



HAL
open science

Connaissance et pratique des directives anticipées par le Médecin Généraliste

Coline Rabourdin

► **To cite this version:**

Coline Rabourdin. Connaissance et pratique des directives anticipées par le Médecin Généraliste. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03199336

HAL Id: dumas-03199336

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03199336>

Submitted on 15 Apr 2021

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 et pratique des directives anticipées par le Médecin
Généraliste**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le 9 Avril 2021

Par Madame Coline RABOURDIN

Née le 25 février 1993 à Le Mans (72)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur ROSSI Pascal

Président

Madame le Professeur GRANEL-REY Brigitte

Assesseur

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan

Assesseur

Madame le Docteur HAMON Sophie

Assesseur

**Connaissance et pratique des directives anticipées par le Médecin
Généraliste**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES
DE MARSEILLE**

Le 9 Avril 2021

Par Madame Coline RABOURDIN

Née le 25 février 1993 à Le Mans (72)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur ROSSI Pascal

Président

Madame le Professeur GRANEL-REY Brigitte

Assesseur

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan

Assesseur

Madame le Docteur HAMON Sophie

Assesseur

UNIVERSITE D'AIX-MARSEILLE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI
Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Asseseurs :

- * aux Etudes : Jean-Michel VITON
- * à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- * aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- * aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- * pour le Département Professionnel Continu : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Christian BRUNET

Chargés de mission :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Gilles BOUVENOT et Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Gérard SEBAHOUN
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- * Préparation à l'ECN : Stéphane BERDAH
- * Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * DPC Spécialités Médicales : Gilbert HABIB
- * DPC Spécialités Chirurgicales : Jean-Luc JOUVE
- * DPC Médecine Générale : Yves FRANCES
- * DPC Paramédicaux : Catherine METZLER/GUILLEMAIN
- * Personnel BIATSS : Emmanuelle CHARAFFE-JAUFFRET
- * Etudiants : Lola LOUSSERT

Chef des services généraux :

- * Pascale SOLO

Chefs de service :

- * Communication : Ghislaine HANCY
- * Examens : Marie-Thérèse ZAMMIT
- * Scolarité Pédagogique : Christine GAUTHIER
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Intérieur : Joëlle FRAVEGA

DOYENS HONORAIRES

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

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	GEROLAMI-SANTANDREA André
	ALDIGHIERI René		GIUDICELLI Roger
	ALLIEZ Bernard		GIUDICELLI Sébastien
	AQUARON Robert		GOUDARD Alain
	ARGEME Maxime		GOUIN François
	ASSADOURIAN Robert		GRIMAUD Charles
	BAILLE Yves		GRISOLI François
	BARDOT André		GROULIER Pierre
	BERARD Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BERGOIN Maurice		HASSOUN Jacques
	BERNARD Dominique		HEIM Marc
	BERNARD Pierre-Marie		HOUEL Jean
	BERTRAND Edmond		HUGUET Jean-François
	BISSET Jean-Pierre		JAQUET Philippe
	BLANC Bernard		JOUVE Paulette
	BONNEAU Henri		JUHAN Claude
	BONNOIT Jean		JUIN Pierre
	BORY Michel		KAPHAN Gérard
	BOURGEADE Augustin		KASBARIAN Michel
	BOUTIN Christian		KHALIL Richard
	BOUVENOT Gilles		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BOUYALA Jean-Marie		LACHARD Jean
	BREMOND Georges		LAFFARGUE Pierre
	BRICOT René		LEVY Samuel
	BUREAU Henri		LOUCHET Edmond
	CAMBOULIVES Jean		LOUIS René
	CANNONI Maurice		LUCIANI Jean-Marie
	CARCASSONNE Yves		MAGALON Guy
	CARTOUZOU Guy		MAGNAN Jacques
	CHAMLIAN Albert		MALLAN- MANCINI Josette
	CHARREL Michel		MALMEJAC Claude
	CHOUX Maurice		MATTEI Jean François
	CIANFARANI François		MERCIER Claude
	CLEMENT Robert		METGE Paul
	CODACCIONI Jean-Louis		MICHOTÉY Georges
	COMBALBERT André		MILLET Yves
	CORRIOL Jacques		MIRANDA François
	COTTE Gérard		MONFORT Gérard
	DALMAS Henri		MONGES André
	DESANTI Etienne		MONGIN Maurice
	DEVIN Robert		MONTIES Jean-Raoul
	DEVRED Philippe		NICOLI René
	DJIANE Pierre		NOIRCLERC Michel
	DONNET Vincent		OLMER Michel
	DUCASSOU Jacques		OREHEK Jean
	DUFOUR Michel		PAPY Jean-Jacques
	FARISSE Jacques		PAULIN Raymond
	FARNARIER Georges		PELLET William
	FAVRE Roger		PELOUX Yves
	FIECHI Marius		PENAUD Antony
	FIGARELLA Jacques		PENE Pierre
	FRANCOIS Georges		PERRIMOND Henri
	FUENTES Pierre		PIANA Lucien
	GABRIEL Bernard		PICAUD Robert
	GALINIER Louis		PIGNOL Fernand
	GALLAIS Hervé		POGGI Louis
	GAMERRE Marc		PONCET Michel
	GARCIN Michel		POYEN Danièle
	GASCARD Emile		PRIVAT Yvan
	GAUTHIER André		QUILICHINI Francis
	GERARD Raymond		RANQUE Jacques

PROFESSEURS HONORAIRES

MM RANQUE Philippe
REBOUD Eugène
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUF Henri
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Henry
SARLES Jean-Claude
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITE Raymond
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TOURNIGAND Pierre
TRIFAUD André
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIGOUROUX Robert
WEILLER Pierre-Jean

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

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI Aubert
ALBANESE Jacques
ALESSANDRINI Pierre Surnombre
ALIMI Yves
AMABILE Philippe
AMBROSI Pierre
ARGENSON Jean-Noël
ASTOUL Philippe
ATTARIAN Shahram
AUDOUIN Bertrand
AUFFRAY Jean-Pierre Surnombre
AUQUIER Pascal
AUTILLO/TOUATI Amapola
AVIERINOS Jean-François
AZORIN Jean-Michel
AZULAY Jean-Philippe
BAILLY Daniel
BARDOT Jacques
BARLESI Fabrice
BARLIER-SETTI Anne
BARTHET Marc
BARTOLI Jean-Michel
BARTOLI Michel
BARTOLIN Robert
BARTOLOMEI Fabrice
BASTIDE Cyrille
BENSOUSSAN Laurent
BERBIS Philippe
BERDAH Stéphane
BERLAND Yvon
BERNARD Jean-Louis
BERNARD Jean-Paul
BEROUD Christophe
BERTUCCI François
BLADOU Franck
BLAISE Didier
BLANC Jean-Louis Surnombre
BLIN Olivier
BOLLINI Gérard Surnombre
BONGRAND Pierre
BONIN/GUILLAUME Sylvie
BONNET Jean-Louis
BOTTA Alain Surnombre
BOTTA/FRIDLUND Danielle
BOUBLI Léon
BRETTELE Florence
BROUQUI Philippe
BRUDER Nicolas
BRUE Thierry
BRUNET Christian
BRUNET Philippe
BURTEY Stéphane
CASANOVA Dominique
CAU Pierre Surnombre
CECCALDI Mathieu
CHABOT Jean-Michel
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
CHIARONI Jacques
CHARPIN Denis
CHAUMOITRE Kathia
CHAUVEL Patrick Surnombre
CHINOT Olivier
CHOSSEGROS Cyrille
CLAVERIE Jean-Michel
COLLART Frédéric
CONTE-DEVOLX Bernard Surnombre
COSTELLO Régis
COULANGE Christian Surnombre
COWEN Didier
CRAVELLO Ludovic
CUISSET Thomas
CURVALE Georges
DA FONSECA David
DANIEL Laurent
DARMON Patrice
D'ERCOLE Claude
D'JOURNO Xavier
DE LAGAUSIE Pascal
DE MICCO Philippe Surnombre
DEHARO Jean-Claude
DELARQUE Alain
DELPERO Jean-Robert
DENIS Danièle
DESSEIN Alain
DESSI Patrick
DISDIER Patrick
DODDOLI Christophe
DRANCOURT Michel
DUBUS Jean-Christophe
DUFFAUD Florence
DUFOUR Henry
DURAND Jean-Marc
DUSSOL Bertrand
ENJALBERT Alain
FAUGERE Gérard
FELICIAN Olivier
FENOLLAR Florence
FIGARELLA/BRANGER Dominique
FLECHER Xavier
FONTES Michel
FOURNIER Pierre-Edouard
FRAISSE Alain
FRANCES Yves
FUENTES Stéphane
GABERT Jean
GAINNIER Marc
GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GARNIER Jean-Marc Surnombre
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine
GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte
GONCALVES Anthony
GRANEL/REY Brigitte
GRILLO Jean-Marie
GRIMAUD Jean-Charles
GROB Jean-Jacques
GUEDJ Eric
GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYS Jean-Michel
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HEIM Marc
HOFFART Louis
HOUVENAEHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JAMMES Yves Surnombre
JOLIVET/BADIER Monique
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François
KREITMANN Bernard
LAFFORGUE Pierre
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUGIER René
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LE TREUT Yves-Patrice
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METELLUS Philippe
MEYER/DUTOUR Anne
MICHEL Gérard
MICHELET Pierre
MONCLA Anne
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
MUNDLER Olivier
NAUDIN Jean
NAZARIAN Serge Surnombre
NICOLLAS Richard
NICCOLI/SIRE Patricia
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
OLIVE Daniel
OREHEK Jean
OUAFIK L'Houcine

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

CHARREL Rémi

GORINCOUR Guillaume

PAGANELLI Franck

PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PAUT Olivier
PELLISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIARROUX Renaud
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
POITOUT Dominique Surnombre
POUGET Jean Surnombre
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth

RIDINGS Bernard
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole
SASTRE Bernard Surnombre
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard Surnombre
SERRATRICE Jacques
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TARANGER Colette

THIRION Xavier
THOMAS Pascal
THOMASSIN Jean-Marc Surnombre
THUNY Franck
TRIGLIA Jean-Michel
TROPANO Patrick
TSIMARATOS Michel
VACHER-COPONAT Henri
VALERO René
VEY Norbert
VIALETES Bernard Surnombre
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

DUMOND-HUSSON Monique
FILIPPI Simon

PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS PARTIEL

ALTAVILLA Annagrazia
BURKHART Gary

MAJ 01.11.2014

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

ACHARD Vincent
ANDRE Nicolas
ATLAN Catherine
BACCINI Véronique
BALIQUE Hubert
BARTHELEMY Pierre
BARTOLI Christophe
BEGE Thierry
BELIARD Sophie
BERBIS Julie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis
BLONDEL Benjamin
BONELLO Laurent
BOUCAUT Joseph
BOULAMERY/VELLY Audrey
BOULLU/CIOCCA Sandrine
BREGEON Fabienne
BUFFAT Christophe
CALAS/AILLAUD Marie-Françoise
CAMILLERI Serge
CARRON Romain
CASTINETTI Frédéric
CHAUDET Hervé
CHICHEPORTICHE Colette
COURBIERE Blandine
COZE Carole
DADOUN Frédéric (disponibilité)
DAHAN ALCARAZ Laëtitia
DALES Jean-Philippe
DEGEORGES/VITTE Joëlle
DEL VOLGO/GORI Marie-José
DELLIAUX Stéphane
DESPLAT/JEGO Sophie
DEVEZE Arnaud

DUFOUR Jean-Charles
FABRE Alexandre
FARAUT Françoise
FAUGERE Bernard
FOUILLOUX Virginie
FRERE Corinne
GABORIT Bénédicte
GASTALDI Marguerite
GAUDART Jean
GAUDY/MARQUESTE Caroline
GAVARET Martine
GELSI/BOYER Véronique
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie
GOURIET Frédérique
GREILLIER Laurent
GRISOLI Dominique
GUIDON Catherine
HAUTIER/KRAHN Aurélie
HRAIECH Sami
JOURDE CHICHE Noémie
KRAHN Martin
LABIT/BOUVIER Corinne
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina
LAGIER Aude
LAGIER Jean-Christophe
LAGOANELLE/SIMEONI Marie-Claude
LE HUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEJEUNE Pierre-Jean
LEVY/MOZZICONACCI Annie
LOOSVELD Marie
MANCINI Julien
MARGOTAT Alain
MARY Charles
MATONTI Frédéric

METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MICALLEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MOTTOLA GHIGO Giovanna
NGUYEN PHONG Karine
NINOVE Laëtitia
OUAISSI Medhi
PAULMYER/LACROIX Odile
PERRIN Jeanne
RANQUE Stéphane
REY Marc
ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée
ROBERT Philippe
ROLL Patrice
SARI/MINODIER Irène
SARLON BARTOLI Gabrielle
SAVEANU Alexandru
SECQ Véronique
SOULA Gérard
TAIEB David
TOGA Caroline
TOGA Isabelle
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès
TROUSSE Delphine
VALLI Marc
VELLY Lionel
VELY Frédéric
VION-DURY Jean
ZATTARA/CANNONI Hélène

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad
BARBACARU/PERLES T. A.
BERLAND/BENHAIM Caroline
BERAUD/JUVEN Evelyne
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise
BOYER Sylvie
DEGIOANNI/SALLE Anna

DESNUES Benoît
DUBOIS Christophe
LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise
MARANINCHI Marie
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky
MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte
POGGI Marjorie

RUEL Jérôme
STEINBERG Jean-Guillaume
THOLLON Lionel
THIRION Sylvie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
BONNET Pierre-André
CHEVALLIER Pierre-François
GENTILE Gaëtan
GUIDA Pierre
RAKOTO Jean-Claude

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

MAJ 01.11.2014

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

ANATOMIE 4201

BRUNET Christian (PU-PH)
 CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
 LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
NAZARIAN Serge (PU-PH) Surnombre
 PIRRO Nicolas (PU-PH)

LAGIER Aude (MCU-PH)

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section Service Pr BRUNET C.)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

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

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

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

ALBANESE Jacques (PU-PH)
AUFFRAY Jean-Pierre (PU-PH) Surnombre
 BRUDER Nicolas (PU-PH)
 KERBAUL François (PU-PH)
 LEONE Marc (PU-PH)
 MARTIN Claude (PU-PH)
 MICHELET Pierre (PU-PH)
 PAUT Olivier (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)
 MICHEL Fabrice (MCU-PH)
 VELLY Lionel (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 (MCU-PH)
 PERRIN Jeanne (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DE MICCO Philippe (PU-PH) Surnombre
 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)

GOURIET Frédérique (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)
 GABERT Jean (PU-PH)
 GUIEU Régis (PU-PH)
 OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
 MARGOTAT Alain (MCU-PH)
 MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
 SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

AUTILLO/TOUATI Amapola (PU-PH)
CAU Pierre (PU-PH) Surnombre
 FONTES Michel (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
 LEVY/MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)
 ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée (MCU-PH)
 ROLL Patrice (MCU-PH)
 DUBOIS Christophe (MCF) (65ème section)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
 MUNDLER Olivier (PU-PH)

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

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
 TAIEB David (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)
 GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
 GAUDART Jean (MCU-PH)
 GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
 MANCINI Julien (MCU-PH)
 SOULA Gérard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 CURVALE Georges (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU-PH)
 PARRATTE Sébastien (PU-PH)
 POITOUT Dominique (PU-PH) *Surnombre*
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

BLONDEL Benjamin (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)
 MARANINCHI Dominique (PU-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
 BONNET Jean-Louis (PU-PH)
 CUISSET Thomas (PU-PH)
 DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
 FRAISSE Alain (PU-PH)
 HABIB Gilbert (PU-PH)
 PAGANELLI Franck (PU-PH)
 THUNY Franck (PU-PH)

BONELLO Laurent (MCU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

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

OUAISSI Medhi (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

ALESSANDRINI Pierre (PU-PH) *Surnombre*
 BOLLINI Gérard (PU-PH) *Surnombre*
 DE LAGAUSIE Pascal (PU-PH)
 GUYS Jean-Michel (PU-PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

BLANC Jean-Louis (PU-PH) *Surnombre*
 CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 KREITMANN Bernard (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
 GRISOLI Dominique (MCU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,**RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE 5004**

BARDOT Jacques (PU-PH)
 CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (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)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
 BOTTA/FRIDLUND Danielle (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
 LAUGIER René (PU-PH)
 SEITZ Jean-François (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

DAHAN ALCARAZ Laetitia (MCU PH)

CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH)
 CHICHEPORTICHE Colette (MCU-PH)
 LEPIDI Hubert (MCU-PH)
 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GENETIQUE 4704**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GAUDY/MARQUESTE Caroline (MCU-PH)

BEROUD Christophe (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 MONCLA Anne (PU-PH)
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

KRAHN Martin (MCU-PH)
 NGYUEN Karine (MCU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
 CONTE-DEVOLX Bernard (PU-PH) *surnombre*
 NICCOLI/SIRE Patricia (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (MCU-PH)

TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601**

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)
 SAMBUC Roland (PU-PH)
 BALIQUE Hubert (MCU-PH)
 BERBIS Julie (MCU-PH)

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
 BOUBLI Léon (PU-PH)
 BRETTELLE Florence (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (MCU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE 4703

BONGRAND Pierre (PU-PH)
 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)

BERAUD/JUVEN Evelyne (MCF) 65ème section)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

LAGIER Jean-Christophe (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)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)
 SERRATRICE Jacques (PU-PH)

DUMON-HUSSON Monique (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

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

ADNOT Sébastien (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 CHEVALLIER Pierre-François (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 GENTILE Gaëtan (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 RAKOTO Jean-Claude (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)

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)

BACCINI Véronique (MCU-PH)
 CALAS/AILLAUD Marie-Françoise (MCU-PH)
 FRERE Corinne (MCU-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)

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

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 DELARQUE Alain (PU-PH)

VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

BOTTA Alain (PU-PH) Sumombre

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
 LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (MCU-PH)
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH)
 BRUNET Philippe (PU-PH)
 BURTEY Stéphanne (PU-PH)
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)
 VACHER-COPONAT Henri (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (MCU PH)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
 RACCAH Denis (PU-PH)
 VALERO René (PU-PH)
 VIALETTES Bernard (PU-PH) *Surnombre*

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

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

NEUROCHIRURGIE 4902

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

CARRON Romain (MCU PH)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

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

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
 AUDOIN Bertrand (PU-PH)
 AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
 CECCALDI Mathieu (PU-PH)
 FELICIAN Olivier (PU-PH)
 NICOLI François (PU-PH)
 PELLETIER Jean (PU-PH)
POUGET Jean (PU-PH) Surnombre

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
 HOFFART Louis (PU-PH)
 RIDINGS Bernard (PU-PH)

MATONTI Frédéric (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

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

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
 NICOLLAS Richard (PU-PH)
THOMASSIN Jean-Marc (PU-PH) Surnombre
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

DEVEZE Arnaud (MCU-PH)

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

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

BLIN Olivier (PU-PH)
 FAUGERE Gérard (PU-PH)
 SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY/VELLY Audrey (MCU-PH)
 MICALLEF/ROLL Joëlle (MCU-PH)
 VALLI Marc (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

DESSEIN Alain (PU-PH)
DUMON Henri (PU-PH) en surnombre
 PIARROUX Renaud (PU-PH)

FARAUT Françoise (MCU-PH)
 FAUGERE Bernard (MCU-PH)
 MARY Charles (MCU-PH)
 RANQUE Stéphane (MCU-PH)
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)
 ALTAVILLA Annagrazia (PR Associé à mi-temps)

BERNARD Jean-Louis (PU-PH)
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
 GARNIER Jean-Marc (PU-PH) *sumombre*
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
 MICHEL Gérard (PU-PH)
 REYNAUD Rachel (PU-PH)
 SARLES Jacques (PU-PH)

ANDRE Nicolas (MCU-PH)
 COZE Carole (MCU-PH)
 FABRE Alexandre (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

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

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE 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)
 VIDAL Vincent (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GERBEAUX Patrick (PU-PH)

PAPAZIAN 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)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
 CHAUVEL Patrick (PU-PH) *Sumombre*
 JAMMES Yves (PU-PH) *Sumombre*
 JOLIVET/BADIER Monique (PU-PH)
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
 BREGEON Fabienne (MCU-PH)
 DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
 DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
 GABORIT Bénédicte (MCU-PH)

GAVARET Martine (MCU-PH)

REY Marc (MCU-PH)
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (MCU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section)
 RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

CHARPIN Denis (PU-PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

GREILLIER Laurent (MCU PH)

THERAPEUTIQUE . MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)

BARTOLIN Robert (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)

COULANGE Christian (PU-PH) *Sumombre*

KARSENTY Gilles (PU-PH)

LECHEVALLIER Eric (PU-PH)

ROSSI Dominique (PU-PH)

SERMENT Gérard (PU-PH) *sumombre*

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Pr Rossi, merci de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Je vous exprime ma gratitude pour avoir accepté de juger mon travail qui clôture ces dix années d'études, d'apprentissage et d'investissement. Je voulais aussi vous remercier d'avoir été à mon écoute et d'avoir œuvré pour que je puisse intégrer votre équipe à l'hôpital Nord. Je suis heureuse d'en faire partie.

À Madame le Pr Granel, merci d'avoir accepté de diriger mon travail de thèse. Depuis le début vous m'avez porté dans ce travail et vous y avez donné du sens, d'abord en acceptant d'en être le directeur, puis en m'accompagnant de très près tout le long de sa construction, toujours disponible, toujours douce, toujours encourageante et rassurante. Je vous admire pour votre passion et votre humanité.

À Monsieur le Pr. Gentile, je vous remercie infiniment d'avoir accepté de juger mon travail. Avoir un médecin généraliste dans mon jury de thèse est essentiel dans ce sujet qui nous concerne particulièrement et qui est passionnant. La médecine générale est vaste, riche de rencontres et d'expérience de vie. Je suis fière d'en faire partie et je tâcherais d'en être digne dans ma pratique.

À Madame le Dr Hamon, je tiens à vous adresser mes sincères remerciements pour avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse et de m'avoir aidé dans ce travail. Vous n'avez pas hésité à vous inclure dans ce projet et à vous y investir. La confrontation à la mort et l'accompagnement dans la fin de vie m'ont particulièrement bouleversé tout au long de mon internat. C'est une mission pour tout médecin et en tant qu'être humain.

À la médecine, malgré toutes ces heures passées à lire, écrire, comprendre et apprendre, ces moments de stress, d'angoisses, de pleurs et de frustrations, cette peur de ne pas réussir, de ne pas être à la hauteur, tu m'as montré que je pouvais me surpasser, donner le meilleur de moi-même et avoir confiance en moi tout en pouvant sans cesse me remettre en question. Merci pour toutes ces connaissances passionnantes, ces rencontres humaines, ces expériences enrichissantes. Tu as amplement participé à ma construction. Tu es l'école de la vie.

À ma famille,

À ma mère, il t'en a fallu du courage pour élever l'enfant turbulent et caractériel que j'étais. Pourtant, tu as toujours été présente à mes côtés en me baignant d'amour, toujours à l'écoute et attentionnée. Je te dois en grande partie ce que je suis devenue aujourd'hui, non seulement pour l'éducation et les valeurs de la vie ce que tu nous as transmises, mais aussi pour nos multiples ressemblances de caractère et de personnalité. Je voudrais te remercier pour tous ces frigos pleins et ces interventions acharnées de ménage lors de la terrible première année de médecine, pour toutes ces peurs, ces tristesses et ces angoisses que tu as supportées et consolées, pour la sécurité que tu m'as donnée, pour toutes ces expériences de voyage et ces moments en famille qui m'ont permis de m'évader. Encore une fois, tu as été un support indéfectible lors de ces dix années d'étude et je n'ai manqué de rien.

À mon père, mon Papou, la force tranquille. La personne que je suis et toutes ces belles choses que j'ai accomplis sont en grande partie grâce à toi parce que tu m'as fait grandir dans un environnement stable, solide et serein. Tu m'as permis de traverser les

expériences et les difficultés avec plus légèreté par ton écoute et tes conseils. Ça a toujours été très important pour moi de te rendre fière. Merci pour ta disponibilité et ton ingéniosité, pour tous ces week-ends sportifs riches en émotions, ces délicieuses improvisations qui te font sentir vivante, ces moult petits restos niçois ou aixois où on a refait le monde et toutes ces blagues pas drôles qui m'ont fait rire.

