



**HAL**  
open science

**Le ressenti des médecins généralistes lors de  
l'intervention d'une infirmière de coordination en  
oncologie dans le suivi de patients âgés atteints de  
cancer : étude qualitative auprès des médecins  
généralistes d'Ille-et-Vilaine**

Aude Aguillon

► **To cite this version:**

Aude Aguillon. Le ressenti des médecins généralistes lors de l'intervention d'une infirmière de coordination en oncologie dans le suivi de patients âgés atteints de cancer : étude qualitative auprès des médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02139442

**HAL Id: dumas-02139442**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02139442>**

Submitted on 24 May 2019

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

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



**THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1**  
*sous le sceau de l'Université Bretagne Loire*

Thèse en vue du

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

présentée par

**Aude Aguilon**

Née le 06/07/1989 à La Roche sur Yon

---

**Le ressenti des  
médecins  
généralistes lors de  
l'intervention d'une  
infirmière de  
coordination en  
oncologie dans le  
suivi de patients âgés  
atteints de cancer.**

**Etude qualitative auprès des  
médecins généralistes d'Ille et  
Vilaine.**

**Thèse soutenue à Rennes  
le 02/10/2018**

devant le jury composé de :

**Thierry LAMY DE LA CHAPELLE**  
PU-PH au CHU de Rennes / Président de jury

**Dominique SOMME**  
PU-PH au CHU de Rennes / Directeur de thèse

**Emmanuel ALLORY**  
Maître de conférence associé des universités de  
médecine générale – médecin généraliste Rennes

**Mathias WAELLI**  
Maître de conférences en management de la santé  
EHESP Paris

**Catherine CATTENOZ**  
PH au CHU de Rennes

## Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Nom Prénom	Sous-section CNU
ANNE-GALIBERT Marie-Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET Edouard	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BELAUD-ROTUREAU Marc-Antoine	Histologie; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT Eric	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
BELOEIL Hélène	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
BENDAVID Claude	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH Karim	Urologie
BEUCHEE Alain	Pédiatrie
BONAN Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
BONNET Fabrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
BOUDJEMA Karim	Chirurgie générale
BOUGET Jacques Professeur des Universités en surnombre	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
BOUGUEN Guillaume	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BOURGUET Patrick Professeur des Universités Emérite	Biophysique et médecine nucléaire
BRASSIER Gilles	Neurochirurgie
BRETAGNE Jean-François Professeur des Universités Emérite	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BRISSOT Pierre Professeur des Universités Emérite	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
CARRE François	Physiologie
CATROS Véronique	Biologie cellulaire
CATTOIR Vincent	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
CHALES Gérard Professeur des Universités Emérite	Rhumatologie
CORBINEAU Hervé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA Marc	Biostatistiques, informatique médicale et

	technologies de communication
DARNAULT Pierre	Anatomie
DAUBERT Jean-Claude Professeur des Universités Emérite	Cardiologie
DAVID Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN Jacques (Professeur associé)	Pédopsychiatrie; addictologie
DE CREVOISIER Renaud	Cancérologie; radiothérapie
DECAUX Olivier	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
DESRUES Benoît	Pneumologie; addictologie
DEUGNIER Yves Professeur des Universités en surnombre + Consultanat	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
DONAL Erwan	Cardiologie
DRAPIER Dominique	Psychiatrie d'adultes; addictologie
DUPUY Alain	Dermato-vénéréologie
ECOFFEY Claude	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
EDAN Gilles	Neurologie
FERRE Jean Christophe	Radiologie et imagerie Médecine
FEST Thierry	Hématologie; transfusion
FLECHER Erwan	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FREMOND Benjamin	Chirurgie infantile
GANDEMER Virginie	Pédiatrie
GANDON Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GANGNEUX Jean-Pierre	Parasitologie et mycologie
GARIN Etienne	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT Jean-Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GODEY Benoit	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL Pascal	Rhumatologie
GUIGUEN Claude Professeur des Universités Emérite	Parasitologie et mycologie
GUILLÉ François	Urologie
GUYADER Dominique	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie

HAEGELEN Claire	Anatomie
HOUOT Roch	Hématologie; transfusion
HUSSON Jean-Louis Professeur des Universités Emérite	Chirurgie orthopédique et traumatologique
HUTEN Denis Professeur des Universités Emérite	Chirurgie orthopédique et traumatologique
JEGO Patrick	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
JEGOUX Franck	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU Stéphane	Pneumologie; addictologie
KAYAL Samer	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
KERBRAT Pierre, RETRAITE	Cancérologie; radiothérapie
LAMY DE LA CHAPELLE Thierry	Hématologie; transfusion
LAVIOLLE Bruno	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
LAVOUE Vincent	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LE BRETON Hervé	Cardiologie
LE GUEUT Mariannick Professeur des Universités en surnombre + consultanat	Médecine légale et droit de la santé
LE TULZO Yves	Réanimation; médecine d'urgence
LECLERCQ Christophe	Cardiologie
LEDERLIN Mathieu	Radiologie et imagerie Médecine
LEGUERRIER Alain Professeur des Universités Emérite	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LEJEUNE Florence	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE Jean	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LIEVRE Astrid	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MABO Philippe	Cardiologie
MAHE Guillaume	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLEDANT Yannick Professeur des Universités Emérite	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
MENER Eric (Professeur associé)	Médecine générale
MEUNIER Bernard	Chirurgie digestive

MICHELET Christian Professeur des Universités en surnombre	Maladies infectieuses; maladies tropicales
MOIRAND Romain	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MORANDI Xavier	Anatomie
MOREL Vincent (Professeur associé)	Epistémologie clinique
MOSSER Jean	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX Frédéric	Ophtalmologie
MYHIE Didier (Professeur associé)	Médecine générale
ODENT Sylvie	Génétique
OGER Emmanuel	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
PARIS Christophe	Médecine et santé au travail
PERDRIGER Aleth	Rhumatologie
PLADYS Patrick	Pédiatrie
RAVEL Célia	Histologie; embryologie et cytogénétique
REVEST Matthieu	Maladies infectieuses; maladies tropicales
RICHARD de LATOUR Bertrand (Professeur associé)	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
RIFFAUD Laurent	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX Florence	Parasitologie et mycologie
ROPARS Mickaël	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JALMES Hervé	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU Paul	Physiologie
SEGUIN Philippe	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
SEMANA Gilbert	Immunologie
SIPROUDHIS Laurent	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
SOMME Dominique	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
SOULAT Louis (Professeur associé)	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
SULPICE Laurent	Chirurgie générale
TADIÉ Jean Marc	Réanimation; médecine d'urgence

TARTE Karin	Immunologie
TATTEVIN Pierre	Maladies infectieuses; maladies tropicales
TATTEVIN-FABLET Françoise (Professeur associé)	Médecine générale
THIBAULT Ronan	Nutrition
THIBAULT Vincent	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
THOMAZEAU Hervé	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN Sylvie	Pédopsychiatrie; addictologie
VERHOYE Jean-Philippe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN Marc	Neurologie
VIEL Jean-François	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU Cécile	Néphrologie
VIOLAS Philippe	Chirurgie infantile
WATIER Eric	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlologie
WODEY Eric	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence

## Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

Nom Prénom	Sous-section CNU
ALLORY Emmanuel (Maître de conférence associé des universités de MG)	Médecine générale
AME-THOMAS Patricia	Immunologie
AMIOT Laurence (Baruch)	Hématologie; transfusion
ANSELMi Amédéo	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BEGUE Jean-Marc	Physiologie
BERTHEUIL Nicolas	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BOUSSEMART Lise	Dermato-vénéréologie
CABILLIC Florian	Biologie cellulaire
CAUBET Alain	Médecine et santé au travail
CHHOR-QUENIART Sidonie (Maître de conférence associé des universités de MG)	Médecine générale
DAMERON Olivier	Informatique
DE TAYRAC Marie	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH Brigitte	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT Catherine	Dermato-vénéréologie
DUBOURG Christèle	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY Frédéric	Histologie; embryologie et cytogénétique
EDELINe Julien	Cancérologie; radiothérapie
FIQUET Laure (Maître de conférence associé des universités de MG)	Médecine générale
GARLANTEZEC Ronan	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN Isabelle épouse THIBAULT	Hématologie; transfusion
GUILLET Benoit	Hématologie; transfusion
JAILLARD Sylvie	Histologie; embryologie et cytogénétique
KALADJI Adrien	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
LAVENU Audrey	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
LE GALL François	Anatomie et cytologie pathologiques
LEMAITRE Florian	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
MARTINS Pédro Raphaël	Cardiologie



MATHIEU-SANQUER Romain	Urologie
MENARD Cédric	Immunologie
MOREAU Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI Fouzia	Informatique
NAUDET Florian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
PANGAULT Céline	Hématologie; transfusion
RENAUT Pierric (Maître de conférence associé des universités de MG)	Médecine générale
ROBERT Gabriel	Psychiatrie d'adultes; addictologie
SCHNELL Frédéric	Physiologie
THEAUDIN Marie épouse SALIOU	Neurologie
TURLIN Bruno	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER Marie-Clémence(Lorne)	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
ZIELINSKI Agata	

## REMERCIEMENTS :

---

Au Professeur LAMY DE LA CHAPELLE pour avoir accepté avec enthousiasme de présider cette thèse, veuillez recevoir l'expression de ma sincère gratitude.

