nous avons donc voulu, dans notre étude connaître les pratiques des médecins généralistes vis à vis du dépistage organisé.

Ainsi, 78,9% des médecins généralistes examinaient les seins de leurs patientes âgées de 50 à 74 ans, par un examen clinique annuel et 95,2% surveillaient bien que les femmes visées par le dépistage de masse organisé réalisaient leurs mammographies tous les deux ans.

Dans la littérature, on note qu'une enquête en 2008 dans l'Essonne, a mis en évidence des données similaires à notre étude.

Un questionnaire avait été envoyé à tous les médecins du département. L'objectif était de recueillir l'opinion des médecins sur le dépistage de masse organisé du cancer du sein pour des patientes de 50 à 74 ans [117].

222 (30%) réponses ont été exploitées, contre 42 (23%) réponses dans notre étude. Les médecins qui avaient répondu étaient en moyenne âgés de 50 ans ($\pm 7,8$) et majoritairement des hommes (72 %), comme nous le retrouvons dans notre étude (moyenne d'âge de 52,18 ans et majoritairement de sexe masculin (69%)) [117].

79% avaient une activité urbaine, 6 % une activité rurale et 15 % une activité mixte alors que dans notre étude, la majorité (50%) travaillaient plutôt en milieu semi-rural, 35,7% travaillaient en milieu urbain et 14,3% travaillaient en milieu rural [117].

Cette étude montrait que 87 % des médecins répondants étaient favorables au dépistage de masse organisé [117].

Une autre étude de 2008 retrouve les mêmes résultats, avec une enquête téléphonique auprès de 600 médecins exerçant en ville. 70% des médecins déclaraient recommander systématiquement un examen de dépistage du cancer du sein. Parmi les 600 médecins généralistes interrogés, presque tous (98%) recommandaient habituellement une mammographie de dépistage à leurs patientes âgées de 50 à 74 ans sans antécédent particulier, 68 % des médecins recommandaient systématiquement une mammographie à leurs patientes de 50 à 74 ans, et 30 % déclaraient le faire fréquemment [111].

Les caractéristiques des médecins étaient à peu près équivalentes : moyenne d'âge 48,1 ans (+/- 8,8) avec 66% d'hommes.

On note qu'une recommandation systématique du dépistage était plus fréquente chez les médecins de sexe féminin (73 %) que chez les médecins hommes (65 %) [111] ce que nous retrouvons aussi dans notre étude puisque 100% des femmes médecins réalisaient un examen clinique annuel des seins contre 69,9 % des hommes, et 100% des femmes faisaient réaliser à leurs patientes une mammographie tous les 2 ans contre 93,1% des hommes.

Ainsi les résultats de notre étude, quant au dépistage du cancer du sein organisé chez les femmes de 50 à 74 ans, s'accordent avec les données de la littérature. Les médecins appliquent pour la grande majorité d'entre eux les recommandations sur le dépistage organisé, et plus particulièrement les femmes.

Ces pratiques sont donc très intéressantes pour comprendre nos résultats sur le dépistage individuel.

Ainsi, nous retrouvons dans notre étude que la grande majorité des médecins généralistes appliquaient les recommandations du dépistage organisé pour les femmes de 50 à 74 ans. 78,9% réalisaient un examen clinique annuel et 95,2% surveillaient bien que les femmes avaient leurs mammographies tous les deux ans. En outre, les femmes appliquaient plus que les hommes les recommandations (100% des femmes médecins réalisaient un examen clinique annuel des seins contre 69,9 % des hommes, et 100% des femmes faisaient réaliser à leurs patientes concernées par le dépistage organisé une mammographie tous les 2 ans contre 93,1% des hommes).

Ces données sont en lien avec le dépistage individuel après 74 ans que nous retrouvons dans notre étude où 78,6% des médecins poursuivaient le dépistage (96,6% par un examen clinique et 75% par une mammographie). Là encore, on remarque que les femmes médecins poursuivaient plus le dépistage que les hommes médecins (92,3% contre 72,4%).

On peut donc penser que les médecins qui appliquent le dépistage organisé chez les femmes jeunes, sont bien sensibilisés à cette question et sont plus enclins à poursuivre le dépistage chez les femmes âgées.

Car, chez les femmes jeunes (50 -74 ans), ils auront entrepris des actions de santé publique en éduquant les patientes vis à vis du dépistage et en prenant le temps de les informer sur les différents résultats d'une mammographie. Pour ces médecins, le fait de poursuivre le dépistage chez des femmes âgées, identifiées, est « naturel », car c'est dans la continuité de la prévention. De même, les femmes âgées, sont déjà au courant et informées des bénéfices et des risques du dépistage, puisqu'elles réalisaient déjà le dépistage quand elles étaient jeunes.

On peut souligner aussi, que ces informations peuvent prendre moins de temps pour ces femmes habituées au dépistage que celles qui ne le sont pas. Car les médecins décrivent, que la discussion d'arrêter la mammographie avec les patientes peut être inconfortable et prendre du temps [96].

Cependant, il convient de souligner les limites méthodologiques de notre étude.

Tout d'abord, le questionnaire a été envoyé à des médecins généralistes de Loire Atlantique et de Vendée. C'est un premier biais, car ce n'est pas une étude nationale et chaque région a ses spécificités : quant au nombre de médecins généralistes par rapport à la population générale (densité médicale), quant à la facilité d'accès à la mammographie. Ils existent souvent de grandes disparités entre les régions.

Par ailleurs, le questionnaire a été envoyé à des médecins généralistes, qui étaient tous maîtres de stage (praticien et SASPAS), inscrits au département de médecine générale de Nantes. C'est un biais, car les médecins n'ont pas été choisis au hasard sur la région, et on peut considérer que le fait d'être maîtres de stage auprès d'internes de médecine générale, peuvent les influencer dans le sens où ils essaient d'avoir une pratique optimale afin de « montrer l'exemple » aux internes.

De plus, comme dans toutes les études, tous les médecins interrogés n'ont pas répondu au questionnaire. On peut considérer que ceux qui ont répondu étaient intéressés et sensibilisés par le sujet. Cela apporte un biais supplémentaire.

Au sujet de la taille de l'échantillon, 181 questionnaires ont été envoyés aux médecins généralistes de Loire Atlantique et de Vendée et seules 42 réponses ont pu être analysées.

