



HAL
open science

Les directives anticipées : pratiques des médecins généralistes aux Antilles françaises

Capucine Gréhal, Adeline Mausson

► **To cite this version:**

Capucine Gréhal, Adeline Mausson. Les directives anticipées : pratiques des médecins généralistes aux Antilles françaises. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03579071

HAL Id: dumas-03579071

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03579071v1>

Submitted on 17 Feb 2022

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.

UNIVERSITÉ DES ANTILLES



FACULTE DE MEDECINE

HYACINTHE BASTARAUD

N°2020ANTI0552

Les directives anticipées :
Pratiques des médecins généralistes aux Antilles françaises

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD

Des Antilles et de la Guyane

Et examinée par les Enseignants de ladite Faculté

Le 17 mars 2020

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Par

GRÉHAL Capucine,

MAUSSION Adeline

Examineurs de la thèse :

Madame HÉLÈNE-PELAGE Jeannie

Monsieur TABUE TEGUO Maturin

Monsieur CARRERE Philippe

Madame LOMBION Valérie

Madame GUERRY Natacha

Professeur, Présidente

Professeur

Docteur

Docteur

Docteur, Directrice

UNIVERSITE DES ANTILLES



FACULTE DE MEDECINE HYACINTHE BASTARAUD

Président de l'Université : Eustase JANKY
 Doyen de la Faculté de Médecine : Raymond CESAIRE
 Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Suzy DUFLO

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

NEVIERE Rémi

Physiologie
 CHU de MARTINIQUE

Pascal BLANCHET

Chirurgie Urologique
 CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
 Tel : 05 90 89 13 95 - Fax 05 90 89 17 87

André-Pierre UZEL

Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
 CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
 Tel : 05 90 89 14 66 - Fax : 0590 89 17 44

Pierre COUPPIE

Dermatologie
 CH de CAYENNE
 Tel : 05 94 39 53 39 - Fax : 05 94 39 52 83

Thierry DAVID

Ophtalmologie
 CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
 Tel : 05 90 89 14 55 - Fax : 05 90 89 14 51

Suzy DUFLO

ORL – Chirurgie Cervico-Faciale
 CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
 Tel : 05 90 93 46 16

Eustase JANKY

Gynécologie-Obstétrique
 CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
 Tel 05 90 89 13 89 - Fax 05 90 89 13 88

DE BANDT Michel

Rhumatologie
 CHU de MARTINIQUE
 Tel : 05 96 55 23 52 - Fax : 05 96 75 84 44

François ROQUES

Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
 CHU de MARTINIQUE
 Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

Jean ROUDIE

Chirurgie Digestive
 CHU de MARTINIQUE
 Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

Jean-Louis ROUVILLAIN

Chirurgie Orthopédique
 CHU de MARTINIQUE
 Tel : 05 96 55 22 28

André CABIE

Maladies infectieuses
 CHU de MARTINIQUE
 Tel : 05 96 55 23 01

Philippe CABRE

Neurologie
 CHU de MARTINIQUE
 Tel : 05 96 55 22 61

Raymond CESAIRE

Bactériologie-Virologie-Hygiène option virologie
 CHU de MARTINIQUE
 Tel : 05 96 55 24 11

Sébastien BREUREC

Bactériologie-Vénérologie-Hygiène Hospitalière
 CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
 Tel : 05 90 89 12 80

Maryvonne DUEYMES-BODENES

Immunologie
 CH de CAYENNE
 Tel : 05 96 55 24 24

Annie LANNUZEL

Neurologie
 CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
 Tel : 05 90 89 14 13

Louis JEHEL

Psychiatrie Adulte
 CHU de MARTINIQUE
 Tel : 05 96 55 20 44

Mathieu NACHER

Épidémiologie
 CH de CAYENNE
 Tel : 05 94 93 50 24

Michel CARLES

Anesthésie-Réanimation
 CHU de POINTE-A-PITRE/BYMES
 Tel : 05 90 89 17 74

Magalie DEMAR-PIERRE

Parasitologie et Infectiologie
 CH de CAYENNE
 Tel : 05 94 39 53 09

Vincent MOLINIE

Anatomie Cytologie Pathologique
 CHU de MARTINIQUE
 Tel : 05 96 55 20 85/55 23 50

Philippe KADHEL

Gynécologie-Obstétrique
CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Jeannie HELENE-PELAGE

Médecine Générale
Cabinet libéral au Gosier
Tel : 05 90 84 44 40 - Fax : 05 90 84 78 90

MEJDOUBI Mehdi

Radiologie et Imagerie
CHU de MARTINIQUE

VENISSAC Nicolas

Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
CHU DE MARTINIQUE

DJOSSOU Félix

Maladies Infectieuses et Tropicales
CH de CAYENNE
Tél

Christophe DELIGNY

Gériatrie et biologie du vieillissement
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 22 55

Narcisse ELENGA

Pédiatrie
CH de CAYENNE

Karim FARID

Médecine Nucléaire
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 24 61

Moustapha DRAME

Épidémiologie, Économie de Santé et Prévention
CHU de MARTINIQUE

TABUE TEGUO Maturin

Médecine interne : Gériatrie
Biologie du vieillissement
CHU de GUADELOUPE

CORDEL-WATTIER Nadège

Dermato -Vénérologie
CHU de GUADELOUPE

ROGER Pierre-Marie

Maladies Infectieuses, Maladies Tropicales
CHU de GUADELOUPE

MERLE Harold

Ophtalmologie
CHU de MARTINIQUE

Professeurs des Universités Associés

Franciane GANE-TROPLENT

Médecine générale
Cabinet libéral les Abymes
Tel : 05 90 20 39 37

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

Jocelyn INAMO

Cardiologie
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 23 72 - Fax : 05 96 75 84 38

Fritz-Line VELAYOUDOM épouse CEPHISE

Endocrinologie
CHU de GUADELOUPE
Tel : 05 90 89 13 03

Marie-Laure LALANNE-MISTRIH

Nutrition
CHU de GUADELOUPE
Tel : 05 90 89 13 00

GELU-SIMEON Moana

Gastroentérologie
CHU de GUADELOUPE
Tel : 06 90 83 78 40 - Fax : 05 90 75 84 38

BACCINI Véronique

Hématologie, Transfusion
CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 12 77

MASSE Franck

Médecine Générale
Tél : 05 96 56 13 23

JOACHIM-CONTARET Clarisse

Épidémiologie, Économie de Santé et prévention
CHU de MARTINIQUE

BRUREAU Laurent

Chirurgie Urologique
CHU de GUADELOUPE

KANGAMBEGA-CHATEAU-DEGAT Walé

Médecin généraliste
Maison de santé Pluriprof du Lamentin

CARRERE Philippe

Médecin généraliste
60 route du camp Jacob

Chefs de Clinique des Universités - Assistants des Hôpitaux

BROUZENG-LACOUSTILLE Charlotte

Endocrinologie
CHU DE GUADELOUPE

CHAUMONT Hugo	Neurologie CHU de GUADELOUPE
BUTORI Pauline	ORL CHU de GUADELOUPE Tel : 0590 89 14 50
OBERT-MARBY Camille	Médecine Générale CH de l'Ouest guyanais
BAGOEE Cécile	Médecine Interne CHU de MARTINIQUE
AOUN Tanous	Chirurgie Cardiaque et Thoracique CHU de MARTINIQUE
CHEVALLIER Ludivine	Chirurgie Générale et Viscérale CH de CAYENNE
SYLVESTRE Emmanuelle	Maladies Infectieuses CHU de MARTINIQUE
LOUIS-SIDNEY Fabienne	Cardiologie CHU de MARTINIQUE
HUYGHUES DES ETAGES Gunther	ORL CHU de GUADELOUPE
DECAESTECKER Antoine	Anesthésiologie/Réanimation CHU de GUADELOUPE
PASQUIER Jérémie	Maladies Infectieuses maladies Tropicales CHU de MARTINIQUE Tel : 05 90 93 46 16
ZELLALI Kenza	Pédiatrie CH de CAYENNE
PERROT Emmanuel	Urologie CHU de GUADELOUPE
JEREMIE Jean-Marc	Psychiatrie CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 20 44
MONNIER Benjamin	Gynécologie Obstétrique CHU de GUADELOUPE

SAINTE-ROSE Vincent

Parasitologie
CH de Cayenne

ROLLE Amélie

Anesthésie-Réanimation
CHU de GUADELOUPE

CARPIN Jamila

Médecine Générale
Cabinet du Dr GANE-TROPLENT Franciane

PLACIDE-FRANCIL Axiane

Médecine Générale
CHU de MARTINIQUE
Tel : 0690 30 75 19

LARA Kève-Yann

Médecine Générale
Maison Médicale de la Rotonde

BLAIZOT Romain

Dermatologie
CH de CAYENNE

PARSEMAIN Aurélie

ORL
CHU de GUADELOUPE

DUDOUIT Sylvain

Chirurgie Orthopédique
CHU de GUADELOUPE

REMERCIEMENTS

À Madame le Professeur Jeannie HÉLÈNE-PELAGE,

Vous nous faites l'honneur d'accepter la présidence de ce jury de thèse. Veuillez trouver dans notre travail l'expression de nos sincères remerciements et de notre profond respect.

À Monsieur le Professeur Maturin TABUETEGUO,

Vous nous faites l'honneur de juger notre travail. Nous vous remercions pour votre disponibilité et votre enseignement lors de notre stage au sein de votre service. Soyez assuré de notre profonde reconnaissance.

À Monsieur le Docteur Philippe CARRERE,

Nous vous remercions d'avoir encadré la méthodologie de cette thèse et de la juger. Nous tenons également à vous remercier pour votre disponibilité, votre rigueur et votre aide précieuse tout au long de ce travail.

A Madame le Docteur Valérie LOMBION,

Nous vous prions de recevoir nos sincères remerciements pour avoir accepté de juger notre travail. Veuillez croire en l'expression de notre respectueuse considération.

À Madame le Docteur Natacha GUERRY,

Nous te remercions chaleureusement d'avoir accepté de diriger ce travail. Merci pour ta grande disponibilité, ta réactivité, ton soutien et tes encouragements tout au long de ces derniers mois.

Aux médecins généralistes de la Martinique et de la Guadeloupe,

Merci pour vos réponses, votre disponibilité et les belles discussions que nous avons pu avoir.

Aux équipes paramédicales et médicales que nous avons pu rencontrer au cours de notre internat,

Un grand merci pour ce que chacun d'entre vous nous a apporté.