Au Professeur SOMME, pour toute l'aide apportée durant ce travail, de la naissance de ce projet jusqu'à ce jour. Merci pour tous les conseils et la relecture avisée. Merci de participer aussi activement à mon projet professionnel.

Au Docteur ALLORY et au Docteur WAELLI de me faire l'honneur de participer au jury de cette thèse.

Au Docteur CATTENOZ, pour l'aide apportée et d'avoir accepté l'invitation à cette soutenance.

A Madame ROVERI, Madame LOISEL, Madame BOT, Madame JAMES, Madame M'SADEK et Madame CORBES. Merci de m'avoir reçue et aidé durant la première partie de ce travail.

A tous les médecins généralistes qui ont accepté de participer aux entretiens.

A mes parents, pour leur soutien sans limite et sans qui je ne serais jamais arrivée jusqu'ici. Merci pour tout.

A mes grands-parents, de m'avoir supporté et aidé pendant toutes ces années. Sans vous je n'aurais même pas passé la première année.

A mon petit frère et ma belle-sœur pour avoir cru en moi.

Au reste de ma nombreuse famille pour leur soutien.

A Antoine, pour m'avoir aidé et soutenu au quotidien. J'espère que l'avenir nous réserve de jolies surprises.

A mes amis, Paulette, Hyahya, Coco, Le Manchec, Florilate et Maeva, pour toutes ces années passées ensemble (et celles à venir !). Rien n'aurait été pareil sans vous.

A Héloïse, Audette et Panpan pour cette formidable année passée en coloc.

A Hya, Clémence, Deborde et Simon pour la clôture de l'externat par ce road trip aux Etats-Unis.

A mes deux co-internes, Valentine et Marine pour ces nombreux brainstorming au sommet.

A Nono et Gio pour ces trois semestres à vos côtés.

A tous les médecins, infirmiers et aides-soignants rencontrés durant ces trois années d'internat et qui m'ont permis de me construire en tant que médecin.

A Arthur.

## TABLE DES MATIÈRES :

---

REMERCIEMENTS :	10
TABLE DES MATIÈRES :	11
INTRODUCTION :	12
MATÉRIEL ET MÉTHODE :	14
1) Choix de la méthodologie qualitative.	14
2) Recueil des données.	14
a) Prise de contacts avec les IDEC :	14
b) Entretiens semi-dirigés des médecins généralistes :	14
RÉSULTATS :	16
1) La relation entre IDEC et MG :	16
a) Cahier des charges des IDEC :	16
b) Les IDEC hospitalières :	16
c) Les IDEC des UCOG :	17
d) L'IDEC libérale :	17
2) Le ressenti des MG :	18
a) Place du MG dans le parcours de soins du sujet âgé cancéreux :	18
b) Intervention d'une IDEC hospitalière :	21
c) Intervention d'une IDEC d'une UCOG :	22
d) Intervention de l'IDEC libérale :	23
DISCUSSION	25
CONCLUSION :	28
BIBLIOGRAPHIE :	29
GLOSSAIRE / LISTE DES ABRÉVIATIONS :	32
ANNEXES :	33

## INTRODUCTION :

---

La population de personnes âgées augmente au sein de la population générale avec l'allongement de la durée de vie. Au premier janvier 2016, 12,5 millions de personnes en France avaient 75 ans ou plus, soit 18,8% de la population. Cette proportion a progressé de quatre points en 20 ans [1].

Les projections concernant la population Française à l'horizon 2060 annoncent une augmentation importante de la proportion de personnes de plus de 60 ans. Cette augmentation concerne encore plus la population âgée de plus de 75 ans ; en effet, les plus de 75 ans passeraient de 5,2 millions en 2007 à 11,9 millions en 2060 [2].

Les pathologies cancéreuses et les pathologies cardio-vasculaires constituent les principales causes de décès en France [3]. En 2015, les cancers étaient la première cause de mortalité dans la tranche d'âge des 75-84 ans, et la deuxième cause de mortalité chez les plus de 85 ans, derrière les maladies cardio-vasculaires [4].

On estime désormais que 60% des diagnostics de cancer, et 70% des décès par néoplasie surviennent après l'âge de 65 ans.

Les rôles des médecins généralistes (MG) ont évolué au fil du temps, dans le parcours du sujet atteint de cancer. Le premier Plan Cancer 2003-2007 intégrait les MG principalement pour une fonction de dépistage des pathologies néoplasiques [5].

La loi Hôpital Patients Santé Territoires, dites HPST, promulguée en 2009 ; place le MG dans une position centrale. En effet, la loi donne aux MG un rôle pivot dans l'organisation des soins en ambulatoire. Les MG ont notamment pour mission de s'assurer de la coordination des soins nécessaires à leurs patients, et de contribuer au suivi des maladies chroniques en coopération avec les autres professionnels de santé qui interviennent auprès des patients [6].

Le deuxième Plan Cancer 2009-2013, met en avant ce rôle central des MG [7]. La mesure 18 est intitulée « Personnaliser la prise en charge des malades et renforcer le rôle du médecin traitant ». L'objectif de cette mesure est de faire bénéficier les patients, à hauteur d'au moins 80%, d'un Plan Personnalisé de Soins (PPS) dont doit faire partie le médecin traitant. Ce dernier est donc partie prenante, au moins dans la théorie, à tous les stades de la maladie. Cependant, certaines études ont déjà montré que les MG sont souvent écartés des soins aux patients atteints de cancer lors de la phase active de traitement [8].

C'est dans ce plan Cancer qu'est apparue la notion de « parcours de soins complexes ». Un rapport publié par les Agences Régionales de Santé (ARS) en lien avec la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) définit un parcours complexe par « l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rend nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux, ou médico-sociaux. » [9]. C'est alors au médecin traitant de déclencher les différentes interventions, en veillant à ce qu'elles s'intègrent toutes dans la globalité de la situation du patient.

Ce travail s'intéresse au suivi des patients âgés atteints de cancer. Patients susceptibles d'être plus vulnérables que les plus jeunes en raison de la présence de comorbidités, de troubles cognitifs ou d'un isolement social par exemple [10] [11]. Les patients âgés atteints de cancer représentent donc un groupe très hétérogène, et peuvent plus rapidement que les patients jeunes, entrer dans un parcours de soins complexes.

C'est dans cette volonté de développer la coordination des soins dans des parcours complexes, et de développement des soins ambulatoires en cancérologie, que la mesure 18.1 de ce plan Cancer introduit la notion d'infirmiers de coordination en oncologie (IDEC). Cette mesure prévoit d'expérimenter la mise en place de ces IDEC via des appels à projets, qui impliqueront les structures de soins, les MG et les structures de coordination ville-hôpital. En septembre 2012, la DGOS a publié un rapport sur les expérimentations du plan personnalisé de soins et sur les missions prioritaires des IDEC [12]. Un bénéfice global a été remarqué par toutes les parties interrogées (allant du patient au MG) en cas d'intervention

d'un IDEC, devant un parcours personnalisé pour le patient et une amélioration de la coordination ville-hôpital qui permet une continuité des soins [13]. Cependant, il reste des questions en suspens concernant les rôles des IDEC, et le constat est fait que leurs rôles, principalement intra-hospitaliers, rendent difficile l'évaluation de leur intervention concernant la coordination ville-hôpital et en particulier l'évaluation de leurs liens avec les MG.

C'est dans ce contexte qu'en 2014, la DGOS engage une seconde phase d'expérimentation du dispositif IDEC [14]. La mission de coordination ville-hôpital a été recentrée autour des cas les plus complexes et des IDEC libérales ont été incluses pour évaluer la coordination à partir du système ambulatoire. Les missions des IDEC ont été redéfinies. Il s'agit ainsi d'une bonne transmission d'informations entre les différents professionnels des secteurs sanitaires et médico-sociaux ; d'anticiper au maximum les retours à domicile pour prévoir un relai avec les acteurs ambulatoires ; de fluidifier le parcours de soins du patient et de remettre en avant le rôle d'information et d'éducation thérapeutique auprès des patients et de leur entourage. Cette expérimentation devrait se terminer à la fin de l'année 2018.

Le ressenti des MG lors de l'intervention d'un IDEC dans le parcours personnalisé de soins des patients atteints de cancer est peu étudié puisque des expérimentations sont toujours en cours.

Cependant, la création de ce rôle date maintenant du deuxième Plan Cancer, et on pourrait s'attendre à ce que les MG, qui ont dans leur patientèle des patients âgés et vulnérables, connaissent ce rôle et puissent désormais exprimer leur ressenti lors des interventions des IDEC.

C'est dans ce contexte que cette étude a été construite, pour évaluer, presque au terme de la dernière investigation lancée par la DGOS, le ressenti des MG lorsqu'une IDEC intervient auprès d'un ou plusieurs patients âgés traités pour une pathologie néoplasique.

## **MATÉRIEL ET MÉTHODE :**

---

### **1) Choix de la méthodologie qualitative.**

Pour répondre à la question subjective du ressenti des MG, il a été utilisé une méthode qualitative. L'ancrage théorique de ce travail est la phénoménologie. Le point de départ de cette méthode est le sujet et son expérience vécue. L'objectif est de saisir le sens donné à une expérience par une personne et comment elle le lui a donné [15] [16].

Un guide d'entretien a été réalisé après identification des données pertinentes de la littérature (Annexe 1). Ce guide d'entretien a été modifié à la suite des six premiers entretiens afin que les questions soient adaptées à la population incluse dans l'étude (Annexe 2).

