

Connaissance, attitudes et pratiques des médecins généralistes concernant les soins palliatifs en France métropolitaine



Daouda Niaré¹, Guillaume Robert^{2,3,4}, Auriane Rocqueville⁵, Loïc De Geyer⁴, Maguy Frin⁴, Sophie Pennec⁶, Thomas Hanslik^{1,7,8}, Thierry Blanchon¹, Louise Rossignol^{1,5}, Vincent Morel^{2,3}

¹ Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique, Sorbonne Université, INSERM, IPLESP 27 rue de Chaligny, F75012 Paris, France; ² Centre de soins palliatifs, université hospitalière de Rennes, Bretagne, France; ³ Equipe régional des soins palliatifs pédiatriques - ERRSPP Bretagne - La Brise, Rennes, Bretagne, France; ⁴ Université Rennes 1, Rennes, Bretagne, France; ⁵ Département de Médecine Générale, Université de Paris Cité, 16 rue Henri Huchard, F75018 Paris, France; ⁶ Institut National d'études Démographiques (INED), F-93320 Aubervilliers, France; ⁷ UFR Simone Veil-Santé, Université Versailles Saint Quentin en Yvelines, 55 Avenue de Paris, F78000 Versailles, France; ⁸ AP-HP, Hôpital Ambroise Paré, Service de Médecine Interne, 9 Avenue Charles de Gaulle, F92100 Boulogne Billancourt, France
Correspondant : daouda.niare@iplesp.upmc.fr

CONTEXTE

- Augmentation de la population française des 75 ans et plus : +10% en 2019 (Insee, 2019 ; Toulemon L et al, 2022).
- Augmentation du nombre de décès, de pathologies chroniques, de cancers (Atlas FDV, 2020).
- Souhait de la population de mourir à domicile : 85% en 2016 (Sondage IFOP, 2016) mais encore 53% hôpital vs 24% domicile (Insee, 2018).
- Besoin d'accès à des SP de qualité (offre, connaissance et utilisation des dispositifs de SP).

OBJECTIFS

Décrire les connaissances, les attitudes, et les pratiques des MG concernant les SP en France métropolitaine.

METHODES

- Etude descriptive, rétrospective en France métropolitaine : 17 novembre 2020 au 04 mai 2021.
- Auto-questionnaire auprès des MG du réseau Sentinelles : papier ou e-CRF (REDCap).
- Analyse descriptive des données recueillies.

RESULTATS



Médiane : 48 ans
Min : 29 – Max : 74
54% < 50 ans ≥ 46%

Type d'exercice :
- Seul : 30%
- En groupe : 70%

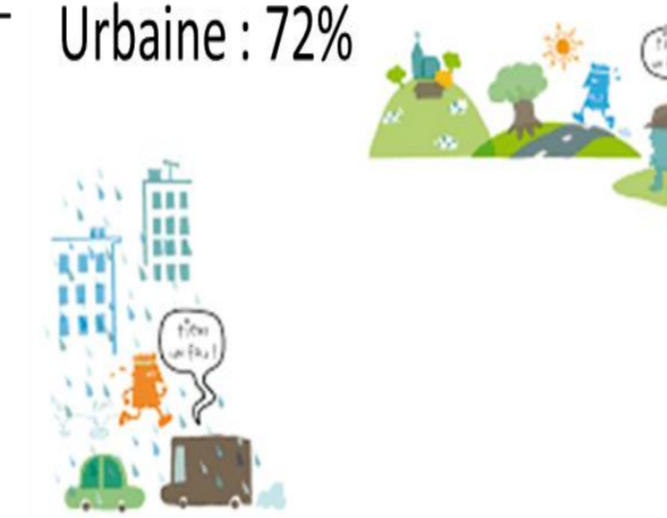


Formation en SP :

- Aucune : 16%
- Initiale : 38%
- Continue : 21%
- Initiale + continue : 16%
- Spécialisée : 9%