La taille de notre étude, ne nous permet pas d'avoir une représentativité des pratiques des médecins généralistes dans ses 2 départements car en 2009, on comptait 1444 médecins généralistes en Loire Atlantique et 580 en Vendée [118]. Mais, cela nous donne, un « aperçu » des pratiques des médecins généralistes vis à vis du dépistage du cancer du sein chez les patientes de plus de 74 ans.

Par rapport à la méthodologie, le nombre de médecins pré-test était limité. Nous avons envoyé le questionnaire à 3 médecins en pré-test. Cela est nettement insuffisant. C'est pourquoi, plusieurs médecins ont répondu double (OUI et NON) à la question « Poursuivez-vous le dépistage du cancer du sein de façon individuelle et personnalisée chez les patientes de plus de 74 ans. » Après avis auprès d'un statisticien, nous avons dû ôter leurs réponses et cela a entraîné une perte de données assez conséquente. Car notre questionnaire n'était pas assez précis, peut-être difficile à comprendre.

Enfin, le recueil des données n'était pas optimal. 12 réponses n'ont pas pu être analysées, car l'outil internet était défaillant. Certains n'arrivaient pas à répondre par courrier électronique car leur ordinateur était défaillant, d'autres renvoyaient un questionnaire vierge malgré des relances, d'autres encore ont répondu, mais le questionnaire comportait un virus.

L'outil électronique présente des avantages : il est rapide et simple d'utilisation. Les médecins peuvent participer et répondre à leur rythme, et au moment le plus propice de la journée.

Il présente néanmoins des défauts (problèmes d'ordinateur, virus). Et chez certains médecins généralistes qui ne sont pas habitués à manier l'outil électronique, cela peut être difficile de participer à une étude.

On rappelle qu'en France, les médecins libéraux en cabinet ou en clinique, généralistes et spécialistes, sont informatisés en forte proportion (80 à 85 % seraient équipés, notamment grâce aux aides accordées par l'assurance maladie en 2000-2002 et à la mise en place du projet SESAM-Vitale), 20 % des médecins généralistes ont un accès à l'internet haut débit et 50 % d'entre eux disposent d'un ordinateur qui a moins de cinq ans [119].

Tout ceci nous montre les nombreuses limites de notre étude, mais cette étude est importante car elle apporte un « aperçu » des pratiques des médecins généralistes vis à vis de cette question difficile qu'est le dépistage du cancer du sein chez les femmes âgées.

Conclusion

Du fait de l'augmentation du nombre de personnes âgées en France et de l'incidence du cancer du sein chez la femme âgée, le dépistage du cancer du sein chez la femme âgée a son importance, même s'il reste actuellement un sujet controversé.

Il doit être inscrit dans une réflexion individuelle fondée sur différents facteurs comme l'espérance de vie, les comorbidités, les facteurs de risque de cancer du sein et sur les possibilités thérapeutiques en cas de détection par mammographie d'un cancer.

Le médecin généraliste joue un rôle primordial dans le dépistage du cancer du sein chez les femmes de plus de 74 ans car il est souvent le seul à pouvoir examiner les patientes et leur proposer un dépistage.

Nous avons réalisé une étude, à l'aide d'un questionnaire, auprès de 42 médecins généralistes de Loire Atlantique et de Vendée.

78,6% des médecins interrogés poursuivaient le dépistage individuel du cancer du sein chez les femmes de plus de 74 ans. Les femmes médecins poursuivaient plus le dépistage que les hommes médecins de même que les médecins avec une activité gynécologique importante.

Les critères principaux retrouvés pour la poursuite du dépistage étaient : les facteurs de risque de cancer du sein des patientes, l'âge, l'espérance de vie estimée des patientes, les comorbidités et le désir de la patiente.

Nous retrouvons donc dans notre étude, comme dans la littérature, la place centrale du médecin généraliste dans le dépistage individuel du cancer du sein chez les femmes âgées.

Toutefois la personne clé dans ce dépistage reste la personne âgée. Il serait donc intéressant de connaître le point de vue des patientes quant au dépistage du cancer du sein. Y sont-elles favorables ? Et pour celles qui ont été dépistées et pour lesquelles un cancer du sein a été retrouvé, sont-elles satisfaites du dépistage ou au contraire auraient-elles préféré ne pas être dépistées ? Comment ont-elles vécu les résultats du dépistage : faux positifs, diagnostic de cancer... et les examens, les traitements qui en découlent ?

Tables des matières

Liste des abréviations:	0
Sommaire	1
Préambule.....	6
1-Introduction.....	7
1.1- Le cancer du sein chez les femmes âgées.....	8
1.1.1- Définitions.....	8
1.1.2- Incidence et mortalité du cancer du sein	9
1.1.2.1- Incidence et évolution du cancer du sein	9
1.1.2.2- Mortalité du cancer du sein	12
1.1.3- Les facteurs de risque et les facteurs protecteurs du cancer du sein	14
1.1.4- Le diagnostic du cancer du sein chez les femmes âgées	16
1.1.5- Les connaissances des femmes âgées au sujet du cancer du sein	18
1.1.6- Les particularités histologiques du cancer du sein chez les femmes âgées.....	18
1.1.7- Les traitements du cancer du sein chez les femmes âgées	19
1.1.7.1- La chirurgie :	21
1.1.7.2- La Radiothérapie :.....	22
1.1.7.3- Le traitement hormonal	22
1.1.7.4- La chimiothérapie.....	23
1.2- Le dépistage du cancer du sein, chez les femmes de 50 à 74 ans	23
1.2.1- Définition du dépistage	24
1.2.2- Le dépistage organisé du cancer du sein en France.....	25
1.2.3- La technique du dépistage de masse organisé.....	26
1.2.4- La mammographie et les femmes	27

