



HAL
open science

Connaissance des internes de médecine générale français sur les directives anticipées

Marine Duquesne

► **To cite this version:**

Marine Duquesne. Connaissance des internes de médecine générale français sur les directives anticipées. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02007215

HAL Id: dumas-02007215

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02007215v1>

Submitted on 5 Feb 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.



Connaissance des internes de médecine générale français sur les directives anticipées.

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 3 Octobre 2018

Par Madame Marine DUQUESNE

Née le 27 mars 1991 à Saint-Saulve (59)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur SALAS Sébastien

Président

Monsieur le Professeur BOYER Laurent

Assesseur

Monsieur le Docteur (MCU-PA) GENTILE Gaétan

Assesseur

Madame le Docteur CHABERT Laure

Directeur



Connaissance des internes de médecine générale français sur les directives anticipées.

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 3 Octobre 2018

Par Madame Marine DUQUESNE

Née le 27 mars 1991 à Saint-Saulve (59)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur SALAS Sébastien

Président

Monsieur le Professeur BOYER Laurent

Assesseur

Monsieur le Docteur (MCU-PA) GENTILE Gaétan

Assesseur

Madame le Docteur CHABERT Laure

Directeur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI

Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :

- * aux Etudes : Jean-Michel VITON
- * à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- * aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- * aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- * à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- * aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Véronique VITTON
- * Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- * Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- * Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- * Communication : Laetitia DELOUIS
- * Examens : Caroline MOUTTET
- * Logistique : Joëlle FRAVEGA
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FIGARELLA Jacques
	ALDIGHERI René		FONTES Michel
	ALESSANDRINI Pierre		FRANCOIS Georges
	ALLIEZ Bernard		FUENTES Pierre
	AQUARON Robert		GABRIEL Bernard
	ARGEME Maxime		GALINIER Louis
	ASSADOURIAN Robert		GALLAIS Hervé
	AUFFRAY Jean-Pierre		GAMERRE Marc
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GARCIN Michel
	AZORIN Jean-Michel		GARNIER Jean-Marc
	BAILLE Yves		GAUTHIER André
	BARDOT Jacques		GERARD Raymond
	BARDOT André		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERARD Pierre		GIUDICELLI Roger
	BERGOIN Maurice		GIUDICELLI Sébastien
	BERNARD Dominique		GOUDARD Alain
	BERNARD Jean-Louis		GOUIN François
	BERNARD Pierre-Marie		GRISOLI François
	BERTRAND Edmond		GROULIER Pierre
	BISSET Jean-Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BLANC Bernard		HASSOUN Jacques
	BLANC Jean-Louis		HEIM Marc
	BOLLINI Gérard		HOUEL Jean
	BONGRAND Pierre		HUGUET Jean-François
	BONNEAU Henri		JAQUET Philippe
	BONNOIT Jean		JAMMES Yves
	BORY Michel		JOUVE Paulette
	BOTTA Alain		JUHAN Claude
	BOURGEADE Augustin		JUIN Pierre
	BOUVENOT Gilles		KAPHAN Gérard
	BOUYALA Jean-Marie		KASBARIAN Michel
	BREMOND Georges		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BRICOT René		LACHARD Jean
	BRUNET Christian		LAFFARGUE Pierre
	BUREAU Henri		LAUGIER René
	CAMBOULIVES Jean		LEVY Samuel
	CANNONI Maurice		LOUCHET Edmond
	CARTOUZOU Guy		LOUIS René
			LUCIANI Jean-Marie
	CHAMLIAN Albert		MAGALON Guy
	CHARREL Michel		MAGNAN Jacques
	CHAUVEL Patrick		MALLAN- MANCINI Josette
	CHOUX Maurice		MALMEJAC Claude
	CIANFARANI François		MATTEI Jean François
	CLEMENT Robert		MERCIER Claude
	COMBALBERT André		METGE Paul
	CONTE-DEVOLX Bernard		MICHOTEY Georges
	CORRIOL Jacques		MILLET Yves
	COULANGE Christian		MIRANDA François
	DALMAS Henri		MONFORT Gérard
	DE MICO Philippe		MONGES André
	DELARQUE Alain		MONGIN Maurice
	DEVIN Robert		MONTIES Jean-Raoul
	DEVRED Philippe		NAZARIAN Serge
	DJIANE Pierre		NICOLI René
	DONNET Vincent		NOIRCLERC Michel
	DUCASSOU Jacques		OLMER Michel
	DUFOUR Michel		OREHEK Jean
	DUMON Henri		PAPY Jean-Jacques
	FARNARIER Georges		PAULIN Raymond
	FAVRE Roger		PELOUX Yves
	FIECHI Marius		PENAUD Antony

MM

PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jean-Claude
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs
DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs
MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs
O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs
P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs
C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président
F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs
A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs
H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur
W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs
S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs
E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur
P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs
R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur
P. MUSTACCHI (U.S.A.)

	1990	
MM. les Professeurs		J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
	1991	
MM. les Professeurs		J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
	1992	
MM. les Professeurs		H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
	1994	
MM. les Professeurs		G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
	1995	
MM. les Professeurs		D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
	1997	
MM. les Professeurs		C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
	1998	
MM. les Professeurs		O. JARDETSKY (U.S.A.)
	1999	
MM. les Professeurs		J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
	2000	
MM. les Professeurs		D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
	2001	
MM. les Professeurs		P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
	2002	
MM. les Professeurs		M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
	2003	
M. le Professeur Sir		T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
	2004	
M. le Professeur		M. DAKE (U.S.A.)
	2005	
M. le Professeur		L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
	2006	
M. le Professeur		A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
	2007	
M. le Professeur		S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	CLAVERIE Jean-Michel Surnombre	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	COLLART Frédéric	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COSTELLO Régis	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COURBIERE Blandine	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COWEN Didier	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	CRAVELLO Ludovic	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CUISSET Thomas	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CURVALE Georges	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	HOFFART Louis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	D'ERCOLE Claude	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'JOURNO Xavier	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	DEHARO Jean-Claude	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DELPERO Jean-Robert	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	KARSENTY Gilles
BARTOLI Michel	DESSEIN Alain Surnombre	KERBAUL François
BARTOLIN Robert Surnombre	DESSI Patrick	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
BERLAND Yvon Surnombre	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	ENJALBERT Alain Surnombre	LE TREUT Yves-Patrice Surnombre
BLAISE Didier	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLIN Olivier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLONDEL Benjamin	FAUGERE Gérard Surnombre	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONELLO Laurent	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONNET Jean-Louis	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
BOUBLI Léon	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOYER Laurent	FRANCES Yves Surnombre	MAGNAN Pierre-Edouard
BREGEON Fabienne		MARANINCHI Dominique Surnombre
BRETELLE Florence	FUENTES Stéphane	MARTIN Claude Surnombre
BROUQUI Philippe	GABERT Jean	MATONTI Frédéric
BRUDER Nicolas	GAINNIER Marc	MEGE Jean-Louis
BRUE Thierry	GARCIA Stéphane	MERROT Thierry
BRUNET Philippe	GARIBOLDI Vlad	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BURTEY Stéphane	GAUDART Jean	MEYER/DUTOUR Anne
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICCALEF/ROLL Joëlle
CASANOVA Dominique	GENTILE Stéphanie	MICHEL Fabrice
CASTINETTI Frédéric	GERBEAUX Patrick	MICHEL Gérard
CECCALDI Mathieu	GEROLAMI/SANTANDREA René	MICHELET Pierre
CHABOT Jean-Michel	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MILH Mathieu
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	MOAL Valérie
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	MONCLA Anne
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MOULIN Guy
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	MOUTARDIER Vincent
CHARREL Rémi	GORINCOUR Guillaume	MUNDLER Olivier Surnombre
CHARPIN Denis Surnombre	GRANEL/REY Brigitte	NAUDIN Jean
CHAUMOITRE Kathia	GRANVAL Philippe	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHIARONI Jacques	GREILLIER Laurent	NICOLLAS Richard
CHINOT Olivier	GRILLO Jean-Marie Surnombre	OLIVE Daniel

OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre

ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland Surnombre
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal

THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
FILIPPI Simon

PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS PARTIEL

BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ACHARD Vincent (disponibilité)	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil	FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (disponibilité)	FOUILLOUX Virginie	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FROMNOT Julien	OUDIN Claire
BARTOLI Christophe	GABORIT Bénédicte	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	GASTALDI Marguerite	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GELSI/BOYER Véronique	PERRIN Jeanne
BERBIS Julie	GIUSIANO Bernard	RANQUE Stéphane
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	REY Marc
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	ROBERT Philippe
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SABATIER Renaud
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SARI-MINODIER Irène
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BOULAMERY Audrey	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	SAVEANU Alexandru
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIDON Catherine	SECQ Véronique
BUFFAT Christophe	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HRAIECH Sami	TOGA Isabelle
CARRON Romain	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	VALLI Marc
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
DADOUN Frédéric (disponibilité)	LAGIER Aude (disponibilité)	VION-DURY Jean
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DAUMAS Aurélie	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LOOSVELD Marie	
DEL VOLGO/GORI Marie-José	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVEZE Arnaud Disponibilité	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline		STEINBERG Jean-Guillaume
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
COLSON Sébastien	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à TEMPS-PLEIN

TOMASINI Pascale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre
MICHEL Fabrice (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH) Surnombre
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMONOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)

BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)

BLONDEL Benjamin (PU-PH)

CURVALE Georges (PU-PH)

FLECHER Xavier (PU-PH)

PARRATTE Sébastien (PU-PH)

ROCHWERGER Richard (PU-PH)

TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)

CHINOT Olivier (PU-PH)

COWEN Didier (PU-PH)

DUFFAUD Florence (PU-PH)

GONCALVES Anthony (PU-PH)

HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)

LAMBAUDIE Eric (PU-PH)

MARANINCHI Dominique (PU-PH) Surnombre

SALAS Sébastien (PU-PH)

VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)

D'JOURNO Xavier (PU-PH)

DODDOLI Christophe (PU-PH)

GARIBOLDI Vlad (PU-PH)

MACE Loïc (PU-PH)

THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)

GRISOLI Dominique (MCU-PH)

TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)

AMABILE Philippe (PU-PH)

BARTOLI Michel (PU-PH)

MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)

PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON-BARTOLI Gabrielle (MCU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) Surnombre

LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)

GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)

GROB Jean-Jacques (PU-PH)

RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;

GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)

CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)

BOYER Laurent (PU-PH)

CHABOT Jean-Michel (PU-PH)

GENTILE Stéphanie (PU-PH)

SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre

THIRION Xavier (PU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)

MOUTARDIER Vincent (PU-PH)

SEBAG Frédéric (PU-PH)

TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)

BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYSS Jean-Michel (PU-PH)

JOUBE Jean-Luc (PU-PH)

LAUNAY Franck (PU-PH)

MERROT Thierry (PU-PH)

VIHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)

GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,

RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)

LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)

BERNARD Jean-Paul (PU-PH)

BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)

DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)

GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)

GRANDVAL Philippe (PU-PH)

GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)

SEITZ Jean-François (PU-PH)

VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)

KRAHN Martin (PU-PH)

LEVY Nicolas (PU-PH)

MONCLA Anne (PU-PH)

SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)

TOGA Caroline (MCU-PH)

ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)

BOUBLI Léon (PU-PH)

BRETELLE Florence (PU-PH)

CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)

COURBIERE Blandine (PU-PH)

CRANELLO Ludovic (PU-PH)

D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION 4404

DARON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH)
MATONTI Frédéric (PU-PH)
RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stéphanne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE: ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
 NICOLLAS Richard (PU-PH)
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

DESSEIN Alain (PU-PH) Surnombre

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
 MARY Charles (MCU-PH)
 RANQUE Stéphane (MCU-PH)
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
 MICHEL Gérard (PU-PH)
 MILH Mathieu (PU-PH)
 REYNAUD Rachel (PU-PH)
 SARLES Jacques (PU-PH)
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
 FABRE Alexandre (MCU-PH)
 OUDIN Claire (MCU-PH)
 OVAERT Caroline (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)
 LANCON Christophe (PU-PH)
 NAUDIN Jean (PU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
 CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
 GIRARD Nadine (PU-PH)
 GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
 JACQUIER Alexis (PU-PH)
 MOULIN Guy (PU-PH)
 PANUEL Michel (PU-PH)
 PETIT Philippe (PU-PH)
 VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
 VIDAL Vincent (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 GERBEAUX Patrick (PU-PH)
 PAPAIZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
 PHAM Thao (PU-PH)
 ROUDIER Jean (PU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
 FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
 SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)
 VALLI Marc (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
 BREGEON Fabienne (PU-PH)
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
 BONINI Francesca (MCU-PH)
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
 DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
 DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
 GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
 REY Marc (MCU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section) Retraite 1/5/2018
 RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
 STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)
 BARLES Fabrice (PU-PH)
 CHANEZ Pascal (PU-PH)
 CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
 GREILLIER Laurent (PU-PH)
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
 BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre
 VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)

A Monsieur le Professeur Sébastien SALAS,

PU - PH en oncologie médicale – APHM Hôpital de la Timone, Marseille

Président du Jury

C'est un grand honneur pour moi que vous ayez accepté de présider cette thèse d'exercice. Merci pour votre implication auprès des étudiants du DU Soins oncologiques de support, psycho-oncologie et soins palliatifs, auquel j'ai eu le plaisir de participer. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de mon plus grand respect.

A Monsieur le Professeur Laurent BOYER

PU PH en santé publique et médecine sociale – APHM Hôpital de la Timone, Marseille

et à Monsieur le Docteur Gaéтан GENTILE,

Maitre de conférences des universités de médecine générale et coordonnateur du DES de médecine générale de la faculté d'Aix Marseille

Membres du Jury

Je vous remercie d'avoir accepté si promptement de faire partie du jury et de juger ce travail de thèse d'exercice.

A Madame le Docteur Laure CHABERT,

Praticien Hospitalier et Responsable EMSP - Centre Hospitalier Louis Brunet, Allauch

Directrice de thèse d'exercice et membre du Jury

Je tiens à te remercier pour avoir accepté d'encadrer cette thèse et pour m'avoir fait partager ton expérience des soins palliatifs. Soit remerciée pour ta gentillesse et ta disponibilité permanente.

Pleins de bonheur pour cette nouvelle vie qui s'annonce à toi et à ta famille.

A Monsieur le Professeur Lionel DANY,

Professeur de Psychologie Sociale de la faculté d'Aix Marseille

Merci pour vos nombreux conseils sur la réalisation de mon questionnaire de thèse tant lors de votre cours lors du DU Soins oncologiques de support, psycho-oncologie et soins palliatifs que lors de notre entretien téléphonique.

A Monsieur Stéphane MORISSET,

Statisticien

Je vous remercie pour le travail réalisé, avec professionnalisme et rapidité, ainsi que pour les réponses que vous avez pu m'apporter.

Aux DMG, facultés et structures représentant les internes de médecine générale qui ont accepté de diffuser cette étude.

Aux internes de médecine générale répondeurs.

A tous les professionnels de santé, médecins et équipes soignantes,

J'ai eu le plaisir de vous rencontrer au cours de mes études, vous m'avez transmis votre passion de la médecine, à l'écoute du patient et non de la maladie. Votre soutien, votre confiance, et pour certains votre amitié ont été très importants à mon épanouissement dans cette nouvelle région et dans cette profession.

Un merci tout particulier à Monsieur le Docteur Gautier SCHWEBEL

Praticien Hospitalier en gériatrie – GHER

Je ne sais comment te remercier pour tout ce que j'ai pu apprendre à tes côtés. Tu m'as donné l'envie de me perfectionner dans le milieu des soins palliatifs mais aussi dans les milieux de l'empathie et de l'écoute vraie. Ce travail a donc pris naissance indirectement à tes côtés et j'espère qu'il sera à la hauteur de ta personne.

A mes parents,

Je vous remercie du fond du cœur de m'avoir permis de passer toutes ces étapes de la vie et de m'avoir supporté au sens propre comme au figuré. Ma réussite vous revient et j'espère pouvoir un jour vous rendre la pareille. Je vous aime.

Un merci tout particulier à ma mère, pour sa relecture attentive et pour toutes les corrections proposées.

A Lolo,

La vie n'a pas toujours été simple mais je serais toujours là pour toi, à tes côtés quoi qu'il advienne. Love.

A mes amis,

Docteurs ou presque

J'ai découvert l'art de la médecine, et bien plus encore l'art de l'amitié : Louis Antoine, Laure, Jean Baptiste, Pierre, à tous ceux qui ont pu croiser mon chemin.

A Édouard,

Je te remercie pour tous ces rires, ces discussions, ces projets... tu as su être là dans les bons comme dans les mauvais moments. Ton soutien est indéniable et c'est en partie grâce à toi si j'en suis là ce soir. Plus que quelques jours avant que notre nouvelle vie commence, c'est une page qui se tourne, et notre nouveau chapitre n'attend plus que nous. Je t'aime.

*« Préparer sa mort,
oser interpeller ses médecins à propos des peurs que l'on peut avoir,
laisser à ceux qui vont rester une parole de vie, une parole de bénédiction,
qui les aident à vivre sans nous. »*

Marie de Hennezel.

Livre « Mourir les yeux ouverts »

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	2
A. HISTOIRE ET LÉGIFÉRATION DES SOINS PALLIATIFS	4
B. LES DIRECTIVES ANTICIPÉES.....	8
C. RÔLE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE.....	9
D. FORMATION	9
E. OBJECTIFS	11
II. METHODES	12
A. TYPE D'ÉTUDE	12
B. POPULATION ÉTUDIÉE.....	12
C. ÉLABORATION DU QUESTIONNAIRE	12
D. RECUEIL DE DONNÉES.....	13
E. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES.....	14
F. ANALYSE STATISTIQUE	14
III. RESULTATS	15
A. POPULATION ÉTUDIÉE.....	15
B. PREMIERS RÉSULTATS.....	18
C. ANALYSES CROISÉES	29
IV. DISCUSSION	35
A. RÉSULTATS PRINCIPAUX, HYPOTHÈSES ET COMPARAISONS.....	35
B. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ÉTUDE	40
C. PROPOSITIONS.....	43
V. CONCLUSION	45
VI. BIBLIOGRAPHIE.....	47
VII. ANNEXES	52
A. ANNEXE 1 - CONTENU DE LA NOUVELLE LOI DU 2 FÉVRIER 2016.....	52
B. ANNEXE 2 - QUESTIONNAIRE	55
C. ANNEXE 3 – RÉSULTATS DES ANALYSES CROISÉES	61
D. ANNEXE 4 – PAROLES D'ÉTUDIANTS.....	71
VIII. ABREVIATIONS.....	73

I. INTRODUCTION

Ces dernières décennies, la médiatisation de plusieurs histoires de vie a contribué à une sensibilisation accrue du grand public aux questions de la fin de vie et nous a mis face à certaines problématiques : Est-il préférable de maintenir ou de limiter les thérapeutiques quand le patient n'est plus en capacité d'exprimer ses volontés ? À qui revient la responsabilité de prendre cette décision ?

Ces questionnements ont fait l'objet de débats politiques, législatifs et citoyens autour des droits du patient, des décisions médicales de fin de vie et de l'euthanasie.

Le pouvoir législatif tenta de répondre à ces interrogations en introduisant et en définissant de nouveaux concepts. C'est ainsi qu'apparaissent la personne de confiance et les directives anticipées respectivement en 2002 (1) et 2005 (2).

Malgré ces propositions et les précisions au cours des années, la dernière ayant eu lieu en février 2016 (3), il semblerait que la population ne s'en saisisse pas ou trop peu, et que leurs rédactions soient marginales : seul 2.5 % des patients en fin de vie en incapacité de participer aux décisions avaient rédigés leurs directives anticipées en 2012 selon l'étude La fin de vie en France de l'INED en collaboration avec l'ONFV (4).

La parole autour de la mort continue d'être sujet tabou en famille, entre amis et même parfois auprès des professionnels de santé (5), les directives anticipées pourraient permettre d'engager le dialogue.

Selon le rapport de l'IGAS de 2015 (6), le médecin traitant serait le professionnel le plus adapté, « meilleur vecteur pour l'information et l'accompagnement du patient » à la rédaction des directives anticipées. Plusieurs études (7–11) et instances (12–15) soulignent également l'importance du rôle des professionnels de santé auprès des patients pour les encourager à faire valoir leurs droits.

Cependant la littérature nous montre que les directives anticipées sont méconnues du milieu soignant (8,16–20), et ce manque de connaissance contribue à leur non rédaction. Pour pouvoir aborder le sujet il est indispensable que les soignants aient une connaissance correcte des dispositifs réglementaires.

Dans le but de développer le dispositif des directives anticipées, il nous a semblé important d'étudier les connaissances et représentations des internes de médecine générale à leur égard pour éclairer les facilitations et limitations à leurs recours.