Zone d'exercice :
- Rurale : 28%
- Urbaine : 72%



Expérience en SP : 16%

Figure 1. Caractéristiques socio-démographiques des MG (N= 123/135, 91%)

Tableau 1. Disponibilité et utilisation des dispositifs de SP d'après les MG et vérification de leur disponibilité

	Dispositifs déclarés par les MG n (%)	Vérification de disponibilité n (%)	Utilisation des dispositifs n (%)
Dispositifs ambulatoires			
HAD			
Non	6 (5)	3 (2)	7 (6)
Oui	117 (95)	120 (98)	116 (94)
SSIAD			
Non	11 (9)	8 (6)	18 (15)
Oui	112 (91)	115 (94)	105 (85)
Prestataires de services (O2, ADMR...)			
Non	13 (11)	12 (10)	28 (23)
Oui	110 (89)	111 (90)	95 (77)
Equipe mobile de gériatrie et gériopsychiatrie			
Non	49 (40)	48 (39)	62 (50)
Oui	74 (60)	75 (91)	61 (50)
Aucun dispositif ambulatoire			
Non	122 (99)	122 (99)	-
Oui	1 (1)	1 (1)	-
Dispositifs spécialisés en SP			
USP à moins de 40 km			
Non	37 (30)	23 (19)	67 (54)
Oui	86 (70)	100 (81)	56 (46)
EMSP			
Non	41 (33)	35 (28)	58 (47)
Oui	82 (67)	88 (72)	65 (53)
LISP			
Non	64 (52)	44 (36)	89 (72)
Oui	59 (48)	79 (64)	34 (28)
Réseaux de SP			
Non	68 (55)	62 (50)	-
Oui	55 (45)	61 (50)	-
PTA ou DAC			
Non	83 (67)	81 (66)	99 (80)
Oui	40 (33)	42 (34)	24 (20)
Aucun dispositif spécialisé			
Non	117 (95)	122 (99)	123 (100)
Oui	6 (5)	1 (1)	0 (0)