À Laurence, merci pour toutes les fois où je suis venue me ressourcer à Valbonne au cours de ces dernières années. Ton accueil, ton sourire, les bons repas, les ballades avec les chiens et les après-midi jeux de société sont que de bons souvenirs.

À Dyder, dix ans que tu fais partie de la famille où tu as pu suivre notre évolution de près. Merci pour ta patience car nous ne sommes pas toujours faciles à vivre, pour nos longs débats qui font réfléchir, pour tes conseils avisés et pour ta bonne humeur dans les moments que l'on partage.

À mes grands-parents, Bon Pap' j'aurais tellement aimé que tu sois là pour partager ce moment important de ma vie. Je vois ton sourire et tes petits yeux malicieux qui me regardent fièrement de là-haut. Je ne te remercierais jamais assez pour le goût du bon vivant et l'amour de l'Humain que tu m'as transmis.

Mamie Douce, tu es la femme que j'admire le plus au monde. Tu es une force de la nature, belle, intelligente, aimante, vivante, généreuse et malicieuse. Tu as toujours été très présente auprès de moi. Merci d'avoir fait de nous une famille si soudée mais surtout pour ta générosité, ton oreille précieuse et ton esprit ouvert, vif, et ancré dans toutes les générations que tu as traversées.

Mamie Jo, je voulais te remercier de ta générosité, de me répéter à chaque fois à quel point tu m'aime et que tu es fière de moi. Merci pour nos longues conversations et d'avoir permis de créer un lien si fort avec les cousines au soleil et au chant des cigales narbonnaises.

Papi Michel, j'aurais aimé te connaître. Je suis sûre qu'on aurait partagé pleins de choses par nos centres d'intérêt communs. Je suis heureuse de suivre tes pas.

À mes sœurs, le sang de la veine, celles qui me connaissent et me supportent plus que personne. On a TOUT partagé, nos liens sont si puissants, je ne peux transmettre par écrit à quel point je vous aime. Vous êtes ma force d'exister.

Mathilde, tu m'as accueilli bras ouverts quand je suis arrivée sur Terre et depuis tu as été ma partenaire. On a vécu tellement de choses ensemble : l'enfance, les amis, les voyages, la séparation des parents et les études. Je suis heureuse de t'avoir eu à mes côtés pendant ce temps-là et je n'oublierais aucun moment de notre colloc niçoise : la petite clope du soir qui accompagnait le débrief de la journée, nos BU à domicile où on parlait plus que ce que l'on travaillait, nos joies et nos peines partagées. Merci de m'avoir protégée et rassurée.

Élise, je n'ai pas toujours été tendre avec toi, pourtant tu as été ma sœur fidèle. Sans cesse partante pour jouer avec moi quand on était petite ou pour me suivre dans mes délires et toujours à m'écouter sans me juger. Je suis tellement heureuse de notre complicité et de t'avoir proche physiquement désormais. Merci pour ces petites escapades aixoises à faire des bêtises (« tu t'es fait un piercing toi ? »), tes trainings de loco dans le jardin, tes bons petits plats, nos confidences et le plaisir de brancher RLDP. J'admire la femme que tu es devenue, complète et épanouie

Agathe, mon vilain petit **Bigou**, ce n'est pas les cinq années qui nous séparent en âge qui ont empêché que notre relation soit aussi forte. Naturellement, parce qu'on se ressemble que ce soit physiquement ou mentalement mais aussi parce qu'on partage le goût de l'expérience et de frôler les limites. Tu as toujours été un bloc solide, qui fait son bonhomme de chemin, sur qui je pouvais compter. Merci pour ces deux belles années à Nice entre les potes et les chiens, nos fous rires, nos séances de gym su acharnées, d'avoir supporté mes humeurs et été une oreille attentive, d'être ma geek officielle et enfin, de m'avoir permis de rencontrer Gougouille, source de douceur dans la famille.

À Mimi, je suis si heureuse de t'avoir eu dans ma vie, tu fais partie de la famille.

Tu as amplement participé à construire ce que nous sommes devenues, à ton image, simple et naturelle. Merci de m'avoir appris la patience et la justice, pour ton aide dans le travail, les heures de récitation, les travaux plastiques (la fameuse patte Rabourdin) et d'être toujours présente.

À Martine, depuis toutes ces années, tu fais aussi partie de la famille. Merci d'avoir partagé notre quotidien, pour les multiples allés/retours que tu as fait pour nous, de t'être occupée de notre **Kikou d'Amour** (dieu du stade), de m'avoir écouté tout le long de l'adolescence et d'être toujours présente.

À ma marraine d'Oléron. Depuis que je suis née, tu es restée collée à moi comme une huître à son rocher. Tu m'as si souvent régalaré avec ta baguette magique de bonne fée lors de nos petits week-ends à Paname. Qui a une marraine avec qui tu utilises tout ton stock de salive pour les 30 ans à venir tout en buvant des litres de thé, qui mets l'ambiance partout où elle passe, qui hurle de rire devant Babe le cochon avec toi quand t'a 6 ans, qui

a toujours un pas de flamenco à lâcher, une imagination et une curiosité débordante, qui te fais découvrir autant de chose ? Merci d'avoir été là pour moi tout au long de ces années, pour ton soutien et ton écoute. Je suis si heureuse de t'avoir dans ma vie. Notre relation est unique.

À mes cousins, pfiouuu il y a tellement à dire ... **Camille**, je me suis toujours sentie proche et complice malgré que tu sois « la grande ». Merci pour nos délires (j'en riez encore), pour ta joie de vivre, nos discussions hyper intéressantes et tes expressions délirantes.

Victor, mon jumox, en plus d'avoir tout partagé avec moi, tu es désormais un confrère et j'en suis très fière ! En secret, j'aimerais que tu viennes vivre à Marseille après les ECN pour puisse continuer à ricaner dans un coin et à faire les quatre cents coups ensemble.

Hortense, ma naine préférée, tu es si vivante, une source d'énergie vitale, j'ai besoin de toi dans ma vie. Merci pour nos loooooonngues heures de discussions et tes pitreries à se rouler par terre.

Alice, la doyenne de la team Rabourdinettes-Pesquettes, merci pour ton ingéniosité, tes idées farfelues et ta créativité, tu as animé nos vacances d'été ! **Hélène**, merci pour tes folies, ton énergie incroyable, tu mets l'ambiance partout où tu passes. **Laurette**, ma chouquette en sucre, rien que de t'imaginer j'ai envie de te faire des énormes bisous sur tes petites joues. Merci d'être toujours partante et à fond pour tout, aussi détente, de ne faire que rire.

À mon Riton (je n'oserais pas prononcer le vrai surnom), nous avons parcouru un long et beau chemin ensemble malgré la distance et les épreuves. Aujourd'hui nos routes se séparent mais cela n'effacera pas ce que tu as laissé en moi ces six dernières années, dans

un moment si important de la vie où l'on se construit personnellement et professionnellement. Je voulais te remercier pour ton amour, ton soutien, pour tous ce que tu m'as partagé et fait découvrir, pour nos discussions à refaire le monde (même si ça finissait souvent en petites chamailles ^^), nos fous rires, notre complicité, pour les randos et le sport, pour nos week-end en amoureux, pour ces incroyables voyages et aussi pour Mayotte qui a été un des moments les plus heureux de ma vie. Je n'oublierais rien et je te souhaite de réaliser tous tes projets et d'être heureux.

À Jean-Jacques et Caroline, merci de m'avoir aimé comme quelqu'un de votre famille et d'avoir tant partagé : les discussions, les bons repas, les jeux et les rires. Vous êtes exceptionnels et vous resterez précieux dans mon cœur.

À mes Varois, qui m'ont accompagné depuis l'enfance.

Mama, avec nos 28 ans d'amitié, il me faudrait trente pages pour te dire tous ce que j'aimerais alors je vais me contenter de résumer ça en quelques lignes. D'abord tu as été ma partenaire de bavardage de la maternelle à la primaire et celle des conneries, nous les pestes qui sautions sur les lits et qui déménagions toute la maison pour faire des parcours d'obstacles. Par la suite, malgré le choc de notre séparation scolaire, nous avons exploré ensemble toutes les questions existentielles et les expériences de l'adolescence (que je ne citerais pas^^). Puis, ça a été le début des études. Mais quelle violence d'être sorties de l'insouciance pour être projeté dans la vie d'adulte, surtout lorsque celle-ci commence par la première année de médecine. Malgré les difficultés qu'on a vécues, je ne garde que les bons souvenirs, ceux de nos fous rires incontrôlables à la BU, nos séances récitation/massages avant de dormir et nos trajets Nice-Brignoles à refaire le monde. Les neuf années qui suivent sont marquées par notre fidélité et complicité, nos

taules mémorables, nos voyages et week-ends incroyables. Enfin, aujourd'hui nous y sommes, comme on se l'était promis depuis la 6^{ème} : nous sommes Docteur. Je voulais te remercier pour m'avoir donné autant d'attention, autant d'amour, le goût de la curiosité pour la vie et celui de tenter des expériences, de m'avoir permis de me remettre sans cesse en question pour avancer, de t'être et de continuer à te construire avec moi.

Coco, on ne partage pas seulement le plus beau des prénoms. On se connaît depuis si longtemps, nos personnalités se sont rencontrées pour ne plus jamais se quitter. En effet, en plus d'avoir la même énergie et sensibilité, il suffit d'un regard, d'un geste, d'un mot (« Opped ») pour se comprendre. La connexion. De l'enfance à l'internat, tu as été comme une sœur, une amie, une coloc pour moi. Merci pour ta joie de vivre, ta bonne humeur, ta force, ta douceur, ton soutien, toutes les fois où tu m'as aidé dans le travail, où tu m'as fait hurler de rire, pour nos RCP, nos trajets en tram défoncées du Samedi soir, de m'avoir fait rencontrer Marseille, d'avoir été plus que ma base. Je sais que cela va continuer et on n'oublie pas l'objectif final : vivre à cinq cents mètres maximums l'une de l'autre.

Margue, on se fait tellement de déclaration d'amour que j'ai peur de radoter. Il faut dire aussi à quel point on s'aime ! Nous n'avons peut-être pas beaucoup changé depuis l'époque du collège où on ne décollait pas du dance floor en soirée et où on passait des heures à discuter. Pourtant, malgré notre petit côté adolescent qui persiste et auquel on tient tant, on ne peut nier que nous sommes devenues des femmes épanouies, que l'on continue à construire ensemble. Je voulais te remercier pour notre incroyable complicité, pour ta présence au quotidien, pour tes milliards de voices chaque jour et nos débrief

hebdomadaires, pour ta fine analyse (ça c'est ton côté mi psy mi sherlock), ta générosité et ta connerie. Tu m'as ancré dans la cité phocéenne que ce soit dans les rencontres ou dans la découverte de ses pépites. Tu me fais avancer dans chaque moment de ma vie et l'énergie que tu transmets m'est essentielle. On partage tant de choses, j'aimerais que cela dure une éternité.

Mon Mathou, quel bonheur de t'avoir à mes côtés. Au début à Brignoles où on s'est connues dans nos soirées déchainées, puis notre lien s'est renforcé au fur et à mesure dans nos petits week-ends à Montpellier, à Douais ou au terre terre où on a développé notre belle amitié. Maintenant ce lien est fort et solide. Merci pour tous ces beaux moments à faire les cons, à refaire le monde, à se goinfrer de bonnes choses que tu avais cuisiné. Merci pour ton soutien, ta présence et de me faire sentir toujours forte et importante par ton amour.

Merci à **André**, ton papa, de m'avoir pris sous son aile à Toulon au début de l'internat. J'ai adoré partager ces moments de vie culturelle, ces conversations plus intéressantes les unes que les autres et ton humour noir qui m'ont bien fait rire.

Chouchou, on se connaît depuis la maternelle mais avec toutes les conneries qu'on a faites, je ne peux pas dire que c'est grâce à toi que j'en suis arrivée là. On aurait pu réussir notre carrière de rock star à la limite, mais même pas ! En tout cas, merci d'être là depuis le début avec ton écoute, ta joie et ton rire communicatif. Au-delà de tout, merci d'avoir accepté si souvent que je prenne l'autre moitié du gâteau au chocolat.

À mes pines, Manon, il y a une époque où on était inséparable, toute la journée ensemble et le soir des heures au téléphone, toujours un truc à se dire. C'est avec toi que j'ai acheté mon premier string, mis du mascara et que je suis tombée amoureuse pour la première fois (malheureusement on aimait le même gars haha). Merci pour toutes ces barres de rires, ces week-ends géniaux avec ta famille et ces discussions à rallonge.

Sabine, mon acolyte de classe de la 6^{ème} à la terminale. Merci de t'être laissé maltraiter par mes chouquettes, de m'avoir laissé copier tes DM de math si souvent (même si j'avais toujours une moins bonne note que toi au final ...), pour ta bonne humeur intarissable, ta connerie, ta générosité et d'avoir bravé les interdits pour sortir avec nous malgré les foudres de guerre qui t'attendaient.

Audrey, trop fière de la femme et de la mère que tu es devenue. Merci de toujours faire relativiser, de donner la force, d'avoir toujours la petite phrase qui fait sourire. Merci pour tous ces bons repas que tu as cuisiné et d'être toujours présente malgré les années et la distance.

À Pouch, d'abord un beau-frère puis un ami, ça mérite bien une petite cass' dédi ! Soirées, week-ends potes et voyage, tu es toujours là après toutes ces années. Je n'aurais qu'un seul et unique remerciement (peut être le plus important) : merci de m'offrir la possibilité de voir Jul à la maison en concert !

À mes niçois, confrères et amis,

À la Bitt (j'étais obligée, en plus, je sais que ça te fait plaisir), je ne peux nier que le BDE m'a été d'une certaine utilité : celle de te mettre sur mon chemin. À ce fameux WES, où après avoir bu du café froid et fumé un dix feuilles, on a passé la soirée à animer

l'ascenseur de l'immeuble, j'avais enfin trouvé une personne aussi débile que moi et je ne comptais plus la quitter. Depuis, j'ai bien appris à fermer ma gueule mais surtout, c'était guitou-chant trois fois par semaine, assaisonnée au romarin et au cooky-lighty, à la hollandaisse quoi ! Au-delà d'une belle rencontre, tu as été un soutien primordial durant ces longues et difficiles années que constituent la médecine, un partenaire de tennis médiocre (jalousiiiiie quand tu nous tiens ...), un confident et un conseiller hors pair, un socle solide sur lequel je pouvais compter, une leçon de vie. Tu as été mon anti dépresseur et grâce à nos moments musicaux et de folie furieuse, j'ai tenu le coup. Pour tout cela, je voulais dire merci.

Fantou, quel bonheur l'époque ensemble à Nice. Les BU, les soirées médecine, les contrées pet' du mardi soir, la gym su, les week-ends à gogo, les voyages, les RCP sont que de bons souvenirs gravés dans mon cœur. La vie tend à mettre un peu de distance entre nous mais saches que mon amour pour toi est ancré et qu'il y aura pleins d'autres beaux moments à partager.

Maele, je suis tombée sur toi en P1, histoire d'aller faire un footing, et depuis on ne s'est plus quittées. D'abord tu as été ma partenaire de P1 où tu n'as pas hésité à me soutenir, à m'aider en m'expliquant des choses ou en me prêtant tes fiches et à m'offrir des petits moments d'évasion. Ensuite, tu es devenue ma partenaire du quotidien, à la fac ou à la gym su, aux week-ends potes, à nos repas sushis devant Christina Cordula avec Chloé, à nos folles soirées, nos CRIT, nos festoch', on avait la dalle de vivre et on n'a RIEN raté. Chaque moment avec toi est une aventure. Merci d'être toujours là pour moi.

Mes **Foufs de l'espace**, il a fallu quelques trajets en Greeny pour que je vous rencontre.

Mais que faisait-on avant ? La vie n'avait probablement aucun d'intérêt.

Cécé, j'ai trop amour pour toi frère. Parce que t'es un petit bout de vie, d'énergie, une force de la nature, d'une douceur, d'un humour et d'une présence pour les autres incroyables. Je voulais te dire merci d'avoir été mon rocher en D4 (et d'avoir maté les terminaux à la BU avec moi). Je te le dis, sans toi ça aurait été vraiment difficile. Tu m'as porté, tu m'as donné confiance en moi et j'en suis très reconnaissante.

Didi, je pourrais passer ma vie à rire avec toi. Il suffit d'un regard, d'un mot, d'un sourire en coin pour que ça décolle lààà. Merci de m'avoir fait délirer si souvent mais surtout de toujours avoir été là pour moi et encore aujourd'hui.

Flavi, la douceur et le calme incarnés mais toujours là lorsqu'il faut lâcher le boulet. Merci d'avoir été chaque jour au rdv à la BU en D4, toujours de bonne humeur, même quand on a failli rentrer en velvet sous la pluie ^^ . Je suis tellement heureuse de te voir devenir la femme que tu es et une future maman <3

Marius, sous tes petits airs innocents j'ai découvert une fifolle avérée. Merci d'avoir partagé tous ces moments à la BU qui m'ont fait tenir, d'avoir répondu à mes milllliaarrdss de questions et de toujours m'avoir encouragé.

Man, ma petite femme fatale, dynamique et affirmée. Merci de m'avoir régalié de rire, de discussions et de simplicité au kirghiz. On en avait bien besoin en post D4 !

Alice, le fils, toujours le mot pour rire, la motiv' pour faire des conneries et la petite expression que tu vas chopper et ne plus jamais t'en défaire. Merci pour tous ces bons moments qu'on vit ensemble depuis ceux dans la Green.

Chobi, varoise et médecin généraliste sont deux qualités que je ne peux nier. Tu fais ton bout de chemin sereine et déterminée. Je t'ai toujours admiré pour ça. Merci pour tes interventions fatales en conf' et tes petites blagues juteuses pince-sans-rire.

LR, docteur, grimpeuse, maître yogi, mannequin et mère maintenant, tu me fais halluciner. Merci d'être un moteur pour nos réunions fofades et ne pas avoir vomi dans ma voiture au retour de l'EVJF de Flav.

À ma mahoraise,

Mathilde, notre semestre ensemble à Mayotte est un des meilleurs souvenirs que j'ai de l'internat. Tu as été ma plus belle rencontre, mon coup de cœur et être avec toi au quotidien était un vrai bonheur. Tous les matins je me levais avec plaisir rien que pour ton petit sourire, ta bonne humeur, ta détermination au travail qui porte, ton aide quand j'en avais besoin, ton petit « tchic tchic du doigt », nos karaokés en folie dans le bureau et les fous rires. On a vécu des moments supers forts sur cette île incroyable qui resteront gravés dans mon cœur.

Au Marseillais,

À Mon Tac, ma co interne préférée. D'abord ensemble à Sainte Musse à mater des c****, faire des dix bornes de nuit et les quatre cents coups dès que possible, on s'est ensuite suivi à Aubagne. Avec la médecine interne et le grand chelem des gardes, on a dû bien se serrer les coudes pour tenir le coup, heureusement on avait le dada le soir pour se consoler. Depuis, on ne se quitte plus et je savoure chaque moment passé avec toi que ce soit dans nos séances sportives ou bien les petites soirées avec Tronche ou ta famille où on se marre. Merci d'avoir été à mes côtés tous le long de l'internat et d'être aussi tarée.

À Mecky, merci pour tous ces fous rires aux urgences, d'avoir autant pris soin de moi et de m'avoir régalié mille fois chez toi.

À la Team Clémenceau, merci pour ce semestre à l'internat de folie. J'ai passé des moments exceptionnels avec vous, comme une deuxième famille.

À la Team d'Aubagne, merci d'avoir adouci mes gardes par vos bons repas, votre bonne humeur et votre volonté, pour toutes ces folles soirées au Red où on a TOUT lâché.

À ma Clem, quel bonheur de t'avoir rencontré. Merci pour ta disponibilité, ton écoute, ta folie douce et de partager avec moi le quotidien dans notre belle ville de Marseille. Merci pour nos petites RCP et contrées, nos danses endiablées en soirée, nos jogg sponsorisés par le plus beau des maillots floqués <3

À la Team marseillaise Très Organisée, vous êtes une sacrée belle équipe de bon vivant. Vous me régalez depuis un an et j'espère que ça va continuer !!

À ma Consolette Lolo, je n'aurais pas pu rêver mieux comme coloc. Maintenant, j'ai l'impression de vivre en famille, t'y es le sang t'a vu !! Merci de me bichonner tous les jours avec tes bons petits plats, d'être un moteur pour faire bouger les choses dans notre lieu de vie, pour tous ce que tu partages avec moi, pour les rencontres que j'ai faite grâce à toi, pour ces soirées films ou séries bien calées dans ton lit, pour nos moments de chill ultime à la plage, nos séances sportives, de supporter ma cagolerie et pour nos délires de

meufs à l'arrache. Tu as été une présence et un soutien indéfectible pour la construction de cette thèse. Je suis heureuse de continuer l'aventure de la rue Consolat avec toi <3

À Maxou, on a dû apprendre à partager le mur qui sépare nos chambres. Et pourtant tu tiens le coup. Merci d'avoir supporté mes voices à rallonge jusqu'à minuit, la douce musique et les voix des profs de gym suédoise, mon éternel squat à la table du salon à pianoter sur le clavier pendant la rédaction de la thèse, mes craquages, d'avoir accepté qu'il y ait du faux poivre moulu à l'appart et d'être toujours être chaud pour un petit zumbas cafeoww carnaval.

À mon fils Raoul, mon Bibou, mon Mimi d'Ams, tu n'es pas aussi câlin que je l'aurais souhaité mais vivre avec toi est chaque jour une aventure, tu es une présence essentielle, tu me fais hurler de rire et parfois, ça t'arrive d'être sympa mon chat.

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION

A) A PROPOS DE LA MORT	37
1. Définition	37
2. Vision de la mort à travers les Âges	38
a. L'Antiquité ou la dédramatisation philosophique de la mort	38
b. Le Moyen Âge ou la peur de la mort	39
c. Les Temps Modernes ou l'espoir et le renouveau	39
d. L'époque contemporaine ou le retour aux défunts	40
e. Le <u>XXème</u> siècle : la mort en question	41
f. Le médecin comme spécialiste de la mort	41
B) ETAT DES LIEUX DES DÉCÈS EN France	42
1. Causes des décès en France	42
2. Lieux de décès en France	44
a. Lieux de décès tout âge et sexe confondu	44
b. Lieux de décès au cours du temps	44
c. Lieux de décès selon les âges	45
C) LES DIRECTIVES ANTICIPÉES	46
1. Définition	46
2. Utilité des directives anticipées	46
3. Histoire des directives anticipées	47
a. Loi du 9 Juin 1999 : droits à l'accès aux soins palliatifs	47
b. Loi KOUCHNER du 4 Mars 2002 : la personne de confiance	47
c. Loi LEONETTI du 22 Avril 2005 : directives anticipées	49
d. Loi CLAEYS- LEONETTI du 2 Février 2016 : nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie	51
e. L'euthanasie active et suicide médicalement assisté	55
4. Conditions de mise en place des directives anticipées	59
5. Conditions de mise en application des directives anticipées	60
a. Relative à la personne	60
1) Sauvegarde de justice ou curatelle	60
2) Mineurs	60
3) Tutelle	61

4) Sous habilitation familiale	61
5) Pathologies psychiatrique	62
6) Démence	62
b. Le fond	63
c. La forme	65
6. La personne de confiance	66
7. Une aide pour la décision thérapeutique	67
a. Pour le médecin	67
b. Pour la personne de confiance	67
8. Connaissances et pratique des directives anticipées en France	68
a. Connaissances et pratique des directives anticipées de la population générale en France	
b. Outils de communication sur les directives anticipées auprès de la population générale	
II. ÉTUDE DESCRIPTIVE ÉVALUANT LA CONNAISSANCE ET LA PRATIQUE DES DIRECTIVES ANTICIPÉES PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE	
1. INTRODUCTION	71
2. MATÉRIEL ET MÉTHODE	72
a. Objectif de l'étude	72
b. Recherche bibliographique	73
c. Type d'étude	73
d. Population étudiée	73
e. Recueil des données	74
f. Outils statistiques	74
3. RÉSULTATS	75
a. Caractéristiques de la population étudiée	75
b. Connaissances des directives anticipées	76
c. Pratique des directives anticipées	85
d. Opinions des médecins concernant les directives anticipées	96
4. DISCUSSION	106
a. Au sujet du matériel et méthode	106
b. Au sujet des résultats	107
III. CONCLUSION	116
IV. BIBLIOGRAPHIE	118
V. ANNEXES	123

« Entre l'attitude de la cigale et celle de la fourmi, chacune reflétant une certaine manière d'habiter le temps, il est sans doute urgent de ne pas choisir. Car la cigale, n'anticipant pas, sacrifie l'avenir au profit du présent. Car la fourmi, anticipant trop, sacrifie le présent au profit de l'avenir... La patience ne serait-elle pas finalement l'attitude adéquate face à un futur marqué au coin de l'incertitude ? »

Emmanuel Hirsch

I. INTRODUCTION

A) A PROPOS DE LA MORT

1. Définition

Selon le dictionnaire, la mort se définit par la perte définitive par une entité vivante (organe, individu, tissu ou cellule) des propriétés caractéristiques de la vie, entraînant sa destruction. La mort est donc l'absence de vie, l'arrêt irréversible des fonctions vitales.