A. Histoire et légifération des soins palliatifs

Longtemps, la France a été marquée par une relation médecin-malade paternaliste, illustrée ici par les paroles du Professeur Louis Portes, président de l'Ordre des Médecins de 1942 à 1950 : « Face au patient, inerte et passif, le médecin n'a en aucune manière le sentiment d'avoir à faire à un être libre, à un égal, à un pair, qu'il puisse instruire véritablement. Tout patient est et doit être pour lui comme un enfant à apprivoiser, non certes à tromper - un enfant à consoler, non pas à abuser - un enfant à sauver, ou simplement à guérir » (21).

Avec les avancées médicales et technologiques, l'apparition d'associations de malades et la facilitation d'accès aux informations médicales, la relation médecin-malade a considérablement évolué.

1. Naissance des droits du malade

La notion de « droit du malade » est apparue dans l'arrêt Teysier de 1942 (22) qui affirme l'obligation, pour le médecin, de recueillir le consentement du patient.

Il faudra ensuite attendre la Circulaire Laroque en 1986 (23) pour que les soins palliatifs soient reconnus. Les médecins « doivent permettre aux malades d'exprimer leurs sentiments et leurs demandes quelles qu'elles soient, y compris concernant leur propre mort. ».

En 1991, la loi n° 91-748 (24) portant réforme hospitalière affirme le droit à l'information : "les établissements de santé, publics ou privés, sont tenus de communiquer aux personnes recevant ou ayant reçu des soins, [...], les informations médicales contenues dans leur dossier médical" et introduit les soins palliatifs dans les missions de tout établissement de santé.

Puis en 1995, apparaissent les principes de consentement libre et éclairé, de droit du patient à une information claire et de droit de refuser les soins dans le Code de la santé publique (25).

2. 1999, un accès pour tous aux soins palliatifs

Dans les années 80-90, la pandémie de SIDA et une succession de crises sanitaires posent la question de la participation du patient au système de santé. Cette réflexion aboutie à la loi n°99-477 (26) qui vise à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs et institue le droit pour le malade de refuser un traitement. « Art. L. 1er C. La personne malade peut s'opposer à toute investigation ou thérapeutique. »

3. 2002, la personne de confiance

Le 4 mars 2002 est votée la loi n°2002-303 (1) « relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ». Elle renforce le droit des malades à refuser les soins et introduit la possibilité de désigner une personne de confiance. « Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin » (Art. L. 1111-6).

Il est précisé que pour la personne hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée « sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté. ».

4. 2005, les directives anticipées

La loi Léonetti (2) fait suite à l'affaire Vincent Humbert. Jeune homme devenu tétraplégique à la suite d'un accident de la voie publique, il interpelle le président de la République française, Monsieur Jacques Chirac, en 2002 et réclame « le droit de mourir ». Devant son refus, sa mère accède à sa demande en lui administrant une substance toxique. Plongé dans le coma, avec l'accord de l'équipe médicale et de la famille, le médecin réanimateur finit par mettre fin aux jours du patient.

Le débat sur la légalisation de l'euthanasie relancé, Monsieur Jacques Chirac missionne le député Jean Leonetti, pour présider une mission parlementaire d'information sur l'accompagnement de la fin de vie. « Des certitudes individuelles, nous sommes parvenus curieusement à un doute collectif, qui a fait que nous avons écrit une loi un peu particulière puisqu'elle ne dit pas ce qu'il faut faire, mais elle dit quel cheminement il faut prendre. Elle ne dit pas dans ces cas-là vous pouvez et dans ces cas-là vous ne pouvez pas. Elle ne dit ni le bien ni le mal, ni le permis ou l'interdit. Elle dit la procédure qu'il faut suivre lorsqu'on se retrouve devant ces difficultés de conflit de valeur et, en même temps, d'incapacité de se mettre à la place de l'autre pour décider à leur place. » (27).

Ce n'est qu'en 2004, dans le rapport intitulé « L'accompagnement en fin de vie : respecter la vie, accepter la mort » (28) que le concept de directives anticipées voit le jour.

La loi est votée le 22 avril 2005 (2), elle écarte la légalisation de l'euthanasie, renforce le droit au refus de soins, rappelle l'obligation de dispenser des soins palliatifs, introduit dans le droit français la notion de « directives anticipées » et de sédation en phase terminale.

« Art. L. 1111-11. - Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. Elles sont révocables à tout moment. [...] A condition qu'elles aient été établies moins de trois ans avant l'état d'inconscience de la personne, le médecin en tient compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement la concernant. »

L'affaire Chantal Sébire, femme atteinte d'un esthésioneuroblastome - tumeur incurable des sinus et de la cloison nasale – relance le débat du droit à l'euthanasie. En 2008, elle écrit au président de la République, Monsieur Nicolas Sarkozy, pour lui demander le droit de mourir et sollicite en parallèle la justice pour l'autorisation exceptionnelle de se procurer une potion létale. Confrontée à un refus, elle se suicidera en ingérant des produits toxiques.

Le premier ministre, Monsieur François Fillon, confie alors à Jean Leonetti une mission d'évaluation de la loi dont il a été rapporteur en 2005. Le rapport (12) souligne la méconnaissance et la mauvaise application de la loi et rappelle l'importance de la prise en compte des volontés des patients. La rédaction des directives anticipées pour le patient n'est pas obligatoire mais « s'enquérir de [leur] existence » par le médecin l'est.

5. 2016, une sédation profonde et continue

Vincent Lambert, tétraplégique suite à un accident de la voie publique en 2008, survit en état pauci - relationnel, et subit de multiples décisions tantôt médicales en faveur de l'arrêt des thérapeutiques tantôt judiciaires en faveur de la poursuite des thérapeutiques.

Dans ce contexte, lors de la campagne présidentielle Monsieur François Hollande dans son engagement 21 prévoyait "une assistance médicalisée pour terminer sa vie dans la dignité ».

En juillet 2012, Monsieur François Hollande, devenu président de la République, crée une mission présidentielle de réflexion sur la fin de vie. Le professeur Didier Sicard remet son rapport en décembre 2012 (13). Il rappelle l'application insuffisante des lois sus -citées, souligne l'impératif du respect de la parole et des souhaits du patient, du développement d'une culture palliative, des prises de décisions collégiales et confirme le danger de franchir la barrière d'un

interdit. Il définit les directives anticipées comme « un chantier non ouvert » en raison de leur méconnaissance persistante par les soignants, de leur inefficacité ressentie, et de leur inutilité. Il pointe du doigt les difficultés à leur consultation devant l'absence de « fichier national » et à leur rédaction en évoquant l'absence de « modèle ».

En juin 2013, après la remise de ce rapport, le chef de l'Etat saisit le CCNE sur la question de la fin de vie, l'autonomie de la personne et la volonté de mourir. Il émet un avis négatif sur la légalisation de l'euthanasie, l'avis n° 121 (29) et préconise un grand débat public, à travers l'organisation d'États Généraux de la fin de vie.

Le CCNE publie les conclusions du panel citoyen (14) favorables au développement d'une culture médicale conjuguant curatif et palliatif, à la nécessité de garantir les droits des personnes en rendant contraignantes pour les soignants les directives anticipées, à l'accès en phase terminale à une sédation profonde, clivée sur les questions de l'assistance au suicide et à l'euthanasie.

En juin 2014, le Premier ministre, Manuel Valls, missionne Jean Léonetti et Alain Claeys afin de proposer une modification de la législation en vigueur, datant de 2005.

En décembre, le rapport de MM. Claeys et Leonetti (15) est en phase avec les conclusions de la mission Sicard, et des réflexions menées par le CCNE, qui constatent la nécessité d'améliorer les directives anticipées et la sédation en phase terminale, et l'absence de consensus sur les notions de suicide assisté et de l'euthanasie. Il émet que l'application des directives anticipées est limitée par leur méconnaissance, par leur difficulté d'accès, de rédaction, et l'absence de caractère contraignant qui ne leur donne qu'un « statut juridique faible ». « La conséquence est que très peu de Français rédigent des directives anticipées ».

B. Les directives anticipées

La loi n° 2016 - 87 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (3), modifie un certain nombre de dispositions au sein de la partie législative du Code de la santé publique (Annexe 1). L'article L. 1111-11 relatif aux directives anticipées comporte certaines corrections (30):

- Les directives anticipées permettent de porter par écrit l'expression de la volonté de la personne et non plus simplement l'expression de ses souhaits concernant sa fin de vie.

- Les directives anticipées anticipent les conditions « de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'actes médicaux ».

- Elles prennent la forme d'un document écrit, signé et daté par leur auteur qui s'identifie par ses nom(s), prénom(s), date et lieu de naissance. A défaut, elles sont retranscrites et signées par deux témoins, dont la personne de confiance si désignée, attestant de l'expression d'une volonté libre et éclairée.

- Les directives anticipées sont maintenant révisables et non plus simplement révocables, à tout moment et par tous les moyens.

- Leur validité est sans limitation de durée et non plus de trois ans.

- Les directives anticipées s'imposent dorénavant au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, hormis dans deux situations : l'urgence vitale ou lorsque les directives apparaissent manifestement inappropriées, non conformes à la situation médicale. Le cas échéant, le refus du médecin de les appliquer est pris à l'issue d'une procédure collégiale et inscrit au dossier médical. La personne de confiance ou à défaut la famille ou les proches, doivent en être informés.

- Leur contenu exact n'est pas clairement défini par la loi. Des modèles de formulaire élaborés par la Haute Autorité de Santé ont été publiés par l'arrêté du 3 août 2016 (31). Ils prévoient la situation de la personne selon qu'elle se sait ou non atteinte d'une affection grave au moment de la rédaction.

- La loi codifie la hiérarchie des différents éléments permettant la recherche de la volonté de la personne hors d'état d'exprimer sa volonté. Les directives anticipées priment sur le témoignage de la personne de confiance, de la famille ou des proches.

- Il est prévu que les directives anticipées soient conservées dans un registre national et de les intégrer au DMP prévu par la loi Santé du 26 janvier 2016 (32). Par ailleurs, l'ADMD a établi un fichier national des directives anticipées, gratuit et ouvert à tous.

C. Rôle du médecin généraliste

La circulaire Laroque (23) est la première à évoqué le rôle du médecin généraliste, « tout premier, confronté aux problèmes posés par la mise en œuvre des soins palliatifs à domicile ». Le médecin généraliste accompagne à chaque étape de la vie, comme pivot de la prise en charge du patient.

Cela fait écho à la définition de la WONCA Europe (33), le champ de la médecine générale s'étend à tous les problèmes de santé, en n'excluant aucun symptôme. Elle est avant tout centré sur la personne, chaque nouvelle consultation était une relation médecin-malade basée sur la communication et la confiance mutuelle liée aux nombreuses années de suivi régulier, toujours dans le respect de l'autonomie du patient.

Quant aux directives anticipées, c'est à lui « de s'enquérir de [leurs] existence, d'en vérifier la validité, d'en prendre connaissance et d'inclure les souhaits qui y sont exprimés parmi les éléments sur lesquels va s'appuyer [sa] décision médicale. » (14)

D. Formation

Ceci laisse entendre la nécessité d'une formation complète : technoscientifique, relationnelle et éthique, au service du malade et de ses proches.

« Celle-ci doit avoir pour objet de prendre en compte toutes les dimensions de la souffrance et de permettre de communiquer, tant avec le malade qu'avec la famille. » (15)

1. Premier cycle

En France, la formation médicale initiale dans le domaine des soins palliatifs ne s'est étendue qu'à partir de l'arrêté du 18 mars 1992 (34). Il prévoit dans son article 8 un enseignement sur « l'éthique médicale et la déontologie ». Il est modifié par l'arrêté du 21 avril 1994 (35), qui instaure un module de Sciences humaines et sociales, mais moins de 5% des enseignements aborde les questions de fin de vie.

Depuis l'arrêté du 28 octobre 2009 (36), le tronc commun de la première année se divise en unités d'enseignement dont l'UE 7 Santé Société Humanité. L'un de ces objectifs est de développer « une réflexion éthique ». Elle possède un programme fixé nationalement comprenant par ailleurs les items « l'être humain devant la souffrance et la mort », « éthique médicale », porte sur une soixantaine d'heures de cours et correspond à 8 crédits ECTS (37).

2. Deuxième cycle

Le module 6 « Douleur, soins palliatifs, anesthésie », instauré en 2001 (38), était essentiellement fondé sur l'acquisition de connaissances techniques relatives aux moyens de soulager la douleur et comprenait un nombre d'heures variant de 2 à 20 selon les facultés (39).

La réforme du deuxième cycle des études médicales en 2013 (40) a introduit une nouvelle unité d'enseignement, la numéro 5, sur les thèmes « handicap, vieillissement, dépendance, douleur, soins palliatifs et accompagnement ». « L'étudiant doit acquérir les compétences nécessaires en soins palliatifs pour faire face aux situations les plus fréquemment rencontrées lors des phases palliatives ou terminales des maladies graves, chroniques ou létales » à travers les items N° 136, 137 et 138 qui abordent les questions éthiques, légales et sociétales.

Les étudiants qui souhaitent approfondir leur réflexion peuvent également s'inscrire à un master d'éthique.

3. Troisième cycle et DES de médecine générale

Ultérieurement, plus aucune formation n'est obligatoire. Des formations complémentaires existent sous la forme de :

- DU de soins palliatifs, première année de type « initiation », et DIU de soins palliatifs, seconde année de « perfectionnement ». Ces enseignements sont pluriprofessionnels, or seul 28 % pour le DU et 38 % pour le DIU des participants sont des médecins. (39)
- DESC de type oncologie, gériatrie, médecine de la douleur, médecine palliative créé par arrêté du 26 janvier 2007 (41) remplacé depuis 2017/2018 par les formations spécialisées transversales au nombre de deux : soins palliatifs et douleurs. (42)

E. Objectifs

L'objectif principal de cette étude était de faire un état des lieux des connaissances des internes de médecine générale sur les directives anticipées.

L'objectif secondaire était d'identifier les freins et avantages à l'information du patient sur les directives anticipées selon les internes de médecine générale.

II. METHODES

A. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude épidémiologique prospective descriptive et multicentrique basée sur l'exploitation d'un questionnaire électronique (Annexe 2) destiné aux internes de médecine générale français.

B. Population étudiée

Pour être inclus dans l'étude, les répondants devaient être inscrits dans une faculté française en troisième cycle des études médicales de la spécialité médecine générale.

Le seul critère d'exclusion était la non réception du questionnaire.

Le nombre d'internes de médecine générale a été déterminé en consultant les arrêtés officiels (43–45), relatifs à l'affectation après l'ECN, des trois années précédant le recueil des données : 2015 à 2017. On comptait 10482 étudiants dans le cursus de la spécialité médecine générale au moment de l'étude. Ce nombre ne tient compte ni des étudiants ayant changé de spécialité à la suite d'un droit au remords, ni des internes inscrits avant 2015, internes au moment de l'étude du fait d'une ou plusieurs mises en disponibilité, d'une année recherche ou d'un semestre invalidé.

Ces internes étaient répartis sur 28 villes universitaires françaises.

C. Elaboration du questionnaire

Un questionnaire a été élaboré grâce au logiciel Google Form[®], qui permet la réalisation de sondages en ligne gratuits, puis distribué sous forme de lien URL.

Il a été réalisé sous la forme d'un questionnaire mixte, associant questions à choix multiples en majorité, échelle numérique et questions avec réponses ouvertes courtes.

Il a été testé par 2 médecins et 1 épidémiologiste afin de juger de sa qualité scientifique et de sa constitution, ainsi que par un panel de 5 internes afin de juger de son intelligibilité. Le temps moyen de réponse estimé était d'environ 15 minutes.

Il était anonyme et comportait 30 questions organisées en 5 items :

1. Texte de loi

Cet item s'intéressait aux notions sur la loi Claeys Leonetti et à la campagne d'information sur la fin de vie de 2016. Il permettait donc d'analyser le questionnaire dans son cadre législatif et médiatique.

2. Les directives anticipées

Il s'agissait de définir les directives anticipées, d'auto-évaluer les compétences des internes via une EVA et d'identifier les lieux où les internes étaient confrontés à ce dispositif.

3. Place du médecin traitant

Ces données permettaient de qualifier l'implication et l'opinion des répondants par rapport aux directives anticipées et à l'information des patients.

4. Connaissances du dispositif

Cette partie évaluait les connaissances des internes sur les directives anticipées, redéfinies par la loi Claeys Leonetti.

5. « Etes-vous ... »

Cet item regroupait les données socio démographiques des répondants afin de les qualifier en précisant leur sexe, leur âge, leur faculté de rattachement, les stages réalisés, leur nombre de semestre validé, leurs formations complémentaires éventuelles dans le domaine des soins palliatifs.

D. Recueil de données

Une demande de diffusion par courriel a été adressée aux facultés de médecine, aux DUMG ainsi qu'aux associations locales ou syndicats d'internes de médecine générale de chaque subdivision.

Si la faculté l'autorisait, ou à la suite d'une commission, le questionnaire était diffusé via mailing listes. Les associations des internes de médecine générale locale utilisaient plutôt des groupes de réseaux sociaux ou leur site personnel.

Le recueil de données a débuté le 01 février 2018, a été relancé à maintes reprises et a été arrêté le 15 mai 2018. La durée totale du recueil de données était de 3 mois et demi.

Le nombre de questionnaires nécessaires avec un niveau de confiance de 95% et une marge d'erreur de 5% était de 370.

E. Considérations éthiques

Une demande a été formulée auprès du CIL de la faculté d'Aix Marseille. Toutefois, malgré de nombreuses relances, notre dossier n'a pas donné lieu à un retour de sa part. La liste constituée d'adresse email de répondants ne sera pas réutilisée.

F. Analyse statistique

Les données ont été extraites de manière automatisée par le logiciel Google Form® dans un tableur Excel, puis remises en forme.

Les analyses ont été réalisées sur la population globale et en sous-groupe par genre, par nombre de semestre validé et par stage d'internat réalisé afin de mettre en évidence si certaines caractéristiques pouvaient influencer les connaissances des internes.

Les variables qualitatives ont été présentées en effectif et en pourcentage. Les variables quantitatives en moyenne, écart type et médiane, range et quartiles.

La comparaison des variables a été effectuée avec un test du Chi² de Pearson, corrigé par la méthode de Monte-Carlo si les effectifs étaient inférieurs à 5.

Les résultats étaient considérés comme significatifs pour un risque alpha de 5% soit $p < 0,05$.

Enfin, une analyse thématique de contenu des questions ouvertes a été réalisée. Elle consistait en l'identification d'unités de sens et en l'émergence de thèmes principaux.

III. RESULTATS

A. Population étudiée

1. Taux de réponse

a) Structures ayant acceptées de diffuser l'enquête

Un courriel a été adressé aux 28 DUMG de France et/ou facultés de médecine françaises ainsi qu'aux associations, syndicats représentant les internes de médecine générale de chaque subdivision, afin de leur proposer de participer à l'étude en diffusant auprès de leurs internes de médecine générale le lien du questionnaire.

Les refus des DUMG et/ou facultés étaient motivés :

- Par une réponse négative à la suite du passage devant une commission propre à certaines subdivisions,
- Par décision de ne pas diffuser les thèses des internes de médecine générale par soucis de confidentialité ou devant les difficultés des DUMG et facultés à solliciter leurs internes.