1.2.5-L'exposition aux radiations	29
1.2.6- Le coût du dépistage de masse organisé.....	29
1.3-Le dépistage du cancer du sein chez les femmes âgées	31
1.3.1- Les recommandations du dépistage du cancer du sein chez les femmes âgées aux Etats-Unis	31
1.3.2- Le dépistage du cancer du sein chez les femmes âgées en France.....	32
1.3.3- La mammographie et l'incidence du cancer du sein chez les femmes âgées.....	33
1.3.4- Ce que pensent les femmes âgées du dépistage du cancer du sein.....	34
1.3.5- Les éléments favorables et défavorables au dépistage du cancer du sein chez les femmes âgées	35
1.3.5.1- Les éléments favorables au dépistage individuel du cancer du sein après 74 ans.....	35
1.3.5.2 - Les éléments défavorables au dépistage individuel du cancer du sein après 74 ans ...	36
1.3.6- Les facteurs influençant le dépistage du cancer du sein chez les femmes âgées	37
1.3.6.1- Le rôle des médecins généralistes	38
1.3.6.2- Les comorbidités	39
1.3.6.3- Les inégalités de dépistage chez les femmes âgées.....	42
1.3.7- Dépistage du cancer du sein chez les femmes âgées et considérations financières	43
2-Méthodes.....	44
2.1- Justificatif de l'étude.....	44
2.2-Les objectifs de l'étude	46
2.3- Population étudiée.....	47
2.4- Description de l'étude	48
2.5- Variables étudiées.....	49
2.6- Traitement des données	50
3-Résultats.....	51
3.1- Les données recueillies.....	51

3.2-Les caractéristiques des médecins qui ont répondu au questionnaire 52

3.2.1- Mode d'exercice..... 52

3.2.2- Zone d'activité 53

3.2.3- Age des médecins généralistes 53

3.2.4- Sexe des médecins généralistes..... 54

3.2.5- Acquisition d'une Capacité de Gériatrie 54

3.2.6- Activité gynécologique des médecins généralistes 55

3.3-Les médecins généralistes et le dépistage organisé du cancer du sein (50-74 ans)..... 56

3.3.1- Le dépistage des femmes de 50-74 ans, par un examen clinique annuel 56

3.3.2- Le dépistage des femmes de 50 à 74 ans, par une mammographie tous les deux ans..... 58

3.4- Les médecins généralistes et le dépistage individuel du cancer du sein chez les femmes de plus de 74 ans 60

3.4.1- Les médecins généralistes poursuivent-ils le dépistage individuel du cancer du sein chez les femmes de plus de 74 ans ? 60

3.4.2- Oui, les médecins généralistes poursuivent le dépistage individuel du cancer du sein chez les femmes de plus de 74 ans..... 63

3.4.2.1- Les méthodes du dépistage individuel du cancer du sein chez les femmes de plus de 74 ans : 63

3.4.2.1.1- Par un examen clinique : 63

3.4.2.1.2- Par une mammographie : 64

3.4.2.2-Les critères identifiés par les médecins généralistes leur permettant de poursuivre le dépistage individualisé du cancer du sein chez les femmes de plus de 74 ans..... 66

3.4.2.2.1- Selon l'âge des patientes : 66

3.4.2.2.2- Selon le désir de la patiente..... 66

3.4.2.2.3- Selon les comorbidités des patientes 67

3.4.2.2.4- Selon si les patientes ont eu un suivi régulier, par mammographie jusqu'à 74 ans. 68

3.4.2.2.5-Selon l'espérance de vie des patientes (estimée par les médecins)..... 68

3.4.2.2.6- Selon les facteurs de risque de cancer du sein des patientes 69

3.4.2.3-Pourquoi les médecins poursuivent-ils le dépistage ?.....	72
3.4.3- Non, les médecins généralistes ne poursuivent pas le dépistage individuel du cancer du sein chez les femmes de plus de 74 ans	73

4-Discussion 75

Conclusion 88

Tables des matières.....	89
Liste des tableaux	92
Liste des figures	95
Bibliographie.....	96
Annexes.....	106
Serment médical.....	114

Liste des tableaux

Tableau 1: Incidence du cancer du sein en fonction de l'âge en France. Estimation pour l'année 2008.	10
Tableau 2: Cancer du sein et personnes âgées	11
Tableau 3: Nombre estimés de cas et de décès du cancer du sein par tranche d'âge et par sexe en France en 2000	13
Tableau 4: Mortalité lié au cancer du sein et comorbidités	40
Tableau 5: Acquisition d'une capacité de gériatrie	54
Tableau 6: Activité gynécologique et sexe des médecins généralistes.	56
Tableau 7: Examen clinique des femmes de 50 à 74 ans et sexe des médecins généralistes.	57
Tableau 8: Mammographie et sexe des médecins généralistes.....	59
Tableau 9: Mammographie et zone d'activité des médecins généralistes.....	59
Tableau 10: Inscription des résultats (examen et mammographie) dans les dossiers médicaux.	60
Tableau 11: Sexe des médecins et poursuite du dépistage.....	61
Tableau 12: Zone d'activité et poursuite du dépistage.	62
Tableau 13: Activité gynécologique et poursuite du dépistage.	62
Tableau 14: La palpation mammaire après 74 ans.	63
Tableau 15: La fréquence de la palpation mammaire.....	64
Tableau 16: La mammographie après 74 ans.	64
Tableau 17: La fréquence de la mammographie.....	65
Tableau 18: dépistage par examen clinique et mammographie.	65
Tableau 19: Age du dépistage.....	66
Tableau 20: Désir et demande de la patiente	66
Tableau 21: Les comorbidités des patientes.	67
Tableau 22: Patientes sans perte d'autonomie.....	67
Tableau 24: Les patientes ont un suivi régulier jusqu'à 74 ans.....	68
Tableau 25: Espérance de vie des patientes.....	68
Tableau 26: Le nombre d'années estimées.....	69

Tableau 27: Les facteurs de risque de cancer du sein.....	69
Tableau 28: Les antécédents personnels de cancer du sein.	69
Tableau 29: Les antécédents familiaux de cancer du sein.	70
Tableau 30: Autres facteurs de risque de cancer du sein.	70
Tableau 31: Prise d'un traitement hormonal substitutif antérieur.	71
Tableau 32: Les recommandations nationales.	74

