

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

ANNEE 2021

N°055

Identifier les freins au diagnostic précoce de cancer chez les patients de plus de 75 ans – étude qualitative par entretiens semi-dirigés

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le 04 mai 2021
En vue d'obtenir le titre de Docteur en médecine

Par

TAZELMATI Camille

Née le 12 février 1992 à Strasbourg

Sous la direction du Dr. VALERO Marie

Jury

Présidente :

Madame le Professeur FALANDRY Claire

Membres :

Madame le Professeur FLORI Marie

Monsieur le Professeur YOU Benoît

Monsieur le Docteur ZORZI Frédéric

Directeur de thèse :

Madame le Docteur VALERO Marie

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

Président	Pr Frédéric FLEURY
Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	Pr Pierre COCHAT
Directeur Général des services	M. Damien VERHAEGHE

Secteur Santé :

Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est	Pr Gilles RODE
Doyenne de l'UFR de Médecine Lyon-Sud Charles Mérieux	Pr Carole BURILLON
Doyenne de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques (ISPB)	Pr Christine VINCIGUERRA
Doyenne de l'UFR d'Odontologie	Pr Dominique SEUX
Directeur de l'Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation (ISTR)	Dr Xavier PERROT
Directrice du département de Biologie Humaine	Pr Anne-Marie SCHOTT

Secteur Sciences et Technologie :

Administratrice Provisoire de l'UFR BioSciences	Pr Kathrin GIESELER
Administrateur Provisoire de l'UFR Faculté des Sciences Et Technologies	Pr Bruno ANDRIOLETTI
Directeur de l'UFR Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	M. Yannick VANPOULLE
Directeur de Polytech	Pr Emmanuel PERRIN
Directeur de l'IUT	Pr Christophe VITON
Directeur de l'Institut des Sciences Financières Et Assurances (ISFA)	M. Nicolas LEBOISNE
Directrice de l'Observatoire de Lyon	Pr Isabelle DANIEL
Administrateur Provisoire de l'Institut National Supérieur du Professorat et de l'Education (INSPé)	M. Pierre CHAREYRON
Directrice du Département Composante Génie Electrique et Procédés (GEP)	Pr Rosaria FERRIGNO
Directeur du Département Composante Informatique	Pr Behzad SHARIAT TORBAGHAN
Directeur du Département Composante Mécanique	Pr Marc BUFFAT



Faculté de Médecine Lyon Est Liste des enseignants 2020/2021

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

BLAY	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
BORSON-CHAZOT	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
CHASSARD	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
CLARIS	Olivier	Pédiatrie
COCHAT	Pierre	Pédiatrie (<i>en retraite à compter du 01/03/2021</i>)
ETIENNE	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FINET	Gérard	Cardiologie
GUERIN	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
GUERIN	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
LACHAUX	Alain	Pédiatrie
MIOSSEC	Pierre	Rhumatologie
MORNEX	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
NEGRIER	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
NIGHOGHOSSIAN	Norbert	Neurologie
NINET	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire (<i>à la retraite au 01.04.2021</i>)
OBADIA	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
OVIZE	Michel	Cardiologie (<i>en disponibilité jusqu'au 31.08.21</i>)
PONCHON	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
REVEL	Didier	Radiologie et imagerie médicale
RIVOIRE	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
VANDENESCH	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
ZOULIM	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

BERTRAND	Yves	Pédiatrie
BOILLOT	Olivier	Chirurgie viscérale et digestive
BRETON	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CHEVALIER	Philippe	Cardiologie
COLIN	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
D'AMATO	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DELAHAYE	François	Cardiologie
DENIS	Philippe	Ophtalmologie
DOUEK	Charles-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DUCERF	Christian	Chirurgie viscérale et digestive
DUMONTET	Charles	Hématologie ; transfusion
DURIEU	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie

EDERY	Charles Patrick	Génétique
GAUCHERAND	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GUEYFFIER	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
HONNORAT	Jérôme	Neurologie
LERMUSIAUX	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LINA	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MERTENS	Patrick	Neurochirurgie
MORELON	Emmanuel	Néphrologie
MOULIN	Philippe	Endocrinologie
NEGRIER	Claude	Hématologie ; transfusion
RODE	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
SCHOTT-PETHELAZ	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
TRUY	Eric	Oto-rhino-laryngologie
TERRA	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
TURJMAN	Francis	Radiologie et imagerie médicale

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Première classe

ADER	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
ARGAUD	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
AUBRUN	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
BADET	Lionel	Urologie
BERTHEZENE	Yves	Radiologie et imagerie médicale
BESSEREAU	Jean-Louis	Biologie cellulaire
BRAYE	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
BUZLUCA DARGAUD	Yesim	Hématologie ; transfusion
CALENDER	Alain	Génétique
CHAPURLAT	Roland	Rhumatologie
CHARBOTEL	Barbara	Médecine et santé au travail
COLOMBEL	Marc	Urologie
COTTIN	Vincent	Pneumologie ; addictologie
COTTON	François	Radiologie et imagerie médicale
DAVID	Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
DEVOUASSOUX	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
DI FILLIPO	Sylvie	Cardiologie
DUBERNARD		
DUBOURG	Laurence	Physiologie
	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
DUMORTIER	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
FANTON	Laurent	Médecine légale
FAUVEL	Jean-Pierre	Thérapeutique
FELLAHI	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
FERRY	Tristan	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
FOURNERET	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
FROMENT (TILIKETE)	Caroline	Neurologie
GUENOT	Marc	Neurochirurgie
GUIBAUD	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
JACQUIN-COURTOIS	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
JAVOUHEY	Etienne	Pédiatrie
JUILLARD	Laurent	Néphrologie
JULLIEN	Denis	Dermato-vénéréologie
KODJIKIAN	Laurent	Ophthalmologie
KROLAK SALMON	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
LEJEUNE	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la

LESURTEL	Mickaël	reproduction ; gynécologie médicale
MABRUT	Jean-Yves	Chirurgie générale
MERLE	Philippe	Chirurgie générale
MICHEL	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MURE	Pierre-Yves	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
NICOLINO	Marc	Chirurgie infantile
PICOT	Stéphane	Pédiatrie
PONCET	Gilles	Parasitologie et mycologie
POULET	Emmanuel	Chirurgie viscérale et digestive
RAVEROT	Gérald	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
		Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
RAY-COQUARD	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
ROBERT	Maud	Chirurgie digestive
ROSSETTI	Yves	Médecine Physique de la Réadaptation
ROUVIERE	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
ROY	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
		Psychiatrie d'adultes et addictologie
SAOUD	Mohamed	Biologie cellulaire
SCHAEFFER	Laurent	
VANHEMS	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VUKUSIC	Sandra	Neurologie
WATTEL	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe

BACCHETTA	Justine	Pédiatrie
BOUSSEL	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
CHENE	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
COLLARDEAU FRACHON	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
CONFAVREUX	Cyrille	Rhumatologie
COUR	Martin	Médecine intensive de réanimation
CROUZET	Sébastien	Urologie
CUCHERAT	Michel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DI ROCCO	Federico	Neurochirurgie
DUCLOS	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DUCRAY	François	Neurologie
EKER	Omer	Radiologie ; imagerie médicale
GILLET	Yves	Pédiatrie
GLEIZAL	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GUEBRE-EGZIABHER	Fitsum	Néphrologie
HENAINE	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HOT	Arnaud	Médecine interne
HUISSOUD	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
JANIER	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
JARRAUD	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LESCA	Gaëtan	Génétique
LEVRERO	Massimo	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LUKASZEWICZ	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
MAUCORT BOULCH	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MEWTON	Nathan	Cardiologie
MEYRONET	David	Anatomie et cytologie pathologiques
MILLON	Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MOKHAM	Kayvan	Chirurgie viscérale et digestive

MONNEUSE	Olivier	Chirurgie générale
NATAF	Serge	Cytologie et histologie
PERETTI	Noël	Pédiatrie
PIOCHE	Mathieu	Gastroentérologie
RHEIMS	Sylvain	Neurologie
RICHARD	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
RIMMELE	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ROMAN	Sabine	Gastroentérologie
SOUQUET	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
THAUNAT	Olivier	Néphrologie
THIBAUT	Hélène	Cardiologie
VENET	Fabienne	Immunologie

Professeur des Universités Classe exceptionnelle

PERRU	Olivier	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
-------	---------	--

Professeur des Universités - Médecine Générale Première classe

FLORI	Marie
LETRILLIART	Laurent

Professeur des Universités - Médecine Générale Deuxième classe

ZERBIB	Yves
--------	------

Professeurs associés de Médecine Générale

FARGE	Thierry
LAINÉ	Xavier

Professeurs associés autres disciplines

BERARD	Annick	Pharmacie fondamentale ; pharmacie clinique
CHVETZOFF	Gisèle	Médecine palliative
LAMBLIN	Géry	Gynécologie ; obstétrique

Professeurs émérites

BEZIAT	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CHAYVIALLE	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CORDIER	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
DALIGAND	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
DROZ	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
FLORET	Daniel	Pédiatrie
GHARIB	Claude	Physiologie
LEHOT	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
MAUGUIERE	François	Neurologie
MELLIER	Georges	Gynécologie
MICHALLET	Mauricette	Hématologie ; transfusion
MOREAU	Alain	Médecine générale
NEIDHARDT	Jean-Pierre	Anatomie

PUGAUT	Michel	Endocrinologie
RUDIGOZ	René-Charles	Gynécologie
SCHEIBER	Christian	Biophysique ; Médecine Nucléaire
SINDOU	Marc	Neurochirurgie
THIVOLET-BEJUI	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
TOURAINÉ	Jean-Louis	Néphrologie
TREPO	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
TROUILLAS	Jacqueline	Cytologie et histologie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Hors classe

BENCHAIB	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
BRINGUIER	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
CHALABREYSSE	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
HERVIEU	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
KOLOPP-SARDA	Marie Nathalie	Immunologie
LE BARS	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
MENOTTI	Jean	Parasitologie et mycologie
PERSAT	Florence	Parasitologie et mycologie
PIATON	Eric	Cytologie et histologie
SAPPEY-MARINIER	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
STREICHENBERGER	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
TARDY GUIDOLLET	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Première classe

BONTEMPS	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
CASALEGNO	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARRIERE	Sybil	Endocrinologie
COZON	Grégoire	Immunologie
ESCURET	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PINA-JOMIR	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
PLOTTON	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
RABILLOUD	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SCHLUTH-BOLARD	Caroline	Génétique
TRISTAN	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VASILJEVIC	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques
VLAEMINCK-GUILLEM	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers Seconde classe

BOUCHIAT SARABI	Coralie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
BUTIN	Marine	Pédiatrie
CORTET	Marion	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
COUTANT	Frédéric	Immunologie
CURIE	Aurore	Pédiatrie

DURUISSEAU	Michaël	Pneumologie
HAESEBAERT	Julie	Médecin de santé publique
HAESEBAERT	Frédéric	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
JACQUESSON	Timothée	Neurochirurgie
JOSSET	Laurence	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LACON REYNAUD	Quitterie	Médecine interne ; gériatrie ; addictologie
LEMOINE	Sandrine	Néphrologie
NGUYEN CHU	Huu Kim An	Pédiatrie
ROUCHER BOULEZ	Florence	Biochimie et biologie moléculaire
SIMONET	Thomas	Biologie cellulaire

Maître de Conférences Classe normale

DALIBERT	Lucie	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
GOFFETTE	Jérôme	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
LASSERRE	Evelyne	Ethnologie préhistoire anthropologie
LECHOPIER	Nicolas	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
NAZARE	Julie-Anne	Physiologie
PANTHU	Baptiste	Biologie Cellulaire
VIALLO	Vivian	Mathématiques appliquées
VIGNERON	Amaud	Biochimie, biologie
VINDRIEUX	David	Physiologie

Maitre de Conférence de Médecine Générale

CHANELIERE	Marc
------------	------

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

DE FREMINVILLE	Humbert
PERROTIN	Sofia
PIGACHE	Christophe
ZORZI	Frédéric

LE SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont 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.

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

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Merci aux membres du jury, qui me font l'honneur d'assister à ma soutenance de thèse :

Professeur Falandry : Merci de votre enthousiasme et de m'avoir accompagnée sur ce sujet qui me tenait à cœur ainsi que pour votre sollicitude et les corrections de dernière minute. Merci pour votre soutien sans faille, surtout dans les moments difficiles de mon internat.

Professeur You : Merci d'être présent à cette soutenance pour apporter votre expertise.

Professeur Flori : Merci pour votre bienveillance et votre compréhension qui m'ont été précieuses lors de diverses épreuves lors de mon internat. Merci d'avoir répondu présente à cette thèse.

Docteur Zorzi : Merci d'avoir répondu si chaleureusement à mon invitation. Vos compétences lors des cours sur la méthode qualitative et les conseils avisés m'ont aidée à construire ce travail.

Marie : Merci pour ton soutien et tes conseils durant cette longue route qu'a été cette thèse.

Christine Ravot : sans ton aide si précieuse, la thèse n'aurait pas pu se faire. Merci encore pour tes conseils et ta patience.

Charlène Garandeau : Merci de m'avoir aiguillée sur ce long chemin qu'a été l'élaboration de ce protocole de thèse et d'avoir toujours répondu aussi rapidement et patiemment à toutes mes questions.

Marion Poulet-Carrel : Merci de m'avoir aidée à trouver les acteurs principaux en oncogériatrie. J'ai beaucoup appris sur le réseau d'oncogériatrie grâce à vous.

Dr. Albrand, Dr. Gavazzi, Dr. Annyck Marion : merci à vous de m'avoir donné des conseils.

Dr. Rouze et Dr. Haesebaert: merci de m'avoir conseillée pour la mise en route

du protocole, dont les mises au point me donnaient du fil à retordre.

Pr. Vogel, Pr.Kaltenbach, Dr. Elise Schmitt, Dr. François Weill, Dr. Lidia Calabrese qui m'ont connue externe, m'ont soutenue vers la voie que j'ai choisie et qui m'ont transmis cet attrait pour la gériatrie.

Christophe Pigache, mon tuteur qui m'a soutenue malgré les adversités que j'ai traversées, toujours d'une écoute attentive et d'une bienveillance infinie.

Mes différents maîtres de stage : Frédéric, Eric, Hervé, Philippe, Patrick, Florent qui ont tant enrichi mon parcours d'interne et en tant que futur médecin généraliste. Merci pour votre bienveillance et votre patience ainsi que tous les précieux conseils que j'ai reçus pour soigner au mieux mes futurs patients. Sans oublier Laurence et Evelyne, d'une gentillesse sans bornes pour les patients. Merci à tous les autres médecins qui ont accompagné mon parcours de futur médecin.

J'ai la chance de commencer dans un cabinet, avec des médecins compréhensives et très présentes, Anne-Laure, Caroline, Clémence, Emilie. Sans oublier Audrey, ayant une énergie folle et une organisation admirable.

Mes amies de l'externat : Claire, Sandra, Steffi, Isabelle, Nadine. Merci d'avoir été présentes durant cet externat, avec nos rires (très souvent), nos moments de révision (très très longs, surtout à la fin), de doute. Sans oublier notre inoubliable voyage de fin d'externat, qui a été un nouveau point de départ pour chacune de nous.

Estelle : tu as eu le courage de partir si loin pour poursuivre tes projets. Je te souhaite que du bonheur pour la suite. Alma, merci pour tes gentilles attentions à chacun de mes retours, quel plaisir de te revoir et de pouvoir passer du temps avec toi.

Marion, ou plutôt professeur Loulou. Je suis tellement admirative de tes projets, car je sais que tu atteindras tous tes objectifs car tu es forte (et obstinée ?). Les futurs patients (rugbymen, j'entends, hein), seront bien chanceux de t'avoir comme médecin.

A tous les internes que j'ai rencontrés et recroisés et qui sont devenus des amis proches. Alexis, merci pour les instants cinéphiles qui sont tellement précieux durant ces moments et les déjeuners au soleil avec nos nouilles vivantes (végé, n'est-ce-pas !) ; Guilhem pour tes messages de soutien avec tes doutes et ta pugnacité ; Laura, tellement douce et adorable avec tes punchlines sorties de nulle part ; Gaëlle, toujours aussi énergique et drôle, merci pour les soirées à discuter ensemble ; Nuray, que de bons moments passés ensemble, à discuter pendant des heures ou à se promener dans des endroits magnifiques. Quel honneur d'avoir été ta témoin et sache que je serai présente à chaque moment de ta vie ; Mounir, que de soirées à discuter sur la vie, sur le cinéma, la musique (même si je suis une néophyte de 1^e), tu es quelqu'un d'unique ; Etienne, sans toi j'aurais été à la rue (oui, promis je devais rester que 2 mois mais entre deux mois et deux ans, quelle différence finalement ?), merci pour ta gentillesse et les soirées cuisine où nous discutons de tout et de rien (surtout pour râler mais que ça fait du bien) ; Thérèse qui a toujours des idées folles, une ouverture d'esprit hallucinante, quel plaisir de te voir et de passer du temps avec toi, qui a une telle personnalité lumineuse.

Mathilde, Céline, Louise, Camille, Benoit ; Nathan, Christophe, Aude (team radiateurs) : merci pour les moments passés à discuter, à essayer de refaire le monde, les moments de cinéma et fromage. (Tu as sauvé mon semestre des urgences, Benoît !).

Clarisse, Julie, Yasmin, Cécile, Chantal : ce semestre à Bourg n'a été que plus agréable avec vous. Merci Clarisse pour tes porridges du dimanche et les soirées Jordskott. Julie et Yasmine, merci pour les soirées jeux et les randonnées de folie pour discuter méditation et expressions françaises. Merci Cécile pour ta gentillesse et tes bons petits plats, je suis fière d'être ta tutrice pour te guider au mieux (même si tu te débrouilles déjà très bien !). Chantal, merci pour les discussions post-gardes, les jus d'orange du matin, tu as un cœur d'or.

Mathile et Laurane : les compagnes de route en tutorat, merci pour tous ces

partages d'expériences et nos moments thé/discussions, tellement riches.

Allan et Alicia (et Marion et Romain) : comment ne pas vous remercier pour avoir adouci ce fameux stage (dont-on-ne-prononce-pas-le-nom). Merci d'être vous, avec nos instants de rires, de doutes, nos soirées (un peu) arrosées avec nos projets pleins la tête. Restez tels que vous êtes. Que du bonheur pour vos vies futures.

Laura que j'ai retrouvée avec plaisir à Lyon et qui a une telle patience et gentillesse avec tout le monde. Merci de m'avoir accueillie à mon arrivée sur Lyon. Je t'admire pour les choix que tu prends pour une nouvelle vie. Quand travaillerons-nous ensemble ?

Laure qui, malgré les années et nos emplois du temps, pense toujours à moi. Merci pour tes messages qui me font plaisir. Que du bonheur pour tes futures années.

Cécilia, qui a toujours le mot qui réchauffe le cœur et me rappelle quelle fille en or elle est. Avec les années, tu restes toujours aussi lumineuse.

Noémie, une amie de toujours, dont les distances n'ont fait que nous rapprocher. Je t'admire pour tout le chemin que tu as parcouru, avec les embûches que tu as pu rencontrer mais que tu as toujours surmontées, avec panache. Reste telle que tu es.

Pia, qui m'a vue grandir, dont la douceur illuminait chacun de mes vendredis, lors de ces cours dont l'heure passait à une vitesse folle. Merci encore pour ta gentillesse.

Estelle et Morane : vous êtes si combattives et rien ne vous empêche de tracer votre route, malgré les épreuves. Estelle, tu l'as mise au tapis, cette saleté, et je suis tellement fière de toi.

Papi Camille, Mamie Geneviève et Mamie Suzanne : merci d'être qui vous êtes, avec tout l'amour que vous portez à chacun de vos petits-enfants. Je suis tellement fière d'être votre petite-fille. Toutes mes pensées à Papi Boubaker dont

j'aurais tellement voulu qu'il soit présent pour ce moment.

Merci à toute ma famille qui suit mes études de loin, même si ce n'est pas facile de me repérer spatialement et temporellement par moment : Luc, Blaise et Véronique, Blandine et Denis, ainsi que toutes mes cousines et mes petits cousins (Laureline : tu m'inviteras à ta future thèse de chirurgienne ?)

Cécile et Arthur (mon petit frère chéri) dont les attentions me touchent à chaque fois que je reviens à Strasbourg. Les petits-déjeuners qui durent jusque pas d'heure à discuter de tout ou les après-midis lavage me manquent. Chaque moment où on peut se retrouver me donne l'impression que nous nous étions seulement quittés la veille.

Serge et Chantal : merci de m'accueillir dans votre famille avec une telle gentillesse et chaleur. Je vous souhaite à tous les deux et à toute la famille du bonheur.

Papa et Maman : que serais-je sans vous, sans votre amour et votre compréhension ? Vous êtes des modèles pour moi et j'espère que je vous rends aussi fière que je lui suis de vous. Merci d'avoir laissé votre petit poussin quitter le foyer.

Pauline : mon âme sœur, ma jumelle qui m'a aidée à grandir, me consoler quand il le fallait, me faire rire tout le temps, m'énerver parfois, me manquer toujours. Chaque moment passé avec toi reste gravé dans ma mémoire et dans mon cœur, où tu as toujours ta place, où que je sois.

Fabien : ta gentillesse et ta bienveillance me font me rendre compte de la chance que j'ai de t'avoir à mes côtés. Je suis heureuse d'avoir croisé ton chemin, par hasard et de continuer ma route avec toi. Merci de m'avoir soutenue durant les temps difficiles de l'internat et de m'apporter de précieux conseils à chaque moment. J'espère que tous nos projets se réaliseront et tant que nous sommes ensemble, rien ne sera impossible.

Merci à tous les patients que j'ai rencontrés, soignés, réconfortés, dont j'ai tenu la main, aidé à se relever des épreuves, qui m'ont appris à me remettre en question, pour leur apporter la meilleure prise en charge pour les soulager et les accompagner.

Merci à tous les soignants avec qui j'ai eu la chance de travailler et dont j'admire le travail qu'ils font avec humanité et la patience qu'ils ont, malgré les conditions tellement difficiles qui existent.

Merci enfin aux patients, qui ont accepté de me partager leur histoire, parfois douloureuse, souvent difficile. Chaque histoire unique m'a permis de ne pas me reposer sur mes acquis et d'apprendre à chaque récit, à chaque fragment de vie que j'ai eu l'honneur d'écouter. Vous avez toute ma gratitude pour avoir accepté de participer à ce travail de thèse et de surcroît, de m'avoir fait grandir.

ABREVIATIONS

CESP : Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations

CCR : Cancer colo-rectal

CRP : Protéine C réactive

DO : Dépistage organisé

DPCMG : Diagnostic Précoce du Cancer – Médecine Générale

DRCI : Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

INCa : Institut National du Cancer

ODLC : Office de Lutte contre le Cancer

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

QN18 : Questionnaire 2018

SoFOG : Société Francophone d'Oncogériatrie

UCOG : Unité de Coordination en Oncogériatrie

UCOGIR : Unité de Coordination en Oncogériatrie InterRégionale

TABLE DES MATIERES

LE SERMENT D'HIPPOCRATE	9
REMERCIEMENTS	10
ABREVIATIONS.....	16
TABLE DES MATIERES.....	17
I. INTRODUCTION.....	19
II. MATERIEL ET METHODES	22
A. Type d'étude	22
B. Recrutement	22
C. Déroulement des entretiens	23
D. Méthode d'analyse	24
E. Recherche bibliographique	24
F. Objectifs de la thèse.....	25
III. RESULTATS.....	26
A. Recrutement	26
B. Caractéristiques des patients	27
C. Présentation des verbatims.....	29
a) Vécu de la maladie	29
b) Symptomatologie princeps	37
c) Temporalité de la maladie.....	38
d) Organisation de la médecine de ville	42
e) Connaissances sur la maladie.....	45
f) Âge et maladie	48
g) Société et maladie.....	50
h) Vécu des traitements	52
i) Autres	55
j) Recherche des différents liens en cas de retards	57

IV. DISCUSSION	60
A. Validité interne.....	60
B. Validité externe.....	62
a) Le vécu de la maladie.....	63
b) Âge et maladie – les idées reçues.....	65
c) Les liens avec le médecin généraliste	66
d) Vécu du traitement	67
e) La société et le cancer	67
C. Dépistages, diagnostic précoce et les voies d'amélioration.....	68
a) Pourquoi les dépistages sont arrêtés à 74 ans ?	68
b) Diagnostic précoce, comorbidités et symptômes aspécifiques.....	69
c) La coordination oncogériatrique	70
d) Une formation des médecins et évaluation gériatrique	72
e) Une campagne de sensibilisation et faire changer les recommandations	73
1. Le diagnostic précoce.....	73
2. Le dépistage.....	74
3. Adapter les diagnostics précoces aux comorbidités	76
4. Certains projets en France	77
V. CONCLUSION	78
VI. ANNEXES.....	80
VII. EXEMPLE DE VERBATIM.....	89
VIII. BIBLIOGRAPHIE	97

I. INTRODUCTION

10 % de la population française a plus de 75 ans et 1,2 % a plus de 90 ans. En 2050, 1 patient sur 3 sera âgé de 60 ans ou plus contre 1 sur 5 en 2005. Le nombre de patient de 85 ans et plus pourrait quadrupler (passer de 1,8 million en 2013 à 6,3 millions en 2070), avec un doublement des centenaires (1).

La durée de vie actuelle dépasse fréquemment les 90 ans et les projections montrent une espérance de vie à 86 ans pour les hommes et 91 ans pour les femmes d'ici 2060 (2).

Par ailleurs, 1 patient sur 3 ayant un cancer a plus de 75 ans (120 000 patients par an). En 2050, un cancer sur deux surviendra chez des patients de 75 ans et plus. La prévalence des cancers chez les plus de 75 ans est 5 fois plus élevée que la population générale (1).