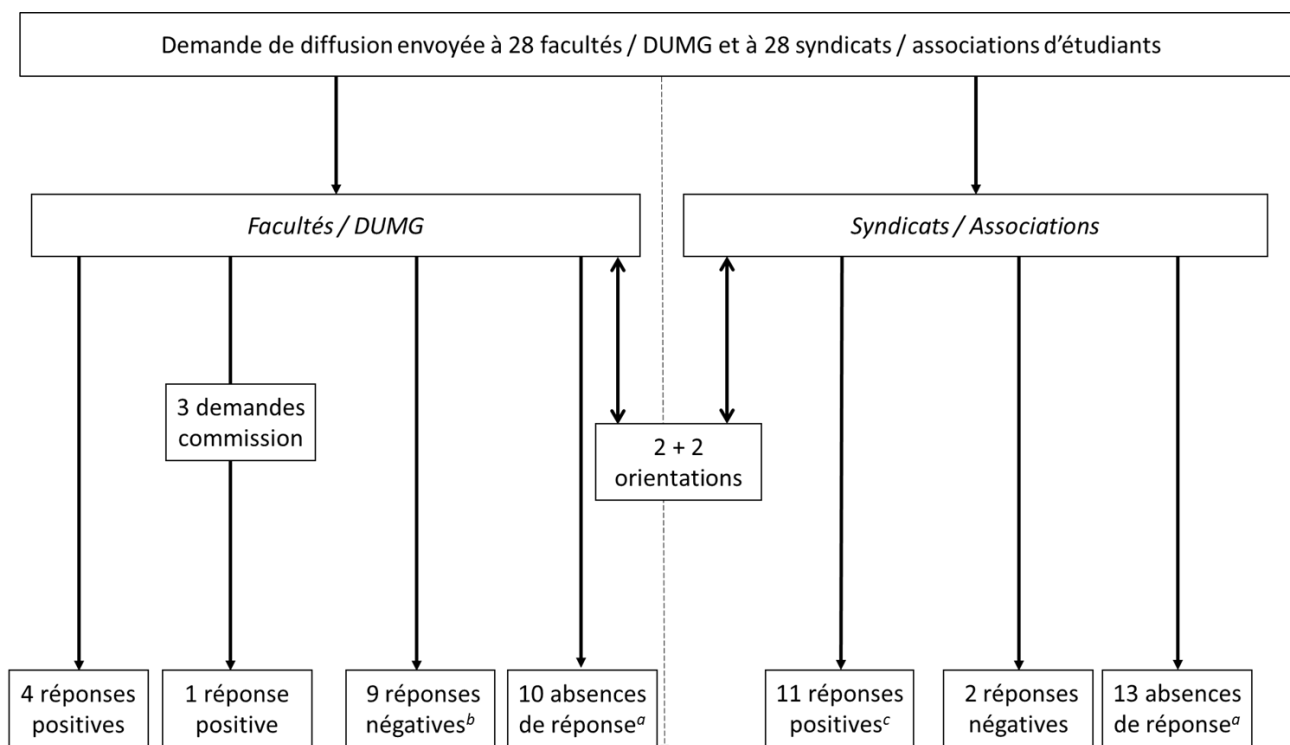


Figure 1 : Répartition des réponses reçues par les facultés de médecine, DUMG et les syndicats, associations d'interne de médecine générale.

a. 6 subdivisions n'ont pas répondu aux sollicitations (Amiens, Caen, Nantes, Nice, Poitiers et Tours).

b. 2 demandaient une validation du CIL de la faculté de Marseille

c. diffusion via une page de réseau social dédiée ou une gazette.

b) Nombre de répondants

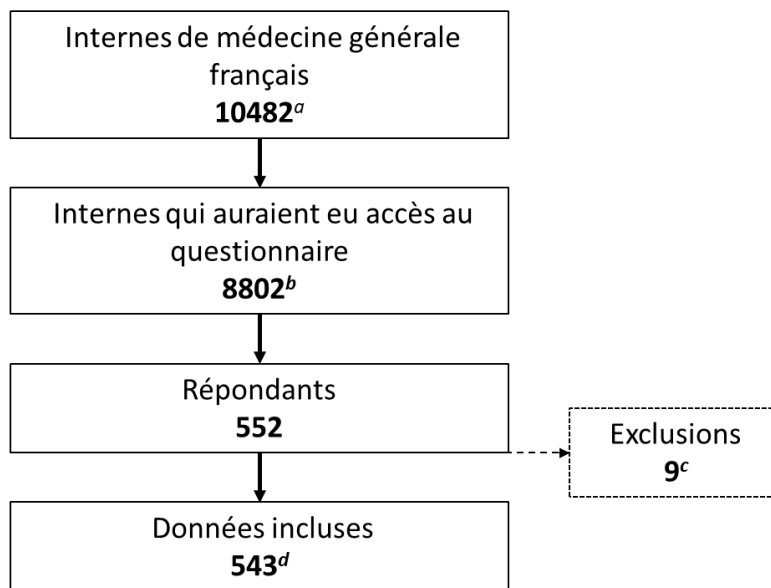


Figure 2 : Flow chart.

a. D'après les arrêtés officiels relatifs à l'affectation après l'ECN des années 2015, 2016 et 2017, il y avait 10482 étudiants dans le cursus de la spécialité médecine générale en France au moment de l'étude.

b. soit un taux de diffusion de 84%.

c. thésé au moment de l'étude.

d. soit un taux de réponse de 6 %.

2. Caractéristiques de la population étudiée

a) Caractéristiques sociodémographiques

L'échantillon comportait une majorité de femmes (72,38%). La moyenne d'âge était de 26,81 ans (min : 23 ans, max : 45 ans) avec un écart type de 2,5 ans. La répartition et le taux de réponse dans chaque faculté sont décrits dans le Tableau 1.

b) Formation initiale

Dans la population étudiée, près de 15 % avaient effectué un stage en USP ou en EMSP. Les différents stages réalisés par les internes de l'étude sont représentés dans le Tableau 2. 3,31 % des répondants étaient inscrits ou titulaires d'un DU, DIU ou DESC en soins palliatifs.

Tableau 1 Caractéristiques sociodémographiques de la population

Caractéristique	Population de l'étude	Population cible
Nb.	543	10482
Age (années)	26.81 (+-2.5)	27,59 (+-2,37)
Sexe - nb (%)		
Homme	150 (27.62)	4097 (39,09)
Femme	393 (72.38)	6385 (60,91)
ECN - nb (%)		
2015	230 (42,36)	3876 (36,98)
2016	170 (31,31)	3506 (33,45)
2017	140 (25,78)	3100 (29,57)
Thèse	3 (0.55)	
Facultés - nb (%)		
Angers	73 (13.44)	339 (3,23)
Antilles Guyane	8 (1.47)	215 (2,05)
Besançon	2 (0.37)	230 (2,19)
Bordeaux	26 (4.79)	536 (5,11)
Brest	18 (3.31)	287 (2,74)
Clermont Ferrand	9 (1.66)	241 (2,3)
Dijon	28 (5.16)	253 (2,41)
Grenoble	7 (1.29)	314 (3,00)
Ile de France	19 (3.50)	1554 (14,83)
Lille	37 (6.81)	669 (6,38)
Limoges	19 (3.50)	112 (1,07)
Lyon	13 (2.39)	510 (4,87)
Marseille	38 (7.00)	610 (5,82)
Montpellier	3 (0.55)	442 (4,22)
Nancy	15 (2.76)	394 (3,76)
Océan Indien	7 (1.29)	179 (1,71)
Reims	39 (7.18)	234 (2,23)
Rennes	32 (5.89)	323 (3,08)
Rouen	9 (1.66)	295 (2,81)
Saint Étienne	10 (1.84)	226 (2,16)
Strasbourg	76 (14.00)	388 (3,70)
Toulouse	53 (9.76)	451 (4,30)
Inconnu	2 (0.37)	

Tableau 2 Formation des internes de l'étude

	Population de l'étude
DU / DIU en soins palliatifs - nb (%)	18 (3.31)
Contact avec une EMSP - nb (%)	476 (87.66)
Stages réalisés pendant l'internat - nb (%)	
Médecine ambulatoire	366 (67.40)
USP	54 (9.94)
EMSP	26 (4.79)
Gériatrie	238 (43.83)
Réanimation	25 (4.60)
Oncologie	31 (5.71)
Aucun de ceux-ci	105 (19.34)

B. Premiers résultats

1. Notions sur la loi Claeys Leonetti et sur la campagne d'information

QUESTION 1 - CONNAISSEZ-VOUS LA LOI DU 02 FEVRIER 2016, DITE LOI CLAEYS LEONETTI ?

76,8 % des internes de médecine générale, soit 417 répondants, déclaraient connaître la loi Claeys Léonetti.

QUESTION 1B - CITEZ 3 MOTS OU EXPRESSIONS VOUS VENANT SPONTANEMENT A L'ESPRIT CONCERNANT CETTE LOI.

Nous avons pris en considération la fréquence d'apparition des mots ou expressions de mots exprimée par les répondants. Les expressions les plus exprimés étaient « directives anticipées », « fin de vie » et « acharnement thérapeutique, obstination déraisonnable » à hauteur respectivement de 43,73 %, 30,71 % et 25,80% (Figure 3).

QUESTION 2 - AVEZ-VOUS VU OU ENTENDU PARLER DE LA CAMPAGNE D'INFORMATION SUR LA FIN DE VIE (2016) ? LA OU LES QUELLE(S) ?

29,83 % des internes de médecine générale, soit 162 répondants, déclaraient avoir pris connaissance de l'une des campagnes d'information sur la fin de vie de 2016 (Figure 4).

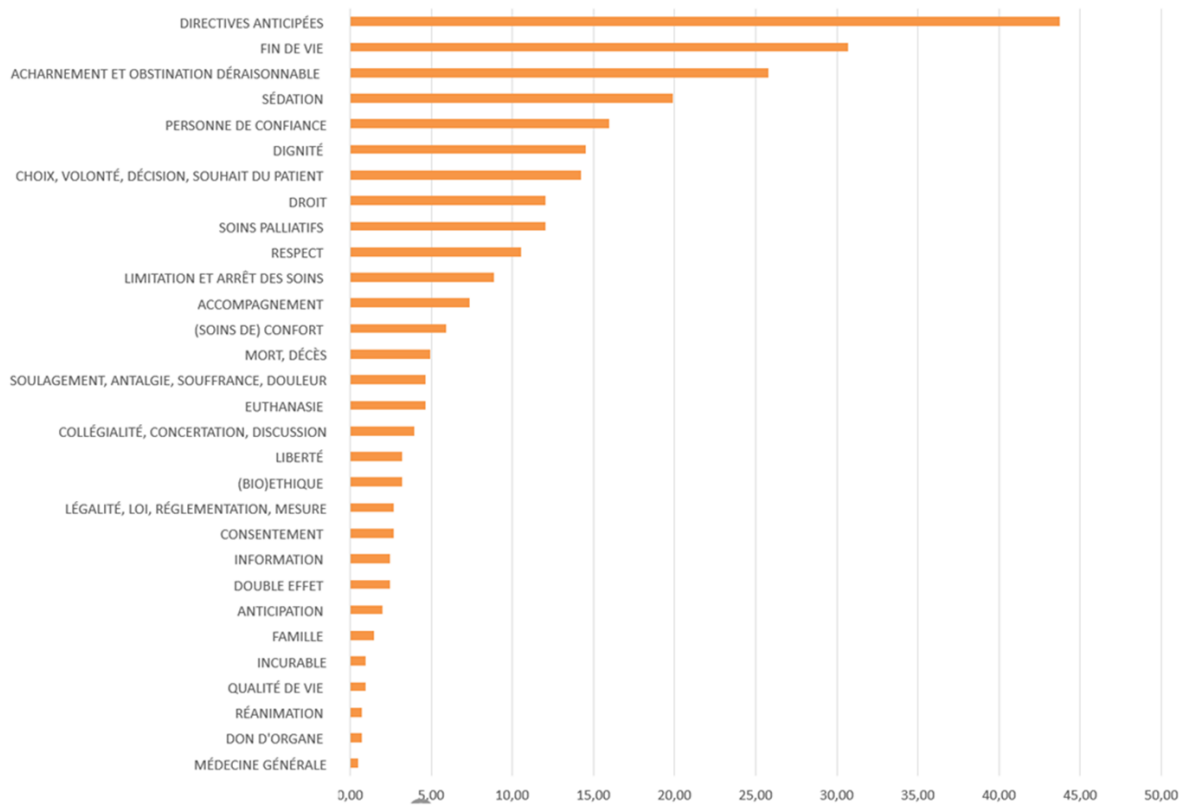


Figure 3 : Représentation de la loi Claeys Leonetti pour la population d'internes en médecine générale étudiée.

* Axe horizontal en pourcentage

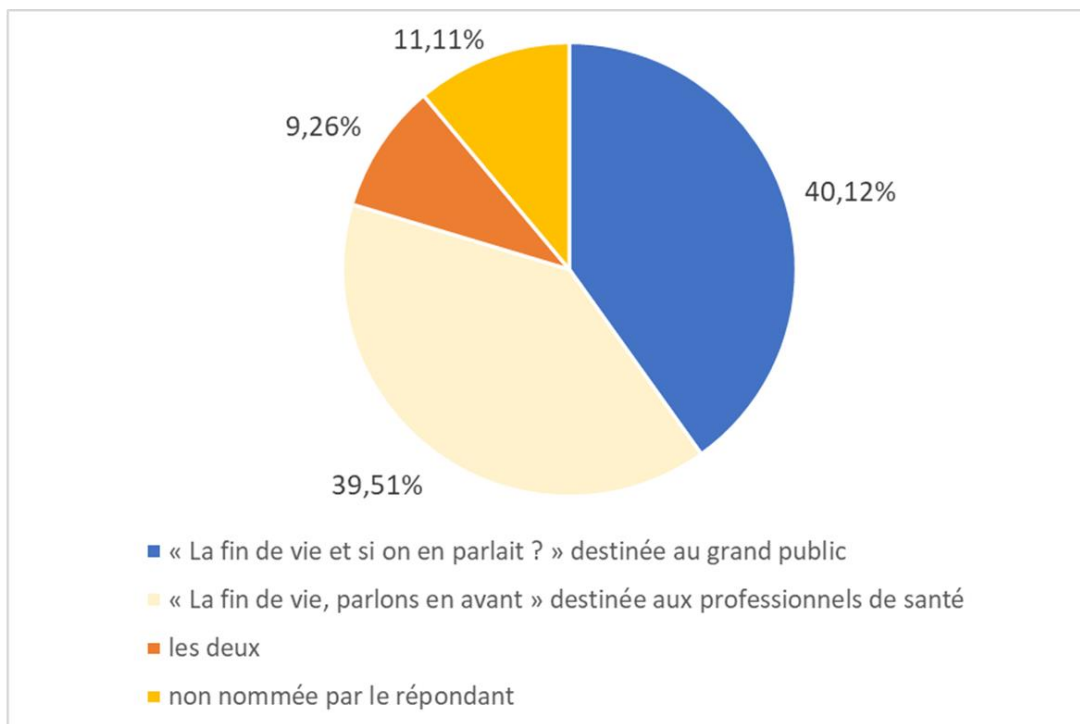


Figure 4 : Diffusion de la campagne d'information sur la fin de vie pour les internes de médecine générale étudiés

2. Définition et expériences personnelles des directives anticipées

QUESTION 3 - CONNAISSEZ-VOUS LE TERME DE « DIRECTIVES ANTICIPEES » ?

99,26 % des internes de médecine générale affirmaient connaître les directives anticipées.

QUESTION 4 - PENSEZ-VOUS AVOIR DES CONNAISSANCES SUFFISANTES SUR CE DISPOSITIF ?

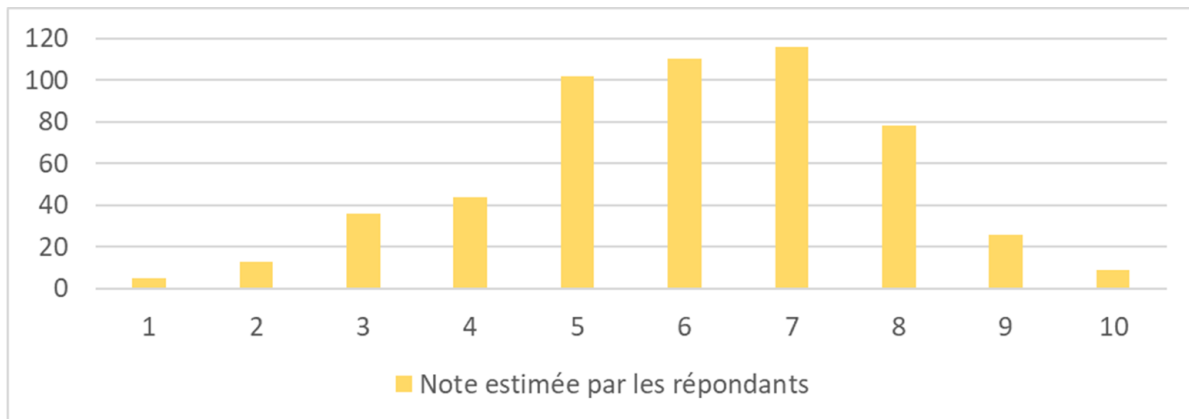


Figure 5 : Notation entre 0 et 10 estimée par les internes de médecine générale étudiés concernant leurs connaissances sur les directives anticipées.

Les étudiants estiment leurs connaissances sur les directives anticipées légèrement au-dessus de la moyenne à 6,02 sur 10 avec un écart type de 1,8 (Figure 5).

QUESTION 5 - A QUOI SERVENT-ELLES SELON VOUS ?

Nous avons pris en considération la définition des directives anticipées de la HAS (46) : instructions écrites qui permettent à toute personne majeure d'exprimer « sa volonté relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux », « pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté ».

La famille a été évoquée par 24 répondants, les directives anticipées permettant de les informer, d'aider leurs prises de décisions, de les déculpabiliser, d'éviter les conflits, de les protéger.

Tableau 3 Définition des directives anticipées selon les Internes de médecine générale répondeurs

	Effectifs - nb	Effectifs - %
Instructions écrites	20	4,17
Expression de la volonté *	341	71,04
Relative à la fin de vie †	190	39,58
En ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux ‡	179	37,29
Hors d'état d'exprimer sa volonté §	185	38,54
Outil d'aide médicale	40	8,33
Outil de refus de l'acharnement thérapeutique	30	6,25
Outil de communication	13	2,71
Outil de désignation d'une personne de confiance	10	2,08
Outil d'apaisement	7	1,46
Outil d'amélioration des prises en charge	9	1,88
Outil de protection du patient	6	1,25
Outil de réflexion	5	1,04

* Les synonymes de volonté retenus sont : souhait, choix, désir, envie, vœu, desiderata, avis, décision, directive, exigence, préférence, consigne, indication, attente.

† personne en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable. (L'article L.1111-10 du Code de la santé publique).

‡ Les expressions similaires retenues sont niveau de soin, gradation des soins, modalités de soins, marche à suivre, conduite à tenir, prise en charge, décisions médicales, attitude thérapeutique.

§ Il peut s'agir d'une personne inconsciente (coma) ou dont les facultés de discernement sont altérées.

QUESTION 6 - AVEZ-VOUS DEJA ETE CONFRONTE A CE DISPOSITIF AU COURS DE VOTRE VIE ?

QUESTION 6B - A QUELLE OCCASION ?

54,17 % des internes indiquaient avoir été confrontés aux directives anticipées durant leur formation pratique hospitalière (92,12 %) et/ou ambulatoire (15,41 %), leur formation théorique universitaire (38,01 %) et au cours de leur vie personnelle (13,36 %).

3. Opinions concernant la place du médecin traitant et l'information des patients sur les directives anticipées

QUESTION 7 - PENSEZ-VOUS QUE CE DISPOSITIF PUISSE ETRE UNE AIDE A LA PRISE EN CHARGE DE VOS PATIENTS ?

QUESTION 8 - PENSEZ-VOUS QU'IL EST NECESSAIRE D'INFORMER LE PATIENT SUR CE DISPOSITIF ?

Quasiment 99 % des répondants pensent que le dispositif peut être une aide à la prise en charge de leurs patients et qu'il est nécessaire de les en informer.

QUESTION 8B - A QUEL(S) MOMENT(S) ?

	Effectifs - nb	Effectifs - %
A la demande du patient	447	83,71
Diagnostic de maladie grave	380	71,16
Dégradation de l'état général	358	67,04
Lors du passage en soins palliatifs	353	66,1
Phase terminale	346	64,79
Entrée en EHPAD	330	61,8
A la demande de la famille	225	42,13
Hospitalisation	218	40,82
Suite à une première décompensation aigue	206	38,58
Peu importe	198	37,08
Mort d'un proche	136	25,47

D'autres propositions ont été relevées :

- En amont « de toute situation critique », d'une dégradation de l'état général, « alors que le patient est en bonne santé », « quand tout va bien »,
- En fonction de l'âge du patient: « 60 ans », « après un certain âge », « à un âge avancé » et inversement « même chez une personne jeune »,
- Lors d'une consultation « de routine », « standard » et à renouveler de façon régulière,
- Le plus tôt possible, « même sans antécédents » particuliers, « lors de la création du dossier patient ».

QUESTION 9 - PENSEZ-VOUS QUE CELA SOIT VOTRE ROLE EN TANT QUE MEDECIN TRAITANT ?

97,38 % des répondants soit 520 étudiants pensent que d’informer les patients sur les directives anticipées est un des rôles du médecin traitant.

QUESTION 9B - SI NON, A QUI CELA REVIENT – IL ?