### **2) Recueil des données.**

#### **a) Prise de contacts avec les IDEC :**

La première étape a été de contacter les différentes IDEC de la région Bretagne de façon à comprendre leurs rôles et obtenir des noms de MG à inclure dans l'étude. Durant cette étape il a été réalisé une observation participative lors des entretiens, complétée par une recherche documentaire sur leurs différents rôles.

Ainsi, ont été rencontrées les IDEC des services de pneumologie et d'hématologie du CHU de Rennes, une des trois IDEC du centre de lutte contre le cancer (CLCC), le centre Eugène Marquis, l'IDEC de l'unité de coordination en oncogériatrie (UCOG) du territoire 5 (Rennes, Fougères, Vitré, Redon) ainsi qu'une IDEC libérale en poste sur l'inter-pôle de Brocéliande constitué de trois pôles de santé de professionnels libéraux (Saint Méen le Grand, Monfort sur Meu, Plélan le Grand et la commune de Montauban de Bretagne).

Des contacts téléphoniques et par mail ont eu lieu avec les IDEC des UCOG des territoires 3 (Lorient, Quimperlé) et 7 (Saint Briec, Guingamp, Lannion).

Ces démarches ont permis d'obtenir 66 noms de MG (15 par l'IDEC de pneumologie, 21 par l'IDEC d'hématologie, 26 par l'IDEC du CLCC, 4 par l'IDEC libérale).

#### **b) Entretiens semi-dirigés des médecins généralistes :**

Tous les médecins identifiés ont été contactés, soit par mail, soit par courrier postal. Aucune réponse n'a été obtenue lors des premiers envois ; et des relances téléphoniques et par mail ont été réalisées. Sur les 19 MG contactés par téléphone, un seul a accepté de répondre ; les coordonnées du chercheur ont été laissées auprès de 18 secrétariats sans que cela n'aboutisse à un contact. Une deuxième relance a été réalisée par mail.

Ces démarches ont permis d'obtenir 6 entretiens auprès des MG identifiés par les IDEC, dans le département de l'Ille et Vilaine.

Devant ce taux de réponse insuffisant, les demandes d'entretiens ont été élargies à tous les MG d'Ille et Vilaine qui acceptent de participer aux travaux de thèse. Ainsi, 212 mails ont été envoyés, ce qui a permis d'obtenir 6 réponses. Finalement, 2 MG ont décliné, un pour des raisons d'emploi du temps et un car il pensait ne pas pouvoir apporter d'informations pertinentes.

Dix entretiens ont donc été réalisés. Les MG ont été rencontrés en entretiens individuels semi-dirigés, dans 7 cas au cabinet du MG, et au domicile des 3 autres. Ces entretiens ont une durée comprise entre 14 et 31 minutes. L'anonymat des participants a été respecté de façon à pouvoir utiliser librement leurs propos dans les résultats. Les MG sont identifiés par des numéros allant de 1 à 10, leurs citations sont entre crochets dans la partie « résultats ».

Les entretiens ont été enregistrés sur un dictaphone, après accord oral des médecins et retranscrits intégralement en verbatim.

Ces verbatim ont été analysés par un seul chercheur, à l'aide des logiciels Word© et Excel©. Une analyse descriptive et compréhensive a été menée pour décrire la situation et analyser le ressenti des MG interrogés [17] [18]. Les entretiens ont été codés par un codage ouvert et les lectures successives ont permis d'identifier progressivement les thèmes généraux puis les sous-thèmes (Annexe 3).

Ce travail a reçu l'accord du Comité d'Ethique du CHU de Rennes et de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

## RÉSULTATS :

---

### 1) La relation entre IDEC et MG :

#### a) Cahier des charges des IDEC :

La première constatation effectuée dans ce travail est qu'il existe finalement trois terrains dont le fonctionnement n'est pas tout à fait similaire. Pourtant, le cahier des charges des IDEC est le même, qu'elles travaillent au sein des services, d'une UCOG ou en libéral. Les IDEC interviennent auprès des patients dont le cancer est diagnostiqué à un stade avancé d'emblée ou dont le pronostic est sombre ; pour les pathologies néoplasiques qui nécessitent l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire dès le diagnostic ; pour les cancers traités par chimiothérapie ou thérapie ciblée orale ; et auprès des patients fragiles ou susceptibles de le devenir aux vues de leur situation sociale.

#### b) Les IDEC hospitalières :

Dans cette étude, les IDEC hospitalières sont les IDEC des services de pneumologie et d'hématologie du CHU de Rennes, ainsi que les IDEC du CLCC. Les patients suivis sont non seulement originaires d'Ille et Vilaine, mais également des autres départements de la région Bretagne, voir des départements limitrophes.

Elles interviennent principalement lors de parcours complexes.

Les modes de fonctionnement sont sensiblement les mêmes. Les IDEC voient les patients lors de l'initiation du traitement. Cette consultation permet d'expliquer au patient et à ses proches quels sont les effets attendus du traitement, le mode de prise et quels peuvent être les effets indésirables (EI). Au CLCC, les IDEC suivent principalement les patients traités par thérapie ciblée. En cas de polymédication, ce qui est plus fréquent chez les patients âgés, cette consultation initiale peut avoir lieu en présence du pharmacien hospitalier.

A l'issue de cette consultation, un courrier est envoyé au MG du patient. Ce courrier informe le médecin de l'intervention de l'IDEC, et de la possibilité pour lui de contacter directement l'IDEC via sa ligne directe. D'autres documents sont envoyés avec ce courrier, comme une fiche informative concernant le traitement qui regroupe les potentiels EI et leurs moyens de prévention. Dans le cas du CLCC, le document éventuellement réalisé par le pharmacien hospitalier concernant les interactions médicamenteuses est envoyé au MG. Si le pharmacien de ville habituel du patient est connu, une fiche concernant le traitement lui est également envoyée.

Dans certaines situations l'IDEC appelle directement le MG pour se présenter et expliquer quels sont les recours possibles à ce rôle. Cependant, les IDEC admettent que ces appels sont peu fréquents, et qu'elles se contentent d'envoyer un courrier au MG. La raison invoquée est celle du manque de temps.

Au CLCC, les patients sont appelés toutes les semaines par les IDEC pendant deux mois. L'objectif de ces appels est d'effectuer un grading de la toxicité de la thérapie. Lorsqu'une toxicité de grade I est mise en évidence les patients sont adressés à leur MG, une toxicité de grade III sera orientée vers l'oncologue. La toxicité de grade II sera orientée vers le MG ou l'oncologue en fonction des symptômes.

Dans les services d'hématologie, de pneumologie et au CLCC, les patients sont revus par les IDEC lors d'une consultation de suivi. Ces consultations ont pour objectifs d'évaluer la tolérance du traitement, de faire de l'éducation thérapeutique afin de favoriser l'observance ou encore d'effectuer des soins.

Les IDEC constatent toutes que les MG les contactent très peu, et que les motifs de recours concernent principalement les EI des traitements.



**c) Les IDEC des UCOG :**

Les IDEC des UCOG suivent moins de patients que les IDEC des services en raison de la présence d'une infirmière par territoire (Annexe 4).

Leurs rôles sont un peu différents des IDEC hospitalières. En effet, les missions des UCOG définies par l'INCa (Institut National du Cancer), à l'origine de leur création, sont des missions de formation et d'information principalement [19] [20].

Les IDEC des UCOG participent à l'évaluation oncogériatrique des patients avec un gériatre. A l'issue de ces évaluations oncogériatriques, un courrier est envoyé aux MG pour les informer, d'une part de l'évaluation à proprement parler, et d'autre part pour qu'ils disposent de leurs coordonnées en cas de besoin.

Elles réalisent ensuite un suivi principalement téléphonique des patients ayant bénéficié d'une évaluation oncogériatrique.

Mais les relations directes avec les MG sont beaucoup plus rares que pour les IDEC des services hospitaliers.

**d) L'IDEC libérale :**

Il existe, sur la région Bretagne, une IDEC libérale. Elle travaille au sein de l'Inter-pôle du Pays de Brocéliande, qui est une association de professionnels de santé de premier recours. Opérationnel depuis septembre 2015, ce poste d'IDEC a été créé sur un appel à projet de l'ARS de Bretagne. Les objectifs identifiés de ce poste d'IDEC sont de clarifier le parcours de soins du patient et d'améliorer le lien ville-hôpital.

Le cahier des charges est le même que pour les IDEC hospitalières. Mais son rôle de professionnel libéral lui permet une plus grande proximité avec les patients, puisqu'elle se rend à leur domicile pour réaliser une évaluation globale de la situation.

Cette IDEC travaille en contact direct avec les MG, puisqu'elle intervient dans trois maisons de santé. Elle est présente dans les locaux de deux de ces maisons de santé un jour par semaine. Elle a peu de liens avec les oncologues, mais en revanche, est en contact avec les IDEC des services hospitaliers et des UCOG pour permettre une coordination entre la ville et l'hôpital.

## 2) Le ressenti des MG :

Il existe une certaine hétérogénéité dans les rôles des différentes IDEC, et ceci ressort beaucoup dans le discours des MG en fonction du lieu de travail de l'IDEC avec laquelle ils ont eu des contacts.

### a) **Place du MG dans le parcours de soins du sujet âgé cancéreux :**

#### i. Particularités des sujets âgés

Peu de spécificités du patient âgé sont ressorties des entretiens. Il n'existe pas, pour les MG, de différence entre patients âgés et patients plus jeunes dans l'organisation des soins *[Les patients cancéreux, qu'ils soient âgés ou non, finalement je trouve qu'il n'y a pas de particularité. Enfin il n'y a pas de particularité dans l'organisation du soin entre les gens âgés et les autres.]* MG7.