L'incidence augmente depuis 1989 avec une augmentation du nombre de cas (+ 100 % quasiment!), surtout du fait de l'accroissement de la population vieillissante (1). En effet, l'âge est un facteur de risque intrinsèque du cancer.

Chez l'homme, les cancers les plus fréquents sont le cancer de la prostate, cancer du côlon-rectum, cancer pulmonaire. Chez la femme, par ordre de fréquence : cancer du sein, cancer du côlon-rectum, cancer du poumon (3).

Dans les années 2000, un article montrait que les personnes âgées avaient une prise en charge retardée, en raison de la découverte tardive du cancer, provoquant ainsi une diminution de la survie globale et de leur qualité de vie (4). Le cancer était fréquemment découvert à un stade avancé ou dans un contexte d'urgence : par exemple, une occlusion compliquée d'une péritonite en cas de tumeur colique sténosante conduisant à une prise en charge chirurgicale urgente. Le bilan étiologique n'était pas toujours exhaustif et les traitements spécifiques étaient allégés ou jugés irréalisables compte-tenu de l'état général.

De plus, les personnes âgées sont très souvent exclues des études cliniques (4).

Plusieurs hypothèses ont été émises : il existerait des craintes du sujet âgé à parler de symptômes nouveaux (4). Le médecin peut se trouver piégé par des symptômes généraux, pouvant se confondre avec le « vieillissement dit physiologique »(5).

Du côté du patient comme celui du médecin, il y aurait une banalisation des symptômes, une

confusion avec des manifestations liées à une maladie chronique préexistante, une mauvaise interprétation (douleurs généralisées, asthénie, anorexie ou perte de poids, etc.)(5).

Certaines personnes âgées ont vécu dans un monde où le cancer était peu évoqué dans leur jeunesse et où il existait peu de perspectives thérapeutiques. Par ailleurs, elles ont été exclues des programmes d'éducation et de prévention (6).

Il existerait également une idée selon laquelle les médecins seraient peu enclins à mettre en route un traitement spécifique car ils penseraient que la personne âgée ne pourrait pas le supporter (5,6).

Par ailleurs, la société moderne est davantage tournée vers la jeunesse, donnant l'impression que la personne âgée est « non utile », créant un impact non négligeable sur la relation médecins-malades (4).

Beaucoup d'idées reçues restent ancrées dans les mentalités et sont difficiles à balayer, même actuellement : « la maladie évolue plus lentement, toutes les personnes âgées sont fragiles, refus de la personne âgée de se soigner, le traitement est mis en place trop tard pour être bénéfique » etc. (4,7)

La Ligue contre le Cancer a publié le 6e rapport de l'Observatoire sociétal des cancers en juin 2017 (1) : Avoir un cancer après 75 ans : le refus de la fatalité. Ce rapport permet de souligner tous les aspects particuliers à propos des patients ayant un cancer après 75 ans, ainsi que leur vécu. Ce rapport a surtout été initié du fait d'un enjeu sociétal majeur et de toutes les raisons démographiques citées au début de ce travail.

Le médecin généraliste est au centre de la prise en charge du cancer. Il détecte les signes précoces et met en route les examens nécessaires pour aboutir au diagnostic (8). Il peut poser un diagnostic précoce de cancer, grâce à la présence de symptômes d'alerte.

La parcours du patient âgé atteint de cancer est souvent morcelé avec les différentes étapes de soins avec diverses équipes, dont des spécialistes d'organes (9).

Le médecin généraliste est l'interlocuteur privilégié pour le patient et sa famille qui connaît son histoire et son vécu (9).

Des réseaux d'oncogériatrie ont été créés, avec diverses missions, afin de prendre en compte cette problématique actuelle. Ces réseaux ont été mis en place après les recommandations du Pr. Jean-Pierre Grünfeld, dans le plan cancer 2009-2013. Des unités de coordination en oncogériatrie ont été créées (UCOG), au nombre de 28 dont 4 antennes (1).

L'objectif est d'allier la gériatrie et l'oncologie, c'est-à-dire de prendre en charge un cancer chez un patient âgé, en prenant en compte les aspects médico-chirurgicaux, socio-économiques, psycho-cognitifs, nutritionnel et fonctionnel. Cela est d'autant plus difficile que certains patients vivent isolés, avec des incapacités, dans la plus grande précarité, la dépendance, la fragilité et l'isolement (1). La population gériatrique est hétérogène, conduisant à des prises en charge très diverses et personnalisées, avec hiérarchisation des problématiques.

En Rhône-Alpes, les unités de coordination en onco-gériatrie sont représentées par deux organismes : UCOG du Sillon Alpin (regroupant la Savoie, Haute-Savoie, partie de l'Isère) et UCOGIR Au-RA Ouest-Guyane (regroupant l'Ain, la Drôme, le Rhône, le Sud de l'Ardèche)(10).

Par ailleurs, depuis 2017, à l'initiative de l'UCOGIR Poitou-Charentes sous l'égide de la SoFOG, une campagne de sensibilisation, sous forme d'affiche et de flyers, intitulé : « il n'y a pas d'âge pour se faire soigner du cancer » a été mise en place (11) . Une diffusion de ces documents a été faite dans le Centre-Val de Loire en mai 2018, par courrier à des médecins généralistes et des médecins coordonnateurs d'EHPAD et par mail aux réseaux d'oncogériatrie, avec une évaluation en ligne en septembre 2018.

Ainsi, avec tous les éléments précédents, cette thèse a pour objectif d'identifier les freins au diagnostic précoce de cancer chez les patients de plus de 75 ans, dans la région Rhône-Alpes, en ambulatoire.

II. MATERIEL ET METHODES

A. Type d'étude

Le protocole initial devait inclure des patients de plus de 75 ans, indemnes de cancers, dont l'entretien aurait débuté par la présentation d'une plaquette d'information sur le diagnostic précoce de cancer (cf les annexes). Ce protocole n'a pas reçu la validation du comité d'éthique qui a conseillé d'interroger des patients atteints de cancers afin qu'ils puissent répondre à la question de recherche, de manière plus appropriée.

Il a donc été décidé de réaliser des entretiens semi-dirigés, auprès de patients atteints de cancer, âgés de plus de 75 ans, dans le cadre d'une étude qualitative.

Il s'agit d'un projet de recherche non interventionnelle, entrant dans le champ d'application de la loi 2012-300 du 5 mars 2012, relative aux recherches impliquant la personne humaine. Le comité de protection des personnes a donné son accord le 23 mars 2020. Le numéro d'enregistrement de cette recherche est le N° ID-RCB : 2019-A03095-52.

Le thésard est l'investigateur de cette recherche.

Dans le cadre de cette étude, l'investigateur a effectué plusieurs formations auparavant :

- Une formation aux Bonnes Pratiques Cliniques, organisées par le DRCI le 17 octobre 2019
- Une formation à la méthodologie de la recherche qualitative, organisé par la Faculté de médecine le 28 mai 2019, 02 juillet 2019 et 12 septembre 2019

B. Recrutement

Le recrutement des patients s'est fait dans le cadre de consultations de suivi d'oncogériatrie, dans des services de gériatrie et d'oncologie médicale.

Lors de cette consultation, le médecin recruteur leur a évoqué le fait qu'une étudiante en médecine allait les contacter dans le cadre de sa thèse.

Une liste des patients correspondant aux critères d'inclusion a été transmise à l'investigateur, qui s'est ensuite chargé de joindre les patients un par un pour leur proposer de participer à cette étude. Les chefs référents de chaque service avaient signé au préalable une autorisation écrite de réalisation de l'essai dans leur service.

Lors du contact téléphonique avec les patients, l'investigateur a expliqué qu'il allait poser des

questions à propos de leur cancer, afin à terme, de faire améliorer les pratiques cliniques. À la suite de l'accord oral du patient, un rendez-vous était convenu sur le lieu qui leur conviendrait, dans le but de privilégier leur confort. Du fait de la pandémie mondiale à Coronavirus lors de la période de recrutement, l'entretien téléphonique a été privilégié et a donc été mieux accepté par les patients âgés atteints de cancer. Il convient de souligner que les consultations d'oncogériatrie se réalisaient déjà par entretiens téléphoniques.

Le consentement de non-opposition à la participation de cette étude et à l'utilisation des données médicales a été notifiée dans le dossier de recherche. Celui-ci s'est d'abord fait de façon orale.

Au moment de l'entretien, le patient était prévenu qu'il serait enregistré et son accord oral était alors recueilli. L'enregistrement se faisait par un dictaphone. Le patient pouvait refuser l'enregistrement s'il le souhaitait.

A l'issue de l'entretien, des fiches de non-opposition ont ensuite été envoyées au domicile du patient, avec une enveloppe pré-timbrée. Ces premières permettaient de recueillir l'accord écrit des patients pour l'enregistrement de leur voix. Le patient devait signer les deux exemplaires, un qu'il garderait en titre d'information, avec les coordonnées de l'investigateur, l'autre à destination de l'investigateur.

C. Déroulement des entretiens

Seul l'investigateur a effectué les entretiens individuels, de type semi-directif, et a recueilli les données qualitatives des patients.

Les entretiens se sont déroulés entre mai 2020 et octobre 2020. Ceux-ci se sont basés sur une grille d'entretien, qui s'est enrichie au fur et à mesure des entretiens.

Un élargissement des critères d'inclusion a été proposé en juillet 2020 et finalement accepté en août 2020. En effet, le fait de restreindre les pathologies aux cancers du sein et du côlon ne permettaient pas un recrutement suffisant.

D. Méthode d'analyse

La retranscription des verbatims a été anonymisée, avec des numéros d'inclusion, en indiquant le genre de la personne interrogée. Les entretiens ont été analysés manuellement (sur un logiciel de traitement de texte) puis par un logiciel type « N'Vivo ».

Le cadre méthodologique a été anthropo-sociologique, afin d'avoir une vision globale des faits sociaux et d'en élaborer une théorie. Ceci permettait aussi de prendre de la distance, par rapport aux idées, propres aux soignants.

La méthode de la théorie ancrée a été utilisée (méthode élaborée par Glaser et Strauss)(12) (13), permettant de fragmenter le texte retranscrit en de nombreux codes, qui ont permis une décontextualisation et la mise en lumière de différents thèmes, sous-thèmes et attributs.

Une triangulation des données a été effectuée par une autre étudiante en médecine effectuant une thèse qualitative, afin de permettre une double évaluation.

E. Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a débuté en janvier 2018 et s'est achevée en décembre 2020.

Elle a été réalisée grâce au portail documentaire de l'Université Claude Bernard Lyon 1.

Les différentes sources interrogées ont été les suivantes : Pubmed, Cairn, EM Premium, Google Scholar, PubMed Medline, revues médicales disponibles en bibliothèque. Des thèses sur internet ont également été consultées par le biais du Sudoc et de la Bibliothèque Universitaire de Lyon 1.

Les mots clés suivants ont été utilisés :

- ✓ En Français : cancer, diagnostic précoce, personnes âgées, dépistage, dépistage de masse, retard de diagnostic
- ✓ En Anglais : mass screening, breast cancer, colorectal cancer, elderly, review, neoplasm.

Le logiciel ZOTERO a été utilisé pour la gestion des références bibliographiques et pour la réalisation de la bibliographie aux normes Vancouver.

F. Objectifs de la thèse

Le critère de jugement principal est d'explorer, lors d'un entretien semi-dirigé, auprès du patient, les freins et leviers au diagnostic précoce de cancer, en lien avec :

- Le patient lui-même
- Le médecin
- La maladie
- La société

Les objectifs secondaires sont d'explorer le parcours du patient à propos de sa maladie

- Niveau de connaissance de la maladie par le patient
- Niveau d'acceptation de la maladie
- La vision des examens et des traitements
- Refus ? Traitement imposé ? Possibilité de discuter du traitement ?
Décision partagée ?
- Croyances sur la maladie

Les critères d'inclusion sont les suivants :

- Patients âgés de 75 ans et plus (borne incluse)
- Atteint d'un cancer dont le diagnostic remonte au-delà de 3 mois
- Cancer du sein et cancer du côlon
puis extension aux autres types de cancer en juillet 2020 : Cancer digestif (côlon, rectum, pancréas, foie, estomac), cancer de l'endomètre, cancer de l'ovaire, cancer de la prostate, cancer du poumon, cancer de la vessie, cancer du rein.
- Stade du cancer avancé (stade TNM : T2, T3 ou T4 et/ou M1)
- Selon l'avis de l'oncogériatre sur le délai de prise en charge
- Suivi par un service de gériatrie ou d'oncologie ou à orientation oncogériatrie
- Vivant dans le département du Rhône et de l'Ain
- Consentement de non-opposition du patient à sa participation à l'étude

Les critères d'exclusion sont les suivants :

- Diagnostic de cancer datant de plus de 6 mois ou première consultation d'oncogériatrie de plus de 6 mois
- Patient ayant des troubles neuro-cognitifs sévères.

Il a été décidé d'une inclusion de 15 patients au minimum et ce jusqu'à saturation des données.

III. RESULTATS

A. Recrutement

Le recrutement s'est fait sur la période mai 2020 à octobre 2020, au sein de 2 centres :

- le service d'oncogériatrie de Lyon Sud
- le service d'oncologie médicale à Bourg-en-Bresse

Une liste de 56 patients a été transmise à l'investigateur.

Le recrutement s'est fait via un contact téléphonique durant lequel l'investigateur expliquait à la population sélectionnée le sujet de l'étude ainsi que les objectifs, et leur proposait in fine soit un entretien présentiel, soit un entretien téléphonique ultérieur.

- 18 patients ont accepté de participer à cette étude.
- 14 patients ont refusé d'y participer
- 5 patients n'ont pas pu être contactés.
- 5 autres ont été contactés mais n'ont pas répondu au téléphone et n'ont pas rappelé, malgré un message laissé sur leur répondeur.
- 7 patients étaient être hors délai selon les critères d'inclusion.
- 7 patients étaient décédés au moment du recrutement.

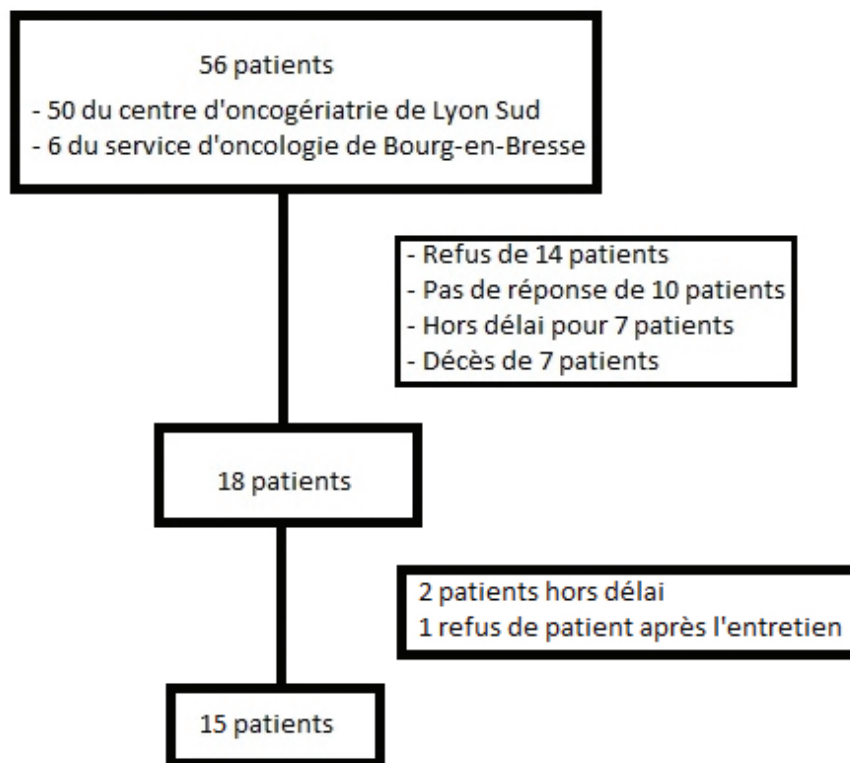


Figure 1 : Flow-Chart

B. Caractéristiques des patients

Les caractéristiques des patients sont présentées dans les tableaux ci-dessous. Deux entretiens ont été exclus de l'analyse car considéré hors délai (c'est-à-dire plus de 6 mois entre la date du diagnostic et le moment de l'entretien).

Après analyse, un entretien a été exclu. En effet, le patient avait initialement donné son accord oral et avait effectué l'entretien. Par la suite, il a renvoyé la fiche de consentement de non-opposition vierge, en mentionnant son refus de participer à cette étude. Ce patient avait été anonymisé sous l'indicatif « M 16 » mais ses caractéristiques ne sont pas mentionnées, du fait de son refus de participation à cette étude.

Les patients inclus proviennent majoritairement du centre d'oncogériatrie de l'Hôpital Lyon Sud. La moyenne d'âge est de 83.5 ans (minimum 75 ans, maximum 93 ans). Les entretiens se sont effectués entre 3 mois à 6 mois après que le diagnostic de cancer a été posé (4 mois en moyenne). Les entretiens ont duré en moyenne 27 minutes.

4 entretiens sur 16 se sont faits en présence d'un accompagnant.

Patient	Centre	Âge	Néoplasie	Délai	Entretien	Durée (min)	Accompagné
Mme 1	Lyon Sud	78 ans	Sein	5 mois	Téléphonique	40'	Non
Mme 2	Lyon Sud	84 ans	Colon	6 mois	Face à face	27'	Non
Mme 3	Bourg en Bresse	81 ans	Sein	6 mois	Face à face	32'	Non
Mme 4	Lyon Sud	79 ans	Colon	3 mois	Téléphonique	19'	Non
Mme 5	Lyon Sud	86 ans	Sein	5 mois	Téléphonique	26'	Fille présente
M 6	Lyon Sud	86 ans	Pancréas	5 mois	Face à face	21'	Non
M 7	Lyon Sud	83 ans	Peau	4 mois	Face à face	60'	Non
Mme 8	Lyon Sud	81 ans	Sein	5 mois	Téléphonique	31'	Non
M 9	Lyon Sud	82 ans	Œsophage	5 mois	Téléphonique	30'	Non
Mme 10	Lyon Sud	89 ans	Colon	3 mois	Téléphonique	26'	Fille présente
Mme 11	Lyon Sud	86 ans	Colon	5 mois	Téléphonique	24 '	Fils présent
M 12	Lyon Sud	79 ans	Rein	3 mois	Téléphonique	14'	Epouse présente
Mme 13	Lyon Sud	75 ans	Œsophage	6 mois	Téléphonique	28'	Non
Mme 14	Lyon Sud	93 ans	Sein	4 mois	Téléphonique	28'	Non
M 15	Lyon Sud	91 ans	Prostate	3 mois	Téléphonique	7 '	Non

Annexe : caractéristique des patients

Nom du patient	Lieu de recrutement	Âge	Pathologie	Délai	Type d'entretien	Durée de l'entretien	Accompagné
Mme 17	Boug en Bresse	76 ans	Cancer de l'utérus	7 mois	Téléphonique	19'	Non
M 18	Lyon Sud	78 ans	Méningiome	> 20 ans	Téléphonique	39'	Epouse présente

Annexes : caractéristiques des patients – patients exclus car hors délai

C. Présentation des verbatims

L'analyse transversale est présentée sous forme de tableau pour en faciliter la lecture. Un paragraphe de synthèse en fin de chaque grande thématique permet une lecture synoptique rapide.

Chaque patient s'est vu attribuer un chiffre de 1 à 15, avec précision de leur genre, dans l'ordre des entretiens réalisés.

Les verbatims les plus pertinents ont été sélectionnés pour y être retranscrits. Par ailleurs, quand un nom de médecin, une ville, un hôpital sont cités par le patient, ceux-ci sont anonymisés par le biais d'un terme neutre, afin d'éviter l'identification des personnes interrogées.

Afin d'observer plus précisément les occurrences entre les entretiens et les sous-thèmes ou les attributs principaux, le nombre d'entretiens (nb E) contenant le thème a été mentionné.

a) Vécu de la maladie

Sous-thème	Attribut	Nombre d'occurrence	Verbatim
Délai de la maladie (Entre 1 ^e symptôme et le diagnostic posé)	Nombre de mois		
	< 1 mois	4	Mme 5 : Oui le samedi et le dimanche j'ai été hospitalisée. Le 26 janvier. (...) Parce que début février, ils ont fait la biopsie et à peine 1 semaine après, ils nous ont annoncé le cancer du sein avec métastases aux os
	2 mois	2	Mme 11 : oh il s'est bien passé 2 mois.
	3 mois	1	Mme 2 : je suis partie à l'hôpital début septembre 2019 (...) (l'intervention) il me semble que c'est en décembre.
	4 mois	1	Fille Mme 10 : (...) Et bien de janvier jusqu'à.... Début juin.
	5 mois	2	M9 : ça c'était au mois d'octobre. Et ça a continué à faire mal derrière le sternum, et j'y suis retourné au mois de mars (...) l'opération s'est fait le 06 juillet.
	6 mois	1	M6 : 6 mois. Je toussais comme ça, un petit peu, c'était pas...C'était peut-être 5-6 fois par jour

	1 an	1	Mme 3 : oh non, déjà un an. Il y a déjà un moment que je voyais qu'il y avait quelque chose, mais on ignore... on fait le... on a pas vu.
	Inconnu	1	M7 : avant je ne l'avais pas. Je me rappelle plus.
Vécu du parcours	Positif	7	Mme 2 : C'est en fait, ça a été spectaculaire. J'ai plus mal au ventre, j'ai plus mal nulle part. Mme 4 : Ah oui oui. J'ai été bien soignée. Dès qu'on a su, j'ai été prise en charge.
	Négatif	6	Mme 13 : (...) Je suis rentrée à l'hôpital. Je suis restée 2 mois. Dans ce service de gastro parce que j'avais pris une bactérie. On m'a mis à l'isolement dans la chambre, en plus du confinement (rires). Confinée pendant le confinement. (rires) (...) disons qu'à partir du mois de novembre jusqu'à tout le temps où je suis restée avec mon médecin traitant ça a été un vrai calvaire, parce que je vomissais tous les jours, tous les jours, tous les jours, deux fois par jour, trois fois par jour. Et après quand je suis rentrée à l'hôpital, disons que je me sentais en sécurité.
Annonce de la maladie	Oncogériatre	2	Mme 1 : Bah écoutez, je crois que c'est « l'oncogériatre ».
	Spécialiste d'organes	8	Mme 8 : Et c'est donc « gynécologue » qui est chef de l'étage en maternité qui m'a dit « vous avez un cancer. ». Fille Mme 10 : C'est le gastro.
	Indirect	3	Mme 1 : J'ai été passée mon IRM et c'est là qu'on a découvert que j'avais un cancer, que j'avais une métastase sur les os. Au niveau du bassin, au niveau de la hanche, au niveau des cervicales. Euh un petit peu dans la colonne vertébrale en haut Investigateur : D'accord. Donc c'est le radiologue qui vous a dit que c'était

			cancéreux. Mme 14 : Voilà. J'ai dit « c'est cancéreux ? », on me dit « oui oui ».
	Ne sait plus	2	Mme 2 : roh... Je me rappelle plus.
	Médecin traitant	1	M6 : Et bien "médecin traitant" m'a dit que c'était un cancer. (...) le premier c'est "médecin traitant".
	Enfant	1	Fille Mme 10 : Voilà. Parce que moi au départ, j'étais un peu gênée. Je voulais pas lui dire. Et puis après quand j'ai vu que ça traînait un peu beaucoup et que bah... que j'avais plusieurs sons de cloches, à peu près les mêmes, je lui ai fait comprendre à ma maman que c'était cancéreux.
Evocation en 1 ^e du mot cancer Après la question : « vous souvenez-vous quel 1 ^e professionnel de santé a dit le mot cancer ? »	Oncogériatre	1	Mme 1 : Bah écoutez, je crois que c'est « l'oncogériatre ».
	Spécialiste d'organes	7	M9 : La gastroscopie que j'avais faite, on me disait que j'avais des métastases, en bas l'œsophage et en haut l'estomac, la petite courbure. A partir de là, on savait que c'était un cancer.
	Radiologie	2	Mme 4 : Le scanner que j'ai passé à « Ville ».
	Médecin traitant	1	M6 : le premier c'est "médecin traitant".
	Ne sait plus	3	M7 : je ne sais plus.
Maladie non évoquée en soins primaires	10	Mme 8 : quand elle l'a vue elle a dit « oh mais, je vais vous faire un autre cliché parce que « radiologue » trouve qu'il y a un flou. » Et ce flou c'était cette grosseur qu'on m'a enlevée. Et le médecin me disait, « il y a quelque chose de bizarre ». Mme 13 : ah oui oui. Parce qu'il m'a dit « c'est pas une dépression », hein. Donc il s'est pas plus étendu que ça. Il m'a dit « c'est important ». Il a fallu que j'aille à l'hôpital pour qu'on me dise exactement ce que j'avais. Mme 2 : rien... il (le médecin traitant) a dit rien. « vous avez mal au ventre, je vais vous faire une prise de sang et on va vous vous envoyer à l'hôpital (...) oui, celui qui m'a envoyé à l'hôpital. Mais il a pas parlé de cancer.	

