



HAL
open science

Effet d'un conseil minimal sur la rédaction des directives anticipées en médecine générale

Thibault Rogier

► **To cite this version:**

Thibault Rogier. Effet d'un conseil minimal sur la rédaction des directives anticipées en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03654416

HAL Id: dumas-03654416

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03654416v1>

Submitted on 28 Apr 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Thibault ROGIER

Le 14 avril 2022

TITRE

EFFET D'UN CONSEIL MINIMAL SUR LA REDACTION DES DIRECTIVES
ANTICIPEES EN MEDECINE GENERALE

Directeur de thèse : Docteur Antonio LOPEZ

JURY

Président : Professeur Michel AMOUYAL

Assesseurs : Docteurs Hélène GAUJOUX et Antonio LOPEZ

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Thibault ROGIER

le 14 avril 2022

TITRE

EFFET D'UN CONSEIL MINIMAL SUR LA REDACTION DES DIRECTIVES
ANTICIPEES EN MEDECINE GENERALE

Directeur de thèse : Docteur Antonio Lopez

JURY

Président : Professeur Michel AMOUYAL

Assesseurs : Docteurs Hélène GAUJOUX et Antonio LOPEZ



ALBAT Bernard	BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	MIRO Luis
ALLIEU Yves	CANAUD Bernard	JAFFIOL Claude	NAVARRO Maurice
ALRIC Robert	CHAPTAL Paul-André	JANBON Charles	NAVRATIL Henri
ARNAUD Bernard	CIURANA Albert-Jean	JANBON François	OTHONIEL Jacques
ASENCIO Gérard	CLOT Jacques	JARRY Daniel	PAGES Michel
ASTRUC Jacques	COSTA Pierre	JOURDAN Jacques	PEGURET Claude
AUSSILLOUX Charles	D'ATHIS Françoise	KLEIN Bernard	PELISSIER Jacques
AVEROUS Michel	DEMAILLE Jacques	LAFFARGUE François	PETIT Pierre
AYRAL Guy	DESCOMPS Bernard	LALLEMANT Jean Gabriel	POUGET Régis
BAILLAT Xavier	DIMEGLIO Alain	LAMARQUE Jean-Louis	PUJOL Henri
BALDET Pierre	DUBOIS Jean Bernard	LAPEYRIE Henri	RABISCHONG Pierre
BALDY-MOULINIER Michel	DUJOLS Pierre	LEROUX Jean-Louis	RAMUZ Michel
BALMES Jean-Louis	DUMAS Robert	LESBROS Daniel	REBOUL Jean
BANSARD Nicole	DUMAZER Romain	LOPEZ François Michel	RIEU Daniel
BAYLET René	ECHENNE Bernard	LORIOT Jean	ROCHEFORT Henri
BILLIARD Michel	FABRE Serge	LOUBATIERES Marie Madeleine	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BLARD Jean-Marie	FREREBEAU Philippe	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SAINTE AUBERT Bernard
BLAYAC Jean Pierre	GALIFER René Benoît	MARTY ANE Charles	SANCHO-GARNIER Hélène
BLOTMAN Francis	GODLEWSKI Guilhem	MARY Henri	SANY Jacques
BONNEL François	GRASSET Daniel	MATHIEU-DAUDE Pierre	SEGNARBIEUX François
BOURGEOIS Jean-Marie	GUILHOU Jean-Jacques	MEYNADIER Jean	SENAC Jean-Paul
BOUSQUET Jean	GUITER Pierre	MICHEL François-Bernard	SERRE Arlette
BRUEL Jean Michel	HEDON berbard	MION Charles	SOLASSOL Claude
BUREAU Jean-Paul	HERTAULT Jean	MION Henri	VIDAL Jacques
			VISIÉ Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	LE QUELLEC Alain
BLANC François	MARES Pierre
BONAFE Alain	MAUDELONDE Thierry
BOULENGER Jean-Philippe	MAURY Michèle
BOURREL Gérard	MESSNER Patrick
BRINGER Jacques	MILLAT Bertrand
CLAUSTRES Mireille	MONNIER Louis
DAURES Jean-Pierre	MOURAD Georges
DAUZAT Michel	PREFAUT Christian
DAVY Jean-Marc	PUJOL Rémy
DEDET Jean-Pierre	RIBSTEIN Jean
ELEDJAM Jean-Jacques	SCHVED Jean-François
GROLLEAU RAOUX Robert	SULTAN Charles
GUERRIER Bernard	TOUCHON Jacques
GUILLOT Bernard	UZIEL Alain
JONQUET Olivuer	VOISIN Michel
LANDAIS Paul	ZANCA Michel
LARREY Dominique	