Il n'existe pas de définition légale de la mort, dans le Code Civil ou Pénal, une personne est déclarée morte quand le médecin estime qu'elle est morte.

On peut caractériser la mort, de manière précoce, par des signes négatifs de la vie : arrêt des grandes fonctions avec un arrêt cardio-circulatoire et respiratoire, l'abolition de toute conscience, toute sensibilité, l'aréflexie, l'absence du tonus musculaire (chute de la mâchoire, mydriase bilatérale, relâchement des sphincters) et une pâleur dite cadavérique. En principe, le diagnostic précoce de la mort peut être réalisé par une auscultation cardio-respiratoire et la palpation des trajets artériels. Il est également possible de constater l'absence de flux respiratoire en plaçant un miroir devant la bouche (présence ou absence de buée). L'épreuve de certitude serait un électrocardiogramme qui montrerait un tracé plat.

De manière tardive, elle se caractérise aussi par des signes positifs de la mort représentés par les phénomènes cadavériques. Il s'agit du refroidissement cadavérique (la température du corporelle se met progressivement en équilibre avec la température

ambiante), la rigidité cadavérique (résultat de l'absence de réversibilité de la liaison des fibres d'actine et myosine), des lividités (phénomène passif de transsudation de sang à travers les vaisseaux entraîné par la pesanteur), la déshydratation cadavérique et la putréfaction (dégradation des tissus par les enzymes et par la flore microbienne).⁽¹⁾

2. Vision de la mort à travers les Âges

a. L'Antiquité ou la dédramatisation philosophique de la mort

A cette époque, la mort est définie par les philosophes comme la fin totale de l'être. En effet, l'âme humaine étant constituée d'une rencontre fortuite d'atomes, celle-ci ne peut prétendre être immortelle et la crainte de la mort semble alors injustifiée. Ainsi, en ne mettant pas de durée illimitée aux choses, aux êtres, la vie est d'autant plus appréciée parce qu'elle est éphémère.

Pour ce qui est de la crainte de l'au-delà, celle-ci est vaine étant donné que tout cesse avec la mort.

Lors de la mort, l'âme et le corps se détruisent totalement et seuls perdurent éternellement ses éléments constitutifs.⁽²⁾



Image 1. Représentation picturale de la mort : Le jugement dernier par Hans MEMLING (1471)

b. Le Moyen Âge ou la peur de la mort

Au Moyen Âge, la mort devient omniprésente. En effet, l'espérance de vie est très faible (autour de 25-30 ans). D'abord, parce que les connaissances médicales et les moyens d'asepsie sont faibles et que la mortalité en couches, périnatale et infantile est élevée mais aussi parce que cette période connaît la guerre, la famine et les épidémies. Voir ses proches mourir est donc une réalité du quotidien. L'idée de la mort obsède tous les esprits. Elle se traduit par une horreur physique de l'anéantissement de la chair et la fin de toute volupté comme l'évoque la représentation de la mort à cette époque avec des images horribles de l'enfer : la mort est alors vécue comme châtement divin. ⁽²⁾

c. Les Temps Modernes ou l'espoir et le renouveau

Avec la Renaissance, le XVI^{ème} siècle est un triomphe momentané de la vie avec un essor démographique général malgré l'épidémie de peste toujours présente. Un

nouveau discours sur la mort apparaît (dû également à la Réforme protestante) avec l'apparition de la notion de la séparation de l'âme, libérée de sa prison mortelle (le corps). La mort n'est plus redoutée, l'Église insiste sur la nécessité de préparer sa mort pour entrer dans la vie éternelle, pour « reposer en paix ».

d. L'époque contemporaine ou le retour aux défunts

Si la première moitié du XIX^{ème} siècle est synonyme de recul de la mortalité, elle est aussi l'époque d'une mort cruelle issue du capitalisme. Les cités s'industrialisent, s'urbanisent et les discours sur la mort vont changer. L'Église est encore écoutée par quelques-uns (à la campagne surtout) mais les discours de la science et des philosophes proposent de nouvelles certitudes. Il apparaît alors un nouveau "culte des morts" où la famille prend en main la mort et ses défunts, avec une affectivité renforcée. Les cimetières sont désormais la ville des morts où "nous nous reverrons". Les monuments aux morts, les obsèques, les cultes et les rites du deuil se multiplient. La perte d'un être cher est socialement très visible et la peine s'exprime dans des attitudes, des vêtements et le respect d'interdits particuliers. ⁽²⁾



Image 2. Le veuvage MARÉRAL (1890)

e. Le XX^{ème} siècle : la mort en question

Cette époque est marquée par une ambiguïté avec d'abord, l'hécatombe des guerres mondiales puis ensuite, l'apparition d'un baby-boom et des progrès technologiques et médicaux. De ce fait, l'angoisse collective concernant la mort augmente, l'idée d'une « immortalité » germe et, progressivement, la mort est reniée et devient alors taboue. Alors, on charge des personnes pour en parler et la faire redécouvrir (psychologues, sociologues, médecins...). Le médecin devient spécialiste de la mort.

f. Le médecin comme spécialiste de la mort

De nos jours, l'essor des sciences et de la médecine font reculer l'espérance de vie et la mort est considérée comme un dysfonctionnement qu'on devrait pouvoir corriger. Ayant poussé de plus en plus loin les limites de la réanimation et les traitements des

maladies, on ne parle plus de « mort de vieillesse ». La médecine moderne a remplacé la mort par la maladie. ⁽³⁾ La possibilité de retarder le moment de la mort a fait en partie perdre à celle-ci son caractère fatidique. De surcroît, avec le recul de la pratique religieuse dans la société française, ce n'est plus le prêtre mais le médecin qui est le spécialiste de la mort et l'hôpital est devenu la norme pour sa prise en charge.

B) ETAT DES LIEUX DES DÉCÈS EN FRANCE

1. Causes des décès en France

En France, les principales causes de décès sont les cancers (27,6 %) et les maladies de l'appareil circulatoire (25,1 %), tous sexes confondus (Figure 1).

Les femmes décèdent principalement des maladies de l'appareil circulatoire avec 27,2 % des décès contre 24,6 % pour les tumeurs : cancer du sein (18,2 %) puis larynx, trachée, bronches et poumon (12,6 %). C'est l'inverse chez les hommes avec 23 % des décès par maladie de l'appareil circulatoire contre 33 % pour les tumeurs (surtout cancer larynx, trachée, bronches et poumon).

Les quatre causes de mortalité les plus fréquentes (cancers, maladies de l'appareil circulatoire, maladies de l'appareil respiratoire et morts violentes) totalisent les deux tiers (67,1 %) des décès. ⁽⁶⁾

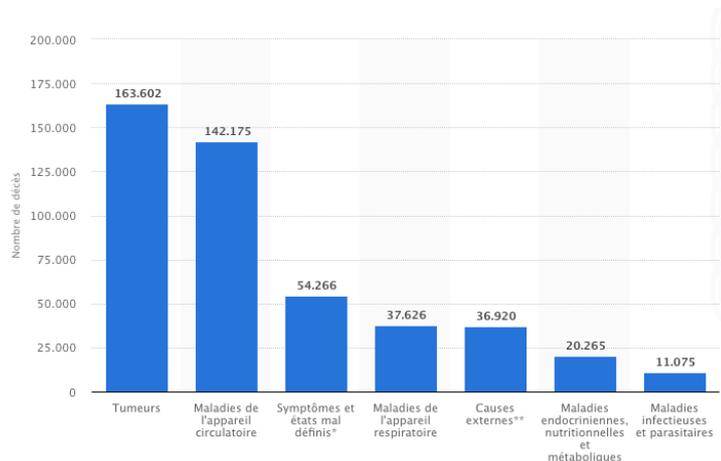


Figure 1 : Nombre total de décès en France en 2013, selon la cause de décès (Insee)

En 2013, à structure d'âge identique, la France figure au second rang des pays de l'Union européenne (UE) ayant la mortalité toutes causes confondues la plus faible, derrière l'Espagne, avec un taux standardisé de mortalité générale très en dessous de la moyenne européenne (1 021 pour 100 000 contre 904 pour la France). Toutefois, la situation diffère selon le sexe et, si la France occupe le 2^{ème} rang concernant le taux le plus bas de mortalité pour les femmes, elle ne figure qu'au 9^{ème} rang pour les hommes.

En effet, à structure d'âge égal, on observe une surmortalité masculine, comme en témoigne le taux standardisé de mortalité générale 1,7 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Cette surmortalité masculine est plus élevée pour les tumeurs (de l'ordre de 2) que pour les maladies cardio-vasculaires (de l'ordre de 1,6). Elle est également élevée pour la mortalité par accident de transport (×3,8) et par suicide (×3,5). Elle est plus élevée qu'au niveau européen (1,5), la France figurant parmi les pays où la surmortalité masculine est la plus élevée juste devant les pays baltes (Lettonie, Estonie et Lituanie). ⁽⁷⁾

2. Lieux de décès en France

a. Lieux de décès tout âge et sexe confondu

En 2016, d'après l'INSEE, 59,2 % des décès (351 000) ont eu lieu dans un hôpital ou une clinique privée et 13,5 % (80 000) dans une maison de retraite (EHPAD...), soit près de trois décès sur quatre dans une institution. Pour le reste, 26 % des décès (154 000) ont eu lieu à domicile et 1,3 % (7 700) sur la voie publique (Figure 2). ⁽⁸⁾

	France entière	Outre Mer
Hôpital ou clinique	59,2 %	49,6 %
Maison de retraite (EHPAD..)	13,5 %	3,9 %
Domicile	26 %	44 %
Voie publique	1,3 %	2,5 %

Source : INSEE – 2017. Décès pour lesquels on connaît le lieu (93 % du total)

Figure 2 : Lieux de décès en France métropolitaine et Outre-Mer en 2016

b. Lieux de décès au cours du temps

La répartition des lieux de décès a évolué au cours du temps. Au cours des années 1970, la médicalisation des derniers jours de vie a inversé la répartition entre le domicile, naguère majoritaire, et les établissements de Santé (Figure 3). ⁽⁸⁾

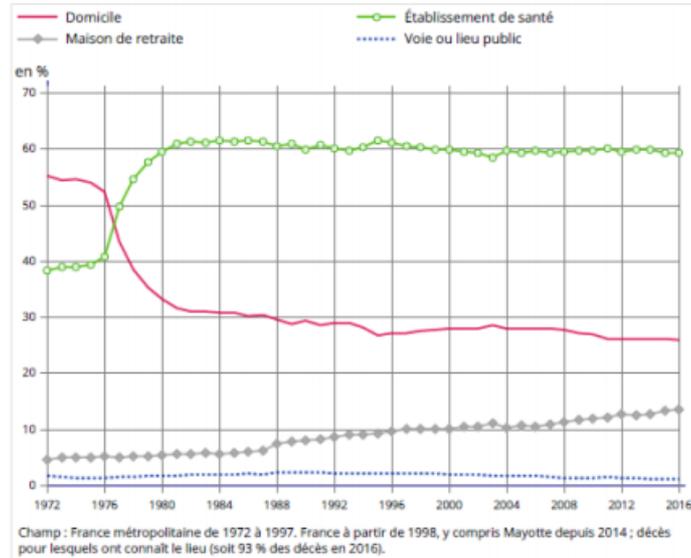


Figure 3 : Répartition des lieux de décès entre 1972 et 2016

c. Lieux de décès selon l'âge

Les lieux de décès présentent des particularités selon l'âge, même si à tous les âges avant 100 ans, la majeure partie des décès a lieu en établissement de santé (Figure 4). Les décès des enfants jusqu'à 15 ans ont principalement lieu dans un établissement de santé tandis qu'entre 15 ans et 24 ans ont lieu sur la voie publique. La part des décès à l'hôpital diminue avec l'âge avant de remonter régulièrement jusqu'à un pic entre 65 et 74 ans (65 % et même 70 % des décès entre 65 et 70 ans se font à l'hôpital). Puis ce taux diminue pour atteindre 36 % seulement après 95 ans. La part des décès à domicile augmente avec l'âge jusque vers 35 ans. Puis, elle connaît un plateau jusque vers 49 ans. Elle diminue ensuite au niveau d'un quart des décès aux très grands âges (Figure 4). Le décès en maison de retraite/EHPAD croît rapidement avec l'âge : de 3 % entre 65 et 74 ans, à 19 % entre 85 et 94 ans, puis 29 % après 95 ans. ⁽⁸⁾

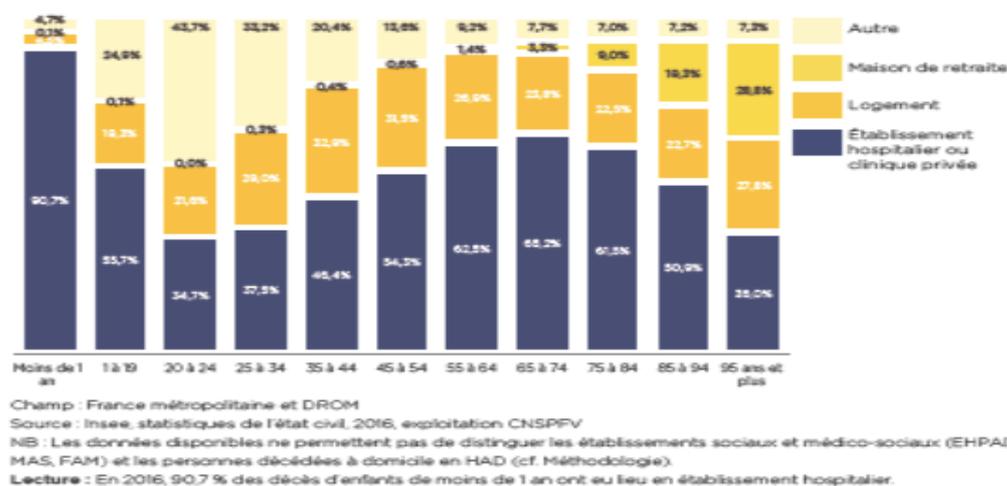


Figure 4 : Lieux des décès selon l'âge, CNSPFV – Atlas des soins palliatifs et de la fin de vie, 2018

C) LES DIRECTIVES ANTICIPÉES

1. Définition

Ce sont des **instructions écrites** qui permettent, à toute personne majeure et capable, d'exprimer « **sa volonté relative aux conditions de sa fin de vie c'est-à-dire de poursuivre, de limiter, d'arrêter ou de refuser les traitements ou d'actes médicaux** » dans le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté, après un accident grave ou à l'occasion d'une maladie grave. ⁽⁹⁾

2. Utilité des directives anticipées

Les directives anticipées permettent au médecin de connaître les souhaits du patient dans le cas où celui-ci, en fin de vie, ne serait pas en mesure d'exprimer sa volonté concernant la limitation ou l'arrêt des traitements en cours.

3. Histoire des directives anticipées

a. Loi du 9 Juin 1999 : droits à l'accès aux soins palliatifs

En 1999, le gouvernement de Jacques CHIRAC promulgue une loi qui garantit un droit d'accès aux soins palliatifs pour toute personne en fin de vie.

Les soins palliatifs sont alors définis comme des **soins actifs et continus** pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance physique et psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. De ce fait, ils permettent d'éviter l'acharnement thérapeutique. Cette loi comprend des dispositions visant à développer les structures de soins palliatifs en milieu hospitalier, médico-social et à domicile.

La personne malade peut s'opposer à toute investigation ou thérapeutique. Par ailleurs, il est défini que tout salarié dont un ascendant, descendant ou une personne partageant son domicile fait l'objet de soins palliatifs, a le droit de bénéficier d'un congé d'accompagnement d'une personne en fin de vie (non rémunéré pour une durée maximale de trois mois).⁽¹⁰⁾

b. Loi KOUCHNER du 4 Mars 2002 : la personne de confiance

Elle définit les droits essentiels des malades en introduisant deux principes fondamentaux : **le consentement éclairé et la notion de personne de confiance.**

Le consentement éclairé est le droit à être informé de son état de santé concernant les différents traitements, actes et investigations proposés, leur utilité, leur nécessité ou leur urgence éventuelle, leurs conséquences directes et celles en cas de refus, leurs risques fréquents ou graves normalement prévisibles ou l'existence d'alternatives.

Le patient doit ainsi disposer de tous les éléments nécessaires à la compréhension de sa situation médicale personnelle, pour pouvoir donner de manière libre et éclairé son consentement aux actes médicaux et aux traitements.

De fait, le refus de traitement est désormais inscrit dans la loi puisqu' « **aucun acte médical, ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne, et ce consentement peut être retiré à tout moment.** » ⁽¹¹⁾

L'information doit être délivrée personnellement par le médecin, lors d'un entretien individuel qui lui est spécifiquement consacré, mais elle peut s'appuyer sur des documents écrits, soit des schémas élaborés au cours de l'entretien ou préparés à l'avance sur différents supports qui sont commentés au patient.

Pour les mineurs ou les majeurs sous tutelle, l'information doit être donnée aux titulaires de l'autorité parentale ou au tuteur, sauf si les personnes concernées sont en mesure de comprendre eux-mêmes l'information et donc de participer à la prise de décision.

La personne de confiance est définie par le code de la santé publique : « 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. Cette

désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. » ⁽¹²⁾

c. Loi LEONETTI du 22 Avril 2005 : directives anticipées

Aux débuts des années 2000, Vincent Humbert, un jeune homme de 19 ans, est victime d'un accident de voiture le plongeant dans un coma durant 6 mois. Il se réveille alors en « locked-in syndrome », totalement conscient mais emprisonné dans un corps inerte du fait d'une tétraplégie et où, seuls les mouvements oculaires sont préservés. Désirant mourir, il entreprend des démarches pour obtenir le droit d'être euthanasié. Avec l'aide de sa mère et par le biais de ses voies de communications fonctionnelles (ouïe et pouce droit), ils rédigent une requête de « droit de mourir » au président de la République Française où il demande le droit à une euthanasie active. Celui-ci, ne pouvant répondre directement à sa demande, charge Jean Léonetti, médecin et député des Alpes-Maritimes, d'une « mission parlementaire sur l'accompagnement de la fin de vie ».

Pendant ce temps, sa mère Marie Humbert injecte à son fils de fortes doses de lui donnant d'importantes doses de pentobarbital de sodium qui le plonge dans un coma profond. Il est alors admis dans le service de réanimation du Dr. Frédéric Chaussoy. Après discussion et accord avec la famille, le Dr. Chaussoy décide d'arrêter toute mesure de réanimation et d'injecter du chlorure de potassium, entraînant le décès de son patient. Une information judiciaire visant Marie Humbert pour « administration de substances

toxiques commise avec préméditation et sur personne vulnérable » (elle encourt cinq ans de prison) et le Docteur Chaussoy pour empoisonnement avec préméditation (il encourt la prison à perpétuité).

Le 27 février 2006, l'affaire aboutit à un « non-lieu » où la juge explique que, même si les actes reprochés restent condamnables au regard de la loi, il faut tenir compte du contexte bien particulier et des pressions familiales et médiatiques exercées et à ce titre considère que « la contrainte » doit être invoquée. ⁽¹³⁾

Les deux accusés ont toujours assumé leur acte et ont provoqué un débat éthique et législatif sur le thème de l'euthanasie, aboutissant à l'adoption d'un « droit à laisser mourir » par le parlement français en avril 2005.

Alors, le 22 avril 2005, la *Loi relative aux droits des malades et à la fin de vie n° 2005-370* est adoptée par l'Assemblée. Sans introduire ni l'euthanasie ni l'aide au suicide, **elle interdit l'acharnement thérapeutique**, promeut les soins palliatifs et définit un cadre pour que le patient puisse solliciter l'arrêt de certains traitements : *« ces actes ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris. Dans ce cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie. »*

En effet, d'abord, elle affirme le droit du malade à limiter ou arrêter un traitement entrepris. Ensuite, elle statue sur la notion **d'obstination déraisonnable** concernant des actes disproportionnés sans autre effet que le maintien artificiel de la vie. Enfin, elle étudie la prise de décision thérapeutique dans le cas où le patient serait inconscient, en

introduisant la notion de **directives anticipées**, en réaffirmant la nécessité d'une procédure collégiale et en renforçant le rôle de la personne de confiance : *« lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt du traitement susceptible de mettre sa vie en danger ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et sans que la personne de confiance prévue à l'article L.1111-6 ou la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical. »*

Pour cela, les directives anticipées sont des documents permettant aux personnes majeures d'exprimer par anticipation et par écrit leurs volontés au sujet de leur fin de vie, en ce qui concerne la limitation ou l'arrêt des traitements médicaux, si elles n'étaient plus en état de s'exprimer. D'après le Code de santé publique : *« 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. »*

Ces directives anticipées sont valides pendant 3 ans, renouvelables. ⁽¹⁴⁾

- d. Loi CLAEYS- LEONETTI du 2 Février 2016 : nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie

L'affaire Vincent Lambert

Depuis la loi de 2005, plusieurs affaires médiatisées mettent en évidence des situations non résolues par le texte initial. Par exemple, l'affaire Vincent Lambert amenant au début de l'acharnement thérapeutique. En 2008, cet homme de 32 ans est plongé dans un coma végétatif suite à un accident de la route. Suite à son réveil dans un état de conscience « pauci-relationnel », une expertise médicale est réalisée en 2011 qui statue sur la persistance des émotions et de la perception de la douleur et préconise donc le maintien d'une alimentation et d'une hydratation artificielle, celui-ci ne pouvant déglutir malgré une tentative de ré éducation.

En 2013, devant des manifestations d'opposition aux soins de toilettes décrites par le personnel soignants et le désir de Mr. Lambert de ne pas être maintenu artificiellement en vie (exprimé seulement de manière orale à sa femme auparavant), une réunion collégiale est réalisée par l'équipe médicale qui conclut à une « obstination déraisonnable » et décide d'arrêter l'hydratation et l'alimentation artificielle.

Quelques jours plus tard, certains membres de sa famille (parents et frères et sœur) en prennent conscience et décident de saisir le tribunal administratif qui ordonne alors de reprendre les soins artificiels car l'équipe médicale n'ont pas pris en compte leur avis.

En 2014, le tribunal administratif réunit tous les membres de la famille et l'équipe médicale pour définir une nouvelle décision collégiale qui estime que l'alimentation et l'hydratation artificielles ne sont pas disproportionnées et qu'elles n'ont pas pour objectif le seul maintien artificiel de la vie.

Quelques mois plus tard, son épouse et une autre partie de la famille (frères et sœurs n'ayant pas pris part initialement à la saisie du tribunal administratif) saisissent le conseil d'État pour une nouvelle expertise médicale. Celle-ci conclue à un état végétatif chronique sans espoir d'amélioration donc en faveur de l'arrêt des soins.

Cependant, les membres de la famille contre l'arrêt des traitements saisissent à leur tour la cour européennes des droits de l'Homme. Les soins sont repris.

En 2015, par douze voix contre cinq, la cour européennes des droits de l'homme estime qu'« il n'y aurait pas violation de l'article 2 (de la convention européenne des droits de l'Homme, régissant le droit à la vie) en cas de mise en œuvre de la décision du conseil d'État autorisant l'arrêt des soins ». Les parents, refusant de se soumettre à cette décision, portent plainte contre le CHU et les médecins qui se sont occupés ou s'occupent de Vincent Lambert pour « tentative d'assassinat et séquestration ».