Confusion avec symptômes non spécifiques	4	Mme 13 : (...) Et il m'a dit que c'était nerveux. Que...on m'a soigné comme ça jusqu'en janvier pour une dépression nerveuse. Et je me sentais encore plus mal qu'avant parce que pendant tous ces 3 mois, je ne pouvais presque plus manger	
Examen clinique non complet	2	Mme 8 : et bien écoutez, depuis quelques années, on ne vous touche plus la poitrine. Les visites sont rapides (rires), très rapides. Je l'avais remarqué d'ailleurs.	
Découvert par un autre médecin	1	Mme 1 : c'est la radiologue qui avait pris le RDV, oui.	
	2	Fille Mme 5 : C'est le médecin (des urgences) à « Ville », qui s'occupait de ma maman qui a vu... Elle avait une grosseur, comme un œuf de poule. Quelque chose de très gros (...)	
	1	Fille Mme 10 : En plus elle a changé de médecin, parce que son médecin est parti à la retraite. Donc on a refait tous les examens parce qu'il n'avait pas... il n'avait pas fait suivre le dossier	
Gravité	Moindre	6	Mme 1 : Surtout le fait de me dire «on va vous enlever le sein », j'ai dit « mais pourquoi enlever le sein, qu'est-ce ça va ressembler » voyez tout de suite, on pense à son esthétique ; Je dis « alors qu'est ce que ça va faire ? ça va pas être joli. » Enfin moi j'ai tout de suite pensé à ça. J'ai pas pensé tellement à la gravité du mal. J'ai pensé à l'esthétique. (...) M 9 : oh j'ai perdu 4 mois. Mais il y a eu pire. Est-ce que ça aurait changé quelque chose ? Je ne pense pas. Mais entre le mois d'octobre et le mois de mars, j'ai perdu 4 mois.
	Importante	4	Mme 1 : Bah oui. Quand même. On va pas pour une petite... une bagatelle. C'est quand même sérieux comme maladie. Autant bien supporter les médicaments, autant... et puis que ça vous fasse du bien, surtout (rires) M 6 : je savais que c'était pas.... (rires) (...)Mais je savais qu'avec un cancer du pancréas, je savais ça allait... la durée était incommensurable.

Suspicion du diagnostic	S'en doute	9	Mme 3 : non, enfin non. Ils ont rien dit avant. Mon docteur m'a rien dit mais je suis pas bête j'ai bien compris moi. Y a qu'à voir comment c'était et puis ça me faisait mal. M 6 : Parce qu'il a regardé les radios deux fois. J'avais déjà compris quand je lui ai demandé de jeter un œil sur les poumons. Noir et blanc. Pas normal (...)Je savais pas du tout ce que c'était.... En principe les poumons ils sont noirs. Et là il y avait pleins de taches blanches. Je me suis dit "je sais pas si c'est normal ou pas" (..)De toute façon, comme je m'en doutais déjà, il me l'a dit. Il m'a dit "vous vous doutiez déjà ce que vous aviez." Mme 14 : J'ai quand même compris quand on m'a passé un scanner ou autre. On m'a dit « oui, le sein est pris » .. oh, j'ai dit « c'est un cancer ». Puis même, j'avais... J'ai dit « c'est cancéreux ? ». C'est là qu'on m'a dit oui. Après le 1e examen, vu que j'étais prête à accepter, parce que je me doutais bien de ce que j'avais. C'était assez étendu, ça tient presque tout le sein extérieurement
	Ne s'en doute pas	5	M 6 : Quand je toussais un tout petit peu, je pensais à rien. (rires) Mme 14 : Je me disais : « olala, c'est sans crainte ». Mme 1 : Elle m'a dit « jamais j'aurais pensé à une chose pareille. » Et bah oui, moi non plus, j'y aurais pas pensé.
Vécu du diagnostic	Détachement	8	Mme 3 : « Quand Il(<i>le mari</i>) est sorti et il me dit « Quoi, qu'est-ce qu'il t'a dit ». Puis on a longé la route, « comme les autres ! J'ai un cancer » (...)Quand on a été un plus loin, je lui dis « bah j'ai un cancer ! C'est à la mode (voix enthousiaste), c'est tout » (rires) Mme 10 : Non, ça m'a rien fait (...) Non. je suis âgée. C'est le premier cancer. Si c'est mon heure, c'est mon heure.

	Choc	5	Mme 13 : Oui oui. Un coup de marteau sur la tête. (...) ça vous assomme. Ça vous assomme. Je me suis dit : Qu'est-ce qu'il dit celui là ? pourquoi il veut m'enlever un bout d'estomac ?
	Surprise	1	M6 : Etonné ... Un petit peu. Parce que je pensais pas en être à ce point là.
	Colère	1	Mme 13 : je suis en colère. Voilà je suis encore en colère. Me faire attendre comme ça 4 mois. Il m'aurait fait passer un examen, j'aurais pas trop dit. Mais là sans examen, sans rien, me dire que j'avais une dépression nerveuse, non je suis pas d'accord.
	Combattif	9	Mme 8 : C'est sûr il faut avoir du tempérament pour... suivre tout ça. Mme 11 : Moi je suis... Vous me faites pas pleurer pour ça, non non. (...) heureusement que je ne suis pas une femme qui me plaint, j'aime pas qu'on me plaigne (rires). Je suis dure avec moi. (...) ah non non non. Si vous vous laissez aller, vous êtes cuit. (...) non non mais il faut pas. Si vous baissez les armes, vous êtes foutu (rires).
Annonce au médecin traitant	Etonnement	3	Mme 5 : très surpris. Très peiné. Il en revenait pas.
	Pas d'avis	4	Epouse M 12 : Oui, mais bon il a rien dit de particulier, lui. Il s'est dégagé de ça, en somme par "Hôpital".
	Suspicion du médecin traitant	2	Fille Mme 10 : (silence)... Bah elle s'en doutait. Elle a essayé d'expliquer à ma maman qu'on essayait de trouver le moyen pour pouvoir la prolonger, qu'elle souffre pas. Si, elle l'a bien expliqué.
Projection dans l'avenir	Optimisme	3	Mme 4 : je suis plutôt optimiste et je m'en foutisme, (moi rires) alors j'ai dit « on va se soigner si c'est ça ». voilà ça m'a pas perturbé plus que ça.
	Pessimisme	2	Mme 10 : c'est pas la peine de prolonger la vie. (...) Si jamais, j'arrivais à souffrir, je voudrais qu'on m'abrège les souffrances et qu'on m'aide à mourir.

Le délai entre la présence d'un symptôme et la consultation médicale, où le diagnostic de cancer est posé, restait variable, de moins d'un mois à presque 1 an. La plupart du temps, le délai n'excédait pas 6 mois. Il se faisait même en 3 mois pour 7 patients.

Le vécu du parcours de soin, de l'annonce diagnostique à la prise en charge thérapeutique hospitalière et ambulatoire, était positif ou négatif de manière similaire chez les patients.

Il a été vécu positivement quand : le symptôme avait complètement disparu, la prise en charge avait été rapide, elle était effectuée en ambulatoire, avec des soignants disponibles. La narration des événements était aussi imprégnée du caractère de la personne (certains se décrivant comme optimiste, détaché, combattif).

Il était vécu négativement quand : l'état de santé du patient était déjà précaire, la famille ne pouvait pas être présente au moment des examens, les soins se faisaient quotidiennement à l'hôpital, avec toute une organisation à effectuer pour les transports, à cause de l'épidémie de coronavirus qui a isolé le patient et rendu plus complexe le parcours de soins des patients âgés atteints de cancer, le diagnostic de la maladie a mis du temps à être effectué, avec une impression de mauvaise communication avec les soignants.

L'annonce de la maladie, avec l'évocation du mot cancer, avait très souvent été faite par un spécialiste d'organes (8 patients). Pour 3 patients, cela s'est fait de façon indirecte (par écrit sur le compte-tenu d'un examen ou par oral via un radiologue par exemple). Pour 1 patient, c'était le médecin traitant qui avait fait l'annonce diagnostique.

A noter que pour Mme 1, l'annonce avait d'abord été effectuée en radiologie, puis confirmée par l'oncogériatre. Pour Mme 10, sa fille avait préparé la patiente à l'éventualité d'un cancer mais le diagnostic précis a été annoncé par un spécialiste d'organe. Pour Mme 14, l'annonce s'était faite de façon indirecte car elle se doutait du diagnostic et a demandé confirmation auprès du radiologue.

La pathologie cancéreuse n'était pas évoquée en soins primaires (c'est-à-dire lors de la consultation chez le médecin généraliste), pour 10 patients. La question était éludée, en invoquant le plus souvent la nécessité de faire des examens à l'hôpital pour approfondir l'origine des symptômes. Pour certains patients, il leur était dit qu'il y a « quelque chose de bizarre » (Mme 8) ou « qu'il faut attendre les résultats » (M 9) avant d'en dire plus. Pour Mme 13, le médecin généraliste avait évoqué la possibilité d'une opération chirurgicale, sans préciser la raison exacte de celle-ci.

Pour 4 patients, les symptômes présentés étaient des symptômes aspécifiques, n'alertant pas le médecin traitant (douleur chronique, syndrome dépressif, examens paracliniques rassurants, etc.).

2 patientes évoquaient le fait que les examens cliniques étaient très rapides, surtout pour l'examen gynécologique où la palpation des seins ne se fait plus systématiquement.

Pour 4 patients, l'origine de leurs symptômes avait été découverte par d'autres médecins : soit un radiologue, un urgentiste ou un autre médecin généraliste (souvent remplaçant).

La gravité de la maladie était rarement mise en avant, voire minimisée pour 6 patients. Par ailleurs, pour Mme 1, elle s'inquiétait d'abord de l'aspect esthétique de la prise en charge chirurgicale de son cancer de sein avant même d'envisager la gravité de la maladie en elle-même, qu'elle aborde tout de même dans la suite de l'entretien.

Les divers entretiens retrouvaient le fait qu'une grande partie des patients (9 au total) se doutaient du diagnostic de cancer bien avant l'annonce diagnostique. Ce doute était alimenté par la lecture des examens complémentaires, même s'ils n'en avaient pas eu les conclusions par un professionnel de santé, quand un soignant parlait « d'anomalies » (Mme 8) ou de « quelque chose de bizarre » (Mme 8) ou la présence d'une « boule près du sein » (Mme 5). Leurs symptômes anormaux leur faisaient aussi penser à cette maladie.

A noter que chez Mme 14 et M 6, ils ne se doutaient pas du diagnostic de cancer au début de la prise en charge mais au fur et à mesure des examens, ils rapportaient un doute quant à l'existence de cette maladie.

L'annonce diagnostique était vécue très différemment selon les patients, avec un mélange d'émotions pour certains d'entre eux.

Il y avait 8 patients qui semblaient détachés de l'annonce diagnostique, en mettant en avant leur caractère optimiste et leur âge. 5 patients expliquaient avoir été choqués, sidérés à l'annonce du diagnostic. 1 patient avait été surpris à l'annonce du diagnostic (surtout sur l'évolutivité de celle-ci). 1 patiente exprimait de la colère, surtout vis-à-vis de la prise en charge. La majorité des patients (9 patients) expliquaient être combattifs et vouloir vaincre cette maladie.

Quand certains des patients avaient ensuite annoncé le diagnostic de leur maladie au médecin traitant, certains expliquaient que ce dernier avait lui aussi été surpris du diagnostic. Certains n'avaient pas donné d'avis sur le diagnostic. Pour 2 patients, le médecin traitant se doutait même du diagnostic.

Certains patients, lors des entretiens, évoquaient leur avenir. Celui-ci était vu de façon optimiste, car ils étaient sûrs de la guérison de leur maladie, ils refusaient de se laisser abattre et de se plaindre de leur état. D'autres étaient plus pessimistes et ne souhaitaient pas plus de soins, voire un arrêt des soins pour ne pas souffrir (Mme 10).

b) Symptomatologie princeps

Sous-thème	Attribut	Nombre d'occurrence	Verbatim
Un signe précis	Douleur	6	Mme 3 : C'est que ça me tordait dans le sein. Bon il avait une malformation, il était pas normal. Je suis bien d'accord. Il était ondulé, il était rétracté le bout . À ce moment, quand j'y suis allée, c'est qu'il me faisait mal.
	Anémie	1	Mme 11 : Oui par une anémie. Oui ça a commencé par l'anémie.
Changement de l'état antérieur	Changement du symptôme	3	Mme 3 : Mais avant j'y faisais pas attention plus que ça, la malformation. C'est simplement quand il s'est mis à me tordre dedans. j'ai dit « il y a quelque chose ».
	Perte de fonction ou incapacité	4	Mme 5 : oui je ne pouvais plus marcher et on a appelé les pompiers à la maison, ils m'ont envoyé aux urgences. Oui j'ai glissé. Voilà j'ai glissé de mon fauteuil.
	Intuition du patient	5	M6 : bah je toussais déjà depuis pas mal de temps. Enfin je toussais pas... tout le temps. C'était comme ça de temps en temps(...) c'était peut-être.. aucune idée.... 6 mois. Je toussais comme ça, un petit peu, c'était pas... (...)C'était peut-être 5-6 fois par jour. C'était pas normal de tousser comme ça. Mme 4 : Je me suis dit « c'est pas normal » avec mon mari, on s'est dit, « C'est pas normal »
	Perte de poids	4	M9 : (...) oui j'ai commencé à perdre du poids. J'ai perdu en tout, depuis le mois d'octobre. A l'époque je faisais 89 – 90 et maintenant je fais 74 (..) c'est ça qui m'a alerté quoi.

Fortuit	5	M6 : non non c'était une visite de routine. Et puis... je lui en avais déjà parlé avant. (silence) Mme 8 : Est-ce un concours de circonstance ? non non mais je sais pas pourquoi. En regardant ma feuille, il me dit « mais il y a longtemps que vous n'avez pas passé de mammographie. » Etant donné qu'à 75 ans, on n'en passe plus, pourquoi il m'a posé cette question ? Le hasard. Peut-être(...) une visite par hasard qui découvre ça.
---------	---	--

Le symptôme rapporté par les patients débutait de façon différente d'un patient à l'autre.

La plupart du temps, il existait un changement de leur état antérieur, pour 10 patients, avec un symptôme déjà présent qui se modifiait (une douleur), une perte de fonction (comme des difficultés à marcher, une difficulté à manger ou une perte d'appétit, une faiblesse musculaire, etc.), une intuition du patient sur l'anormalité du symptôme, une perte de poids importante. Certains patients rapportaient un évènement précis, comme l'apparition d'une douleur brutale, ou la découverte d'une anomalie biologique (une anémie) qui les a conduits au diagnostic.

D'autres patients (5 patients) rapportaient le fait que ceci s'était fait de manière fortuite, lors d'une visite de routine chez le médecin traitant (une biologie prescrite systématiquement, une mammographie effectuée sans point d'appel clinique, des examens systématiques en hospitalisation).

A noter que 3 patients (M 6, M 7, Mme 11) expliquaient que les examens se sont faits à la suite d'une visite de routine ou lors d'une consultation à laquelle ils n'accordaient pas une importance trop grande à leurs plaintes pré-existantes.

c) Temporalité de la maladie

Sous-thème	Attribut	Nombre d'occurrence	Verbatim
Délai vu par l'investigateur	Rapide	9	M 9 : Là tout de suite elle m'a préconisé une radio et une gastroscopie(...) Quand ils m'ont dit que c'était cancéreux, j'ai tout de suite consulté « ville ». L'investigateur : Et vous étiez à l'hôpital combien de jours après, une semaine ? deux semaines ? Mme 13 : je dirais une bonne semaine.
	Lent	7	M 9 : ça c'était au mois d'octobre. Et ça a continué à faire mal derrière le sternum, et j'y suis retourné au mois de mars (...)

			l'opération s'est fait le 06 juillet.(...) quand j'ai vu la... 4 mois après, octobre, novembre, décembre, janvier, février, mars, 6 mois après. Fils Mme 11 : Non mais le problème c'est que ça faisait déjà 1 an que je disais à mon médecin tous les mois « ma mère elle perd un kilo par mois. »
Retard de diagnostic par le patient Question : pensez-vous qu'il y a eu un retard de diagnostic ?	Oui	5	Mme 1 : Ah oui, oui, oui. Il y a eu un retard de diagnostic. De la part de mon médecin. Mme 13 : oh la oui. Ça a été.... Je confirme et je signe. Parce que là depuis le mois de novembre, il ne m'a pas fait passer un seul examen.
	Non	10	Mme 2 : non. Non je pense qu'on a fait au mieux tout de suite au mieux ce qu'il fallait faire. Mme 11 : non. Même pas.
Retard du fait du patient	Pas envie de consulter	2	Mme 2 : Et mes sœurs me disaient « appelle un médecin » et je leur dis « oui oui demain j'appellerai un médecin, demain demain ». Il y avait toujours de bonnes raisons.
	Repousse d'examens	1	Fils Mme 11 : Ma mère elle était... fatiguée. Elle en avait marre. On a repoussé déjà la coloscopie. Non c'est nous, on a repoussé la coloscopie d'un mois. Parce qu'il voulait la faire le 20 . Je sais plus, le jour de... Le 31 janvier. Non le... ouais je me rappelle plus.. C'est nous qu'on a repoussé.
	Organisation de la vie	2	Mme 3 : Moi j'ai laissé mon machin de côté : j'ai dit j'ai pas mal, c'est pas joli mais j'ai pas mal. Alors on pense aux autres, on pense pas à soi.
	Gêne	1	Mme 3 : Mais à lui, je ne lui ai jamais évoqué mes problèmes de femmes. Un jeune, on ne raconte pas si y a pas de problème.
	Ne pas faire peur à la famille	1	Mme 14 : (...) Enfin, j'y faisais pas attention. Ça passait même inaperçu, voyez. Je pensais que c'était une petite glande comme ça (..) Je ne voulais rien dire pour pas affoler mes enfants.
	Age en cause	2	Mme 3 : Il était pas joli, il se rétractait. Le mamelon était blanc et fripé, vous savez. Mais il me faisait pas mal. J'ai dit : Pourquoi aller chercher quelque chose, gratter quelque chose qui n'a ... A mon âge, je me suis dit : « pourquoi ? ».

	Symptômes non inquiétant	4	M7 : Mais j'avais pas mal ici.
Retard du fait du médecin	Confusion avec symptômes non spécifiques	2	Mme 1 : Ah oui, oui, oui. Il y a eu un retard de diagnostic. De la part de mon médecin. (...) j'avais toujours mal de partout. J'avais mal de partout. Et alors que je te donne du tramadol, et du tramadol, et du tramadol qu'à la fin, le tramadol me faisait rien du tout.
	Bon état général en consultation	2	Mme 5 : je pense pour le cancer du sein. Puisque personne ne s'en était aperçu. Parce que mon docteur... (...)Quand je faisais mes analyses, j'avais rien. Personne n'a rien vu. (...) Tout était bon. Et puis moi, j'avais mal nulle part. (..) J'ai rien senti du tout du tout du tout.
	Examen clinique non complet	2	Mme 5 : Parce que on voyait pas. Il était vraiment passé sous le ... un cancer du sein. Il était très mal , il était à l'arrière de l'omoplate. Et personne n'avait vu. Mon docteur de famille me l'avait jamais vu.
	Examens paracliniques non effectués	3	Mme 10 : il me faisait rien faire. Fille Mme 10 : (...) Donc c'est le médecin qui venait chez eux et bien.... Je trouve pas qu'il les auscultait comme il faut. Qu'il faisait vraiment... Mme 10 : il renouvelait l'ordonnance Fille Mme 10 : voilà il renouvelait l'ordonnance et puis basta.
	Médecin différent de d'habitude	2	M 9 : Donc la première fois j'ai vu le suppléant et la deuxième fois j'ai vu le généraliste (..) c'est parce que la première, c'était la remplaçante de mon docteur principal, qui elle avec le diagnostic que je faisais de mes douleurs, elle a conclu que j'avais quelque chose de courant.
Retard du fait du COVID	3	M6 : (...) Théoriquement j'aurais dû la passer au mois de mars. Et avec le COVID et bien le radiologue avait fermé son... Donc je l'ai passé deux mois après	

La notion de délai entre le début des symptômes et l'annonce diagnostique n'a pas été la même pour l'investigateur et pour le patient.

En analysant le ressenti de l'investigateur par rapport aux délais rapportés par le patient (entre le début des symptômes et le début de la prise en charge) et le ressenti du patient sur un délai éventuel sur la prise en charge, voici ce qui en ressort :

Retard toute cause confondue selon l'investigateur	Retard selon le patient
Mme 1	Oui
Mme 2	Non
Mme 3	Non
M 7	Non
M 9	Non
Mme 10	Oui
Mme 11	Non
Mme 13	Oui
Mme 14	Oui

Selon l'investigateur, en analysant les récits des patients, la prise en charge s'était faite rapidement ou lentement, sans réelle différence entre les deux groupes.

Le parcours de soin était d'autant plus fluide qu'un rendez-vous rapide avec le médecin traitant était possible, que les examens complémentaires ont pu s'effectuer rapidement et qu'une hospitalisation a pu être organisée dans la foulée.

Le parcours de soin a été parfois plus complexe du fait : de la logistique (Mme 4 vit dans deux villes différentes), de la non reconsultation rapide du patient et enfin de décompensation d'autres comorbidités empêchant la réalisation rapide des examens complémentaires pour le cancer (comme pour Mme 10).

Ainsi, 9 patients trouvaient que les délais ont été très rapides pour réaliser les différents examens. 7 patients évoquaient un délai dans la prise en charge.

A noter que pour les patients M9, Mme 11, Mme 13, les réponses étaient ambivalentes :

Pour M 9 : les symptômes ont persisté après un premier rendez-vous chez son médecin généraliste puis l'enchaînement de la prise en charge a été rapide dès la deuxième visite.

Pour Mme 11 : elle ne rapportait pas de délai dans la prise en charge mais son fils rapporte tout de même qu'il avait signalé une perte de poids au médecin traitant depuis 1 an.

Pour Mme 13 : elle expliquait que son médecin traitant n'avait pas fait d'examens et qu'elle avait dû aller aux urgences où les examens se sont enchaînés rapidement.

A la question, « pensez-vous qu'il y a eu un retard de diagnostic ? » :

5 patients avaient clairement répondu qu'il y avait un retard de diagnostic.

10 patients ne trouvaient pas qu'il y a eu de retard de diagnostic.

Les raisons évoquées pour expliquer un retard diagnostique de la part du patient sont les suivantes :

- une volonté de ne pas consulter son médecin traitant,
- des examens repoussés par confort
- une organisation de vie compliquée (le fait de vivre à plusieurs endroits en même temps, être le principal aidant de son compagnon),
- une gêne à parler de ses soucis de santé (surtout pour la gynécologie)
- une volonté de ne pas inquiéter les proches,
- l'âge avancé mis en avant,
- un symptôme finalement non gênant ou non inquiétant, voire même un déni.

Les raisons évoquées pour expliquer un retard diagnostique de la part du médecin généraliste sont :

- une confusion des symptômes avec des symptômes non spécifiques,
- un examen clinique incomplet,
- une non prescription d'examens complémentaires,
- un autre médecin effectuant la consultation, connaissant moins le patient.

L'épidémie de coronavirus a bien entendu également modifié l'organisation de la prise en charge avec des rendez-vous repoussés, désorganisant ainsi le parcours de soin de ces patients âgés atteints de cancer.

d) Organisation de la médecine de ville

Sous-thème	Attribut	Nombre d'occurrence	Verbatim
Dépistages du cancer	Non faits	6	Mme 5 : Euh non... il m'en a jamais parlé.
	Faits	8	Mme 8 : ah bah jusqu'à l'âge voulu... j'ai passé les mammographies mais après... ils arrêtent Fille Mme 10 : Sa maman est décédée déjà du cancer des intestins. Donc elle était suivie jusqu'à l'âge de 80 ans
Organisation de la prise en charge hospitalière	Par le médecin traitant	9	Mme 3 : C'est mon médecin traitant, qui lui a pris le RDV, Pour aller à la mammographie le lendemain. Puis après la biopsie à la clinique.

			Fille Mme 10 : Bah le médecin généraliste m'a aidée parce que avec le corona, c'était vraiment problématique parce que j'arrivais pas à avoir les RDV ni rien. (...) Et une fois que ça s'est déclenché, ça a tout suivi derrière. (...) Quand j'avais un souci, je lui disais « on envoie de tel médecin à tel médecin. » Donc, Elle a bien suivi, elle a bien géré derrière.
	Par le spécialiste d'organes	3	Mme 1 : c'est la radiologue qui avait pris le RDV, oui.
	Par le patient	1	M.9 : non c'est moi qui suis allé directement à « ville », et le secrétariat du Pr. « chirurgien ». Je lui ai demandé d'être hospitalisé et opéré par eux.
Lien avec le médecin traitant après le diagnostic et la prise en charge	Médecin traitant revu en consultation	8	Mme 14 : Mon docteur traitant est au courant des soins que je suis (...). On s'est vues une ou deux fois.
	Nouvelles par le biais des proches	2	Mme 4 : celui de « Ville 1 » non. Il a des nouvelles de ma sœur.
	Nouvelles par le biais de l'hôpital	2	Mme 3 : Il a rien dit. Il a rien dit. Il a eu des rapports faits par les examens que j'ai eus.
	Médecin traitant non revu en consultation	5	Mme 4 : Et le « médecin traitant de « Ville2 », non » (...). J'ai pas besoin d'y aller. Et puis s'il veut pas que j'y aille, c'est qu'il a des nouvelles rassurantes et confirmés. J'ai pas besoin d'y aller. M.9 : à présent je n'ai pas revu mon médecin traitant (...)pas plus que ça. Puis qu'elle n'a pas participé aux traitements. Elle ne pourra me dire que des banalités je pense. Je sais pas.
	Souhait de changer de médecin	2	Mme 13 : non. Je vais changer de médecin. Je regardais ce matin sur doctolib. Les RDV, c'est pas avant le 29. J'aurais aimé prendre un peu avant.
Disponibilité des médecins	Facile	6	Mme 2 : Non mais je crois que en général, les personnes, dès qu'elles ont un petit quelque chose, elles appellent le docteur.
	Pas facile	3	Fils Mme 11 : Bah on a un médecin qui vaut pas un rond. (Mme 11 : ouais) Mme 11 : j'y suis allée. Elle m'a même pas pris la tension, elle a même pas discuté.