Docteurs Emérites

PRAT Dominique
PUJOL Joseph

ANNEE UNIVERSITAIRE 2021 - 2022

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgievasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecinegénérale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecinegénérale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive

DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale

TOUITOU Isabelle	Génétique
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOURDIN Arnaud	Pneumologie ; addictologie
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAMU William	Neurologie
CANOVAS François	Anatomie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie

DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique
DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie

PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

BOURGIER Céline	Cancérologie; radiothérapie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
DAIEN Vincent	Ophtalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
IMMEDIATO DAIEN Claire	Rhumatologie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JEZORSKI Eric	Pédiatrie

JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de l'acommunication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de l'acommunication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecinevasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire

STOEBNER Pierre	Dermato-vénérologie
SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel

RICHARD Bruno	Médecine palliative
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion

MCU-PH de 1^{re} classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BRET Caroline	Hématologie biologique
BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MARTRILLE Laurent	Médecine légale et droit de la santé
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie
MCU-PH de 2^{ème} classe	
BERGOUGNOUX Anne	Génétique
CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénérologie
FITENI Frédéric	Cancérologie ; radiothérapie
GOUZI Farès	Physiologie
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
HUBERLANT Stéphanie	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
KUSTER Nils	Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{re} classe

COSTA David

OUDE ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

CARBONNEL François

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

CAMPAGNAC Jérôme

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

**ANNEE UNIVERSITAIRE
2021 - 2022**

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maitres de Conférences des Universités

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
CHAZAL Nathalie	Biologie cellulaire

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine	Neurosciences
BERNEX Florence	Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences
LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINÉ Sébastien	Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme	Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
MOUTOT Gilles	Philosophie
PASSERIEUX Emilie	Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie	Histologie
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SARRABAY Guillaume	Génétique
SOUICHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

**ANNEE
UNIVERSITAIRE
2020 - 2021**

**PERSONNEL
ENSEIGNANT**

**PH chargés
d'enseignements**

ABOUKRAT Patrick	BLANCHET Catherine	COROIAN Flavia-Oana	GINIES Patrick
AKKARI Mohamed	BLATIERE Véronique	COUDRAY Sarah	GRECO Frédéric
ALRIC Jérôme	BOBBIA Xavier	CRANSAC Frédéric	GUEDJ Anne Marie
AMEDRO Pascal	BOGE Gudrun	CUNTZ Danielle	GUYON Gaël
AMOUREUX Cyril	BOURRAIN Jean Luc	DARDALHON Brigitte	HENRY Vincent
ANTOINE Valéry	BOUYABRINE Hassan	DAVID Aurore	JAMMET Patrick
ARQUIZAN Caroline	BRINGER-DEUTSCH Sophie	DE BOUTRAY Marie	JEDRYKA François
ATTALIN Vincent	BRINGUIER BRANCHEREAU Sophie	DE LA TRIBONNIÈRE Xavier	JREIGE Riad
AYRIGNAC Xavier	BRISOT Dominique	DEBIEN Blaise	KINNE Mélanie
BADR Maliha	BRONER Jonathan	DELPONT Marion	LABARIAS Coralie
BAIS Céline	CADE Stéphane	DENIS Hélène	LACAMBRE Mathieu
BARBAR Saber Davide	CAIMMI Davide Paolo	DEVILLE de PERIERE Gilles	LANG Philippe
BASSET Didier	CARR Julie	DJANIKIAN Flora	LAZERGES Cyril
BATIFOL Dominique	CARTIER César	DONNADIEU-RIGOLE Hélène	LE GUILLOU Cédric
BATTISTELLA Pascal	CASPER Thierry	FAIDHERBE Jacques	LEGLISE Marie Suzanne
BAUCHET Luc	CASSINOTTO Christophe	FATTON Brigitte	LOPEZ Régis
BENEZECH Jean-Pierre	CATHALA Philippe	FAUCHERRE Vincent	LUQUIENS Amandine
BENNYS Karim	CAZABAN Michel	FILLERON Anne	MANZANERA Cyril
BERNARD Nathalie	CHARBIT Jonathan	FITENI Frédéric	MARGUERITTE Emmanuel
BERTCHANSKY Ivan	CHEVALLIER Thierry	FOURNIER Philippe	MARTIN Lucille
BIBOULET Philippe	CHEVALLIER-MICHAUD Josyane	GAILLARD Nicolas	MATTATIA Laurent
BIRON-ANDREANI Christine	COLIN Olivier	GALMICHE Sophie	MEROUEH Fadi
BLANC Brigitte	CONSEIL Mathieu	GENY Christian	MEYER Pierre
BLANCHARD Sylvie	CORBEAU Catherine	GERONIMI Laetitia	MILESI Christophe