En 2016, Rachel Lambert, sa femme, est nommée tutrice de son mari par le juge des tutelles.

En 2017, Les parents de Vincent Lambert portent plainte contre le CHU de Reims pour « délaissement de personne hors d'état de se protéger »

Entre 2018 et 2019 se poursuivent une multitude de procédures judiciaires nationales et/ou internationales se succédant ou conjointes : procédures contestant les décisions des différents médecins responsables de Vincent Lambert, procédures liées à la désignation d'un tuteur, procédures liées à la demande de transfert dans un autre établissement, procédures du neveu François Lambert, procédures pénales des parents.

Au final, en 2019, la Cour de cassation se prononce et l'arrêt des traitements commence, conduisant au décès de Vincent Lambert neuf jours plus tard, le 11 Juillet 2019. Ses parents annoncent qu'ils se résignent à laisser mourir leur fils. ⁽¹⁵⁾

Cet exemple souligne l'importance des directives anticipées écrites et la désignation de la personne de confiance.

Cadre législatif

Cette nouvelle loi apporte deux modifications concernant les directives anticipées. D'abord, celles-ci deviennent **contraignantes pour le médecin**. En effet, alors que depuis 2005 les directives anticipées visaient à éclairer le médecin dans ses choix (rôle consultatif), **elles s'imposent désormais aux soignants sauf dans deux cas prévus et encadrés par la loi** : soit **en cas d'urgence vitale** pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation, soit **lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale**.

La décision de refus d'application des directives anticipées, jugées par le médecin manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient, est prise à l'issue d'une **procédure collégiale** définie par voie réglementaire et elle est portée à la connaissance de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de la famille ou des proches.

Elle sera alors inscrite au dossier médical.

Ensuite, **le délai de validité de 3 ans des directives anticipées est supprimé**. Désormais, elles n'ont plus de limitation de temps, elles ont donc une force obligatoire. Elles sont révisables et révocables à tout moment et par tout moyen.

De plus, la nouvelle loi introduit la notion de **sédation profonde et continue** pour les patients en phase terminale : patient avec une affection grave et incurable avec un pronostic vital engagé à court terme qui présente une souffrance réfractaire aux traitements ou s'il décide d'arrêter un traitement engageant son pronostic vital à court terme et susceptible d'entraîner une souffrance insupportable.

Dans la sédation profonde, le patient peut être endormi mais peut être réveillé à l'arrêt des produits. L'intention, le dosage, la réversibilité du traitement, la cause du décès, l'effet dans le temps du produit sont autant d'éléments qui distinguent la sédation palliative d'accompagnement de l'euthanasie.

Alors, à la demande du patient ou lorsque que celui-ci ne peut exprimer sa volonté, dans le cas où le médecin arrête un traitement de maintien en vie, celui-ci peut maintenir une altération de la conscience par une sédation profonde et continue jusqu'au décès, associée avec une analgésie afin d'éviter toute souffrance et de ne pas subir d'obstination déraisonnable.

Par ailleurs, la nutrition et l'hydratation artificielles étant considérées comme des traitements, le médecin peut décider de les arrêter s'il juge que cela ne ferait que prolonger artificiellement la vie donc dans une situation d'obstination déraisonnable. ⁽¹⁶⁾

e. L'euthanasie active et suicide médicalement assisté

Concernant la fin de vie, deux sujets restent débattus en France.

D'abord celui de **l'euthanasie active** qui est le fait de provoquer le décès par l'administration d'un produit létal.

Malgré la loi de 2005 qui privilégie les soins palliatifs et l'allègement des traitements médicaux jugés trop lourds pour les patients en phase terminale et celle de 2016 qui renforce le poids des directives anticipées et introduise la sédation profonde, la majorité des français et certaines affaires médiatisées (exemple de l'affaire Nicolas Bonnemaïson, soupçonné d'euthanasie active) relancent le débat sur la fin de vie. ⁽¹⁷⁾

En effet, selon un sondage de l'IFOP commandé par l'Association ADREA en 2016, 80 %

des français se seraient déclarés favorables à la question « Vous personnellement, diriez-vous que vous êtes favorable ou pas favorable à ce qu'elle soit possible en France pour les patients en fin de vie affectés par des douleurs physiques ou psychologiques intolérables d'avoir la possibilité de provoquer la mort d'un patient par l'administration par un médecin d'une substance létale (appelée « euthanasie ») ? » ⁽¹⁸⁾

Les arguments **pour** sont :

- Le droit de choisir le moment et les conditions de sa mort ;
- Éviter les souffrances inutiles ;
- Éviter les euthanasies clandestines et les dérives qui en découlent.

Les arguments **contre** sont :

- Le devoir déontologique du médecin est de soigner. Lorsqu'il n'a plus d'espoir de guérir, il lui reste toujours celui de soulager les souffrances par des pratiques de sédation conforme avec la déontologie, sans que la persévérance thérapeutique aille jusqu'à l'acharnement ou l'obstination thérapeutique déraisonnable ;
- La personne bien portante, demandant à ce qu'il soit mis fin à ses jours dans certaines circonstances, ne sait pas quelle sera sa réaction face à la maladie grave et à l'approche de la mort. Le souhait d'en finir varie bien souvent en fonction de tel ou tel soulagement, information ou événement extérieur ;
- L'individu est seul juge de la qualité de sa vie et de sa dignité. Personne ne peut juger à sa place. C'est le regard qu'il porte sur lui-même qui compte et non celui que pourraient porter les autres. La dignité est une convenance envers soi que nul ne peut interpréter. Elle relève de la liberté de chacun ;

- Les malades en fin de vie qui sont très sensibles à l'ambiance d'angoisse dégagée par les proches peuvent souhaiter épargner leur entourage par une demande qui ne correspond pas forcément à leur désir profond ;
- Les personnes privées de capacités relationnelles apparentes risquent d'être victimes du désir de mort de l'entourage familial ou soignant ;
- La justification légale de l'euthanasie serait de nature à retarder l'évolution des soins palliatifs ou à faire intervenir de façon excessive des paramètres économiques ou de gestion hospitalière.

Si, en situation concrète, la décision d'arrêter une vie peut apparaître un acte acceptable, cet acte ne peut se prévaloir d'une évidence éthique claire. Une telle décision ne peut et ne pourra jamais devenir une pratique comme une autre. ⁽¹⁹⁾

Ensuite, celui du **suicide médicalement assisté** où le patient entreprend lui-même les processus menant à son décès. Cette démarche consiste à assister et à aider une personne à mettre fin à sa vie en mettant à sa disposition les moyens nécessaires sans pour autant être acteur principal du processus. Il est basé sur le principe de la compassion et de la réduction des méfaits en accompagnant des personnes ayant un besoin profond et stable de mourir.

Les moyens létaux sont fournis par le corps médical, l'auto-administration (si celle-ci est possible) reste sous contrôle du médecin veillant au bon déroulement de la procédure et il intervient pour prendre les mesures nécessaires à l'accomplissement de la procédure si complications.

Cette pratique est autorisée en Suisse, aux Pays-Bas, en Belgique, en Allemagne, en Italie,

au Luxembourg, dans cinq états des États-Unis et au Canada mais interdite en France.

Le rapport Sicard publié en décembre 2012 envisage l'ouverture de cette possibilité sous une forme proche de celle qui existe dans l'État d'Oregon. Depuis 2013, le Défenseur des droits et la Fondation de France financent une étude sur les Demandes d'Euthanasie et de Suicide Assisté (DESA). Selon un sondage IFOP, parmi les français souhaitant aller plus loin sur la législation actuelle, 18% veulent légaliser le suicide assisté. ⁽²⁰⁾

La Cour européenne des droits de l'Homme, ne reconnaît pas le suicide et l'aide au suicide comme des droits fondamentaux dont les citoyens européens pourraient se prévaloir pour mettre en cause les lois de leur État respectif. Même si les patients requérants étaient dans des états pathologiques et sous des régimes juridiques différents, la Cour déclarera lors d'affaires sur la question qu'« il n'existe aucun droit de mourir, que ce soit avec l'assistance d'un tiers ou celle de l'État ; le droit à la vie ne comporte aucune liberté négative correspondante. L'article 3 (de la convention européenne des droits de l'homme) n'oblige en principe pas l'État à garantir l'impunité pénale pour l'aide au suicide ou à créer une base légale pour une autre forme d'aide au suicide ; l'État ne doit pas cautionner des actes visant à interrompre la vie ». ⁽²¹⁾

Nul doute que la réflexion éthique et législative sur l'encadrement des conditions de la fin de vie va se poursuivre et que de nouvelles lois vont naître dans le futur. À ce jour, l'anticipation au sujet de notre propre mort est un moyen de préparer les conditions de la fin de vie. La réflexion sur ce sujet spécifique de la fin de vie, la communication et l'expression de la volonté du patient en termes de qualité de vie et sur les conditions à mourir, sont des sujets à aborder avec le patient, sa famille, ses proches en amont de la

survenue d'un état critique.

4. Conditions de mise en place des directives anticipées

Les directives anticipées sont rédigées **de manière écrite** et enregistrées dans un registre officiel. À tout moment et par tout moyen, elles sont **révisables et révocables**. Elles peuvent être rédigées conformément à un modèle dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'État pris après avis de la HAS. Ce modèle prévoit la situation de la personne selon qu'elle se sait ou non atteinte d'une affection grave au moment où elle les rédige. « Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, définit les conditions d'information des patients et les conditions de validité, de confidentialité et de conservation des directives anticipées. Les directives anticipées sont notamment conservées sur un registre national faisant l'objet d'un traitement automatisé dans le respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. » ⁽²²⁾ Lorsqu'elles sont conservées dans ce registre, un rappel de leur existence est régulièrement adressé à leur auteur.

Le médecin traitant a comme rôle d'informer ses patients de la possibilité et des conditions de rédaction de directives anticipées.

Ce document peut être conservé avec soi, remis à son médecin traitant qui pourra les insérer dans le dossier médical ou à un proche ou à une personne de confiance. S'il existe un dossier médical au sein d'un l'établissement hospitalier, social ou médico-social (où la

personne est accueillie), ces directives doivent y être enregistrées.

5. Conditions de mise en application des directives anticipées

a. Relatives à la personne

Les directives anticipées ne peuvent être rédigées que par une personne **majeure et capable**.

1) Sauvegarde de justice ou curatelle

Les personnes sous sauvegarde de justice ou sous curatelle peuvent rédiger des directives anticipées (celles qu'elles auraient rédigées avant leur mise sous protection juridique restent valables).

2) Mineurs

Les lois Leonetti et Claeys-Leonetti ne parlent pas des mineurs. Seule la loi du 4 mars 2002 les évoque, en leur donnant le droit de recevoir les informations concernant leur état de santé, en fonction de leur maturité, et en recherchant leur consentement. La décision finale revient au détenteur de l'autorité parentale ainsi qu'au médecin. Un mineur ne peut désigner de personne de confiance, les parents remplissent ce rôle. ⁽²³⁾

Le décret n°2016-1066 confirme que lorsqu'une décision de limitation ou d'arrêt de traitement est prise concernant un mineur, l'avis du ou des titulaires de l'autorité parentale doit être recueilli. ⁽²⁴⁾

En pratique, rien n'empêche un mineur d'écrire des directives anticipées, mais celles-ci n'ont aucune valeur juridique. En revanche, selon l'article 903 du Code civil, un mineur peut rédiger un testament à partir de l'âge de 16 ans. Selon l'article L.1111-5 du code de la santé publique, il peut également recevoir des soins pour sauvegarder sa santé en refusant que les parents soient informés, il doit pour cela être accompagné d'une personne majeure de son choix.

Néanmoins, selon la loi Léonetti puis la loi Claeys-Leonetti, toute personne, sous entendue majeure ou mineure, a le droit d'avoir une fin digne et sans souffrance, par conséquent les soins palliatifs, y compris la sédation de fin de vie, peuvent et doivent être proposés si la situation le nécessite.

3) Tutelle

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, elle peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge des tutelles ou du conseil de famille s'il a été constitué. Les directives anticipées qu'elles auraient rédigées avant leur mise sous protection juridique restent valables. Le tuteur ne peut ni l'assister ni la représenter à cette occasion. ⁽²⁵⁾

4) Sous habilitation familiale

Concernant les personnes sous habilitation familiale, s'il s'agit d'une régime d'assistance, la personne est en droit de rédiger ses directives anticipées, s'il s'agit d'un

régime de représentation, la personne peut les rédiger mais sous réserve que le juge des tutelles donne son accord selon les résultats de l'expertise médicale d'un médecin agréé par le procureur de la République. ⁽²⁵⁾

5) Pathologie psychiatrique

Concernant les personnes atteintes d'une pathologie psychiatrique, en France, il n'existe actuellement pas de lois concernant la rédaction de directives anticipées. Cependant, il existe des directives anticipées psychiatrique (appelées DAP) ou directives anticipées incitatives psychiatriques (DAiP) en cours d'étude nationale.

Les DAP sont rédigées par les patients dont les capacités de discernement ne sont pas altérées, avec la présence ou non d'un médiateur, dans l'éventualité d'une incapacité décisionnelle concernant sa future prise en charge. Il s'agit d'un dispositif orienté sur le rétablissement, l'amélioration de l'autonomie du patient et de son autodétermination.

Le patient peut choisir de remettre ses DAP à son psychiatre traitant, aux personnes de confiance ou à toutes personnes de son choix. Ce dispositif constitue un support pour les équipes soignantes dans l'aide à la prise en charge des patients, pour prendre des décisions, notamment dans le cadre de l'urgence, lorsque le discernement est altéré. Les usagers peuvent modifier ou annuler leurs directives à tout moment. Sur le plan médico-légal, les DAP ne sont pas opposables à la décision médicale en France.

Les DAP étant des documents écrits, consultables à tout moment et modifiables, ils servent de véritables outils thérapeutiques avancés et de prévention précoce des rechutes. D'une part, leur rédaction permet d'améliorer la connaissance de soi et de sa pathologie, par l'appropriation de ses troubles et leur compréhension. D'autre part, le

patient et les personnes de confiance peuvent s’y référer en cas de besoin, et prévenir les rechutes avant une décompensation plus importante. ⁽²⁶⁾

6) Démence

Lorsque la démence est évolutive dans le cadre de certaines pathologies, la capacité de discernement peut encore être présente au stade initial de la maladie. Il est alors possible d’établir les directives anticipées. Cependant, quand la démence est avancée, la personne n’est plus en mesure de rédiger ses directives anticipées. Lorsqu’il s’agit de prendre des décisions la concernant, la personne de confiance est consultée. Le médecin et l’équipe soignante doivent trouver conjointement avec les proches des solutions qui correspondent à la volonté présumée de la personne devenue incapable de discernement. L’important est de prendre le temps et de chercher à comprendre ce que la personne malade souhaite. Car même si celle-ci n’est plus capable de discernement au sens juridique du terme, elle peut être encore capable d’exprimer des souhaits, même de manière non verbale.

b. Le fond

Il est difficile pour chacun d’envisager à l’avance la fin de sa vie. Les directives anticipées doivent contenir ce qui remplacera la parole, si celle-ci devenait impossible. La HAS a créé un formulaire adressé à la population générale « Pourquoi et comment rédiger les directives anticipées ? » afin de faciliter la compréhension du contenu et la rédaction.

Il est conseillé pour cela de réfléchir à une vision personnelle de la vie, des croyances et des préférences concernant la « qualité de vie ». Il est alors possible d'exprimer ce que la personne juge importante dans sa vie, ses valeurs, ses convictions, ses préférences, ce qu'il redoute le plus (angoisse, douleur, ...), les traitements et techniques médicales non désirés, les attentes concernant l'aide de soins palliatifs (traitements des douleurs physiques, de la souffrance morale...). Il est aussi possible d'exprimer les conditions espérées au moment de la fin de votre vie concernant les personnes présentes autour de la personne à ce moment-là ou bien le lieu de décès.

Pour la personne en bonne santé, ces directives expriment principalement ce que la personne ne veut pas pour la fin de sa vie, ou ce qu'elle souhaite en cas d'accident très grave, « d'état de coma prolongé » ou de séquelles ou handicap sévères.

Pour la personne malade ou à la fin de votre vie (maladie très grave, grand âge avec plusieurs maladies), les directives peuvent être adaptées et plus précises avec des questions sur le but des traitements et les effets secondaires, sur le traitement d'un épisode aigu (hémorragie massive, infection très grave) qui n'aurait d'autre but que de prolonger la vie.

La personne peut aussi s'exprimer sur ses souhaits concernant la poursuite ou l'arrêt ou la limitation des traitements de maintien en vie. Si celle-ci choisit d'arrêter les traitements, elle peut préciser si elle accepte l'administration d'une sédation. En résumé, ces directives anticipées doivent contenir ce qui remplacera la parole de la personne, si celle-ci devenait impossible.

Dans ce formulaire, il est aussi exprimé que la rédaction peut être faite à l'aide d'un dialogue avec des proches, les soignants, les professionnels du secteur médico-social et

social, la personne de confiance, une association de patients ou d'usagers, un bénévole d'accompagnement, ou un conseiller spirituel.

Par ailleurs, elles sont sans limitation de durée et sont révisables et révocables à tout moment sans obligatoirement le faire par écrit mais cela est préférable.

Enfin, si le médecin y consent, il peut joindre aux directives anticipées un certificat attestant que la personne est en état d'exprimer sa volonté et qu'il a reçu les informations appropriées. ⁽²⁷⁾

c. La forme

Les directives anticipées doivent prendre la forme d'un document écrit, signé et daté par la personne concernée. Si la personne est dans l'incapacité physique de rédiger ce document, elle peut faire appel à deux témoins, sans qu'un d'entre eux soit nécessairement la personne de confiance ou sans qu'il soit mentionné expressément d'exigence quant à leur qualité (proches, famille, amis, etc...). Elles devront attester que le document rédigé de leur main est bien l'expression éclairée du consentement de la personne concernée par ses directives.

Des modèles de formulaire sont disponibles mais il est possible de les rédiger sur un papier simple.

Il est essentiel que l'existence des directives anticipées soit connue et qu'elles soient facilement accessibles. Il est donc important d'informer la personne de confiance, le médecin traitant, la famille et les proches de leur existence et du lieu où elles se trouvent. S'il existe un « dossier médical partagé », il est possible d'y enregistrer les directives anticipées ou simplement y signaler leur existence et leur lieu de conservation. Sinon, il est préférable de les confier au médecin ou au soignant de son choix pour qu'il les

conserve dans le dossier médical ou infirmier. Enfin, il est possible de les remettre à la personne de confiance, à un membre de sa famille ou à un proche. Si la personne est hospitalisée ou admise dans un établissement pour personnes âgées, les directives peuvent être confiées aux professionnels de santé pour qu'elles soient intégrées dans le dossier médical ou de soins.

Par ailleurs, une copie peut être donnée à plusieurs personnes et/ou le formulaire peut être conservé avec soi et signaler son existence et son lieu de conservation sur une petite carte facilement accessible. ⁽²⁸⁾

6. La personne de confiance

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance. Celle-ci doit être apte à comprendre et respecter les volontés énoncées dans une situation de fin de vie et mesurer la possible difficulté de sa tâche et la portée de son engagement. Elle peut être un parent, un proche ou son médecin traitant. Elle aura alors le rôle de transmettre la parole du patient auprès du médecin lorsque cela n'est plus possible concernant des décisions sur sa prise en charge médicale et de fin de vie ou d'accompagner le patient lorsqu'il consulte son dossier médical. Enfin, le médecin pourra lui communiquer la nature et les motifs de décision.

En l'absence de directives anticipées, son témoignage prévaut alors sur tout autre (famille ou proche).

Cette procédure n'est pas obligatoire.

La désignation de la personne de confiance est faite par écrit, sur papier libre ou dans le cadre de la rédaction des directives anticipées. Les modèles de directives anticipées disponibles prévoient l'indication du nom et des coordonnées de la personne de

confiance et sa cosignature. La personne de confiance peut en posséder un exemplaire. **La désignation de la personne de confiance est révisable et révocable à tout moment.**

Il est recommandé que ce document soit intégré dans le dossier médical du médecin traitant et/ou celui de l'équipe soignante hospitalière et/ou de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou de tout autre lieu de résidence/d'hébergement (personnes en situation de grande dépendance ou de précarité).⁽²⁹⁾

7. Une aide dans la décision thérapeutique

a. Pour le médecin

Les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'actes, d'interventions ou de traitements, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation. En effet, le médecin est libre de décider si elles sont applicables selon les connaissances médicales et la situation actuelle du patient. Dans ce cas, si les directives anticipées semblent inappropriées, le médecin doit solliciter un avis collégial. Celui-ci s'impose alors et doit être inscrit dans le dossier médical.

b. Pour la personne de confiance

Les directives anticipées présentent aussi une aide pour la personne de confiance afin de respecter les volontés du patient quant à sa prise en charge en fin de vie. Elles peuvent être un argument majeur auprès de la famille et des proches lorsqu'une décision

difficile doit être prise, compte tenant l'avis de la personne de confiance. Par ailleurs, ces directives anticipées prévalent sur un avis non médical y compris celle de la personne de confiance donc celle-ci ne peut s'opposer au médecin s'il suit les directives anticipées.

8. Connaissance et pratique des directives anticipées en France

a. Connaissances des directives anticipées par la population générale en France

Depuis l'apparition des directives anticipées en France, les études se sont multipliées pour connaître les connaissances et l'impact de cette loi dans la population générale. En 2008, il est mis en évidence que seulement 24 % des patients interrogés disaient être au courant de l'existence de la loi, sans que soit évaluée objectivement cette connaissance. Plus tard en 2010, une étude de l'INED et de l'ONFV révèle que sur un échantillon de 15 000 patients décédés en France en 2009, seuls 2,5 % avaient rédigé leurs directives anticipées. ⁽³⁰⁾ Une enquête multicentrique réalisée en 2010, a établi que sur 782 patients interrogés, pourtant tous en phase terminale d'une pathologie chronique, moins de 2 % avaient rédigé des directives anticipées. Une enquête par questionnaire auto-administré a été menée sur 15 jours dans les bureaux d'admission du CHU de Nancy en 2011, sur un échantillon de 367 patients interrogés à l'hôpital, la majorité ne connaissaient pas la possibilité de rédiger des directives anticipées (57,5 %) mais y étaient favorables (93 %). En 2014, un nouveau travail retrouvait que 82,8 % des patients déclaraient ne pas savoir ce qu'étaient les directives anticipées. Parmi ceux connaissant les directives anticipées, seulement 5,2 % proposaient une définition que l'on peut considérer comme juste, comprenant à la fois la notion d'écrit et d'anticipation de la fin de vie mais aucun ne les avait rédigées. ⁽³¹⁾

On constate alors qu'en France les directives anticipées restent majoritairement méconnues de la population.

- b. Outils de communication sur les directives anticipées auprès de la population générale.

Pour faire face à la méconnaissance des Français concernant les directives anticipées, plusieurs moyens ont été mis en place.

D'abord, la Haute Autorité de Santé (HAS) propose sur son site internet, à partir de mots clés simples : « directives anticipées », « fin de vie », une page explicative à ce sujet pour la population générale « Pour tous, comment rédiger vos directives anticipées ? » ainsi qu'un formulaire modèle pour leur rédaction. (Annexe 1)

Ensuite, plusieurs campagnes pour le grand public ont été lancées par le Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie, à la demande du ministère des Solidarités et de la Santé en 2017 et 2018. Il est créé un spot TV mettant en scène l'une des attitudes les plus fréquentes face à la fin de vie à travers des situations théâtralisées :

plusieurs personnes trouvent, symboliquement, une manière d'éviter le sujet.

Cela permet de dédramatiser le sujet et d'interpeller, grâce à une mise en scène qui assume un léger décalage. Le tout souligné par une signature de campagne qui ouvre la porte à la réflexion ou au dialogue : « La fin de vie, et si on en parlait ? ». Il permet alors d'installer un outil de dialogue pour les Français et les professionnels de santé.

Ces derniers pourront ainsi sensibiliser leurs patients en leur parlant de la campagne.