			Comme si j'allais renouveler une ordonnance. Toute simple. Sans rien me demander. Investigateur : elle vous a pas du tout parlé de votre maladie alors ? Mme 11 : Ah non non. J'ai essayé d'en parler. Elle a coupé. Elle est loin de ce qu'on dit
	Peu vu	1	Mme 14 : je ne fais jamais venir de médecin. Voyez j'avais aucun médicament sauf pour les yeux mais j'ai été obligée de m'y mettre depuis que je suis le traitement pour le sein. (...) Alors Je le fais venir quand vraiment je suis obligée pour quelque chose mais c'est plutôt rare
En demande d'exams	5	M9 : parce que je voulais qu'on approfondisse ça par un scanner, par quelque chose d'autre. Mme 8 : est-ce qu'à notre âge. Etant donné que j'ai 80 ans passé, on ne donne plus de mammographies. On ne reçoit plus par la... l'odcl, de convocation pour aller passer les mammographies.	

Les dépistages systématisés du cancer n'étaient pas toujours abordés lors des consultations chez le médecin traitant et la moitié rapportait le fait qu'ils n'en ont jamais effectués.

7 patients auraient eu des dépistages systématisés, semblant s'arrêter à l'âge de 74 ans, sauf pour certains (Mme 10 : arrêt à l'âge de 80 ans ; M 9 : arrêt à l'âge de 78 ans).

Pour la grande majorité des patients, la prise en charge hospitalière a été organisée par le médecin traitant. Pour certains d'entre eux, cela a été fait par des spécialistes d'organes. Pour un patient (M 9), il explique qu'il avait organisé lui-même sa prise en charge.

Pour une grande partie des patients (8 patients), le médecin traitant avait été revu après la prise en charge hospitalière initiale.

Certains d'entre eux n'avaient pas revu leur médecin traitant car ils n'en voyaient pas l'intérêt, les symptômes avaient disparu, la prise en charge spécifique était hospitalo-centrée ou encore le médecin traitant était tenu au courant soit par l'hôpital, soit par la famille.

2 patients évoquaient le fait qu'ils souhaitaient changer de médecin traitant, insatisfaits de la prise en charge pour le diagnostic du cancer.

Certains patients expliquaient que leur médecin traitant restait disponible, avec un délai de rendez-vous rapide et une bonne coordination de la prise en charge.

D'autres expliquaient qu'il n'était pas aisé de voir leur médecin traitant, du fait de longs délais de rendez-vous, d'une difficulté à communiquer avec lui, avec pour certains patients une impression de déni du médecin traitant des symptômes ou de la maladie du patient (Mme 11, Mme 13).

Mme 14 expliquait même qu'elle voyait très peu le médecin.

Durant les entretiens, 5 patients évoquaient le fait qu'ils étaient en demande d'examens complémentaires, que ce soit pour dépister les cancers, sans condition d'âge (Mme 1) et pour investiguer correctement l'origine de leurs symptômes.

e) Connaissances sur la maladie

Sous-thème	Attribut	Nombre d'occurrence	Verbatim
Explications par le corps médical	Appréciées	5	Mme 2 : Ah bah oui. Mme 14 : oui autrement, j'ai pas à me plaindre. On dit tout ce qu'il faut, remarquez. J'ai pas besoin de savoir tellement, tellement de choses.
	En demande de vérité	8	M 6: Oui oui. Mais moi je préfère savoir. M 6 : et bien, "oncogériatre", j'avais posé la question, si la chimio allait me prolonger de combien de temps (rires), de combien de temps elle allait me prolonger. Et elle m'a dit "bah vous avez 87 ans et j'ai pas de réponses" (rires). Mme 8 : oui j'y suis retournée 15 jours après. Parce que j'avais... j'avais pas apprécié qu'il ne me laisse pas entendre qu'on m'avait découvert quelque chose.
	Pas d'explications	6	Mme 2 : pas tellement. Puis je sais pas si on savait, s'ils le savaient. Je pense que.. oui parce qu'après j'ai revu le chirurgien et il m'a dit : « je me suis fait gronder par mes collègues parce que j'ai pris de trop de risques avec vous à votre âge ». Fils Mme 11 : (...) Mais après je peux vous dire que mon médecin traitant, c'est pas la peine.

			Mme 11 : C'est un zéro sous chiffre (rires). (...) elle sait plus ce qu'elle fait. Mme 14 : On dit tout ce qu'il faut, remarquez. J'ai pas besoin de savoir tellement, tellement de choses
Croyance sur l'évolution naturelle de la maladie <u>Question posée : Que saviez-vous du cancer avant qu'on vous diagnostique cette maladie ?</u>	Pas d'avis	3	M 15 : oh ça c'est une question que je peux pas répondre.
	Fatalisme	3	Mme 8 : Bah pas grand-chose. Je sais pas comment ça arrive. Parce que... C'est quelque chose qui tombe comme ça (rires). Qui est produit par quelque chose.
	Optimisme	4	Mme 4 : (...) Donc elle (<i>une amie</i>) s'est soignée, tout va bien donc il y a pas de raison que moi aussi, ça se soigne pas. Parce que soit disant, tout le monde, médecin, chirurgien, tout ça, mes amis tout ça, disent que le cancer du côlon, c'est quelque chose qui se soigne bien
	Pessimisme	3	Mme 10 : ah bah je savais parce que ma maman, elle a eu... (...) elle a beaucoup souffert ma maman.
Connaissances sur la maladie	Bonne	6	Mme 5 : avec ma fille, on avait beaucoup parlé de sa maladie. Elle nous a jamais rien caché. Puis on voyait bien, des moments elle était bien et des moments moins bien. J'étais bien informée. Elle m'a toujours parlé. Elle m'a jamais rien caché. M. 9 : bah du cancer... j'ai 3 frères qui sont morts du cancer. (...) . Donc il y avait quand même une prédisposition. (...) j'avais déjà eu mes 3 frères qui avaient subi ça donc je connaissais le processus
	Moyenne ou nulle	6	Mme 13 : Rien. Rien du tout. Je savais qu'un cancer c'est une saleté.
Connaissances par divers biais	Par les médias	2	Mme 5 : C'est vrai que je regarde pas mal la télé, j'écoute bien les émissions médicales. Et là malgré tout, ça m'a fait un tilt, quand même.
	Par les personnes	8	Mme 2 : mon mari en avait eu un à 30 ans. Et il s'en était sorti, il allait très très bien (...) Donc ça m'affolait pas tellement.

Idée que les traitements sont meilleurs qu'auparavant	3	M6 : Bah... en général, maintenant il y a peut-être des traitements meilleurs qu'avant
---	---	--

Les explications de leur maladie étaient appréciées par les patients, qui sont même en demande de vérité et de franchise, sur le diagnostic en lui-même ou sur le déroulement ultérieur de la prise en charge.

Cependant, les explications n'étaient pas toujours comprises ou elles pouvaient être trop compliquées pour certains patients.

A noter que Mme 2 expliquait qu'elle avait les réponses à ses questions mais que même les médecins ne pouvaient pas lui donner tellement d'informations car ils n'en savaient pas plus qu'elle.

Mme 5 avait des connaissances sur le cancer par le biais de sa fille qui avait eu elle aussi un cancer du sein récemment.

Mme 11 appréciait les explications données par l'oncogériatre et les autres spécialistes d'organes mais elle savait qu'elle n'aurait pas eu d'explications de son médecin traitant.

Mme 14 tenait un autre discours : elle avait les explications nécessaires mais elle n'était pas tellement en demande d'en savoir plus, tout comme M 9 qui évoquait le fait que les explications de médecins étaient parfois difficiles à comprendre en raison de termes (trop) techniques.

A la question posée : « que saviez-vous du cancer avant qu'on vous diagnostique cette maladie ? », les réponses étaient mitigées. Il y était question d'optimisme, avec l'idée que c'est une maladie qui se soigne bien ; une fatalité, avec l'idée que quelque chose leur « tombe dessus » ou une prédisposition familiale ; un pessimisme, avec l'idée d'une souffrance énorme ou d'une espérance de vie très diminuée. La notion de finalité de cette maladie est souvent mise en avant par les patients.

Les connaissances sur cette maladie sont diverses : une partie d'entre eux ne savaient pas grand-chose dessus. Alors qu'une autre partie était informée par l'intermédiaire des médias et/ou de leurs proches ayant déjà eu un cancer, qui restaient bien souvent la première source d'information.

Lors des entretiens, quelques patients avançaient le fait que les traitements actuels étaient meilleurs qu'il y a quelques années.

f) Âge et maladie

Sous-thème	Attribut	Nombre d'occurrence	Verbatim
Idées reçues sur l'évolution de la maladie	Cancer évolue plus lentement chez les personnes âgées	4	Mme 5 : moi c'est que qu'on m'a toujours dit, que j'avais entendu. Que les gens disaient, quand on est plus âgés... Oui. Bien souvent, les gens ne mourraient pas... on traitait pas le cancer qui les emmenait et c'était... autre chose.
	Davantage de cancers chez les personnes de plus de 60 ans	1	Mme 8 : Parce qu'ils disent après, je crois que c'est 60 ans, qu'ils arrêtent les convocations Et vous voyez se déclenchent des cancers, plus ou moins virulents et évoluant à plus ou moins grande vitesse.
	Moins de recherche de cancer chez les personnes âgées	1	Mme 8 : Donc il y a beaucoup de gens qui sont dans mon cas, qui après quand ils ne reçoivent plus de convocations, ne font plus rien faire. Investigateur : c'est-à-dire pas beaucoup de cas, les personnes âgées vous voulez dire ? Mme 8 : oui après 60 ans
	Plus de survie chez les patients jeunes	1	M6 : et bien je pense oui. Quand on est jeunes, on a plus de chances. Enfin je pense. C'est peut-être faux.... Je pense qu'à 40 ans, on a plus de chance de s'en tirer qu'à mon âge quoi.
	Guérison spontanée de la maladie	1	M7 : A mon âge, circonciser. Si on m'enlève mon fourreau, mon gland touche le slip et les draps. J'ai jamais décalotté de ma vie. C'est toujours protégé par le fourreau. (...) Pour la mycose, il faut bien le nettoyer.
	Examens provoquant une aggravation de la maladie	2	Mme 14 : Mammographie j'ai refusé (...) j'en avais passé une étant jeune fille, étant plus jeune. Et j'en ai un mauvais souvenir. (...) parce que j'ai pensé qu'en appuyant fortement sur le sein, ça pouvait faire éclater les cellules
Idées reçues sur les traitements	Âge non approprié pour une prise en charge	2	Mme 2 : oui c'est vrai, 84 ans, c'est quand même âgé pour faire toutes les misères qu'on m'a faites.
Pas d'idées reçues sur l'évolution de la maladie	Evolutivité de la maladie ne diffère pas selon l'âge	3	Mme 1 : Et bien, j'ai connu plusieurs personnes, qui malheureusement sont décédées d'un cancer et où la maladie a très vite évolué. Même à 80 ans vous

	des patients		voyez, je vais vous dire le mot. On dit « oh mais, elle est âgée, ça ira moins vite ». Mais c'est pas vrai. Pour moi, Je dis les exemples que j'ai, c'est pas vrai. ça dépend de ce que c'est
	Adaptation des traitements selon l'état de santé et non l'âge	9	Mme 2 : N'empêche qu'il (le chirurgien) m'a sortie de là... Il a pris des risques mais n'empêche je suis pas si mal que ça maintenant. 84 ans. Mme 2 : Parce que je reviens de loin, quand même. A mon âge, j'aurais dû y rester. Mme 3 : C'est la santé de la personne qui doit mettre ces choses au point. Une personne qui est en bonne santé qui supporte mieux les traitements Mme 13 : (...) quand j'ai passé la visite avec le Pr « chirurgien digestif » plus l'anesthésiste, ils m'ont fait comprendre que c'était ma dernière chance quoi, de me faire opérer. Parce que il m'a bien dit. Il m'a dit « on va essayer, vu vos antécédents et vu votre âge, on va tout faire mais c'est pas dit que ça marche.
	Pas d'avis dessus	6	M 15 : Je sais pas. Je sais pas du tout.

Une partie des patients (4 patients) évoquaient le fait que la maladie évoluait plus lentement quand les patients étaient plus âgés, avec l'idée qu'ils mourraient d'autre chose que de leur cancer.

Mme 8 évoquait le fait qu'il y avait davantage de cancers chez les personnes âgées et que cette maladie était moins recherchée chez cette catégorie de patients. Cette première ainsi que Mme 14 évoquaient le fait que les examens pouvaient faire aggraver la maladie ou la multiplication des examens permettait de découvrir cette maladie.

M 6 évoquait le fait que les patients plus jeunes survivent plus facilement à la maladie que les personnes âgées.

M 7 pensait que sa maladie allait se guérir spontanément.

2 patientes expliquaient que leur âge n'était pas approprié pour avoir tant de traitements.

D'un autre côté, 3 patients expliquaient que l'âge avancé ne changeait pas l'évolution de la maladie.

Par ailleurs, une grande partie des patients (9 patients) expliquaient que les traitements étaient adaptés à chacun, indépendamment de leur âge. Mme 2 racontait que son âge aurait dû être un frein aux traitements mais le chirurgien l'avait tout de même opérée.

6 patients n'avaient pas tellement d'avis sur l'évolution de la maladie selon l'âge ou sur les traitements utilisés.

g) Société et maladie

Sous-thème	Attribut	Nombre d'occurrence	Verbatim
Stigmatisation	Présente	3	Mme 1 : alors je ne sais pas si c'est ... je penserai plutôt que c'est la société, moi, plus que les médecins.
	Absente	4	Mme 1 : A dire, bon bah « bah oui, il faut voir, il faut peut-être approfondir la question, c'est pas parce qu'on a 80 ans qu'on va se laisser mourir parce qu'on a un cancer. ». Voilà, moi je raisonne comme ça. J'en suis la preuve. Mme 4 : Donc elle (<i>une amie</i>) s'est soignée, tout va bien donc il y a pas de raison que moi aussi, ça se soigne pas.
	Pas d'avis	2	M7 : il en sait rien. Il va pas chanter dans les rues. Qu'est ce qu'ils veulent dire ?
Annonce de la maladie à la famille	Négatif	8	Mme 11 : oui ça l'a foutu en l'air. (<i>son fils</i>)
	Neutre	4	M6 : ils m'ont pas dit grand-chose. (rires) Non.... Pff.. Quoi que... Non (silence). Je crois que... Ils avaient pas grand-chose à dire.
	Positif	2	Mme 3 : J'ai eu mon fils. Je leur ai dit tous les deux « j'ai un cancer, mais vous me foutez la paix. Je fais ce que j'ai envie de faire et puis ça on laisse de côté ». Mme 3 : Quand j'ai annoncé ça à des copines, elles m'ont dit « oulala ! Puis alors t'as ci, t'as là ». j'ai dit « non j'ai rien ! Tout va bien ». C'est vrai que tout allait bien.
Partage d'expérience	Facile	7	Mme 1: Au contraire, si je peux donner un peu d'espoir, si je peux le dire à quelqu'un. Voyez moi j'ai eu ci ou ça. J'ai été soignée, j'ai été opérée. J'ai eu ci et là et voyez je m'en sors. Voilà, si je peux donner un peu d'espoir. Bah j'en donne.

			M .9 : Toutes mes amies le savent et même plus loin. Oui j'en parle facilement. C'est pas une honte d'avoir une maladie.
	Pas facile	5	Mme 13 : Euh moi avec ma famille, il n'y a pas de souci (..)C'est quand les personnes ont essayé d'avoir de mes nouvelles, je n'ai pas donné suite. J'ai pas envie. (..)j'habite un petit village, donc... Voilà. Je n'ai pas envie de partager.
Signification du cancer	Choc	1	Mme 5 : ça m'a fait un grand choc
	Peur	6	Mme 2 : Mais je pense, qu'en général, quand on dit le mot cancer, tout le monde s'affole.
	Invisible, sournois	3	Mme 13 : on entend, on veut rien voir M.9 : bah le cancer est une chose mal vue parce que c'est un mal qui est insidieux, en soit. Quand on le découvre, il est déjà trop tard. (...) Donc le cancer est une maladie difficile.
	Non souhaitable	1	M 6 : En plus c'est une maladie sournoise. On peut l'avoir depuis pas mal de temps et sans le savoir quoi. Donc je crois, personne souhaite l'avoir surtout.
	Fatalité	3	M7 : Maintenant, ce n'est pas une punition du ciel. Ça vient parce qu'il y a des cancers et puis voilà
	Mortel	3	Mme 2 : parce que je pense que quand on pense cancer, on pense à la mort. Je pense
	Omniprésente, fréquent	5	Mme 13 : on entend que ça. Pff... Alors je sais pas, les gens, quand on prononce le mot cancer, vous les faites fuir (...) Mme 14 : (...) Malheureusement, il y en a beaucoup, maintenant. (...) En ce moment, ça pullule un peu les cancers. Je sais pas si c'est dans l'air, si c'est le changement de nourriture qu'on a eu depuis des années. Mais il y a quelque chose qui... les hormones qui travaillent. Enfin.
	Se soigne bien	2	Mme 4 : Parce que soit disant, tout le monde, médecin, chirurgien, tout ça, mes amis tout ça, disent que le cancer du côlon, c'est quelque chose qui se soigne bien.

A l'évocation de la maladie vue par la société, certains patients (3 patients) évoquaient une certaine stigmatisation de la société sur le cancer des personnes âgées, soit du fait de leur âge,

soit du fait des traitements qui ne seraient pas appropriés.

D'autres n'avaient pas d'avis dessus ou évoquaient une société intégrant bien le fait que la population âgée étaient aussi bien soignée que les jeunes.

Mme 1 évoquait une société stigmatisante envers les personnes âgées et en même temps une volonté d'être traitée malgré son âge.

L'annonce du diagnostic du cancer a été vécu pour la plupart de temps de façon négative par la famille : choc, tristesse, colère, inquiétude.

Pour 4 patients, l'annonce s'était faite sans particularité, sans émotions relatées.

Pour 2 patients, l'annonce s'était faite avec optimisme et avec un soutien familial très important.

La majorité des patients rapportaient également un soutien familial et amical solide pour surmonter ces épreuves.

Le partage d'expériences de cette maladie était très divers : la plupart du temps, il était facile, surtout quand l'entourage proche du patient était compréhensif, parfois eux-mêmes atteints de la même maladie. Plusieurs d'entre eux évoquaient le fait que cette maladie n'était pas honteuse.

Pour d'autres, il était plus difficile d'en parler, même aux proches, avec l'idée de « tourner la page » (Mme 2).

Le mot cancer mettait en avant divers qualificatifs comme la peur, la mort, l'invisibilité, l'omniprésence, une fatalité. Cependant, deux patientes expliquaient que cette maladie est curable.

h) Vécu des traitements

Sous-thème	Attribut	Nombre d'occurrence	Verbatim
Résultats objectifs	Diminution du cancer ou de ses marqueurs	4	Mme 1 : Et elle (l'oncogériatre) m'a dit « vous savez, je suis très contente du traitement qu'on vous a mis, là. Parce que votre mal a diminué de 50 % »
Âge et traitement	Âge n'est pas un frein	12	M.9 : non c'est ce qu'il m'avait dit le Pr. « chirurgien. » « Malgré votre âge, 82 ans, normalement on n'opère pas ce genre de chose mais comme vous avez aucun antécédent thérapeutique, que vous avez une bonne constitution, je veux bien vous

			opérer ». (..) Parce qu'ils m'ont dit « A 82 ans, vous en faites pas, on va vous opérer » (rires) Mme 14 : bah elle m'a plutôt conseillé. Elle m'a dit « vu votre âge, je vous conseillerai tel traitement ». Moi J'ai dit « d'accord, on va essayer. » et puis voilà.
	Âge est un frein	1	Mme 14 : oh certainement, oui. Je pense. On agirait pas avec un jeune comme avec quelqu'un qui a passé un certain âge. L'organisme ne réagit pas pareil non plus.
Sentiments sur les traitements	Angoisse	5	Mme 8 : La chimiothérapie, je savais que c'était quelque chose de terrible Mme 8 : Mais c'est désagréable, les gens qui disent que c'est 3 fois rien, « tu verras, on souffre pas. » c'est comme les rayons : « oh tu vas sortir pleine de cloques. » Mme 13 : ça fait, ça me faisait penser à un cancer. La chimio on se dit « olala »,
	Sérénité	2	Mme 8 : mais vu le peu de rayons qu'on m'a fait, c'est-à-dire 18, ça laisse supposer que le mal n'est pas très avancé.
	Pas d'avis	7	Mme 10 (silence) : je connais pas bien ce que c'est.
Effets des traitements	Pas d'effets indésirables	4	Mme 8 : Mais c'est désagréable, les gens qui disent que c'est 3 fois rien, « tu verras, on souffre pas. » c'est comme les rayons : « oh tu vas sortir pleine de cloques. » J'en ai pas eu une.
	Fatigue	7	Mme 2 : très fatiguée.
	Perte de mémoire	4	Mme 4 : Parce que j'ai aussi des petits problèmes de mémoire, dû à la chimio, tout ça quoi.
	Neuropathies	1	Mme 3 : Puis qu'à la longue on traquait encore, elle a pas supporté. Enfin le corps si, parce que là j'ai pas mal. Puisque là j'ai pas mal. C'est surtout les pieds, les bouts des pieds.
	Troubles digestifs	5	Mme 5 : J'avais beaucoup de nausées. (...) Diarrhées, beaucoup de diarrhées. Parce que j'ai pris le médicament...
	Refus du traitement	3	Mme 2 : parce que j'ai pas envie de tous les inconvénients que ça produit. (...) Donc j'ai pas envie d'avoir tous les inconvénients, les nausées, les vomissements, la fatigue. Non j'ai plus envie. Mme 14 : je sais pas si j'accepterai. Je serais pas tellement chaude pour accepter la chirurgie, vous voyez.

	Refus d'examens	2	Mme 14 : Mammographie j'ai refusé Fils Mme 11 : non non, on a pas à se plaindre. On est bien écoutés.. si si, après bon. Ça a été les examens. Le dernier, donc j'ai dû le dire à vous quand j'ai appelé là bas pour dire que ma mère elle voulait pas faire l'IRM parce que ça la rend malade. Elle en a trop fait, elle. Elle veut pas (...) On dit rien. Mais là on résiste pas. C'est malheureux, mais bon on y arrive pas, c'est dur.
Satisfaction du traitement	Bien supportés	5	Mme 1 : Tout ce que j'ai eu comme traitement, ont été assez bien tolérés. (...) Bon, je peux pas dire que je suis mal soignée, non pas du tout.
	Bons soins	7	Mme 5 : bah écoutez, les soins, j'ai de très bons soins. J'ai des petites qui viennent tous les jours. Mme 11 : bah on est bien soignés chez vous, ça je peux vous le dire, oh oui.
	Plus de douleur	2	Mme 4 : Je vais bien. Je ME SENS BIEN. Je vais bien. Je me sens bien. »

Les traitements permettaient une amélioration clinique avec diminution voire disparition des symptômes, une diminution des marqueurs tumoraux et une diminution de la masse cancéreuse, évoqués chez 4 patients.

Pour une grande majorité des patients (12 d'entre eux), il n'avait pas été question de leur âge dans la prise en charge thérapeutique et tous les traitements leur ont été proposés, avec une adaptation selon leur état général et leur choix.

A l'évocation des traitements, notamment chimiothérapie, 5 patients disaient craindre les nombreux effets secondaires, avec la peur de ne pas supporter le traitement.

2 patients abordaient l'idée d'avoir des traitements et ne semblaient pas être effrayés par les effets indésirables.

7 patients n'avaient toutefois pas d'opinion sur les traitements, n'évoquant pas d'idées positives ou négatives dessus.

A noter que Mme 8 avait eu beaucoup d'informations, surtout de la part de proches, sur les différents traitements, avec une certaine appréhension. Finalement, elle avait bien supporté les traitements.

Les divers traitements avaient provoqué des effets indésirables, évoqués par les patients lors des entretiens, avec surtout de la fatigue, des troubles digestifs, des pertes de mémoire, des neuropathies.

Certains d'entre eux expliquaient avoir même refusé certains examens (surtout par confort) et certains traitements (pour ne pas avoir les effets indésirables qu'ils avaient déjà eus ou pour ne pas retourner à l'hôpital).

La majorité des patients était satisfait du traitement, avec une bonne tolérance de ceux-ci, une qualité de soins et la disparition de leurs symptômes.

i) Autres

Sous-thème	Attribut	Nombre d'occurrence	Verbatim
Consultation en oncogériatrie	Appréciation des explications	10	Mme 8 : Elle est très agréable, c'te dame. Et elle met bien à l'aise pour répondre
	Clarté des explications	3	Mme 1 : Alors elle m'a tout expliqué, elle m'a fait un schéma (...) toujours, toujours. Toujours. Oui oui. Ou alors si on ne m'expliquait pas, je demandais : « pourquoi ci, pourquoi là ? Et qu'est ce que ça va me faire ? »
	Nécessité de la consultation	3	Mme 4 : bah... c'est tout à fait normal avec ce que j'ai. Bah oui. Vous voulez pas que j'aïlle voir quelqu'un d'autre. Puis que je sais que c'est un cancer.
	Franchise	3	Mme 1 : (...) Alors elle m'avait dit au départ « je vais vous soigner mais je ne vous guérirai pas ».
Confiance dans le corps médical	2	Mme 1 : Le cancer. Moi je dis, le cancer, bien sûr, le mot cancer fait toujours peur. Quand on vous le dit. Seulement, il faut quand même garder, essayer de garder confiance, avec les médecins, quand même qui savent vous reconforter, vous dire « non mais vous savez, maintenant il existe ça, il existe des traitements, on peut soulager par ça ». enfin, ils vous donnent quand même des... pas des solutions à 100 % mais ils vous donnent quand même un espoir que vous pouvez quand même vous en sortir.	
Culpabilité	2	Mme 2 : C'est vrai que si ça récidive, si j'ai de nouveau un cancer. Puis j'oserais pas en parler, j'oserais pas appeler au secours Investigateur : pourquoi vous n'oseriez pas ? Mme 2 : de me faire gronder.	