Adeline :

À Capucine, ou plutôt à mon coach Capu, sans toi je serais encore à tergiverser sur un sujet, merci de m'avoir fait confiance pour réaliser ce travail avec toi. Maintenant place à ta nouvelle vie métropolitaine qui sera remplie de voyages, d'amour, d'humour et de réussite, je n'en doute pas.

À Clémence, le petit génie de l'informatique.

À ma famille,

À ma mère, voilà c'est la fin... Enfin... Merci pour toutes ces années d'aide et de soutien, ce fût un vrai challenge pour toi, toutes tes heures passées à essayer de rendre ma vie la plus facile possible pour ma réussite et mon équilibre. Ce n'était pas chose facile, tu t'en es sortie à merveille. Maintenant, promets-moi, qu'il n'y aura de place que pour la détente, les voyages, les bonnes bouteilles de vin de Rémy (dont j'ai bien profité pendant mes retours quimpérois et je compte bien continuer) et...le tricot!

À mon père, sans être au quotidien à mes côtés tu as toujours su être présent lors de mes moments de doutes. Merci pour tes encouragements. Je me souviens encore de cet appel paniqué le jour de l'ECN, tu as su trouver les bons mots. Il ne manquait plus qu'un bon welsh, une bonne fondue ou ton risotto comme tu sais si bien le faire. J'espère que ton séjour guadeloupéen avec Marie-Adèle te donnera envie de revenir voir ta fille et... ta future petite-fille !

À Aurélie, à nos heures passées à refaire le monde ou plutôt notre monde... Le disque est parfois un peu rayé mais on adore ça. Merci pour tout ce temps d'écoute, de réassurance et de valorisation comme tu sais si bien le faire.

À Mick, merci de supporter ma sœur et nos appels interminables, ce n'est pas fini.

À Timothée et Suzanne, j'espère que mon parcours vous inspirera, peut-être pas dans la totalité sinon vos parents risquent de perdre patience. Si vous avez besoin, Tatadeline sera toujours là.

À mes grands-pères, à mes grands-mères, où que vous soyez je vous dédie ce travail.

À mes amies,

À Charlotte, ou plutôt Professeure Villalon ... Merci pour toutes ces années d'externat sans oublier notre magnifique spectacle d'acrosport. A nos heures passées à apprendre la médecine à notre manière, déjà à cette époque je pouvais profiter de ton talent de transmission de savoir, tu es faite pour ça. A nos éternels moments passés à analyser le monde qui nous entoure. A ta classe, ton humour, ton talent d'écoute et de conseils. Tes deux copines névrosées ont de la chance de t'avoir comme amie.

À Lorzil, (ou tatie lucky), merci pour toutes ces années de fêtes et de folies. Je suis heureuse d'avoir croisé ta route durant ce séjour de « ski ». A ta joie de vivre, ton autodérision, ton sens de l'humour (bon on passe sur le second degré toujours en cours d'apprentissage), sans oublier ton excessivité qui te caractérise. Ne change rien. Et n'oublie pas, ma maladie auto-immune et moi on sera toujours là.

À Cyrielle, j'avais un peu de retard sur notre timing, mais me voilà bientôt docteur et mère... Reprenons nos vieilles habitudes. A nos années brestoises remplies de poulets rôtis, de séries, de sorties et de voyages aux 4 coins de l'Europe et du monde. Plein de bonheur pour votre potentielle future vie grenobloise ou bretonne... Tu connais ma préférence.

À GossipPerquim : Juliette (et Pickles), Sarah, Elise, Marie, Aude (et Zizou), Rozenn. Après des années passées entre le frugy, le ceili et toutes nos folies, je vous attends très vite en Guadeloupe pour une de nos retrouvailles annuelles.

À mes belles rencontres guadeloupéennes,

À Adrien, ton talent de chanteur et toute ta famille.

À Claire, et tes chiens (tu vois tu y es aussi ;))

À Kévin et MG, à vos talents sportifs.

Sans oublier Charlotte et Bernouffe, à votre organisation sans faille, vos caractères faisant parfois des étincelles, à nos futurs séjours à la Rochelle ... et à Eliane bien sûr.

À tous les médecins, sages-femmes et équipes paramédicales rencontrés durant mon parcours qui ont fait de moi le médecin que je suis aujourd'hui. Un merci tout particulier au Dr Bayiga-Traoré pour votre patience lors de mon stage à vos côtés, votre aide pour mon mémoire, merci de m'avoir donné

confiance en moi. À Mona Hédreille pour votre humanisme. Et merci à l'équipe du CMA de me faire confiance.

Sans oublier, mon petit monde à moi,

À Julien pour ton humour, ton amour, ta sagesse et ton calme légendaire. Tu m'apaises et sans toi ces années auraient été bien rudes. Merci de m'avoir suivi loin de ta vie vannetaise. Tu mériterais presque tes petits plats, tes chemises repassées et ton ménage bien fait...À nos belles années passées et toutes celles qui nous attendent.

À notre future petite fille, je m'excuse pour tout le stress et l'angoisse que tu as pu ressentir durant tes premiers mois de vie en moi, promis bientôt je me mets au yoga. Grâce à toi j'ai pu vivre ces derniers mois de travail avec un tout autre regard. Je suis déjà impatiente de te rencontrer.

À Bijou et Céline bien sûr ...

Capucine :

À Adeline, en espérant ne pas avoir trop fatigué le petit être qui pousse en toi, un grand merci, je te souhaite le meilleur pour ta future vie à trois !

À mes parents, c'est à vous que je dédie ce travail. Avoir grandi auprès de vous dans ce mélange d'amour, de folie, de voyages et de tartines de Nutella est une chance. Merci d'être là pour moi, depuis toujours et où que je sois.

À mon frère Valentin, pour sa liberté. Tu ne te doutes pas à quel point je suis fière de toi.

À ma sœur Clémence (et à son rire), ton explosion de tendresse envers moi est un bonheur. Tu fais ma force depuis toujours.

À mes grands-parents, où que vous soyez, Bibi, ainsi qu'à l'ensemble de mes familles Gréhal, Rivet et Raynaud, un immense merci pour votre soutien et votre bienveillance qui durent depuis des années.

To mygirlz, à qui je dois mes plus beaux moments d'amitié. Vous êtes les meilleures amies du monde et je pèse mes mots.

À mes amis adeptes du groupe Vacances avec qui c'est un plaisir de se réunir au sommet de l'intelligence depuis plusieurs années maintenant. Merci pour tout.

À mes copines d'enfance Céline et Morgane, les années passent et vous êtes toujours là.

Aux belles rencontres rennaises puis antillaises : Agathe, Lorane, Clémentine, Xavier, Camille...

À mes colocataires devenus bien plus que ça, les plus distingués de Vert-Pré, le mémorable crew Saint-Félix et la belle équipe du Sud-Ouest de Basse Gondeau, merci pour tous ces moments à vos côtés.

Un merci particulier à Marie pour cette folle aventure de l'internat Antilles-Guyane avec toi !

À Marceau, merci d'avoir traversé l'Atlantique... A Nous.

ABSTRACT

Introduction: End-of-life and the concept of advance directives have become a major public health issue. However, the rate of drafting of these directives remains low in France. The attitudes of general practitioners could play an important role.

Aim: To explore the attitudes and practices toward advance directives of general practitioners (GPs) in two French departments where the prevalence of chronic diseases and early mortality are high.

Methods: A mixed-methods observational study, conducted in Guadeloupe and Martinique (from May to November 2019). The first qualitative phase involved a diverse population of 14 GPs who underwent semi-structured interviews. The second quantitative phase involved a random sample of 301 GPs (response rate = 71,5 %), who were administered an open questionnaire based on the results of the first phase.

Results: 38% of participants admitted to being unfamiliar with the system of advance directives. This gap led to limited application in primary care: 37.5% of practitioners had already collected advance directives but only one third of them complied with the regulatory framework. The main obstacle cited was the lack of time (46.5%) which led some to question the place of the GPs in the collection (20.9%). Out of modesty or fear of the negative impact that the writing of these advance directives could have on their patients, practitioners waited for this process to come from their patients (43.5%).

Conclusion: Most GPs were in favor of advance directives. They wanted the public authorities to provide better information to the population in order to make it easier to discuss the subject in consultation. They also asked for an improvement in the training of doctors.

RÉSUMÉ

Contexte : La fin de vie et le concept de directives anticipées sont devenus un sujet majeur de santé publique. Le taux de rédaction de ces directives reste pourtant bas en France. Les attitudes des médecins généralistes pourraient jouer un rôle important.

Objectif : Explorer les attitudes et les pratiques des médecins généralistes ambulatoires à l'égard des directives anticipées dans deux départements français où la prévalence des pathologies chroniques et la mortalité précoce sont élevées.

Méthodes : Étude observationnelle, menée en Guadeloupe et Martinique (mai à novembre 2019), faisant appel aux méthodes mixtes. La première phase, qualitative, portait sur une population diversifiée de 14 praticiens, vus en entretiens semi-structurés. La seconde phase, quantitative, portait sur un échantillon aléatoire de 301 praticiens (taux de réponse = 71,5 %), soumis à un questionnaire ouvert constitué à partir des résultats de la première phase.

Résultats : 38% des participants avouaient méconnaître le dispositif des directives anticipées. Cette lacune entraînait une application limitée en ville : 37,5% des médecins avaient déjà recueilli des directives mais seulement un tiers d'entre elles étaient conformes au cadre réglementaire. Le principal obstacle cité était le manque de temps (46,5 %) qui conduisait certains à remettre en cause la place du médecin traitant dans le recueil (20,9 %). Par pudeur ou par crainte de l'impact négatif que la rédaction de ces directives pouvait avoir sur leurs patients, les praticiens attendaient que cette démarche émane de ces derniers (43,5%).