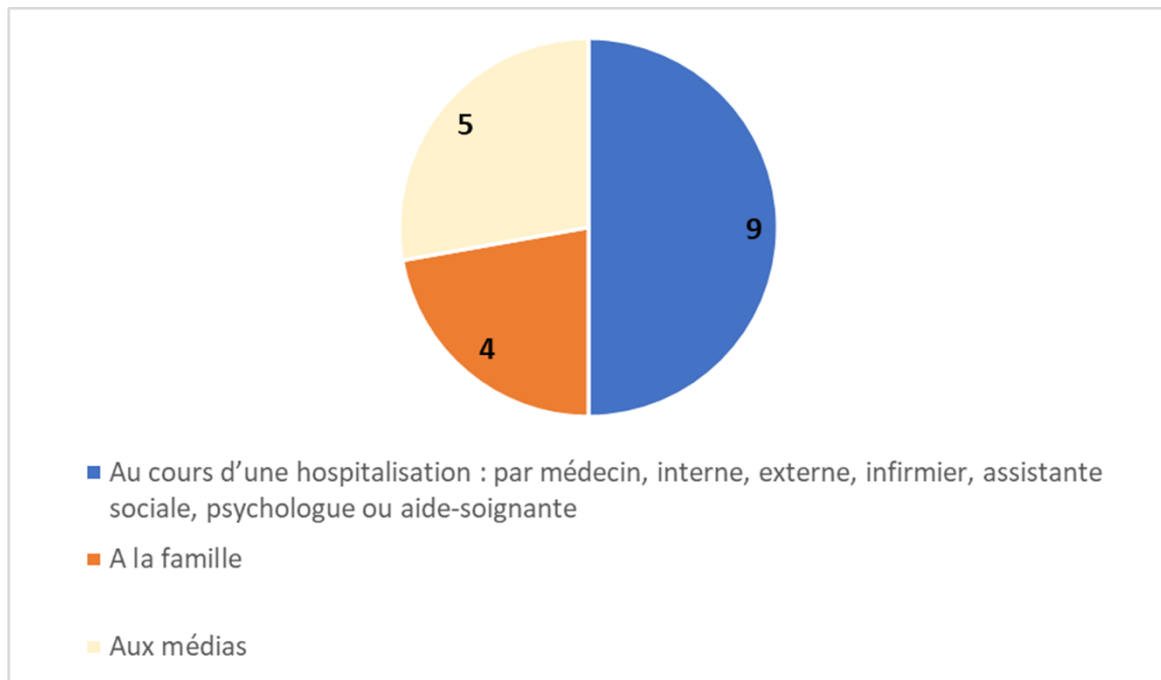


Figure 6 : Personne ou dispositif à qui il revient de donner l’information aux patients sur les directives anticipées selon les internes de médecine générale étudiés

Effectifs en nombre.

4 internes ont proposé une quatrième réponse : le spécialiste « qui prend en charge la pathologie grave ou aiguë » ou « qui fait l’annonce de la maladie ».

QUESTION 10 : QUELLES SONT LES LIMITES EVENTUELLES A L'INFORMATION DU PATIENT SUR LES DIRECTIVES ANTICIPEES ?

	Effectifs - nb	Effectifs - %
la difficulté à aborder le sujet de la fin de vie avec les patients	429	79,59
la complexité à anticiper la fin de vie	397	73,65
le risque de mauvaises interprétations par le patient	330	61,22
le manque de disponibilité	267	49,54
l'inconstance des volontés du patient	252	46,75
l'incertitude du pronostic du patient	217	40,26
mon manque de connaissances sur le sujet	161	29,87
le manque de rentabilité	59	10,95

D'autres limites ont été évoqués par les internes :

- Le statut cognitif du patient,
- Le manque de « transmission entre ville et hôpital », elles « sont peu utilisées lorsqu'elles sont » écrites,
- Les propres angoisses du soignant,
- L'absence de support standardisé,
- Le caractère limité en temps des directives anticipées.

QUESTION 11 - QUELS SONT LES AVANTAGES EVENTUELS A L'INFORMATION DU PATIENT SUR LES DIRECTIVES ANTICIPEES ?

	Effectifs - nb	Effectifs - %
La réflexion engagée par le patient sur ses valeurs et souhaits	484	89,80
l'atténuation de l'anxiété du patient en sachant le respect de ses vœux	422	78,29
le soulagement des familles de certaines décisions	420	77,92
l'atténuation des conflits familiaux autour de la fin de vie	385	71,43
l'abord plus facile de la fin de vie avec le patient	324	60,11
la favorisation de l'autonomie du patient	297	55,10
la légitimité sur le plan médico-légal	268	49,72
le lien permis avec les équipes soignantes	248	46,01

D'autres avantages ont été évoqués par les internes :

- Le désencombrement des urgences
- Le respect du patient

4. Connaissances théoriques des internes de médecine générale sur les directives anticipées

QUESTION 12 - A QUELLE OCCASION CE DISPOSITIF EST-IL NE ?

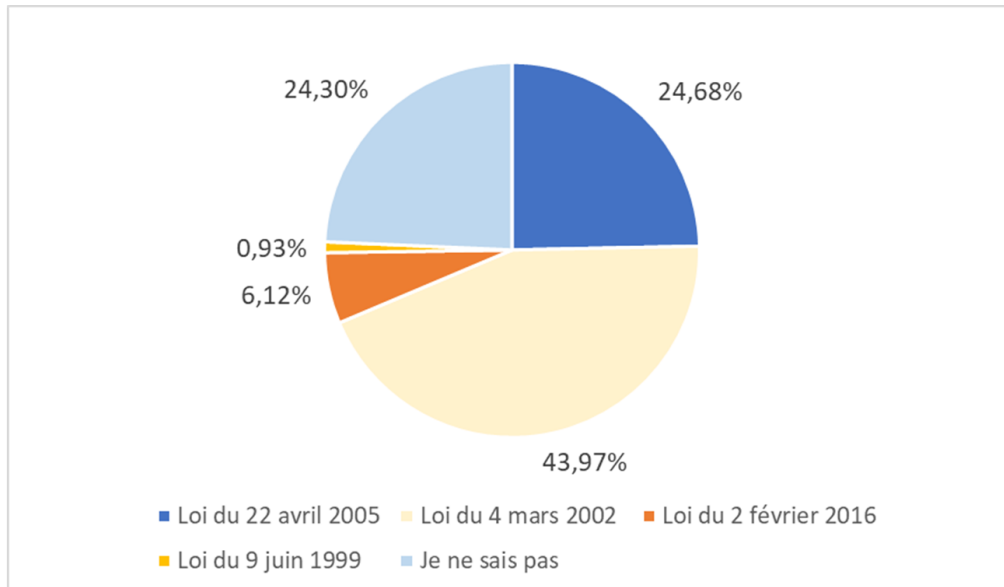


Figure 7 : Réponses des internes de médecine générale étudiés concernant la date de naissance des directives anticipées

QUESTION 13 - QUAND LES CONSULTE-T-ON EN TANT QUE SOIGNANT ?

Tableau 7 Moments de consultation des directives anticipées		
	Effectifs - nb	Effectifs - %
Chez un patient hors d'état d'exprimer sa volonté	450	83,49
En cas de désaccords entre les membres de la famille	185	34,32
En toute occasion	134	24,86
En cas de désaccords entre la famille et le patient	132	24,49
Au décès du patient	27	5,01
On ne les consulte pas	5	0,93

QUESTION 14 - QUELLES SONT LES CONDITIONS DE LA VALIDITE DE LEUR REDACTION ?

Tableau 8 Conditions de la validité des directives anticipées		
	Effectifs - nb	Effectifs - %
nom, prénom, signature	534	99,07
date du jour	474	87,94
personne majeure	428	79,41
papier libre	298	55,29
en présence de 2 témoins dont la personne de confiance		
en cas de rédaction écrite impossible	253	46,94
feuille pré remplie	104	19,29
en présence d'un médecin ou soignant	85	15,77
personne sous curatelle ou tutelle	46	8,53
personne mineure	21	4,9
en présence du notaire	16	2,97

QUESTION 15 - COMBIEN DE TEMPS SONT-ELLES VALABLES ?

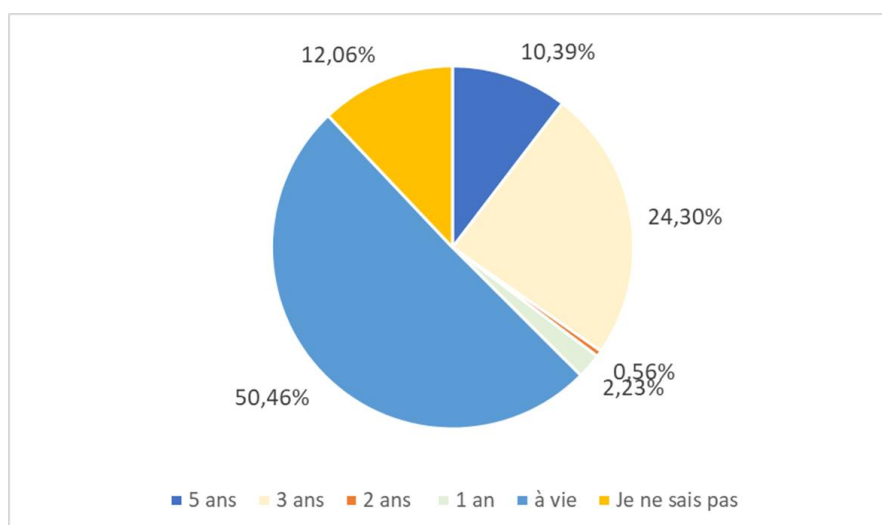


Figure 8 : Durée de validité des directives anticipées selon les internes de médecine générale étudiés.

Elles sont révocables et révisables pour respectivement 454 (84,23 %) et 476 (88,31 %) répondants.

Un interne a rapporté qu'elles étaient valables le temps d'une hospitalisation et deux internes le temps d'une ALD.

QUESTION 16 - PAR QUI PEUVENT-ELLES ÊTRE CONSERVÉES?

Tableau 9 Lieu de conservation des directives anticipées

	Effectifs - nb	Effectifs - %
Patient	472	87,57
Médecin traitant	451	83,67
Personne de confiance	432	80,15
Dossier patient hospitalier	415	76,99
ce qui est important, c'est de savoir où nous pouvons les trouver	365	67,72
Médecin spécialiste	298	55,29
Famille	229	42,49
Notaire	203	37,66
Ami	187	34,69

QUESTION 17 - FACE À L'UN DE VOS PATIENTS, EN FIN DE VIE, N'ÉTANT PLUS EN ÉTAT D'EXPRIMER SON AVIS, SUR QUI / QUOI BASEZ-VOUS VOS DÉCISIONS?

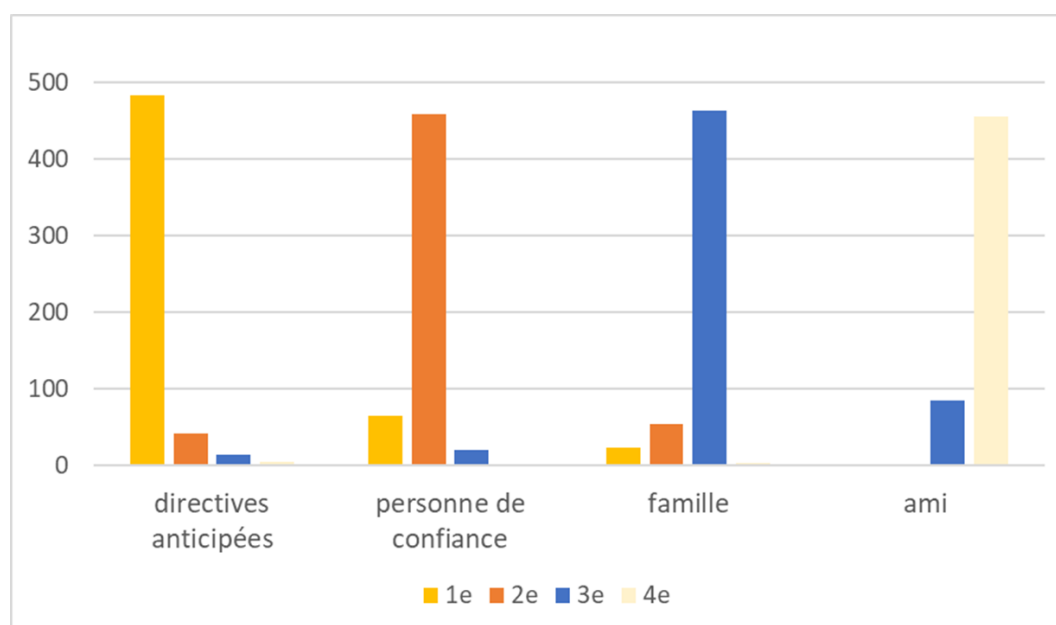


Figure 9 : Places des différents dispositifs et personnes sur lesquelles sont basées les décisions chez un patient en fin de vie hors d'état d'exprimer sa volonté selon les internes de médecine générale étudiés

QUESTION 18 - LES DIRECTIVES ANTICIPÉES S'IMPOSENT ELLES A VOUS, EN L'ABSENCE D'URGENCE, DANS VOS DÉCISIONS ?

QUESTION 19 - LES AVIS DE LA FAMILLE OU DE L'ENTOURAGE D'UN PATIENT S'IMPOSENT ILS A VOUS, EN L'ABSENCE D'URGENCE, DANS VOS DÉCISIONS THÉRAPEUTIQUES ?

En l'absence d'urgence, les directives anticipées s'imposent pour 351 répondants (64,64 %) et les avis de la famille et de l'entourage pour 174 répondants (32,04 %).

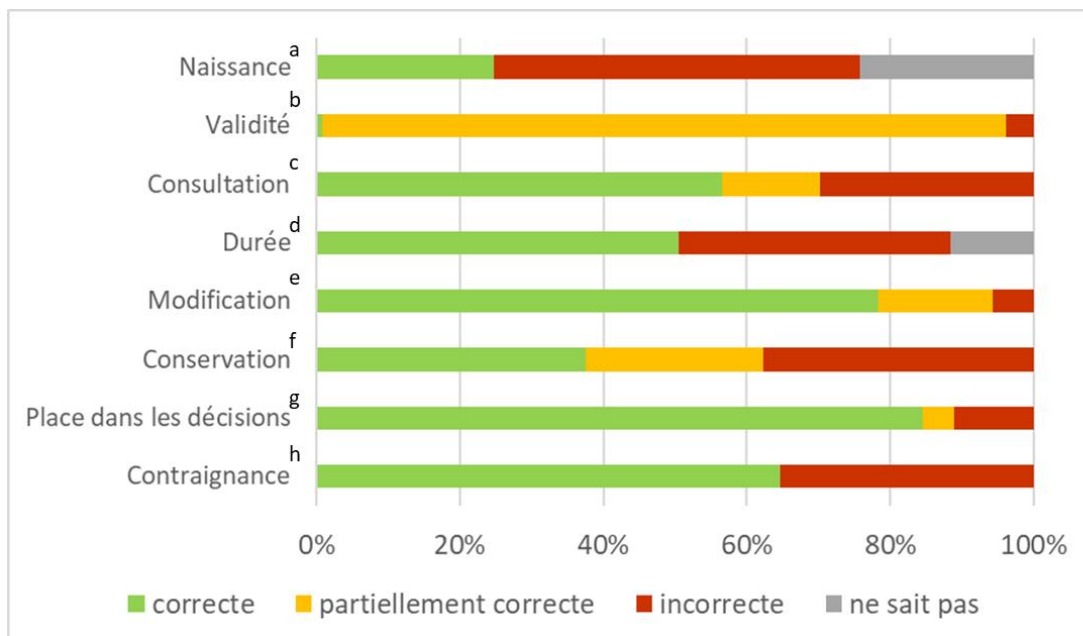


Figure 10 : Répartition des réponses aux questions de connaissance concernant les directives anticipées.

a Loi du 22 avril 2005

b nom, prénom, signature, date du jour, feuille pré remplie ou papier libre, personne majeure, personne sous curatelle ou tutelle, en présence de 2 témoins dont la personne de confiance en cas de rédaction écrite impossible, en présence ou non du notaire ou d'un soignant.

c Chez un patient hors d'état d'exprimer sa volonté, avec désaccords ou non entre les membres de la famille

d à vie

e révisables et révocables à tout moment

f par le patient, la personne de confiance, le médecin traitant, le médecin spécialiste, le dossier patient hospitalier, la famille, les amis, ce qui est important, c'est de savoir où nous pouvons les trouver.

g les décisions se basent en premier lieu sur les directives anticipées avant même la personne de confiance, la famille ou les amis

h les directives anticipées s'imposent désormais aux médecins, en l'absence d'urgence.

C. Analyses croisées

Plusieurs analyses croisées ont été réalisées dans le but de déterminer si il existait des différences en fonction du genre, de la rencontre avec une EMSP, de l'expérience (semestres réalisés et stages réalisés) et de la confrontation avec le dispositif au cours de la formation des internes.

Les questions de l'étude étudiée portent sur la connaissance de la loi Claeys Léonetti, la connaissance du terme « directives anticipées », la place des directives anticipées dans les décisions médicales, le poids légal des directives anticipées, le poids légal des avis de la famille ou de l'entourage d'un patient, le fait d'avoir été confronté au dispositif, l'opinion sur le fait que le dispositif puisse être une aide à la prise en charge des patients, l'opinion sur l'information du patient, l'opinion sur le rôle du médecin traitant.

Seul les résultats significatifs seront inclus dans le corps du texte. L'ensemble des analyses se trouve en Annexe.

1. Analyses croisées entre la question « Avez-vous vu ou entendu parler de la campagne d'information sur la fin de vie ? » et d'une part la connaissance de loi Claeys Léonetti, d'autre part la connaissance du terme « directives anticipées ».

La répartition des connaissances sur la loi Claeys Leonetti et les directives anticipées n'était pas différente si l'on avait pris connaissance ou non de la campagne d'information sur la fin de vie.

Tableau 10 Connaissance de la loi Claeys Leonetti et du terme « directives anticipées » selon le fait de connaître ou non la campagne d'information sur la fin de vie.

	« Avez-vous vu ou entendu parler de la campagne d'information sur la fin de vie (2016) ? »		Total (n = 543)	P
	Non (n = 381)	Oui (n = 162)		
Connaissez-vous la loi du 02 février 2016, dite loi Claeys Léonetti ?				0,385†
Non	84 (22.05%) *	42 (25.93%)	126 (23.20%)	
Oui	297 (77.95%)	120 (74.07%)	417 (76.80%)	
Connaissez-vous le terme de « directives anticipées » ?				0.588‡
Non	2 (0,52%)	2 (1,23%)	4 (0,74%)	
Oui	379 (99,48%)	160 (98,77%)	539 (99,26%)	

*Résultats donnés en effectif et pourcentage

†Test utilisé : Pearson's Chi2 Test with Yates' continuity correction

‡Test utilisé : Pearson's Chi2 Test with Monte-Carlo method with Yates' continuity correction

2. Analyses croisées en fonction du genre des internes de médecine générale.

Aucune différence significative n'a été retrouvée en fonction du genre.

3. Analyses croisées en fonction du contact avec une équipe mobile de soins palliatifs.

Les internes ayant été en contact avec une EMSP étaient plus nombreux à avoir été confrontés au dispositif des directives anticipées, et plus nombreux à penser que les avis de la famille ou de l'entourage du patient ne s'imposaient pas à eux dans leurs prises de décision. La place des directives anticipées était plus importante si l'interne avait été en contact avec une équipe mobile de soins palliatifs. Aucune autre différence significative n'a été retrouvée.

4. Analyses croisées en fonction de l'expérience des internes de médecine générale.

Les avis de la famille et de l'entourage s'imposaient de façon plus importante dans les décisions thérapeutiques plus l'interne avançait dans le cursus.

Plus l'interne avançait dans le cursus et plus il avait été confronté au dispositif.

Les réponses aux autres questions de l'étude ne différaient pas de façon significative selon l'année de formation de l'interne.

Tableau 11 Confrontation avec les directives anticipées, place des directives anticipées et poids de l'avis de la famille et de l'entourage dans les décisions thérapeutiques en fonction du contact ou non avec une EMSP.

	Contact avec l'EMSP		Total (n=543)	P
	Non (n=67)	Oui (n=476)		
Les avis de la famille ou de l'entourage d'un patient s'imposent ils à vous, en l'absence d'urgence, dans vos décisions thérapeutiques ?				0.012†
Non	36 (53.73%)	333 (69.96%)	369 (67.96%)	
Oui	31 (46.27%)	143 (30.04%)	174 (32.04%)	
Place des directives anticipées dans les décisions médicales.				0.017‡
1 ^e	60 (89.55%)	423 (88.87%)	483 (88.95%)	
2 ^e	1 (1.49%)	41 (8.61%)	42 (7.73%)	
3 ^e	5 (7.46%)	9 (1.89%)	14 (2.58%)	
4 ^e	1 (1.49%)	3 (0.63%)	4 (0.74%)	
	Non (n=65)	Oui (n=474)	Total (n=539)	
Avez-vous déjà été confronté à ce dispositif au cours de votre vie ?				<0.001†
Non	50 (76.92%)	197 (41.56%)	247 (45.83%)	
Oui	15 (23.08%)	277 (58.44%)	292 (54.17%)	

Résultats donnés en effectif et pourcentage

† Test utilisé : Pearson's Chi2 Test with Yates' continuity correction

‡ Test utilisé : Pearson's Chi2 Test with Monte-Carlo method with Yates' continuity correction

Tableau 12 Confrontation avec les directives anticipées et poids de l'avis de la famille et de l'entourage dans les décisions thérapeutiques selon l'année de formation des internes.