Etat général	8	Mme 8 : Mais je n'ai jamais été fatiguée, ni rien. (...) Mais je n'avais aucun ressenti, rien. Je peux dire que j'étais en pleine forme
	3	Fille Mme 10 : ah non, ce qui a été le frein, ça a été le cœur. Mme 10 : J'ai les coronaires trop abimées. Fille Mme 10 : maintenant elle est fatiguée.
Avis des enfants		Fille Mme 10 : On m'a dit « en gynécologie, c'est 75 ans » et « pour les intestins et tout c'est 80. ». Soi-disant, c'est la sécurité sociale, je crois qu'ils remboursent plus. Je sais plus exactement
		Fille Mme 10 : Et je trouve qu'il... Quand les médecins connaissent depuis longtemps, ils font pas les examens appropriés. (...) Et bah je trouve que les médecins, ils vous connaissent et, en fin de compte, ils acceptent des trucs que, moi je pense, ils devraient quand même aller plus profond. Fille Mme 10 : (...) Mais après il faut, c'est vrai qu'il faut le prendre rapidement. Il faut pas attendre...
		Fils Mme 11 : on sait pas, madame, on peut pas le savoir. Ma mère, elle a 85 ans. Alors Il faudrait que moi je l'attrape et que je vous dise après. Mais comment voulez-vous... On connaît des gens. Y en a qui parlent pas trop, y en qui font de la chimio..
		Fille Mme 10 : Mais, ils arrêtent de faire les contrôles. (...) Moi je trouve que c'est dommage. Ils l'auraient décelé avant peut-être. Et ça avait été suivi, surtout quand il y a les gênes dans la famille. (...) Moi je vais être suivie mais comme j'ai dit, à 80 ans, s'ils veulent arrêter, je vais taper du poing sur la table je veux qu'on continue

La grande majorité des patients (10 patients) était satisfait des consultations d'oncogériatrie, qui étaient adaptées, selon eux, pour la prise en charge, avec une clarté et une franchise des explications qui sont appréciées.

2 patientes évoquaient une grande confiance du corps médical dans la prise en charge, dont Mme 13 qui ne s'était sentie en « sécurité » qu'à partir du moment où les portes de l'hôpital avaient été franchies.

Mme 2 évoquait une certaine culpabilité, surtout du fait d'avoir refusé certains traitements.

La plupart des patients interrogés expliquaient avoir un bon état général. D'autres expliquaient avoir un état de santé plus précaire.

Certains entretiens ont été faits en présence des enfants, qui donnaient leur avis personnel, en projetant leur expérience personnelle sur celle de leur parent, avec une charge émotionnelle forte, parfois de la colère en cas de retard de prise en charge. Les liens entre les enfants et les parents étaient extrêmement forts, mettant en avant une envie de prise en charge optimale de leurs parents.

j) Recherche des différents liens en cas de retards :

Retard selon le patient		Total
Oui	Mme 1 ; Mme 5 ; Mme 10 ; Mme 13 ; Mme 14	5
Non	Mme 2 ; Mme 3 ; Mme 4 ; M 6 ; M 7 ; Mme 8 M 9 ; Mme 17 ; Mme 11 ; M 12 ; M 15	11

Retard selon l'investigateur	Total
Mme 1 ; Mme 2 ; Mme 3 ; M7 ; M 9 ; Mme 10 ; Mme 11 ; Mme 13 ; Mme 14	9

La notion de "retard du diagnostic" ressenti par l'interviewer, au cours de l'entretien n'avait pas la même définition que pour le patient.

Retard toute cause confondue – selon l'investigateur	Retard – selon le patient
Mme 1	Oui
Mme 2	Non
Mme 3	Non
M 7	Non
M 9	Non
Mme 10	Oui
Mme 11	Non
Mme 13	Oui
Mme 14	Non

Retard toute cause confondue	Type de symptômes
Mme 1	Anomalie sur symptômes longs
Mme 2	Signe précis
Mme 3	Signe précis
M7	Fortuit
M 9	Signe précis
Mme 10	Signe précis
Mme 11	Signe précis
Mme 13	Signe précis
Mme 14	Anomalie sur symptômes longs

La plupart du temps, les symptômes débutaient par un symptôme bien précis. Pour certains patients, ils avaient des symptômes qui duraient depuis très longtemps. Dans de rares cas, le diagnostic se faisait de façon fortuite.

Retard toutes causes confondues	Connaissances sur la maladie
Mme 1	Oui
Mme 2	Oui
Mme 3	Non
M7	Non
M 9	Oui
Mme 10	Oui
Mme 11	Oui
Mme 13	Non
Mme 14	Oui

6 patients sur 9 avaient de bonnes connaissances sur la maladie cancéreuse.

Retard toute cause confondue	Se doute du diagnostic	Ne se doute pas du diagnostic
Mme 1		x
Mme 2	x	
Mme 3	x	
M7		x
M 9		x
Mme 10		x
Mme 11	x	
Mme 13		x
Mme 14	x	

5 patients sur 9 ne se doutaient pas du diagnostic.

Retard toute cause confondue	Age et évolutivité
Mme 1	Pas de différences
Mme 2	Différence : + âgé, + lent
Mme 3	Pas de différences
M7	Pas de différences
M 9	Pas de différences
Mme 10	Pas de différences
Mme 11	Pas de différences
Mme 13	Pas de différences
Mme 14	Différence : + âgé, + lent

2 patients sur 9 pensaient que le cancer évoluait plus lentement chez les personnes âgées.

Retard toutes causes confondues	Etat d'esprit	Etat général du patient
Mme 1	Optimiste / Choc / Combattive	Bonne santé
Mme 2	Détachée / résiliente / Optimiste / Fataliste	Bonne santé
Mme 3	Détachée / Résiliente / optimiste / Combattive	Bonne santé
M7	Fataliste / triste	Mauvaise santé
M 9	Résilient /Combattif	Bonne santé
Mme 10	Détachée / Résiliente / Fataliste / Tristesse / choc	Mauvaise santé
Mme 11	Résiliente / Optimiste / Combattif	Bonne santé
Mme 13	Choc / Colère / Combattive	Moyenne santé
Mme 14	Détachée / Résiliente / Combattive	Bonne santé

4 patients semblaient être optimistes.

3 patients expliquaient avoir été choqués à l'annonce du diagnostic.

6 patients se montraient combattifs dans la prise en charge de leur cancer.

4 patients semblaient détachés à l'annonce du diagnostic.

6 patients acceptaient la situation et semblaient être résilients.

3 patients semblaient plutôt fatalistes face à leur situation.

3 d'entre eux déclaraient avoir un état de santé moyen, voire mauvais.

Relation avec le médecin traitant

Retard en lien avec le patient	Relation avec le médecin traitant
Mme 2	Peu de liens
Mme 3	Bon lien – préoccupée par son mari
Mme 10	Très bon lien
Mme 14	Peu de lien

Retard en lien avec le médecin	Relation avec le médecin traitant
Mme 1 : confusion avec symptômes généraux	Bon lien
M 9 : confusion avec symptômes généraux	Bon lien
Mme 11	Mauvais lien
Mme 13	Mauvais lien (colère)

Retard en lien avec un facteur externe	Relation avec le médecin traitant
M 6	Bonne relation / du fait du COVID
Mme 10	Changement de médecin traitant / bonne relation / état patient précaire / COVID / incertitude diagnostique
Mme 13	Mauvais lien (colère) / COVID

Pour les retards en lien avec le patient, soit les patients avaient un très bon lien avec leur médecin traitant, soit peu de lien.

Pour les retards en lien avec le médecin, les patients avaient un bon lien ou un très mauvais lien, avec de la colère.

Pour les retards dus à d'autres événements ou d'autres raisons, les liens étaient souvent bons.

IV. DISCUSSION

A. Validité interne

La plupart des questions étaient de type ouvert, malgré un format d'entretien semi-directif, et selon les réponses des patients, l'investigateur rebondissait dessus, ce qui amenait à des réponses parfois complexes, avec des idées ambivalentes, comme cela s'est vu dans certains résultats. Certains thèmes ont parfois été oubliés lors de l'entretien.

Cependant, grâce à la grille d'entretien élaborée au préalable, la systématisation des thèmes a été plus facile.

Par ailleurs, certains patients étaient accompagnés, lors de l'entretien, d'un proche (compagne ou enfant), ce qui pouvait influencer les réponses des patients, voire il arrivait que les accompagnants répondaient à la place du patient. L'investigateur demandait confirmation aux patients à ce moment-là.

Il peut y avoir des biais émotifs : en effet, parler de ce sujet n'était pas facile pour l'investigateur, ni pour le patient. Certaines questions n'ont donc pas été abordées quand l'investigateur avait la sensation que le patient interrogé avait des difficultés à parler de certains thèmes.

L'autre difficulté a été de quantifier ce qu'était un retard de diagnostic selon l'investigateur et le patient.

Cette notion est tout de même subjective et peut mener à des interprétations.

A noter qu'aucune définition n'existe pour la notion de retard de diagnostic dans la littérature médicale.

Le retard de diagnostic pour l'investigateur s'est défini par un délai de 30 jours de façon arbitraire, en prenant en compte que les délais de consultation en médecine de spécialité sont entre 40 et 85 jours et de 6 jours chez un médecin généraliste (14). Cela s'est aussi évalué sur les probables conséquences thérapeutiques : une prise en charge qui aurait pu être curatrice est devenue palliative, par exemple.

La notion de retard de diagnostic par le patient a été évaluée par la question « est-ce que vous pensez qu'il y a eu un retard de diagnostic ? », sans notion numérique. Le retard de diagnostic semblait être plutôt en lien avec l'intensité de leurs symptômes : plus ils sont intenses et invalidants, plus le temps écoulé entre le début des symptômes et le diagnostic donne au patient un sentiment de retard de diagnostic. Pour d'autres patients, le retard de diagnostic pouvait être dû à un sentiment de ne pas être entendu par les soignants ou par des examens paracliniques qui ont été repoussés.

Par exemple, Mme 17 (dont l'entretien n'a pas pu être inclus dans les résultats) a présenté des symptômes à un moment donné et n'a pu prendre rendez-vous que 4 mois après. Cela s'est passé de la même façon pour M 9 qui a consulté une deuxième fois un médecin 4 mois après le début des symptômes. L'investigateur note un délai de plusieurs mois, pendant lequel la cause de leurs symptômes n'avait pas été retrouvée. Mais, pour ces patients, il n'y a pas eu de retard de diagnostic. Pour eux, les rendez-vous se sont enchaînés rapidement avec un diagnostic posé.

Dans les cas où des retards de diagnostic étaient rapportés, Mme 13 explique, par exemple, qu'elle avait présenté des symptômes très invalidants avec une souffrance intense et la sensation de ne pas être entendue par son médecin généraliste. Chaque jour perdu rajoutait un délai supplémentaire, ce qui a retardé le diagnostic de sa maladie, selon elle.

Pour Mme 1 et Mme 10, leur médecin généraliste n'avait pas prescrit d'examens paracliniques tout de suite, malgré leur gêne et leur demande d'investigation.

La qualité du lien entre le patient et le médecin traitant n'a pas été demandée explicitement aux patients, ce qui amène aussi une interprétation de la part de l'investigateur sur les liens entre le délai de prise en charge et la relation médecin-patient.

Quand les liens entre le patient et le médecin étaient perçus comme « mauvais » par

l'investigateur, le discours était empreint d'expressions tranchées et d'émotions plutôt négatives comme de la colère, de la déception. Ce discours se retrouvait surtout chez les patients pour lesquelles il y a eu des retards de diagnostic.

De plus, la retranscription des verbatims a été faite par l'investigateur lui-même, pour respecter la collecte des données ainsi que son anonymisation.

Les entretiens ont été triangulés avec un autre étudiant en médecine, qui a pu analyser de son côté les verbatims, avec les thèmes prédéfinis.

B. Validité externe

Le recrutement des patients s'est fait par un échantillonnage raisonné : les patients devaient correspondre à la population cible (ceux âgés de plus de 75 ans).

La demande de participation des patients a été faite par téléphone, l'investigateur précisant qu'il travaillait avec leur oncogériatre référent. Il leur était toujours laissé la possibilité de refuser de participer, sans que cela entrave leur prise en charge ultérieure.

Les données générées par cette étude, par le biais de cette population pourraient être généralisées, avec ses limites : les patients ayant accepté de participer à l'étude sont pour la plupart des personnes en bonne santé, dont la prise en charge s'est globalement bien passée. Ces patients étaient dans une optique de démarche diagnostique et de prise en charge rapides. Les freins au diagnostic précoce étaient de ce fait moins prégnants mais cela ne signifie pas pour autant qu'ils n'existent pas.

Les patients provenaient majoritairement d'un centre où le service d'oncogériatrie (à l'Hôpital Lyon Sud) est bien développé et qui est de ce fait un centre de référence avec une expertise très appréciée des patients. Les patients évoquent un parcours fluide, bien coordonné. Leurs avis et leurs demandes ont été prises en compte avec une prise en charge personnalisée, qu'on pourrait croire difficile à mettre en place dans un grand centre hospitalier et universitaire.

Les patients interrogés évoquaient un parcours de soins adapté, avec une bonne mémorisation des événements.

Bon nombre de patients ont refusé de participer à cette étude : beaucoup expliquaient être fatigués, ne pas vouloir partager leur expérience. Il s'agissait souvent de patients plus âgés, se disant en mauvaise santé.

Cette étude ne reste généralisable finalement que pour un type de population, ceux « qui vivent bien » versus ceux « en grande souffrance » (cf infographie « refus de la fatalité » en annexe).

Par ailleurs, cette étude n'est pas généralisable pour les patients ne pouvant pas accéder à de grands centres hospitaliers où la culture oncogériatrique n'est pas aussi développée.

Les quelques patients provenant de centres hospitaliers périphériques à Lyon évoquent un parcours de soins bien coordonné, avec une rapidité de la prise en charge et de l'instauration des traitements.

a) Le vécu de la maladie

Le délai de prise en charge entre la découverte du symptôme et la prise en charge hospitalière (diagnostique, thérapeutique) varie entre 1 mois et 6 mois dans cette étude.

Cela montre que la prise en charge s'accélère dès la découverte de la maladie.

20 % des patients âgés attendent 1 an avant de se faire diagnostiquer de leur cancer (1), ce qui se retrouve presque dans les mêmes proportions dans cette étude.

Pour les cancers du sein, le délai pourrait s'expliquer par la pauvreté des connaissances et sur les croyances négatives sur le cancer du sein et ses traitements (15) : les femmes plus âgées (et les femmes les moins éduquées) ne pensent pas être plus à risque de développer un cancer. Surtout que certaines pensent que les mammographies s'arrêtent à un certain âge du fait que le risque de cancer est moindre, que les traitements risquent de les rendre encore plus malades qu'elles ne le sont ou de provoquer des cicatrices inesthétiques.

Une étude faite par la Ligue du Cancer (« Refus de la fatalité ») (1) pose comme hypothèse de sous-diagnostic le fait que la personne âgée ne s'écoute pas, « vit » avec ses symptômes, ne veut pas déranger, peut banaliser les symptômes. Ils peuvent présenter des idées reçues sur le diagnostic et les traitements.

Cela est le cas pour certains patients dans cette étude, qui présentent des symptômes depuis longtemps et n'osent pas en parler, soit par pudeur, soit du fait d'une organisation de vie compliquée (aidant principal de son conjoint, différents lieux de vie), soit par crainte d'effrayer leur famille. A noter aussi que certains patients n'osaient pas parler de leurs symptômes, par peur de confirmer ce qu'ils savent déjà, c'est-à-dire qu'il y a un cancer.

Une des patientes de l'étude (Mme 17) a mis en lumière des données intéressantes : elle rapportait « s'être négligée » car elle avait vécu de façon traumatique le décès de son mari et

elle ne souhaitait pas revoir de médecin. L'idée d'un cancer à l'apparition de ses symptômes lui était venue à l'esprit mais elle a préféré occulter cette hypothèse. Le fait qu'un professionnel lui ait précisé que les résultats de ses analyses étaient « importants et que ça ne va pas du tout (sic) », elle a mis des mots et a confirmé une idée qu'elle avait finalement en tête. De plus, pour elle, l'âge était un frein à certains examens qu'on propose à des personnes plus jeunes et qu'on ne propose plus par la suite (exemple : les frottis).

Certains patients se sont retrouvés dans la situation où les symptômes présentés étaient confondus avec des signes généraux, non spécifiques, ce qui a pu allonger le temps de délai avant de poser le diagnostic de cancer.

De plus, cette étude a montré que la plupart du temps, le patient a présenté un symptôme anormal, qui a causé une rupture dans leur état antérieur. Le médecin traitant était alors rapidement sollicité pour donner un avis médical.

A propos du diagnostic chez le médecin généraliste, des études montrent que seulement 40 % (16) des patients présenteraient des symptômes d'alerte, ce qui montre bien que le médecin traitant ne peut pas diagnostiquer à coup sûr une néoplasie évolutive.

De plus, la moitié des patients présentant un symptôme anormal ne va pas chez son médecin généraliste. Un tiers des patients ont eu un symptôme anormal non spécifique dans les 4 semaines avant le diagnostic de cancer. Les personnes consultant le plus chez leur médecin généraliste sont les personnes âgées et les femmes. Les personnes âgées ont souvent plus de symptômes mais font moins attention (16).

Ainsi, dans cette étude, certains symptômes n'ont pas alerté les médecins généralistes (ni certains patients).

Il semblerait nécessaire de reconvoquer les patients ayant des symptômes, parfois peu spécifiques, mais devant faire alerter le médecin généraliste et faire évaluer la situation à distance. Cette alerte est souvent subtile et peut faire vivre une expérience que vit tout médecin généraliste, confronté à l'incertitude : il s'agit du « gut feeling » (17). Le médecin a une sensation de réassurance et une sensation d'alarme en même temps où il se dit « ça cloche / ça colle ».

De plus, le médecin généraliste devrait aussi ouvrir la discussion en demandant s'il existe des symptômes, via des questions ouvertes : « existe-t'il autre chose dont vous voudriez me parler ? », voire des questions fermées : « est-ce que vous avez des saignements ? est-ce que vous avez senti quelque chose au niveau de vos seins ? », etc.

b) Âge et maladie – les idées reçues

De nombreuses idées reçues sur le cancer circulent. Le centre hospitalier de Nancy a développé une plaquette d'information sur ces idées, pour les rassembler et en discuter : (7)

- 1) Tous les patients âgés sont fragiles
- 2) Une date limite pour le dépistage signifie que le diagnostic ne sert à rien
- 3) Le cancer évolue plus lentement chez le sujet âgé
- 4) Le diagnostic précis du cancer n'est pas obligatoire
- 5) Ceux souffrant de démence n'ont pas à donner leur avis
- 6) Une validation en RCP est obligatoire
- 7) Il n'est pas nécessaire d'informer tous les patients
- 8) Pas d'intérêt de protocole de recherche clinique
- 9) Mythe de l'obstination déraisonnable
- 10) Prise en charge palliative = on ne fait plus rien

Plusieurs hypothèses dans la littérature ont été soulevées pour expliquer les retards diagnostiques (5) :

- Il y aurait peu d'éducation au diagnostic précoce
- Certains patients pourraient penser qu'il n'existe pas de traitement possible ou qu'il est douloureux
- Il y aurait un manque d'éducation et de prévention
- Il y aurait une peur vis-à-vis du cancer et de toutes les croyances autour.
- Il y aurait des difficultés pour le médecin de faire la part entre les symptômes de cancer et le vieillissement normal

Certaines idées véhiculées ont été balayées par les résultats de cette étude :

- * La majorité des patients ne pensent pas qu'il existe une différence d'évolution de la maladie selon l'âge du patient.**
- * L'âge n'est pas du tout un frein aux traitements et il a été possible de leur proposer les traitements maximaux, en tenant compte de leur avis.**
- * Certains regrettent que les dépistages systématiques soient arrêtés après 75 ans.**
- * La plupart d'entre eux ont une bonne connaissance de la maladie cancéreuse, souvent par le biais de proches ayant déjà eu cette maladie ou par le biais des médias.**

***Les patients restent tout de même en demande d'examens et d'investigations pour trouver la cause de leurs troubles.**

A noter que dans cette étude, il y a eu certains retards de diagnostic du fait du COVID, causant une pandémie mondiale, qui a désorganisé le système de soin.

Cette constatation a été soulignée lors du congrès de l'ESMO en 2020, par Aurélie Bardet, réalisé par le Service de Biostatistique et d'Epidémiologie de Gustave Roussy et l'équipe Oncostat du CESP (18).

Ils ont utilisé un modèle mathématique créé par un centre de lutte contre le cancer (Gustave Roussy) qui évalue les impacts de la pandémie de Covid-19 sur l'organisation des soins de cancérologie et les conséquences en termes de pronostic liées au décalage et aux modifications des prises en charge pendant la période de confinement. Celui-ci a montré qu'il existe un risque de surmortalité par cancer entre 2 à 5 % à 5 ans. Ceci est dû au fait que les patients étaient inquiets quant à leur contamination et leur venue dans des centres de soins pour recevoir un traitement. Ainsi moins de patients ont pu bénéficier d'un diagnostic de cancer, ce qui provoque à terme un retard de diagnostic.

c) Les liens avec le médecin généraliste

Dans cette étude, l'investigation des symptômes est débutée par le médecin généraliste, qui amorce les examens complémentaires et l'organisation de la prise en charge hospitalière. L'annonce de la maladie se fait souvent en hospitalier. Pour la suite de la prise en charge, dans cette étude, presque la moitié des patients ne revoient pas leur médecin traitant.

Le cancer est vu comme la maladie dont le spécialiste s'occupe. Le médecin généraliste est alors « celui qui s'occupe du reste » alors qu'il est le pivot central de la prise en charge d'un patient. Ils connaissent très bien leur patient et permettent souvent le diagnostic précoce des symptômes (9). Ils mettent en route les examens et préparent souvent le patient à l'annonce du diagnostic, le motivent à faire les investigations. Ils se préoccupent de tous les aspects : familiaux, sociaux, suivi psychologique.

Leur **rôle** est de « passer la main et la reprendre ».

En effet, dans cette étude, la majeure partie du temps, la prise en charge était initiée par le médecin traitant, qui enclenche la suite des investigations.

Cette étude n'a pas vraiment mis en lumière s'il existait un lien entre l'impression d'un retard de diagnostic et la relation avec le médecin traitant.

d) Vécu du traitement

Une idée reçue serait que la population gériatrique, souvent jugée « fragile », pourrait avoir des traitements sub-optimaux, subirait une sur-toxicité des traitements, aurait un accès moindre aux innovations et une moindre participation aux essais thérapeutiques. Leur pronostic serait alors plus défavorable (19).

Dans cette étude, pour la majeure partie, les traitements étaient bien supportés, adaptés à leur âge et leur état général. Ils étaient une bonne partie à vouloir le meilleur traitement possible (ainsi que leur famille) et leur âge n'était pas un frein à une prise en charge optimale. Le fait que la prise en charge puisse se faire en ambulatoire a été souligné de façon positive par certains patients de cette étude.

e) La société et le cancer

Dans ce travail, il a été abordé la signification du mot cancer pour le patient et la société. Cette maladie revêt la plupart du temps des qualificatifs négatifs: peur, mort, surnois.

Benjamin Derbez, sociologue, explore les expériences du cancer : elle est perçue comme une maladie aiguë, ayant valeur d'arrêt de mort à plus ou moins long terme (20).

Actuellement, il existe de meilleures connaissances et de meilleures thérapeutiques permettant des phases de rémission.

Le chemin est marqué par de fortes incertitudes avec une phase de diagnostic, qui nécessite parfois du temps avec une période d'errance médicale, une méconnaissance du déroulement des traitements, jusqu'à son issue.

Les représentations sociales montrent que c'est une maladie effrayante, envahissante, un mauvais sort, un mal surnois. Parfois, il est même question d'une métaphore d'une société malade [Herzlich et Pierret, 1984 ; Pinell, 1987 ; Remennick, 1998 ; Sarradon-Eck, 2009 ; Saillant, 1990].

La signification de cette maladie a changé au fur et à mesure des années : en 1980, le cancer était vu comme un fléau dont on parle peu. Dans les années 1990, de l'espoir naît avec de nouvelles thérapeutiques, mis en avant par des célébrités. Les scientifiques parlaient davantage des risques de cancérogénèse avec de la prévention. Dans les années 2000, le discours scientifique mêlait pédagogie et compassion, se focalisant sur le vécu individuel des malades.

L'entrée de la maladie permet une transformation du symptôme ou plainte en maladie, conférant au patient un statut de malade. L'identification de la maladie se fait sur une période plus ou moins longue, par tâtonnement. La « fréquence des examens entraîne une prise de conscience de la situation, mais inspire un sentiment de prise au sérieux ».

Cela s'est retrouvé dans certains entretiens où les patients voient leur doute se dissiper au fur et à mesure des examens, mettant un nom sur ce qui provoque leurs symptômes.

Cet événement, avec l'annonce diagnostique, est définie comme une « rupture biographique » [Bury 1982].

Cela se voit dans cette étude où les patients évoquent peu leur vie « d'avant » la maladie.