La polymédication est mise en avant comme une source de difficultés. Les possibles interactions médicamenteuses avec les traitements anti-cancéreux, traitements mal connus en médecine générale, rendent délicates la prescription, ou au contraire la dé-prescription de thérapeutiques *[[...] peut-être de manière générale on va essayer de déblayer l'ordonnance, enlever tout ce qui n'est pas indispensable.]* MG7

Les MG sont unanimes sur le fait que la révision de l'ordonnance habituelle est de leur ressort. Néanmoins, ils insistent sur le fait qu'ils ne disposent pas toujours des informations nécessaires concernant les traitements anti-cancéreux et leurs possibles EI pour assurer le bon déroulement de cette tâche.

- *[Dans les comptes-rendus on n'a pas toujours le heu, enfin des fois mais je pense qu'on l'a pas toujours, le détail des médicaments ; et donc les effets secondaires [...]; donc c'est vraiment à nous de les chercher.]* MG7.

Une autre particularité, soulevée par un des MG qui a une patientèle âgée, est que la relation n'est pas la même qu'avec les patients plus jeunes ; c'est une relation de longue date et le MG est considéré comme le médecin de confiance.

- *[Et peut-être la différence entre les gens âgés et les gens plus jeunes c'est quand même que les gens âgés ils vont avoir plus heu... plus souvent recours à nous heu, pour avoir notre avis sur ce qui a été dit, avoir un point d'explication sur... sur ce qu'ils ont, pour heu... "c'est quand même vous le docteur" heu [rires].]* MG7.

Au cours des entretiens, un seul MG a évoqué les troubles cognitifs, et pas tant pour le patient suivi pour un cancer, mais concernant son conjoint. Il apparaît difficile pour ce médecin de maintenir son rôle d'aidant principal quand le patient lui-même est traité pour un cancer.

#### i. Diagnostic

Les MG déclarent être partie prenante lors du diagnostic de cancer en étant récepteurs des premières plaintes et prescripteurs des premiers examens complémentaires.

- *[En fait un truc incroyable, c'est qu'à l'hôpital, les gens, les médecins ne se rendent pas compte d'une chose; c'est que 90 % des diagnostics sont fait chez nous hein.]* MG6
- *[Heu, il y a la phase diagnostique ou on est quand même partie prenante, le plus souvent. C'est à dire heu, on est récepteur de la première plainte.]* MG7

## ii. Annonce

Les MG mettent en évidence qu'ils réalisent le plus souvent une annonce diagnostique aux patients lorsqu'ils les orientent vers l'oncologue *[De toute façon si je vous dis "Je vous envoie chez le cancéro", l'annonce est faite hein.] MG6.*

La consultation d'annonce ne leur apparaît alors utile que pour la remise du PPS ; et dans une moindre mesure à l'annonce même du diagnostic.

## iii. Suivi de la pathologie cancéreuse

Les MG déclarent ne prendre part à l'organisation des soins et au suivi de la pathologie cancéreuse que de manière très ponctuelle *[Alors moi j'organise rien du tout, parce que c'est organisé sans moi [rires].] MG7.*

Lors du suivi, les MG interviennent principalement pour des EI bénins et pour le renouvellement de l'ordonnance habituelle. Mais ils n'ont pas le sentiment d'être intégrés dans le suivi du cancer.

- *[Donc en gros c'est nous qui faisons la découverte et l'annonce, et pfft, après on les voit plus.] MG4*
- *[Et puis après heu, on peut très bien ne pas voir les gens heu, pendant longtemps[...].] MG7*
- *[Mais en tout cas voilà, c'est après avoir eu tout le traitement hospitalier qu'elle est rentrée à domicile, et puis après moi je la vois entre deux [...].] MG8*

Certains des MG emploient le terme de « perdu de vue ». Plusieurs explications ressortent des entretiens. Les protocoles remis aux patients leur permettant de gérer seuls certains EI, les multiples rendez-vous dans les services d'oncologie ou encore l'espoir que mettent les patients dans l'oncologue, qui est à leurs yeux, le seul médecin qui peut les guérir. Les oncologues sont d'ailleurs comparés à deux reprises au « messie » ou au « bon dieu » lors des entretiens.

## iv. Fin de vie

Tous les MG interrogés ont spontanément évoqué la fin de vie. Lors de l'arrêt des traitements les MG voient revenir en libéral leurs patients. Les soins de support sont en règle générale mis en place à l'hôpital et le suivi est toujours assuré par l'équipe pluridisciplinaire de la structure qui suit le patient. Mais l'annonce de l'arrêt des traitements et la peur du décès rend urgent le besoin de soutien psychologique des patients qui se retournent alors vers leur MG *[Et puis on les revoit à la fin, quand ils vont pas bien.] MG7.*

Mais les MG déplorent un manque d'informations concernant le retentissement psychologique de la maladie et de l'arrêt des traitements. Ils se retrouvent alors face à une situation délicate à gérer, sans ressentir de soutien de la part des professionnels hospitaliers.

## v. Soutien psychologique

Les MG attachent une grande importance au retentissement psychologique de la maladie sur la vie de leurs patients et de leur entourage. Durant les entretiens, le manque d'informations qualitatives concernant le retentissement psychologique de la maladie a souvent été déploré.

L'importance de ces informations est liée à la relation qu'entretiennent les MG avec leurs patients, et en particulier leurs patients âgés. Ces derniers viennent en consultation chercher de la réassurance et du soutien psychologique ; ce qui implique que le MG ait les informations nécessaires pour répondre à ces besoins.

- *[...] il lui avait parlé de possible chimiothérapie. Et heu... du coup elle était venue me voir pour me demander ce que j'en pensais.] MG5*
- *[Quand on vous dit « C'est vous le docteur » c'est bien qu'on dit quelque chose d'autre que heu, heu « J'ai besoin d'un médicament, j'ai besoin de ci, j'ai besoin de ça », on dit autre chose quoi.] MG7*

**vi. Sentiment d'exclusion**

Dans un parcours de soins complexes, allant du diagnostic de cancer à la fin de vie, les MG participent à toutes les étapes mais dans des proportions inégales. Il ressort des entretiens un sentiment d'exclusion, car les MG ne se sentent pas intégrés dans le suivi de la pathologie cancéreuse. Au-delà de la décision thérapeutique, les MG pensent que leur connaissance globale et de longue date du patient devrait être prise en compte *[Et ça changerait beaucoup de choses. Notamment sur l'acceptation du patient [...].] MG6.* Mais les MG ne sentent pas exclus uniquement par les équipes hospitalières, ils constatent en effet que leurs patients viennent moins en consultation sitôt le traitement en cours.

## b) Intervention d'une IDEC hospitalière :

La majorité des MG interrogés avaient un ou plusieurs patients suivis par une IDEC hospitalière, mais peu le savaient.

Certains pensaient ne pas connaître l'existence des IDEC, mais après quelques explications succinctes, seul un des MG, qui avait pourtant un patient suivi en hématologie, ne connaissait pas ce rôle.

- *[Et bien j'ai dû en avoir une un jour du coup, pour une patiente sur un cancer du sein.] MG5*
- *[Ah mais si je vois en fait.] MG9*

Plusieurs MG avaient eu des contacts avec une IDEC, mais ils n'avaient pas cherché à la joindre directement. Ils souhaitaient obtenir un avis pour un EI ou une demande d'hospitalisation auprès de l'oncologue référent du patient.

D'autres connaissaient l'existence des IDEC via leurs patients *[Alors j'en ai entendu parler en hémato, parce que j'ai, j'ai une patiente heu, qui m'a dit être appelé régulièrement par l'infirmière de heu, de coordination sans doute, je sais plus si c'est le terme qu'elle a utilisé, heu.] MG7*

Un seul médecin se rappelle avoir eu un contact téléphonique avec une IDEC sur sa propre initiative car elle était identifiée sur une ordonnance *[...] je ne sais plus, je me demande, je pense que j'avais dû la contacter par téléphone. Justement parce que c'était bien identifié sur son ordonnance [...].] MG3.*

Les IDEC sont donc mal identifiées par les MG et par conséquent leurs rôles sont méconnus. La majorité des médecins pensent que les IDEC sont destinées exclusivement aux patients. Un seul des MG savait qu'il pouvait contacter l'IDEC en cas d'EI de traitement anti-cancéreux. Cependant, il ne l'a contacté qu'une seule fois car ses patients prennent directement contact avec l'IDEC en cas de besoin. Pour ce MG, le principal rôle des IDEC est un rôle dans l'éducation thérapeutique des patients, ce qui permet de favoriser l'observance aux traitements.

Les IDEC apparaissent comme un interlocuteur privilégié des patients. Deux qualités du rôle infirmier sont soulevées par les médecins ; leur disponibilité et leur accessibilité.

De plus, la possibilité pour les MG de contacter directement les IDEC, permet d'éviter un sentiment d'abandon pour le patient ; sentiment qui naît des difficultés de communication entre la ville et l'hôpital et engendre une crainte que les informations se perdent.

Concernant la relation MG-IDEC, les avis sont partagés. En effet, certains des MG les identifient comme un interlocuteur privilégié pour eux aussi ; interlocuteur facilement accessible, avec une compétence ajoutée en oncologie, apte à répondre rapidement à leurs interrogations.