	Année de formation			Total (n=540)	P
	1 ^e (n=140)	2 ^e (n=170)	3 ^e (n=230)		
Les avis de la famille ou de l'entourage d'un patient s'imposent ils à vous, en l'absence d'urgence, dans vos décisions thérapeutiques ?					0.005
Non	102 (72.86)	126 (74.12)	139 (60.43)	367 (67.96)	
Oui	38 (27.14)	44 (25.88)	91 (39.57)	173 (32.04)	
	1 ^e (n=138)	2 ^e (n=170)	3 ^e (n=229)	Total (n=537)	
Avez-vous déjà été confronté à ce dispositif au cours de votre vie ?					<0.001
Non	85 (61.59)	76 (44.71)	85 (37.12)	246 (45.81)	
Oui	53 (38.41)	94 (55.29)	144 (62.88)	291 (54.19)	

*Résultats donnés en effectif et pourcentage

Test utilisé : Pearson's Chi2 Test with Monte-Carlo method with Yates' continuity correction

Tableau 13 Confrontation avec les directives anticipées en fonction de la réalisation d'un stage en unité de soins palliatifs ou non.

	USP		Total (n=543)	p
	Non (n=489)	Oui (n=54)		
Les avis de la famille ou de l'entourage d'un patient s'imposent ils à vous, en l'absence d'urgence, dans vos décisions thérapeutiques ?				0.016†
Non	324 (66.26%)	45 (83.33%)	369 (67.96%)	
Oui	165 (33.74%)	9 (16.67%)	174 (32.04%)	

*Résultats donnés en effectif et pourcentage

† Test Pearson's Chi2 Test with Yates' continuity correction

Tableau 14 Confrontation avec les directives anticipées en fonction du stage réalisé.

	USP		Total (n=539)	p
	Non (n=485)	Oui (n=54)		
Avez-vous déjà été confronté à ce dispositif au cours de votre vie ?				<0.001†
Non	239 (49.28%)	8 (14.81%)	247 (45.83%)	
Oui	246 (50.72%)	46 (85.19%)	292 (54.17%)	
	EMSP		Total (n=539)	
	Non (n=513)	Oui (n=26)		
Non	243 (47.37%)	4 (15.38%)	247 (45.83%)	0.002†
Oui	270 (52.63%)	22 (84.62%)	292 (54.17%)	
	Gériatrie		Total (n=539)	
	Non (n=302)	Oui (n=237)		
Non	158 (52.32%)	89 (37.55%)	247 (45.83%)	<0.001†
Oui	144 (47.68%)	148 (62.45%)	292 (54.17%)	
	Oncologie		Total (n=539)	
	Non (n=508)	Oui (n=31)		
Non	239 (47.05%)	8 (25.81%)	247 (45.83%)	0.034†
Oui	269 (52.95%)	23 (74.19%)	292 (54.17%)	
	Aucun		Total (n=539)	
	Non (n=436)	Oui (n=103)		
Non	190 (43.58%)	57 (55.34%)	247 (45.83%)	0.041†
Oui	246 (56.42%)	46 (44.66%)	292 (54.17%)	

*Résultats donnés en effectif et pourcentage

† Test Pearson's Chi2 Test with Yates' continuity correction

Les avis de la famille et de l'entourage s'imposaient de façon moins importante dans les décisions thérapeutiques pour les internes ayant réalisé un stage en USP. Ils étaient plus confrontés au dispositif de directives anticipées de façon significative lors du passage en USP, en EMSP, en oncologie et en gériatrie.

Inversement, les internes n'ayant réalisé aucun stage en USP, EMSP, oncologie, gériatrie ou médecine ambulatoire avaient été moins confrontés au dispositif des directives anticipées.

5. Analyses croisées en fonction de la confrontation ou non avec le dispositif.

Aucune différence significative n'a été retrouvée par rapport au fait d'avoir été ou non confronté au dispositif.

6. Analyses croisées entre la note estimée par les internes de médecine générale concernant leurs connaissances sur les directives anticipées et la note globale reçue par l'interne aux différentes questions de connaissances théoriques.

Tableau 15 Comparaison entre la note estimée par l'interne sur ses connaissances sur les directives anticipées et la note globale reçue par l'interne.

Pensez-vous avoir des connaissances suffisantes sur ce dispositif ?	(n=539)	vs	Note globale de l'interne	(n=539)
moyenne (écart-type)	6.02 (1.8)*		moyenne (écart-type)	5.38 (1.67)*
médiane (min;max) [Q1-Q3]	6 (1 ; 10) [5 - 7]		médiane (min;max) [Q1-Q3]	5 (1 ; 10) [4 - 7]

médiane (min;max) [Q1-Q3]	1 (-6 - 6) [-1 - 2]
---------------------------	---------------------

p < 0.001

Test de Wilcoxon (apparié)

52.1 % des individus se sont surévalués de 1 pt environ. 17.7 % des individus se sont correctement évalués.

IV. DISCUSSION

A. Résultats principaux, hypothèses et comparaisons

Notre travail a consisté à établir un état des lieux des connaissances des internes de médecine générale français sur les directives anticipées.

1. Des internes de médecine générale parfois confrontés aux directives anticipées

La moitié des internes a déjà été confronté aux directives anticipées, en grande partie par le biais du milieu hospitalier et tout particulièrement lors de la réalisation de stage en USP, en gériatrie, en EMSP et en oncologie.

Rappelons que les différentes lois depuis 1999 appellent à ce que les CHU assurent la formation des professionnels de santé, ce qui semble être corroboré par notre étude. Quant aux services sus cités, la fin de vie y est omniprésente que ce soit du fait de maladie chronique, incurable ou du grand âge.

On remarque que seul 1/3 des étudiants déclarent avoir été confrontés aux directives anticipées lors de leur formation théorique universitaire.

La formation des médecins aux soins palliatifs est pourtant présente à tous les stades de la formation médicale initiale. Seulement, il semblerait que la formation s'axe principalement sur les thérapeutiques et notamment dans le domaine de la douleur, et que les parties législatives et relationnelles ne soient relayées qu'au second plan. Les directives anticipées dans ce contexte sont probablement évoquées mais de façon très succincte, ce qui ne permet pas aux étudiants d'encoder ces informations.

2. Des connaissances médicales nettement insuffisantes

Les connaissances théoriques indispensables à l'information et à la mise en pratique des directives anticipées étaient insuffisantes :

- 1 interne sur 4 consulterait les directives anticipées en cas de désaccord entre la famille et le patient,
- 1 interne sur 10 pense que l'une des conditions de validité des directives anticipées est la présence d'un médecin ou soignant lors de leurs rédactions.

- 1 interne sur 2 ne connaît pas la durée de validité des directives anticipées
- 2 internes sur 5 évoquaient le notaire comme lieu de conservation
- 1 interne sur 10 n'utiliserait pas les directives anticipées comme premier outil d'aide à la prise en charge d'un patient hors d'état d'exprimer sa volonté

Ce manque de connaissance ne date pas de la loi Claeys Leonetti. En 2008, déjà Jean Léonetti déclarait : « La loi est peu connue des citoyens et des médecins. Et ceux qui croient la connaître l'appliquent mal. Or, la meilleure loi du monde, mal connue et mal appliquée ne sert à rien » (47). Il expliquait entre autres cette méconnaissance de la loi par l'inexistence d'une campagne d'information.

D'autres études corroborent ces résultats. La thèse de Lutz C, (19) proposait aux internes de médecine générale d'autoévaluer leurs connaissances, ils l'estimait concernant l'item « remplissage et explication des directives anticipées » comme insuffisantes voir faibles pour 53,5 %. La thèse de Betancort R, (48) qui étudiait les connaissances des internes de médecine générale mais également celles des médecins généralistes et des médecins remplaçants du Loir et Cher, retrouvait que pour 64 % des répondants (soit 90) les directives anticipées étaient considérées comme contraignantes, seulement seul 3 personnes connaissait les deux situations dans lesquelles elles ne l'étaient plus. Dans l'étude de Poinceaux et al, (20) la validité des directives anticipées, qui étaient à cette époque de 3 ans, étaient connu par 40 % des internes.

On pourrait évoquer de nouveau le fait de connaissances médicales basées quasiment exclusivement sur le schéma clinique - diagnostique - thérapeutique, soit sur une base biomédicale. Une autre hypothèse serait que l'apprentissage des futurs médecins est orienté au premier et surtout au second cycle par l'ECN et ses items et non pour leur intérêt dans notre pratique future. Les items de soins palliatifs et d'éthique sont peu nombreux et souvent relayés au second plan car très peu de sujets, et très peu de points leur sont accordés au concours.

3. Une campagne d'information inefficace

La campagne d'information était très peu connue et ne modifiait en rien dans notre étude les connaissances des internes de médecine générale sur la loi Claeys Léonetti ou sur le dispositif des directives anticipées.

En tant que professionnel de santé, les internes pouvaient avoir accès à la campagne par deux moyens : la campagne dédiée aux professionnels de santé, et celle dédiée au grand public. Nous savons que les médias jouent un rôle important dans la sensibilisation et l'information du public, ici on peut se poser la question de la visibilité de la campagne, et de l'information délivrée par celle-ci.

Les internes de médecine ne semblaient pas inclus clairement dans la campagne adressée aux professionnels de soins. Moi – même, en tant qu'interne de médecine générale, je n'ai reçu aucun lien internet, aucun e-mail ou aucune communication me permettant d'être mise au courant de cette campagne, difficile donc d'en faire la promotion auprès de nos patients.

Très peu d'établissement de santé ont actualisé les informations relatives aux directives anticipées sur leur site internet, dédié entre autres à l'information du grand public. (49)

Néanmoins, il existe un site internet bien réalisé, comportant de multiples informations, accessibles à tous, sans distinction entre le milieu soignant et le grand public (50).

4. Des internes de médecine générale qui veulent jouer un rôle dans l'information des patients.

La quasi-totalité des internes répondants pensaient avoir un rôle à jouer dans l'information des patients sur les directives anticipées, et étaient convaincus qu'elles pouvaient être une aide décisionnelle.

Dans la littérature, les patients évoquent également l'importance que le sujet des directives anticipées soit abordé par un médecin et en premier lieu par le médecin traitant au vu de la relation de confiance instaurée avec celui-ci (8,10). Rôle décrit également par les soignants du milieu hospitalier (11) et par les médecins généralistes installés (8,51). Toutefois malgré qu'il soit l'interlocuteur préférentiel, le médecin généraliste reste très peu sollicité (52) par le milieu hospitalier qui se doit de récupérer les documents rédigés et par le patient. Pourtant dans le sondage IFOP en date d'octobre 2014, la moitié des Français déclaraient penser "souvent" ou "assez souvent" à la mort. (53)

Malgré leurs lacunes qu'ils confirment par une note moyenne d'autoévaluation de 6/10, il y avait une réelle volonté de s'impliquer. Le manque de connaissances sur le sujet n'était une limite à l'information des patients que pour 2 internes sur 10.

La médecine a connu de grandes et rapides évolutions ces dernières décennies, mais nous sommes toujours confrontés à des limites. La nouvelle génération semble avoir compris que la médecine n'est pas toute puissante, et prend part de toute l'importance de prévenir et anticiper les différentes problématiques.

Le manque de connaissances ne semble pas être une limite de nos jours car de nombreuses sources d'informations fiables sont facilement accessibles notamment avec l'essor d'internet.

Il s'avère que l'information semble aussi voir plus importante que l'écrit. Elle permet aux patients d'engager une réflexion sur leurs volontés. C'est également l'avantage le plus évoqué par les médecins.

5. Le moment opportun difficile à prévoir

Le moment opportun pour engager une discussion sur le dispositif lui est beaucoup plus compliqué à envisager, et les réponses sont disparates à ce sujet. La demande du patient était le moment le plus évoqué par les internes. La difficulté à aborder le sujet de la fin de vie avec les patients était la limite la plus retrouvée, ce qui confirme les données de la littérature (52,54–56).

Dans l'étude de Valsesia et al, les patients envisageaient en majorité un abord des directives anticipées le plus tôt possible dans la maladie, dans les semaines suivant le diagnostic, voir même en amont de toute maladie. (10)

La mort est à notre époque sujet tabou (5) et ainsi peut constituer un frein à la rédaction des directives anticipées. Aborder le sujet peut également soulever chez le médecin comme chez son patient un sentiment d'angoisse. Certaines études montrent aussi un effet bénéfique à l'information du patient en renforçant la relation de confiance déjà instaurée entre le médecin généraliste et son patient. (57) Les patients, interrogés en 2016 lors de la réalisation de mon mémoire sur les directives anticipées dans la population générale, décrivaient le fait de pouvoir aborder la question de leur volonté si leur état de santé s'aggravait comme rassurant pour 57 %, utile pour 50 % et angoissant pour 16 %.

Le moment opportun est difficile à envisager peut-être parce qu'il n'existe pas, chaque patient est unique, chaque relation médecin-malade l'est également. Que ce soit à la demande du patient, ou à l'initiative du médecin, la discussion se doit d'être possible et ouverte.

6. Le critère temps est une limite mais pas la rentabilité ?

Le manque de disponibilité du médecin généraliste constitue également une limite identifiée par la moitié de nos répondants. Ce qui n'est quasiment pas le cas (11 %) pour le manque de rentabilité.

La littérature confirme que l'abord de la question de la mort et des volontés du patients pour se fin de vie est chronophage (51,55,56). En quoi un acte de médecine de premiers recours est-il chronophage ? La profession de médecine libérale permet au médecin généraliste de prévoir des consultations sur rendez-vous auxquelles il prévoit un certain temps en fonction de la demande préliminaire du patient. Il nous est donc possible de prévoir des consultations dites dédiées. A ce titre, je pense que ce n'est pas le temps notre critère limitant à l'information et à la rédaction des directives anticipées mais bien la rentabilité de cet acte.

7. Des freins à l'information du patient réduite par la nouvelle loi

Les internes avaient proposé comme limite : l'absence de support standardisé, le caractère limité dans le temps des directives anticipées ainsi que la difficulté à transmettre les informations entre ville et hôpital, principal lieu de fin de vie à ce jour.

Les internes étaient donc en phase avec les différentes instances qui prévoient dans la loi Claeys Léonetti un exemple de support, crée par la HAS, une validité illimitée aux directives anticipées ainsi qu'un stockage au sein du dossier médical partagé, actuellement en cours de mise en place.

C'est en diminuant ces différents freins que l'on pourra développer l'information et la rédaction des directives anticipées en médecine générale.

8. Avantageux pour le patient, les soignants ... mais aussi pour la famille

Dans cette étude, la famille et les proches ont été évoqués à de nombreuses reprises. On retrouve un avantage certain à la discussion autour des directives anticipées pour nos proches.

Les décisions de fin de vie sont difficiles à prendre, les directives anticipées permettent d'apaiser les décisions, l'éviction des conflits et constitue un lien entre la famille et le médecin généraliste (51,58)

B. Forces et faiblesses de l'étude

1. Choix du sujet

L'originalité de l'étude porte sur le fait que très peu d'enquêtes ont vu le jour depuis la modification de la loi récente, où alors elles ne se focalisent pas sur les directives anticipées mais sur la loi dans sa globalité (20,59) . D'autres études portent également sur les médecins généralistes installés et non pas sur ceux en formation. (18,51,60,61)

Toutefois en tant que compétence à part entière, il nous a semblé difficile d'étudier les connaissances dans leur globalité. Il semblait intéressant de s'interroger sur les connaissances des internes de médecine générale sur le sujet spécifique des directives anticipées.

2. Choix de la population

Nous avons fait le choix de cibler la population des internes de médecine générale français. L'enquête était nationale, et a permis une sollicitation exhaustive. Ce choix répondait à la volonté d'interroger des soignants, ayant pu avoir accès au sein de leur formation initiale aux enseignements sur la loi Claeys Léonetti, ce qui n'est pas le cas des médecins thésés installés.

Toutefois, la culture palliative devrait intéresser l'ensemble des soignants, internes de toutes spécialités confondues, d'autant plus que chacun est à même de prendre en charge une personne en fin de vie. Cette étude aurait donc pu être plus large et visés l'ensemble des internes français mais le travail aurait été bien plus long et compliqué. Il pourrait sembler pertinent d'interroger les internes toutes spécialités confondues dans une étude ultérieure.

3. Représentativité de notre échantillon

La population étudiée était comparable sur l'UFR et sur la promotion des internes de médecine générale au niveau national.

On note en revanche une sur-représentation de la population féminine par rapport à ce que l'on observe dans la population cible (72,38 % vs 60,91 %, $p < 0,01$), ainsi qu'un faible écart d'âge toutefois significatif en faveur d'une population plus jeune dans notre étude. (27,59 ans (IC 2,37) vs 26.81 ans (IC 2.5), $p < 0,01$).

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer ces différences. Les femmes sont plus actives sur les médias sociaux que les hommes (62), elles répondent plus qu'eux aux

enquêtes, et ils se pourraient également que le sujet des soins palliatifs attire plus le genre féminin. Il en va de même pour les catégories de population les plus jeunes.

4. Recueil de données

Une des difficultés de cette étude a été le recrutement des internes. Il a eu lieu sur la base du volontariat, induisant un biais de sélection.

Le taux de participation était de 5 %, malgré plusieurs relances afin de stimuler la participation. Le nombre de participants reste supérieur au nombre de sujets nécessaire de 370 calculé à priori ce qui confère une puissance satisfaisante à notre étude, avec une marge d'erreur de 5% et un taux de confiance entre 98 et 98,5 %.

Le taux de réponses de cette étude montre la difficulté qui existe pour obtenir un maximum de réponses. Afin de développer la recherche interrogeant les internes ou les enseignants, il semble pertinent de créer un partenariat entre les facultés de médecine et/ou syndicats d'étudiants. Cela faciliterait les demandes de diffusion d'enquêtes et augmenterait la représentativité et la pertinence de celle-ci.

5. Diffusion du questionnaire

Nous avons choisi de diffuser les questionnaires via internet. Ce mode de diffusion permet la collecte d'un nombre plus important de données, une analyse plus rapide et présente également un intérêt financier.

6. Choix du type d'étude

L'utilisation d'un auto-questionnaire ne nous permet pas d'analyser l'ensemble des connaissances des internes. Seule la partie purement théorique est ici envisagée alors que nous savons que les compétences médicales relèvent également de l'affect, du psychisme et de la réflexion. Cette technique est largement utilisée dans les enquêtes visant à caractériser des pratiques professionnelles ou les connaissances des professionnels de santé.

Ce n'est pas la méthode la plus adaptée pour obtenir des opinions et des sentiments sur un sujet, c'est pourquoi ces questions ont été relayées au second plan afin de répondre à un objectif secondaire.

7. Analyse des résultats

L'interprétation des commentaires libres est parfois difficile, ils abordent de nombreux sujets, et il est parfois difficile d'en tirer une conclusion. Les paroles d'internes les plus pertinentes sont reprises en Annexe.

S'agissant de données déclaratives, il est possible que les étudiants n'aient pas exprimé leurs réelles connaissances mais une version majorée, pouvant entraîner un biais déclaratif. Toutefois, il semblerait qu'aux vu des résultats mitigés, peu d'entre eux ont tâché de valider leurs réponses avant validation du questionnaire.

Question 1b - *Citez 3 mots ou expressions vous venant spontanément à l'esprit concernant cette loi.*

Le terme « directives anticipées » est celui le plus évoqué, or on peut soupçonner que le titre de la thèse ait orienté la réponse à cette question.

Cependant dans l'étude de Poinceaux et al (20), les directives anticipées étaient évoquées en deuxième position par les internes de médecine générale parmi les grands principes de la loi Léonetti. De plus, 3 internes ont évoqué non seulement l'acharnement thérapeutique mais aussi l'obstination déraisonnable, ce qui peut nous questionner sur la définition que donne les internes à ces termes.

Questions 13, 14 et 16.

Les questions de connaissances nécessitaient de multiples réponses et pouvaient rendre difficile leurs réponses.

Question 17 - *Face à l'un de vos patients, en fin de vie, n'étant plus en état d'exprimer son avis, sur qui / quoi basez-vous vos décisions?*

Plusieurs internes ont classé les outils : directives anticipées, personne de confiance, famille et ami sans différencier leur importance.

Question 10 et 11 - *Quelles sont les limites et avantages éventuels à l'information du patient sur les directives anticipées ?*

Il aurait été plus pertinent concernant les freins et avantages à l'information de réaliser des questions ouvertes. Mais cela alourdi le questionnaire déjà long. De plus la question ouverte concernant la définition des directives anticipées est celle ayant le taux de réponse le plus bas.

C. Propositions

1. Développer l'enseignement

a) Prendre en charge la fin de vie

On constate une amélioration de l'enseignement dispensé. Toutefois, il reste trop peu développé et très hétérogène, notamment au cours du troisième cycle.

Actuellement, la formation médicale est basée sur un modèle biomédical. Les internes ne sont pas formés à une posture éducative qui place le patient au centre des décisions. La posture éducative n'est pourtant pas innée, elle s'acquiert.