Conclusion : Les participants étaient majoritairement favorables aux directives anticipées. Ils désiraient une meilleure information des populations par les pouvoirs publics afin de pouvoir aborder plus facilement le sujet en consultation. Ils demandaient aussi une amélioration de la formation des médecins.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	1
ABSTRACT.....	13
RÉSUMÉ.....	14
TABLE DES MATIÈRES.....	15
ABRÉVIATIONS.....	17
LISTE DES ENCARTS, FIGURES ET TABLEAUX.....	18
INTRODUCTION.....	19
MÉTHODES.....	21
Populations.....	21
Recueil des données et définitions.....	21
Aspects éthiques et réglementaires.....	24
Plan d'analyse.....	24
RÉSULTATS.....	25
Caractéristiques des populations étudiées.....	25
Définition des directives anticipées.....	26
Avantages et inconvénients perçus des directives anticipées.....	28
Pratiques et expériences de recueil des directives anticipées.....	29
Obstacles au recueil des directives anticipées.....	30
Propositions pour développer le recueil des directives anticipées.....	33
Rédaction personnelle des directives anticipées des médecins généralistes antillais.....	34
DISCUSSION.....	35
Principaux résultats.....	35
Forces et faiblesses de l'étude.....	35
Interprétation des données.....	36
CONCLUSION.....	39

CONTRIBUTION DES AUTEURS40

RÉFÉRENCES41

SERMENT D'HIPPOCRATE.....45

ABRÉVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

IC 95% : Intervalle de confiance à 95%

IFOP : Institut Français de l'Opinion Publique

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INED : Institut National d'Études Démographiques

RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé

LISTE DES ENCARTS, FIGURES ET TABLEAUX

Encart 1 : Trame d'entretien en phase qualitative

Encart 2 : Questionnaire utilisé en phase quantitative

Tableau 1 : Caractéristiques des participants

Figure 1 : Recrutement des participants à la phase quantitative

Tableau 2 : Définition des directives anticipées

Tableau 3 : Avantages et inconvénients perçus des directives anticipées

Tableau 4 : Pratique de recueil des directives anticipées

Tableau 5 : Obstacles au recueil des directives anticipées

Tableau 6 : Propositions pour développer le recueil des directives anticipées

INTRODUCTION

La notion de directives anticipées a récemment résonné dans la presse à l'occasion de différentes affaires ayant relancées le débat public de la fin de vie en France.

Apparu pour la première fois aux États-Unis, le concept de directives anticipées est né en 1977 dans un contexte de développement rapide des technologies médicales. Celui-ci ayant permis l'allongement de la durée de vie des patients, il a soulevé la question de la qualité de fin de vie et le souci du respect des droits et de l'autonomie du malade [1]. Ces directives anticipées sont ensuite progressivement apparues en Europe, encadrées par des législations qui diffèrent selon les États [2]. La progression du nombre de décès annuel et le développement des prises en charge de maladies chroniques ces dernières décennies ont fait de la fin de vie un enjeu majeur [3]. En effet, ses aspects éthiques, médicaux, juridiques et sociétaux suscitent de plus en plus l'intérêt des patients [3].

Introduites en France par la loi du 22 avril 2005, les directives anticipées sont l'expression écrite, par avance, des souhaits d'une personne, malade ou non, de limiter ou d'arrêter un ou des traitements qui pourraient lui être proposés alors qu'elle ne serait plus en mesure de s'exprimer par elle-même et d'y consentir ou non [4]. L'actualisation de cette loi en 2016 dite Clays-Léonetti donne des droits supplémentaires aux malades [5]. La principale évolution, outre la disparition de leur durée de vie de 3 ans, est le caractère maintenant contraignant des directives anticipées. En effet, elles s'imposent désormais au médecin sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent inappropriées à la situation médicale. Cette nouvelle loi met aussi en avant la place du médecin généraliste en lui attribuant un rôle d'information et d'aide à la rédaction de ces directives anticipées.

Cependant en France, le taux de rédaction des directives anticipées reste faible. En effet, selon l'étude réalisée par l'Institut National d'Études Démographiques (INED) en 2012, 97,5 % des personnes décédées n'avaient pas rédigé leurs directives [6]. En 2017, l'étude de l'Institut Français de l'Opinion Publique (IFOP) rapportait un taux de non rédaction de 86 % en France [7]. Parmi eux, 42% ignoraient l'existence de directives anticipées. Nous pouvons nous interroger sur les facteurs qui sont en cause dans cette carence. Parmi les hypothèses pouvant expliquer ce faible taux, nous pouvons avancer la méconnaissance des médecins généralistes à propos des directives anticipées [8].

En fait, nous ne disposons que de peu de données épidémiologiques sur le sujet en France. Une étude réalisée dans la Haute-Vienne en 2011 sur laquelle s'appuie l'HAS, observait que 79,12% des médecins généralistes ne connaissaient pas le concept des directives anticipées [9]. Dans ce même travail, les trois quarts ignoraient l'existence de la loi Léonetti. En 2013, l'enquête IPSOS pour le Conseil de l'Ordre des médecins révélait qu'ils étaient 53%, toutes spécialités confondues, à méconnaître cette législation [10].

Par ailleurs, un sondage réalisé par le Groupe BVA en 2018 pour l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) rapportait que 77% des médecins généralistes interrogés déclaraient aborder le sujet avec leurs patients alors que dans ce même sondage, ils étaient 64% à méconnaître les directives anticipées [3]. La qualité méthodologique de ces différents travaux est parfois discutable et ne permet pas de disposer de données fiables et récentes actuellement.

Aucune étude n'a évalué les connaissances et l'attitude des médecins généralistes à l'égard des directives anticipées aux Antilles françaises actuellement. La prévalence des pathologies chroniques et la mortalité précoce élevées dans ces départements d'Outre-Mer soulèvent d'autant plus l'intérêt de leur rédaction [11,12].

Notre objectif était d'étudier les connaissances, attitudes et pratiques des médecins généralistes ambulatoires exerçant en Guadeloupe et en Martinique à l'égard de ces directives.

MÉTHODES

Nous avons mis en œuvre une étude observationnelle transversale, en Guadeloupe et Martinique de mai à novembre 2019, en faisant appel à une méthode mixte de type exploratoire [13], avec une première phase qualitative puis une seconde quantitative. Cette méthode a déjà été utilisée au cours d'une étude réalisée aux Antilles françaises [14].

Populations

La 1^{ère} phase, qualitative, a porté sur une population diversifiée en âge, sexe, et zone d'exercice (urbaine ou rurale), de 14 médecins généralistes ambulatoires (7 en Guadeloupe et 7 en Martinique).

La 2^{nde} phase, quantitative, a porté sur un échantillon aléatoire de médecins généralistes ambulatoires exerçant en Guadeloupe et Martinique. La population source a été identifiée sur la liste du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) d'Ameli Santé complétée par la liste des Pages Jaunes (297 médecins en Guadeloupe, et 274 en Martinique en 2019). Ont été d'emblée exclus les praticiens ayant participé à la première phase. Un premier tirage au sort sans remise a permis de sélectionner un échantillon de 200 médecins en Guadeloupe et 200 en Martinique. L'objectif de l'échantillonnage était de parvenir à un effectif minimum de 300 praticiens, pour une précision des estimations d'au moins 3,5%. Les critères d'inclusion étaient : a) une activité de médecine générale en cabinet, b) et une pratique au moins partiellement allopathique. Compte tenu du nombre de médecins injoignables ou ne répondant pas aux critères d'inclusion parmi ceux initialement sélectionnés, un deuxième tirage au sort a été effectué sur les restants pour parvenir à l'objectif de recrutement.

Recueil des données et définitions

Pour la 1^{ère} phase, nous avons mené le recueil des données grâce à des entretiens semi-directifs, en face-à-face, articulés autour de sept questions principales abordant les connaissances, les avantages et inconvénients perçus, les pratiques en matière de recueil des directives anticipées en ambulatoire et les propositions en vue d'améliorer celui-ci (encart n° 1). Nous avons enregistré, transcrit et anonymisé les entretiens. Les verbatim ont été soumis à la relecture de tous les médecins s'étant prêtés à la recherche.

Encart 1 : Trame d'entretien utilisée en phase qualitative

- 1) Connaissez-vous les directives anticipées ?
 - Si oui : comment les définiriez-vous ?
 - Si non : qu'est-ce que cela vous évoque ?

Rappel du concept des directives anticipées si méconnaissance ou définition incomplète.
- 2) Que pensez-vous personnellement des directives anticipées ?
 - Quels sont selon vous leurs intérêts ?
 - Quels sont selon vous leurs inconvénients ?
- 3) Quelles sont vos pratiques quant au recueil des directives anticipées ?

Les avez-vous déjà évoquées avec vos patients ?

 - Si oui : comment cela s'est passé ? Avec quels types de patients ?
 - Si non : pourquoi cela ne vous est-il jamais arrivé ?

Des patients ont-ils déjà abordé ce sujet avec vous ?

 - Si oui ou non : à votre avis pour quelle(s) raison(s) ?
- 4) Selon vous, quels sont les freins à l'écriture des directives anticipées pour les patients ?
- 5) Selon vous, quels sont les freins au recueil des directives pour les médecins ?
- 6) Quelles seraient vos suggestions pour améliorer le recueil des directives anticipées par les médecins ?
- 7) Qu'avez-vous pensé de cet entretien ? Qu'est-ce que cela peut apporter comme modification dans votre pratique ?

Pour la 2^{nde} phase, nous avons réalisé le recueil des données grâce à un questionnaire téléphonique essentiellement constitué de questions ouvertes, respectant le plan d'entretien utilisé au cours de la première phase (encart n° 2). Le nombre de questions a été minimisé pour garantir le meilleur taux de réponse possible. Les variables explorées étaient : a) le sexe, b) l'âge, c) la définition donnée aux directives anticipées, d) les aspects positifs et négatifs de celles-ci, e) les pratiques de recueil à leur égard, f et g) les obstacles perçus au recueil de ces directives en ville pour le médecin et pour le patient, h) les suggestions pour améliorer leur taux de recueil et enfin, i) la rédaction personnelle des directives anticipées par les médecins généralistes eux-mêmes.

Nous avons immédiatement saisi les données collectées à la phase quantitative sur formulaire informatique à l'aide de la web-application Wepi.org, maintenue par la société Epiconcept. La phase

qualitative ayant permis l'inventaire des réponses possibles, nous avons codé ces réponses en temps réel. Les réponses non inventoriées ont été codées a posteriori, après discussion avec le coordinateur de la recherche.

Encart 2 : Questionnaire utilisé en phase quantitative

- 1) Sexe (*Donnée déduite de l'identité du répondeur*)
- 2) Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ? (*Question fermée*)
 - a. < 39 ans
 - b. 40 - 49 ans
 - c. 50 - 59 ans
 - d. >60 ans
- 3) Comment définiriez-vous les directives-anticipées ? (*Question ouverte*)
- 4) À votre avis, quels sont les avantages des directives anticipées ? (*Question ouverte*)
- 5) Selon vous, quels inconvénients ou problèmes posent les directives anticipées ? (*Question ouverte*)
- 6) Avez-vous déjà été amené à accompagner un patient dans la rédaction de ses directives anticipées ? (*Question fermée*)
 - a. Oui, à l'initiative du patient
 - b. Oui, à mon initiative
 - c. Oui, à mon initiative et celle du patient
 - d. Non
- 7) Si oui, dans quelles circonstances ? (*Question ouverte*)
- 8) Si oui, en pratique comment ont-elles été rédigées ? (*Question ouverte*)
- 9) Si non, pourquoi ? (*Question ouverte*)
- 10) Selon vous, quels peuvent être les obstacles au recueil des directives anticipées en ville pour le médecin ? (*Question ouverte*)
- 11) Selon vous, quelles peuvent-être les difficultés pour le patient ? (*Question ouverte*)
- 12) À votre avis, quelles mesures pourraient améliorer le recueil des directives anticipées en médecine générale ? (*Question ouverte*)
- 13) Vous-même, avez-vous rédigé vos propres directives anticipées ? (*Question fermée*)
 - a. Oui
 - b. Non
 - c. Je ne souhaite pas répondre

Aspects éthiques et réglementaires

La participation à l'étude était libre et un consentement éclairé systématiquement requis. Le fichier de données constitué pour la phase quantitative a été déclaré à la commission nationale de l'informatique et des libertés et approuvé (numéro d'enregistrement :2216870v0).