Cependant, ce n'est pas le cas de tous les MG. Certains n'associent les IDEC qu'à un rôle de coordination des soins, mais pas au suivi du patient.

Un des freins à l'intégration des IDEC comme collaborateur dans le suivi du patient est son statut infirmier *[...] mais la connaissant comme infirmière je vais peut-être avoir cette petite réticence, de me dire "qu'est-ce qu'elle connaît aux médicaments, aux effets secondaires" [...].] MG7.*

Un autre frein à l'intégration des IDEC est, pour les MG, la mauvaise connaissance des ressources libérales qui limite la coordination ville-hôpital. Un des MG l'illustre par l'exemple des psychologues dans le suivi du cancer :

- *[Donc on va salarier un psychologue [rires], qui aura, le pauvre, un 0,4 temps machin bidule de bidouille ou il pourra travailler comme il peut et ça va pas marcher, parce que de toute façon ça sert à rien [...] dans ces conditions la parce qu'il n'y a pas de suivi[...].] MG6.*

L'IDEC n'est alors associée qu'à une coordination des soins et uniquement en intra-hospitalier.

- *[Maintenant, des infirmiers ou des secrétaires de coordination ça pourrait être la même chose.] MG6.*
- *[Ba parce qu'encore une fois le travail n'est pas heu... Il s'arrête au milieu quoi. En fait elles coordonnent heu, tout ce qui est hospitalier, mais elles se font pas assez connaître des médecins [...].] MG6*

Plusieurs MG évoquent la nécessité de créer des réseaux de soins où interviendraient les professionnels hospitaliers et libéraux. Les réseaux permettraient que les différents professionnels se connaissent et donc se fassent confiance pour collaborer efficacement ensemble.

En revanche, le gain de temps permis par un tel rôle fait l'unanimité. Les MG constatent que les oncologues sont disponibles lorsqu'ils souhaitent un avis. Mais c'est une opération chronophage, et l'IDEC améliore l'accessibilité aux avis *[Parce que moi, on parle d'administratif en médecine générale ; mais moi j'ai pas l'impression que je fais beaucoup d'administratif. Mais par contre je passe un temps fou à essayer de joindre les gens quoi, c'est même pas à les avoir au téléphone.] MG5.*

### **c) Intervention d'une IDEC d'une UCOG :**

Les relations entre les IDEC des UCOG et les MG sont très rares du fait des missions principalement de formation et d'information sur l'oncogériatrie. Cependant, un des MG interrogés a spontanément évoqué l'existence de ces IDEC. Il admet même au cours de l'entretien qu'il connaissait le rôle d'IDEC initialement via les UCOG, et qu'il n'a eu connaissance de la présence d'IDEC dans les autres services hospitaliers que lorsqu'un de ses patients le lui a mentionné. Ce MG pensait également que les IDEC ne sont destinées qu'aux patients *[[...] je sais que ça existe en oncogériatrie mais j'ai pas eu heu... Mais j'ai pas eu affaire. Mais c'est peut-être normal que j'ai pas eu affaire heu, parce qu'à priori c'est pas pour moi c'est pour les patients.] MG7.*

Ce médecin a une formation complémentaire en gériatrie et est donc plus sensibilisé à l'importance d'une évaluation oncogériatrique avant l'instauration d'un traitement anti-cancéreux chez un patient âgé possiblement plus fragile que les patients plus jeunes. Aucun autre médecin n'a mentionné l'oncogériatrie et les UCOG durant les entretiens.

#### d) Intervention de l'IDEC libérale :

Trois des MG interrogés travaillent au sein de l'inter-pôle de Brocéliande, et donc à priori avec l'IDEC libérale.

Un des MG a cependant déclaré n'avoir que très peu de contacts avec cette IDEC. Les deux autres en revanche la côtoient de manière hebdomadaire lorsqu'elle assure une permanence au sein de la maison médicale ou ils travaillent.

De ce fait, les MG et l'IDEC se connaissent, les interactions sont directes et l'IDEC est pleinement intégrée aux prises en soins de ces médecins dans les parcours oncologiques complexes *[Et pour nous, ce poste là, il est, heu... il est devenu en tout cas, indispensable. Enfin, il l'est devenu parce qu'il l'était à la base indispensable et qu'on n'avait pas cet outil là, parce que c'est quand même un outil.]* MG2.

Les MG en lien avec cette IDEC la sollicitent souvent car ils connaissent ses fonctions.

- *[Si jamais j'ai pas réussi à joindre par exemple un service ou j'ai un patient hospitalisé, heu, pour prendre des nouvelles [...].]* MG2
- *[...] on peut lui demander pour avoir des rendez-vous, pour des effets secondaires.]* MG2
- *[...] heu, bien souvent ; ça a évité, peut être des passages aux urgences, heu, un peu parce que du coup elle a réussi à avoir un contact [...].]* MG3

L'IDEC est là aussi identifiée comme un interlocuteur privilégié et un soutien pour les patients. Son rôle libéral est un véritable atout. Elle se déplace au domicile des patients afin d'évaluer la situation dans sa globalité. Elle connaît donc le patient, mais également son entourage, et en particulier le conjoint, ainsi que leurs conditions de vie à domicile. Elle peut aider à la mise en place d'un plan d'aides qui colle parfaitement à la situation à domicile, et le réévaluer régulièrement pour l'adapter à l'évolution de la situation.

La prise en compte de l'entourage apparaît être une part importante de son activité, ce qui permet d'éviter aux MG de récupérer une situation difficile suite à une hospitalisation ou un décès.

- *[J'avais un patient aussi une fois [...]] le monsieur avait une pathologie cancéreuse mais madame avait des troubles cognitifs très importants ; et du coup c'est de se dire bah monsieur il a besoin d'être hospitalisé, qu'est-ce qu'on fait pour madame[...]. Et je sais que même finalement quand monsieur est décédé brutalement elle n'a quand même pas arrêté la prise en charge qu'elle avait fait heu, pour madame.]* MG3

Le lien entre MG et IDEC libérale est très développé. Pour les MG, la présence de l'IDEC améliore d'une part la coordination ville-hôpital, et permet également de recentrer les soins autour du patient. En effet, elle est un lien entre les services hospitaliers, les MG et les patients. Son intervention permet de remettre le patient et sa pathologie au centre des échanges entre les professionnels.

- *[Le point fort, et c'est ce qui était mis en avant je pense au départ sur la mise en place de ce poste là ; c'est le lien ville-hôpital heu... Heu, il y a une vraie continuité des soins, il y a, heu... je pense que ça permet aussi de recentrer la prise en charge autour du patient. C'est pas un médecin d'un côté, un service de l'autre, heu voilà, c'est le patient qui est au centre.]* MG2.

Le gain de temps est à nouveau mis en évidence *[Heu, son point fort c'est sa disponibilité. Le temps qu'elle a à consacrer [...]. Parce qu'on va pas se voiler la face, hein, tout devient très vite chronophage [...]. En termes de... nous heu, de gain de temps, de gain d'énergie, de temps aussi qu'on consacre plus à nos patients [...].]* MG2.

L'intervention de cette IDEC est ressentie comme un tel bénéfice pour les MG qu'ils entrevoient des évolutions de ce rôle. Le développement des soins de support à domicile apparaît comme une des priorités pour eux, afin de permettre à leurs patients de rester dans de bonnes conditions à leur domicile pour leur fin de vie.

Le MG interrogé qui connaît peu l'IDEC trouve les mêmes bénéfices que les autres pour les patients. Cependant, il l'intègre moins à ses prises en soins puisqu'il y a moins d'interactions entre eux qu'avec les autres.

Pour les MG qui la côtoient, il n'est pas mis en évidence de frein à son intégration. En revanche, ils admettent volontiers que son intégration auprès des autres professionnels de santé libéraux, et en particulier auprès des infirmiers a été difficile *[Après je pense qu'au début il y a eu une certaine réticence de certains cabinets infirmiers en disant « mais qu'est-ce qu'elle vient faire là » [...] MG3.*