C. Dépistages, diagnostic précoce et les voies d'amélioration

a) Pourquoi les dépistages sont arrêtés à 74 ans ?

Il existe peu d'étude sur les bénéfices et les risques d'un dépistage organisé (DO) du cancer pour les sujets de plus de 74 ans.

Les arguments pour son arrêt restent médico-économiques (21). Après 75 ans, le rapport bénéfice/risque du dépistage diminue alors que son rapport coût/efficacité augmente. Pour le dépistage du côlon, après un certain âge, il existe davantage de comorbidités cardiaques et cérébrales, qui limitent les examens comme la coloscopie.

Le bénéfice attendu de dépistage en termes de « vie gagnée » est diminué avec l'âge. Il engrange même plus de coûts.

D'autres questions se posent sur le dépistage de masse, en dehors de la prise en charge oncogériatrique, par exemple pour le cancer du sein (22).

Le « sur-diagnostic » est défini par un cancer détecté lors du dépistage, qui ne serait pas devenu cliniquement apparent dans la vie de la patiente.

Un essai randomisé a été effectué en Angleterre sur 3 ans où deux groupes de femmes ont été

comparées (22) : des femmes invitées au dépistage systématisé de masse versus des femmes non invitées au dépistage de masse, qui constituent le groupe contrôle.

Le risque relatif de cancer du sein chez les femmes effectuant le dépistage de celles ne le faisant pas est de 0.8 (CI 0.73 – 0.89), ce qui est une baisse du risque relatif de 20 %.

Cependant, les autres études antérieures à celle-ci montrent qu'effectivement le dépistage fait baisser le risque de mortalité mais il y a alors plus de risque de sur-diagnostic (Essais Malmö I en 2006 et deux essais canadiens en 2000 puis 2002) (22).

Sur une période de 20 ans, sur 10 000 femmes anglaises, 43 décédées d'un cancer du sein auraient été prévenues et 129 cas de cancers invasifs ou non auraient été sur-diagnostiqués.

1 décès par cancer du sein aurait été prévenu pour 3 cancers sur-diagnostiqués (identifiés et traités).

Pour les femmes âgées de 50 ans, 1 % de sur-diagnostic se fait dans les 20 ans.

Les femmes acceptent l'offre de dépistage du cancer du sein. Des informations doivent être mises à disposition pour qu'elles puissent prendre des décisions informées (23).

b) Diagnostic précoce, comorbidités et symptômes aspécifiques

Le diagnostic précoce inclut (24) (25):

- Le dépistage qui se fait en l'absence de symptômes, afin de diagnostiquer un cancer présumé par le biais d'examens ou de tests. Les examens se font en l'absence de symptômes.
- Le diagnostic précoce d'un cancer se fait dès l'apparition de symptômes qui sont comme un « signe d'alerte ».

Il existerait une augmentation de la mortalité dans les cas de cancers chez les personnes âgées car il y a une carence de diagnostic précoce (5). Par ailleurs, il y aurait une diminution des dépistages de cancer (et de ce fait, de diagnostics précoces) dans les cas de dépendances (5). Mais il existe des difficultés à avoir un diagnostic précoce et fiable, sachant qu'il s'agit aussi de trouver un équilibre entre l'abandon et l'obstination déraisonnable, que ce soit dans les démarches diagnostiques jusqu'aux traitements (5).

Cela pourrait s'expliquer en partie par le fait qu'il existe un manque d'information de la population sur les signes qui doivent alerter. Il en est de même dans les EHPAD où il n'existe pas de formation spécifique au dépistage ou au diagnostic précoce, plus généralement un manque d'information sur les recommandations de prise en charge des sujets âgés atteints de

cancer et parfois une réticence des médecins traitants à indiquer des explorations jugées invasives suggérant que la prise en charge du cancer ou sa prévention ne sont plus justifiés en raison de l'âge (1).

Comme cité plus haut, il existerait des symptômes non spécifiques qui pourraient retarder le diagnostic de cancer. Une étude rétrospective observationnelle (8) met en lumière certains symptômes non spécifiques que présentent des patients hospitalisés et chez qui un cancer est diagnostiqué. Les symptômes les plus prévalents étaient l'altération de l'état général (ou rupture de l'état antérieur), un syndrome inflammatoire biologique (surtout si la CRP est supérieure à 10 mg/l), des chutes, un amaigrissement, un déclin cognitif.

Cette étude met aussi en avant le fait qu'il peut être difficile de faire la part des choses entre des pathologies chroniques déjà existantes et les signes d'un cancer évolutif.

Il est enfin connu que, chez 20% des sujets âgés atteints de cancer, il existe un délai de près d'un an avant qu'ils ne consultent pour des symptômes pourtant clairs. Il existe un retard au diagnostic de cancer, marqué par un pourcentage plus élevé de formes avancées (11).

A noter tout de même que le diagnostic précoce de cancer prend tout son sens quand le risque de décès par cancer est plus important que le risque de décès en lien avec les comorbidités.

Il n'y a pas d'intérêt de dépister un cancer si la durée de vie est inférieure à 10 ans (26).

Ainsi le diagnostic précoce semble compromis par la difficulté de faire la part des choses entre des symptômes non spécifiques et un signe précis de cancer évolutif, un manque d'information sur les signes d'alerte auprès des soignants et de la population générale, un délai de consultation allongé.

Il serait plus judicieux de répondre aux demandes des patients, de façon individuelle et adaptée, en prenant en compte ses attentes, ses comorbidités (27,28).

c) La coordination oncogériatrique

De multiples unités de coordination en oncogériatrie (UCOG) se sont développées, afin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées (1,29).

Ces réseaux se sont créés suite au Plan 2009-2013, sur les recommandations du Pr. Jean-Pierre Grünfeld. Il en existe maintenant 28 UCOG dont 4 antennes

Les missions de l'UCOG sont multiples (1) :

- mieux adapter les traitements des personnes âgées atteintes de cancer par décision conjointes entre oncologue et gériatre
- promouvoir la prise en charge de ces personnes
- développement de la recherche en oncogériatrie (essais cliniques spécifiques)
- soutenir la formation en oncogériatrie.

Des parcours de soins sont aussi mis en place pour prévenir d'une dégradation de l'autonomie (1) :

1. Maintien à domicile renforcé, en s'appuyant sur les professionnels de premier recours
2. Coordination améliorée des interventions souvent multiples, par la mise à disposition de la bonne information au bon moment
3. Sortie d'hôpital sécurisées par des dispositifs spécifiques
4. Des passages aux urgences évités, des hospitalisations mieux préparées
5. Médicaments mieux utilisés

La Ligue contre le cancer préconise plusieurs recommandations :

- Favoriser le diagnostic plus précoce :

Créer une consultation spécifique avant 75 ans (prise en charge intégralement par l'assurance maladie), avec un envoi de 2 lettres pour préciser qu'il existe des dépistages systématiques du cancer du sein et colo-rectal mais qu'il est nécessaire de se faire suivre régulièrement.

Il faut faire une communication renforcée sur la spécificité des cancers chez les sujets âgés, proposer une prise en charge plus adaptée, en incluant davantage de patients dans les études cliniques.

- Promouvoir et évaluer l'utilisation des référentiels spécifiques de prise en charge de cancer.
- Promouvoir des solutions d'hébergements non médicalisés pour éviter aux personnes âgées éloignées de centre de longs trajets.
- Favoriser le suivi post-traitement par la prise en charge des frais de transport.

d) Une formation des médecins et évaluation gériatrique

Des réseaux d'oncogériatrie organisent des formations pour les professionnels de santé, peu formés aux soins des personnes atteintes de cancer (pour le diagnostic et la prise en charge dans les suites).

De plus, un travail fait en 2018 par E.Dorval (19) permet de mettre en lumière les propositions d'évolution de la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer en France.

Il propose des plans d'actions pour agir sur des points de rupture dans le parcours patient :

- l'absence de dépistage organisé des cancers (sein et colorectal) après 74ans,
- le diagnostic tardif (ou l'absence de diagnostic précoce),
- le sous traitement,
- la sur-toxicité des traitements
- et le moindre accès à l'innovation et aux essais thérapeutiques.

Les médecins traitants sont en demande d'être les interlocuteurs des UCOG, acteurs des dépistages organisés et du diagnostic de cancer plus précoce.

Les évaluations gériatriques ont pris toute leur importance dans la prise en charge des cancers chez les personnes âgées (30). Il a été montré que la fragilité est un enjeu majeur dans le parcours de soin des plus de 75 ans. Ces consultations permettent d'adapter la prise en charge des patients atteints de cancer.

En effet, ces évaluations gériatriques permettent d'évaluer les fonctions du patients, ses soutiens sociaux, évaluer ses performances cognitives, sa mobilité, sa santé mentale, son statut nutritionnel, ses comorbidités. Toutes ces données influent sur les prises de décisions oncologiques et permettent donc d'adapter les traitements (limiter les traitements trop intenses chez des personnes vulnérables et éviter le sous-traitements chez des patients robustes)(31).

Le test G8, qui évalue la fragilité, est un outil plus robuste car plus étudié. Il a une bonne prédictivité sur les conséquences (30). Il se compose en 8 questions, validé par l'INCa et la SoFOG.

D'autres paramètres rentrent en compte dans la prise en charge : la survie sans progression serait aussi importante que la préservation et l'indépendance et de la qualité de vie (32).

La prise en charge d'un patient âgé, surtout en cas de troubles cognitifs, que ce soit pour un cancer ou pour autre chose, pose des questions du point de vue éthique : il s'agit « d'offrir à un patient dément (...) une reconstruction de sa dimension humaine. » (6).

Le regard de la société sur les personnes âgées est souvent négatif. L'image peut être d'autant plus négative quand le patient a un cancer. La société est basée sur le caractère « utile » ou « non utile » d'une personne et la personne âgée, si elle est atteinte d'un cancer, peut se retrouver dans la case des « non utiles ».

La question éthique se pose aussi lors de l'instauration d'un traitement qui doit soulager les symptômes et être le moins contraignant possible. Il faut aussi se poser la question d'un bénéfice attendu d'un traitement, d'autant plus s'il y a des risques de toxicité.

Mais au vu des avancées scientifiques actuelles, il est possible de proposer une chimiothérapie adjuvante si la toxicité peut être limitée. Certaines chimiothérapies ou thérapies ciblées peuvent et doivent être utilisées, malgré l'âge des patients.

Les professionnels de santé doivent donc se prémunir de la « peur de la toxicité »(4).

e) Une campagne de sensibilisation et faire changer les recommandations

Une campagne de sensibilisation a été développée à la suite d'un constat : 20 % des patients atteints de cancer attendent 1 an avant de se faire diagnostiquer. Elle a été pilotée sous l'égide de la SoFOG entre 2017 et 2018. Elle était destinée aux professionnels de santé, aux EHPAD et aux établissements de santé.

Cette campagne de sensibilisation sert donc à confirmer un refus de fatalité dans le diagnostic de cancer. Elle explique aux patients les signes d'alerte, qui doivent conduire à consulter son médecin traitant (11,33).

1. Le diagnostic précoce

Plusieurs études ont permis d'étudier l'impact d'intervention auprès de patients pour des diagnostics précoces.

Une étude en Angleterre (34) a mis en place un protocole d'information à propos du cancer du sein chez les femmes de plus de 70 ans.

Les patientes incluses ont reçu un livret d'information par une infirmière à propos des signes

d'alerte sur le cancer du sein ainsi que des questions générales sur l'âge de survenue des cancers et des informations sur l'autosurveillance.

Après 1 an de surveillance, ils ont remarqué une augmentation du score d'alerte (passage de 4,7 % à 19,5 % après 1 an).

Le retour sur les questionnaires et la prise en charge a été positive : l'information délivrée a été jugée comme correcte, certaines ont noté l'importance de l'environnement et la connaissance des infirmières, l'information délivrée était accessible et il était possible de poser des questions.

Beaucoup des patientes avaient tout de même l'impression d'avoir une bonne connaissance sur le cancer du sein.

L'un des facteurs prédictifs était un bon niveau d'éducation, ce qui pourrait limiter sa mise en route, si le protocole n'est pas adapté à tout type de population.

2. Le dépistage

Au sujet de la prise en charge du cancer colo-rectal chez les personnes âgées, une étude faite aux Etats-Unis (35) a été effectuée dans le but de comparer l'impact de la coloscopie pour des dépistages sur l'espérance de vie entre 3 groupes d'âge différent.

Ils ont remarqué que la prévalence de la maladie augmentait avec l'âge (13,8% chez les 50-54 ans - 26,5% chez les 75-79 ans - 28,6% chez les > 80 ans). La prévalence des formes évoluées est significativement plus élevée chez les plus de 80 ans (14% vs 3,2% qui est le groupe 50-54 ans).

L'espérance de vie chez les plus de 80 ans est d'environ 7.6 années.

L'allongement moyen de la survie grâce à la coloscopie chez les > 80 ans n'était que de 0,13 années vs 0,85 années chez les 50-54 ans.

Ainsi, un dépistage **systematique** par coloscopie chez les octogénaires ne procure qu'un allongement d'espérance de vie équivalent à 15% de celui attendu chez les cinquantenaires.

Une autre étude (36) montre une importante proportion des décès chez les personnes âgées porteuses d'un cancer colorectal pouvant être attribuée à l'insuffisance cardiaque chronique, diabète et broncho-pneumopathie chronique obstructive. Les sujets âgés risquent de décéder d'une autre cause que le cancer et ce bien avant que les polypes ne se transforment en cancer (séquence polype-cancer 10 à 15 ans).

Aux Etats-Unis (37), en 2018, la Société Américaine du Cancer préconise plusieurs recommandations à propos de la recherche du cancer colorectal, en incluant les personnes âgées :

- 1) si bonne santé, durée de vie > 10 ans, continuer le dépistage
- 2) Entre 76 et 85 ans, décider selon les situations : les préférences du patient, la durée de vie, le statut de santé, les précédents dépistages
- 3) > 86 ans, ne pas encourager le dépistage

Pour les américains, les différentes manières de dépistage sont l'hémocult ou coloscopie tous les 5 ans ou scanner tous les 5 ans.

Dans une enquête déclarative réalisée en Bretagne en 2018 auprès de professionnels de santé (19), il apparaît que l'arrêt du dépistage organisé (DO) après 74 ans peut donner à la population une image négative, un sentiment d'incompréhension et de désintérêt.

Pour le Collège National des médecins Généralistes Enseignants (CNGE), l'extension potentielle du DO au-delà de 75 ans concerne au premier chef les médecins traitants qui sont en attente de recommandations claires dans cette tranche d'âge.

Dans le QN18 (un questionnaire national réalisé auprès des professionnels de santé impliqués en oncogériatrie en 2018), l'absence de dépistage organisé après 75 ans est clairement reconnue par les répondants comme l'un des facteurs associés à la surmortalité spécifique par cancer des personnes âgées. S'agissant du dépistage organisé des cancers colorectaux (CCR) et du sein après 75 ans, les répondants ne questionnent pas le rapport coût/efficacité et sont très majoritairement d'accord pour qu'il soit évalué et ciblé chez les sujets âgés non fragiles ; ils considèrent que ce dépistage est du domaine du médecin traitant et du gériatre et que des actions ciblées doivent être faites par l'INCa et les sociétés savantes envers les médecins traitants.

Le Collège National Professionnel en Hépatogastro-Entérologie se dit notamment favorable à une évaluation d'un DO du CCR après 75 ans adapté à l'augmentation de l'espérance de vie et/ou sur avis du médecin traitant.

La Société Nationale Française de Gastroentérologie est elle aussi, favorable au test immunologique après 75 ans sur avis du médecin traitant. Pour un responsable de centre départemental de DO, une extension du DO du CCR après 75 ans apparaît souhaitable dans une approche personnalisée selon l'espérance de vie du sujet et le risque de complications liées au dépistage.

Ces demandes sont quasiment identiques pour le dépistage du cancer du sein. Cependant il n'existe pas de recommandations claires.

Les options actuelles pour pallier la surmortalité par cancer des personnes âgées sont l'autopalpation et l'examen clinique par le médecin traitant, dont les modalités sont à communiquer aux médecins généralistes, les structures de dépistages organisés et la population.

3. Adapter les diagnostics précoces aux comorbidités

Un article permet de résumer toutes les données évoquées ci-dessus, surtout en abordant la question des comorbidités chez les personnes âgées (26). L'identification des comorbidités est en effet importante afin d'adapter la prise en charge, ces premières pouvant par ailleurs augmenter la mortalité en cas de découverte de cancer.

Paradoxalement, le déséquilibre et la sévérité des comorbidités font que le dépistage ou le diagnostic précoce des cancers se fait plus souvent car le patient a alors plus de contact avec les services de soins.

Il a été montré que plus les personnes âgées sont éduquées, plus elles sont favorables à la poursuite des dépistages.

Le fait de faire des dépistages et des diagnostics précoces en maison de retraite, chez les patients ayant Alzheimer contribue à donner une meilleure qualité de vie

Le statut fonctionnel est plus important que la prédiction de la longévité, pour estimer l'utilisation du dépistage.

Ainsi, suspendre le dépistage (et non le diagnostic précoce) est recommandé pour ceux ayant de graves comorbidités non équilibrées, une limitation de durée de vie et/ou des syndromes gériatriques irréversibles.

Il faudrait continuer les dépistages et le diagnostic précoce chez les sujets âgés en bonne santé et ne pas le faire chez les sujets dépendants. Et il est primordial de repérer toutes les craintes pour lever les confusions freinant une prise en charge globale. (4)

4. Certains projets en France

En Gironde en 2014 (38), il a été décidé d'envoyer une lettre d'information à toutes les femmes girondines de 75 ans, en expliquant l'intérêt de l'examen clinique mammaire et de sensibiliser les femmes au cancer du sein. Dans le futur, il était prévu que l'impact serait évalué en comparant l'évolution des stades au diagnostic dans les Registres du Cancer de Gironde et de Côte d'Or, ainsi que par des méthodes intermédiaires appréciant la sensibilisation des femmes et des médecins. Les résultats ne sont pas encore présentés.

V. CONCLUSION

Dix pour cent de la population française a plus de 75 ans et un cancer sur trois est découvert au sein de cette population. Il a été décrit dans diverses études que la prise en charge de ces patients âgés pouvait être retardée et toutes les thérapeutiques optimales ne pourraient pas être mises en place.

Plusieurs hypothèses pourraient expliquer cela : du côté des patients, il existerait des craintes à parler de leurs nouveaux symptômes, il y aurait une moindre prévention faite auprès d'eux. Pour les médecins, il pourrait y avoir une confusion avec des symptômes généraux, voire avec le « vieillissement physiologique » et une crainte de mettre en place des traitements. Le médecin généraliste reste le pivot central de la prise en charge.

Une étude qualitative auprès de patients de plus de 75 ans atteints de cancer, par entretiens semi-dirigés a été effectuée, dans les départements du Rhône et de l'Ain.

Ses objectifs étaient de chercher les freins au diagnostic précoce de cancer, liés au patient lui-même, au médecin, à la société et d'explorer aussi le vécu de sa maladie.

Quinze patients ont accepté de participer à l'étude.

Les entretiens ont été analysés selon des thèmes et des sous-thèmes précis dont le vécu de la maladie, le type de symptôme principal, la temporalité de la maladie, l'organisation de la médecine de ville, les connaissances sur la maladie, l'âge et la maladie, la société et la maladie, le vécu des traitements.

Cette étude a permis de mettre en lumière que la prise en charge du cancer chez la personne âgée dans le département du Rhône est adaptée et satisfait une grande partie des patients. Il existe peu d'idées reçues sur l'évolutivité de la maladie malgré l'âge et sur un éventuel frein au traitement.

Pour répondre à la question de recherche initiale, cette étude montre que la majorité des patients trouvent qu'il n'y a pas eu de retard au diagnostic et que la prise en charge a été optimale.

Néanmoins certains évoquent des raisons qui pourraient expliquer un diagnostic plus long.

Plusieurs facteurs ont été repérés dans cette étude, identifiés comme frein au diagnostic précoce : il existe trois types de causes qui sont en lien avec le patient, en lien avec le médecin généraliste et en lien avec des facteurs externes.

Il existe un facteur en lien avec le patient avec diverses raisons : le symptôme nouveau peut être ressenti comme non inquiétant voire nié ; l'organisation de vie parfois compliquée ; une gêne à parler de certains soucis de santé (dont gynécologique) ; ne pas inquiéter ses proches ; un âge avancé.

Il existe un facteur en lien avec le médecin généraliste : certains symptômes peuvent être aspécifiques, non alarmants ; l'examen clinique est parfois incomplet ; des examens complémentaires ne sont pas prescrits ; une consultation chez un confrère ou une consœur qui connaissent moins le patient.

Un facteur externe lié à la perturbation du système de soins par le Coronavirus a aussi été évoqué, ce qui a modifié les parcours de soins.

La prise en charge des cancers chez les personnes âgées est un enjeu de santé publique, avec une réelle demande des patients et des médecins généralistes d'être informés, ces derniers voulant être des acteurs centraux dans la prise en charge.

La prise en charge en oncogériatrie est un atout pour les patients, dont le service propose des solutions adaptées pour les patients âgés, atteints de cancer.

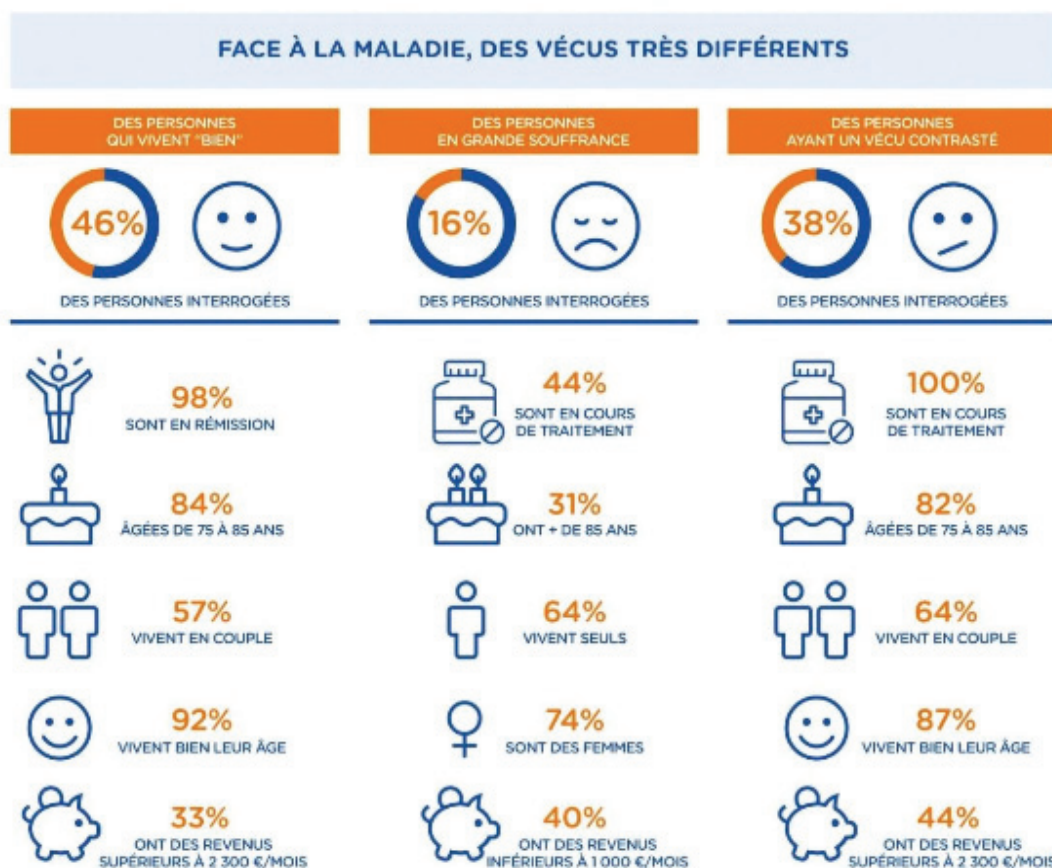
Ainsi les différentes voies d'amélioration de la prise en charge des patients âgés atteints de cancer doivent se faire sur plusieurs axes, soutenus par les différentes UCOG :

- Informer les patients : le cancer ne s'arrête pas après un certain âge ; promouvoir l'autosurveillance dont l'autopalpation mammaire, par exemple.
- Informer les professionnels de santé : les former à des diagnostics individualisés, adaptés à l'état général du patient et à ses comorbidités ; détecter la fragilité (test G8).
- Modifier les perspectives de santé publique : financer des campagnes d'informations.

Ce travail a ainsi étudié le point de vue des patients âgés atteints de cancer sur leur prise en charge. Il serait intéressant d'étudier le point de vue des médecins généralistes qui orientent leurs patients âgés pour la prise en charge de leur cancer.

Le ressenti des familles a aussi été évoqué dans ce travail mais peu approfondi. Une étude sur l'accompagnement des familles auprès de leur proche malade pourrait être effectuée.

VI. ANNEXES



Source : Refus de la fatalité - Ligue contre le Cancer

Early detection of breast cancer

by mammography screening

The numbers below refer to women aged 50 years and older* who either did or did not participate in mammography screening for approximately 11 years.

	1,000 women who did not participate in mammography screening	1,000 women who participated in mammography screening
Benefits		
How many women died from breast cancer?	5	4
How many women died of any type of cancer?	22	22
Harms		
How many women experienced false alarms and unnecessarily had additional testing or tissue removed (biopsy)?	-	100
How many women with non-progressive breast cancer unnecessarily had partial or complete removal of a breast?	-	5

*A few of the studies looked at women aged 40 years and older; these data are also included.