Plan d'analyse

Pour la 1^{ère} phase, conformément aux principes de la « théorie ancrée », l'analyse des données a consisté en l'identification de locutions clés au sein des verbatim, et au regroupement de ces locutions clés en thématiques, avec recoupement sur l'ensemble des verbatim[15]. L'analyse des données a fait l'objet d'une triangulation, chaque chargé d'étude explorant l'ensemble des verbatim. Cette analyse a été réalisée grâce au logiciel N'Vivo v10.

Pour la 2^{nde} phase, l'analyse a été réalisée grâce au logiciel Stata v14.2. Les données ont été décrites en effectifs, et pourcentages, ainsi qu'en intervalles de confiance à 95% (IC 95%).

En cohérence avec la méthodologie mise en œuvre, la présentation des résultats procède d'une assimilation des deux phases de l'étude. Thématique par thématique, les données quantitatives sont systématiquement illustrées et précisées par des verbatim issus de la phase qualitative.

RÉSULTATS

Caractéristiques des populations étudiées

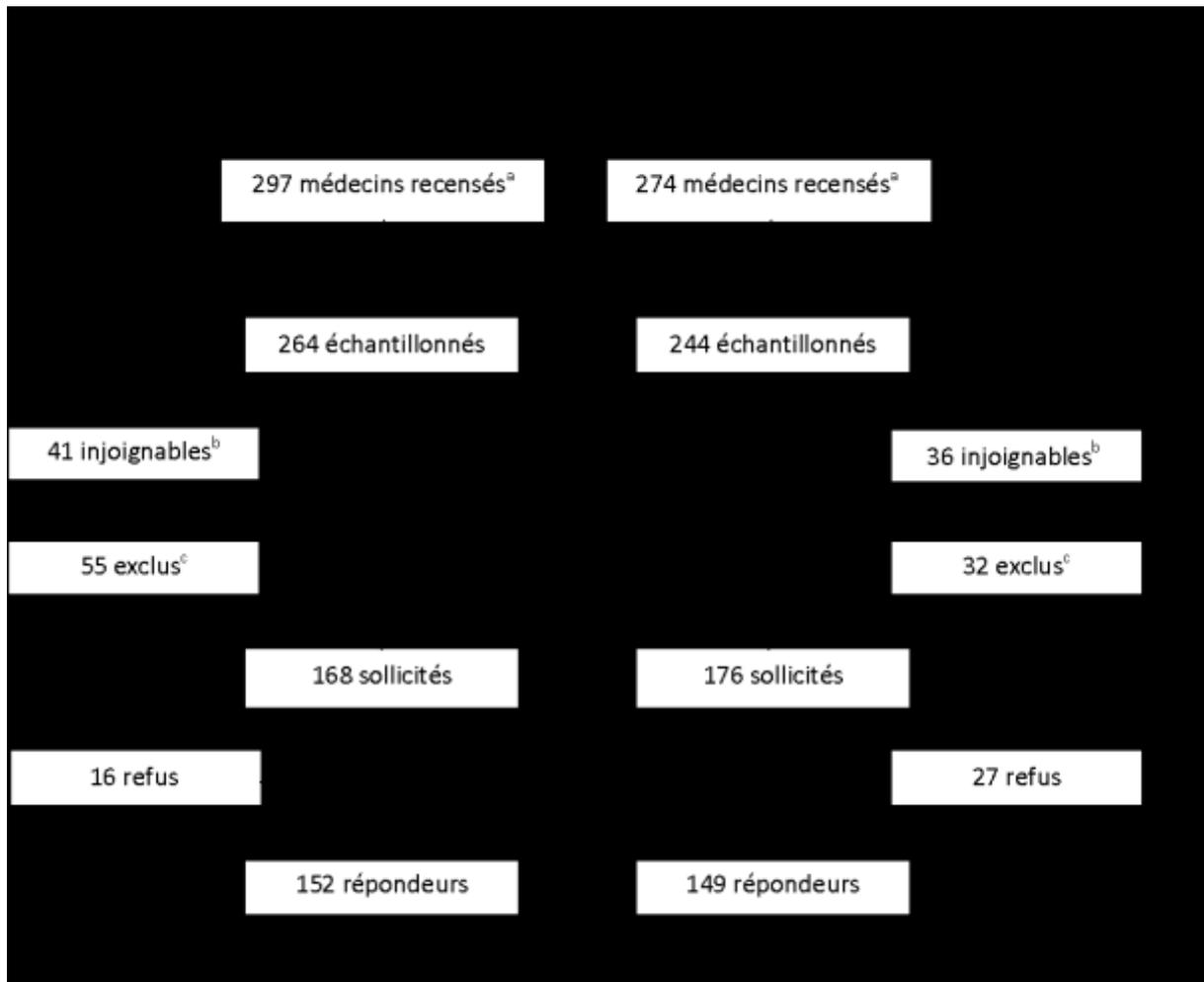
Les principales caractéristiques des populations étudiées sont décrites dans le tableau n°1. Dans la phase quantitative, 43% des répondants étaient des femmes et 35,5% étaient âgés de 60 ans et plus. Selon les données démographiques médicales de la Martinique et de la Guadeloupe disponibles en 2019, 37,6% des médecins généralistes étaient des femmes et 35,5% avaient plus de 60 ans [16]. Les distributions en genre et en âge ne différaient pas de manière significative (respectivement $p=0,151$ et $p=0,607$).

Tableau 1 : Caractéristiques des participants

	Phase qualitative (n=14)		Phase quantitative (n=301)	
	(n)	%	(n)	%
<i>Territoire</i>				
Guadeloupe	(7)	50	(152)	50,5
Martinique	(7)	50	(149)	49,5
<i>Age, ans</i>				
≤ 39	(5)	35,8	(61)	20,3
40 à 49	(3)	21,4	(49)	16,3
50 à 59	(3)	21,4	(84)	27,9
≥ 60	(3)	21,4	(107)	35,5
<i>Genre</i>				
Femmes	(8)	57,1	(128)	43

Le processus de recrutement des participants à la 2^e phase, quantitative, est résumé dans la figure n°1. Ont participé à cette 2^e phase 301 médecins généralistes ambulatoires sur 421 échantillonnés et répondant aux critères d'inclusion. Le taux de réponse était de 71,5%, 18,3% n'ayant pu être joints et 10,2% ayant refusé de se prêter à la recherche. Cela représente les deux tiers de la totalité de l'effectif théorique des médecins généralistes exerçant en Guadeloupe et Martinique et répondant aux critères d'inclusion.

Figure 1 : Recrutement des participants à la phase quantitative



^a: sur annuaire téléphonique

^b: au moins 10 tentatives de rappel à des jours de semaine et horaires différents

^c: médecins d'exercice particulier (échographistes, nutritionnistes, acupuncteurs, homéopathes, mésothérapeutes ou urgentistes exclusifs), et médecins ayant cessé leur activité

Définition des directives anticipées

Cinquante-cinq virgule cinq pour cent des médecins interrogés définissaient les directives anticipées comme les souhaits du patient concernant sa fin de vie (tableau n°2). La notion d'application en cas d'incapacité pour le patient à exprimer sa volonté était précisée par 26,3% des praticiens. Un des médecins de la phase qualitative qualifiait les directives anticipées comme étant « *un document écrit qui permettrait d'avoir les souhaits des patients s'il y a un souci majeur pour eux ou s'il y a une décision vitale à prendre et qu'ils ne sont pas en capacité de le dire* »[M4]. Ce caractère rédactionnel était relevé par 13% des interrogés. Un praticien évoquait aussi son contenu en phase qualitative « *concernant les soins, si le patient souhaite une restriction de certains traitements ou de la*

réanimation »[M2]. Cette notion de limitation ou d'arrêt des traitements en fin de vie était mentionnée par 12% des médecins participants. Par ailleurs, plus d'un tiers des participants (38,2% des interrogés) avouaient méconnaître le concept des directives. Aussi, les praticiens évoquaient peu fréquemment la Loi Léonetti et la notion de droit du patient (0,3% et 1,7% des médecins).

Tableau 2 : Définition des directives anticipées

	(n)	%	IC95%
<i>Comment définiriez-vous les directives anticipées ? (Question ouverte, plusieurs réponses possibles)</i>			
Précisent les souhaits du patient concernant sa fin de vie	(167)	55,5	51,8-59,1
S'appliquent si le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté	(79)	26,3	23,2-29,6
Consistent en un document rédactionnel	(39)	13,0	10,7-15,6
Constituent un droit du patient	(5)	1,7	0,9-2,9
Reposent sur la loi Léonetti	(1)	0,3	0,1-1,2
Peuvent concerner la limitation ou l'arrêt des traitements	(36)	12,0	9,8-14,6
Évoquent la prise en charge médicale	(26)	8,6	6,8-10,9
Peuvent limiter l'obstination déraisonnable	(24)	8,0	6,2-10,2
Évoquent la réanimation	(23)	7,6	5,9-9,8
Évoquent le don d'organe	(13)	4,3	3,0-6,1
Évoquent les soins de confort	(10)	3,3	2,2-4,9
Évoquent la prise en charge de la douleur	(7)	2,3	1,4-3,7
Évoquent le lieu de fin de vie et les obsèques	(2)	0,7	0,3-1,6
Concernent tous les patients	(25)	8,3	6,5-10,6
Concernent les patients en fin de vie	(18)	6,0	4,5-7,9
Concernent les patients en soins palliatifs	(12)	4,0	2,8-5,7
Concernent les patients atteints d'une maladie ou d'un accident grave	(5)	1,7	0,9-2,9
Concernent les personnes âgées	(1)	0,3	0,1-1,2
Peuvent impliquer une personne de confiance	(20)	6,6	5,0-8,7
Peuvent impliquer l'entourage ou un proche	(5)	1,7	0,9-2,9
Peuvent impliquer le médecin traitant	(3)	1,0	0,5-2,1
Je ne sais pas	(115)	38,2	34,7-41,8