MORAU Estelle	SEGURET Fabienne
MOSER Camille	SENESSE Pierre
MOUSTY Eve	SKALLI EI Medhi
MOUTERDE Gaël	SOLA Christelle
PANSARD Nicole	SOULLIER Camille
PERNIN Vincent	STOEBNER DELBARRE Anne
PERRIGAULT Pierre François	TEOT Luc
PEYRON Pierre-Antoine	THIRION Marina
PICARD Eric	VACHIERY-LAHAYE Florence
PICOT Marie Christine	VERNES Eric
PIERONI Laurence	VINCENT Laure
POQUET Hélène	WAGNER Laurent
PUJOL Sarah-Lise	ZERKOWSKI Laetitia
PUPIER Florence	
QUANTIN Xavier	
RAFFARD Laurence	
RAPIDO Francesca	
RIBRAULT Alice	
RICHAUD-MOREL Brigitte	
RIDOLFO Jérôme	
RIPART Sylvie	
RONGIERES Michel	
ROULET Agnès	
RUBENOVITCH Josh	
SANTONI Fannie	
SASSO Milène	
SCHULDINER Sophie	

Remerciements

Au Professeur Michel AMOUYAL : Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Merci de l'intérêt porté à ce travail.

Au Docteur Antonio LOPEZ : Merci d'avoir accepté de diriger ce travail dont l'idée est née lors d'un Groupe d'Echange de Pratiques Tutorées dans ton cabinet. Merci d'avoir pris le temps de m'aiguiller et me relire malgré ton emploi du temps chargé en cette période sanitaire inédite. Je t'en suis très reconnaissant.

Au Docteur Hélène GAUJOUX : Merci d'avoir accepté de juger ce travail. Merci de m'avoir accueilli au sein de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs de l'hôpital local du Vigan lors de mon SASPAS.

Aux médecins ayant permis la réalisation de cette étude : Merci pour votre implication, sans cela ce travail n'aurait pas pu voir le jour.

Aux patients ayant participé à l'étude.

Au Centre Médical des Aubes : Merci de m'avoir accueilli pour mes premiers pas en tant qu'interne. Merci en particulier au Dr Luc HEYRAUD pour ton temps et ta passion pour la discipline. Merci également au Dr Patrick RODOT.

Aux urgentistes du Millénaire et de Saint Roch. Merci en particulier au Dr Yannig LE GOULVEN.

Au service du Court Séjour Gériatrique de l'hôpital d'Alès. Merci en particulier au Dr Serge SIRVAIN pour ton humanité.