Par ailleurs, le Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie inaugure aussi un nouveau site internet adapté à tous les publics, quel que soit leur âge ([69](http://www.parlons-</p></div><div data-bbox=)

fin-de-vie.fr). Pour le gouvernement, ce site doit devenir « l'outil de référence d'information sur les soins palliatifs et la fin de vie. » Afin de le faire connaître aux internautes, la campagne comporte un volet de communication digitale : des articles publicitaires dans des newsletters d'actualité, ainsi qu'une campagne Google Ads et Bing sur des mots clés sélectionnés (fin de vie, directives anticipées, personne de confiance, soins palliatifs...). La campagne digitale comprendra la diffusion du spot TV et des vidéos d'experts en pré-roll sur Youtube et sur des sites d'actualité, ainsi que sur Facebook et Twitter. Durant toute la campagne 2018, le Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie animera sa page Facebook pour mieux informer les Français sur les droits et les dispositifs relatifs à la fin de vie, et favoriser le dialogue sur un espace ouvert et modéré. Des vidéos, des infographies, des vrai/faux, seront repris dans des publications. Suite à la campagne de 2017, 87 % des plus de 50 ans interrogés dans le cadre du post-test de la campagne ont déclaré que le message du spot était clair. ⁽³²⁾



Image 3. Affiche de la campagne 2017 grand public : fin de vie ? Personne n'aime y penser

II. ÉTUDE DESCRIPTIVE ÉVALUANT LA CONNAISSANCE ET LA PRATIQUE DES DIRECTIVES ANTICIPÉES PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE

1. Introduction

Mes premières expériences professionnelles, notamment à l'hôpital dans des services de médecine conventionnelle, m'ont permis de constater qu'en tant que médecin, nous étions très souvent confrontés à des situations de fin de vie où le patient ne peut s'exprimer. Le plus souvent, celui-ci n'ayant pas formulé ou rédigé de directives anticipées, la prise de décision concernant les soins qu'il faut engager ou pas sur sa fin de vie, était difficile.

Dans les services où j'ai exercé, il existait un formulaire de rédaction des directives anticipées dans le logiciel de travail de l'hôpital. Celui-ci pouvait être rempli par le patient avec l'aide du médecin durant son hospitalisation ou renseigné selon des directives anticipées préalablement réalisées par le patient. Il permettrait ainsi de s'y référer dans une situation de fin de vie. Jamais je n'ai eu l'occasion de l'utiliser car le formulaire n'était pas rempli ou les directives anticipées n'avaient pas été rédigées auparavant. J'ai pu observer que les directives anticipées n'étaient pas un sujet abordé lors de l'arrivée du patient.

Par ailleurs, le contexte actuel de crise pandémique accroît la fréquence de ces situations de fin de vie qui, parfois, touchent des patients plus jeunes ou des patients dits en bonne santé (sans facteur de risque ou maladie grave). Ceci place dans l'actualité la réflexion sur la fin de vie et la nécessité de rédiger au préalable ces directives anticipées.

Aussi, il existe une réelle volonté des médecins d'améliorer la qualité de la fin de vie de leurs patients et d'améliorer l'aide à la prise de décision dans ce contexte. Pourtant cette volonté ne se traduit pas dans les faits par un plus grand recueil et application des directives anticipées. Cela suppose que des facteurs s'y opposent.

Selon la HAS et du fait de la relation « privilégiée » médecin/patient, le médecin généraliste a comme rôle d'informer ses patients sur l'existence de directives anticipées et d'en aider la rédaction.

Je me suis alors demandé qu'elles étaient les connaissances et la pratique des directives anticipées par le médecin généraliste afin de mettre en évidence des facteurs d'opposition et de pouvoir les améliorer.

2. Matériel et Méthode

a. Objectif de l'étude

L'objectif était double :

- Évaluer les connaissances des médecins généralistes sur les directives anticipées et leur cadre réglementaire.

- Interroger les médecins généralistes concernant les directives anticipées sur leur pratique, leur ressenti, les difficultés rencontrées, leur propre réticence à aborder le sujet

b. Recherche bibliographique

Une recherche bibliographique a été réalisée à partir du portail documentaire de la bibliothèque de la faculté de médecine Aix-Marseille et des bases de données Sudoc, Pubmed, Google Scholar, Catalogue des thèses de la Bibliothèque Interuniversitaire de Santé.

Les sources étaient des thèses de médecine, des textes de lois et des articles scientifiques, des ouvrages philosophiques et historiques et divers sites Internet ayant trait au à la fin de vie et aux directives anticipées.

Les mots clés utilisés étaient : fin de vie – directives anticipées – médecine générale.

Les références bibliographiques ont été répertoriées et classées en norme Vancouver à l'aide du logiciel Zotero.

c. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle descriptive transversale évaluant la connaissance et la pratique des directives anticipées par les médecins généralistes sur une unité géographique : le département des Bouches-du-Rhône.

d. Population étudiée

La population sélectionnée était celle des médecins généralistes libéraux installés ou remplaçants dans les Bouches-du-Rhône. Ils exerçaient en secteur rural, semi rural ou urbain (critère d'inclusion).

Les médecins généralistes salariés n'étaient pas inclus dans l'étude (critère de non-inclusion).

e. Recueil des données

L'étude a été réalisée du 1 Août 2020 au 31 Décembre 2020. Les données ont été recueillies au travers d'un questionnaire structuré auprès de médecins généralistes libéraux exerçant dans les Bouches du Rhône.

Les médecins ayant répondu étaient soit contactés par mail à partir de la création d'une mailing-List des médecins généralistes des Bouches-du-Rhône, soit par le biais des réseaux sociaux sur la base du volontariat. Le sujet et la durée de participation au questionnaire étaient préalablement annoncé au médecin interrogé. Deux-cent-quarante-six médecins ont participé à l'étude.

Le questionnaire a été réalisé à partir du logiciel Google Forms[®]. Il comportait dix-sept questions, toutes fermées à l'exception d'une (information sur l'âge) et numérotées.

(Annexe 3)

Quatre types d'informations ont été explorées :

- Caractéristiques de la population
- connaissance des directives anticipées
- pratique des directives anticipées
- opinions et intentions

f. Outils statistiques

Les données de l'étude ont été extraites manuellement du questionnaire sur Google Forms® à l'aide du logiciel MODALISA®.

L'outil statistique principal était le test du Khi 2 ayant permis d'extraire les résultats en tri croisé.

Le pourcentage de l'écart maximum (PEM) a été utilisé pour mettre en évidence une tendance d'attraction ou de répulsion pour une réponse, lorsqu'un résultat était non significatif.

3. Résultats

Deux-cent-quarante-six médecins ont répondu au questionnaire. Il n'est pas possible d'estimer le pourcentage de réponses par rapport à la population sollicitée car nous avons utilisé une diffusion, en partie par les réseaux sociaux.

a. Caractéristiques de la population

- Sexe

A l'aide du questionnaire nous avons pu recueillir l'avis de 185 femmes et 60 hommes, ce qui représente un pourcentage de 75,2% de femmes et 24,4% d'hommes ayant répondu au questionnaire.

- Âge

Concernant l'âge, 98 médecins avaient moins de trente ans (39,8%), 107 médecins avaient entre 30 et 39 ans (43,5%) et 37 médecins avaient 40 ans et plus (15,0%).

- Milieu d'activité

Concernant le secteur d'activité, 143 médecins exercent en ville (58,1%), 91 médecins en milieu semi-rural (37,0%) et 12 médecins en milieu rural (4,9%).

b. Connaissances des directives anticipées

- Connaissance de l'existence des directives anticipées

Parmi les deux-cent-quarante-six participants de l'étude, deux cent quarante personnes soit 97,6% des participants connaissaient l'existence des directives anticipées. Trois personnes soit 1,2% des participants ne les connaissaient pas.

Avez-vous entendu parler de directives anticipées ?

	Effectifs	Fréquence
OUI	240	97,6%
NON	3	1,2%
Non réponse	3	1,2%
Total	246	

Tableau 1- Connaissance des directives anticipées en tri simple

- Moyens d'information sur l'existence des directives anticipées

Sur tous les participants, cent quarante-neuf (60,6%) ont été informés lors des études médicales de premier et deuxième cycle et cent quarante (56,9%) lors des études médicales de troisième cycle.

Cinquante des participants (20,3%) connaissaient l'existence des directives anticipées par les médias et trente et une personnes (12,6%) par internet.

Enfin, vingt-six personnes (10,6%) ont été informées par un autre moyen non précisé et quatorze personnes (5,7%) par une formation professionnelle dédiée.

Pour cette question, chaque médecin avait plusieurs réponses possibles.

À la question « Si OUI, comment avez-vous été informé de l'existence des directives anticipées ? les personnes ont répondu :

	Effectifs	Fréquence
Pendant les études médicales : 1er / 2ème cycle	149	60,6%
Pendant les études médicales : 3ème cycle	140	56,9%
Par les médias	50	20,3%
Par internet	31	12,6%
Autre	26	10,6%
Lors d'une formation professionnelle dédiée	14	5,7%
Non réponse	3	
Total/ interrogés *	246	

Tableau 2- Part des différents modes d'information concernant les directives anticipées en tri simple

- Corrélation entre âge et moyen d'information

La majorité des moins de 30 ans (45,2%) ont connu l'existence des directives anticipées lors des études médicales de premier et deuxième cycle tandis que la minorité,

(1,1%) étaient informé par un moyen autre que par internet, médias, formation professionnelle dédiée ou pendant les études médicales.

Parmi les 30 à 39 ans, la majorité (42,1%) ont connu l'existence des directives anticipées lors du troisième cycle des études médicales alors que la minorité (7,9%) ont été informé par les médias.

Parmi les plus de 40 ans, la majorité (33,3%) ont été informé de l'existence des directives anticipées par un autre moyen que les différentes propositions décrites et la minorité (2,4%) pendant les études médicales de premier et deuxième cycle.

Tous ces résultats étaient significatifs.

Khi2=92,5 ddl=10 p=0,001 (Val. théoriques < 5 = 3) / Tableau % en colonne

	Moins de 30 ans	de 30 à 39 ans	40 ans et plus	Total
Par internet	15 (8,1%)	13 (7,3%)	3 (7,1%)	31
Lors d'une formation professionnelle dédiée	4 (2,2%)	4 (2,2%)	5 (11,9%)	13
Autre	2 (1,1%)	10 (5,6%)	14 (33,3%)	26
Par les médias	23 (12,4%)	14 (7,9%)	13 (31,0%)	50
Pendant les études médicales : 3ème cycle	58 (31,2%)	75 (42,1%)	6 (14,3%)	139
Pendant les études médicales : 1er /2ème cycle	84 (45,2%)	62 (34,0%)	1 (2,4%)	147
Total	186	178	42	406

Tableau 3- Corrélation entre âge et moyen d'information sur les directives anticipées en tri croisé

- Corrélation entre milieu d'activité et moyen d'information

Parmi les praticiens exerçant en ville, la majorité (36,0%) ont été informés de l'existence des directives anticipées lors du premier et deuxième cycle de leurs études

médicales. Les praticiens qui ont été informés par des moyens autres que les médias, internet, les formations professionnelles dédiées ou les études médicales, étaient en minorité (4,5%) pour ce secteur d'activité.

Concernant le milieu d'activité semi rural, les praticiens étaient principalement informés lors des études médicales de premier et deuxième cycle (37,4%) tandis qu'une minorité (2,2%) l'étaient par une formation professionnelle dédiée.

Enfin, pour le secteur rural, les praticiens étaient en majorité (66,6%) informés de l'existence des directives anticipées lors des études médicales tous cycles confondus tandis que la minorité avaient été informés par une autre méthode que celle des propositions émises (4,2%) ou par une formation professionnelle dédiée (4,2%).

Ces résultats n'étaient pas significatifs.

Khi2=6,2 ddl=10 p=0,8 (Val. théoriques < 5 = 5) / Tableau % en colonne

	Ville	Semi rural	Rural	Total	
Par internet	18 (7,3%)	11 (7,9%)	2 (8,3%)	31	
Par les médias	32 (13,0%)	14 (10,1%)	4 (16,7%)	50	
Lors d'une formation professionnelle dédiée	10 (4,0%)	3 (2,2%)	1 (4,2%)	14	
Pendant les études médicales : 1er /2ème cycle	89 (36,0%)	52 (37,4%)	8 (33,3%)	149	
Pendant les études médicales : 3ème cycle	87 (35,2%)	45 (32,4%)	8 (33,3%)	140	
Autre	11 (4,5%)	14 (10,1%)	1 (4,2%)	26	
Total	247	139	24	410	

Tableau 4- Corrélation entre milieu d'activité et moyen d'information sur les directives anticipées en tri croisé

- Rédaction des directives anticipées pour les personnes majeures aux fonctions cognitives préservées

La majorité des participants soit cent dix-sept médecins (47,6%) pensent que la rédaction des directives anticipées ne concerne pas seulement les personnes majeures aux fonctions cognitives préservées (réponse fausse). Quarante-vingt-dix-huit médecins (39,8%) pensent, à l'inverse, que les directives anticipées ne s'appliquent qu'aux personnes majeures aux fonctions cognitives préservées (réponse juste). Trente et un médecins (12,6%), ne se prononcent pas sur le sujet.

À la question « Pensez-vous que les directives anticipées concernent uniquement les personnes majeures aux fonctions cognitives conservées ? », les personnes ont répondu :

	Effectifs	Fréquence
NON	 117	47,6%
OUI	 98	39,8%
JE NE SAIS PAS	 31	12,6%
Total	246	

Tableau 5- Rédaction des directives anticipées pour les personnes majeures aux fonctions cognitives préservées en tri simple

- Corrélation entre âge et réponse à la question : « Pensez-vous que les directives anticipées concernent uniquement les personnes majeures aux fonctions cognitives conservées ? »

Les moins de 30 ans et ceux entre 30 et 39 ans, pensent que les directives anticipées ne concernent pas uniquement les personnes majeures aux fonctions cognitives conservées dans 55,1% et 44,9% respectivement.

Pour les plus des 40 ans, la plupart (51,4%) pensent que la rédaction des directives anticipées concerne uniquement les personnes majeures aux fonctions cognitives conservées.

Khi2=7,83 ddl=4 p=0,097 (Val. théoriques < 5 = 1) / Tableau % en colonne

	Moins de 30 ans	de 30 à 39 ans	40 ans et plus	Total
NON	54 (55,1%)	48 (44,9%)	12 (32,4%)	114
OUI	37 (37,8%)	42 (39,3%)	19 (51,4%)	98
JE NE SAIS PAS	7 (7,1%)	17 (15,9%)	6 (16,2%)	30
Total	98	107	37	242

Tableau 6- Corrélation entre âge et connaissance des directives anticipées sur la question : « Pensez-vous que les directives anticipées concernent uniquement les personnes majeures aux fonctions cognitives conservées ? » en tri croisé

Ces résultats n'étaient pas significatifs. Cependant, on observe une plus forte tendance pour les moins de 30 ans à méconnaître la loi concernant les directives anticipées, à l'inverse des plus de 40 ans.

- Rédaction des directives anticipées par la famille à la place du patient autonome

Deux-cent-cinq médecins généralistes (83,3%) pensent que la famille ne peut pas rédiger les directives anticipées à la place du patient autonome (réponse juste). Enfin, vingt-huit médecins (11,4%) ne connaissent pas la réponse à la question.

À la question « Pensez-vous que les directives anticipées peuvent être rédigées par la famille à la place du patient autonome ? », les personnes ont répondu :

	Effectifs	Fréquence
NON	 205	83,3%
JE NE SAIS PAS	 28	11,4%
OUI	 13	5,3%
Total	246	

Tableau 7- Rédaction des directives anticipées par la famille à la place du patient autonome en tri simple

- Situation où les directives anticipées ne s'imposent pas au médecin

Deux cent dix-sept médecins (88,2%) ont répondu que les directives anticipées ne s'imposaient pas en cas d'urgence vitale (réponse juste), cent cinquante-huit (64,2%) quand elles étaient inappropriées (réponse juste), vingt-sept (11,0%) quand la famille s'y oppose (réponse fausse) et douze (4,9%) quand le spécialiste s'y oppose (réponse fausse). Il y avait plusieurs réponses possibles à la question pour chaque médecin.

À la question « Savez-vous dans quels cas les directives anticipées ne s'imposent-elles pas au médecin ? », les personnes ont répondu :

	Effectifs	Fréquence
En cas d'urgence vitale	 217	88,2%
Directives Anticipées inappropriées	 158	64,2%
Famille s'oppose aux directives anticipées	 27	11,0%
Spécialiste s'oppose aux directives anticipées	 12	4,9%
Non réponse	5	
Total/ interrogés	246	

Tableau 8- Situation où les directives anticipées ne s'imposent pas au médecin en tri simple

- Connaissance de l'existence des directives anticipées par les patients

Cent douze médecins, donc la majorité d'entre eux (45,5%) pensent que la plupart des patients ne connaissent pas l'existence des directives anticipées. Enfin, cinquante médecins (20,3%) ne se prononcent pas sur la question.

À la question « Pensez-vous que vos patients soient au courant de l'existence des directives anticipées ? », les personnes ont répondu :

	Effectifs	Fréquence
NON	 112	45,5%
OUI	 83	33,7%
JE NE SAIS PAS	 50	20,3%
Non réponse	1	0,4%
Total	246	

Tableau 9- Connaissance de l'existence des directives anticipées par les patients en tri simple

- Durée des directives anticipées

Cent cinquante-sept médecins (63,8%) affirment qu'il n'y a pas de durée limitée aux directives anticipées (réponse juste). Vingt-quatre personnes (9,8%) ne formulent pas de réponse à la question.

À la question « Selon vous, les directives anticipées ont-elles une durée limitée ? », les personnes ont répondu :

	Effectifs	Fréquence
NON	157	63,8%
OUI	65	26,4%
JE NE SAIS PAS	24	9,8%
Total	246	

Tableau 10- Durée limitée des directives anticipées en tri simple

- Corrélation entre âge et réponse à la question : « Selon vous, les directives anticipées ont elles une durée limitée ? »

Ces résultats indiquent que toutes les tranches d'âge, en majorité, pensent qu'il n'y a pas de durée limitée aux directives anticipées, avec respectivement 61,2% pour les moins de 30 ans, 63,6 pour les 30 à 39 ans et 73,0% pour les plus de 40 ans.

Ces résultats sont significatifs.

Khi2=11,5 ddl=4 p=0,021 (Val. théoriques < 5 = 1) / Tableau % en colonne

	Moins de 30 ans	de 30 à 39 ans	40 ans et plus	Total
OUI	34 (34,7%)	26 (24,3%)	4 (10,8%)	64
NON	60 (61,2%)	68 (63,6%)	27 (73,0%)	155
JE NE SAIS PAS	4 (4,1%)	13 (12,1%)	6 (16,2%)	23
Total	98	107	37	242

Tableau 11- Corrélation entre âge et réponse à la question : « Selon vous, les directives anticipées ont elles une durée limitée ? » en tri croisé

- Modification et/ou annulation des directives anticipées

Deux cent quarante médecins (97,6%) affirment que les directives anticipées sont annulables ou modifiables (réponse juste). Quatre médecins (1,6%) ne se prononcent pas.

À la question « Selon vous, les directives anticipées sont-elles modifiables et/ou annulables à tout moment ? », les personnes ont répondu :

	Effectifs	Fréquence
OUI	240	97,6%
JE NE SAIS PAS	4	1,6%
NON	1	0,4%
Non réponse	1	0,4%
Total	246	

Tableau 12- Modification et/ou annulation des directives anticipées en tri simple

c. Pratique des directives anticipées

- Aide à la rédaction des directives anticipées

Cent cinquante-cinq médecins (63,0%) n'ont jamais aidé un patient à rédiger ses directives anticipées.

A la question « Avez-vous déjà aidé des patients à rédiger les directives anticipées ? », les personnes ont répondu :

	Effectifs	Fréquence
NON	155	63,0%
OUI	91	37,0%
Total	246	

Tableau 13- Aide à la rédaction des directives anticipées en tri simple

- Corrélation entre l'âge et la réponse à la question : « Avez-vous déjà aidé des patients à rédiger les directives anticipées ? »

Parmi les moins de 30 ans, soixante-treize médecins (74,5%) n'ont jamais aidé un patient à la rédaction des directives anticipées.

Parmi les 30 à 40 ans, cinquante-neuf médecins (55,1%) n'ont pas participé à la rédaction des directives anticipées avec le patient.

Enfin, parmi les plus de 40 ans, vingt médecins (54,1%) n'ont jamais apporté d'aide à un patient pour la rédaction des directives anticipées.

Ces résultats sont très significatifs.

Khi2=9,63 ddl=2 p=0,008 / Tableau % en colonne

	Moins de 30 ans	30 à 39 ans	40 ans et plus	Total
OUI	25 (25,5%)	48 (44,9%)	17 (45,9%)	90
NON	73 (74,5%)	59 (55,1%)	20 (54,1%)	152
Total	98	107	37	242

Tableau 14- Corrélation entre l'âge et la réponse à la question : « Avez-vous déjà aidé des patients à rédiger les directives anticipées ? » en tri croisé

- Situation où le médecin aide le patient à la rédaction des directives anticipées

Les résultats montrent que parmi les médecins qui ont aidé des patients à la rédaction des directives anticipées, cinquante-six (61,5%) l'ont fait lorsqu'ils étaient atteints d'une maladie grave, cinquante-deux (57,1%) pour des patients en fin de vie, trente (33,0%) pour des patients atteints d'une maladie chronique, vingt-six (28,6%) pour des patients de

plus de 70 ans, vingt (22,0%) pour des patients de plus de 80 ans, seize (17,6%) pour des patients de plus de 60 ans, douze (13,2%) pour tous patients majeurs et trois (3,2%) pour des patients de plus de 50 ans.

Pour cette question, chaque médecin avait plusieurs réponses possibles.

À la question « Dans quel cas avez-vous déjà aidé des patients à rédiger les directives anticipées ? », les personnes ont répondu :

	Effectifs	Fréquence
Pour les patients atteints d'une maladie grave	 56	61,5%
Pour les patients en fin de vie	 52	57,1%
Pour les patients atteints d'une maladie chronique	 30	33,0%
Pour les patients >70 ans	 26	28,6%
Pour les patients >80 ans	 20	22,0%
Pour les patients >60 ans	 16	17,6%
Pour tous les patients majeurs	 12	13,2%
Pour les patients >50 ans	 3	3,2%
Total/ réponses	215	

Interrogés : 246 / Répondants : 91 / Réponses : 215
 Pourcentages calculés sur la base des répondants

Tableau 15- Situation où le médecin aide le patient à la rédaction des directives anticipées en tri simple

- Moment le plus opportun pour aborder le sujet des directives anticipées

Lorsque l'on interroge les médecins qui ont déjà aidé un patient à la rédaction des directives anticipées sur le moment le plus opportun pour aborder le sujet, quatre-vingts dix médecins (81,1%) pensent que cela peut-être fait à n'importe quel moment du suivi du patient, treize médecins (11,7%) considèrent que cela devrait être fait uniquement en cas d'annonce d'une maladie grave et trois médecins (2,7%) pensent que cela doit être fait uniquement lors de la discussion de la mise en soins palliatifs.

À la question « Quel moment vous paraît le plus opportun pour aborder le sujet des directives anticipées ? », les personnes ont répondu :

	Effectifs	Fréquence
A tous les moments du suivi du patient	 90	81,1%
Uniquement en cas d'annonce d'une maladie grave	 13	11,7%
Uniquement lors de la discussion de la mise en soins palliatifs	 8	2,7%
Total	111	

Interrogés : 246 / Répondants : 111 / Réponses : 106
 Pourcentages calculés sur la base des répondants

Tableau 16- Moment le plus opportun pour aborder le sujet des directives anticipées en tri simple

- Lieu de rédaction des directives anticipées

Parmi les médecins qui ont déjà aidé des patients à rédiger leurs directives anticipées, quarante-six médecins (49,5%) l'ont fait au cabinet, trente et un (33,3%) médecins dans un autre lieu hors cabinet ou domicile du patient (non précisé) et seize médecins (17,2%) au domicile du patient.