## DISCUSSION

---

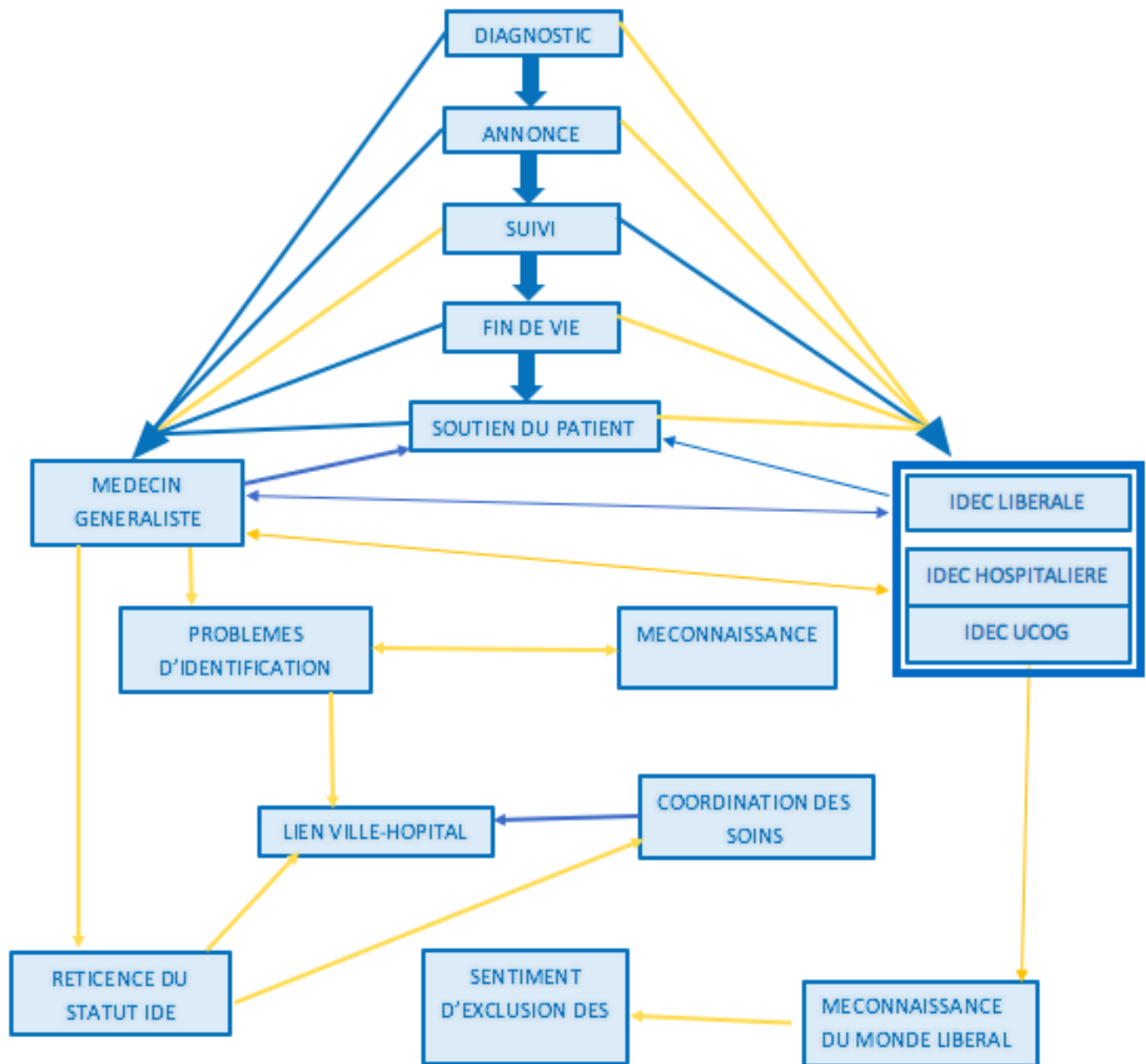


Figure 1 : Représentation schématique des données des entretiens (les flèches bleues représentent les liens positifs et les flèches oranges les liens négatifs).

### **La place du MG dans le parcours de soins :**

Dans le parcours du patient âgé atteint de cancer le MG a une place dans chaque étape. Leurs rôles dans le dépistage datent du premier Plan Cancer, intégrant également la partie diagnostique [5] [21].

L'annonce d'une maladie grave est désormais reconnue en médecine générale sous forme d'une consultation complexe, la consultation MIS pour Majoration Information Stratégie, consultation avec majoration de tarification justifiée par la nécessité d'un investissement psychologique et de temps [22] [23].

Les deuxième et troisième Plans Cancer affirment la place du MG dans la phase de traitement et la phase de suivi jusqu'à l'après cancer.

Cependant, plusieurs études ont déjà mis en évidence que les MG ne se sentent pas intégrés dans le suivi du patient âgé en situation complexe [24]. Certaines études démontrent que les patients préfèrent que leur MG n'intervienne pas dans le suivi de la pathologie cancéreuse. Les raisons sont variées, mais l'une d'elle est le manque de communication entre oncologue et MG, et donc entre ville et hôpital [25]. Cette communication insuffisante entre les différents professionnels de santé qui suivent la pathologie néoplasique peut occasionner un sentiment d'abandon chez le patient à l'origine d'une mauvaise adhésion au traitement et donc avoir un effet délétère sur la survie [26].

La place du MG dans le parcours de soins des patients atteints de cancer est donc mieux définie dans les textes que dans la réalité. A cette problématique s'ajoutent les évolutions thérapeutiques contre le cancer, avec l'apparition de nombreux traitements ambulatoires. Ainsi, les MG tendent à avoir une place de plus en plus importante dans la phase de traitement des cancers.

### **Freins à la collaboration avec les IDEC :**

La mesure 18.1 du deuxième Plan Cancer introduit la notion d'IDEC, rôle de nouveau affirmé par le troisième Plan Cancer avec la création du rôle d'Infirmier en Pratique Avancée (IPA) [27] [28].

Cependant, force est de constater que les IDEC restent peu connues des MG.

La première difficulté de ce travail a été de mobiliser les MG pour participer à cette étude. Le taux de réponse a été si faible auprès des MG identifiés par les IDEC que le travail a été étendu à tous les MG d'Ille et Vilaine.

Il est difficile de croire que le manque de temps régulièrement invoqué est la seule raison. Les MG ne se sentent peut-être pas concernés par la question de l'intégration des IDEC aux parcours de soins. La coordination des soins entre la ville et l'hôpital est une des tâches attribuées aux MG par les différentes réformes du système de santé. On peut commencer par se demander ce qu'en pensent les MG. Cette coordination des soins est décrite comme chronophage lors des entretiens effectués. Mais, est-ce que le fait de devoir réaliser une tâche non au contact des patients, une tâche presque imposée ; n'est pas une autre explication au peu d'importance qu'ils accordent à la coordination des soins et donc à l'intégration des IDEC dans leurs pratiques professionnelles.

La même question peut se poser du côté des IDEC. Comme précédemment évoqué dans les résultats, elles n'appellent les MG que dans de rares cas. A nouveau, le caractère chronophage est évoqué. Mais la lourdeur d'une telle tâche, possiblement considérée comme administrative, fait sans doute partie du processus.

C'est le concept du « dirty work » créé par Hughes en 1956 [29]. Le dirty work est un ensemble de tâches peu valorisées, que les professionnels souhaitent voir exclues de leur profession et déléguées à d'autres. Ce concept est applicable, tant pour les médecins que pour les infirmières car cette tâche impose du temps de travail non dédié directement au patient, travail souvent qualifié d'administratif et ressenti comme un fardeau [30].

Mais il existe également une réticence au statut infirmier des IDEC. Ce statut a considérablement évolué en un siècle où il est passé d'un rôle totalement subordonné à l'activité médicale, à une véritable indépendance de la profession et une collaboration avec les médecins [31] [32].

La coordination des soins aux patients atteints de cancer en situation complexe doit être améliorée par ces IPA via une étroite collaboration avec les MG. Pour ce faire, un véritable réseau doit se construire incluant les professionnels de santé et ceux du maintien à domicile ; et doit être soutenu et promu par les autorités. Les IPA se trouvent alors au centre de ces réseaux.

Un parallèle peut alors être fait entre les IPA et les gestionnaires de cas du Projet et Recherches sur l'Intégration des Services pour le Maintien de l'Autonomie en France (PRISMA) [33].

Il s'agit en effet d'une nouvelle profession qui a pour objectif de devenir l'interlocuteur privilégié des patients tout en centralisant les informations provenant des différents professionnels.

### **Améliorer la collaboration MG-IDEC :**

Une meilleure promotion du rôle d'IDEC paraît indispensable.

La communication entre MG et IDEC est primordiale et est une tâche attendue dans les deux parties. Pourtant, cette tâche attendue est différente de la tâche réalisée. La théorie de l'ergonomie cognitive que l'on peut utiliser ici, nécessite d'analyser le sens donné à la tâche par le professionnel de façon à pouvoir l'intégrer aux pratiques sans qu'elle ne soit ressentie comme une lourdeur. Il s'agit donc de modifier le ressenti du travail de coordination et lui donner un sens et une utilité dans l'intérêt du patient.

L'intégration des IPA sera sans doute progressive à l'instar des gestionnaires de cas, et devra être soutenue par les ARS. Puisque le rôle d'IDEC libéral fonctionne à priori mieux pour les MG, il serait probablement pertinent de prendre cette situation comme modèle et de poursuivre son développement et son intégration, sans que ce rôle d'IPA ne soit ressenti comme une multiplication des intervenants dans les parcours complexes.

### **Limites de l'étude :**

La population de l'étude n'est pas représentative de la population générale car les MG qui ont participé sont intéressés par le sujet. Aucun entretien ne dépasse 31 minutes, ce qui est court.

L'analyse des entretiens n'a été effectuée que par un seul chercheur ayant une faible expérience des études qualitatives.

## **CONCLUSION :**

---

Le rôle d'IDEC date du deuxième Plan Cancer et des expérimentations sont toujours en cours pour l'optimiser au maximum. Un des principaux rôles des IDEC est de faciliter la coordination ville-hôpital en collaborant avec les MG.

Mais cette étude met en évidence que les MG n'ont qu'une connaissance très limitée du rôle d'IDEC, en particulier des IDEC qui travaillent au sein des services hospitaliers et des UCOG. Plusieurs freins sont mis en évidence dans ce travail concernant l'intégration des IDEC, et en particulier leur statut infirmier.

Les résultats concernant l'IDEC libérale sont différents, et la proximité qui existe entre cette IDEC et les MG permet une pleine intégration de l'infirmière aux parcours de soins des patients et une étroite collaboration avec les MG.

Les choses sont encore amenées à changer très prochainement avec la création des IPA. Ces IPA auront alors en plus de leur fonction soce et de la fonction de coordination, la possibilité de prescrire un certain nombre d'exams complémentaires, et d'adapter ou de renouveler certaines prescriptions.