Il est temps que les facultés s'impliquent dans une formation plurifactorielle et que les enseignements soient identiques sur l'ensemble du territoire. Des cours doivent être organisés pour que les étudiants en médecine, futurs médecins généralistes ou autres spécialistes, puissent prendre en charge leurs patients en fin de vie et les informer des outils mis à leur disposition pour qu'ils restent maîtres en partie de cette fin de vie.

b) Communiquer

Pour mieux appréhender les volontés de chaque personne, il faut instaurer un dialogue, lieu de confiance, et entamer une réflexion. Former à la connaissance de la loi doit s'associer avec une formation à la communication. Apprendre à communiquer n'est pas chose facile, et certains étudiants y consacrent plusieurs années d'étude. En tant que futurs médecins, nous sommes amenés à rencontrer de nombreux patients, chaque jour, nécessitant écoute active et bienveillante, aiguillage par des questions ouvertes afin d'éviter d'orienter les réponses et reformulations. Tant d'outils que nous n'avons jamais étudiés ou rencontrés dans notre formation.

2. Rendre validant les lieux de stages étiquetés soins palliatifs

L'accès à des terrains de stages pratiquant les soins palliatifs, de façon récurrente voir au quotidien, peut avoir de nombreux bénéfices en termes d'acquisition de compétences en médecine générale.

Les efforts pourraient porter en priorité sur le troisième cycle des études médicales, afin que les soins palliatifs deviennent partie intégrante du rôle de chaque médecin.

3. Proposer un schéma de consultation adapté à la médecine générale

Le sujet de la fin de vie peut sembler difficile à aborder lors d'une consultation de médecine générale, par méconnaissance et par angoisse. Introduire le sujet progressivement peut aider le médecin comme le patient à aborder la question dans une consultation dont ce n'est souvent pas le motif principal de consultation.

Il serait intéressant de proposer un schéma de consultation, une aide pour mener l'entretien. Le support informatique et vidéo pourrait être mis à profit, en mettant en avant dans de courtes vidéos différentes situations possibles. Ces vidéos pourraient être ensuite accessibles sur le site de la campagne de la fin de vie, comme cela a pu être fait auparavant pour l'information sur les violences.

4. Une rémunération à l'acte ?

Nous pourrions également envisager une rémunération de l'acte « information et rédaction des directives anticipées », tel que peut l'être la réalisation de l'ECG ou du frottis. C'est également un outil d'aide décisionnelle, qui nécessite du temps, des connaissances et de la disponibilité.

On pourrait imaginer, que les médecins s'attarderaient moins sur le côté chronophage de l'acte.

V. CONCLUSION

La fin de vie au fil des époques, des cultures, des orientations religieuses, est sujette à discussion. De nos jours, il existe un nouvel interlocuteur au centre de la prise en charge et des décisions : le patient devenu un véritable acteur de sa santé, alors qu'il n'en était que l'objet jusqu'à présent.

La situation du patient hors d'état d'exprimer sa volonté pose donc problème puisqu'il ne peut plus faire valoir ses souhaits. Plusieurs histoires voient alors le jour sur le plan médiatique. La famille, les proches, les médecins ne peuvent se substituer au patient au vu du respect du principe d'autonomie. C'est dans ce contexte que le pouvoir législatif introduit le concept de directives anticipées en 2005.

Les études depuis, nous montrent l'absence de rédaction de ce dispositif chez les patients en situation de fin de vie, alors qu'il est d'utilité courante qu'il peut être une aide pour leur prise en charge.

Dans notre étude, nous mettons en évidence les méconnaissances des internes de médecine générale concernant les directives anticipées quoi que le concept général soit connu. Ces lacunes peuvent entraîner des difficultés au cours de leurs pratiques actuelles et surtout futures.

Les freins à l'information du patient décrits par les internes de médecine générale sont en partie résolus par la nouvelle loi de 2016. Toutefois les deux principaux évoqués, que sont la difficulté à aborder le sujet de la fin de vie avec le patient et la complexité à anticiper la fin de vie, ne trouvent à ce jour pas de solutions.

Ils pensent malgré tout avoir un rôle, en tant que futur médecin généraliste, auprès de leurs patients à leurs informations concernant les directives anticipées. Ce rôle est en effet confirmé par différentes instances, le suivi des patients en médecine générale s'inscrivant dans la durée et la relation médecin généraliste - malade étant particulière, basée sur une confiance mutuelle.

Le médecin peut au-delà de l'information sur le dispositif et de l'écoute active des desiderata du patient avoir un rôle dans la rédaction, la conservation et la transmission des directives anticipées aux équipes soignantes si la nécessité s'en fait ressentir.

Il semble donc nécessaire pour que le dispositif soit connu, utilisé et utile que l'information de la population générale par le biais des médecins généralistes et autres spécialistes soit poursuivie et améliorée. La campagne d'information sur la fin de vie ne s'avère pas avoir été efficace. Nous estimons nécessaire de « démocratiser » la fin de vie dans les médias dans le but qu'il existe plusieurs moyens d'information du grand public, et qu'elle ne se limite pas aux seuls professionnels de santé. Le défaut d'information a pour conséquence non seulement l'inutilité des directives anticipées puisque méconnues mais également le risque de l'émergence d'une inquiétude par rapport à ce dispositif pour ceux ne le connaissent qu'en partie.

Malgré l'engagement de la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs et des instances gouvernementales, il y a peu d'évolution de l'enseignement dispensé sur le sujet aux étudiants de médecine, comme en témoignent les lacunes retrouvées dans notre étude. La loi est un outil primordial à la prise de décision mais les internes ne semblent pas informés de la nécessité et de l'obligation de recueillir les directives anticipées et de s'y conformer.

Nous proposons donc de développer un enseignement homogène dans le domaine des soins palliatifs et de la communication, de rendre validant les lieux de stages prenant en charge les patients en fin de vie de façon régulière, de proposer un schéma de consultation adapté à la médecine générale et de rémunérer l'acte à sa juste valeur.

Si la prévalence de l'information sur les directives anticipées et leur rédaction augmentaient, il semblerait que la prise en charge des patients serait meilleure, en adéquation avec les souhaits du patient et permettraient une prise en charge apaisée de la fin de vie.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
2. LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. 2005-370 avr 22, 2005.
3. LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. 2016-87 févr 2, 2016.
4. Les décisions médicales en fin de vie en France [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 2 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/publications/population-et-societes/decisions-medicales-fin-vie-france/>
5. Les solutions et les pistes d'avenir relatives à l'accompagnement des personnes en fin de vie en France [Internet]. IFOP. [cité 3 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.ifop.com/publication/les-solutions-et-les-pistes-davenir-relatives-a-laccompagnement-des-personnes-en-fin-de-vie-en-france/>
6. Inspection générale des affaires sociales. Expertise sur les modalités de gestion des directives anticipées de fin de vie. oct 2015;64.
7. Fournier V, Berthiau D, Kempf E, d'Haussy J. Quelle utilité des directives anticipées pour les médecins ? /data/revues/07554982/unassign/S075549821300016X/ [Internet]. 23 févr 2013 [cité 2 sept 2018]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/789835>
8. Sancini F. Les directives anticipées : état des connaissances en population générale et place du médecin généraliste. Marseille; 2016.
9. Laborde P. Les directives anticipées comme outil de communication dans le dialogue sur la fin de vie et la mort entre le médecin généraliste et ses patients: enquête qualitative auprès de 16 médecins généralistes de Gironde [Internet]. Bordeaux; 2017. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01665565/document>
10. Valsesia A-C, Paternostre B, Crouzet C. Directives anticipées dans la relation médecin-malade : points de vue de patients. Médecine Palliat. 1 juin 2018;17(3):177-85.
11. Courson T de, Sfeir C, Guillebon G de, Sanson H, Yannoutsos A, Priollet P. Les directives anticipées à l'hôpital : l'affaire de tous ? [Httpwwwem-Premiumcomlamauniv-Amufrdatarevues02488663unassignS0248866318305320](http://www.em-premium.com/lamauniv-Amufrdatarevues02488663unassignS0248866318305320) [Internet]. 25 mai 2018 [cité 6 sept 2018]; Disponible sur: <http://www.em.premium.com/article/1216627/>
12. Leonetti J. Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation de la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. Assemblée nationale; 2008 nov. Report No.: 1287.
13. Sicard D. Commission de réflexion sur la fin de vie en France - « Penser solidairement la fin de vie » [Internet]. 2012 déc. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000675.pdf>

14. Rapport du CCNE sur le débat public concernant la fin de vie. [Internet]. Comité Consultatif National d'Éthique; 2014 oct. Disponible sur:
http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/rapport_ccne_sur_le_debat_fin_de_vie_0.pdf
15. Claeys A, Leonetti J. Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie [Internet]. Assemblée nationale; [cité 2 sept 2018]. Report No.: 2585. Disponible sur:
<http://www.assemblee-nationale.fr/14/rapports/r2585.asp>
16. Ledoux M, Rhondali W, Monnin L, Thollet C, Gabon P, Filbet M. Directives anticipées : représentations d'infirmiers et de médecins en 2012. *Bull Cancer*. oct 2013;100(10):941-5.
17. Chvetzoff G, Krakowski I, Rodríguez-Arias D, Hervé C. Directives anticipées, testament de vie, personne de confiance: définitions et revue de la littérature. *Oncologie*. 1 déc 2006;8(12):HS106-12.
18. BOLZE - de BAZELAIRE C. La loi du 22 avril 2005 sur les droits des malades et la fin de vie : Connaissance des médecins généralistes, implications pour leurs pratiques et modes d'information. Grenoble; 2009.
19. Lutz C. Les internes de médecine générale, en fin de cursus, se sentent-ils compétents pour prendre en charge des patients en fin de vie ? Lyon; 2017.
20. Poinceaux S, Texier G. Internes de médecine générale : quelles compétences en soins palliatifs ? *Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique*. 1 févr 2016;15(1):15-26.
21. « A la recherche d'une éthique médicale » (« Du consentement à l'acte médical » (Communication à l'Académie des Sciences Morales et Politiques, 30 janvier 1950)). page 163: Masson et PUF; 1955.
22. Hoerni B, Bouscharain JP. Teyssier before the Supreme Court in January 28, 1942. *Hist Sci Medicales*. sept 2001;35(3):299-304.
23. Circulaire relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale [Internet]. DGS/3D août 26, 1986. Disponible sur:
http://www.cnrdr.fr/IMG/pdf/Circulaire_DGS_3D_du_26_aout_1986_relative_a_l_organisatio_.pdf
24. Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.
25. Code de la santé publique - Article L1111-4. Code de la santé publique.
26. LOI no 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs. 99-477 juin 9, 1999.
27. Fin de vie: les apports de la loi Léonetti. *Que Choisir Spécial - UFC-Que Choisir*. déc 2008;(78):119-125.
28. Leonetti J. Rapport fait au nom de la mission d'information sur l'accompagnement de la fin de vie. Assemblée nationale; 2004 juin. Report No.: 1708.
29. Communiqué de presse relatif à l'avis 121 « Fin de vie, autonomie de la personne, volonté de mourir » | Comité Consultatif National d'Éthique [Internet]. [cité 2 sept 2018]. Disponible sur:

<http://www.ccne-ethique.fr/fr/actualites/communiqu-e-de-presse-relatif-lavis-121-fin-de-vie-autonomie-de-la-personne-volonte-de>

30. Code de la santé publique - Article L1111-11. Code de la santé publique.
31. Arrêté du 3 août 2016 relatif au modèle de directives anticipées prévu à l'article L. 1111-11 du code de la santé publique.
32. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
33. WONCA EUROPE. Les définitions européennes des caractéristiques de la discipline de médecine générale, du rôle du médecin généraliste et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille. 2002.
34. Arrêté du 18 mars 1992 relatif à l'organisation du premier cycle et de la première année du deuxième cycle des études médicales.
35. Arrêté du 21 avril 1994 modifiant l'arrêté du 18 mars 1992 relatif à l'organisation du premier cycle et de la première année du deuxième cycle des études médicales.
36. Arrêté du 28 octobre 2009 relatif à la première année commune aux études de santé.
37. Arrêté du 22 mars 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences pharmaceutiques.
38. Ministère de l'éducation nationale : Bulletin Officiel - N°31 du 30 août 2001 - Enseignement supérieur, recherche et technologie [Internet]. [cité 3 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.education.gouv.fr/bo/2001/31/sup.htm>
39. Fin de vie : un premier état des lieux [Internet]. Observatoire National de la Fin de Vie; 2011 p. 268. Disponible sur: <http://www.spfv.fr/sites/default/files/file/PDFRapportONFV2011.pdf>
40. Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales.
41. Arrêté du 26 janvier 2007 modifiant l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées complémentaires de médecine.
42. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine.
43. Arrêté du 7 octobre 2015 relatif à l'affectation des étudiants et des internes en médecine ayant satisfait aux épreuves classantes nationales anonymes donnant accès au troisième cycle des études médicales organisées au titre de l'année universitaire 2015-2016. oct 7, 2015.
44. Arrêté du 10 octobre 2016 relatif à l'affectation des étudiants et des internes en médecine ayant satisfait aux épreuves classantes nationales anonymes donnant accès au troisième cycle des études médicales organisées au titre de l'année universitaire 2016-2017. oct 10, 2016.
45. Arrêté du 18 octobre 2017 relatif à l'affectation des étudiants et des internes en médecine ayant satisfait aux épreuves classantes nationales anonymes donnant accès au troisième cycle des études médicales organisées au titre de l'année universitaire 2017-2018. oct 18, 2017.

46. Haute autorité de santé. Les directives anticipées concernant les situations de fin de vie - guide pour le grand public [Internet]. 2016. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/directives_anticipees_concernant_les_situations_de_fin_de_vie_v16.pdf
47. Civard-Racinais A. Fin de vie: faut-il changer la loi? 2008;(5107):12-9.
48. Betancort R. La Loi Claeys-Léonetti du 02 Février 2016 : Etat des connaissances des médecins généralistes du Loir-et-Cher, des médecins remplaçants ainsi que des étudiants de troisième cycle de médecine générale issus de la faculté de Tours. Tours; 2018.
49. M. J-M. Directives anticipées : l'information publique serait insuffisante. Rev Francoph Lab. 1 mai 2018;2018(502):13.
50. La fin de vie, et si on en parlait ? | CNSPFV [Internet]. [cité 4 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.parlons-fin-de-vie.fr/fin-vie-et-si-parlait>
51. Vogeli D, Gordiani C, Chapron A, Morel V. Comment les médecins généralistes perçoivent-ils le nouvel outil proposé par la Haute Autorité de santé sur la rédaction des directives anticipées ? Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique. 1 sept 2017;16(4):175-83.
52. Guineberteau C. Parler de la mort en médecine générale : points de vue de patients. Une communication freinée par les non-dits [Internet]. Angers; 2015. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20040087/20155064/fichier/5064F.pdf>
53. Les Français et la mort [Internet]. IFOP. [cité 6 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.ifop.com/publication/les-francais-et-la-mort/>
54. Favereau É, Spranzi M. Les directives anticipées chez les personnes de plus de 75 ans. Paris: Centre éthique clinique; 2013. (Regards croisés).
55. Dingfield LE, Kayser JB. Integrating Advance Care Planning Into Practice. Chest. 1 juin 2017;151(6):1387-93.
56. PHUNG E. Les médecins généralistes abordent-ils avec leurs patients en fin de vie la question de la mort à venir ? [Internet]. [Paris]; 2017. Disponible sur: https://www.sftg.eu/media/2017_these_evelyne_phung__019292700_1525_13042018.pdf
57. Tierney WM, Dexter PR, Gramelspacher GP, Perkins AJ, Zhou X-H, Wolinsky FD. The effect of discussions about advance directives on patients' satisfaction with primary care. J Gen Intern Med. 1 janv 2001;16(1):32-40.
58. Haas S, Guédon E, Joly C, Déchelotte P. Directives anticipées : quels enjeux éthiques et quelles recommandations pratiques ? Ethique Santé. 2017;(4):218-24.
59. IPSOS Publicité. Enquête auprès des médecins sur la « fin de vie » pour le Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2013 févr p. 15. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/sondage_fin_de_vie_fevrier_2013.pdf
60. Eon B, Paul M, Cannone P, Coz PL, Dany L. Enjeux relationnels et limites d'application des directives anticipées : étude qualitative exploratoire auprès de médecins. Rev Int Soins Palliatifs. 15 sept 2017;32(3):69-74.

61. Pouzadoux M-L. La prise en compte des volontés de la personne malade en situation de fin de vie - Analyse qualitative des pratiques des médecins généralistes de Loire - Atlantique et de Vendée. Nantes; 2019.
62. Corolleur M. Qui des hommes ou des femmes est le plus actif sur les médias sociaux ? Brandwatch [Internet]. 22 févr 2016 [cité 2 sept 2018]; Disponible sur: <https://www.brandwatch.com/fr/blog/hommes-vs-femmes-qui-est-le-plus-actif-sur-les-medias-sociaux/>

VII. ANNEXES

A. Annexe 1 - Contenu de la nouvelle loi du 2 février 2016

1. Le refus de l'obstination déraisonnable

Le droit au refus de l'obstination déraisonnable introduit par la loi Léonetti du 22 avril 2005 sous le terme d'acharnement thérapeutique est confirmé par l'article L. 1110-5-1. Non seulement, le médecin ne doit pas *poursuivre* des actes inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, mais elle ajoute que le médecin ne doit pas non plus *mettre en œuvre* ces actes, conformément à la volonté du patient, ou si ce dernier est hors d'état d'exprimer sa volonté, à l'issue d'une procédure collégiale.

Il est précisé que la nutrition et l'hydratation artificielles constituent des traitements susceptibles d'être arrêtés conformément à l'article L. 1110-5-1, al. 2.

Lorsque ces actes « sont suspendus ou ne sont pas entrepris, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10. »

2. Le droit au refus de soins exprimé par le patient

L'article L. 1111-4 modifié se consacre au droit au refus de soins du malade en faisant disparaître l'obligation pour le médecin de tout mettre en œuvre pour convaincre son patient d'accepter les soins indispensables. Désormais, le médecin doit respecter la volonté exprimée par le patient après l'avoir informé des conséquences et de la gravité de son choix. Si la personne met sa vie en danger par ce refus de soins, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable, et peut faire appel à un autre membre du corps médical.

3. Le droit au soulagement

L'article L. 1110-5-3 se consacre au droit au « meilleur apaisement possible de la souffrance ». « Celle-ci doit être, en toutes circonstances, prévenue, prise en compte, évaluée et traitée. » et ce même si les traitements peuvent avoir comme effet d'abrégé la vie.

4. Les directives anticipées (cf Chapitre introduction)

5. La personne de confiance

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance depuis la loi Kouchner de 2002. Elle sera consultée au cas où elle serait hors d'état d'exprimer sa volonté. Son rôle s'est renforcé : son témoignage prévaut sur tout autre témoignage de la famille ou des proches. Sa « désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. ».

Enfin, si auparavant une personne sous tutelle ne pouvait désigner de personne de confiance pendant la mesure de tutelle, la loi prévoit qu'elle est maintenant autorisée à la désigner avec l'autorisation du conseil de famille ou du juge.

6. Le droit à une sédation profonde et continue jusqu'au décès

L'article L. 1110-5-2 prévoit une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie.

Cette sédation ne peut intervenir qu'à la demande du patient et dans deux hypothèses.

- « Lorsque le patient atteint d'une affection grave et incurable, dont le pronostic vital est engagé à court terme, présente une souffrance réfractaire aux traitements.
- Lorsque le patient atteint d'une affection grave et incurable demande l'arrêt d'un traitement qui engage son pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable. »

Concernant le patient hors d'état d'exprimer sa volonté, la loi autorise le médecin à mettre en œuvre la sédation profonde et continue afin d'éviter toute souffrance lorsqu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, il décide d'interrompre les traitements de maintien en vie.

Cette décision de sédation profonde est prise à l'issue d'une procédure collégiale, en respectant les directives anticipées du patient, ou à défaut en ayant consulté sa personne de confiance, sa famille et/ou ses proches, comme précisé par le décret n°2016-1066 du 3 août 2016.

7. La procédure collégiale

La procédure collégiale, comme précisé par le décret n° 2016-1066 du 3 août 2016, prend la forme d'une concertation avec l'équipe de soins et de l'avis d'au moins un médecin, appelé en

qualité de consultant et qui n'a pas de relation hiérarchique avec le médecin en charge du patient.

8. La prise en charge à domicile

« Toute personne est informée par les professionnels de santé de la possibilité d'être prise en charge à domicile, dès lors que son état le permet. »

B. Annexe 2 - Questionnaire

Chères Consœurs, chers Confrères,

Interne de médecine générale à Marseille, je me permets de vous solliciter pour participer à une étude concernant les **directives anticipées** dans le cadre de ma thèse d'exercice.

Mon objectif est de dresser un état des lieux de nos connaissances et de nos perceptions en tant que futur médecin généraliste par rapport à ce dispositif, à l'heure de la loi Claeys Léonetti.

Le questionnaire s'adresse donc **aux actuels internes de médecine générale Français**. Il est anonyme et ne vous prendra que quelques minutes.

Vous le trouverez en cliquant sur le lien ci-joint : <https://goo.gl/forms/swRDLwRY3ld5vi4i1>

Je vous remercie du temps que vous voudrez bien m'accorder, votre participation est essentielle à la validité de ce travail.