Liste des figures

Figure 1: Continuum lésionnel du cancer du sein.	9
Figure 2: Incidence et mortalité du cancer du sein.....	12
Figure 3: Incidence et mortalité du cancer du sein en France de 1980 à 2000.....	14
Figure 4: La survie à 5 ans des patientes de 80 ans en fonction du traitement.....	20
Figure 5: Les composantes du coût des actions de dépistage.....	30
Figure 6: Mammographie et cancer du sein en fonction de l'âge.	33
Figure 7: Facteurs décisionnels permettant la réalisation d'une mammographie chez les femmes âgées.	38
Figure 9: Répartition des différents modes d'exercice des médecins.	52
Figure 10: Répartition des médecins en fonction des zones d'activité.	53
Figure 11: Sexe des médecins généralistes.....	54
Figure 12: Activité gynécologique au cabinet des médecins généralistes.	55
Figure 13: Examen clinique annuel chez les femmes de 50 à 74 ans.....	57
Figure 14: Mammographie réalisée tous les deux ans chez les femmes de 50 à 74 ans.....	58
Figure 15: La poursuite du dépistage individuel du cancer du sein chez les femmes de plus de 74 ans.	61
Figure 16: Récapitulatif des facteurs de risque de cancer du sein permettant la poursuite du dépistage.	72
Figure 17: Pourquoi les médecins ne poursuivent pas le dépistage?.....	75

Bibliographie

- 1- Trétarre B, Guizard A, Fontaine D. Cancer du sein chez la femme : incidence et mortalité, France 2000. BEH 2004; 44: 209-10
- 2- Yancik R, Ries L, Yates J. Breast cancer in aging women. Cancer 1989 ; 63 :976-81
- 3- Remontet L, Estève J, Bouvier A M. Estimations nationales : tendances de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1978 et 2000. BEH 2003 ; 41-42 :190-193
- 4- Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005. INVS : 56-59
- 5- Morère JF, Penault-Llorca F. Le cancer du sein. Paris: Springer 2007 : 2-314
- 6- Robine JM, Mormiche P. L'espérance de vie sans incapacité augmente. INSEE Première 1993 ; 281 :1-4
- 7- Serin D, Escoute M. Cancer du sein de la femme de plus de 70 ans. Paris: Arnette 1997:2-357
- 8- Boyle P, Reake R. Progress in understanding breast cancer. Epidemiological and biological interactions. Breast Cancer Res Treat 1988; 11:91-112
- 9- Namer M, Héry M, Serin D. Cancer du sein : compte rendu du cours supérieur francophone de cancérologie Saint-Paul-de-Vence 18-20 janvier 2007. Paris: Springer 2007: 2-551
- 10- Yancik R, Ries LG. Cancer in the aged: an epidemiologic perspective on treatment issues. Cancer 1991 ; 68 :2502-10
- 11- Grumbach Y, Guillaumon C. Psychologie et comportement. Bulletin spécial de cancérologie privée, le cancer du sein de la femme âgée 1993 ; 34 :24-31
- 12- Remontet L. Cancer incidence and mortality in France over the period 1978-2000. Rev epidemiol santé publique 2003; 51:3-30
- 13- Hill C, Doyon F. Frequency of cancer in France. Bull Cancer 2003; 90:207-13

- 14- Yang L, Parkin DM, Feraly J et Al. Estimates of cancer incidence in china for 2005 ans projections for 2005. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2005; 14:243-50
- 15- Remontet I, Buemi A, Velten M et Al. Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000. Institut de veille sanitaire, avril 2003
- 16- Plan cancer en région pays de la Loire, mars 2005 :1-6. <http://pays-de-la-loire.sante.gouv.fr>, consulté le 01/10/2011
- 17- Alberg AJ, Singh S. Epidemiology of breast cancer in older women. *Drugs Aging* 2001;18:761-72
- 18- Surveillance des cancers. INVS.
http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers/estimations_cancers/default/htm, consulté le 30/ 04/ 2009
- 19- Le registre des cancers. <http://www.santepaysdelaloire.com>, consulté le 26/09/201
- 20- Kaplan RM, Saltzstein SL. Reduced Mammographic Screening May Explain Declines in Breast Carcinoma in Older Women. *JAGS* 2005; 53:862–866
- 21- Trétarre B. Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000.sein : 99-105, www.INVS.fr consulté le 24/09/2011
- 22- Le cancer du sein de la personne âgée. www.reseau-parisnord.com, consulté le 22/09/2011
- 23- Surveillance des cancers. <http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers/> consulté le 20 09 2011
- 24- Bouchardy C, Rapiti E, Fioretta G et Al. Undertreatment strongly decreases prognosis of breast cancer in elderly women. *J Clin Oncol* 2003 ,21:583-90
- 25- Survie des patients atteints de cancer en France. Étude des registres de cancers du réseau Francim. 2007, Springer-Verlag France, Paris
- 26- Kesley JL, Bernestein L. Epidemiology and prevention of breast cancer. *Annu Rev Public health* 1996, 17: 47-67

27- Morère JF, Rainfray M. Cancer du sujet âgé 2^e édition, paris : springer 2007 : 2-249

28- Hunter DJ, Spiegelman D, Adami HO et AL. Non-dietary factors as risk factors for breast cancer and as effecte modifiers of the associayion of fat intake and risk of breast cancer. Cancer Causes Contre 1997;8:49-56

29- Collaborative group on Hormonal Factors in Brest Cancer. Breast Cancer and hormone replacement therapy : collaborative reanalysis of data from 51 epidemiological studies of 52705 women with breast cancer and 108411 women without breast cancer. Lancet 1997; 350:1047-59

30- Ewertz M, Duffy SW, Adami HO. Age at first birth, parity and risk of breast cancer. A meta-analysis of 8 studies from the Nordic countries. Int J Cancer 1990; 46:597-603

31- Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormonal contraceptives. Collaborative reanalysis of individual data on 53297 women with breast cancer and 100239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. Lancet 1996; 347:187-95

32- Sellers TA, Mink PJ, Cerphan JR et Al. The role of hormone replacement therapy in the risk of breast cancer and total mortality in women with a familiy history of breast cancer. Ann Inter Med 1997; 127:973-80

33- Writing Group for the Women's health Initiative Investigators. Risk and benefits of oestrogen plus progestin in healthy post-menopausal women: principal results from the women's health initiative randomized controlled trial. JAMA 2002; 288:321-33

34- Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Alcohol, tobacco and breast cancer: collaborative reanalysis of individual data from 53 epidemiological studies, including 58515 women with breast cancer and 95067 women without disease. Br J Cancer 2002; 87:1234-45