Short summary: Mammography screening reduced the number of women who died from breast cancer by 1 out of every 1,000 women. However, it had no effect on the number of women who died of any type of cancer. Among all women taking part in screening, some women with non-progressive cancer were overdiagnosed and received unnecessary treatment.

Source: [1] Gøtzsche & Jørgensen. Cochrane Database Syst Rev 2013(6):CD001877.

Last Update: October 2019

<https://www.hardingcenter.de/en/fact-boxes>

Source : Fact-Box – Early detection of breast cancer (23)

**“ IL N'Y A PAS D'ÂGE
POUR SE FAIRE SOIGNER
DU CANCER ”**



**EN FRANCE,
1 PATIENT SUR 3
ATTEINT DE CANCER
A PLUS DE 75 ANS.**

- Plus tôt le diagnostic est posé, plus vite vous aurez accès aux **traitements adaptés** à votre santé.
- Vous constatez des **signes anormaux**, parlez-en à votre médecin.

sofog.org

SoFOG
SOCIÉTÉ FRANCOPHONE
D'ONCO-GÉRIATRIE

Affiche d'information - Accord de son utilisation par la SoFOG

Le patient présente-t-il une perte d'appétit ? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?	☐ Anorexie sévère	0
	☐ Anorexie modérée	1
	☐ Pas d'anorexie	2
Perte récente de poids (< 3 mois)	☐ Perte de poids > 3 kg	0
	☐ Ne sait pas	1
	☐ Perte de poids entre 1 et 3 kg	2
	☐ Pas de perte de poids	3
Motricité	☐ Du lit au fauteuil	0
	☐ Autonome à l'intérieur	1
	☐ Sort du domicile	2
Problèmes neuropsychologiques	☐ Démence ou dépression sévère	0
	☐ Démence ou dépression modérée	1
	☐ Pas de problème psychologique	2
Indice de masse corporelle (IMC = poids / (taille) ² en kg / m ²)	☐ IMC < 19	0
	☐ 19 ≤ IMC ≤ 21	1
	☐ 21 ≤ IMC < 23	2
	☐ IMC ≥ 23	3
Prend plus de 3 médicaments	☐ Oui	0
	☐ Non	1
Le patient se sent-il en meilleure ou moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ?	☐ Moins bonne	0
	☐ Ne sait pas	0,5
	☐ Aussi bonne	1
	☐ Meilleure	2
Age	☐ > 85 ans	0
	☐ 80-85 ans	1
	☐ < 80 ans	2

Si score ≤ 14 réalisation d'une évaluation gériatrique

Le questionnaire G8 est un outil de dépistage gériatrique qui permet aux oncologues d'identifier, parmi les patients âgés atteints de cancer, ceux qui devraient bénéficier d'une évaluation gériatrique approfondie.

Cet outil a été validé dans le cadre de l'essai ONCODAGE promu par l'Institut National du Cancer. La généralisation de son utilisation est inscrite dans l'action 23.4 du Plan Cancer 2009-2013.

Questionnaire G8 (39)

Grille d'entretien

Identifier les freins au diagnostic précoce de cancer chez les patients de plus de 75 ans, en ambulatoire

DPCMG

Thèmes	Questions	Relances
Vécu de la maladie	Racontez-moi votre parcours Racontez-moi votre réaction à l'annonce de la maladie Comment s'est passé le diagnostic de votre maladie ? Quel premier professionnel de santé a prononcé le mot cancer ?	30/08/2020 : comment avez-vous vécu votre parcours ? 13/05/2020 : est-ce que vous y aviez pensé ? Quel type d'émotions avez-vous ressenti ? Avec le médecin traitant ? Avec les spécialistes ? Avec l'hôpital ? 18/05/200 : Demander délai entre signes et diagnostic Médecin traitant a-t-il prononcé le mot cancer ?
Symptomatologie princeps	Quel a été le premier signe qui a conduit au diagnostic de la maladie ?	
Temporalité de la maladie	Pensez-vous qu'il y a eu un retard de diagnostic ?	Développez 30/08/2020 : consultation rapide avec le médecin traitant ?
Organisation de la médecine de ville	Est-ce que votre médecin traitant vous sensibilisait-il assez sur la question du cancer ?	Faisait-il les campagnes de dépistages organisés ? (cancer du sein, cancer du colon) 15/09/2020 : avez-vous revu votre médecin traitant après le diagnostic ?

Connaissances sur la maladie	Avant votre diagnostic, que saviez-vous de cette maladie, de manière générale ?	Quelqu'un de votre entourage avait-il eu cette maladie? 10/08/2020 : Explications données sur votre maladie ?
Âge et maladie	Pensez-vous qu'il y a des différences d'évolution de la maladie selon l'âge du patient ? Pensez-vous que votre âge a un impact sur le type de traitement ?	Sur la prise en charge ? Sur le traitement ?
Société et Maladie	Que vous ont dit vos proches (famille, amis) à l'annonce de la maladie ?	12/05/2020 Et le médecin traitant ? Partage d'expérience ? Que dit la société sur le cancer ?
Vécu des traitements	Avant votre diagnostic que pensiez-vous des traitements employés ? Après votre diagnostic, que pensez-vous des traitements employés ? Y a t'il eu des changements d'avis ?	
	Avez-vous autre chose à rajouter ? 18/05 : Qu'en pensez-vous des consultations d'oncogériatrie ?	

**Comité de
Protection des
Personnes**

Ile de France IV
Institutional Review Board
Agreement of US
Department of Health and
Human Services
N°IRB 00003835

Hôpital Saint-Louis
Porte 5 du carré Historique
1 avenue Claude Vellefaux
75475 Paris Cedex 10

**Responsable
administrative**
Mme I. SCAGLIA
Tél. : 01.42.38.92.88
cpp.iledefrance4@orange.fr

Président
Dr Shahnaz KLOUCHE
Vice-président
Mme M. BERNARD
Secrétaire générale
Mme B. LEHMANN
Trésorier
Pr O. CHASSANY
Trésorière Adjointe
Mme C. MASCRET

Membres du Comité
Collège I
Médecins et chercheurs

E. CAROSELLA
O. CHASSANY
M.-H. DIZIER
D. DREYFUSS
J. FRIJA-MASSON
S. KLOUCHE
B. PAPP
A. NICOLAS-ROBIN
J. DUMURGIER
Pharmacien hospitalier
B. LEHMANN
Infirmière
C. DELETOILLE-LANDRE
M. DJOUADOU
Collège II

Questions éthiques

H. CORNILLE-COMBEY
J.P. RWABIHAMA

Psychologue
A.S. VAN DOREN

Travailleur social

M. BORAND
R. DEMBELE
Compétence juridique
C. MASCRET
P. A. DUMAS

**Associations de malades et
d'usagers**

M. BERNARD-HARLAUT
M. TROUGOUBOFF
E. FLACKS

Paris, le 17 mars 2020

HOSPICES CIVILS DE LYON
DRCI-Mme Charlene GARANDEAU
3 quai des Célestins
B.P 2251
69 229 LYON CEDEX 02

Réf. du CPP : 2020/13	Réf. du Promoteur : 20.01.28.58422
ID-RCB: 2019-A03095-52	N° EudraCT :
Promoteur : HOSPICES CIVILS DE LYON	Investigateur : Mme TAZELMATI

Le Comité a bien reçu votre courrier concernant le projet de recherche intitulé :
« DPCMG : Identifier les freins au diagnostic précoce de cancer chez les patients de plus de 75 ans, en ambulatoire. » Catégorie 3 Questionnaires

Le Comité a examiné les informations relatives à ce projet lors de la séance du 27 février 2020 et a émis une demande motivée d'informations complémentaires

Membres présents : Mme M. Bernard-Harlaut (II), Dr J. Frija-Masson (I), Dr S. Klouche (I), Dr E. Carosella (I), Dr J. Dumurgier (I), Mme C. Deletoille (I), Mme M. Trougouboff (II), M. B. Papp (I), M. M. Borand (II), Dr Cornille-Combey (I), Pr D. Dreyfuss (I), Mme B. Lehmann (I), Mme R. Dembele (II), Dr J. Frija-Masson (I), Mme C. Mascret (II)

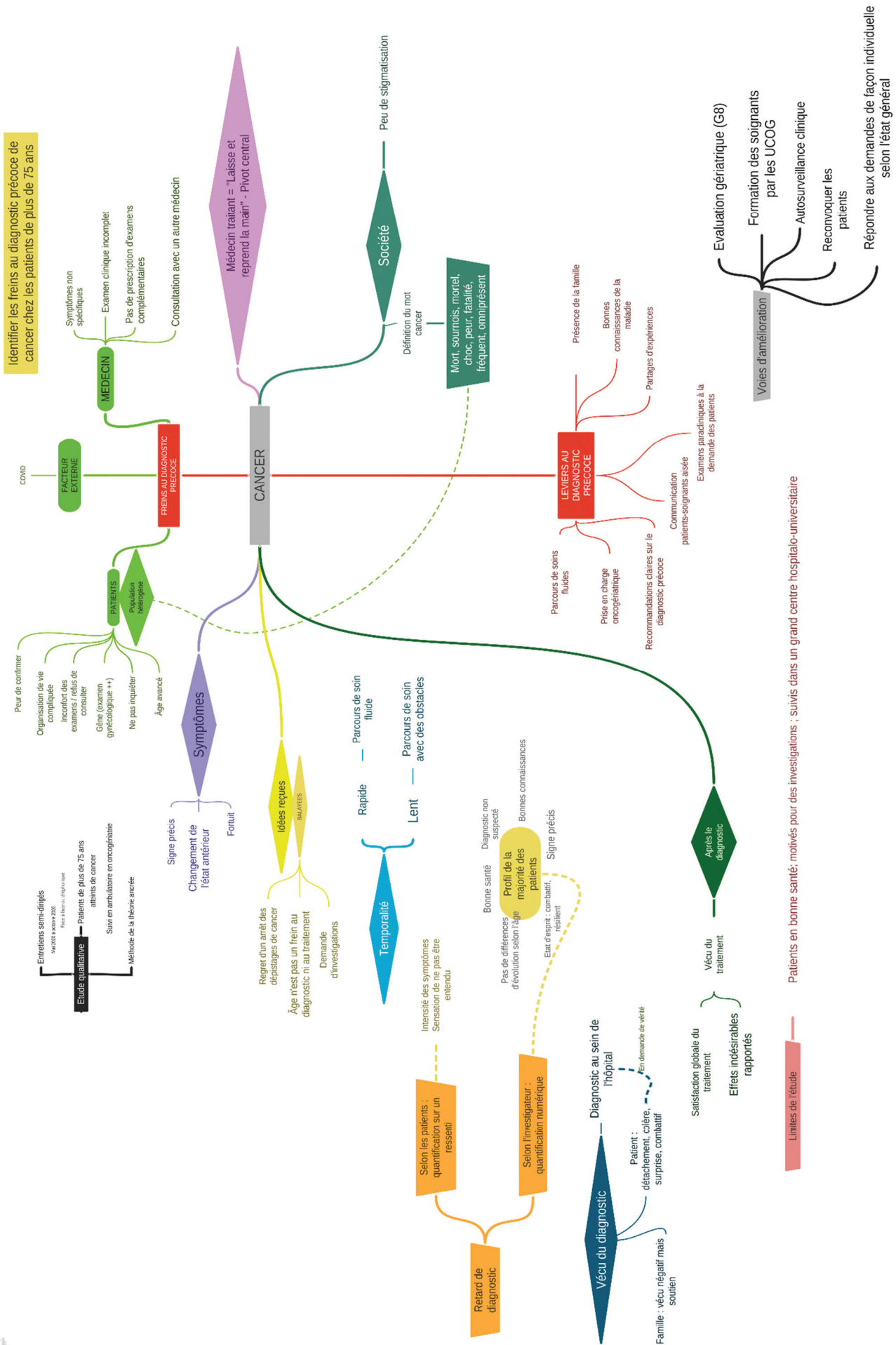
Les informations complémentaires ayant été fournies le Comité émet un avis favorable en date du 17 mars 2020


Dr Shahnaz KLOUCHE
Présidente

- Attestation d'engagement du Promoteur de la Conformité de la demande d'avis daté du 28/01/2020
- Courrier de demande d'avis du 28/01/2020
- Résumé du protocole en français version 1 du 16/01/2020
- Grille d'entretien version 1 du 16/01/2020
- CV de Mme TAZELMATI et le CV du Dr VALERO
- Déclaration de conformité à la MR003 datée du 28/01/2020 et le récépissé de cet engagement
- La notice d'information patient version 2 du 06/03/2020
- Le document de réponse aux questions daté du 16/03/2020

Accord du Comité de Protection des Personnes – 17 mars 2020

Carte heuristique





Nom, prénom du candidat : TAZELMATI Camille

CONCLUSIONS

Dix pour cent de la population française a plus de 75 ans et un cancer sur trois est découvert chez un patient parmi cette population. Il a été décrit dans diverses études que la prise en charge de ces patients âgés pouvait être retardée et toutes les thérapeutiques optimales ne seraient pas mises en place.

Plusieurs hypothèses pourraient expliquer ceci : du côté des patients, il existerait des craintes à parler de symptômes nouveaux, il y aurait une moindre prévention faite auprès d'eux. Pour les médecins, il pourrait y avoir une confusion avec des symptômes généraux, voire avec le « vieillissement physiologique » et une crainte de mettre en place des traitements.

Le médecin généraliste reste le pivot central de la prise en charge.

Une étude qualitative auprès de patients de plus de 75 ans atteints de cancer, par entretiens semi-dirigés a été effectuée, dans les départements du Rhône et de l'Ain.

Ses objectifs étaient de chercher les freins au diagnostic précoce de cancer, liés au patient lui-même, au médecin, à la société et d'explorer aussi le vécu de sa maladie.

Quinze patients ont accepté de participer à l'étude.

Les entretiens ont été analysés selon des thèmes et des sous-thèmes précis dont le vécu de la maladie, le type de symptôme principal, la temporalité de la maladie, l'organisation de la médecine de ville, les connaissances sur la maladie, l'âge et la maladie, la société et la maladie, le vécu des traitements.

L'étude a montré que la majorité des patients sont globalement satisfaits de leur parcours de soins, à partir du moment où leur symptôme principal a été pris en charge, avec peu de retard de diagnostic.

Néanmoins certains évoquent des raisons qui pourraient expliquer un diagnostic plus long.

Il existe un facteur patient avec diverses raisons : le symptôme nouveau peut être ressenti comme non inquiétant voire être même nié ; l'organisation de vie parfois compliquée ; une gêne à parler de certains soucis de santé (dont gynécologique) ; ne pas inquiéter ses proches ; un âge avancé.

Il existe un facteur médecin : certains symptômes peuvent être non spécifiques, non alarmants ; l'examen clinique est parfois incomplet ; des examens complémentaires ne sont pas prescrits ; une consultation chez un confrère ou une consœur qui connaissent moins le patient.

Un facteur externe lié à perturbation du système de soins par le coronavirus a aussi été évoqué.

La prise en charge des cancers chez les personnes âgées est un enjeu de santé publique, avec une réelle demande des patients et des médecins généralistes d'être mieux informés, ces derniers voulant être des acteurs centraux dans la prise en charge. Les unités de coordination d'oncogériatrie ont un rôle à jouer, quant à l'information auprès des patients et des médecins généralistes pour une prise en charge optimale, en accord avec les souhaits et l'état général des patients, dont l'évaluation gériatrique est primordiale.

Ainsi les différentes voies d'amélioration de la prise en charge des patients âgés atteints de cancer doivent se faire sur plusieurs axes, soutenus par les différents UCOG :

- Informer les patients : le cancer ne s'arrête pas après un certain âge ; promouvoir l'auto-surveillance dont l'autopalpation mammaire, par exemple.
- Informer les professionnels de santé : les former à des diagnostics individualisés, adaptés à l'état général du patient et à ses comorbidités ; détecter la fragilité (test G8)
- Modifier les perspectives de santé publique : financer des campagnes d'informations

Ce travail a ainsi étudié le point de vue des patients âgés atteints de cancer sur leur prise en charge. Il serait intéressant d'étudier le point de vue des médecins généralistes qui orientent leurs patients âgés pour la prise en charge de leur cancer.

Le ressenti des familles a aussi été évoqué dans ce travail mais a été peu approfondi. Une étude sur l'accompagnement des familles auprès de leur proche malade pourrait être effectué.

Le Président de la thèse,
Nom et Prénom du Président
Cachet et Signature

FALANDRY Claire
GROUPEMENT HOSPITALIER SUD
CENTRE HOSPITALIER LYON SUD
69495 PIERRE BENITE Cedex
Service de Médecine Gériatrique
Pavillon 4 B
Professeur Claire FALANDRY

Vu :
Pour le Président de l'Université,
Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est



Professeur Gilles RODE
Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 30 MARS 2021

VII. EXEMPLE DE VERBATIM

VERBATIM MME 14

Téléphonique 28'

Mme 14 : J'essaie de rendre service, hein.

Moi : Oui, c'est ça. Exactement

Mme 14 : D'accord. Je vais essayer d'être sensée dans mon dire, ma foi. Je vais vous dire ce que je peux sur ma situation. Vous me dites quand...

Moi : Et bien on peut commencer, du coup. Est-ce que vous pouvez me raconter comment ça s'est passé jusqu'au diagnostic de votre maladie ?

Mme 14 : Voilà. Alors, Ça fait quelques années, je me rendais compte que j'avais une petite grosseur. Je me disais : « olala, c'est sans crainte ». Enfin, j'y faisais pas attention. Ça passait même inaperçu, voyez. Je pensais que c'était une petite glande comme ça. Puis les années ont passé et arrivé à, mettons, l'année dernière. Au moment où ma fille a voulu que je fasse une visite, je ne voulais rien dire. Là ça s'était bien accentué. Le sein est devenu dur et ça s'est étendu. Je ne voulais rien dire pour pas affoler mes enfants. J'ai dit « à 93 ans, j'irai jusqu'au bout comme ça et on verra bien. » Et puis la petite de l'ADMR qui me fait ma toilette s'est rendue compte de ce que j'avais. Elle a voulu que j'en parle à ma fille. Ce que j'ai fait. Et ma fille a donc fait appel, on a fait appel à un médecin. J'ai eu affaire au docteur « oncogériatre » qui me suit donc. Je prends un traitement par hormonothérapie. Vu mon âge. Donc je prends une sorte de comprimé avec, un à midi et un autre le soir. Et voilà que j'ai pris une éruption cutanée autour de la ceinture, qui me démange. Alors ma fille a téléphoné au Dr.. « oncogériatre » qui a donné des comprimés. Des petites capsules que je dois même finir cette semaine. Ça m'a un peu calmée. Mais enfin je ne sais pas si ça vient des culottes proposées ou du traitement. Je n'en sais rien. Mais enfin par moment ça démange pas mal. C'est plus que sur les hanches maintenant. Autrement, le cancer me laisse assez tranquille pour le moment malgré que ça fait des années que je le traîne bien sûr. Et j'ai un... J'ai une prise de sang par semaine pour savoir si le traitement continue et je passe la visite à peu près une fois par mois vers le Dr. « oncogériatre » pour faire le bilan, un bilan de ce qui se passe. Ce qui il y a, je pense que c'est ce qu'on m'a donné pour calmer la démangeaison, l'éruption, j'ai pas mal d'écoëurements et puis je suis pas toujours (? moi-même ?), je perds un petit peu la tête, je remarque. Depuis le traitement. Je remarque ça. Et comme ils mettent sur le papier « ne pas conduire », donc je pense que ça doit avoir des effets calmants, sur plusieurs choses. Il faut aussi que je vous dise aussi que j'ai la DMLA et je n'arrive plus à lire comme il faut. J'y vois pour me guider. Pour le moment, j'habite seule. Mais pour lire alors, c'est très difficile.

Moi : D'accord. Ok. Pour en revenir sur ce que vous disiez, c'est à quel moment que l'ADMR s'est rendue compte que il y avait cette boule ?

Mme 14 : Et bien écoutez. Je sais pas quand est-ce que j'ai commencé mon traitement. Mais ça fait... ça doit bien faire presque 6 mois quand même.

Moi : Depuis 6 mois ?

Mme 14 : Que je... oui... On est allées vers le Dr. « oncogériatre » à ce moment là. Quand j'ai demandé un RDV.

Moi : C'était en février en mars du coup ?

Mme 14 : oh peut-être bien oui. J'arrive à même plus me souvenir. Alors j'ai un document mais je peux pas arriver à le lire. C'est ma fille qui vient 1 fois par mois à peu près pour m'accompagner à mes visites chez le professeur. Elle est professeur le Dr « oncogériatre » ?

Moi : Oui c'est ça. D'accord

Mme 14 : Alors. Elle vient m'accompagner comme c'est elle qui a mis tout ça en route. Alors voilà. Le protocole s'est déclenché. Et puis, maintenant je suis entre les mains, de soins, d'examens et de prises de sang. Voilà

Moi : Est-ce que le médecin traitant, il a fait une lettre ou est-ce qu'il vous a vue ou vous êtes allée directement chez Pr. « oncogériatre » ?

Mme 14 : Non non. C'est-à-dire j'en ai parlé à d'autres médecins qui a dû écrire en effet, peut-être au Dr. « oncogériatre » pour demander quand même un RDV pour moi. Oui je pense. Voyez, j'arrive même plus à me souvenir. J'ai mis les soins entre les mains de ma fille. Et puis j'arrive à me reposer sur elle, vous voyez. Je récupère un peu la notion depuis ce traitement, depuis une quinzaine de jours. Je perds un petit peu le sens des choses.

Moi : D'accord. Ok.

Mme 14 : enfin bon. Mon docteur traitant est au courant des soins que je suis

Moi : D'accord. et votre médecin traitant, vous le voyez à quel rythme ?

Mme 14 : oh en général (rires), je ne fais jamais venir de médecin. Voyez j'avais aucun médicament sauf pour les yeux mais j'ai été obligée de m'y mettre depuis que je suis le traitement pour le sein. Autrement je n'ai pas d'autres traitements. Alors Je le fais venir quand vraiment je suis obligée pour quelque chose mais c'est plutôt rare. J'ai pas bien besoin de médecin. Je suis entre les mains du Dr « oncogériatre » et je suis le mouvement, vous voyez.

Moi : D'accord. En fait, vous êtes en très bonne santé et vous n'avez pas besoin de voir un médecin.

Mme 14 : Jusqu'à maintenant, oui. Je n'avais rien du tout que des ennuis de vieillesse. On m'a fait des infiltrations dans les épaules, dans l'épaule parce que je n'ai plus de cartilage. Enfin j'ai des douleurs rhumatismales, comme les personnes âgées. Mais ça ne m'arrête pas ou quoi.

Mme 14 : et cette grosseur que vous avez au sein, vous avez dit ça fait plusieurs années que vous l'avez, c'est ça ?

Moi : Oh oui, oh oui. C'est bien 2-3 ans que je m'étais rendue compte d'une petit quelque chose. Mais ça a durci depuis. C'est très dur. J'ai le sein qui a durci

Mme 14 : et c'est là que vous vous êtes dit qu'il faut consulter ?

Moi : oui. La petite qui me fait prendre la douche m'a dit « vous devriez en parler à votre fille. Faut pas rester comme ça ». Je lui dis « je veux pas les affoler mes enfants ». Enfin. Et puis j'en

ai parlé quand même à ma fille (rires) qui a parlé à mon médecin traitant et ça a mis le Dr. »oncogériatre » sur pied. Enfin on avait téléphoné, on avait donné une adresse. Parce que j'avais déjà consulté à « hôpital » pour un cancer des intestins que j'ai eu en 2002. Et je m'en suis remise ma foi depuis. C'était la docteur... qui était la chef à ce moment là là-bas. Je crois qu'elle fait partie du Dr. »oncogériatre ». Elle nous a dit « c'est pas ma compétence ». On m'a envoyé vers Dr « oncogériatre ».

Moi : Et quand votre fille en a parlé à votre médecin traitant, est-ce que vous avez passé des examens comme des mammographies ou des échographies ?

Mme 14 : et bien. Mammographie j'ai refusé. J'ai passé tout à « hôpital » entre « hôpital » et « hôpital » de « ville » mais c'est « hôpital » qui me suit alors. J'ai passé toute une série d'examens bien sûr et c'est là qu'on a découvert le cancer. Et j'en ai passé un dernier qui s'appelle le... Il paraît qu'il y en a qu'un à « ville » et « ville »... Le... Comment appelez-vous ?

Moi : Un pet-scan ?

Mme 14 : un scanner ...

Moi : C'est un pet-scan c'est ça ?

Mme 14 : oui peut-être bien ça. Qui a trouvé donc ce dernier que j'ai passé, il y a combien, une quinzaine de jours, un point quand même au foie et (silence), attendez voir... oh bah là...c'est pas possible, je perds quand même pas la tête à ce point là.

Moi : ça va peut-être vous revenir après.

Mme 14 : Au poumon et au foie.

Moi : Au poumon et au foie. D'accord. Ok.

Et pour quelles raisons vous avez refusé la mammographie ?

Mme 14 : j'en avais passé une étant jeune fille, étant plus jeune. Et j'en ai un mauvais souvenir. On me pressait entre deux... bien sûr, on nous presse le sein et puis on m'avait dit, c'était... Je m'étais fait relever les organes en 1980 (?). J'avais que ça. J'avais 49 ans. On m'a dit « oui, vous attendez tous le dernier moment. On vous passe une mammographie. Vous avez une grosseur au sein. On va vous l'enlever. ». Et puis je suis retournée voir mon homéopathe qui m'a dit « je vous ai peut-être un peu trop donné de médicaments suite aux organes qu'on vous a enlevés. Je vais vous les diminuer. » Et puis pensez-vous, je suis restée jusqu'à ces dernières années tranquille. Je suis repartie de l'hôpital où j'avais une place. Je me suis jamais fait été opérer et j'ai eu un mauvais souvenir des mammographies parce que j'ai pensé qu'en appuyant fortement sur le sein, ça pouvait faire éclater les cellules. Alors on a bien accepté à « hôpital » que je refuse la mammographie. J'ai passé tous les autres examens. Comment... Oui. On m'a... Enfin avec une aiguille quoi.