Avantages et inconvénients perçus des directives anticipées

Cinquante-deux virgule huit pour cent des praticiens mesuraient l'intérêt de l'amélioration du respect des volontés du patient avec la présence de directives anticipées rédigées (tableau n°3). Par exemple, en phase qualitative, à la question « Selon vous, quels sont les avantages des directives anticipées ? », un médecin répondait : « *Les choses vont être faites comme le patient veut que ce soit fait, donc c'est pour ça que c'est pas mal* »[G3]. Aussi pour un tiers d'entre eux, les praticiens appréciaient l'aide à la prise en charge médicale que les directives anticipées pouvaient apporter. « *Que ça s'impose aux médecins, ça simplifie aussi les choses parce que (...) des fois on est tenté de faire plus et ça permet de donner un cadre à tout ça, de savoir où aller* » [G2] ajoutait un praticien. Cette notion de limitation du risque d'obstination déraisonnable était soulignée par 16,6% des interrogés. Pour 27,6% des participants, ces directives pouvaient être un soulagement pour la famille comme ce confrère qui expliquait « *Ça permet aussi à la famille d'être apaisée, de se dire que c'était la volonté du patient et d'aller dans ce sens* »[M5]. Elles permettaient aussi d'éviter certains conflits familiaux (19,9% des interrogés) « *Ça évite beaucoup de tracasseries, surtout quand les familles ne s'entendent pas* »[M6].

En revanche, à la question « Selon vous, quels problèmes peuvent poser les directives anticipées ? », les avis divergeaient. Un quart des participants ne voyait aucun inconvénient aux directives anticipées. Mais pour d'autres (29,6% des médecins), le recueil était compliqué par l'ambivalence des souhaits du patient. Un praticien expliquait en phase qualitative que « *les expériences de vie font que les gens peuvent à un moment donné changer totalement d'avis (...). Souvent la personne dit qu'elle n'a pas envie d'être réanimée puis au moment où ça ne va plus elle souhaite qu'on s'acharne* »[M4]. Pour 16,3% des participants, la présence de directives anticipées faisait courir un risque de conflits familiaux voire même de conflits entre la famille du patient et le médecin traitant pour 15% d'entre eux. Un praticien soulignait notamment que « *plus le temps évolue, plus il y a des procès et plus les médecins se retrouvent au milieu de conflits familiaux et si la personne décède après c'est nous* »[M2]. Enfin 13% des médecins exprimaient aussi une difficulté face aux fonctions cognitives des patients parfois incompatibles avec la rédaction des directives anticipées. « *Ils sont tellement âgés qu'ils ne sont même plus en capacité des fois de dire la moindre directive* » [G7].

Tableau 3 : Avantages et inconvénients perçus

	(n)	%	IC95%
<i>Selon vous, quels sont les avantages des directives anticipées ? (Question ouverte, plusieurs réponses possibles)</i>			
Permettent un meilleur respect des volontés du patient	(159)	52,8	49,2-56,5
Aident à la prise en charge médicale en fin de vie	(99)	32,9	29,5-36,4
Peuvent soulager la famille de choix difficiles	(83)	27,6	24,4-31
Peuvent limiter d'éventuels conflits intrafamiliaux	(60)	19,9	17,2-23
Peuvent limiter le risque d'obstination déraisonnable	(50)	16,6	14,1-19,5
Peuvent limiter le risque de conflits entre médecin et famille, ainsi que les aléas juridiques	(38)	12,6	10,4-15,3
Peuvent limiter le risque de mauvaise interprétation des souhaits du patient	(30)	10	8-12,4
Préparent l'avenir en engageant une réflexion sur la fin de vie	(30)	10	8-12,4
Centrent sur le patient les décisions concernant sa fin de vie	(16)	5,3	3,9-7,2
Protègent le patient compte-tenu de leur caractère manuscrit	(7)	2,3	1,4-3,7
Peuvent limiter le risque de conflits au sein de l'équipe soignante	(5)	1,7	0,9-2,9
<i>Selon vous, quels sont les inconvénients liés aux directives anticipées ou les problèmes qu'elles posent ? (Question ouverte, plusieurs réponses possibles)</i>			
Recueil éventuellement compliqué par l'ambivalence des souhaits du patient	(89)	29,6	26,3-33
Potentiellement source de conflit intrafamilial	(49)	16,3	13,8-19,2
Potentiellement source de conflit entre médecin et famille	(45)	15	12,5-17,8
Fonctions cognitives parfois incompatibles avec leur rédaction	(39)	13	10,7-15,6
Nécessitent une réévaluation régulière	(20)	6,6	5-8,7
État psychologique du patient parfois incompatible	(13)	4,3	3,1-6,1
Peuvent être inadaptées	(6)	2	1,2-3,3
Potentiellement source de conflit au sein de l'équipe soignante	(5)	1,7	0,9-2,9
Constituent une surcharge administrative	(4)	1,3	0,7-2,5
Difficiles d'accès aux professionnels de santé lorsque le site de recueil est incertain	(4)	1,3	0,7-2,5
Exposent à l'aléa juridique	(2)	0,7	0,3-1,6
Aucun inconvénient	(71)	23,6	20,6-26,8

Pratiques et expériences de recueil des directives anticipées

À la phase quantitative, 37,5% des participants déclaraient avoir déjà recueilli des directives anticipées au cabinet (tableau n° 4). Parmi ces derniers, la majorité (74,3% des interrogés) le faisait à l'occasion d'une maladie chronique ou grave affectant le patient et plus souvent à la demande du patient qu'à celle du médecin. Seul un praticien sur quatre prenait l'initiative de cette discussion. Néanmoins, un cinquième des directives anticipées recueillies n'avaient de réelle valeur juridique car

seulement évoquées à l'oral. Elles étaient cependant écrites par le patient lui-même dans 35,4% des cas.

Tableau 4 : Pratique de recueil des directives anticipées

	(n)	%	IC95%
<i>Avez-vous déjà procédé à un recueil de directives anticipées ? (Question fermée)</i>			
Non	(188)	62,5	58,8-65,9
Oui	(113)	37,5	34,1-41,2
<i>Si oui, qui en a eu l'initiative ? (Question fermée)</i>			
Toujours le patient	(46)	40,7	34,9-46,8
Le patient ou moi-même	(36)	31,9	26,5-37,7
Toujours moi-même	(31)	27,4	22,4-33,1
<i>Si oui, dans quelles circonstances ? (Question ouverte)</i>			
A l'occasion d'une maladie chronique ou grave affectant le patient	(84)	74,3	68,8-79,2
Hors pathologie avérée	(27)	23,9	19,1-29,4
A l'occasion d'un décès, d'une maladie chronique ou grave affectant un proche	(14)	12,4	8,9-17
En présence de conflits intrafamiliaux	(10)	8,9	6-13
De façon systématique, dans une démarche de prévention	(3)	2,7	1,3-5,5
A l'occasion d'un événement de santé a priori non évolutif	(3)	2,7	1,3-5,5
En présence de conflits entre médecin et famille	(1)	0,9	0,2-3,1
<i>Si oui, en pratique comment ont-elles été collectées ? (Question ouverte)</i>			
Consignées dans le dossier patient du médecin	(63)	55,8	49,7-61,7
Seulement évoquées à l'oral	(22)	19,5	15,1-24,7
Écrites par le patient	(40)	35,4	29,9-41,3
Rédigées à l'aide d'une trame	(21)	18,6	14,3-23,7
En relation avec la famille	(11)	9,7	6,7-14
Consignées dans le DMP du patient	(10)	8,9	6-12,9

Obstacles au recueil des directives anticipées

Le principal frein pour les médecins rapporté par 46,5 % d'entre eux était le manque de temps (tableau n° 5) : « *ça c'est clair il y a le temps et je pense que ce n'est pas au sein d'une consultation normale, quand les gens viennent pour des doléances qui sont déjà diverses et variées qu'on peut faire ça* »[G1]. On retrouvait cette priorisation aux soins chez 18,9 % des praticiens. Aussi, 20,4 % évoquaient une surcharge de responsabilités : « *On ne demande pas au médecin traitant son avis pour tout, à un moment donné, on surcharge le médecin traitant d'une quantité de missions* »[M4]. Ces difficultés entraînaient même une remise en cause du rôle du médecin dans le recueil des

directives anticipées pour 20,9 % d'entre eux : « *Maintenant, pourquoi c'est le médecin traitant qui doit le faire ? Je ne sais pas* »[M4].

Un autre frein majeur pour les praticiens était leur attitude qu'ils jugeaient attentiste pour 43,5 % d'entre eux. Dans la phase qualitative, à la question « *Quelles sont vos pratiques quant au recueil des directives anticipées ?* », un médecin répondait : « *Aucune, je ne fais rien sauf quand on me le demande* »[G3].

De plus, les participants évoquaient la difficulté d'aborder la fin de vie en consultation. En effet un praticien sur cinq décrivait une gêne d'évoquer la mort avec leurs patients. La même proportion de médecins craignait l'impact négatif que pouvaient avoir les directives anticipées sur ces derniers : « *Il ne faut pas que la personne ait l'impression que je la pousse dans la tombe* »[M2]. Seize virgule neuf pour cent des praticiens éprouvaient également des difficultés à trouver le moment adapté pour discuter des directives anticipées. Un d'entre eux expliquait en phase qualitative « *Et si je viens de découvrir un cancer à quelqu'un je ne vais pas lui demander non plus à ce moment-là comment il envisage sa fin de vie, je trouve ça un peu mal venu* »[M4]. Cet obstacle à évoquer la mort pouvait être accentué par l'influence des convictions personnelles du médecin (15,6 % des interrogés) comme ce participant en phase qualitative qui déclarait « *Peut-être aussi la peur d'en parler parce que soi-même on n'a pas abordé ce sujet de la mort et de la fin de vie de manière personnelle, individuelle et professionnelle, parce qu'il faut aussi faire un grand effort pour pouvoir admettre que nous avons tous une fin* »[G6]. Un autre ajoutait aussi : « *Il est difficile de savoir ce que les médecins feront. Je pense que certains se positionneront en fonction de leurs bases religieuses, de leurs convictions personnelles ou autres* »[M5].