À la question « Où avez-vous aidé à rédiger les directives anticipées par le patient ? »,

	Effectifs	Fréquence
Au cabinet	 46	49,5%
Autre	 31	33,3%
Au domicile	 16	17,2%
Total	93	

les personnes ont répondu :

Interrogés : 246 / Répondants : 93 / Réponses : 93
 Pourcentages calculés sur la base des répondants

Tableau 17- Lieu de rédaction des directives anticipées en tri simple

- Corrélation entre l'âge et la réponse à la question : « Où avez-vous aidé à rédiger les directives anticipées par le patient ? »

Ces résultats montrent que parmi les moins de 30 ans, seize médecins (64,0%) ont rédigé les directives anticipées du patient dans un autre lieu que le cabinet ou au domicile du patient (non précisé), six médecins (24,0%) l'ont fait en cabinet et seulement trois (12,0%) au domicile du patient.

Concernant la tranche d'âge 30 à 40 ans, vingt-neuf médecins (58,1%) ont rédigé les directives anticipées avec le patient au cabinet, douze médecins (24,0%) dans un lieu autre que le cabinet ou le domicile du patient (non précisé) et neuf médecins (10,0%) l'ont fait au domicile du patient.

Enfin, chez les médecins de plus de 40 ans, dix médecins (58,8%) ont aidé à la rédaction des directives anticipées au cabinet, quatre (23,5%) l'ont fait au domicile et trois (17,6%) dans un lieu autre que le domicile du patient ou au cabinet.

Ces résultats sont très significatifs.

Khi2=14,1 ddl=4 p=0,007 (Val. théoriques < 5 = 2) / Tableau % en colonne

	Moins de 30 ans	de 30 à 39 ans	40 ans et plus	Total
Au domicile	3 (12,0%)	9 (10,0%)	4 (23,5%)	16
Au cabinet	6 (24,0%)	29 (58,1%)	10 (58,8%)	45
Autre	16 (64,0%)	12 (24,0%)	3 (17,6%)	31
Total	25	50	17	92

Tableau 18- Corrélation entre l'âge et la réponse à la question : « Où avez-vous aidé à rédiger les directives anticipées par le patient ? » en tri croisé

- Support d'aide à la rédaction des directives anticipées

Parmi les médecins qui ont aidé des patients à la rédaction de leurs directives anticipées, cinquante médecins (65,2%) ont utilisé comme support le modèle créé par la HAS, vingt-neuf médecins (31,5%) sur un modèle libre et trois (3,7%) à l'aide d'un modèle personnel. Pour cette question, chaque médecin avait plusieurs réponses possibles.

À la question « À l'aide de quel support avez-vous aidé le patient à rédiger les directives anticipées ? », les personnes ont répondu :

	Effectifs	Fréquence
Modèle HAS	 60	65,2%
Modèle libre	 29	31,5%
Modèle personnel (que vous avez créé)	 3	3,7%
Total	246	

Interrogés : 246 / Répondants : 92 / Réponses : 92
Pourcentages calculés sur la base des répondants

Tableau 19- Support d'aide à la rédaction des directives anticipées en tri simple

- Corrélation entre l'âge et la réponse à la question : « à l'aide de quel support avez-vous aidé le patient à rédiger les directives anticipées ? »

Quel que soit la catégorie d'âge du médecin, le modèle HAS est celui qui est le plus utilisé de 58,3 à 88,2%.

Khi2=5,06 ddl=4 p=0,28 (Val. théoriques < 5 = 3) / Tableau % en colonne

	Moins de 30 ans	de 30 à 39 ans	40 ans et plus	Total
Modèle libre	10 (41,7%)	17 (34,0%)	2 (11,8%)	29
Modèle personnel (que vous avez créé)	0 (0%)	3 (6,0%)	0 (0%)	3
Modèle HAS	14 (58,3%)	30 (60,0%)	15 (88,2%)	59
Total	24	50	17	91

Tableau 20- Corrélation entre l'âge et la réponse à la question : « à l'aide de quel support avez-vous aidé le patient à rédiger les directives anticipées ? » en tri croisé

Ces résultats ne sont pas significatifs. Cependant, on observe une plus forte tendance pour les plus de 40 ans à utiliser le modèle de la HAS et moins à utiliser un modèle libre pour la rédaction des directives anticipées.

- Lieu de conservation des directives anticipées

Cinquante-quatre médecins (68,1%) ayant déjà aidé un patient à la rédaction des directives anticipées, les ont conservés à la fois dans le dossier médical et chez le patient. Par ailleurs, vingt médecins (21,3%) les ont uniquement conservées dans le dossier médical, huit uniquement chez le patient et deux médecins dans un autre lieu non précisé. Pour cette question, chaque médecin avait plusieurs réponses possibles.

À la question « Où est conservé la rédaction des directives anticipées ? », les personnes ont répondu :

	Effectifs	Fréquence
Les deux	 64	68,1%
Dans le dossier médical	 20	21,3%
Chez le patient	 8	8,5%
Autre	 2	2,1%
Total	246	

Interrogés : 246 / Répondants : 94 / Réponses : 94
Pourcentages calculés sur la base des répondants

Tableau 21- Lieu de conservation des directives anticipées en tri simple

- Corrélation entre âge et réponse à la question : « Où est conservé la rédaction des directives anticipées ? »

Quelle que soit la catégorie d'âge, les médecins ont majoritairement conservé les directives anticipées du patient à la fois dans le dossier médical et chez le patient.

Ces résultats ne sont pas significatifs.

Khi2=10,8 ddl=6 p=0,094 (Val. théoriques < 5 = 7) / Tableau % en colonne

	Moins de 30 ans	de 30 à 39 ans	40 ans et plus	Total
Chez le patient	1 (4,2%)	5 (9,8%)	2 (11,1%)	8
Dans le dossier médical	11 (45,8%)	6 (11,8%)	3 (16,7%)	20
Les deux	12 (50,0%)	39 (76,5%)	12 (66,7%)	63
Autre	0 (0%)	1 (2,0%)	1 (5,6%)	2
Total	24	51	18	93

Tableau 22- Corrélation entre âge et réponse à la question : « Où est conservé la rédaction des directives anticipées ? » en tri croisé

- Vécu de la rédaction des directives anticipées avec le patient par le médecin

Parmi les médecins ayant déjà aidé des patients à la rédaction de leurs directives anticipées, quarante (43,5%) estiment qu'ils l'ont vécu de manière émotionnellement neutre.

Par ailleurs, trente-deux médecins (34,8%) pensent que cela était émotionnellement difficile tandis que quatorze médecins (15,2%) considèrent cet acte émotionnellement facile.

De plus, vingt-sept médecins (29,3%) estiment que participer à la rédaction des directives anticipées du patient est techniquement difficile. Autant de médecins pensent que cela est techniquement facile.

Pour cette question, chaque médecin avait plusieurs réponses possibles.

À la question « Comment avez-vous vécu cette aide à la rédaction ? », les personnes ont répondu :

	Effectifs	Fréquence
Émotionnellement neutre	 40	43,5%
Émotionnellement difficile	 32	34,8%
Techniquement difficile	 27	29,3%
Techniquement facile	 27	29,3%
Émotionnellement facile	 14	15,2%
Total/ interrogés	246	

Interrogés : 246 / Répondants : 92 / Réponses : 140
 Pourcentages calculés sur la base des répondants

Tableau 23- Vécu de la rédaction des directives anticipées avec le patient par le médecin en tri simple

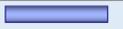
- Vécu par le patient du point de vue du médecin

Parmi les médecins ayant déjà aidé un patient à la rédaction des directives anticipées, soixante-cinq médecins (70%) estiment que le patient y a participé activement. De plus, quarante médecins (43,5%) estiment que le patient a ressenti un soulagement à la rédaction de ses directives anticipées, trente-cinq médecins (38,0%) considèrent que cet acte a été bien vécu, seize médecins (17,4%) pensent que le patient était angoissé et douze médecins (13,0%) considèrent que cela a été vécu avec incompréhension par le patient.

Enfin, trente-cinq médecins (38,0%) ont répondu que le patient l'avait bien vécu.

Pour cette question, chaque médecin avait plusieurs réponses possibles.

À la question « comment pensez-vous que le patient a vécu ce moment de rédaction des directives anticipées ? », les personnes ont répondu :

	Effectifs	Fréquence
De façon active	 65	70,6%
Avec soulagement	 40	43,5%
Bien vécu	 35	38,0%
Avec angoisse	 16	17,4%
Avec incompréhension	 12	13,0%
De façon passive	 4	4,3%
Total/ interrogés	246	

Interrogés : 246 / Répondants : 92 / Réponses : 172
 Pourcentages calculés sur la base des répondants

Tableau 24- Vécu par le patient du point de vue du médecin en tri simple

- Raisons pour lesquelles le médecin n'a jamais aidé un patient à la rédaction des directives anticipées

Parmi les médecins qui n'ont jamais aidé un patient à la rédaction des directives anticipées (n=134), soixante-seize médecins (56,7%) considèrent qu'ils ne l'ont pas fait par manque d'information sur les directives anticipées. De plus, cinquante médecins (37,3%) estiment qu'ils manquent de temps pour le faire. Ensuite, quarante-deux médecins (31,3%) éprouvent de la difficulté à aborder le sujet de la fin de vie et trente et un (23,1%) à expliquer la loi.

Enfin, dix-neuf médecins (14,2%) ne se sentent pas légitime dans l'aide à la rédaction des directives anticipées et neufs médecins (6,7%) ne se sentent pas concernés par cela.

Pour cette question, chaque médecin avait plusieurs réponses possibles.

À la question « Pourquoi n'avez-vous jamais aidé à la rédaction des directives anticipées ? », les personnes ont répondu :

	Effectifs	Fréquence
Je manque d'information sur les directives anticipées	 76	56,7%
Je manque de temps	 50	37,3%
J'éprouve une difficulté avec la fin de vie	 42	31,3%
J'éprouve une difficulté à expliquer la loi	 31	23,1%
Je ne me sens pas légitime	 19	14,2%
Je ne me sens pas concerné	 9	6,7%
Total/ interrogés	246	

Interrogés : 246 / Répondants : 134 / Réponses : 227
 Pourcentages calculés sur la base des répondants

Tableau 25- Raisons pour lesquelles le médecin n'a jamais aidé un patient à la rédaction des directives anticipées en tri simple

- Corrélation entre sexe et réponse à la question : « pourquoi ne l'avez-vous jamais fait ? »

Parmi les médecins n'ayant jamais participé à la rédaction des directives anticipées d'un patient, cinquante-neuf femmes (34,1%) estiment qu'elles manquent d'information sur les directives anticipées, trente-sept femmes (21,4%) qu'elles éprouvent une difficulté avec la fin de vie, trente-trois femmes (19,1%) qu'elles manquent de temps et vingt-cinq médecins femmes (14,5%) qu'elles éprouvent des difficultés à expliquer la loi. De plus, onze médecins femmes (6,4%) ne se sentent pas légitime pour aider à la rédaction des directives anticipées et huit (4,6%) ne se sentent pas concernées.

Concernant les hommes, il y a autant de médecins, soit dix-sept (31,5%), qui pensent manquer de temps pour participer à la rédaction des directives anticipées ou manquer d'information sur le sujet. Ensuite, huit médecins (14,8%) ne se sentent pas légitime dans cet acte. Par ailleurs, six -médecins (11,1%) éprouvent une difficulté à expliquer la loi et cinq (9,3%) une difficulté à aborder le sujet de la fin de vie. Enfin, un seul médecin (1,9%) ne se sent pas concerné dans ce rôle-là.

Ces résultats ne sont pas significatifs.

Khi2=9,61 ddl=5 p=0,086 (Val. théoriques < 5 = 2) / Tableau % en colonne

	Une femme	Un homme	Total
Je ne me sens pas concerné	8 (4,6%)	1 (1,9%)	9
Je manque de temps	33 (19,1%)	17 (31,5%)	50
J'éprouve une difficulté à expliquer la loi	25 (14,5%)	6 (11,1%)	31
Je manque d'information sur les directives anticipées	59 (34,1%)	17 (31,5%)	76
Je ne me sens pas légitime	11 (6,4%)	8 (14,8%)	19
J'éprouve une difficulté avec la fin de vie	37 (21,4%)	5 (9,3%)	42
Total	173	54	227

Tableau 26- Corrélation entre sexe et réponse à la question : « pourquoi ne l'avez-vous jamais fait ? » en tri croisé

d. Opinions des médecins concernant les directives anticipées

- Place du médecin traitant dans la rédaction des directives anticipées

Cent dix-huit médecins (48,0%) estiment que la place du médecin traitant dans la rédaction des directives anticipées est importante. Par ailleurs, soixante-quatorze médecins (30,1%) pensent que leur place est très importante et quarante-deux médecins (17,1%) modérée. Enfin, cinq médecins (2,4%) pensent que le rôle du médecin dans la rédaction des directives anticipées est faible et cinq (2,4%) aucun rôle.

À la question : « Comment estimez-vous la place du médecin traitant dans la rédaction des directives anticipées ? », les personnes ont répondu :

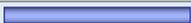
	Effectifs	Fréquence
Importante	 118	48,0%
Très importante	 74	30,1%
Modérée	 42	17,1%
Faible	 6	2,4%
Aucune	 5	2,0%
Non réponse	 1	0,4%
Total	246	

Tableau 27- Place du médecin traitant dans la rédaction des directives anticipées en tri simple

- Corrélation entre sexe et réponse à la question : « *Comment estimez-vous la place du médecin traitant dans la rédaction des directives anticipées ?* »

Cent quarante-huit femmes (80,4%) estiment que la place du médecin traitant est importante ou très importante. Il en est de même pour le sexe opposé avec 43 hommes (71,7%) pour la réponse importante ou très importante.

Khi2=5,16 ddl=2 p=0,074 (Val. théoriques < 5 = 2) / Tableau % en colonne

	Une femme	Un homme	Total
Aucune	1 (0,5%)	4 (6,7%)	5
Faible /Modérée	35 (19,0%)	13 (21,7%)	48
Importante /Très importante	148 (80,4%)	43 (71,7%)	191
Total	184	60	244

Tableau 28- Corrélation entre sexe et réponse à la question : « Comment estimez-vous la place du médecin traitant dans la rédaction des directives anticipées ? » en tri croisé

Ces résultats ne sont pas significatifs. Cependant, on observe que les hommes ont plus tendance à penser que le médecin généraliste n'a pas sa place dans l'aide à la rédaction des directives anticipées par rapport aux femmes.

- Corrélation entre milieu d'activité et réponse à la question : « *Comment estimez-vous la place du médecin traitant dans la rédaction des directives anticipées ?* »

Soixante et onze médecins (49,7%) exerçant en secteur de ville pensent que la place du médecin traitant est importante. Trente-huit médecins (41,8%) exerçant en milieu semi rural estiment que la place du médecin traitant est importante. Enfin, concernant le milieu rural, neuf médecins (81,8%) pensent que leur rôle est important.

Khi2=9,61 ddl=8 p=0,293 (Peu fiable. Valeurs théoriques inférieures à 5 : 8) / Tableau % en colonne

	Semi rural	Ville	Rural
Faible	1 (1,1%)	5 (3,5%)	0 (0%)
Importante	38 (41,8%)	71 (49,7%)	9 (81,8%)
Modérée	14 (15,4%)	27(18,9%)	1 (9,1%)
Très importante	34 (37,4%)	39 (27,3%)	1 (9,1%)
Aucune	4 (4,4%)	1 (0,6%)	0 (0%)

*Tableau 29- Corrélation entre milieu d'activité et réponse à la question :
« Comment estimez-vous la place du médecin traitant dans la rédaction des
directives anticipées ? » en tri croisé*

Ces résultats ne sont pas significatifs. Cependant, on observe que les médecins exerçant en milieu rural ont plus tendance à penser que la place du médecin généraliste dans l'aide à la rédaction des directives anticipées est importante.

- Utilité des directives anticipées en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt de la prise en charge médicale d'un patient ou lors de la mise en place de LATA

Deux-cent-trente-quatre médecins (95,1%) estiment que les directives anticipées sont utiles pour la prise en charge de la fin de vie.

À la question « Pensez-vous que la rédaction des directives anticipées est utile en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt de la prise en charge médicale d'un patient ou lors de la mise en place de LATA ? », les personnes ont répondu :

	Effectifs	Fréquence
OUI	234	95,1%
JE NE SAIS PAS	8	3,3%
NON	4	1,6%

Tableau 30- Utilité des directives anticipées en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt de la prise en charge médicale d'un patient ou lors de la mise en place de LATA en tri simple

- Corrélation entre âge et réponse à la question : « Pensez-vous que la rédaction des directives anticipées est utile en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt de la prise en charge médicale d'un patient ou lors de la mise en place de LATA ? »

Quelle que soit la catégorie d'âge, les médecins répondants estiment que les directives anticipées sont utiles pour la prise en charge de la fin de vie. Ces résultats ne sont à la limite de la significativité.

Khi2=9,46 ddl=4 p=0,05 (Val. théoriques < 5 = 6) / Tableau % en colonne

	Moins de 30 ans	de 30 à 39 ans	40 ans et plus	Total
OUI	97 (99,0%)	101 (94,4%)	32 (86,5%)	230
NON	0 (0%)	4 (3,7%)	0 (0%)	4
JE NE SAIS PAS	1 (1,0%)	2 (1,9%)	5 (13,5%)	8
Total	98	107	37	242

Tableau 31- Corrélation entre âge et réponse à la question : « Pensez-vous que la rédaction des directives anticipées est utile en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt de la prise en charge médicale d'un patient ou lors de la mise en place de LATA ? » en tri croisé

- Personne pouvant aider le patient à la rédaction des directives anticipées

Deux cent trente médecins (93,5%) considèrent que le médecin généraliste peut aider le patient à la rédaction des directives anticipées. Ensuite, deux cent treize médecins (86,6%) placent la personne de confiance dans ce rôle-là. De plus, cent soixante-dix-huit médecins (72,4%) incluent la famille dans l'aide à la rédaction des directives anticipées du patient.

Par ailleurs, cent soixante et un médecins (65,4%) estiment que le médecin spécialiste peut aider le patient pour la rédaction des directives anticipées et cent trente-trois médecins (54,1%) placent le psychologue dans ce rôle-là.

Enfin, cinquante-sept médecins (23,2%) pensent que le directeur de maison de retraite peut y participer et trente-huit médecins (15,4%) indiquent que d'autres personnes peuvent avoir une utilité dans l'aide à la rédaction des directives anticipées (non précisées). Pour cette question, chaque médecin avait plusieurs réponses possibles.

À la question « Pour vous, qui peut aider le patient à rédiger les directives anticipées ? », les personnes ont répondu :

	Effectifs	Fréquence
Médecin généraliste	230	93,5%
Personne de confiance	213	86,6%
Famille	178	72,4%
Médecin spécialiste	161	65,4%
Psychologue	133	54,1%
Directeur de maison de retraite	57	23,2%
Autre	38	15,4%
Non réponse	1	
Total/ interrogés	246	

Interrogés : 246 / Répondants : 245 / Réponses : 1010
 Pourcentages calculés sur la base des interrogés

Tableau 32- Personne pouvant aider le patient à la rédaction des directives anticipées en tri simple

- Corrélation entre âge et la réponse à la question : « *Qui peut aider le patient à rédiger les directives anticipées ?* »

Quelle que soit la catégorie d'âge, le médecin généraliste est la personne pouvant le plus aider à la rédaction des directives anticipées. A noter que pour les moins de 30 ans, la personne de confiance joue un rôle important également. Ces résultats ne sont pas significatifs.

Khi2=16,3 ddl=12 p=0,179 (Val. théoriques < 5 = 1) / Tableau % en colonne

	Moins de 30 ans	de 30 à 39 ans	40 ans et plus	Total
Famille	76 (18,8%)	79 (17,2%)	20 (15,6%)	175
Personne de confiance	94 (23,2%)	89 (19,3%)	27 (21,1%)	210
Psychologue	48 (11,9%)	64 (13,9%)	18 (14,1%)	130
Médecin spécialiste	69 (17,0%)	74 (16,1%)	16 (12,5%)	159
Médecin généraliste	94 (23,2%)	103 (22,4%)	29 (22,7%)	226
Directeur de maison de retraite	14 (3,5%)	34 (7,4%)	8 (6,3%)	56
Autre	10 (2,5%)	17 (3,7%)	10 (7,8%)	37
Total	405	460	128	993

Tableau 33- Corrélation entre et la réponse à la question : « *Qui peut aider le patient à rédiger les directives anticipées ?* » en tri croisé

- Moyens pour aider le médecin pour la rédaction des directives anticipées

Cent quatre-vingt-douze médecins (78,8%) estiment qu'il faudrait donner plus d'informations sur les directives anticipées à la population. Ensuite, cent quarante-cinq médecins (58,9%) aimeraient recevoir des formations médicales continues dédiées sur ce sujet. Cent trente-trois médecins (54,1%) désireraient être aidés par un réseau de soins palliatifs. Par ailleurs, cent-vingt médecins (22,8%) pensent que coter l'acte de la

rédaction des directives anticipées par la sécurité sociale permettrait d'en favoriser le recueil. De plus, cinquante-six médecins généralistes (22,8%) considèrent que majorer la communication entre eux et les spécialistes du patient serait un moyen pour les aider à recueillir les directives anticipées du patient. Trente et un médecins (12,6%) aimeraient l'aide du psychologue, vingt-huit (11,4%) d'une infirmière et onze médecins (4,5%) d'une auxiliaire de vie. Pour cette question, chaque médecin avait plusieurs réponses possibles.

À la question « *Quelle aide, en tant que médecin, souhaiteriez-vous avoir pour la rédaction des directives anticipées ?* », les personnes ont répondu :

	Effectifs	Fréquence
Plus d'informations sur les D.A. auprès de la population	192	78,0%
Formation dédiée de type Formation Médicale Continue	145	58,9%
Aide par un réseau de soins palliatifs	133	54,1%
Cotation par la sécurité sociale de l'acte	120	48,8%
Plus de communication avec le spécialiste du patient	56	22,8%
Aide par un psychologue	31	12,6%
Aide d'une infirmière	28	11,4%
Aide d'une auxiliaire de vie	11	4,5%
Autre	6	2,4%
Aucune aide	6	2,4%
Non réponse	1	
Total/ interrogés	246	

Interrogés : 246 / Répondants : 245 / Réponses : 728
 Pourcentages calculés sur la base des interrogés

Tableau 34- Moyens pour aider le médecin pour la rédaction des directives anticipées en tri simple

- Améliorer la connaissance des directives anticipées auprès du médecin généraliste

D'après ces résultats, deux cent vingt-quatre médecins (91,1%) estiment que des formations médicales continues pourraient aider à améliorer la connaissance des médecins sur les directives anticipées.

De plus, cent vingt médecins (48,8%) aimeraient l'aide des spécialistes (principalement oncologues, gériatres ou médecins des soins palliatifs) et soixante-dix-sept médecins

(31,3%) pensent que les EHPAD pourraient jouer un rôle primordial concernant l'information sur les directives anticipées auprès du médecin généraliste.

Enfin, cinquante médecins (20,3%) considèrent que les médias pourraient y participer et seize médecins (6,5%) désireraient d'autres moyens d'information sur les directives anticipées (non précisés). Pour cette question, chaque médecin avait plusieurs réponses possibles.

À la question « Selon vous, comment pourrait-on améliorer la connaissance des directives anticipées auprès du médecin généraliste ? », les personnes ont répondu :

	Effectifs	Fréquence
rôle des formations médicales continues	 224	91,1%
rôle du spécialiste (oncologie, gériatre, soins palliatifs)	 120	48,8%
Rôle des EHPAD	 77	31,3%
rôle des médias	 50	20,3%
Autre	 16	6,5%
Non réponse	2	
Total/ interrogés	246	

Interrogés : 246 / Répondants : 244 / Réponses : 487
 Pourcentages calculés sur la base des interrogés

Tableau 35- Améliorer la connaissance des directives anticipées auprès du médecin généraliste en tri simple

- Corrélation entre âge et réponse à la question : « comment pourrait-on améliorer la connaissance des directives anticipées auprès du médecin généraliste ? »

Ces résultats sont très similaires quelle que soit la catégorie d'âge des médecins.

Les résultats ne sont pas significatifs.