Moi : Une biopsie alors ?

Mme 14 : voilà oui.

Moi : D'accord. Quand vous m'avez dit, quand quelqu'un vous a dit « vous attendez tous le dernier moment » quand vous aviez 49 ans ou là récemment ?

Mme 14 : Non non. Quand j'avais 49 ans et que après cette opération, on m'avait enlevé les organes, j'avais senti une petite douleur et une grosseur au sein et c'est là que j'avais été consulter et où on m'a conseillé une mammographie « oui vous avez une grosseur. On va vous l'enlever. Vous attendez le dernier moment ». C'est là que je me suis fait un petit peu gronder. Et puis On m'avait donné une place à l'hôpital, j'en suis repartie. Et puis j'y suis restée jusqu'à ces derniers années sans avoir besoin d'opération.

Moi : D'accord. Vous n'avez jamais été opérée au niveau du sein alors.

Mme 14 : Non non

Moi : D'accord. Et même actuellement, on vous a pas opérée, vous avez juste l'hormonothérapie.

Mme 14 : voilà. Oui c'est ça. Bien sûr j'ai 93 ans. Ça fait un peu âgé pour un gros traitement, ça c'est sûr.

Moi : D'accord. Vous pensez que vous êtes trop âgée pour avoir d'autres traitements ?

Mme 14 : bah c'est-à-dire que automatiquement, la docteur « oncogériatre » me dit « écoutez on va faire tel protocole par hormonothérapie » et puis j'ai accepté comme ça..

Moi : D'accord. Est-ce que vous vous souvenez quel est le premier médecin qui a prononcé le mot cancer ?

Mme 14 : Bah écoutez. J'ai quand même compris quand on m'a passé un scanner ou autre. On m'a dit « oui, le sein est pris » .. oh, j'ai dit « c'est un cancer ». Puis même, j'avais... J'ai dit « c'est cancéreux ? ». C'est là qu'on m'a dit oui. Après le 1^e examen, vu que j'étais prête à accepter, parce que je me doutais bien de ce que j'avais. C'était assez étendu, ça tient presque tout le sein extérieurement.

Moi : D'accord. Donc c'est le radiologue qui vous a dit que c'était cancéreux.

Mme 14 : Voilà. J'ai dit « c'est cancéreux ? », on me dit « oui oui ». Bien sûr, c'est cancéreux. Maintenant, c'est très dur. Je croyais que le cancer au sein restait quelque chose de mou mais c'est vraiment dur. Ça durcit quoi. Ça fait comme un gros durillon mais alors quand il y a toute la base du sein qui est une coquille.

Moi : D'accord. Ok. Est-ce que vous pensez qu'il y a eu un retard de diagnostic ?

Mme 14 : Qu'il y a un retard ? Ah bah c'est de ma faute, c'est de ma faute. C'est moi qui n'ai jamais rien dit depuis des années. Je me doutais de ce que j'avais.

Moi : Ce que vous me disiez, c'est que vous aviez peur d'affoler vos enfants, c'est ça ?

Mme 14 : voilà. Oui.

Moi : D'accord. Du coup vous me dites que vous ne voyez pas trop de médecin. Est-ce que les rares fois où vous le voyiez, il vous parlait du cancer ou il vous faisait des dépistages comme les mammographies.. Les mammographies non du coup.. mais les hémocults ?

Mme 14 : Jamais. Les 2-3 fois que j'ai vu pour soit pour des grippes, soit pour autre, jamais elle m'a eu l'idée de me tâter le sein. Moi je ne disais rien. Tout passait en silence. Elle a jamais vu. C'est une petite jeune qui vient de remplacer un docteur qui part à la retraite. Et oui.

Moi : Et qu'est-ce que vous en pensez le fait qu'elle n'a jamais palpé...

Mme 14 : oh, je ne lui en veux pas. Elle me regardait avec son stéthoscope, mais bien sûr, le sein gauche. Donc elle touchait pas le sein droit. C'est le sein droit qui est pris. J'aurais dit quelque chose, peut-être que ça l'aurait éveillé. Elle aurait tâté, elle aurait bien vu ce que j'avais. Mais ne lui disez rien, la pauvre, elle ne pouvait pas deviner non plus.

Moi : Oh non je ne sais pas qui c'est (rires) donc je ne vais pas lui dire. Rassurez vous.

Mme 14 : Et à mon âge, à mon âge, je me disais « à quoi bon lui dévoiler ce que j'ai. Si elle le découvre un jour, elle le découvrira. » mais maintenant elle sait que j'ai un cancer, bien sûr.

Moi : D'accord. Est-ce qu'elle a pris de vos nouvelles depuis ?

Mme 14 : Oui oui. On s'est vues une ou deux fois. Elle m'a donné une crème pour.. Déjà pour ma démangeaison et ma fille ayant téléphoné au Dr « oncogériatre », elle lui en a parlé. Elle lui a dit « faites lui donc prendre ça ». Ça m'a calmé un peu mais c'est pas passé encore. Je vais finir mes quatre petits comprimés dans la semaine, je crois.

Alors est-ce que ça vient des culottes qui me préservent. Enfin comme je suis in.... Bah alors je retiens plus mes urines maintenant. C'est difficile, je vais souvent faire pipi. Je suis obligée de mettre des culottes avec des couches dedans.

Moi : D'accord ça fait pas longtemps que vous les avez du coup ?

Mme 14 : Et bien les premières que j'ai achetées ne m'ont rien causées. Alors ma fille a vu sur un paquet dernièrement, que les dates, je ne savais pas qu'il y avait des dates sur ces culottes dans le commerce, la date était passée. Elle me disait... « Mais tu vois tes culottes à toi ou des dernières qui ont des dates plus récentes. Tu verras si la démangeaison s'arrête » A la place de la ceinture, comme si c'était le caoutchouc qui me démangeait, voyez.

Moi : ouais. Ça vient peut-être de ça effectivement.

Mme 14 : alors peut-être

Moi : Avant le diagnostic de votre maladie, qu'est ce que vous saviez de cette maladie, avant ?

Mme 14 : écoutez j'étais plus ou moins courante car j'ai eu des personnes autour de moi qui ont eu des cancers du sein, certaines dont tout s'est bien passé. D'autres ont été emportées par le cancer. J'ai une cousine qui avait été opérée. Elle a vécu longtemps après son opération de cancer du sein. Bien sûr, tout ne se passe pas de la même façon. Tout dépend du moment où s'est fait (petit rire).

Moi : D'accord. Est-ce que vous pensez qu'il y a une différence d'évolution de la maladie selon l'âge du patient ?

Mme 14 : Je pense oui. Plus on est âgés, moins les cellules quand même prolifèrent. Plus la personne est jeune, plus ça accélère le mouvement du cancer, quand même. Les cellules se renouvellent plus vite aussi.

Moi : D'accord ok. Est-ce que vous souvenez ce qu'on dit vos proches à l'annonce de votre maladie ?

Mme 14 : Bah écoutez ils ont pas dit grand-chose, ma foi. Ma fille de « ville », je l'ai avertie. Elle est infirmière. Elle m'a dit « fais toi bien traiter, elle m'a dit n'aie pas peur », c'est tout. Ça les a quand même un petit peu surpris.

Moi : ils vous ont expliqué pourquoi ils étaient surpris ?

Mme 14 : bah parce que je n'avais jamais rien dit jusqu'à maintenant. Puis, Tout à coup, ils ont appris par ma fille justement qui avait donné alerte que je ne n'avais jamais rien dit alors que je savais, « et pourquoi au lieu de te faire traiter tout de suite. » Et voilà oui. Ils s'attendaient pas...

Moi : vous disiez, pardon ?

Mme 14 : oui ils s'attendaient pas à ce que j'ai un cancer bien sûr, ça a été un petit peu subi.

Moi : D'accord. Est-ce que vous arrivez à parler facilement à d'autres personnes ce qui vous arrive ?

Mme 14 : oh oui oui. Pour moi, il n'y a pas de maladie honteuse. Toutes les maladies sont dans le monde, malheureusement

Moi : A votre avis, que dit la société sur le cancer ?

Mme 14 : bah écoutez ça fait encore peur. Du moment qu'on n'a pas trouvé le remède, le remède qui guérit automatiquement, le cancer est encore une maladie malgré tout un petit peu bizarre.

Moi : D'accord. Où on arrive pas à trouver un traitement qui l'éradique complètement

Mme 14 : oui c'est ça.

Moi : avant le diagnostic de votre maladie, qu'est-ce que vous en pensiez quand on vous disait chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie ?

Mme 14 : j'aurais pas été tellement pour la chirurgie, vous voyez. J'aime autant suivre un traitement comme ça qui me garde un peu à la maison parce que je me cramponne à ma maison autant que je peux. Mais le jour où je verrai plus du tout, je pourrais pas rester bien sûr. Aussi davantage, fatiguée. Mais autrement, j'étais d'accord pour un traitement hormonothérapie.

Moi : D'accord. Du coup, C'est pendant les consultations avec Pr « oncogériatre » que vous avez discuté de tous les traitements ?

Mme 14 : voilà oui c'est ça.

Moi : D'accord, Et vous avez eu le choix de ce que vouliez ?

Mme 14 : bah elle m'a plutôt conseillé. Elle m'a dit « vu votre âge, je vous conseillerai tel traitement ». Moi j'ai dit « d'accord, on va essayer. » et puis voilà.

Moi : D'accord. En tout cas, si on vous proposait la chirurgie demain, qu'est ce que vous diriez ?

Mme 14 : je sais pas si j'accepterai. Je serais pas tellement chaude pour accepter la chirurgie, vous voyez.

Moi : Parce que vous pensez que vous allez rester à l'hôpital et pas rentrer à la maison ou ?

Mme 14 : Voilà aussi ! Pour mes intestins, j'étais restée 5 mois entre les traitements et la maison de repos, 5 mois. Oui oui j'étais très bien, remarquez. Mais C'est l'hôpital que j'en ai pas un tellement bon souvenir. L'hôpital et les soins, quoi c'est ça.. Enfin le personnel était très gentil mais enfin les soins que je recevais : les flacons, de choses. C'est ça qui m'a laissé un souvenir un petit peu amer. Je voudrais pas recommencer.

Moi : D'accord ok. Qu'est ce que vous en pensez des consultations avec Pr « oncogériatre » ?

Mme 14 : Bah écoutez je les trouve très utiles, ma foi, je pense qu'elle est assez consciencieuse pour voir ce qu'il en est. Mais j'ai trouvé drôle que jamais ils ne m'aient.... Qu'elle ne m'ait tâté pour voir ce que le sein était. Elle travaille avec 3 petites qui sont autour d'elle. Est-ce que ce sont des élèves ? Ou des infirmières ? Une qui m'a fait passer des tests... autrement, ma foi, alors j'en suis là. Je suis entre ses mains. Je vais y retourner courant octobre. Attendez voir. Oh je vais y retourner bientôt puisque ma fille revient pour m'accompagner. Oui...

Moi : est-ce que vous pensez que l'âge est un frein pour certains traitements ?

Mme 14 : Pour faire certains traitements ?

Moi : oui

Mme 14 : oh certainement, oui. Je pense. On agirait pas avec un jeune comme avec quelqu'un qui a passé un certain âge. L'organisme ne réagit pas pareil non plus.

Moi : Ok. Est-ce que vous trouvez qu'on vous explique bien tout ce qui se passe ?

Mme 14 : oui autrement, j'ai pas à me plaindre. On dit tout ce qu'il faut, remarquez. J'ai pas besoin de savoir tellement, tellement de choses. Mais enfin à part le traitement, je suis assez convaincue. J'ai un cancer, j'ai un cancer. Malheureusement, il y en a beaucoup, maintenant.

Moi : Vous trouvez qu'il y en a plus qu'à l'époque ?

Mme 14 : oh oui. Encore avant midi, ma fille me téléphone pour m'annoncer que de leur collègue a un cancer des poumons ou à la gorge. Il était fatigué depuis quelques temps. En ce moment, ça pullule un peu les cancers. Je sais pas si c'est dans l'air, si c'est le changement de nourriture qu'on a eu depuis des années. Mais il y a quelque chose qui... les hormones qui travaillent. Enfin.

Moi : D'accord. Entre le moment où du coup la fille de l'ADMR s'est rendue compte qu'il y avait quelque au sein et maintenant, comment vous évaluez votre parcours de soin ?

Mme 14 : Et bien écoutez j'ai averti ma fille, ma fille a appelé mon médecin traitant, mon médecin du pays, la maison médicale. On a téléphoné à « hôpital ». Voilà

Moi : D'accord. Vous trouvez que ça s'est bien enchaîné ?

Mme 14 : Que ?

Moi : que ça s'est bien enchaîné tout le...

Mme 14 : oh oui.ça a été assez vite et on s'est vite occupés de moi. Passé les examens l'hiver et puis qui se sont enchaînées sur des mois aussi les examens.

Moi : ça a duré combien de temps, vous savez à peu près ?

Mme 14 : ça fait bien 2-3 mois que j'étais en examen ceci, en examen cela. En radio ceci. Après scanner. Oui oui, ça fait bien 2-3 mois. J'arrive plus à percevoir le temps, vous voyez. Mais enfin ça fait déjà... oh oui.

Moi : D'accord ok. Vous avez répondu à toutes mes questions. Je sais pas si vous avez des choses à rajouter en particulier.

Mme 14 : Ecoutez non pas spécialement. J'espère que j'ai répondu à peu près, censément, ma foi.

Moi : Oui oui, c'était parfait (rires).

Mme 14 : Bon écoutez je vous souhaite bon courage, ma petite. Bonne continuation.

VIII. BIBLIOGRAPHIE

1. Rapport Avoir un cancer après 75 ans : le refus de la fatalité de l'Observatoire sociétal des cancers, Ligue contre le cancer [en ligne]. France. Ligue contre le Cancer. 2017 [consulté le 06/12/2018].142p [Internet].
Disponible sur: https://www.ligue-cancer.net/sites/default/files/docs/osc_2016_avoir_un_cancer_apres_75_ans_le_refus_de_la_fatalite_v_07_06_2017.pdf
2. Blanpain N, Chardon O. Projections de population à l'horizon 2060 Un tiers de la population âgé de plus de 60 ans.
3. Le cancer en chiffres | Fondation ARC pour la recherche sur le cancer [Internet]. [cité 24 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.fondation-arc.org/le-cancer-en-chiffres>
4. Pignon. Cancer et sujets âgés. Prise en charge. Aspects décisionnels [Internet]. 2000 [cité 29 janv 2019]. Disponible sur: <https://eds-a-ebsohost-com.docelec.univ-lyon1.fr/eds/detail/detail?vid=2&sid=6a998aec-3485-4805-9b17-14ece4a9fc4a%40sessionmgr104&bdata=Jmxhbm9ZnImc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=11039172&db=cmedm>
5. Di Nisi L. Problématiques rencontrées en oncogériatrie et confrontation aux résultats d'une enquête d'opinion auprès des médecins généralistes d'Alsace. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Strasbourg (2009-....). Faculté de médecine; 2009.
6. Stefani L. Problèmes éthiques soulevés par la prise en charge thérapeutique des patients âgés déments atteints de cancer. InfoKara. 2008;Vol. 23(4):155-60.
7. Niemier J-Y. Guide des (fausses) idées reçues et des (vraies) bonnes pratiques : Cancer et personnes âgées [en ligne] [Internet]. 2015; CHRU de Nancy. Disponible sur: https://www.pole-cancerologie-bretagne.fr/ucog/recommandations.html?file=tl_files/media/images/UCOG/fichier/guide-idees-recues-bonnes-pratiques-cancer-personnes-agees-web.pdf
8. Abila F, Martin-Gaujard G. Diagnostic de cancer chez le sujet âgé : sensibilisation des médecins au repérage des signes non spécifiques : étude quantitative, observationnelle, descriptive. 2018.
9. Bungener M, Demagny L, Holtedahl KA, Letourmy A. La prise en charge du cancer : quel partage des rôles entre médecine générale et médecine spécialisée ? Pratiques et Organisation des Soins. 2009;Vol. 40(3):191-6.
10. Onco-gériatrie | Ressources [Internet]. [cité 24 nov 2020]. Disponible sur: <https://ressources-aura.fr/onco-geriatrie-presentation-unites-de-coordination-onco-geriatrie/>
11. UCOG Poitou-Charentes. « Il n'y a pas d'âge pour se faire soigner du cancer. » [en ligne]. France. Réseau Onco Poitou Charentes. 2018 [consulté le 09/12/2018]. Disponible : http://ucog.onco-poitou-charentes.fr/files/info_patients/Plaquette_diagnostic_pr%C3%A9coce_UCOG_PCH.pdf
12. Aubin-Augier I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.
13. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. Reflets et perspectives de la vie économique. 2014;Tome LIII(4):67-82.
14. Six jours en moyenne pour consulter un généraliste mais deux mois pour un dermatologue et presque trois pour un ophtalmo [Internet]. Le Quotidien du médecin. [cité 7 mars

- 2021]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/six-jours-en-moyenne-pour-consulter-un-generaliste-mais-deux-mois-pour-un-dermato-et-presque-trois>
15. Ramirez AJ, Westcombe AM, Burgess C, Sutton S, Littlejohns P, Richards MA. Factors influencing delayed presentation of breast cancer: a systematic review. *The Lancet*, vol 353, no 9159. 1999;1127–11131.
 16. Rasmussen S, Larsen PV, Søndergaard J, Elnegaard S, Svendsen RP, Jarbøl DE. Specific and non-specific symptoms of colorectal cancer and contact to general practice. *Fam Pract*. août 2015;32(4):387-94.
 17. Fayet M. Gut feeling et expertise en médecine générale. Perception des médecins généralistes. 2020;68.
 18. ESMO 2020 - COVID-19 : la surmortalité par cancers lors de la première vague estimée entre 2 et 5 % [Internet]. Gustave Roussy. [cité 9 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.gustaveroussy.fr/fr/esmo-2020-covid-19-surmortalite-cancers-premiere-vague-entre-2-5-pour-cent>
 19. Dorval. Propositions sur les perspectives d'évolution de la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer en France [Internet]. 2008 [cité 1 oct 2020]. Disponible sur: https://sofog.org/system/download_files/59/files/original/Propositions_sur_les_perspectives_d%E2%80%99C3%A9volution_de_la_prise_en_charge_des_personnes_%C3%A2g%C3%A9es_atteintes_de_cancer_en_France.pdf?1554221522
 20. Derbez B, Rollin Z. IV. Expériences du cancer. *Reperes*. 1 mars 2016;73-98.
 21. Pourquoi des limites d'âge pour le dépistage organisé du cancer colorectal ? - ADECA 68 [Internet]. [cité 9 nov 2020]. Disponible sur: http://www.adeca68.fr/en_savoir_plus/toutes_les_questions/limites_dage/pourquoi_des_limites_d%E2%80%99age_pour_le_depistage_organise_du_cancer_colorectal_.225.html
 22. Independent UK Panel on Breast Cancer Screening. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. *Lancet*. 17 nov 2012;380(9855):1778-86.
 23. Early detection of breast cancer by mammography screening | Harding-Zentrum für Risikokompetenz [Internet]. [cité 9 nov 2020]. Disponible sur: <https://hardingcenter.de/en/early-detection-breast-cancer-mammography-screening>
 24. Dépistage et détection précoce - Professionnels de santé [Internet]. [cité 15 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce>
 25. Détecter tôt - L'intérêt du diagnostic précoce [Internet]. [cité 15 mars 2021]. Disponible sur: <http://moyenspouragir.e-cancer.fr/html/detecter/l-interet-du-diagnostic-precoce.html>
 26. Terret C, Castel-Kremer E, Albrand G, Droz JP. Effects of comorbidity on screening and early diagnosis of cancer in elderly people. *The Lancet Oncology*. 1 janv 2009;10(1):80-7.
 27. Boureau A-S, de Decker L. Dépistage des cancers chez le sujet âgé. *La Revue de Médecine Interne*. 1 août 2018;39(8):650-3.
 28. Flesch H, Freycon C, Olive F, Lugosi M. Diagnostic de cancer dans un service de médecine interne. *La Revue de Médecine Interne*. 1 déc 2016;37:A146.
 29. Hournau-Blanc J. Structuration de l'activité oncogériatrique : historique et état des lieux en 2013. Jusqu'à la mort accompagner la vie. 2013;n° 115(4):103-8.
 30. Extermann M, Hurria A. Comprehensive Geriatric Assessment for Older Patients With Cancer. *JCO*. 10 mai 2007;25(14):1824-31.

31. Hamaker ME, Jonker JM, de Rooij SE, Vos AG, Smorenburg CH, van Munster BC. Frailty screening methods for predicting outcome of a comprehensive geriatric assessment in elderly patients with cancer: a systematic review. *The Lancet Oncology*. 1 oct 2012;13(10):e437-44.
32. Wildiers H. How to bring geriatrics and oncology together - ecancer [Internet]. 2015 [cité 9 nov 2020]. Disponible sur: <https://ecancer.org/en/video/4246-how-to-bring-geriatrics-and-oncology-together>
33. Séniors : Il n'y a pas d'âge pour être vigilant face au cancer | Centre Léon Bérard [Internet]. [cité 9 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.centreleonberard.fr/institution/actualites/seniors-il-ny-pas-dage-pour-etre-vigilant-face-au-cancer>
34. Forbes LJL, Linsell L, Atkins L, Burgess C, Tucker L, Omar L, et al. A promoting early presentation intervention increases breast cancer awareness in older women after 2 years: a randomised controlled trial. *British Journal of Cancer*. juin 2011;105(1):18-21.
35. Lin OS, Kozarek RA, Schembre DB, Ayub K, Gluck M, Drennan F, et al. Screening Colonoscopy in Very Elderly Patients: Prevalence of Neoplasia and Estimated Impact on Life Expectancy. *JAMA*. 24 mai 2006;295(20):2357.
36. Gross CP, Guo Z, McAvay GJ, Allore HG, Young M, Tinetti ME. Multimorbidity and Survival in Older Persons with Colorectal Cancer: MULTIMORBIDITY AND CANCER SURVIVAL. *Journal of the American Geriatrics Society*. déc 2006;54(12):1898-904.
37. Wolf AMD, Fontham ETH, Church TR, Flowers CR, Guerra CE, LaMonte SJ, et al. Colorectal cancer screening for average-risk adults: 2018 guideline update from the American Cancer Society. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2018;68(4):250-81.
38. Écomard L-M. Modalités diagnostiques du cancer du sein chez la femme, à partir de 75 ans, en Gironde : rôle du médecin généraliste [Internet]. undefined. 2013 [cité 1 oct 2020]. Disponible sur: </paper/Modalit%C3%A9s-diagnostiques-du-cancer-du-sein-chez-la-%C3%A0-%C3%89comard/7defd43864f5a2aafdc988358a9463a9d6d2a7bf>
39. Référence Evaluation gériatrique standardisée en oncologie [Internet]. [cité 22 mars 2021]. Disponible sur: <http://oncologik.fr/referentiels/rrc/evaluation-geriatrique-standardisee-en-oncologie>



TAZELMATI Camille - Identifier les freins au diagnostic précoce de cancer chez les plus de 75 ans – étude qualitative par entretiens semi-dirigés

RESUME

Dix pour cent de la population française a plus de 75 ans et un cancer sur trois est découvert chez un patient parmi cette population. Il a été décrit dans diverses études que la prise en charge de ces patients âgés pouvait être retardée et toutes les thérapeutiques optimales ne seraient pas mises en place.

Plusieurs hypothèses pourraient expliquer ce fait, soit de la part des patients soit du corps médical.
Le médecin généraliste reste le pivot central de la prise en charge.

Une étude qualitative auprès de patients de plus de 75 ans atteints de cancer, par entretiens semi-dirigés a été effectuée, dans les départements du Rhône et de l'Ain.

Ses objectifs étaient de chercher les freins au diagnostic précoce de cancer, liés au patient lui-même, au médecin, à la société et d'explorer aussi le vécu de sa maladie.

Quinze patients ont accepté de participer à l'étude.

Les entretiens ont été analysés selon des thèmes et des sous-thèmes précis dont le vécu de la maladie, le type de symptôme principal, la temporalité de la maladie, l'organisation de la médecine de ville, les connaissances sur la maladie, l'âge et la maladie, la société et la maladie, le vécu des traitements.

L'étude a montré que la majorité des patients sont globalement satisfaits de leur parcours de soins, à partir du moment où leur symptôme principal a été pris en charge, avec peu de retard de diagnostic.

Néanmoins certains évoquent des raisons qui pourraient expliquer un diagnostic plus long.

Il existe un facteur lié au patient, un facteur lié au médecin généraliste et un facteur externe.

La prise en charge des cancers chez les personnes âgées est un enjeu de santé publique, avec une réelle demande des patients et des médecins généralistes d'être mieux informés, ces derniers voulant être des acteurs centraux dans la prise en charge. Les unités de coordination d'oncogériatrie ont un rôle à jouer sur plusieurs dimensions.

MOTS CLES : cancers, personnes âgées, diagnostic précoce, oncogériatrie

JURY :

Président : Madame le Professeur FALANDRY Claire

Membres : Madame le Professeur FLORI Marie
Monsieur le Professeur YOU Benoît
Monsieur le Docteur ZORZI Frédéric
Madame le Docteur VALERO Marie

DATE DE SOUTENANCE : 04 mai 2021

ADRESSE : camille.tazelmatti@etu.univ-lyon1.fr / camille_tazelmatti@yahoo.fr