N'hésitez pas à me contacter en cas d'interrogations : marineduquesne@yahoo.fr

Marine Duquesne

Interne en médecine générale à l'université Aix Marseille.

1- Texte de loi ...

- a. Connaissez-vous la loi du 02 février 2016, dite loi Claeys Léonetti ? Oui Non

Si oui, citez 3 mots ou expressions vous venant spontanément à l'esprit concernant cette loi :

.....

- b. Avez-vous vu ou entendu parler de la campagne d'information sur la fin de vie (2016) ?

Oui Non

Si oui laquelle ?

- « La fin de vie, parlons en avant » destinée aux professionnels de santé.
 « La fin de vie et si on en parlait ? » destinée au grand public.

2- Les directives anticipées ...

- a. Connaissez-vous le terme de « directives anticipées » ? Oui Non

- b. Pensez-vous avoir des connaissances suffisantes sur ce dispositif ?
[Échelle de 0 à 10, 0 je n'ai aucune connaissance à 10 j'ai toutes les connaissances requises]
- c. A quoi servent-elles selon vous ?
- d. Avez-vous déjà été confronté à ce dispositif au cours de votre vie ? Oui Non

Si oui,

- au cours d'un stage hospitalier
- au cours d'un stage chez le praticien ambulatoire
- au cours de cours magistraux ou en travaux dirigés
- au cours de votre vie personnelle
- autre :

3- Place du médecin traitant ...

- a. Pensez-vous que ce dispositif puisse être une aide à la prise en charge de vos patients ?
 Oui Non
- b. Pensez-vous qu'il est nécessaire d'informer le patient sur ce dispositif ? Oui Non

Si oui, A quel(s) moment(s) ?

- Diagnostic de maladie grave
- Entrée en EHPAD
- Mort d'un proche
- Phase terminale
- Dégradation de l'état général
- Hospitalisation
- A la demande du patient
- A la demande de la famille
- Peu importe
- Lors du passage en soins palliatifs
- Suite à une première décompensation aigue
- Autre :

- c. Pensez-vous que cela soit votre rôle en tant que médecin traitant ? Oui Non

Si non, A qui cela revient – il ?

- Aux ami(e)s
- A la famille
- Au cours d'une hospitalisation : par médecin, interne, externe, infirmier, assistante sociale, psychologue ou aide-soignante

- Aux spécialistes
 - Aux médias
 - Autre :
- d. Quels sont les limites éventuelles à l'information du patient sur les directives anticipées ?

- La difficulté à aborder le sujet de la fin de vie avec les patients
- Le manque de disponibilité
- Le manque de rentabilité
- Je ne me sens pas concernée par le dispositif
- Le risque de mauvaises interprétations par le patient
- La complexité à anticiper la fin de vie
- L'incertitude du pronostic du patient
- L'inconstance des volontés du patient
- Mon manque de connaissances sur le sujet
- Autre :

- e. Quels sont les avantages éventuels à l'information du patient sur les directives anticipées ?

- La réflexion engagée par le patient sur ses valeurs et souhaits
- L'atténuation des conflits familiaux autour de la fin de vie
- L'atténuation de l'anxiété du patient en sachant le respect de ses vœux
- L'abord plus facile de la fin de vie avec le patient
- Le lien permis avec les équipes soignantes
- La favorisation de l'autonomie du patient
- La légitimité sur le plan médico-légal
- Le soulagement des familles de certaines décisions
- Autre :

4- Connaissances du dispositif ...

- a. A quelle occasion ce dispositif est-il né ?
- Loi du 9 juin 1999
 - Loi du 4 mars 2002
 - Loi du 22 avril 2005
 - Loi du 2 février 2016
 - Autre occasion :
 - Je ne sais pas
- b. Quand les consulte-t-on en tant que soignant ?
- En toute occasion
 - Chez un patient hors d'état d'exprimer sa volonté

- Au décès du patient
 - En cas de désaccords entre les membres de la famille
 - En cas de désaccords entre la famille et le patient
 - On ne les consulte pas
 - Autres occasions :
- c. Quelles sont les conditions de la validité de leur rédaction ?
- Nom, prénom, signature
 - Date du jour
 - Feuille pré remplie
 - Papier libre
 - En présence d'un médecin ou soignant
 - En présence du notaire
 - Personne majeure
 - Personne mineure
 - Personne sous curatelle ou tutelle
 - En présence de 2 témoins dont la personne de confiance en cas de rédaction écrite impossible
 - Autre :
- d. Combien de temps sont-elles valables ?
- Le temps d'une hospitalisation
 - Le temps de l'ALD
 - 1 an
 - 3 ans
 - 5 ans
 - A vie
 - Révisables à tout moment
 - Révocables à tout moment
 - Autre :
- e. Par qui peuvent-elles être conservées ?
- Patient
 - Personne de confiance
 - Médecin traitant
 - Médecin spécialiste
 - Dossier patient hospitalier
 - Famille
 - Ami
 - Notaire
 - Ce qui est important, c'est de savoir où nous pouvons les trouver
 - Autre :

- f. Face à l'un de vos patients, en fin de vie, n'étant plus en état d'exprimer son avis, sur qui / quoi basez-vous vos décisions ? (Veuillez les classer du premier consulté au dernier consulté)
- 1) Personne de confiance
 - 2) Ami
 - 3) Famille
 - 4) Directives anticipées
- g. Les directives anticipées s'imposent elles à vous, en l'absence d'urgence, dans vos décisions ? Oui Non
- h. Les avis de la famille ou de l'entourage d'un patient s'imposent ils à vous dans vos décisions ? Oui Non

5- Etes-vous

- a. Une femme Un homme
- b. Votre âge :
- c. Votre faculté :
- d. Votre semestre :
- e. Quel(s) stage(s) avez-vous réalisé ou réalisez-vous pendant votre cursus d'interne ?
- Médecine ambulatoire
 - Unité de soins palliatifs
 - Equipe mobile de soins palliatifs
 - Gériatrie
 - Oncologie
 - Réanimation
 - Aucun de ceux ci
- f. Avez-vous déjà été en contact avec une équipe mobile de soins palliatifs ?
- Oui Non
- g. Etes-vous inscrit ou êtes-vous titulaire d'un diplôme (inter) universitaire en soins palliatifs (DU / DIU) ou d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) en soins palliatifs ?
- Oui Non

Quelques liens utiles :

- Site de la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs : <http://www.sfap.org/>
- Site du Centre National des Soins Palliatifs et de la Fin de Vie : <http://www.spfv.fr/>

- Guide HAS destiné aux professionnels de santé et du secteur médico-social et social :
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/da_professionnels_v11_actualisation.pdf

- Guide HAS pour le grand public :
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/directives_anticipees_concernant_les_situations_de_fin_de_vie_v16.pdf

- Modèle de formulaire HAS de directives anticipées :
http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fichedirectivesanticipee_es_10p_exe2.pdf

Quelques rappels :

Toute personne **majeure** peut, si elle le souhaite, faire une déclaration **écrite** appelée « directives anticipées », afin de **préciser ses souhaits quant à sa fin de vie**, prévoyant ainsi l'hypothèse où elle ne serait pas à ce moment-là, en capacité d'exprimer sa volonté (accident ou maladie grave).

Ces directives anticipées permettent au médecin qui prend en charge le patient à ce moment-là de **connaître les volontés de la personne** concernant la possibilité de **poursuivre, limiter, arrêter** des actes médicaux ou traitements.

Ces directives sont valables **toute la vie**. Elles sont **révocables** et/ou **modifiables à tout moment**. Elles doivent être facilement accessibles (conservées dans le dossier médical, sur soi, chez le médecin traitant, chez sa personne de confiance).

Le médecin doit s'enquérir de l'existence des directives anticipées parce qu'elles **s'imposent pour toutes décisions** d'investigation, d'intervention ou de traitement sauf en cas d'urgence vitale et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale.

C. Annexe 3 – Résultats des analyses croisées

Tableau 16 Analyses croisées en fonction du genre des internes de médecine générale.

	Genre		Total (n=543)	p
	Homme (n=150)	Femme (n=393)		
Connaissez-vous la loi du 02 février 2016, dite loi Claeys Léonetti ?				0.766†
Non	33 (22.00%)	93 (23.66%)	126 (23.20%)	
Oui	117 (78.00%)	300 (76.34%)	417 (76.80%)	
Connaissez-vous le terme de « directives anticipées » ?				1.000‡
Non	1 (0.67%)	3 (0.76%)	4 (0.74%)	
Oui	149 (99.33%)	390 (99.24%)	539 (99.26%)	
Place des directives anticipées				0.330‡
1 ^e choix	131 (87.33%)	352 (89.57%)	483 (88.95%)	
2 ^e choix	13 (8.67%)	29 (7.38%)	42 (7.73%)	
3 ^e choix	6 (4.00%)	8 (2.04%)	14 (2.58%)	
4 ^e choix	0 (0.00%)	4 (1.02%)	4 (0.74%)	
Les directives anticipées s'imposent elles à vous, en l'absence d'urgence, dans vos décisions ?				0.926†
Non	54 (36.00%)	138 (35.11%)	192 (35.36%)	
Oui	96 (64.00%)	255 (64.89%)	351 (64.64%)	
Les avis de la famille ou de l'entourage d'un patient s'imposent ils à vous, en l'absence d'urgence, dans vos décisions thérapeutiques ?				0.598†
Non	105 (70.00%)	264 (67.18%)	369 (67.96%)	
Oui	45 (30.00%)	129 (32.82%)	174 (32.04%)	
	Homme (n=149)	Femme (n=390)	Total (n=539)	
Avez-vous déjà été confronté à ce dispositif au cours de votre vie ?				0.264†
Non	62 (41.61%)	185 (47.44%)	247 (45.83%)	
Oui	87 (58.39%)	205 (52.56%)	292 (54.17%)	
Pensez-vous que ce dispositif puisse être une aide à la prise en charge de vos patients ?				0.687‡
Non	3 (2.01%)	5 (1.28%)	8 (1.48%)	
Oui	146 (97.99%)	385 (98.72%)	531 (98.52%)	
Pensez-vous qu'il est nécessaire d'informer le patient sur ce dispositif ?				0.135‡
Non	3 (2.01%)	2 (0.51%)	5 (0.93%)	
Oui	146 (97.99%)	388 (99.49%)	534 (99.07%)	
	Homme (n=146)	Femme (n=388)	Total (n=534)	
Pensez-vous que cela soit votre rôle en tant que médecin traitant ?				1.000‡
Non	4 (2.74%)	10 (2.58%)	14 (2.62%)	
Oui	142 (97.26%)	378 (97.42%)	520 (97.38%)	

Tableau 17 Analyses croisées en fonction du contact avec une équipe mobile de soins palliatifs.

	Contact avec l'EMSP			p
	Non (n=67)	Oui (n=476)	Total (n=543)	
Connaissez-vous la loi du 02 février 2016, dite loi Claeys Léonetti ?				0.066†
Non	22 (32.84%)	104 (21.85%)	126 (23.20%)	
Oui	45 (67.16%)	372 (78.15%)	417 (76.80%)	
Connaissez-vous le terme de « directives anticipées » ?				0.077‡
Non	2 (2.99%)	2 (0.42%)	4 (0.74%)	
Oui	65 (97.01%)	474 (99.58%)	539 (99.26%)	
Place des directives anticipées dans les décisions médicales.				0.017‡
1 ^e	60 (89.55%)	423 (88.87%)	483 (88.95%)	
2 ^e	1 (1.49%)	41 (8.61%)	42 (7.73%)	
3 ^e	5 (7.46%)	9 (1.89%)	14 (2.58%)	
4 ^e	1 (1.49%)	3 (0.63%)	4 (0.74%)	
Les directives anticipées s'imposent elles à vous, en l'absence d'urgence, dans vos décisions ?				0.384†
Non	20 (29.85%)	172 (36.13%)	192 (35.36%)	
Oui	47 (70.15%)	304 (63.87%)	351 (64.64%)	
Les avis de la famille ou de l'entourage d'un patient s'imposent ils à vous, en l'absence d'urgence, dans vos décisions thérapeutiques ?				0.012†
Non	36 (53.73%)	333 (69.96%)	369 (67.96%)	
Oui	31 (46.27%)	143 (30.04%)	174 (32.04%)	
	Non (n=65)	Oui (n=474)	Total (n=539)	
Avez-vous déjà été confronté à ce dispositif au cours de votre vie ?				<0.001†
Non	50 (76.92%)	197 (41.56%)	247 (45.83%)	
Oui	15 (23.08%)	277 (58.44%)	292 (54.17%)	
Pensez-vous que ce dispositif puisse être une aide à la prise en charge de vos patients ?				0.061‡
Non	3 (4.62%)	5 (1.05%)	8 (1.48%)	
Oui	62 (95.38%)	469 (98.95%)	531 (98.52%)	
Pensez-vous qu'il est nécessaire d'informer le patient sur ce dispositif ?				1.000‡
Non	1 (1.54%)	4 (0.84%)	5 (0.93%)	
Oui	64 (98.46%)	470 (99.16%)	534 (99.07%)	
	Non (n=64)	Oui (n=470)	Total (n=534)	
Pensez-vous que cela soit votre rôle en tant que médecin traitant ?				1.000‡
Non	2 (3.12%)	12 (2.55%)	14 (2.62%)	
Oui	62 (96.88%)	458 (97.45%)	520 (97.38%)	

Tableau 18 Analyses croisées en fonction de l'année de formation des internes de médecine.

	Année de formation			Total (n=540)	P
	1 ^e (n=140)	2 ^e (n=170)	3 ^e (n=230)		
Connaissez-vous la loi du 02 février 2016, dite loi Claeys Léonetti ?					0.084
Non	27 (19.29)	34 (20.00)	64 (27.83)	125 (23.15)	
Oui	113 (80.71)	136 (80.00)	166 (72.17)	415 (76.85)	
Connaissez-vous le terme de « directives anticipées » ?					0.230
Non	2 (1.43)	0	1 (0.43)	3 (0.56)	
Oui	138 (98.57)	170 (100)	229 (99.57)	537 (99.44)	
Place des directives anticipées dans les décisions					0.925
1 ^e	126 (90.00)	152 (89.41)	203 (88.26)	481 (89.07)	
2 ^e	8 (5.72)	13 (7.65)	20 (8.70)	41 (7.60)	
3 ^e	5 (3.57)	4 (2.35)	5 (2.17)	14 (2.59)	
4 ^e	1 (0.71)	1 (0.59)	2 (0.87)	4 (0.74)	
Les directives anticipées s'imposent elles à vous, en l'absence d'urgence, dans vos décisions ?					0.633
Non	54 (38.57)	57 (33.53)	80 (34.78)	191 (35.37)	
Oui	86 (61.43)	113 (66.47)	150 (65.22)	349 (64.63)	
Les avis de la famille ou de l'entourage d'un patient s'imposent ils à vous, en l'absence d'urgence, dans vos décisions thérapeutiques ?					0.005
Non	102 (72.86)	126 (74.12)	139 (60.43)	367 (67.96)	
Oui	38 (27.14)	44 (25.88)	91 (39.57)	173 (32.04)	
	1 ^e (n=138)	2 ^e (n=170)	3 ^e (n=229)	Total (n=537)	
Avez-vous déjà été confronté à ce dispositif au cours de votre vie ?					<0.001
Non	85 (61.59)	76 (44.71)	85 (37.12)	246 (45.81)	
Oui	53 (38.41)	94 (55.29)	144 (62.88)	291 (54.19)	
Pensez-vous que ce dispositif puisse être une aide à la prise en charge de vos patients ?					0.933
Non	2 (1.45)	3 (1.76)	3 (1.31)	8 (1.49)	
Oui	136 (98.55)	167 (98.24)	226 (98.69)	529 (98.51)	
Pensez-vous qu'il est nécessaire d'informer le patient sur ce dispositif ?					0.275
Non	0	3 (1.76)	2 (0.87)	5 (0.93)	
Oui	138 (100)	167 (98.24)	227 (99.13)	532 (99.07)	
	1 ^e (n=138)	2 ^e (n=167)	3 ^e (n=227)	Total (n=532)	
Pensez-vous que cela soit votre rôle en tant que médecin traitant ?					0.934
Non	4 (2.90)	4 (2.40)	6 (2.64)	14 (2.63)	
Oui	134 (97.10)	163 (97.60)	221 (97.36)	518 (97.37)	

Tableau 19 Analyse croisé en fonction de la réalisation du stage en médecine ambulatoire.

	Médecine ambulatoire			P
	Non (n=177)	Oui (n=366)	Total (n=543)	
Connaissez-vous la loi du 02 février 2016, dite loi Claeys Léonetti ?				0.227†
Non	35 (19.77%)	91 (24.86%)	126 (23.20%)	
Oui	142 (80.23%)	275 (75.14%)	417 (76.80%)	
Connaissez-vous le terme de « directives anticipées » ?				0.596‡
Non	2 (1.13%)	2 (0.55%)	4 (0.74%)	
Oui	175 (98.87%)	364 (99.45%)	539 (99.26%)	
Place des directives anticipées dans les décisions.				0.988‡
1 ^e	158 (89.27%)	325 (88.80%)	483 (88.95%)	
2 ^e	14 (7.91%)	28 (7.65%)	42 (7.73%)	
3 ^e	4 (2.26%)	10 (2.73%)	14 (2.58%)	
4 ^e	1 (0.56%)	3 (0.82%)	4 (0.74%)	
Les directives anticipées s'imposent elles à vous, en l'absence d'urgence, dans vos décisions ?				0.714†
Non	65 (36.72%)	127 (34.70%)	192 (35.36%)	
Oui	112 (63.28%)	239 (65.30%)	351 (64.64%)	
Les avis de la famille ou de l'entourage d'un patient s'imposent ils à vous, en l'absence d'urgence, dans vos décisions thérapeutiques ?				0.528†
Non	124 (70.06%)	245 (66.94%)	369 (67.96%)	
Oui	53 (29.94%)	121 (33.06%)	174 (32.04%)	
	Non (n=175)	Oui (n=364)	Total (n=539)	
Avez-vous déjà été confronté à ce dispositif au cours de votre vie ?				0.086†
Non	90 (51.43%)	157 (43.13%)	247 (45.83%)	
Oui	85 (48.57%)	207 (56.87%)	292 (54.17%)	
Pensez-vous que ce dispositif puisse être une aide à la prise en charge de vos patients ?				0.727‡
Non	2 (1.14%)	6 (1.65%)	8 (1.48%)	
Oui	173 (98.86%)	358 (98.35%)	531 (98.52%)	
Pensez-vous qu'il est nécessaire d'informer le patient sur ce dispositif ?				1.000‡
Non	2 (1.14%)	3 (0.82%)	5 (0.93%)	
Oui	173 (98.86%)	361 (99.18%)	534 (99.07%)	
	Non (n=173)	Oui (n=361)	Total (n=534)	
Pensez-vous que cela soit votre rôle en tant que médecin traitant ?				0.408‡
Non	3 (1.73%)	11 (3.05%)	14 (2.62%)	
Oui	170 (98.27%)	350 (96.95%)	520 (97.38%)	

Tableau 20 Analyse croisé en fonction de la réalisation du stage en unité de soins palliatifs.