Khi2=4,77 ddl=8 p=0,783 (Val. théoriques < 5 = 1) / Tableau % en colonne

	Moins de 30	de 30 à 39	40 et plus	Total
rôle des médias	17 (9,3%)	24 (10,5%)	8 (11,9%)	49
rôle des formations médicales continues	89 (48,9%)	98 (43,0%)	33 (49,3%)	220
Rôle des EHPAD	23 (12,6%)	43 (18,9%)	8 (11,9%)	74
rôle du spécialiste (oncologie, gériatre, soins palliatifs)	47 (25,8%)	56 (24,6%)	15 (22,4%)	118
Autre	6 (3,3%)	7 (3,1%)	3 (4,5%)	16
Total	182	228	67	477

Tableau 36- Corrélation entre âge et réponse à la question : « comment pourrait-on améliorer la connaissance des directives anticipées auprès du médecin généraliste ? » en tri croisé

- Corrélation entre lieu d'exercice et réponse à la question : « comment pourrait-on améliorer la connaissance des directives anticipées auprès du médecin généraliste ? »

Quelle que soit le milieu d'exercice du médecin, une demande de formation médicale continue est prépondérante.

Ces résultats ne sont pas significatifs.

Khi2=5,44 ddl=8 p=0,711 (Val. Théoriques < 5 = 3) / Tableau % en colonne

	Ville	Semi rural	Rural	Total
rôle des formations médicales continues	129 (44,3%)	83 (48,5%)	12 (48,0%)	224
rôle du spécialiste (oncologie, gériatre, soins palliatifs)	69 (23,7%)	45 (26,3%)	6 (24,0%)	120
Rôle des EHPAD	50 (17,2%)	22 (12,9%)	5 (20,0%)	77
rôle des médias	36 (12,4%)	14 (12,9%)	0 (0%)	50
Autre	7 (2,4%)	7 (8,2%)	2 (8,0%)	16
Total	291	171	25	487

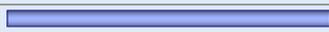
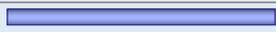
Tableau 37- Corrélation entre lieu d'exercice et réponse à la question : « comment pourrait-on améliorer la connaissance des directives anticipées auprès du médecin généraliste ? » en tri croisé

- Améliorer la connaissance des directives anticipées auprès du patient

Deux- cent-cinq médecins (83,3%) considèrent les médias et le médecin généraliste comme les acteurs principaux pour améliorer la connaissance des directives anticipées auprès du patient.

De plus, cent soixante-dix médecins (69,1%) considèrent que le spécialiste (oncologue, gériatre ou médecin des soins palliatifs) pourrait aider à informer les patients sur les directives anticipées. Ensuite, cent soixante-neufs médecins (68,7%) pensent qu'il devrait y avoir des associations de patients pour cela et cent trente-huit médecins (56,1%) soulignent la nécessité des EHPAD dans ce rôle-là. Pour cette question, chaque médecin avait plusieurs réponses possibles.

À la question « Selon vous, comment pourrait-on améliorer la connaissance des directives anticipées auprès du patient ? »,

	Effectifs	Fréquence
rôle des médias	 205	83,3%
rôle du médecin généraliste	 205	83,3%
rôle du spécialiste (oncologie, gériatre, soins palliatifs)	 170	69,1%
Rôle des associations de Patients	 169	68,7%
Rôle des EHPAD	 138	56,1%
Autre	 12	4,9%
Non réponse	2	
Total/ interrogés	246	

Interrogés : 246 / Répondants : 244 / Réponses : 899
 Pourcentages calculés sur la base des interrogés

Tableau 38- Améliorer la connaissance des directives anticipées auprès du patient en tri simple

4. DISCUSSION

a. Au sujet du matériel et méthode

Mode de recrutement

Le mode de recrutement par les réseaux sociaux et la mailing liste nécessitait d'être informatisé et d'être présent sur ces réseaux sociaux, ce qui limite la représentativité des médecins, bien que ces derniers soient le plus souvent informatisés. De plus, pouvoir répondre au questionnaire « Google form » nécessitait un compte « Google ». Les personnes n'ayant pas créé de compte sur cette plateforme ne pouvaient pas accéder au questionnaire. Cette notion n'a été découverte qu'une fois le questionnaire diffusé. Cela crée un biais de sélection.

Population étudiée

L'étude comprenait deux cent quarante-huit médecins généralistes. Cet échantillon est faible pour être représentatif de la connaissance des directives anticipées de tous les médecins généralistes. Cependant, la recherche d'une représentativité statistique a peu de sens quand nous souhaitons seulement comprendre les expériences du médecin généralistes en termes de directives anticipées et étudier sa spécificité au sein d'un processus collectif.

Devant un taux élevé de femme au sein de notre étude, 75,2% de femmes contre 24,4% d'hommes, plusieurs hypothèses peuvent être formulées pour expliquer ce phénomène. Une étude statistique réalisé par le site Statista en 2013 montre que les femmes sont plus

actives sur les réseaux sociaux, majorant probablement leur représentativité dans le cadre de cette étude. De plus, dans notre travail, les femmes semblaient avoir plus de difficulté à aborder le sujet de la fin de vie, ce qui explique peut-être un intérêt plus marqué pour ce sujet-là. Cette particularité ne représente pas un biais majeur dans l'interprétation des résultats puisque, selon mes recherches, il n'a jamais été démontré de différences significatives concernant la sensibilité sur le sujet de la fin de vie et des directives anticipées entre hommes et femmes.

Concernant l'âge, 83,3% des médecins répondants avaient moins de 40 ans. Ceci s'explique probablement par l'utilisation d'internet et des réseaux sociaux pour diffuser le questionnaire. Ceci ne semble pas représentatif des médecins généralistes des Bouches-du-Rhône. En effet, selon le Conseil national de l'Ordre des médecins en 2015, la moyenne d'âge des médecins généralistes des Bouches-du-Rhône est de 53,1 ans avec 26,9% des médecins ayant plus de soixante ans et 12,4% moins de quarante ans. ⁽³⁴⁾

Concernant le secteur d'activité, la plupart des médecins exerçaient en ville et en milieu semi-rural ce qui est représentatif la population de médecin généraliste des Bouches-du-Rhône. En effet, selon le rapport de l'Observatoire Régional de la Santé en région PACA, les médecins généralistes des Bouches-du-Rhône sont inégalement répartis au sein du département où les villes (principalement Aix et Marseille) concentrent à elles-seules plus de la moitié (55 %) de l'offre en médecine générale du département. ⁽³⁵⁾

b. Au sujet des résultats

Connaissance des directives anticipées

Notre étude montre une **excellente connaissance de l'existence des directives anticipées** chez les médecins généralistes. Cela témoigne d'une évolution depuis 2014 puisque Mellin rapportait que 70,8% des médecins généralistes ne connaissaient pas les directives anticipées. ⁽³⁶⁾ De plus, dans notre étude, la plupart des médecins avaient de bonnes connaissances concernant l'absence de limitation en durée des directives anticipées, leur modification ou leur annulation et le moment où celles-ci n'étaient pas applicables. En 2017, une étude a montré que 77,5% des médecins ne savaient pas s'il y avait une modification de la durée de validité des directives anticipées et que 30% ignoraient le caractère contraignant des directives. ⁽³⁷⁾ Nous pouvons alors penser que la loi de 2016 a permis, progressivement, de faire en sorte que les notions d'anticipation de la fin de vie soient plus connues par les soignants.

Par ailleurs, selon notre étude, 78,1% des médecins généralistes jugeaient leur **rôle important à très important dans la rédaction des directives anticipées** et une très grande majorité (95,1%) estimaient qu'elles sont **utiles pour la prise en charge de la fin de vie**.

Cependant, la meilleure connaissance des directives anticipées et la volonté d'améliorer la qualité de la fin de vie des patients ne semblent pas entraîner une augmentation de la rédaction du patient des directives anticipées par le médecin généraliste.

Pratique des directives anticipées

En effet, cette étude montre que la plupart des médecins n'ont pas aidé à la rédaction des directives anticipées.

- Population cible

Selon nos résultats, les situations où le médecin aidait le patient à la rédaction des directives anticipées étaient principalement pour les patients atteints de **maladie grave**, pour les **patients en fin de vie** ou pour les **patients atteints d'une maladie chronique**.

Selon eux, l'âge discriminant pour rédiger les directives anticipées semblait être pour les **patients de plus de 70 ans** par rapport au plus de 80ans. Peut-être cela s'explique-t-il par le fait, qu'à partir de 70 ans, les patients ont plus de risque de décompenser une pathologie et de se retrouver dans une situation de fin de vie sans pouvoir exprimer leurs volontés à ce sujet. Par ailleurs, les patients présentent plus fréquemment des troubles cognitifs après 80 ans, d'où le choix plus discriminant des 70 ans pour l'âge propice à la rédaction des directives anticipées.

Cependant, lorsque l'on posait la question directement sur le moment plus opportun pour aborder le sujet des directives anticipées, 81,1% des médecins estimaient que cela pouvait être fait à tous les moments du suivi du patient.

On pourrait donc penser qu'il faudrait parler de directives anticipées à tout le monde, mais les données de la littérature sur ce sujet sont contradictoires. D'après elles, les situations les plus adéquates seraient : à partir de 50 ans avec le dépistage organisé du cancer du sein et du colon ⁽³⁸⁾, lors de l'entrée en hospitalisation ou en EHPAD ⁽³⁹⁾ et en dehors de toute pathologie grave et incurable pour ne pas générer d'angoisse. ⁽⁴⁰⁾ Au

contraire, une étude Parisienne privilégiait le fait d'en parler aux patients en fin de vie ⁽⁴¹⁾ et selon une étude, en parler trop tôt entraînerait un risque de limitation de soins trop précoce. ⁽⁴²⁾ De ce fait, la recherche d'une population cible apte à recevoir des informations sur les directives anticipées et à les rédiger semble décourageante. Selon la HAS ⁽⁴³⁾, les recommandations internationales décrivent la conduite à tenir pour aborder la fin de vie et les directives anticipées :

- chez les patients atteints de SLA, SEP, cancers dont le pronostic vital est engagé et l'insuffisance rénale, la planification anticipée des soins qui inclut les directives anticipées doit être abordée le plus tôt possible et rediscutée régulièrement tout au long de l'évolution de la maladie ;
- chez les patients souffrant de maladies chroniques dont l'évolution est imprévisible, ponctuée d'événements aigus (BPCO, Insuffisance cardiaque...) le sujet de la fin de vie et des directives anticipées doit être abordé « quand c'est approprié » ;
- chez les patients souffrant de démence, maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, la question des directives anticipées doit être abordée avant que le patient n'ait une altération trop importante des fonctions cognitives.

- Support, lieu de rédaction et de conservation des directives anticipées

Elle se faisait principalement au **cabinet médical**. On note que chez les moins de 30 ans, la rédaction des directives anticipées se faisait surtout dans un lieu autre que le cabinet ou le domicile. Nous supposons, que cet autre lieu était l'EHPAD (du fait de l'augmentation de la population vieillissante et donc de l'institutionnalisation en fin de vie) et en hospitalisation.

Le support d'aide à la rédaction des directives anticipées était le **modèle HAS**. Cela insinue que les médecins ayant déjà pratiqué la rédaction des directives anticipées avaient probablement procédé à des recherches sur le sujet sur le site de la HAS où on peut trouver le formulaire. Il aurait été intéressant de faire spécifier dans le questionnaire quelle était cette « autre » réponse.

Le lieu de conservation des directives anticipées est principalement à la fois chez le MG au **cabinet (dossier médical) et au domicile patient**. Cela montre encore une fois que les lois concernant les directives anticipées ne sont pas méconnues.

- Vécu de la rédaction des directives anticipées par le médecin et par le patient

Nos résultats indiquent que le vécu du le médecin dans la rédaction des directives anticipées s'était fait sans émotion particulière : « **émotionnellement neutre** », dans 43,5% des cas, ou bien, vécu **de manière difficile dans 34,8% des cas**. Par contre, il ne semblait pas y avoir d'obstacle technique à la rédaction des directives anticipées.

Concernant le patient et du point de vue des médecins de l'étude, **celui-ci était actif dans la rédaction de ses directives anticipées**. Pour 38,0% des médecins, celle-ci avait été bien vécu et même, pour 43,5% des médecin, le patient avait ressenti un soulagement.

D'après mes recherches, je n'ai pas retrouvé d'étude analysant le vécu du médecin ou du patient lors de la rédaction des directives anticipées. Les travaux sont plutôt portés sur les raisons pour laquelle elles ne sont que très peu rédigées. Il serait donc intéressant de réaliser une étude sur ce sujet spécifiquement afin de fournir aux médecins et aux patients les moyens d'appréhender au mieux le moment de la rédaction des directives

anticipées et donc d'en améliorer la pratique.

- Les freins à la rédaction des directives anticipées par le médecin

D'après nos résultats, la raison principale pour laquelle le médecin n'a jamais aidé un patient à la rédaction des directives anticipées est principalement **le manque**

d'information sur les directives anticipées. Ensuite, le **manque de temps en consultation** est évoqué et la **difficulté à aborder le sujet de la fin de vie**, qui semble par ailleurs plus marqué chez les femmes.

En effet, **aborder la mort** est difficile. Il y a des tabous sur ce sujet, qui viennent à la fois du patient et du médecin. Être médecin traitant ne signifie pas être à l'aise avec tous les sujets, même si c'est son rôle de donner les informations aux patients. Savoir quels mots utiliser, mettre de la distance en restant empathique, aborder le sujet de l'échec médical, la peur de laisser entendre que le patient n'a pas de chance de survie en parlant de sa mort, se confronter à ses propres valeurs sur la vie et la mort, discuter de ce sujet chez les patients en bonne santé et/ou jeunes, sont toutes des difficultés déjà évoqués qui freinent la rédaction des directives anticipées.

Concernant le **manque de temps**, l'abord des directives anticipées avec les explications nécessaires sur la fin de vie et ses modalités est chronophage. Cette cause est mainte fois évoquée dans toutes les études portant sur la question.

Concernant le **manque d'information**, là encore, cette problématique est toujours mise en avant. Ce que confirme notre étude.

Par ailleurs, une des causes souvent évoquées par les médecins dans les travaux de recherches est la **méconnaissance des directives anticipées par le patient**. En effet, nos

résultats montrent que les médecins pensaient que leurs patients ne connaissent pas l'existence des directives anticipées. Les études déjà menées sur ce sujet confirment leurs opinions. En effet, dans l'étude de Yoann G. ⁽⁴⁴⁾ 56.1% des personnes interrogées dans la population générale connaissaient les directives anticipées mais seuls 14.2% les avaient rédigées. Ces taux sont semblables à ceux retrouvés dans le sondage IFOP ⁽⁴⁵⁾ réalisé en 2018, avec une connaissance des directives anticipées de 54.7% dans la population étudiée et des taux de rédaction entre 12.1 et 14%. Or, Les médecins attendent des patients qu'ils décident eux même d'aborder le sujet, comme une demande ou un besoin qu'ils manifestent. Cela permettrait qu'ils puissent en parler en tenant compte de leur état psychologique et/ou de la phase de leur maladie. Pour cela, faut-il encore qu'ils en connaissent l'existence.

Moyens d'amélioration de la connaissance et de la pratique des directives anticipées

Dans notre étude, les moyens d'information sur l'existence des directives anticipées reposaient essentiellement sur les études médicales de 1^{er} et 2^{ème} cycle. Cette donnée n'a pas été retrouvées dans la littérature. Il semble, aux vues de nos résultats, **qu'un rappel sur les directives anticipées s'impose lors du 3eme cycle des études médicales** ou lors d'une **formation professionnelle dédiée**. D'après les études consultées, ce rappel devrait permettre de revoir le cadre réglementaire et former à la gestion de la fin de vie. Certains médecins recommandaient pour ce sujet de développer les formations par groupes de pairs menés soit **par d'autres médecins généralistes, soit par des spécialistes (principalement oncologues, gériatres et médecins des soins palliatifs), soit par un réseau de soins palliatifs** comme le souligne notre travail.

De plus, il semble que la **personne de confiance, un membre de la famille, un psychologue ou un spécialiste** (principalement oncologue, gériatre et médecin des soins palliatifs) pourrait aider le patient à la rédaction des directives anticipées.

En effet, comme l'indique D.Sicard : « **attendre la dernière extrémité, l'échec thérapeutique pour encourager l'écriture de ces directives est particulièrement angoissant et inapproprié. En revanche, aborder ce sujet avec sérénité et respect à plusieurs reprises, sans obstination ni sentiment de devoir à accomplir, permet que la question de cette écriture soit facilement acceptée et suscite même une forme de reconnaissance. (...)**Les formulaires rédigés par la Commission créée par la HAS insistent beaucoup sur le dialogue, qu'il soit instauré par le médecin généraliste ou par les autres spécialistes. » ⁽⁴⁶⁾ Il existe dans chaque spécialité, ou presque, des risques de maladie grave et sans traitement curatif, ou d'intervention chirurgicale. Et dans chaque cas, des directives anticipées peuvent être rédigées. Cela implique donc que les spécialistes soient capables d'en expliquer le fonctionnement et la rédaction.

Aussi, **les professionnels paramédicaux sont concernés**. En effet, les soins qu'ils réalisent auprès du malade impliquent qu'ils sont souvent plus proches de ce dernier que le médecin. Par conséquent, il se peut que le patient leur pose des questions, ou demande leur avis voire leur aide concernant les directives anticipées ou la fin de vie. Raison pour laquelle ils doivent être formés, au même titre que les médecins.

Une autre solution est évoquée dans la littérature pour favoriser la pratique des directives anticipées : **créer des temps de consultation dédiés**. Nous l'avons vu plus haut, aborder la fin de vie est chronophage. Pour un médecin généraliste, informer tous ses

patients des directives anticipées et de la fin de vie demanderait beaucoup de temps et nécessiterait de créer une consultation dédiée, cotée et prise en charge par la sécurité sociale.

Enfin, il semble qu'**informer le grand public** pourrait favoriser le dialogue avec le médecin traitant. La thèse de Sophie.G montre qu'en étant mieux informé, le patient serait plus acteur dans la prise en charge de sa santé en prenant les devants.⁽²³⁾ Or, les médecins de notre étude pensaient que les médias avaient autant d'importance que le médecin généraliste dans l'information des directives anticipées auprès des patients.

En effet, comme le souligne une étude menée sur l'information systématique sur les directives anticipées, les flyers ou par les médias augmenteraient significativement le nombre de directives anticipées rédigées, passant de 12 à 22 (soit de 7.7 à 14.2%). On pourrait donc là aussi se dire que l'information doit être systématique si l'on veut améliorer le nombre de directives anticipées rédigées, et qu'un support papier commenté lors d'une consultation est très efficace.⁽⁴⁴⁾ De plus, une étude américaine montrait qu'un mail avant la consultation augmentait de 5.9 fois le taux de remplissage des directives anticipées, dans un pays où celles-ci sont plus répandues.⁽⁴⁷⁾ Dans la thèse de Bigourdan Brouard M, la majorité des patients trouvait **qu'être informée par une brochure commentée par le médecin en consultation était la meilleure solution.**⁽⁴⁸⁾

III. CONCLUSION

Afin d'essayer de comprendre pourquoi les directives anticipées étaient aussi peu rédigées, nous avons réalisé un questionnaire adressé aux médecins généralistes des Bouches du Rhône. Les résultats de notre étude ont permis d'apprécier la connaissance et la pratique des directives anticipées par les médecins généralistes. Nous avons alors pu identifier quels étaient les facteurs et les difficultés empêchant le bon fonctionnement de ce principe de directives anticipées malgré une culture palliative et des lois concernant la fin de vie développées depuis plusieurs années en France et un désir des soignants d'être aidés dans la prise en charge d'une fin de vie.

Malgré une connaissance des directives anticipées par les médecins généralistes qui s'améliorent au fil du temps, celle-ci reste insuffisante. En effet, il semble qu'une mauvaise connaissance du sujet rend difficile la réalisation en pratique. On souligne dans notre étude l'importance de l'enseignement des directives anticipées aux étudiants de médecine et la nécessité d'un rappel lors du troisième cycle des études médicales ou lors de formations continues dédiées.

Par ailleurs, le sujet délicat qu'est la mort entraîne une appréhension du médecin à se confronter au vécu de la mort par le patient, dans sa vie de manière générale ou dans sa maladie. Cependant, nous avons vu que lorsque le médecin aide à la réalisation des directives anticipées, le vécu du patient est bon et celui-ci semble impliqué. Finalement la question est de savoir à quel moment l'aborder ? Cette question d'éthique ne semble pas apporter de bonne réponse. Il pourrait y avoir une anticipation systématique de la fin de vie dans le parcours de soins pour la prise en charge globale d'une maladie ou aborder le sujet à chaque début de suivi d'un patient en cabinet grâce à la question : « avez-vous

déjà penser à votre fin de vie ?» permettant d'ouvrir la discussion et la réflexion à ce sujet.

Enfin, même si les médecins généralistes pensent que leur place est primordiale dans la rédaction des directives anticipées, il semble que tous les soignants dont les spécialistes, les paramédicaux et les intervenants des EHPAD devraient eux aussi porter ce rôle et donc, bénéficier de plus d'information et de formation.