La promotion de ce nouveau rôle auprès de tous les MG paraît indispensable afin d'affirmer le rôle de collaborateur des médecins et éviter une crainte fondée sur la méconnaissance concernant le degré d'autonomie de ces IPA.

## BIBLIOGRAPHIE :

---

- [1] Insee- Institut national de la statistique et des études économiques. France, portrait social, édition 2016
- [2] Blanpain N., Chardon O. « Projection de la population à l'horizon 20160. Un tiers de la population âgé de plus de 60 ans. » Insee Première, n°1320, octobre 2010.
- [3] DRESS- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Santé Publique. « L'état de santé de la population en France », rapport 2017.
- [4] Insee- Institut national de la statistique et des études économiques. Causes de décès des personnes âgées en 2015. Données annuelles de 2000 à 2015.
- [5] Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, France. Plan cancer 2003-2007 [Internet]. Disponible sur [www.plan-cancer.gouv.fr](http://www.plan-cancer.gouv.fr)
- [6] Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Loi HPST [Internet]. Disponible sur <http://www.santegouv.fr/la-loi-hopital-patients-sante-et-territoires.html>. 2009.
- [7] Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, France. Plan cancer 2009-2013 [Internet]. Disponible sur [www.plan-cancer.gouv.fr](http://www.plan-cancer.gouv.fr)
- [8] Rougé M-E. Place du médecin généraliste dans la nouvelle organisation des soins en cancérologie [thèse]. Université Paul Sabatier Toulouse ; 2014.
- [9] ASIP Santé, Agence française de la santé numérique. EON F. Notion d'équipes de soins et les modalités d'échange et de partage des données de santé.
- [10] Repetto L, Piselli P, Raffaele M, Locatelli C. Communicating cancer diagnosis and prognosis : When the target is the elderly patient-a GIOGer study. Eur J Cancer. 2009;45(3):374-83.
- [11] Dramé, Moustapha, et al. « La fragilité du sujet âgé : actualité - perspectives », *Gérontologie et société*, vol. vol. 27 / 109, no. 2, 2004, pp. 31-45
- [12] Institut national du cancer. Résultats des expérimentations du parcours personnalisé des patients pendant et après le cancer. Synthèse nationales des bilans à un an des 35 sites pilotes, 2012 [Internet]. Disponible sur <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Resultats-des-experimentations-du-parcours-personnalise-des-patients-pendant-et-apres-le-cancer.-Synthese-nationale-des-bilans-a-un-an-des-35-sites-pilotes>
- [13] MAGNIER H. Infirmière pivot en oncologie: une expertise au service des patients et des équipes. Bulletin infirmier du cancer. 2016; 16: 102-105 [Internet]. Disponible sur : [http://www.jle.com/fr/revues/bic/e-docs/infirmiere\\_pivot\\_en\\_oncologie\\_une\\_expertise\\_au\\_service\\_des\\_patients\\_et\\_des\\_equipes\\_308107/article.phtml](http://www.jle.com/fr/revues/bic/e-docs/infirmiere_pivot_en_oncologie_une_expertise_au_service_des_patients_et_des_equipes_308107/article.phtml) Consulté le 15 février 2017.
- [14] Instruction DGOS/R3 n°2014-235 du 24 juillet 2014 relative à l'engagement d'une seconde phase d'expérimentation du dispositif des infirmiers de coordination en cancérologie.

- [15] Ribau C, Lasry JC, et al. La phénoménologie: une approche scientifique des expériences vécues. R.S.I. 2005; 81: 21-27. [en ligne] <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2005-2-page-21.htm> Consulté le 26 novembre 2016.
- [16] Meyor C, Lamarre AM, Thiboutot C. L'approche phénoménologique en sciences humaines et sociales- Question d'amplitude. Recherches Qualitatives, Vol. 25(1), 1-8.
- [17] Hervé Dumez. Qu'est-ce que la recherche qualitative?. Le Libellio d'Aegis, 2011, 7 (4 - Hiver), pp.47-58.
- [18] Perrier Y, Robert Tremblay R. Savoir plus : outils et méthodes de travail intellectuel. 2<sup>e</sup> ed. Les éditions de la Chenelière inc. ;2006.
- [19] Institut national du cancer. Oncogériatrie- les unités de coordination et antennes en oncogériatrie [Internet]. Disponible sur <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Oncogeriatricie>
- [20] Hournau-Blanc, Julie. « Structuration de l'activité oncogériatrique : historique et état des lieux en 2013 », *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, vol. 115, no. 4, 2013, pp. 103-108.
- [21] Bungener M., Demagny L., Holtedahl K.A, Letourmy A., 2009, La prise en charge du cancer : quel partage des rôles entre médecine générale et médecine spécialisée ?, *Pratiques et Organisations des Soins*, 40, 3, 191-196.
- [22] Assurance Maladie. Circulaire 20/2017 [Internet]. Disponible sur <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/347608/document/cir-20-2017-version-rechargee.pdf>
- [23] MG France. De nouvelles cotations au 1<sup>er</sup> novembre [Internet]. Disponible sur <https://www.mgfrance.org/index.php/actualite/profession/1730-de-nouvelles-cotations-au-1er-novembre>
- [24] Lucie Bosson. Difficultés de prise en charge par le médecin généraliste des personnes âgées en situation médicale et psycho-sociale complexe : état des lieux à propos d'une enquête à Grenoble, Annecy et Roanne [thèse]. Médecine humaine et pathologie. 2011.
- [25] Pauline Gerard. Place du médecin généraliste dans la prise en charge des patients en cours de chimio- thérapie : enquête auprès des patients de l'hôpital de jour du CHR d'Annecy [thèse]. Médecine humaine et pathologie. 2012.
- [26] Société française d'hématologie. Livre blanc : l'organisation de la prise en charge des patients sous thérapies orales en hématologie, Novembre 2016 [Internet]. Disponible sur <http://sfh.hematologie.net/hematolo/UserFiles/File/PDF/Livre Blanc Hemopathies malignes Version Numerique Nov 16.pdf>
- [27] Plan cancer 2014-2019 [Internet]. Disponible sur: [www.plan-cancer.gouv.fr](http://www.plan-cancer.gouv.fr)

[28] MAGNIER H. Infirmière pivot en oncologie: une expertise au service des patients et des équipes. Bulletin infirmier du cancer. 2016; 16: 102-105.

[29] Jérémy Morales, Caroline Lambert. Du « dirty work » au « dirty dust » Efforts de contrôleurs de gestion pour entrer dans le processus de décision. *LA COMPTABILITE, LE CONTRÔLE ET L'AUDIT ENTRE CHANGEMENT ET STABILITE*, May 2008, France. pp.CD Rom, 2008.

[30] Michel L. Into the black box of a nursing burden, a comparative analysis of administrative tasks in French and American hospitals. Human health and pathology. Université Pierre et Marie Curie – Paris VI, 2017.

[31] Besse L et al. Coordination des parcours complexes de soins, une pratique avancée en soins infirmiers. Mémoire EHESP de module inter professionnel. 2012, 58 p., réf. 2p., FRA.

[32] Les principaux changements dans la profession infirmière depuis vingt ans. Propos d'infirmières. Midy F. Mémoire dans le cadre d'une formation en sociologie. Juin 2003.

[33] Somme D., Trouvé H., Couturier Y. *et al.* (2007). PRISMA-France : Adaptation du modèle d'intégration PRISMA au système de soins et services français. In : *L'intégration des services : les fruits de la recherche pour nourrir l'action*. Éditions Edisem, 529-546.

## **GLOSSAIRE / LISTE DES ABRÉVIATIONS :**

---

ARS : agence régionale de santé

CLCC : centre de lutte contre le cancer

CNIL : commission nationale de l'informatique et des libertés

DGOS : direction générale de l'offre de soins

EI : effet indésirable

HPST : hôpital patients santé territoires

IDEC : infirmier de coordination en oncologie

INCa : institut national du cancer

IPA : infirmier en pratique avancée

MG : médecin généraliste

PPS : plan personnalisé de soins

PRISMA : projet et recherches sur l'intégration des services pour le maintien de l'autonomie

UCOG : unité de coordination en oncogériatrie



## ANNEXES :

---

### Annexe 1 : Guide d'entretien, version initiale.

**Présentation du projet :** étude qualitative sur votre ressenti personnel lors de l'intervention d'une IDE de coordination en oncogériatrie dans la stratégie thérapeutique de suivi de vos patients âgés atteints de cancer.

**Consentement oral.**

**Conversation enregistrée sur deux supports pour une retranscription en verbatim dans un second temps.**

**Données anonymisées, ni votre identité, ni celle de votre patient n'apparaîtra dans mon travail de thèse.**

1. Dans un premier temps, j'aimerais pour mieux situer votre discours que vous m'indiquiez si vous avez, dans votre patientèle, beaucoup de personnes âgées. Et parmi ces personnes âgées, en avez-vous beaucoup ayant une néoplasie active ou en rémission ?
2. Comment organisez-vous le suivi de vos patients âgés atteints de cancer ? (attitude systématique, protocoles ou grosses difficultés de suivi). Avez-vous un réseau de professionnels de santé pour organiser ce suivi ? ( association de patients, réseau ville-hôpital).
3. Pouvez-vous me dire par qui et à quel moment vous avez entendu parler pour la première fois d'infirmière de coordination en oncologie/oncogériatrie ?
4. Que saviez-vous à ce moment-là, du rôle et des compétences des infirmières de coordination en oncologie/oncogériatrie ?(stéréotypes, idées préconçues et attentes)
5. Pouvez-vous me décrire la situation clinique qui vous a amené à être en contact avec une infirmière de coordination en oncologie ?
  1. Comment se sont passés vos interactions ? Y a-t-il eu plusieurs échanges ?
  2. Qu'est ce que cette intervention a réellement changé dans la prise en charge ?
6. J'aimerais connaître votre ressenti concernant cette expérience.
  1. Quels sont selon vous les points forts de l'intervention d'une infirmière de coordination en oncologie/oncogériatrie ?
  2. Quels sont les points à travailler pour permettre d'optimiser une collaboration entre la médecine de ville et l'hôpital dans cette prise en charge ?