Les médecins décrivaient aussi cette peur de parler de la mort et une difficulté à la concrétiser comme étant un des principaux freins pour le patient (54,2 % des interrogés) : « *c'est tout de même un peu délicat de rédiger la fin de sa vie sur un bout de papier et dire voilà "je voudrais que ça se termine comme ça", ce n'est pas toujours ce qu'il y a de plus simple* » [G2]. Les autres difficultés à la rédaction de ces directives pour les patients portaient sur l'influence de leur environnement tant par leur entourage (16,3 % des interrogés), leur niveau socio-économique (16 % des médecins), que par leur religion et leur culture (23,6 % et 19,9 % des praticiens). En effet, en phase qualitative un médecin s'exprimait « *Chez nous il y a un petit côté magico-religieux (...) c'est pour ça qu'il y a beaucoup de gens ici qui n'osent pas y penser* » [M2].

L'obstacle primordial pour le patient, aussi décrit par 53,8% des médecins, était la méconnaissance du concept des directives anticipées. Un praticien s'interrogeait justement : « *Mais si on demandait dans la salle d'attente s'ils savent ou pas ce que c'est les directives anticipées, je ne suis pas sûre qu'ils savent* » [G4].

Tableau 5 : Obstacles au recueil des directives anticipées

	(n)	%	IC95%
<i>Selon vous, quels peuvent-être les obstacles au recueil des directives anticipées en ville pour le médecin ? (Question ouverte, plusieurs réponses possibles)</i>			
Manque de temps	(140)	46,5	42,9-50,2
Attentisme du médecin	(131)	43,5	39,9-47,2
Méconnaissance du dispositif	(69)	22,9	20-26,2
Crainte d'un impact négatif sur le patient	(68)	22,6	19,7-25,8
Doute sur le rôle du médecin traitant dans le recueil	(63)	20,9	18,1-24,1
Gêne à évoquer la mort	(57)	18,9	16,2-22
Priorisation aux soins	(57)	18,9	16,2-22
Difficulté à trouver le moment adapté	(51)	16,9	14,4-19,9
Influence des convictions personnelles du médecin	(47)	15,6	13,1-18,5
Surcharge de responsabilités	(45)	15	12,5-17,8
Oubli du médecin	(42)	14	11,6-16,7
Nécessité d'une relation de confiance entre médecin et patient	(42)	14	11,6-16,7
Manque de confiance du médecin en sa capacité de donner une information claire	(42)	14	11,6-16,7
Difficulté à évoquer avec les patients jeunes et/ou sains	(34)	11,3	9,2-13,8
Refus de cette nouvelle responsabilité	(26)	8,6	6,8-10,9
Doute sur leur intérêt ou leur validité	(22)	7,3	5,6-9,5
Crainte d'un aléa juridique	(12)	4	2,8-5,7
Doute sur leur réelle prise en compte	(9)	3	2,0-4,5
<i>Selon vous, quels peuvent-être les obstacles au recueil des directives anticipées en ville pour le patient ? (Question ouverte, plusieurs réponses possibles)</i>			
Difficulté à évoquer la fin de vie et la mort	(163)	54,2	50,5-57,8
Méconnaissance du droit aux directives anticipées	(162)	53,8	50,2-57,4
Influence religieuse	(71)	23,6	20,6-26,8
Influence culturelle	(60)	19,9	17,2-23
Frein du patient jeune et sain	(55)	18,3	15,6-21,3
Influence de l'entourage dans la fin de vie	(49)	16,3	13,8-19,2
Influence du niveau socio-économique	(48)	16	13,4-18,8
Difficulté d'acceptation de son état de santé	(45)	15	12,5-17,8
État cognitif incompatible avec leur écriture	(27)	9	7,1-11,3
Passivité du patient / Paternalisme médical	(24)	8	6,2-10,2
Ambivalence des souhaits du patient	(22)	7,3	5,6-9,5
Illettrisme	(18)	6	4,5-8
Manque d'envie ou d'intérêt	(18)	6	4,5-8
Nécessité d'une réévaluation régulière	(13)	4,3	3-6,1
Peur de se tromper dans leur écriture	(10)	3,3	2,2-4,9
Manque d'alliance avec le médecin	(4)	1,3	0,7-2,5

Propositions pour développer le recueil des directives anticipées

La première mesure proposée (tableau n° 6) pour développer le recueil des directives anticipées était l'amélioration de l'information du patient pour 69,8% des médecins interrogés. Celle-ci devait passer principalement par les autorités sous forme de campagnes médiatiques (35,2 % des interrogés), de flyers et affiches au cabinet (21,6 % des médecins interrogés) plus que par les médecins eux-mêmes (11 % des interrogés). En améliorant l'information des patients, les médecins attendaient une désacralisation du rapport à la fin de vie afin d'aborder plus facilement les directives anticipées en consultation (11,6 % des médecins interrogés). Un médecin déclarait : *« c'est comme les antibiotiques c'est bien de faire des campagnes, ou comme le cancer du côlon. Quand tout le monde en parle, ils n'ont plus de problèmes, les patients ont moins d'appréhension »*[G3]. La deuxième mesure la plus citée était un désir de formation pour 20,6 % des praticiens : *« Sinon c'est améliorer la formation c'est surtout ça (...)oui dans ces groupes qualités (...)toutes les associations de formations antillaises »*[G7]. Plusieurs mesures proposées allaient aussi dans le sens de promouvoir l'implication des médecins traitants dans le recueil. Un participant sur dix relevait la nécessité d'un temps de consultation dédié, devant être rémunéré pour certains (9,3% des praticiens). D'autres proposaient un recueil de manière systématique en consultation comme toute démarche de prévention (8,3 % des interrogés) ou préféraient d'abord cibler les populations prioritaires (10 % des participants). Un médecin expliquait en phase qualitative : *« Déjà au moins dans les situations où ça pourrait être utile rapidement puis après à terme à tous les patients »* [G4]. Par ailleurs, la possibilité d'élargir le recueil au personnel paramédical ambulatoire était avancé par 8,3% des praticiens. Enfin 6% des médecins proposaient de créer un questionnaire simplifié ou de mettre à disposition des outils plus accessibles. En phase qualitative, un des médecins précisait *« Je pense que ça pourrait être un formulaire de questions réponses et qui permettrait à ce moment-là de mieux cerner, enfin je pense que ça aiderait la personne à cheminer dans sa réflexion »*[M4].

Tableau 6 : Propositions pour développer le recueil des directives anticipées

	(n)	%	IC95%
<i>Selon vous, quelles mesures pourraient améliorer le recueil des directives anticipées en ville ? (Question ouverte, plusieurs réponses possibles)</i>			
Améliorer l'information des patients	(210)	69,8	66,3-73
Mettre en œuvre des campagnes médiatiques d'information	(106)	35,2	31,8-38,8
Informers au cabinet par flyers/affiches	(65)	21,6	18,7-24,8
Promouvoir l'implication des médecins traitants	(33)	11	8,9-13,5
Développer une politique régionale de santé dédiée	(16)	5,3	3,9-7,2
Adresser des invitations systématiques à tout patient majeur	(15)	5	3,6-6,8
Porter au débat public	(6)	2	1,2-3,3
S'adapter au contexte linguistique	(3)	1	0,5-2,1
Améliorer la formation des médecins	(62)	20,6	17,8-23,7
Accompagner les médecins de façon pratique et concrète	(8)	2,7	1,7-4,1
Proposer des outils plus simples et accessibles	(18)	6	4,5-8
Proposer un questionnaire simplifié, avec questions dichotomiques par exemple	(18)	6	4,5-8
Améliorer la sécurité juridique	(7)	2,3	1,4-3,7
Désacraliser le rapport à la fin de vie	(35)	11,6	9,5-14,2
Cibler les populations prioritaires	(31)	10,3	8,3-12,7
Accorder une consultation dédiée	(30)	10	8-12,4
Inscrire une consultation dédiée à la liste des actes et prestations	(28)	9,3	7,4-11,7
Aborder les DA de façon systématique, comme toute démarche de prévention	(25)	8,3	6,5-10,6
Évoquer les DA dès lors que l'occasion se présente	(16)	5,3	3,9-7,2
Aborder les DA de façon progressive, sur plusieurs consultations	(13)	4,3	3-6,1
Élargir les possibilités de recueil au personnel paramédical ambulatoire	(25)	8,3	6,5-10,6
Intérêt du recueil à l'hôpital	(23)	7,6	5,9-9,8
Intérêt d'une collaboration ville/hôpital	(8)	2,7	1,7-4,1

Rédaction personnelle des directives anticipées des médecins généralistes antillais

La dernière question posée lors de la phase quantitative portait sur la rédaction personnelle des médecins à l'égard de leurs propres directives anticipées. Seulement 4 médecins sur les 301 interrogés les avaient rédigées.

DISCUSSION

Principaux résultats

Dans cet échantillon de médecins généralistes antillais, la moitié définissait les directives anticipées comme les souhaits du patient concernant sa fin de vie. Un praticien sur trois avouait cependant méconnaître ce concept de directives. La majorité y était favorable, y voyant un intérêt majeur pour le respect de la volonté du patient. Par ailleurs, 29,6% des médecins évoquaient une certaine ambivalence des souhaits des patients qui rendait difficile la rédaction des directives. Seul un tiers des participants avait déjà eu l'expérience du recueil des directives anticipées en consultation, majoritairement pour des patients atteints de maladie chronique ou grave. La moitié des médecins généralistes justifiait ce faible taux par le manque de temps. Aussi, 43,5% des interrogés attendaient que cette démarche émane du patient. Enfin, selon les médecins participants, les patients ne connaissaient pas le concept des directives anticipées et étaient principalement limités par une certaine pudeur à évoquer la fin de vie.

Forces et faiblesses de l'étude

Les méthodes appelées « mixtes » utilisées lors de la réalisation de cette étude étaient adaptées à l'objectif de recherche. En phase qualitative, elles permettent une approche exploratoire d'un sujet non encore exploré aux Antilles françaises. Dans la seconde phase, quantitative, l'utilisation de questions ouvertes augmente la spécificité des résultats. Les phénomènes étudiés peuvent ainsi être aisément quantifiés et mieux compris. Le taux de réponse obtenu lors de cette seconde phase est élevé compte tenu de la population cible : la précision des estimations en est d'autant plus grande. Les différents travaux auparavant réalisés sur le sujet étaient soit purement qualitatifs ou de faible puissance statistique.