A la Maison de Santé du Vigan : Merci pour ces 6 mois passés avec vous au pied du Mont Aigoual. Merci en particulier au Dr François BAYLE de m'avoir fait découvrir ton quotidien de médecin généraliste à Valleraugue. Merci également au Dr Antoine BRUN D'ARRE de m'avoir partagé ton expérience de « médecin-chef d'entreprise ». Merci également au Dr Marie Hélène COMMEINHES.

A mes parents Marie-Claude et Dominique : Merci de m'avoir toujours soutenu et permis de réaliser ces longues études.

A ma sœur Marion : Merci pour ton soutien inconditionnel.

A Fanny : Merci d'être là pour moi, pour nous.

Au Council : Merci messieurs pour ce formidable externat en votre compagnie.

Aux potes d'Ardèche : Merci d'être là.

Abréviations

CNIL : Commission National de l'Informatique et des Libertés

CNSPFV : Centre National des Soins Palliatifs et de la Fin de Vie

DA : Directives anticipées

DREES : Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques

HAS : Haute Autorité de Santé

MSS : Ministère des Solidarités et de la Santé

PDC : Personne de Confiance

SRLF : Société de Réanimation de Langue Française

Sommaire

1	Introduction	23
2	Méthode	25
	2.1 Sélection	25
	2.2 Intervention.....	26
	2.3 Evaluation.....	26
3	Résultats	28
	3.1 Population	28
	3.2 Directives anticipées.....	29
	3.3 Personne de confiance	30
	3.4 Discussion autour de la fin de vie	30
4	Discussion	32
	4.1 Augmentation de la rédaction des directives anticipées	32
	4.2 Forces et faiblesses de l'étude.....	32
	4.2.1 Forces.....	32
	4.2.2 Faiblesses	33
	4.3 Validité externe	33
	4.4 Hypothèses.....	34
	4.4.1 Résultat principal	34
	4.4.1.1 Critères de sélection	34
	4.4.1.2 Information écrite.....	34
	4.4.1.3 Recueil des directives anticipées	35
	4.4.2 Population.....	35
	4.4.3 Directives anticipées	35
	4.4.3.1 Connaissances.....	35
	4.4.3.2 Rédaction.....	36
	4.4.3.3 Projet de rédaction	36
	4.4.4 Personne de confiance	36
	4.4.4.1 Connaissances.....	36
	4.4.4.2 Désignation.....	37
	4.4.4.3 Projet de désignation.....	37
	4.4.5 Discussion autour de la fin de vie.....	37
	4.5 Prospectives	37
5	Conclusion.....	39
	Références	40
	Annexes	42
	Annexe 1 : Explications groupe intervention	42
	Annexe 2 : Explications groupe contrôle	43
	Annexe 3 : Fiche inclusion patient.....	43
	Annexe 4 : Brochure	44
	Annexe 5 : Questionnaire téléphonique à 3 mois.....	46

1 Introduction

En 2019, selon un sondage pour le Centre National des Soins Palliatifs et de la Fin de Vie (CNSPFV), 13% des Français de 50 ans et plus ont rédigé des directives anticipées, et plus d'un tiers de ces français souhaitaient les rédiger (1).

En 2021, à l'occasion de l'anniversaire de la loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades en fin de vie, dite « Loi Claeys-Leonetti », le CNSPFV a publié un nouveau sondage sur le regard des Français 5 ans après la loi (2). Celui-ci relève une progression de la rédaction des directives anticipées à 18% des personnes interrogées.

Les directives anticipées sont les instructions écrites qui permettent à toute personne majeure d'exprimer sa volonté relative à sa fin de vie, en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitements ou d'actes médicaux, pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté (3). En guidant l'action des soignants, elles assurent le respect des souhaits du patient jusqu'aux derniers instants de sa vie. Elles permettent aussi de protéger les proches en prévenant un possible désaccord entre eux.