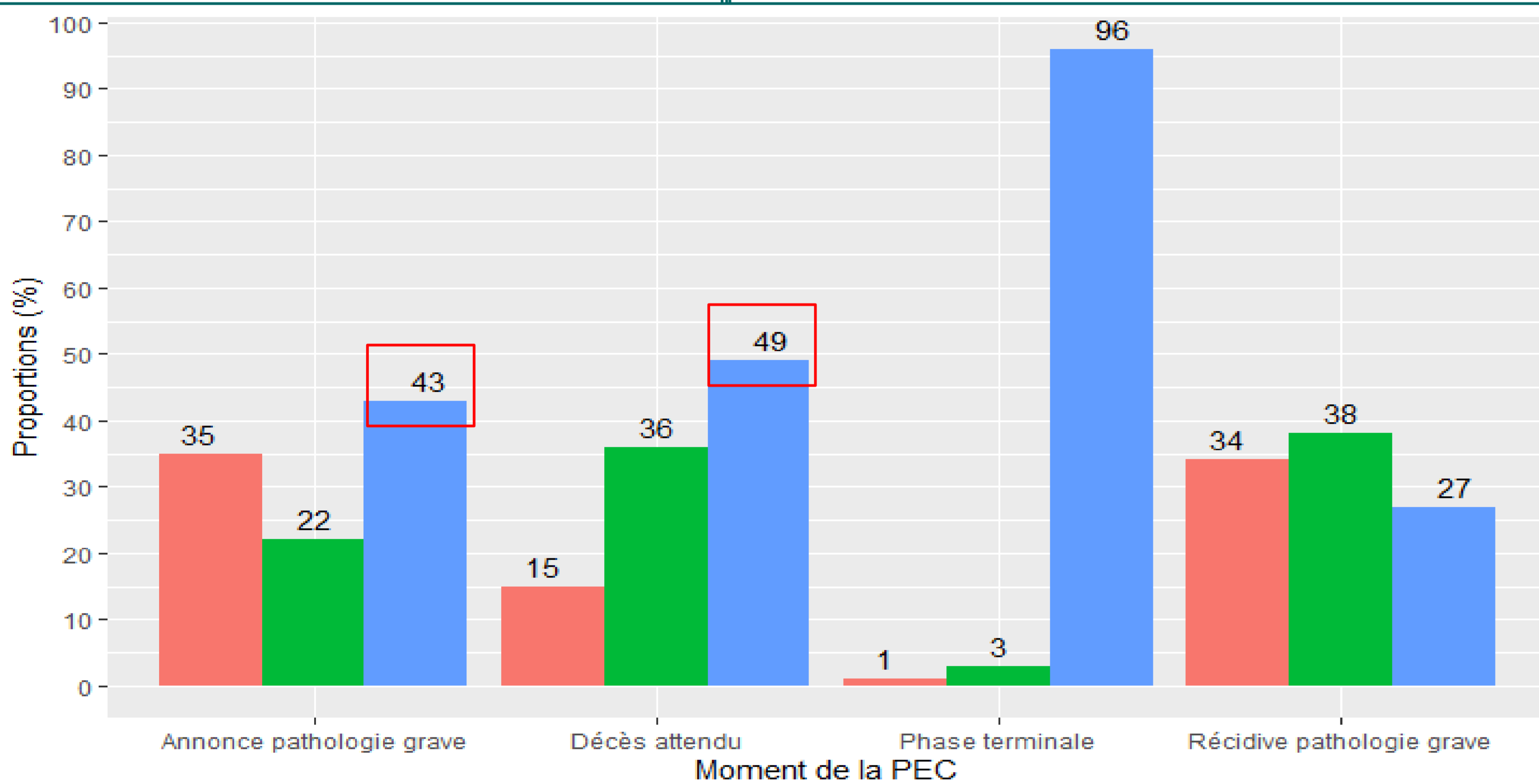


Figure 2. Moment pouvant qualifier la PEC de palliative selon les MG
Echelle : 0 (pas d'accord) à 5 (tout à fait d'accord)

DISCUSSION - CONCLUSION

- Les MG connaissent globalement les dispositifs de SP disponibles sur leur territoire d'exercice et les utilisent.
- Les USP et LISP restent cependant les dispositifs les moins reconnus comme à disposition.
- La grande majorité d'entre eux (plus de 80%) ont accès à une compétence en SP.
- Les MG se sentent plus à l'aise avec la prise en charge de la douleur mais moins à l'aise avec la SPC. Avec la disponibilité du midazolam en pharmacie de ville, des situations de SPC en médecine ambulatoire devraient augmenter dans les années à venir.
- Nos résultats sont similaires à ceux d'autres études (Boudy CA et al, 2020 ; Burt J et al, 2008 ; Brian L et al, 2017).
- **Force** : étude nationale ayant concerné toutes les régions métropolitaines.
- **Limites** : biais de volontariat et de mémorisation ainsi que l'auto-évaluation par les MG.
- **Perspectives** : analyse des facteurs associés à la connaissance et l'utilisation des dispositifs de SP.

GLOSSAIRE

- DAC** : Dispositifs d'Appui à la Coordination
- EMSP** : Equipe Mobile de Soins Palliatifs
- HAD** : Hospitalisation A Domicile
- LISP** : Lit Identifié en Soins Palliatifs
- MG** : Médecin Généraliste
- PEC** : Prise En Charge
- PTA** : Plateforme territoriale d'appui
- SP** : Soins palliatifs
- SPC** : Sédation Profonde et Continue
- SSIAD** : Service de Soins Infirmiers A Domicile
- USP** : Unité de Soins Palliatifs