En phase qualitative, les entretiens ont mené à une saturation des réponses aux différentes questions abordées. L'utilisation de questions ouvertes similaires en phase quantitative a permis de valider cette saturation. Par ailleurs, il existe un biais de recueil lors de la seconde phase induit par l'absence d'enregistrement des questionnaires téléphoniques et l'impossibilité de vérifier la qualité de remplissage des deux enquêtrices. Cette méthode a cependant l'avantage de ne pas influencer les répondants. Le biais de recueil qui peut être induit par cette première expérience qualitative pour les deux enquêtrices a été minimisé par l'absence de différence significative en phase quantitative entre elles deux. Il persiste aussi un biais d'information par la nécessité pour le praticien de s'exprimer

rapidement sur un sujet qu'il ne maîtrise pas toujours. Celui-ci pourrait probablement sous-estimer le pourcentage de certaines réponses.

Interprétation des données

Les directives anticipées étaient définies par la moitié des participants de notre étude comme les souhaits du patient concernant sa fin de vie. Le caractère rédactionnel, le contenu de celles-ci ou encore la loi Léonetti n'étaient que peu précisés. Un tiers d'entre eux ignorait l'existence de ce dispositif. La méconnaissance des directives anticipées par le corps médical a déjà été évoquée dans la littérature mais elle ne disposait que de quelques chiffres dont la puissance statistique est insuffisante [8,9]. Malgré des résultats plus encourageants, notre travail confirme cette lacune.

Pour une grande part de notre échantillon de médecins, l'inconvénient principal de ces directives était induit par l'ambivalence des souhaits des patients. En effet, leurs volontés peuvent différer selon les situations et évoluent dans le temps. Il s'avère même impossible pour certains praticiens d'affirmer que les volontés rédigées parfois très en amont de la fin de vie sont bien celles que la personne aurait effectivement exprimée [17,18]. Cette ambivalence est inhérente à la condition humaine, le rôle du praticien serait alors d'accompagner son patient dans l'évolution de ses choix [19].

Aussi, les médecins participants émettaient des réticences face aux directives anticipées par crainte de conflits avec les proches du patient. L'application de ces directives peut parfois mettre en difficulté le praticien si elles ne sont pas en accord avec son entourage [20]. Celui-ci dispose d'une place centrale dans la fin de vie aux Antilles françaises [21]. L'appréhension de la gestion de ces situations complexes reflète une carence de la connaissance du cadre législatif qui régit les directives anticipées [3,9,22]. Ces lacunes, aussi retrouvées dans notre étude, incitent à une plus grande information de la population comme du corps médical face à ces problématiques.

La proportion de participants à notre travail déclarant avoir déjà recueilli des directives anticipées au cabinet était similaire à celle retrouvée dans l'étude sur laquelle s'appuie la Haute Autorité de Santé (HAS) [9]. Elle était plus basse que celle retrouvée dans le sondage du groupe BVA pour l'IGAS mais cette différence s'explique en partie par le fait que cette étude incluait toute discussion sur les directives anticipées sans notion de recueil [3]. Les patients concernés dans ces études étaient en revanche les mêmes, majoritairement âgés ou atteints d'une maladie grave.

Très peu de praticiens proposaient de façon systématique la rédaction des directives anticipées. Ailleurs aussi, cette démarche est rare [23,24]. Cette discussion fait le plus souvent suite à une

demande du patient [3,22,25] alors que plusieurs travaux nationaux et internationaux révèlent qu'au contraire, les patients préféreraient que cette démarche émane de leur médecin[26,27].

L'utilisation du Dossier Médical Partagé comme lieu de conservation des directives anticipées était peu mentionnée dans notre travail. A notre connaissance, son utilisation en France comme registre national n'a pas encore été évaluée mais devrait permettre à l'avenir un recueil et un accès simplifiés des directives anticipées [5,8].

Ce manque de pratique mis en évidence dans notre étude en Martinique et en Guadeloupe l'est aussi en France métropolitaine. Il peut s'expliquer par plusieurs difficultés auxquelles font face les omnipraticiens en ambulatoire. Les médecins interrogés dans notre travail évoquaient principalement le manque de temps, une charge administrative supplémentaire et la nécessité de prioriser d'abord les soins. Cet obstacle temporel est retrouvé dans la plupart des travaux récents [20,22,28]. Il ne leur permet pas de trouver le moment adapté pour aborder le sujet délicat des directives anticipées. Bien qu'il n'ait pas été établi de temps prédéfini comme pouvant être le bon pour aborder cette discussion, les médecins se doivent de saisir les moments opportuns afin d'aborder ces problématiques lorsqu'ils se présentent [9,29].

Le document d'information et d'aide à la rédaction pour les professionnels de santé publié par la HAS en 2016 semble peu connu des médecins [24,30,31]. Le corps médical est pourtant demandeur d'informations pour améliorer sa pratique [3,30]. Cette carence de formation est sans doute aussi à l'origine de son manque de confiance à se sentir capable d'aborder les directives anticipées. Des formations à la communication seraient une aide pour faciliter la discussion de ces sujets complexes en ambulatoire [25] et ainsi diminuer le frein important pour les praticiens qui semblait être d'ordre émotionnel et relationnel. Si les médecins souhaitent que la discussion sur la fin de vie soit une démarche venant du patient [25], c'est probablement avant tout par pudeur et par crainte de l'impact négatif que les directives anticipées pourraient avoir sur lui [9,22]. Alors que les patients attendent plutôt une initiative de la part de leur médecin, ces derniers surévaluent l'anxiété qui pourrait naître chez leur patient quand le sujet de la fin de vie est évoqué [29].

Un praticien sur dix en arrivait même à remettre en cause le rôle du médecin traitant dans ce recueil. Cette réaction sous-entendait-elle aussi une place prépondérante de l'hôpital dans le recueil ou le besoin d'élargir celui-ci au personnel paramédical [25] ?

Dans la littérature, les travaux ayant porté sur la connaissance des patients à l'égard des directives anticipées mettent en avant une méconnaissance majeure du dispositif par les français [7,26]. Celle-ci était le principal obstacle évoqué par les médecins interrogés dans notre étude. La campagne d'information à l'initiative du Centre national de la fin de vie et des soins palliatifs réalisée en 2017

en France puis renouvelée en 2018 reste à ce jour insuffisante [32]. Plusieurs études internationales ont montré que l'association d'une information médiatique à une intervention médicale ou paramédicale augmentait le taux de rédaction des directives anticipées. Une discussion brève mais répétée pourrait être une solution au manque de temps avancé par les médecins et au désir du patient que le sujet soit abordé par le corps médical [9].

Il persiste aussi une nette difficulté pour le patient d'aborder le sujet de la mort et de sa propre fin de vie [20,29,33]. Cela s'inscrit probablement dans une réelle difficulté sociétale aussi retrouvée à l'échelle internationale, où la fin de vie est encore un tabou [27,34,35]. Cette projection serait d'autant plus difficile pour le patient jeune, exempt de toute pathologie ou inconscient de son état de santé [26,28,36].

Dans notre échantillon, l'influence religieuse et culturelle semblait constituer un obstacle supplémentaire. Les choix des patients seraient en effet, en partie conditionnés par leurs croyances, leurs cultures et leurs propres expériences de la mort [17].

Il serait pertinent d'évaluer les attentes des patients à l'égard des directives anticipées aux Antilles françaises, l'évolution de leurs connaissances et de leur rédaction des directives anticipées avant et après la mise en place d'une campagne d'information régionale.

Enfin, seulement 1,3% des praticiens avaient déjà rédigé leurs propres directives anticipées. Ce faible taux incite à proposer aux médecins une réflexion sur ce qu'ils pensent de ces dispositifs pour eux-mêmes. Se prêter à l'exercice de rédiger leurs propres directives anticipées pourrait-il leur permettre d'appréhender plus facilement l'aide à la rédaction de celles de leurs patients [29]?

CONCLUSION

Aux Antilles françaises comme en France métropolitaine, la majorité des praticiens émet un avis favorable à la rédaction des directives anticipées de leurs patients. En pratique, ils expriment néanmoins des difficultés à les recueillir. Une meilleure information des patients de la part des pouvoirs publics est indispensable et ne peut se limiter à une simple information visuelle au cabinet : elle se veut aussi médiatisée. Les praticiens déclarent manquer de temps pour donner toute l'information nécessaire mais désirent être impliqués et sont demandeurs de formation. Ils souhaitent avant tout une désacralisation du rapport à la fin de vie en France afin d'aborder plus aisément et de manière plus systématique le sujet. Il leur paraît d'abord nécessaire de prioriser le recueil à leur patientèle âgée ou atteinte de pathologies chroniques et/ou graves. Outre la création d'une consultation dédiée pouvant être rémunérée, élargir le recueil au personnel paramédical ambulatoire pourrait constituer l'une des solutions les plus rapidement réalisables pour améliorer le recueil des directives anticipées en médecine de ville. A une échelle plus locale, une adaptation de la politique régionale de santé développée par les Agences Régionales de Santé (ARS) de Martinique et Guadeloupe pourrait être envisagée.

CONTRIBUTION DES AUTEURS

Adeline Maussion et Capucine Gréhal ont contribué de manière équivalente à la réalisation de ce travail. Elles ont réalisé la recherche bibliographique et participé à l'élaboration du protocole de recueil. Chacune d'entre elles a procédé au recueil de données au cours des deux phases de l'étude, Adeline Maussion pour la Guadeloupe et Capucine Gréhal pour la Martinique. Elles deux ont procédé à l'analyse de l'intégralité des données de la phase qualitative et ont contribué à l'analyse des données quantitatives. Elles ont co-rédigé le manuscrit.

Maitre de Conférences des Universités au sein de la faculté de médecine de l'Université des Antilles, Philippe Carrère a rédigé le protocole de l'étude, coordonné son déroulement et analysé les données de la phase quantitative.

Directrice de leur thèse, Natacha Guerry, a participé à la recherche bibliographique et à la rédaction de ce manuscrit.