La loi Claeys-Leonetti précise les directives anticipées (4). Celles-ci peuvent être rédigées par toute personne majeure. Elles ont une durée illimitée et peuvent être révisées et révoquées à tout moment. Elles s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale. La loi met en avant le rôle renforcé d'information des médecins traitants sur la possibilité et les conditions de rédaction des directives anticipées. La possibilité de leur rédaction est abordée lorsqu'une relation de confiance est établie. La Haute Autorité de Santé (HAS) fait mention d'une information qui s'adresse à toute la patientèle des médecins (3). Il s'agit d'une information générale que tout patient ou usager du système de santé reçoit. La rédaction des directives anticipées est un droit que tout citoyen doit connaître et peut exercer.

Le sondage de 2019 (1), réalisé pour le CNSPFV, soulignait le manque d'informations de la population au sujet des directives anticipées. 60% des personnes interrogées ignoraient que la loi sur la fin de vie avait mis en place les directives anticipées, 40% qu'il existait une loi sur la fin de vie en France. Parmi les personnes ayant entendu parler de la loi, 84% déclaraient avoir été informées par les médias, 4% par un médecin. 91% des personnes interrogées lors du sondage de 2021 (2) ont déclaré que leur médecin traitant ne les avait pas informé sur leurs droits et les dispositifs existants concernant la fin de vie. Parmi elles, près d'un tiers l'aurait souhaité.

Le faible succès des directives anticipées ne touche pas uniquement la France (5). La plupart des pays occidentaux ont introduit des lois sur la fin de vie dans leur corpus législatif mais avec une grande disparité d'un pays à l'autre. Quelles que soient, les politiques d'information et d'incitation, les caractéristiques des directives et leur force contraignante ou non, leur forme et contenu, sur papier libre ou formulaire pré rempli, le pourcentage de rédaction reste très en deçà des espérances des promoteurs respectifs de ces lois. Parmi les freins évoqués, le manque d'information des patients est constant. C'est un facteur modifiable sur lequel les médecins peuvent agir plus facilement que sur d'autres freins d'ordre relationnels et émotionnels.

Ces dernières années, plusieurs travaux de thèse se sont intéressés aux directives anticipées. Une étude qualitative a évalué l'information délivrée et le recueil des directives anticipées par des médecins généralistes du Finistère (6). Les médecins reconnaissaient qu'il s'agissait de leur rôle de sensibiliser les patients à la fin de vie et aux directives anticipées. Cette volonté d'informer le patient ressortait également d'un travail ayant évalué l'abord des directives anticipées en consultation par des généralistes picards (7). Certains médecins interrogés ont suggéré d'informer les patients au sein

même de la consultation. Cette information serait délivrée par le médecin lui-même, par l'intermédiaire de documents à remettre au patient en vue de le faire réfléchir sur le sujet et de l'aborder ultérieurement. La création d'une consultation dédiée aux directives anticipées est évoquée dans les propositions. Elle traduit cette envie de la part des médecins d'informer le patient en consultation. Une autre étude a interrogé des patients sur l'intérêt d'une consultation de médecine générale dédiée aux directives anticipées (8). Cette idée était accueillie favorablement par les patients. Le médecin traitant était désigné comme l'interlocuteur privilégié pour aborder les discussions autour de la fin de vie. Les patients auraient aimé que ces discussions soient à l'initiative du médecin traitant dans le cadre d'une relation de confiance. Tous ces travaux ont également souligné le manque d'informations des patients malgré la campagne « la fin de vie, et si on en parlait » (9).

En 2007, une méta analyse s'est intéressée à des études dont l'objectif était d'évaluer différentes interventions en soins premiers visant à informer les patients et augmenter la rédaction des directives anticipées (10). Elle a conclu que l'intervention la plus efficace était l'interaction directe médecin-patient. Dans l'étude de Duffield, 45% des patients ayant reçu une information orale et écrite en consultation, via leur médecin généraliste ou infirmière praticienne, avaient rempli des directives anticipées 1 mois plus tard (11).

A l'image de ce qu'il se fait déjà en prévention primaire, cette information pourrait être donnée sous la forme d'un conseil minimal. Le conseil minimal, dans la lutte contre le tabagisme, se définit selon la HAS, comme une attitude standard comportant précisément deux questions (« fumez-vous ? » et « désirez-vous cesser de fumer ? ») et la remise d'un document validé sur le sevrage (12). Le conseil minimal a démontré son efficacité dans la lutte contre le tabagisme et la sédentarité dans les études de Slama et Vallée (13, 14).