## **Annexe 2 : Guide d'entretien, version modifiée.**

**Présentation du projet** : étude qualitative sur votre ressenti personnel lors de l'intervention d'une IDE de coordination en onco-gériatrie dans la stratégie thérapeutique de suivi de vos patients âgés atteints de cancer.

**Consentement oral.**

**Conversation enregistrée sur deux supports pour une retranscription en verbatim dans un second temps.**

**Données anonymisées, ni votre identité, ni celle de votre patient n'apparaîtra dans mon travail de thèse.**

- 1) Dans un premier temps, j'aimerais pour mieux situer votre discours que vous m'indiquiez si vous avez, dans votre patientèle, beaucoup de personnes âgées. Et parmi ces personnes âgées, en avez-vous beaucoup ayant une néoplasie active ou en rémission ?
- 2) Comment organisez-vous le suivi de vos patients âgés atteints de cancer ? (attitude systématique, protocoles ou grosses difficultés de suivi). Comment gérez-vous les effets indésirables des cancers, en particulier dans ces suivis de personnes polyopathologiques, pouvant avoir des troubles cognitifs?
- 3) Avez-vous un réseau de professionnels de santé pour organiser ce suivi ? (association de patients, réseau ville-hôpital).
- 4) Pouvez-vous me dire si vous avez déjà entendu parler d'infirmière de coordination en oncologie ou oncogériatrie; et si oui dans quel contexte?
- 5) Que savez-vous, du rôle et des compétences des infirmières de coordination en oncogériatrie?(stéréotypes, idées préconçues et attentes)
- 6) Pouvez-vous me décrire une situation clinique où vous avez été en difficultés et durant laquelle vous auriez aimé avoir un interlocuteur privilégié ou particulier ?
  - a) Comment se sont passées vos interactions ou comment imaginez-vous ces interactions ?
  - b) Qu'est ce que cette intervention peut réellement changer dans la prise en charge ?
- 7) J'aimerais connaître votre ressenti concernant cette intervention des IDEC dans le suivi des patients âgés atteints de cancer.
  - a) Quels sont selon vous les points forts ?
  - b) Quels sont les points négatifs et ceux que vous aimeriez voir améliorer.

### Annexe 3 : Thèmes et sous-thèmes

- 1) Le ressenti des médecins généralistes :
  - a. Orientation diagnostique
  - b. Participation à l'annonce diagnostique
    - i. Consultation pluridisciplinaire
    - ii. Annonce réalisée en médecine générale
    - iii. Rémunération de la consultation d'annonce
  - c. RCP
    - i. Manque de compétences pour la décision de traitement
    - ii. Sentiments d'exclusion
    - iii. Apport d'informations sur la globalité du patient
    - iv. Amélioration du lien ville - hôpital
  - d. Suivi de la pathologie cancéreuse
    - i. Organisé par les spécialistes
    - ii. Patients perdus de vue en médecine générale
    - iii. Fréquence de suivi déterminée par les pathologies pré-existantes
  - e. Obtention d'un avis médical
    - i. Facilitée par la présence d'un oncologue référent
    - ii. Avis téléphoniques
    - iii. Chronophage
    - iv. Quelques difficultés
  - f. Organisation d'une hospitalisation
    - i. Difficile
    - ii. Eviter un passage par les urgences
  - g. Gestion des effets secondaires
    - i. Nécessité de connaître les protocoles
    - ii. Effets indésirables bénins
    - iii. Protocoles donnés aux patients
    - iv. Méconnaissance des traitements
    - v. MG plus joignables que les oncologues
    - vi. Peu d'outils standardisés pour la gestion
  - h. La fin de vie
    - i. Patients adressés à leur MG
    - ii. Difficultés dans l'organisation de la fin de vie en ambulatoire
  - i. Particularités des patients âgés
  - j. Soutien psychologique au patient et à son entourage
    - i. Prise en compte par les médecins généralistes
    - ii. Peu par les spécialistes
  - k. Médecin de confiance – approche globale
    - i. Connaissance de la globalité du patient
    - ii. Médecin de confiance
  - l. Informations délivrées par les oncologues
  - m. Méconnaissance du monde libéral
  - n. Lien ville – hôpital
    - i. Manque de communication entre MG et oncologues
    - ii. Intérêt des réseaux de soins

- 2) La relation MG-IDEC :
  - a. IDEC mal identifiées
  - b. Bénéfices pour les patients
    - i. Rôle d'intermédiaire ; lien ville-hôpital
    - ii. Présence rassurante
  - c. Bénéfices pour les MG
    - i. Plus grande disponibilité
    - ii. Facilite l'organisation des soins
    - iii. Compétences ajoutées en oncologie
    - iv. Accès aux dossiers médicaux
  - d. Points de tension
    - i. Rôle méconnus
    - ii. Méconnaissance des ressources libérales par les professionnels hospitaliers
    - iii. Développer les soins de support en ambulatoire
  - e. Le rôle d'IDEC libérale
    - i. Interactions simples avec les MG
    - ii. Connaissance de la réalité du terrain
    - iii. Connaissances des structures locales
    - iv. Liens avec les structures hospitalières

## Annexe 4 : Contacts infirmiers par territoires de santé

## Contacts infirmiers par territoire de santé



**AGUILLON Aude – Le ressenti des médecins généralistes lors de l'intervention d'une infirmière de coordination en oncologie dans le suivi de patients âgés atteints de cancer. Etude qualitative auprès des médecins généralistes d'Ille et Vilaine.**

38 feuilles, 1 illustration, 0 graphique, 30 cm.- Thèse : Médecine ; Rennes 1 ; 2018 ; N° .

**Résumé français**

Introduction : Les infirmiers de coordination en oncologie (IDEC) ont pour rôle de faciliter la coordination ville-hôpital dans les parcours complexes, en collaboration avec les médecins généralistes (MG). Méthode : L'objectif est d'évaluer le ressenti des MG lors de l'intervention des IDEC ; ceux-ci ont été préalablement rencontrés et leurs rôles analysés lors d'une observation participative. Des entretiens semi-dirigés ont été menés auprès de 10 MG puis analysés avec une méthode descriptive et compréhensive. Résultats : Les MG interviennent à toutes les étapes de la prise en charge des cancers mais se sentent exclus des phases de traitement et de suivi. Trois catégories d'IDEC se distinguent : les hospitaliers, ceux des Unités de Coordination en OncoGériatrie (UCOG) et l'IDEC libéral. Les IDEC hospitaliers et des UCOG sont mal identifiés par les MG et leurs rôles mal connus. Ils apparaissent comme des interlocuteurs privilégiés pour les patients et facilitent l'accès aux avis spécialisés, mais ne sont associés qu'à une coordination des soins en intra-hospitalier. L'IDEC libéral est mieux identifié, ses rôles sont connus et il existe une véritable collaboration avec les MG. Conclusion : Les MG se sentent exclus du suivi des cancers. L'intervention d'un IDEC hospitalier ou d'une UCOG ne change pas ce ressenti car il existe peu de liens avec les MG. En revanche, l'IDEC libéral facilite la coordination ville-hôpital du fait d'une véritable collaboration.

**Résumé anglais:**

Introduction: Oncology coordinating nurses (IDEC) aim to facilitate the coordination between outpatient care and hospital in complex pathways, in close collaboration with general practitioners (GPs). Method: The aim is to evaluate the feeling of GPs during the intervention of an IDEC these we met and their roles analyzed during a participatory observation. Semi-structured interviews were conducted with 10 GPs, then analyzed with a descriptive and comprehensive method. Results: GPs participate at all stages of the cancer but feel excluded from the treatment and follow-up steps. Three different IDECs appear: the hospital, the OncoGeriatrics Coordination Unit (UCOG) and the liberal. Hospital and UCOG IDECs are misidentified by the GPs and their roles are misunderstood. They appear as privileged interlocutors for the patients and they facilitate access to specialist advices, but are associated with an exclusive coordination of hospital care. Liberal IDEC is better identified, its roles are known and there is a real collaboration with GPs. Conclusion: GPs feel excluded from monitoring cancer patients. The intervention of a hospital or a UCOG IDEC does not change this feeling because there are few links between them and GPs. However, the liberal IDEC improves the coordination between outpatient care and hospital because of true collaboration with GPs.

Rubrique de classement : Gériatrie

Mots-clés : Médecins généralistes, infirmier de coordination en oncologie, patients âgés, cancer

Mots-clés anglais MeSH : General practitioners, oncology coordinating nurses, elderly patient, cancer

Président : Professeur LAMY DE LA CHAPELLE

JURY :  
 Asseseurs : Professeur SOMME  
 Docteur ALLORY  
 Docteur WAELLI  
 Docteur CATTENOZ