RÉFÉRENCES

1. Sabatino CP. The evolution of health care advance planning law and policy. *Milbank Q.* 2010 jun;88(2):211–239.
2. Van Beek K, Woitha K, Ahmed N, et al. Comparison of legislation, regulations and national health strategies for palliative care in seven European countries (Results from the Europall Research Group): a descriptive study. *BMC Health Serv Res.* 2013;13:275.
3. Barret L, Fillion S, Viossat LC. Évaluation de l'application de la loi du 2 février 2016 sur la fin de vie. [Internet]Paris: Inspection générale des affaires sociales; 2018 [Cité le 02 février 2019]. Disponible sur : www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-161R_Tome_1_.pdf
4. Léonetti J. Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. Code de la Santé publique, [Internet]. Avril, 2005. [Cité le 24 janv. 2019]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000446240&categorieLien=id>
5. Claeys, Leonetti. Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. [Internet]. Code de la Santé publique, Février, 2016. [Cité le 24 janv. 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT0000031970253&categorieLien=id>
6. Pennec et al. End-of-life medical decisions in France: a death certificate follow-up survey 5 years after the 2005 act of parliament on patients' rights and end of life. *BMC Palliative Care.* 2012;11:25.
7. Les français et les directives anticipées. [Internet]. Étude réalisée par IFOP du 13 au 16 octobre 2017 pour Alliance Vita; 2017. [Cité le 24 fév. 2019]. Disponible sur : https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2018/03/3875-1-study_file.pdf
8. Sicard D. Penser solidairement la fin de vie. Rapport à François Hollande Président de la République Française. [Internet]. Paris: Commission de réflexion sur la fin de vie en France;2012. [Cité le 3 fév. 2019]. Disponible sur: <http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport-de-la-commission-de-reflexion-sur-la-fin-de-vie-en-France.pdf>
9. Sicard D, Lallemand R, Beydon L, Carre D, Castra M, Danel-Bruanaud V, et al. Note méthodologique et de synthèse documentaire : pourquoi et comment rédiger ses directives anticipées?. [Internet]. Saint-Denis La Plaine: Haute autorité de santé; 2016. [Cité le 24 janv. 2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-03/note_methodo_da_version_web.pdf
10. Enquête IPSOS auprès des médecins sur la fin de vie pour le Conseil national de l'Ordre des médecins. [Internet].2013. [Cité le 15 fév. 2019]. Disponible sur : https://www.sante-centre.fr/portail/gallery_files/site/136/1172/1853.pdf

11. État de santé Guadeloupe, Guyane, Martinique. [Internet]. Observatoire Régional de la Santé de Guadeloupe;2013. [Cité le 2 fév. 2019]. Disponible sur : https://www.orsag.fr/wp-content/uploads/2019/04/ORSAG_Etat_de_sante_DFA_FT_2013.pdf
12. La mortalité prématurée en Guadeloupe. [Internet]. Observatoire Régional de la Santé de Guadeloupe; 2018. [Cité le 2 fév. 2019]. Disponible sur: https://www.orsag.fr/wp-content/uploads/2018/06/ORSaG_La_mortalité_prématurée_en_guadeloupe_janvier_2018.pdf
13. Creswell JW, Clark VLP. *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. SAGE Publications; 2011.
14. Riner B, Bussy A, Hélène-Pelage J, Moueza N, Lamy S, Carrere P. “No generics Doctor!” The perspective of general practitioners in two French regions. *BMC Health Serv Res* 2017;17:707.
15. Méliani V. Choisir l’analyse par théorisation ancrée : illustration des apports et des limites de la méthode. *Recherches qualitatives* 2013;435:452.
16. Démographie médicale Guadeloupe et Martinique. [Internet]. 2019. [Cité le 01 août 2019]. Disponible sur : <https://cartosante.atlasante.fr>
17. Zeisser M, Weber J-C. Les directives anticipées: un semi-échechtransitoire ? *Ethique Sante* 2016;13:156—63.
18. Boulanger A. Les directives anticipées et le désir de maîtrise de sa fin de vie. *Médecine Droit*. 1 déc2017;2017(146-147):136-40.
19. Breton D. « Mûrir sa mort : ambivalence et soins palliatifs ». *Jusqu’à la mort accompagner la vie*, 2013;4 (115):43-57.
20. Gagneux, Sophie. *La place des médecins généralistes face aux directives anticipées*. [Internet]. Sciences du Vivant [q-bio]. Université de Lorraine. Nancy. 2018. [Cité le 15 fév. 2019]. Disponible sur : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01931947/document>
21. Lombion, Valérie. *Prise en charge des patients en soins palliatifs par les omnipraticiens en Guadeloupe : enquête qualitative*. Université des Antilles. Thèse de médecine : 2013.
22. Esnault, Anne Marie. *Directives anticipées : connaissance de la loi Claeys-Leonetti et limites dans la pratique des médecins généralistes de Maine et Loire, Mayenne et Sarthe*. [Internet]. Université d'Angers. Thèse de médecine : 2017. [Cité le 06 mars 2019]. Disponible sur : <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20060539/2017MCEM7085/fichier/7085F.pdf>
23. Michon, Hélène. *État des lieux des connaissances des médecins généralistes sur les directives anticipées*. [Internet]. Université de Strasbourg. Thèse de médecine : 2019. [Cité le 25 nov 2019] Disponible sur : https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2019/2019_MICHON_Helene.pdf

24. Aubry, Agathe. Directives anticipées et personne de confiance : entretiens collectifs de médecins généralistes normands à propos de l'application de la loi du 2 février 2016. [Internet]. Médecine humaine et pathologie. Université de Rouen. Thèse de médecine: 2017. [Cité le 10 oct 2019] Disponible sur: <https://pdfs.semanticscholar.org/20f9/ec547258d0b11542321ae1c8411c98d588c0.pdf>
25. Marque-Pillard F, Giraud-Ogier I, Mouchet E, Lanfroy R, Claudot F. Personne de confiance et directives anticipées : discussion sur la fin de vie en médecine générale. Médecine palliative. 2019; 293:300.
26. Bigourdan Brouard, Marie. Applicabilité du recueil des directives anticipées prévu par la loi Leonetti : enquête auprès de patients en médecine générale en Vendée et Loire-Atlantique. [Internet]. Université de Nantes; Thèse de médecine: 2016. [Cité le 16 avr. 2019]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=9a6d3137-188f-4670-b29d-fd1658a884d1>
27. Spoelhof G, Elliott B. Implementing Advance Directives in Office Practice. Am Fam Physician. 2012 Mar 1;85(5):461-466.
28. Martin-Decis, Sophie. Étude qualitative auprès des médecins généralistes normands pour décrire leur connaissance des directives anticipées, les freins ressentis et leurs attentes en vue d'une meilleure application de ces directives. [Internet]. Médecine humaine et pathologie. Université de Rouen. Thèse de médecine: 2017. [Cité le 6 mar. 2019]. Disponible sur: <https://pdfs.semanticscholar.org/9f4a/3add76de910186a7321a8ca37726e2e1c84c.pdf>
29. Hirsch G. Échanger avec le patient sur la maladie grave, les directives anticipées et la personne de confiance : en pratique, comment faire ? Saisir le moment, oser en parler en premier. La revue du praticien. 2017;67:1134-1138.
30. Vogeli D, Gordiani C, Chapron A, Morel V. Comment les médecins généralistes perçoivent-ils le nouvel outil proposé par la Haute Autorité de santé sur la rédaction des directives anticipées ? Médecine Palliative. 2017;16:175-183.
31. Les Directives anticipées. Document destiné aux professionnels de la santé et du secteur médico-social et social. [Internet]. HAS. 2016. [Cité le 15 fév. 2019] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-03/da_professionnels_v11_actualisation.pdf
32. Anon. La fin de vie, et si on en parlait ? In: Campagne d'information sur la fin de vie. [Internet]. Paris: République française, ministère des Affaires sociales et de la santé; 2018. [Cité le 01 janv. 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/findevie/ameliorer-la-fin-de-vie-en-france/article/la-fin-de-vie-et-si-on-en-parlait>

33. Emmanuel Hirsch et al. Fins de vie, éthique et société : édition actualisée après la loi du 2 février 2016. 2ème édition. Eres ; 2016, Collection "Espace Ethique" p730-738.
34. Marchal H, Godfroid T, Biaudet J. Les directives anticipées : un analyseur privilégié d'un rapport social inédit à la mort. *Ethique Sante* 2016;13:144.
35. Aubry R. Fin de vie : un premier état des lieux. [Internet]. Observatoire national de la fin de vie. 2011. [Cité le 24 janv. 2019]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/32311-observatoire-national-de-la-fin-de-vie-rapport-2011-fin-de-vie-un>
36. Maria, Guillaume. Connaissances des directives anticipées dans la population générale. [Internet]. Thèse de médecine. Université Toulouse III; 2018. [Cité le 15 déc. 2019]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2349/1/2018TOU31081.pdf>

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

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

Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients de 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 leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçu 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, sans acharnement.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.

Je n'entreprendrai rien qui ne 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 et méprisé si j'y manque.

RÉSUMÉ

NOMS ET PRÉNOMS : GRÉHAL Capucine & MAUSSION Adeline

SUJET DE LA THÈSE : Les directives anticipées : Pratiques des médecins généralistes aux Antilles françaises

THÈSE : MÉDECINE

Qualification : Médecine Générale
Médecine spécialisée

ANNÉE : 2020

NUMÉRO D'IDENTIFICATION : 2020ANTI0552

MOTS CLEFS : Directives anticipées. Évaluation des pratiques. Médecin généraliste. Soins de santé primaires. Caraïbes. France.

Contexte :

La fin de vie et le concept de directives anticipées sont devenus un sujet majeur de santé publique. Le taux de rédaction de ces directives reste pourtant bas en France. Les attitudes des médecins généralistes pourraient jouer un rôle important.

Objectif :

Explorer les attitudes et les pratiques des médecins généralistes ambulatoires à l'égard des directives anticipées dans deux départements français où la prévalence des pathologies chroniques et la mortalité précoce sont élevées.

Méthodes :

Étude observationnelle, menée en Guadeloupe et Martinique (mai à novembre 2019), faisant appel aux méthodes mixtes. La première phase, qualitative, portait sur une population diversifiée de 14 praticiens, vus en entretiens semi-structurés. La seconde phase, quantitative, portait sur un échantillon aléatoire de 301 praticiens (taux de réponse = 71,5 %), soumis à un questionnaire ouvert constitué à partir des résultats de la première phase.

Résultats :

38% des participants avouaient méconnaître le dispositif des directives anticipées. Cette lacune entraînait une application limitée en ville : 37,5% des médecins avaient déjà recueilli des directives mais seulement un tiers d'entre elles étaient conformes au cadre réglementaire. Le principal obstacle cité était le manque de temps (46,5 %) qui conduisait certains à remettre en cause la place du médecin traitant dans le recueil (20,9 %). Par pudeur ou par crainte de l'impact négatif que la rédaction de ces directives pouvait avoir sur leurs patients, les praticiens attendaient que cette démarche émane de ces derniers (43,5%).

Conclusion :

Les participants étaient majoritairement favorables aux directives anticipées. Ils désiraient une meilleure information des populations par les pouvoirs publics afin de pouvoir aborder plus facilement le sujet en consultation. Ils demandaient aussi une amélioration de la formation des médecins.

JURY : Présidente : Professeur HÉLÈNE-PELAGE Jeannie

Juges : Professeur TABUE TEGUO Maturin

Docteur CARRÈRE Philippe

Docteur LOMBION Valérie

Directrice : Docteur GUERRY Natacha