- 35- London SJ, Colditz GA, Stampfer MJ. Prospective study of relative height and risk of breast cancer. *J Am Med Assoc* 1989; 262:2853-8
- 36- Folfom AR, Kaye SA, Prineas RJ et Al. Increased incidence of carcinoma of the breast associated with abdominal adiposity in post menopausal women. *Am J Epidemiol* 1990; 131:794-803
- 37- Friedenreich CM, Thune I, Brinton LA, Albanes D. Epidemiologic issues related to the association between physical activity and breast cancer. *Cancer* 1998; 83:600-10
- 38- Singletary SE, Shallenberger R, Guinee VF. Breast cancer in the elderly. *Ann Surg* 1993; 218:667-71
- 39- Hunt KE, Fry DE, Bland KI. Breast carcinoma in the elderly patient : an assessment of operative risk, morbidity and mortality. *Am J Surg* 1990; 140:339-42
- 40- Mc Pherson CP, Swenson KK, Lee MW. The effects of mammography detection and comorbidity on the survival of older women with breast cancer. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50:1061-8
- 41- Litvak DA, Arora R. Treatment of elderly breast cancer patients in a community hospital setting. *Arch Surg* 2006; 141:985-90
- 42- Audisio RA, Zbar AP, Jalitsch MT. Surgical management of oncogeriatric patients. *J Clin Oncol* 2007 ; 25 :1924-9
- 43- Bowie JV, Curbow BA, Garza MA et Al. A review of breast, cervical, and colorectal cancer screening interventions in older women. *Cancer Control* 2005; 12: 58-69
- 44- K Collins, M Winslow, MW Ree. The views of older women towards mammographic screening:a qualitative and quantitative study. *British Journal of Cancer* 2010; 102: 1461-1467
- 45- Diab SG, Elledge RM, Clarck GM. Tumors characteristics and clinical outcome of elderly women with breast cancer. *JNatl cancer Inst* 2000; 92: 550-6
- 46- Schaefer G, Rosen PR, Lesser ML et Al. Breast cancer in elderly women : pathology, prognosos, and survival. *Patho Annu* 1984, 19 : 195-218

- 47- Grann VR, Troxel A, Zojwalla NJ et al. Hormone receptor status and survival in a population-based cohort of patients with breast carcinoma. *Cancer* 2005; 103: 2241-51
- 48- Chua D, Pang M, A.R et Al. Correlation of steroid receptors with histologic differentiation in mammary carcinoma a singapore experience. *Cancer* 1985, 56: 2228-34
- 49- Pierga JY, Girre V, laurence V et Al. Characteristics and outcome of 1755 operable breast cancers in women over 70 years of age. *Breast* 2004, 13: 369-75
- 50- Kemeny MM, Peterson BL, Kornblith AB et Al. Barriers to clinical trial participation by older women with breast cancer. *J Clin Oncol* 2003; 21:2268-75
- 51- Goodwin JS, Hunt WC, Samet JM : Determinants of cancer therapy in elderly patients. *Cancer* 1993; 72:594-601
- 52- Giordano Sharon H, Hortobagyi Gabriel N, Kau Shu-Wan C, et al : Breast Cancer Treatment Guidelines in older women. *J Clin Oncol* 2005; 23:783-791
- 53- Sandison AJ, Gold DM, Wright P, Jones PA. Breast conservation or mastectomy : treatment choice of women aged 70 years and older. *Br Surg* 1996;83:994-6
- 54- Balardy L, Gerard S. Oncogériatrie : de la structuration de la filière de soins à la pratique clinique. Paris : Springer 2011 : 2-17
- 55- Martelli G, Miceli R, De Palo G, et al. Is axillary lymph node dissection necessary in elderly patients with breast carcinoma who have a clinically uninvolved axilla? *Cancer* 2003 ; 97 :1156-1163
- 56- Winzer KJ, Gushi KJ, Aldinger HU. Surgery of breast carcinoma in the elderly woman. *Langebecks Arch Chir Suppl Kongressbd* 1996; 113:480-2
- 57- Samain E, schauvliège F, Marty J. Anesthesia for breast cancer surgery in the elderly. *Crit rev Oncol hematol* 2003, 46: 115-20
- 58- Svastics E, Sulyok Z, Besznyak I. Treatment of breast cancer in women older than 70 years of age. *J Surg Oncol* 1989; 41: 19

- 59- Mustachi G, Milani S, Pluchinotta A et al. Tamoxifen or surgery plus tamoxifen as treatment for elderly patients with operable breast cancer. The GRETA trial Group for Research on Endocrine therapy in the elderly. *Anticancer Res* 1994; 14:2197-2200
- 60- Hughes KS, Scnaper LA, Berry D et al. Lumpectomy plus tamoxifen with or without irradiation in women 70 years of age or older with early breast cancer. *N Engl J Med* 2004 ; 351 :971-7
- 61- Belmin J. *Gériatrie*. 2^e édition paris : Masson 2009 :1-835
- 62- Recht A, Edge SB, Solin LJ et al. Postmastectomy radiotherapy : Clinical practice guidelines of the american society of clinical oncology. *J Clin Oncol* 2001; 19:1539-69
- 63- Kirova YM, Campana F, Savignoni A et al. Breast-conserving treatment in the elderly: long-term results of adjuvant hypofractionated. *Int Radiat Oncol Biol Phys* 2009
- 64- Early breast cancer trialists' collaborative group. Tamoxifen for early breast cancer: an overview of the randomised trials 1998, *lancet* 351:1451-68
- 65- Biganzoli L, Licitra S, Claudino W. Clinical decision making in breast cancer: TAM and aromatase inhibitors for older patients. *Eur J Cancer* 2007; 43:2270-8
- 66- Giordano SH, Duan Z, Kuo YF et al. Use and outcomes of adjuvant chemotherapy in older women breast cancer. *Clin Oncol*. 2006;24:2750-6
- 67- Elkin EB, Hurria A, Mitra N et al. Adjuvant chemotherapy and survival in older women with hormone receptor-negative breast cancer: assessing outcome in a population-based, observational cohort. *J Clin Oncol* 2006; 24: 2757-64
- 68- Muss HB, Berry DL, Cirincione C et al. Standard chemotherapy (CMF or AC) versus capecitabine in early-stage breast cancer (BC) patients aged 65 and older: results of CALGB/CTSU 49907. *J Clin Oncol* 2008;26(suppl):abstr507
- 69- Jones SE, Savin MA, Holmes FA et al. Phase III trials comparing doxorubicin plus cyclophosphamide with docetaxel plus cyclophosphamide as adjuvant therapy for operable breast cancer. *J Clin Oncol* 2006; 24:5381-7