	USP		Total (n=543)	P
	Non (n=489)	Oui (n=54)		
Connaissez-vous la loi du 02 février 2016, dite loi Claeys Léonetti ?				0.992†
Non	114 (23.31%)	12 (22.22%)	126 (23.20%)	
Oui	375 (76.69%)	42 (77.78%)	417 (76.80%)	
Connaissez-vous le terme de « directives anticipées » ?				1.000‡
Non	4 (0.82%)	0 (0.00%)	4 (0.74%)	
Oui	485 (99.18%)	54 (100.00%)	539 (99.26%)	
Place des directives anticipées dans les décisions.				0.362‡
1 ^e	435 (88.96%)	48 (88.89%)	483 (88.95%)	
2 ^e	36 (7.36%)	6 (11.11%)	42 (7.73%)	
3 ^e	14 (2.86%)	0 (0.00%)	14 (2.58%)	
4 ^e	4 (0.82%)	0 (0.00%)	4 (0.74%)	
Les directives anticipées s'imposent elles à vous, en l'absence d'urgence, dans vos décisions ?				0.859†
Non	174 (35.58%)	18 (33.33%)	192 (35.36%)	
Oui	315 (64.42%)	36 (66.67%)	351 (64.64%)	
Les avis de la famille ou de l'entourage d'un patient s'imposent ils à vous, en l'absence d'urgence, dans vos décisions thérapeutiques ?				0.016†
Non	324 (66.26%)	45 (83.33%)	369 (67.96%)	
Oui	165 (33.74%)	9 (16.67%)	174 (32.04%)	
	Non (n=485)	Oui (n=54)	Total (n=539)	
Avez-vous déjà été confronté à ce dispositif au cours de votre vie ?				<0.001†
Non	239 (49.28%)	8 (14.81%)	247 (45.83%)	
Oui	246 (50.72%)	46 (85.19%)	292 (54.17%)	
Pensez-vous que ce dispositif puisse être une aide à la prise en charge de vos patients ?				0.608‡
Non	8 (1.65%)	0 (0.00%)	8 (1.48%)	
Oui	477 (98.35%)	54 (100.00%)	531 (98.52%)	
Pensez-vous qu'il est nécessaire d'informer le patient sur ce dispositif ?				0.080‡
Non	3 (0.62%)	2 (3.70%)	5 (0.93%)	
Oui	482 (99.38%)	52 (96.30%)	534 (99.07%)	
	Non (n=482)	Oui (n=52)	Total (n=534)	
Pensez-vous que cela soit votre rôle en tant que médecin traitant ?				1.000‡
Non	13 (2.70%)	1 (1.92%)	14 (2.62%)	
Oui	469 (97.30%)	51 (98.08%)	520 (97.38%)	

Tableau 21 Analyse croisé en fonction de la réalisation du stage en équipe mobile de soins palliatifs

	EMSP		Total (n=543)	P
	Non (n=517)	Oui (n=26)		
Connaissez-vous la loi du 02 février 2016, dite loi Claeys Léonetti ?				0.167†
Non	123 (23.79%)	3 (11.54%)	126 (23.20%)	
Oui	394 (76.21%)	23 (88.46%)	417 (76.80%)	
Connaissez-vous le terme de « directives anticipées » ?				1.000‡
Non	4 (0.77%)	0 (0.00%)	4 (0.74%)	
Oui	513 (99.23%)	26 (100.00%)	539 (99.26%)	
Place des directives anticipées dans les décisions.				0.660‡
1 ^e	460 (88.97%)	23 (88.46%)	483 (88.95%)	
2 ^e	39 (7.54%)	3 (11.54%)	42 (7.73%)	
3 ^e	14 (2.71%)	0 (0.00%)	14 (2.58%)	
4 ^e	4 (0.77%)	0 (0.00%)	4 (0.74%)	
Les directives anticipées s'imposent elles à vous, en l'absence d'urgence, dans vos décisions ?				0.771†
Non	184 (35.59%)	8 (30.77%)	192 (35.36%)	
Oui	333 (64.41%)	18 (69.23%)	351 (64.64%)	
Les avis de la famille ou de l'entourage d'un patient s'imposent ils à vous, en l'absence d'urgence, dans vos décisions thérapeutiques ?				0.430†
Non	349 (67.50%)	20 (76.92%)	369 (67.96%)	
Oui	168 (32.50%)	6 (23.08%)	174 (32.04%)	
	Non (n=513)	Oui (n=26)	Total (n=539)	
Avez-vous déjà été confronté à ce dispositif au cours de votre vie ?				0.002‡
Non	243 (47.37%)	4 (15.38%)	247 (45.83%)	
Oui	270 (52.63%)	22 (84.62%)	292 (54.17%)	
Pensez-vous que ce dispositif puisse être une aide à la prise en charge de vos patients ?				1.000‡
Non	8 (1.56%)	0 (0.00%)	8 (1.48%)	
Oui	505 (98.44%)	26 (100.00%)	531 (98.52%)	
Pensez-vous qu'il est nécessaire d'informer le patient sur ce dispositif ?				0.218‡
Non	4 (0.78%)	1 (3.85%)	5 (0.93%)	
Oui	509 (99.22%)	25 (96.15%)	534 (99.07%)	
	Non (n=509)	Oui (n=25)	Total (n=534)	
Pensez-vous que cela soit votre rôle en tant que médecin traitant ?				0.648‡
Non	14 (2.75%)	0 (0.00%)	14 (2.62%)	
Oui	495 (97.25%)	25 (100.00%)	520 (97.38%)	

Tableau 22 Analyse croisé en fonction de la réalisation d'un stage en gériatrie.

	Gériatrie			p
	Non (n=305)	Oui (n=238)	Total (n=543)	
Connaissez-vous la loi du 02 février 2016, dite loi Claeys Léonetti ?				0.794†
Non	69 (22.62%)	57 (23.95%)	126 (23.20%)	
Oui	236 (77.38%)	181 (76.05%)	417 (76.80%)	
Connaissez-vous le terme de « directives anticipées » ?				0.638‡
Non	3 (0.98%)	1 (0.42%)	4 (0.74%)	
Oui	302 (99.02%)	237 (99.58%)	539 (99.26%)	
Place des directives anticipées dans les décisions.				0.272‡
1 ^e	268 (87.87%)	215 (90.34%)	483 (88.95%)	
2 ^e	26 (8.52%)	16 (6.72%)	42 (7.73%)	
3 ^e	7 (2.30%)	7 (2.94%)	14 (2.58%)	
4 ^e	4 (1.31%)	0 (0.00%)	4 (0.74%)	
Les directives anticipées s'imposent elles à vous, en l'absence d'urgence, dans vos décisions ?				0.400†
Non	113 (37.05%)	79 (33.19%)	192 (35.36%)	
Oui	192 (62.95%)	159 (66.81%)	351 (64.64%)	
Les avis de la famille ou de l'entourage d'un patient s'imposent ils à vous, en l'absence d'urgence, dans vos décisions thérapeutiques ?				0.549†
Non	211 (69.18%)	158 (66.39%)	369 (67.96%)	
Oui	94 (30.82%)	80 (33.61%)	174 (32.04%)	
	Non (n=302)	Oui (n=237)	Total (n=539)	
Avez-vous déjà été confronté à ce dispositif au cours de votre vie ?				<0.001†
Non	158 (52.32%)	89 (37.55%)	247 (45.83%)	
Oui	144 (47.68%)	148 (62.45%)	292 (54.17%)	
Pensez-vous que ce dispositif puisse être une aide à la prise en charge de vos patients ?				0.147‡
Non	2 (0.66%)	6 (2.53%)	8 (1.48%)	
Oui	300 (99.34%)	231 (97.47%)	531 (98.52%)	
Pensez-vous qu'il est nécessaire d'informer le patient sur ce dispositif ?				0.174‡
Non	1 (0.33%)	4 (1.69%)	5 (0.93%)	
Oui	301 (99.67%)	233 (98.31%)	534 (99.07%)	
	Non (n=301)	Oui (n=233)	Total (n=534)	
Pensez-vous que cela soit votre rôle en tant que médecin traitant ?				0.831†
Non	7 (2.33%)	7 (3.00%)	14 (2.62%)	
Oui	294 (97.67%)	226 (97.00%)	520 (97.38%)	

Tableau 23 Analyse croisé en fonction de la réalisation d'aucun des stages sus cités.

	Aucun		Total (n=543)	P
	Non (n=438)	Oui (n=105)		
Connaissez-vous la loi du 02 février 2016, dite loi Claeys Léonetti ?				0.461†
Non	105 (23.97%)	21 (20.00%)	126 (23.20%)	
Oui	333 (76.03%)	84 (80.00%)	417 (76.80%)	
Connaissez-vous le terme de « directives anticipées » ?				0.168‡
Non	2 (0.46%)	2 (1.90%)	4 (0.74%)	
Oui	436 (99.54%)	103 (98.10%)	539 (99.26%)	
Place des directives anticipées dans les décisions.				0.715‡
1 ^e	393 (89.73%)	90 (85.71%)	483 (88.95%)	
2 ^e	31 (7.08%)	11 (10.48%)	42 (7.73%)	
3 ^e	11 (2.51%)	3 (2.86%)	14 (2.58%)	
4 ^e	3 (0.68%)	1 (0.95%)	4 (0.74%)	
Les directives anticipées s'imposent elles à vous, en l'absence d'urgence, dans vos décisions ?				0.590†
Non	152 (34.70%)	40 (38.10%)	192 (35.36%)	
Oui	286 (65.30%)	65 (61.90%)	351 (64.64%)	
Les avis de la famille ou de l'entourage d'un patient s'imposent ils à vous, en l'absence d'urgence, dans vos décisions thérapeutiques ?				0.666†
Non	300 (68.49%)	69 (65.71%)	369 (67.96%)	
Oui	138 (31.51%)	36 (34.29%)	174 (32.04%)	
	Non (n=436)	Oui (n=103)	Total (n=539)	
Avez-vous déjà été confronté à ce dispositif au cours de votre vie ?				0.041†
Non	190 (43.58%)	57 (55.34%)	247 (45.83%)	
Oui	246 (56.42%)	46 (44.66%)	292 (54.17%)	
Pensez-vous que ce dispositif puisse être une aide à la prise en charge de vos patients ?				0.705‡
Non	7 (1.61%)	1 (0.97%)	8 (1.48%)	
Oui	429 (98.39%)	102 (99.03%)	531 (98.52%)	
Pensez-vous qu'il est nécessaire d'informer le patient sur ce dispositif ?				0.586‡
Non	5 (1.15%)	0 (0.00%)	5 (0.93%)	
Oui	431 (98.85%)	103 (100.00%)	534 (99.07%)	
	Non (n=431)	Oui (n=103)	Total (n=534)	
Pensez-vous que cela soit votre rôle en tant que médecin traitant ?				0.705‡
Non	12 (2.78%)	2 (1.94%)	14 (2.62%)	
Oui	419 (97.22%)	101 (98.06%)	520 (97.38%)	

Tableau 24 Analyse croisé en fonction de la réalisation d'un stage en oncologie.

	Oncologie			p
	Non (n=512)	Oui (n=31)	Total (n=543)	
Connaissez-vous la loi du 02 février 2016, dite loi Claeys Léonetti ?				0.893†
Non	118 (23.05%)	8 (25.81%)	126 (23.20%)	
Oui	394 (76.95%)	23 (74.19%)	417 (76.80%)	
Connaissez-vous le terme de « directives anticipées » ?				1.000‡
Non	4 (0.78%)	0 (0.00%)	4 (0.74%)	
Oui	508 (99.22%)	31 (100.00%)	539 (99.26%)	
Place des directives anticipées dans les décisions.				1.000‡
1 ^e	455 (88.87%)	28 (90.32%)	483 (88.95%)	
2 ^e	40 (7.81%)	2 (6.45%)	42 (7.73%)	
3 ^e	13 (2.54%)	1 (3.23%)	14 (2.58%)	
4 ^e	4 (0.78%)	0 (0.00%)	4 (0.74%)	
Les directives anticipées s'imposent elles à vous, en l'absence d'urgence, dans vos décisions ?				0.552†
Non	179 (34.96%)	13 (41.94%)	192 (35.36%)	
Oui	333 (65.04%)	18 (58.06%)	351 (64.64%)	
Les avis de la famille ou de l'entourage d'un patient s'imposent ils à vous, en l'absence d'urgence, dans vos décisions thérapeutiques ?				0.864†
Non	347 (67.77%)	22 (70.97%)	369 (67.96%)	
Oui	165 (32.23%)	9 (29.03%)	174 (32.04%)	
	Non (n=508)	Oui (n=31)	Total (n=539)	
Avez-vous déjà été confronté à ce dispositif au cours de votre vie ?				0.034†
Non	239 (47.05%)	8 (25.81%)	247 (45.83%)	
Oui	269 (52.95%)	23 (74.19%)	292 (54.17%)	
Pensez-vous que ce dispositif puisse être une aide à la prise en charge de vos patients ?				0.074‡
Non	6 (1.18%)	2 (6.45%)	8 (1.48%)	
Oui	502 (98.82%)	29 (93.55%)	531 (98.52%)	
Pensez-vous qu'il est nécessaire d'informer le patient sur ce dispositif ?				0.262‡
Non	4 (0.79%)	1 (3.23%)	5 (0.93%)	
Oui	504 (99.21%)	30 (96.77%)	534 (99.07%)	
	Non (n=504)	Oui (n=30)	Total (n=534)	
Pensez-vous que cela soit votre rôle en tant que médecin traitant ?				0.182‡
Non	12 (2.38%)	2 (6.67%)	14 (2.62%)	
Oui	492 (97.62%)	28 (93.33%)	520 (97.38%)	

Tableau 25 Analyses croisées en fonction de la confrontation par les internes avec le dispositif des directives anticipées par rapport aux principales questions de l'étude.

	Avez-vous déjà été confronté à ce dispositif au cours de votre vie ?			P
	Non (n=247)	Oui (n=292)	Total (n=539)	
Pensez-vous que ce dispositif puisse être une aide à la prise en charge de vos patients ?				0.472†
Non	5 (2.02%)	3 (1.03%)	8 (1.48%)	
Oui	242 (97.98%)	289 (98.97%)	531 (98.52%)	
Pensez-vous qu'il est nécessaire d'informer le patient sur ce dispositif ?				1.000‡
Non	2 (0.81%)	3 (1.03%)	5 (0.93%)	
Oui	245 (99.19%)	289 (98.97%)	534 (99.07%)	
Place des directives anticipées dans les décisions				0.283‡
1 ^e	217 (87.85%)	264 (90.41%)	481 (89.24%)	
2 ^e	21 (8.50%)	21 (7.19%)	42 (7.79%)	
3 ^e	6 (2.43%)	7 (2.40%)	13 (2.41%)	
4 ^e	3 (1.21%)	0 (0.00%)	3 (0.56%)	
Les directives anticipées s'imposent elles à vous, en l'absence d'urgence, dans vos décisions ?				0.179†
Non	95 (38.46%)	95 (32.53%)	190 (35.25%)	
Oui	152 (61.54%)	197 (67.47%)	349 (64.75%)	
Les avis de la famille ou de l'entourage d'un patient s'imposent ils à vous, en l'absence d'urgence, dans vos décisions thérapeutiques ?				0.655†
Non	172 (69.64%)	197 (67.47%)	369 (68.46%)	
Oui	75 (30.36%)	95 (32.53%)	170 (31.54%)	
	Non (n=245)	Oui (n=289)	Total (n=534)	
Pensez-vous que cela soit votre rôle en tant que médecin traitant ?				1.000†
Non	6 (2.45%)	8 (2.77%)	14 (2.62%)	
Oui	239 (97.55%)	281 (97.23%)	520 (97.38%)	

Légende pour les Tableaux de l'Annexe 3 :

*Résultats donnés en effectifs et pourcentages

† Test Pearson's Chi2 Test with Yates' continuity correction

** Test Pearson's Chi2 Test with Monte-Carlo method with Yates' continuity correction

D. Annexe 4 – Paroles d'étudiants

Hormis les nombreux commentaires d'encouragement, voici une sélection de ceux ayant un rapport avec le sujet :

1. Un outil important ...

« Important dans notre société vieillissante, tous ces papys, mamies aux urgences qui poireautent, sont hospitalisés, ont des examens à outrance et il faut bien le dire...le côté économique compte aussi... »

« Nous sommes encore très peu à l'aise avec cette démarche, si importante pourtant ! »

« Toujours intéressant de s'informer surtout sur des sujets si importants mal connus »

« Je respecte les directives anticipées, notamment s'il y a risque de geste invasif (sonde nasogastrique pour occlusion par exemple, bilan sanguin si décision prise de ne plus en faire), mais ce n'est pas parce qu'une personne est en abstention / demande l'arrêt de tout acharnement que j'en ne vais pas traiter une hyperkaliémie / hypoglycémie etc. »

2. Un dialogue difficile ... nécessitant une consultation dédiée

« Les directives anticipées sont uniques à chaque personne, elles dépendent de son vécu, ses connaissances, son psychisme et son éthique. Le tout étant propre à chacun. Pour moi impossible d'en parler en consultation de médecine générale chez un patient indemne de toute pathologie lourde, une discussion en famille/ entre ami après un clip d'information bien que loin d'être complet sera néanmoins utile en cas de besoin. Pour le patient atteint d'une pathologie lourde et évolutive la question mérite d'être posé dans le cadre d'une consultation dédié. »

« Difficulté : différence flagrante entre les souhaits "théoriques" du patient en bonne santé et la volonté du patient malade en phase "délicate". Les patients déclarent assez volontiers ne "pas vouloir d'acharnement thérapeutique" mais répondent positivement quand on leur demande s'ils souhaitent être "intubé" dans telle ou telle situation et souhaitent qu'on fasse "le maximum". Il semble donc opportun de clarifier la situation "d'acharnement thérapeutique" au patient. »

« Belle idée en théorie. En pratique on ne les voit que trop peu. Il m'est difficile de demander une consignation par écrit d'un dialogue difficile concernant la fin de vie d'un patient. Finalement les directives sont plus un outil formidable de non prise de décision tranchée par le médecin qu'un outil au service du patient. »

« Je pense que (pour certains patients en tout cas), aborder le sujet de la fin de vie et recueillir des directives anticipées revient en quelque sorte à leur donner le statut de "mort en sursis" ; du moins, cela peut être le ressenti du patient. Nous sommes tous des morts en sursis, mais le fait de l'établir fait toute la difficulté d'aborder ce sujet avec un patient. »

« Nécessite une consultation dédiée »

« C'est violent de demander à quelqu'un d'anticiper sa mort. »

3. Un manque de formation pratique ...

« Nous ne sommes pas assez formé sur les directives anticipées. Je n'ai vu qu'un seul médecin les évoquer avec un de ses patients ayant une SLA... »

« Beaucoup de formation théorique sur le sujet, jamais vraiment fait et connu en pratique et toujours du mal à intégrer cette notion dans les fins de vie »

« Je connais le cadre réglementaire, mais je n'ai jamais l'occasion de l'appliquer avec mes patients »

« Pour ma part je sais que ça existe mais dans mes stages je pouvais directement discuter avec mes patients. »

« Il existe aussi des directives anticipées dans le cadre psychiatrique (contention chimique /mécanique) en cas de bouffée délirante, il ne s'agit pas uniquement de soins palliatifs »

4. Un sujet qui a du sens ...

« Sujet très pertinent et qui va, à coup sûr, enrichir nos pratiques ! »

« Cela me donne envie de me renseigner davantage de ce fait »

« C'est un sujet super important »

« Je ne suis pas convaincue de l'utilité des directives anticipées, votre questionnaire me donne envie d'approfondir le sujet. »

VIII. ABREVIATIONS

ADMD : Association du Droit de Mourir dans la Dignité

ALD : Affection Longue Durée

APHM : Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIL : Correspondant Informatique et Libertés

DES : Diplôme d'Etude Spécialisé

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

DIU : Diplôme Inter- Universitaire

DMP : Dossier Médical Partagé

DU : Diplôme Universitaire

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

ECN : Examen Classant National

ECTS : Système Européen de Transfert et d'accumulation de Crédits

EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs

EVA : Echelle Visuelle Analogique

HAS : Haute Autorité de Santé

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INED : Institut National des Etudes Démographiques

ONFV : Observatoire National des Fins de Vie

PU PH : Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

SIDA : Syndrome d'ImmunoDéfiance Acquis

UE : Unités d'Enseignement

UFR : Unité de Formation et de Recherche

URL : Uniform Resource Locator

USP : Unité de Soins Palliatifs

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and academic associations of general practitioners/family physicians branche europe

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RÉSUMÉ

Introduction

L'objectif principal de notre étude était de faire un état des lieux des connaissances des internes de médecine générale français concernant les directives anticipées.

Méthode

Il s'agit d'une étude épidémiologique, prospective, descriptive et multicentrique basée sur l'exploitation d'un questionnaire électronique destiné aux internes de médecine générale français. Le recueil de données a eu lieu du 01 février au 15 mai 2018.

Résultats

Nous avons recueilli les réponses de 543 internes, soit un taux de réponse de 6%.

99,26 % des internes de médecine générale affirmaient connaître le terme « directives anticipées ». Ils estimaient leurs connaissances sur ce dispositif légèrement au-dessus de la moyenne avec une note de 6,02 sur 10.

Plusieurs points de connaissances ont été évalués. Étaient connus par les internes de médecine générale : la date de naissance des directives anticipées pour 24,67 %, l'ensemble des critères de validité du dispositif pour moins de 1%, leurs indications de consultation pour 56,59%, leur durée de validité pour 50,46 %, leurs caractères révisable et révocable pour 78,29%, leur lieu de conservation pour 37,48%, leur place dans les décisions médicales pour 84,53%, leur contrainte pour 64,64 %.

54,17 % des internes indiquaient avoir été confrontés aux directives anticipées durant leur formation et/ou au cours de leur vie personnelle. La quasi-totalité des répondants pensait que le dispositif pouvait être une aide à la prise en charge de leurs patients et qu'il était nécessaire de les en informer. 97,38 % pensaient que cela serait un de leurs rôles une fois thésé et installé.

Conclusion

L'enseignement sur les directives anticipées mais avant tout sur la prise en charge de la fin de vie et sur les moyens de communication doit être généralisé et homogénéisé aux étudiants en médecine et en particulier en médecine générale pour une meilleure prise en charge des patients.

Un schéma de consultation pourrait aider à aborder le sujet difficile de la fin de vie en consultation et une rémunération adaptée pourrait permettre d'oublier l'effet chronophage de ces discussions.

En améliorant ces différents points, il serait possible de développer la rédaction des directives anticipées et donc de leur trouver une véritable utilité.

Mots clés : Directives anticipées ; Formation ; Médecine générale ; Connaissances ; Fin de vie ; Information du patient ; Autonomie ; Internes