Les moyens identifiés pour améliorer la rédaction des directives anticipées sont :

- de faciliter leurs connaissances par les médecins et les paramédicaux lors des études ou lors de formations continues
- de faciliter leurs connaissances dans la population générale grâce aux médias, à la création de flyers, de spots publicitaires ou question posée de manière systématique lors d'une première consultation chez le médecin généraliste et ceci quel que soit l'état du patient
- d'améliorer leur rédaction grâce à l'aide des spécialistes par le biais d'une discussion sur les risques de la maladie et la fin de vie lors de la prise en charge d'une maladie chronique ou grave
- d'améliorer leur rédaction par la création par la sécurité sociale d'une consultation et cotation dédiée

« Au final l'enjeu des directives anticipées n'est pas tant qu'elles soient écrites par tous mais qu'elles constituent un outil de dialogue favorisant le cheminement de la personne concernant la mort, et traduisant le plus fidèlement possible l'expression de son autonomie de décision. » ⁽⁴⁹⁾

IV. BIBLIOGRAPHIE

1. Khaled T. LA MORT [Internet]. Documents de Médecine Légale. 2013 [cité 2 déc 2020]. Disponible sur: <https://medecinelegale.wordpress.com/2013/11/14/la-mort/>
2. Visions de la mort à travers le temps [Internet]. [cité 18 nov 2020]. Disponible sur: <https://perso.helmo.be/jamin/euxaussi/vieetmort/vision.html>
3. GEYER M, LE BIHAN AC. Comment aborder le vieillissement et la fin de vie avec les personnes âgées en médecine générale ? [These d'exercice]. [Marseille]: Aix-Marseille; 2018.
4. Sogyal, Gaffney P. Le Livre tibétain de la vie et de la mort. Edition du 20ème anniversaire. Paris: Le Livre de Poche; 2015.
5. Clavandier G. Sociologie de la mort: vivre et mourir dans la société contemporaine. Paris: A. Colin; 2009. (Collection U).
6. Mortalité en France. In: Wikipédia [Internet]. 2020 [cité 11 déc 2020]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Mortalit%C3%A9_en_France&oldid=177178813
7. Principales causes de décès et de morbidité. Santé publique France et Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. In: L'état de santé de la population en France [Internet]. 2017. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017_5_principales_causes_de_deces_et_de_morbidite.pdf
8. Barret L. Evaluation de l'application de la loi du 2 février 2016 sur la fin de vie. In: Rapport IGAS N°2017-161R [Internet]. 2018. Disponible sur: https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-161R_Tome_2_.pdf
9. Directive anticipée. In: Wikipédia [Internet]. 2020 [cité 15 déc 2020]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Directive_anticip%C3%A9e&oldid=176348973
10. Accompagner la vie : les soins palliatifs [Internet]. L'influx. 2011 [cité 15 déc 2020]. Disponible sur: <http://www.linflux.com/sante/accompagner-la-vie-les-soins-palliatifs/>
11. Fin de vie : directives anticipées et personne de confiance [Internet]. L'influx. 2016 [cité 13 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.linflux.com/sante/medecine/fin-de-vie-directives-anticipees-personne-de-confiance/>

12. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1).
13. Affaire Vincent Humbert Emmanuel Halais, L'euthanasie, à travers le cas de Vincent Humbert, avant-propos de Dominique Lecourt, Les notes de l'Institut Diderot, 2011. institutdiderot.fr [archive] Vincent Humbert, propos recueillis et texte élaboré par Frédéric Veille, Je vous demande le droit de mourir, J'ai Lu 7417, 2003. In: [Internet]. 2020 [cité 10 déc 2020]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Affaire_Vincent_Humbert&oldid=166548183
14. LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (1) [Internet]. 2005-370 avr 22, 2005. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000446240/#:~:text=%2D%20Toute%20personne%20majeure%20peut%20r%C3%A9diger,ou%20l'arr%C3%AAt%20de%20traitement.>
15. Affaire Vincent Lambert Éric Kariger, « Ma vérité sur l'affaire Vincent Lambert : Son médecin s'explique », Bayard, 2015 (ISBN 978-2227488021) Rachel Lambert, Vincent parce que je l'aime, je veux le laisser partir, Fayard, 2014 (ISBN 978-2-213-68247-1) Viviane Lambert, Pour la vie de mon fils, Plon, 2015 (ISBN 9782259243223) François Lambert, Pour qu'il soit le dernier, Robert Laffont, 2020 (ISBN 978-2221247754) Ixchel Delaporte, L'affaire Vincent Lambert: Enquête sur une tragédie familiale, Editions du Rouergue, mars 2020. In: Wikipédia [Internet]. 2020 [cité 10 déc 2020]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Affaire_Vincent_Lambert&oldid=176954916
16. Valls M. Décret n° 2016-1066 du 3 août 2016 modifiant le code de déontologie médicale et relatif aux procédures collégiales et au recours à la sédation profonde et continue jusqu'au décès prévus par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie - Légifrance [Internet]. [cité 1 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000032967551/>
17. SANCINI F. Les directives anticipées : état des connaissances en population générale et place du médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [Marseille]: Marseille; 2016.
18. Ifop. Les attentes et les besoins des Français vis-à-vis de la fin de vie. Sondage Ifop pour la Fondation ADREA [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://fondation.adrea.fr/uploads/documents/5a7d8f5c43004.pdf>
19. Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé. Avis sur Fin de vie, arrêt de vie, euthanasie [Internet]. 2000. Disponible sur: <https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis063.pdf>
20. Anne-Laure Marchal / Camille Brun. Les attentes et les besoins des Français vis-à-vis de la fin de vie. Fondation ADREA. In 2016.
21. La Cour européenne des droits de l'Homme face au suicide [Internet]. Europe des Droits et Libertés. [cité 15 déc 2020]. Disponible sur:

<https://www.europedeslibertes.eu/article/la-cour-europeenne-des-droits-de-lhomme-face-au-suicide/>

22. Vienne P. Expertise sur les modalités de gestion des directives anticipées de fin de vie [Internet]. 2015 p. 64. Disponible sur: http://www.bretagnesoinspalliatifs.fr/sites/default/files/DA-IGAS-2016_2015-111R.pdf
23. Gagneux S. La place des médecins généralistes face aux directives anticipées [These d'exercice]. [Nancy]: Lorraine; 2018.
24. Valls M. Décret n° 2016-1066 du 3 août 2016 modifiant le code de déontologie médicale et relatif aux procédures collégiales et au recours à la sédation profonde et continue jusqu'au décès prévus par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie - Légifrance [Internet]. [cité 1 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000032967551/>
25. HAS. Les directives anticipées - Vos questionnements sur la protection juridique : Tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice | adultes-vulnerables.fr [Internet]. [cité 24 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.adultes-vulnerables.fr/les-directives-anticipees>
26. Leclerc L. Mise en place d'un protocole de directives anticipées incitatives en psychiatrie en France [Thèse d'exercice]. [Marseille]; 2019.
27. Pour tous, comment rédiger vos directives anticipées [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2016 [cité 17 déc 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2722363/fr/pour-tous-comment-rediger-vos-directives-anticipees
28. HAS. Les directives anticipées. Document destiné aux professionnels de santé et du secteur médico-social et social [Internet]. 2016. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-03/directives_anticipees_concernant_les_situations_de_fin_de_vie_v16.pdf
29. HAS. La personne de confiance [Internet]. 2016. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-03/da_personne_confiance_v9.pdf
30. Pennec S, Monnier A, Pontone S, Aubry R. Les décisions médicales en fin de vie en France. 2012;4.
31. MARIA G. Connaissance des directives anticipées dans la population générale [Thèse d'exercice]. [Toulouse]: Toulouse; 2018.
32. Campagne d'information sur les soins palliatifs et la fin de vie. In: Fin de vie Soins Palliatifs [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.weka.fr/actualite/sante/article/une-nouvelle-campagne-d-information-sur-les-soins-palliatifs-et-la-fin-de-vie-71857/>

33. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. campagne nationale « moi j'anticipe les conditions de ma fin de vie » [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 17 nov 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/bonnes-pratiques-en-region/ile-de-france/article/campagne-nationale-moi-j-anticipe-les-conditions-de-ma-fin-de-vie>
34. LE BRETON-LEROUVILLOIS G. La démographie médicale En Région PACA [Internet]. 2015. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/rrqr8o/atlas_paca_2015.pdf
35. Observatoire régional de la Santé, PACA. Portrait sanitaire et socio-sanitaire et environnemental du département des Bouches-du-Rhône. 2018.
36. Mellin, Marie. Directives anticipées : évaluation d'une information auprès de médecins généralistes des Pyrénées Atlantiques. [Internet]. [Bordeaux]; 2014
37. Aubry A. Directives anticipées et personne de confiance: entretiens collectifs de médecins généralistes normands à propos de l'application de la loi du 2 février 2016. :101.
38. Spoelhof GD, Elliott B. Implementing advance directives in office practice. Am Fam Physician. 1 mars 2012;85(5):461-466.
39. Mallet D, Chaumier F. Éthique, psychique, pratique, sociétale : quatre fonctions pour les directives anticipées. Laennec. 12 juill 2016;64(3):41-57.
40. Liance A. Est-il préférable de recueillir les directives anticipées dans une situation exempte de pathologie grave et incurable ? : Etude sondage sur une population de médecin généralistes en Ile de France. [Thèse de Médecine]. Paris; 2017.
41. De Courson T, Sfeir C, De Guillebon G, Sanson H, Yannoutsos A, Priollet P. Les directives anticipées à l'hôpital : l'affaire de tous ? La Revue de Médecine Interne. [en ligne]. Volume 40, Issue 3, Mars 2019, pages 145-150. [cité le 04/05/2020]. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0248866318305320>
42. Enguidanos S, Ailshire J. Timing of Advance Directive Completion and Relationship to Care Preferences. J Pain Symptom Manage. 2017;53(1):49–56.
43. HAS. Note méthodologique et de synthèse documentaire « Pourquoi et comment rédiger ses directives anticipées ? » [Internet]. 2016. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-03/note_methodo_da_version_web.pdf

44. Gondonneau Y. Quelles sont les conséquences de la remise systématique du formulaire `` Directives anticipées '' proposé par le Ministère des solidarités et de la santé aux patients consultant leur médecin généraliste?
45. IFOP. Les Français et les directives anticipées. Novembre 2017. [en ligne]. Disponible sur : https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2018/03/3875-1-study_file.pdf
46. Donatien Mallet. Rapport Sicard 2012 « Penser solidairement la fin de vie » Commission de réflexion sur la fin de vie en France [Internet]. 2012 [cité 4 mars 2021]. Disponible sur: https://www.esante-centre.fr/portail/gallery_files/site/136/1172/1851.pdf
47. Heiman H, Bates DW, Fairchild D, Shaykevich S, Lehmann LS. Improving completion of advance directives in the primary care setting : a randomized controlled trial. Am J Med. 2004;117(5):318–324
48. Bigourdand Brouard M. Applicabilité du recueil des directives anticipées prévue par la loi Léonetti : enquête auprès de patients en médecine générale en Vendée et Loire-Atlantique [Internet]. [Nantes]: Nantes; 2016. Disponible sur: Users/bigourdand-brouardMED16.pdf
49. Fédération Hospitalière de France. Espace éthique de la FHF - Avis sur les contraintes éthiques des directives anticipées contraignantes concernant une personne atteinte d'une maladie grave. 2016.

V. ANNEXES

Annexe 1- Modèle de formulaire des directives anticipées concernant les situations de fin de vie

Modèle de formulaire de directives anticipées : mes volontés rédigées à l'avance, concernant les traitements et les actes médicaux

Vous pouvez écrire ce qui vous semble personnellement important et/ou vous aider des formulations proposées. Vous n'êtes, évidemment, nullement obligé(e) d'anticiper précisément toutes les situations qui vous sont proposées (quelques exemples sont proposés en annexe).

Demandez à votre médecin de vous expliquer ce qui pourrait vous arriver, les traitements possibles, leurs efficacités et leurs risques.

Si le document n'offre pas assez d'espace, vous pouvez joindre d'autres pages.

Vous pouvez accompagner votre document de la désignation de votre personne de confiance si vous ne l'avez pas déjà désignée.

Nom et prénoms :

Né(e) le : _____ **à :**

Domicilié(e) à : _____

Je fais l'objet d'une mesure de tutelle¹, je peux rédiger mes directives anticipées avec l'autorisation :

- du juge : oui non
- du conseil de famille : oui non

Contexte

J'ai rédigé les présentes directives anticipées **pour le cas où je ne serais plus en mesure d'exprimer mes souhaits et ma volonté** sur ce qui est important à mes yeux, après un accident, du fait d'une maladie grave ou au moment de la fin de ma vie.

Je souhaite exprimer ici :

- mes convictions personnelles : ce qui est important pour moi, pour ma vie, ce qui a de la valeur pour moi (par exemple, convictions religieuses...) ;
- ce que je redoute plus que tout (souffrance, rejet, solitude, handicap...).

Je souhaite préciser ce qu'il me paraît important de faire connaître concernant ma situation actuelle (mon histoire médicale personnelle, mon état de santé actuel, ma situation familiale et sociale...) :

Je suis une personne ayant une maladie grave ou en fin de vie

Mes directives concernant les décisions médicales :

■ Je veux m'exprimer :

- à propos des situations dans lesquelles je veux ou je ne veux pas que l'on continue à me maintenir artificiellement en vie (par exemple, état d'inconscience prolongé entraînant une perte de communication définitive avec les proches...) ;
- à propos des traitements destinés à me maintenir artificiellement en vie.

Voici les limites que je veux fixer pour les actes médicaux et les traitements, s'ils n'ont d'autre but que de prolonger ma vie artificiellement, sans récupération possible :

- concernant la mise en œuvre d'une réanimation cardiorespiratoire en cas d'arrêt cardiaque et/ou respiratoire :

- concernant les traitements dont le seul effet est de prolonger ma vie dans les conditions que je ne souhaiterais pas (par exemple tube pour respirer, ou assistance respiratoire, dialyse chronique, interventions médicales ou chirurgicales...) :

- concernant une alimentation ou une hydratation par voies artificielles pouvant prolonger ma vie, par exemple en cas d'état végétatif chronique (simple maintien d'un fonctionnement autonome de la respiration et de la circulation) :

Je souhaite évoquer d'autres situations (comme par exemple la poursuite ou l'arrêt de traitements ou d'actes pour ma maladie) :

J'ai d'autres souhaits (avant et/ou après ma mort) (par exemple, accompagnement de ma famille, lieu où je souhaite finir ma vie, don d'organes²...) sachant que **les soins de confort me seront toujours administrés** :

Fait à :

le :

Signature

Directives anticipées modifiées le : _____

2. Le prélèvement d'organes est présumé chez toute personne dont l'équipe médicale juge qu'il est possible, sauf si elle le refuse : dans ce cas, elle peut s'inscrire sur le Registre national des refus de dons d'organes à l'aide d'un formulaire (www.don.organes.fr/medias/pdf/formulaire_registre_refus.pdf), ou l'écrire sur un document (daté et signé avec nom, prénom, date et lieu de naissance) confié à un proche.

Je suis une personne n'ayant pas de maladie grave

Après un accident grave ou un évènement aigu (accident vasculaire cérébral, infarctus...), je peux me trouver dans une situation où l'on peut me maintenir artificiellement en vie. Ces procédés de suppléance des fonctions vitales peuvent être mis en œuvre de façon pertinente, mais leur maintien peut parfois apparaître déraisonnable.

Mes directives concernant les décisions médicales :

■ Je veux m'exprimer

- à propos des situations dans lesquelles je veux ou je ne veux pas que l'on continue à me maintenir artificiellement en vie (par exemple traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, etc... entraînant un « état de coma prolongé » jugé irréversible) ;
- à propos des traitements qui n'ont d'autre but que de me maintenir artificiellement en vie, sans possibilité de récupération (par exemple, assistance respiratoire et/ou tube pour respirer, et/ou perfusion ou tuyau dans l'estomac pour s'alimenter...) ;
- à propos de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitements ou d'actes médicaux :

J'ai d'autres souhaits (avant et/ou après ma mort) (par exemple, accompagnement de ma famille, lieu où je souhaite finir ma vie, don d'organes³...) sachant que **les soins de confort me seront toujours administrés** :

Fait à :

le :

Signature

Directives anticipées modifiées le : _____

3. Le prélèvement d'organes est présumé chez toute personne dont l'équipe médicale juge qu'il est possible, sauf si elle le refuse : dans ce cas, elle peut s'inscrire sur le Registre national des refus de dons d'organes à l'aide d'un formulaire (www.dondorganes.fr/medias/pdf/formulaire_registre_refus.pdf), ou l'écrire sur un document (daté et signé avec nom, prénom, date et lieu de naissance) confié à un proche.

Localisation de mes directives anticipées

Formulaire des directives anticipées

■ **Conservé sur moi ou chez moi :** oui non

- si oui, à l'adresse actuelle : _____
- à tel endroit :

■ **Remis à :**

- ma personne de confiance : _____
- autre(s) personne(s) (*cf tableau ci dessous*) :

NOM	Prénom	Qualité (médecin, famille, amis...)	Adresse	Téléphone

Nom et coordonnées de ma personne de confiance

(au sens de l'article L.1111-6 du Code de santé publique)

Je soussigné(e) nom, prénoms, date et lieu de naissance

nomme la personne de confiance suivante

Nom, prénoms : _____

Adresse : _____

Téléphone privé : _____ professionnel : _____ portable : _____

E-mail : _____

→ Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer : oui non

→ Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : oui non

Fait à : _____ le : _____

Signature

Signature de la personne de confiance

CAS PARTICULIER

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) vos directives anticipées

Quelqu'un peut le faire pour vous devant deux personnes désignées ci-dessous (dont votre personne de confiance si vous l'avez désignée).

Témoïn 1 : *Je soussigné(e)*

Nom et prénoms : _____

Qualité :

atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M ou Mme _____

Fait à :

le :

Signature

Témoïn 2 : *Je soussigné(e)*

Nom et prénoms : _____

Qualité :

atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M ou Mme _____

Fait à :

le :

Signature

MODIFICATION OU ANNULATION DE MES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Je soussigné(e)

Nom et prénoms

→ *Déclare modifier mes directives anticipées de ce formulaire comme suit :*

→ *Déclare annuler mes directives anticipées.*

→ *Déclare renoncer à mes directives anticipées et déléguer à ma personne de confiance l'expression de mes souhaits et volontés.*

Si vous êtes dans l'impossibilité d'écrire seul(e) ce document, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux personnes désignées décrites à la page précédente (dont votre personne de confiance si vous l'avez désignée).

Fait à : _____ le : _____

Signature

Connaissance et pratique sur les directives anticipées par le médecin généraliste

Dans le cadre de ma thèse de médecine générale, je souhaite mieux connaître les pratiques des médecins généralistes face aux directives anticipées.

Je vous propose de participer à un auto-questionnaire anonyme et je vous remercie par avance du temps que vous consacrerez au remplissage (estimé à moins de 5 minutes).

Dans un premier temps, nous vous demandons de répondre à quelques questions vous concernant.

La deuxième partie de ce questionnaire correspond à votre pratique face à la rédaction des directives anticipées dans votre patientèle.

1/ Vous êtes :

- Un homme
- Une femme

2/ Quel âge avez-vous ?

3/ Dans quel milieu pratiquez-vous la médecine générale ?

- Ville
- Semi rural
- Rural

4/ Avez-vous entendu parler de directives anticipées ?

- OUI
- NON

4A/ Si OUI, comment avez-vous été informé de l'existence des directives anticipées ?

- Pendant les études médicales : 1er /2ème cycle
- Pendant les études médicales : 3ème cycle
- Lors d'une formation dédiée
- Par internet
- Par les médias
- Autre

5/ Pensez-vous que les directives anticipées concernent uniquement les personnes majeures aux fonctions cognitives conservées ?

- OUI
- NON
- JE NE SAIS PAS

6/ Pensez-vous que les directives anticipées peuvent être rédigées par la famille à la place du patient autonome ?

- OUI
- NON
- JE NE SAIS PAS

7/ Savez-vous dans quels cas les directives anticipées ne s'imposent-elles pas au médecin ?

- En cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire d'une évaluation complète de la situation (par exemple, patient à réanimer suite à un accident de santé brutal)
- Lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conforme à la situation médicale
- Lorsque la famille s'oppose aux directives anticipées
- Lorsque le médecin spécialiste s'oppose aux directives anticipées

8/ Pensez-vous que vos patients soient au courant de l'existence des directives anticipées ?

- OUI
- NON
- JE NE SAIS PAS

9/ Selon vous, les directives anticipées ont-elles une durée limitée ?

- OUI
- NON
- JE NE SAIS PAS

10/ Selon vous, les directives anticipées sont-elles modifiables et/ou annulables à tout moment ?

- OUI
- NON
- JE NE SAIS PAS

11/ Comment estimez-vous la place du médecin traitant dans la rédaction des directives anticipées ?

- Très importante
- Importante

- Modérée
- Faible
- Aucune

12/ Pensez-vous que la rédaction des directives anticipées est utile en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt de la prise en charge médicale d'un patient ou lors de la mise en place de LATA ?

- OUI
- NON
- JE NE SAIS PAS

13/ Avez-vous déjà aidé des patients à rédiger les directives anticipées ?

- OUI
- NON

13A/ Si OUI, dans quel cas ?

- Pour tous les patients majeurs sans sélection particulière
- Pour les patients >50 ans
- Pour les patients >60 ans
- Pour les patients >70 ans
- Pour les patients >80 ans
- Pour les patients atteints d'une maladie chronique
- Pour les patients atteints d'une maladie grave
- Pour les patients en fin de vie

13B/ Si OUI, quel moment vous parait le plus opportun pour aborder le sujet des directives anticipées ?

- A tous les moments du suivi du patient
- Uniquement en cas d'annonce d'une maladie grave
- Uniquement lors de la discussion de la mise en soins palliatifs
- Uniquement en cas d'annonce d'une maladie chronique

13C/ Si OUI, où avez-vous aidé à rédiger les directives anticipées par le patient ?

- Au cabinet
- Au domicile
- Autre

13D/ Si OUI, à l'aide de quel support avez-vous aidé le patient à rédiger les directives anticipées ?

- Modèle HAS
- Modèle libre
- Modèle personnel (que vous avez créé)

13E/ Si OUI, où est conservé la rédaction des directives anticipées ?

- Chez le patient
- Dans le dossier médical
- Les deux
- Chez la personne de confiance

13F/ Si OUI, comment avez-vous vécu cette aide à la rédaction ?

- Émotionnellement difficile
- Émotionnellement neutre
- Émotionnellement facile
- Techniquement difficile
- Techniquement facile

13G/ Si OUI, comment pensez-vous que le patient a vécu ce moment de rédaction des directives anticipées ?

- Bien
- Avec soulagement
- Avec angoisse
- Avec incompréhension
- De façon active
- De façon passive

13H/ Si NON à la question 13, pourquoi ne l'avez-vous jamais fait ?

- Je ne me sens pas concerné par la rédaction des directives anticipées
- Je ne me sens pas légitime à la rédaction des directives anticipées
- Je manque de temps
- Je manque d'information sur les directives anticipées
- J'éprouve une certaine difficulté à expliquer la loi
- J'éprouve une certaine difficulté à aborder le sujet de la fin de vie avec le patient

14/ Pour vous, qui peut aider le patient à rédiger les directives anticipées ?

- Médecin spécialiste

- Famille
- Personne de confiance
- Psychologue
- Directeur de maison de retraite
- Médecin généraliste
- Autre

15/ Quelle aide, en tant que médecin, souhaiteriez-vous avoir pour la rédaction des directives anticipées ?

- Aide par un psychologue
- Formation dédiée de type Formation Médicale Continue
- Aide par un réseau de soins palliatifs
- Plus de communication avec le médecin spécialiste du patient
- Augmentation des informations sur les directives anticipées auprès de la population générale
- Cotation par la sécurité sociale de l'acte
- Aide d'une infirmière
- Aide d'une axillaire de vie

16/ Selon vous, comment pourrait-on améliorer la connaissance des directives anticipées auprès du médecin généraliste ?

- Rôle des médias
- Rôle des formations médicales continues
- Rôle du spécialiste (oncologie, gériatre, soins palliatifs)
- Rôle des EHPAD
- Autre

17/ Selon vous, comment pourrait-on améliorer la connaissance des directives anticipées auprès du patient ?

- Rôle des médias
- Rôle du médecin généraliste
- Rôle du spécialiste (oncologie, gériatre, soins palliatifs)
- Rôle des EHPAD
- Rôle des associations de Patients
- Autre

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

Les directives anticipées sont des instructions écrites qui permettent à toute personne majeure et capable d'exprimer sa volonté relative aux conditions de sa fin de vie dans le cas où elle serait un jour hors d'état de le faire. Le médecin doit informer les patients de leur existence, en aider à la rédaction et en conserver un exemplaire. Malgré l'existence de la loi Claeys-Leonetti définissant les directives anticipées et un désir des soignants d'être aidés dans la prise en charge d'une fin de vie, cela ne se traduit pas par un plus grand taux de rédaction des directives anticipées. Notre travail a pour objectif de déterminer la connaissance et la pratique des directives anticipées par le médecin généraliste afin de connaître les difficultés et les freins à cette rédaction.

Pour cela, nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive transversale par le biais de la diffusion d'un questionnaire à destination des médecins généralistes des Bouches-du-Rhône, sur une période de cinq mois. Deux cent quarante-six médecins ont répondu au questionnaire.

Les résultats montrent que les médecins généralistes connaissent l'existence des directives anticipées. Leur connaissance à ce sujet a été obtenue en grande partie lors des études médicales. Deux-cent-trente-quatre médecins (95,1%) estiment que les directives anticipées sont utiles pour la prise en charge de la fin de vie. Cependant, cent cinquante-cinq (63,0%) n'ont jamais aidé un patient à rédiger ses directives anticipées, et encore davantage si l'on considère les médecins de moins de 30 ans (74,5%). Parmi les médecins qui ont aidé des patients à la rédaction des directives anticipées, cinquante-six (61,5%) l'ont fait lorsque les patients étaient atteints d'une maladie grave, cinquante-deux (57,1%) pour des patients en fin de vie, trente (33,0%) pour des patients atteints d'une maladie chronique, vingt-six (28,6%) pour des patients de plus de 70 ans. Parmi les quatre-vingt-onze médecins qui ont déjà aidé à rédiger les directives anticipées, la rédaction s'effectuait principalement au cabinet (49,5%), en utilisant comme support le modèle créé par la HAS (65,2%). Parmi eux, soixante-cinq médecins (70%) estiment que le patient y a participé activement. Parmi les médecins qui n'ont jamais aidé un patient à la rédaction des directives anticipées (n=134), soixante-seize (56,7%) considèrent qu'ils ne l'ont pas fait par manque d'information, 37,3% par manque de temps, 31,3% par difficulté à aborder le sujet de la fin de vie, et une méconnaissance des directives anticipées par le patient. Cent dix-huit (48,0%) estiment que la place du médecin traitant dans la rédaction des directives anticipées est importante. Une information et mise en application des directives anticipées s'impose lors des études médicales et de formations médicales continues. Par ailleurs, cent soixante-et-un médecins (65,4%) estiment que le médecin spécialiste peut aider le patient à la rédaction des directives anticipées et cent trente-trois (54,1%) placent le psychologue comme aidant à leur rédaction. Coté patient, la personne de confiance et la famille sont aussi des aidants. Cent quatre-vingt-douze médecins (78,8%) estiment qu'il faudrait donner plus d'informations sur les directives anticipées à la population générale. En conclusion, des efforts sont à faire par tous : les soignants et la HAS mais aussi le patient et sa famille.