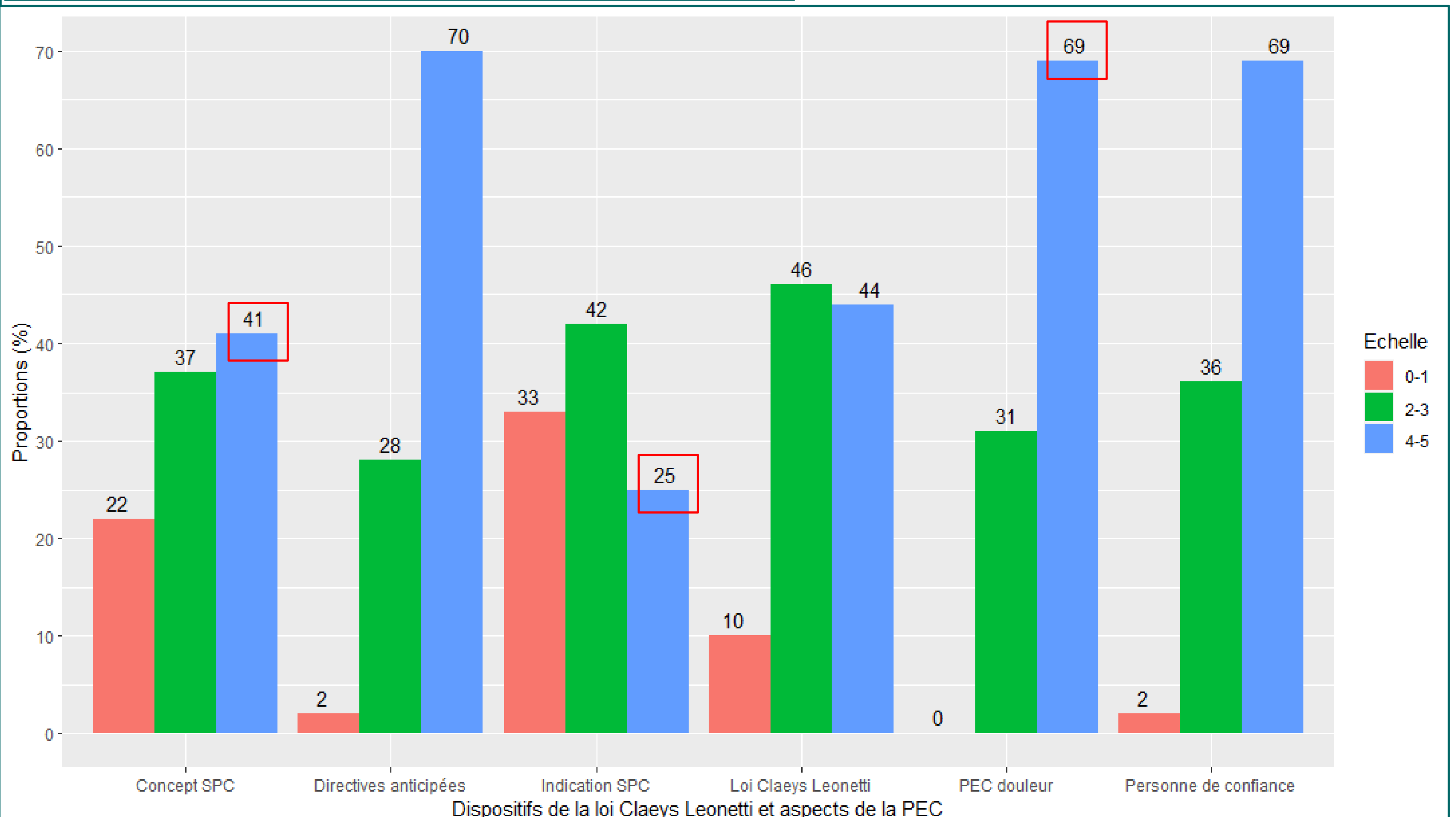


Figure 3. Connaissances des MG des dispositifs de la loi Clays Leonetti et leur perception sur leur compétences vis-à-vis des SP
Echelle dispositifs de la loi Clays Leonetti : 0 (absentes) à 5 (très bonnes)
Echelle compétences des MG : 0 (pas du tout) à 5 (totale)

COMITE SCIENTIFIQUE



FINANCEMENT