- 70- Wildiers H, Kunkler I, Biganzoli L et al. Management of breast cancer in the elderly: recommendations of the international society of geriatric oncology (SIOG). *Lancet* 2007; 8(12):1101-15
- 71- Séradour B. Le dépistage du cancer du sein : un enjeu de santé publique. 2^e édition paris : springer 2007: 2- 191
- 72- Humphrey LL, Helfand M, Chan BK, Woolf SH. Breast cancer screening :a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002 ; 137 (5 Part 1) : 347-60
- 73- Wilson J, Jungner G. Principes et pratique du dépistage des maladies. Cahiers de santé publique. Genève : OMS, 1970 : 34
- 74- Le dépistage du cancer du sein par mammographie dans la population générale. Etude d'évaluation technologique. Paris 1999: ANAES
- 75- Hurley SF, Kaldor JM. The benefits and risks of mammographic screening for breast cancer. *Epidemiologic review* 1992; 14:101-30
- 76- Keemers-Gel ME et Al. Pain experienced by women attending breast cancer screening. *Breast cancer Res Treat* 2000; 60:235-40
- 77- Dullum JR, Lewis EC, Mayer JA. Rates and correlates of discomfort associated with mammography. *Radiology* 2000; 214:547-52
- 78- Bruyninckx E et Al. Risk factors of pain in mammographic screening. *Soc SCI Med* 1999; 49:933-41
- 79- Brett J, Bankhead C. The psychological impact of mammographic screening. A systematic review. *Psychooncology* 2005; 14(11):917-38
- 80- Pivot X et Al, Cancer screening tests in France: first results of the EDIFICE study. *ESMO Istanbul* 2006, Abst 1095
- 81- Mammographie et dépistage du cancer du sein. *La Revue Prescrire* mai 2006 ; 26(272) :348-1 348-38

- 82- Wait S. Le coût du dépistage du cancer du sein et des cancers gynécologiques en France. Bull Cancer 2003; 90 (11): 997-1004
- 83- Arveux P, Wait S, Schaffer P. Building a model to determine the costeffectiveness of breast cancer screening in France. Eur J Cancer Care 2003; 12(2):143-53
- 84- Smith RA, American Cancer society guidelines for breast cancer screening update. CA Cancer J Clin 2003; 53: 141-169
- 85- Breast cancer screening in older women: American Geriatrics Society Clinical Practice Committee. J Am Geriatr Soc 2000; 48:842-844
- 86- Flecher SW, Elmore JG. Mammographic screening for breast cancer. N Engl J Med 2003; 348: 1672-80
- 87- Burack RC, MD, MPH, Gurney JG. Health status and mammography use among older women. J Gen Intern M 1998; 13:366-72
- 88- Collins K, Winslow M, Ree MW. The views of older women towards mammographic screening: a qualitative and quantitative study. British Journal of Cancer 2010; 102: 1461 – 1467
- 89- Badgwell BD, Giordano SH, Duan ZZ et Al. Mammography before diagnosis among women age 80 years and older with breast cancer. J Clin Oncol 2008; 26(15):2482-8
- 90- Mc Carthy, EP, Burns RB, Freund KM, et Al. Mammography use, breast cancer stage at diagnosis and survival among older women. J Am Geriatric Soc 2000; 48:1226-33
- 91- Rebecca Smith-Bindman, MD, Karla Kerlikowske, MD, Tebeb Gebretsadik, MPH, Jeffrey Newman, MD, MPH. Is Screening Mammography Effective in Elderly Women? Am J Med. 2000; 108:112–119
- 92- Mara A. Mammography Screening Among Women Age 80 Years and Older: Consider the Risks. JCO 2008 ; 26: 2482-8
- 93- Walter LC. Cancer screening in the elderly patients: a frame-work for individualized decision making. JAMA 2001; 285: 2750-6

- 94- Mara A. Weighing the benefits and burdens of mammography screening among women age 80 years or older. *J Clin Oncol* 2009; 27:1774-1780
- 95- Galit W et al, Routine screening mammography in women older than 74 years: a review of the available data. *BMC Geriatr* 2007; 57:109-19
- 96- Schonberg MA, et al. Decision making and counseling around mammography screening for women aged 80 or older. *J Gen Intern Med* 2006;21:979-985
- 97- Schonberg M, McCarthy E, York M. Factors influencing elderly women's mammography screening decisions: implications for counseling. *BMC Geriatrics* 2007; 7: 26
- 98- Liang W, Kasman D, Wang J H, et Al. Communication between older women and physicians: Preliminary implications for satisfaction and intention to have mammography. *Patient Education and Counseling* 2006; 64:387-392
- 99- Newschaffer CJ et Al. Does comorbid disease interact with cancer ? An epidemiologic analysis of mortality in a cohort of elderly breast cancer patients. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1998;53(5):372-8
- 100- Schonberg MA et al. Breast cancer screening in women aged 80 and older: results from a national survey. *JAGS* 2004; 52:1688-95
- 101- Satariano S. The effects of comorbidity on 3-years survival of women with primary breast cancer. *Ann Intern med* 1994; 120: 104-110
- 102- Terret C, Castel-Kremer E, Albrand G. Effects of comorbidity on screening and early diagnosis of cancer in elderly people. *Lancet Oncol* 2009; 10: 80-87
- 103- Blustein J, Weiss LJ. Use of mammography by women aged 75 and older: Factors related to health, functioning and age. *J Am Geriatr Soc* 1998; 46:941-946
- 104- Heflin MT, Oddone EZ, Pieper CF et al. The effect of comorbid illness on receipt of cancer screening by older people. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50:1651-1658
- 105- Barrie L, Raik MD, Franklin G et Al. Screening and Cognitive Impairment: Ethics of Forgoing Mammography in Older Women. *JAGS* 2004; 52: 440-444
- 106- Julie P, Bynum W. The Influence of Health Status, Age, and Race on Screening Mammography in Elderly Women. *Arch intern med* 2005; 165: 2083-88

- 107- Brie A, Williams MD, Lindquist K et al. Screening Mammography in Older Women Effect of Wealth and Prognosis. Arch Intern Med 2008; 168(5):514-520
- 108- Mandelblatt J, Saha S, Teutsch S. The Cost-Effectiveness of Screening Mammography beyond Age 65 Years: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2003; 139:835-842
- 109- Robert-Bobée I. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050. Insee premiere 2006 ; 1089
- 110- Bilan démographique et Insee, projections de population 2005-2050. INSEE
- 111- Blay JY, Eisinger F, Rixe I O et al. Le programme Edifice : analyse des pratiques de dépistage du cancer en France Bull Cancer 2008 ; 95 (11) : 1067-7
- 112- Gauffier Nora. Le dépistage du cancer du sein chez la femme de plus de 70 ans, 105p, Thèse : Médecine : Paris : 2007
- 113- Ganry O. Prévention des cancers par les médecins généralistes de Picardie : résultats d'une enquête déclarative, Bull Cancer 2004 ; 91(10) : 785-91
- 114- Médecins généralistes et dépistage des cancers Synthèse des résultats de l'enquête barométrique INCa/BVA septembre 2010 : 1-20
- 115- Zappa M, Visioli CB, Ciatto S. Mammography screening in elderly women: efficacy and cost-effectiveness. Crit Rev Oncol Hematol 2003; 46:235-9
- 116- Yancik R, Wesley MN, Ries LA, Havlik RJ, Edwards BK, Yates JW. Effect of age and comorbidity in postmenopausal breast cancer patients aged 55 years and older. JAMA. 2001 Feb 21; 285(7):885-92
- 117- Attali C, Médioni M, Dubois C et al. Enquête d'opinion sur le dépistage du cancer du sein chez les généralistes de l'Essonne. Attitude des praticiens de ville : incertitudes ou réticences ? Exercer 2008;83:98-103
- 118- Densité médicale pays de la Loire. <http://ores.pays.de.la.loire.fr/759-medecins-effectif-et-densite.htm>, consulté le 24/09/2011
- 119- Jégou JJ. Rapport d'information Senat 2005 ; 62 :1-65

Annexes

Annexe 1 : le questionnaire

Enquête d'opinion auprès des médecins généralistes sur le dépistage individualisé du cancer du sein chez des femmes de plus de 74 ans

-Mode d'exercice :

Cabinet de groupe

Seul

-Zone d'activité :

urbain

semi-rural

rural

-Age :

-Sexe : Homme Femme

-Capacité de gérontologie ? OUI NON

-Importance de l'activité gynécologique dans votre cabinet :

Faible Moyenne Importante

1- Dans votre cabinet, lors d'une consultation de suivi, ou d'une pathologie intercurrente, est-ce que vous sensibilisez (surveillez) régulièrement les femmes de 50 à 75 ans sur le dépistage de masse organisé du cancer du sein (examen clinique annuel et mammographie tous les 2 ans)

-Par un examen clinique annuel : OUI NON

-Par une mammographie tous les 2 ans : OUI NON

-Si non pourquoi ?

La patiente est déjà suivie par son gynécologue.

La patiente ne souhaite pas être examinée.

Je manque de temps lors de la consultation.

Autres :.....

-Si oui, inscrivez- vous dans vos dossiers les conclusions de l'examen clinique et des mammographies réalisées par vos patientes de 50 à 75 ans dans le cadre du dépistage de masse organisé du cancer du sein. ?

OUI NON

2-Chez les patientes de plus de 75 ans, poursuivez- vous le dépistage du cancer du sein de façon individuelle et personnalisée (c'est à dire sans point d'appel clinique, sans plainte de la patiente)

Oui, je poursuis le dépistage individuel et personnalisé.

Non, je ne poursuis pas le dépistage individuel et personnalisé.

3-Vous poursuivez le dépistage individuel et personnalisé chez les femmes de plus de 75 ans.

3 A- Quelles méthodes utilisez-vous ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> La palpation mammaire : | <input type="checkbox"/> Tous les ans |
| | <input type="checkbox"/> Tous les 2 ans |
| | <input type="checkbox"/> Plus espacés |
| <input type="checkbox"/> La mammographie : | <input type="checkbox"/> Tous les ans |
| | <input type="checkbox"/> Tous les 2 ans |
| | <input type="checkbox"/> Plus espacés |

3B- Jusqu'à quel âge en moyenne poursuivez-vous? 75-80 ans 80-85ans >85ans

3C- Comment poursuivez-vous le dépistage, sur quels critères ? (plusieurs choix possibles)

- Je poursuis le dépistage en fonction des facteurs de risque des patientes?

- ATCD personnel de cancer du sein
- ATCD familiaux de cancer du sein
- Autres facteurs de risque de cancer de cancer du sein
- Prise d'un traitement hormonal substitutif antérieur
- Autres :.....

- Je poursuis le dépistage du fait d'un désir de la patiente et d'une demande de sa part.

- Je poursuis le dépistage en fonction de son espérance de vie : >2ans, >5 ans, >10 ans,

- Je poursuis le dépistage en fonction des comorbidités de la patiente.

- Patiente sans perte d'autonomie
- Patiente sans pathologie chronique modérée à sévère, sans ATCD importants

- Je poursuis le dépistage lorsque les patientes ont eu un suivi par mammographie régulier jusqu'à 74 ans.

- Je poursuis lorsque les patientes ont eu un suivi par mammographie aléatoire tout au long de leur vie.

- Autres....

3D- Pourquoi, continuez-vous le dépistage personnel et individuel du cancer du sein chez les femmes de plus de 75 ans ?

....

4- Vous ne poursuivez pas le dépistage personnel et individualisé du cancer du sein chez les patientes de plus de 75 ans, pourquoi ? (plusieurs choix possibles)

IL n'y a pas de recommandation nationale

Les patientes ne le souhaitent pas.

Les patientes sont anxieuses et angoissées à l'idée de réaliser une mammographie qui pourrait détecter un cancer.

Il n'y a pas d'intérêt pour les patientes.

Les patientes présentent des pathologies chroniques invalidantes ou sévères :

Pathologie cardiovasculaire.

Pathologies hématologiques.

Pathologie pulmonaire.

Pathologies digestives, hépatiques, urinaires

Pathologie ostéo-articulaire

Pathologie neurologique

Pathologies endocriniennes

Pathologies psychiatrique (démence, dépression)

Autres :.....

Le suivi est assuré par son gynécologue

Les patientes de plus de 74 ans présentent souvent un isolement social.

L'accès à la mammographie est difficile chez ces patientes de 74 ans (distance entre le domicile et le lieu de la mammographie, pas de moyen de locomotion....)

Autre....

Annexe 2 : le stade TNM du cancer du sein

Classification TNM du cancer du sein, 6e édition, 2002, et stade UICC

Le système TNM distingue le stade clinique pré-thérapeutique noté « cTNM » et le stade anatomopathologique postchirurgical noté « pTNM ».

Tumeur Primaire T

Tx : la tumeur primitive ne peut pas être évaluée

T0 : la tumeur primitive n'est pas palpable

Tis : carcinome *in situ*

Tis (DCIS) : carcinome canalaire *in situ*

Tis (CLIS) : carcinome lobulaire *in situ*

Tis (Paget) : maladie de Paget du mamelon sans tumeur sous-jacente

T1 : tumeur ≤ 2 cm dans sa plus grande dimension

T1mic : micro-invasion ≤ 1 mm dans sa plus grande dimension

T1a : $1 \text{ mm} < \text{tumeur} \leq 5 \text{ mm}$ dans sa plus grande dimension

T1b : $5 \text{ mm} < \text{tumeur} \leq 1 \text{ cm}$ dans sa plus grande dimension

T1c : $1 \text{ cm} < \text{tumeur} \leq 2 \text{ cm}$ dans sa plus grande dimension

T2 : $2 \text{ cm} < \text{tumeur} \leq 5 \text{ cm}$ dans sa plus grande dimension

T3 : tumeur $> 5 \text{ cm}$ dans sa plus grande dimension

T4 : tumeur, quelle que soit sa taille, avec une extension directe soit à la paroi thoracique (a), soit à la peau (b)

T4a : extension à la paroi thoracique en excluant le muscle pectoral

T4b : oedème (y compris peau d'orange) ou ulcération de la peau du sein, ou nodules de perméation situés sur la peau du même sein

T4c : T4a + T4b

T4d : cancer inflammatoire

Ganglions lymphatiques régionaux pN

Nx : l'envahissement des ganglions lymphatiques régionaux ne peut pas être évalué (par exemple déjà enlevés chirurgicalement ou non disponibles pour l'analyse anatomopathologique du fait de l'absence d'évidement)

N0 : absence d'envahissement ganglionnaire régional histologique et absence d'examen complémentaire à la recherche de cellules tumorales isolées

N1mi : micrométastases > 0,2 mm et \leq 2 mm

N1 : envahissement de 1 à 3 ganglions axillaires ou/et envahissement des ganglions de la CMI détecté sur ganglion sentinelle sans signe clinique

N1a : envahissement de 1 à 3 ganglions axillaires

N1b : envahissement des ganglions de la CMI détecté sur ganglion sentinelle sans signe clinique

N1c : envahissement de 1 à 3 ganglions axillaires et envahissement des ganglions de la CMI détecté sur ganglion sentinelle sans signe clinique (pN1a + pN1b)

N2 : envahissement de 4 à 9 ganglions axillaires ou envahissement des ganglions mammaires internes homolatéraux suspects, en l'absence d'envahissement ganglionnaire axillaire

N2a : envahissement de 4 à 9 ganglions axillaires avec au moins un amas cellulaire > 2 mm

N2b : envahissement des ganglions mammaires internes homolatéraux suspects, en l'absence d'envahissement ganglionnaire axillaire

N3 : envahissement d'au moins 10 ganglions axillaires ou envahissement des ganglions sous-claviculaires (niveau III axillaire) ou envahissement des ganglions mammaires internes homolatéraux suspects avec envahissement ganglionnaire axillaire ou envahissement de plus de 3 ganglions axillaires et envahissement des ganglions de la CMI détecté sur ganglion sentinelle sans signe clinique ou envahissement des ganglions sus-claviculaires homolatéraux

N3a : envahissement d'au moins 10 ganglions axillaires (avec au moins un amas cellulaire > 2 mm) ou envahissement des ganglions sous-claviculaires

N3b : envahissement des ganglions mammaires internes homolatéraux suspects avec envahissement ganglionnaire axillaire ou envahissement de plus de 3 ganglions axillaires et envahissement des ganglions de la CMI détecté sur ganglion sentinelle sans signe clinique

N3c : envahissement des ganglions sus-claviculaires homolatéraux

Métastases à distance (M)

Mx : renseignements insuffisants pour classer les métastases à distance

M0 : absence de métastases à distance

M1 : présence de métastase(s) à distance

Classification par stade UICC

0 Tis N0 M0

I T1 N0 M0

IIA T0 N1 M0 ; T1 N1 M0 ; T2 N0 M0 ;

IIB T2 N1 M0 ; T3 N0 M0

IIIA T0 N2 M0 ; T1 N2 M0 ; T2 N2 M0 ; T3 N1 M0 ; T3 N2 M0

IIIB T4 N0 M0 ; T4 N1 M0 ; T4 N2 M0

IIIC Tous T N3 M0

IV Tous T Tous N M1

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque.

**LE DEPISTAGE INDIVIDUEL DU CANCER DU SEIN CHEZ LES FEMMES DE
PLUS DE 74 ANS**

IDENTIFICATION DES PRATIQUES DES MEDECINS GENERALISTES.

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme dans les pays occidentaux et c'est aussi la première cause de mortalité par cancer chez la femme. L'incidence du cancer du sein augmente avec l'âge et le nombre de personnes âgées explose. Le dépistage du cancer du sein chez la femme âgée a donc toute son importance.

Nous avons réalisé une étude à l'aide d'un questionnaire où 42 médecins étaient interrogés sur leurs pratiques vis à vis du dépistage individuel du cancer du sein chez les femmes âgées.

Il en résulte que 78,6% des médecins généralistes poursuivaient le dépistage. Les principaux critères retrouvés pour la poursuite du dépistage étaient : l'âge, le désir de la patiente, les comorbidités l'espérance de vie, et les facteurs de risque de cancer du sein. Le dépistage du cancer du sein chez la femme âgée, doit donc être inscrit dans une réflexion individuelle fondée sur l'espérance de vie estimée, compte tenu d'éventuelles comorbidités et sur les possibilités thérapeutiques en cas de détection par mammographie d'un cancer. Le médecin généraliste joue un rôle prépondérant dans la poursuite individuelle du dépistage chez les femmes âgées.

**MOTS-CLES : DEPISTAGE, MAMMOGRAPHIE, CANCER DU SEIN, FEMMES
AGEES, PRATIQUES, MEDECINS GENERALISTES**