Depuis fin 2019, l'épidémie de COVID-19 touche le monde entier. Nous comptons plus de 100 000 décès en France. Ce contexte sanitaire favorise les réflexions autour de la fin de vie. 1 Français sur 5 déclare avoir réfléchi à ses volontés en matière de fin de vie depuis le début de l'épidémie (2).

Tous ces éléments nous amènent à penser qu'une information sur les directives anticipées, délivrée en consultation par les médecins généralistes à leurs patients, serait bien accueillie et permettrait d'augmenter la connaissance et la rédaction des directives anticipées. L'objectif de ce travail est d'évaluer l'impact d'un conseil minimal en consultation de médecine générale sur la rédaction des directives anticipées.

2 Méthode

Pour évaluer l'impact d'un conseil minimal sur la rédaction des directives anticipées, nous avons construit un essai contrôlé randomisé par grappes. Compte tenu de la surcharge de travail des médecins généralistes liée à la gestion de la crise sanitaire, le recrutement des médecins et l'inclusion des patients ont eu lieu entre le deuxième confinement (30 octobre 2020 au 15 décembre 2020) et le troisième confinement (3 avril 2021 au 3 mai 2021). Cette période était plus favorable à la réalisation de notre étude.

2.1 Sélection

Les médecins généralistes ont été recrutés par mail, sur la base du volontariat. Le 5 janvier 2021, le mail a été diffusé aux maîtres de stage des universités de la faculté de médecine de Montpellier-Nîmes par l'intermédiaire du département universitaire de médecine générale, aux médecins du Gard et de l'Hérault par l'intermédiaire du conseil de l'ordre des médecins, et aux médecins rencontrés par l'investigateur lors de stages universitaires ou de remplacements. La période de recrutement des médecins a duré un mois à compter de l'envoi du mail. L'adresse du cabinet et le numéro de téléphone de chaque médecin ayant répondu favorablement à notre mail ont été récupérés.

A l'issue de la phase de recrutement, les médecins ont été randomisés par l'investigateur dans un groupe contrôle et un groupe intervention à l'aide du site dcode.fr (15). Il avait été décidé avant la randomisation que le groupe 1 serait le groupe intervention et le groupe 2 le groupe contrôle. Un mail a été envoyé aux médecins pour les informer des résultats de la randomisation et leur préciser la date de début de l'étude. Les documents et explications nécessaires à l'étude ont été transmis aux médecins par courrier postal (Annexes 1,2,3). La bonne réception du courrier a été vérifiée par l'envoi d'un mail une semaine plus tard. L'investigateur était joignable par mail ou téléphone si besoin.

L'inclusion des patients a débuté le 1^{er} mars 2021, pour une durée de 4 semaines. Un SMS de rappel a été envoyé à chaque médecin le jour du début de l'étude. Par soucis de faisabilité, chaque médecin devait inclure, chaque jour, les 2 premiers patients de sa journée de consultation répondant aux critères d'inclusion. L'inclusion était conditionnée à un âge de 18 ans minimum et le patient devait consulter son médecin traitant dans le cadre de son suivi médical. Les critères de non-inclusion étaient regroupés en deux catégories. Premièrement, un moment inopportun, identifié par le médecin, définit comme une situation ou l'état psychologique du patient ne lui permettait pas de recevoir une information sur la fin de vie (annonce d'une mauvaise nouvelle, pathologie aiguë...). Deuxièmement, une non-accessibilité au conseil minimal (troubles cognitifs avancés, analphabétisme).

Le calcul du nombre de sujets nécessaires a été réalisé à l'aide du site biostatgv.sentiweb.fr (16). La proportion attendue de directives anticipées dans la population générale était de 13% comme l'avait montré le sondage réalisé en 2019 pour le CNSPFV (1). Dans l'étude de Duffield (11), 45% des patients ayant reçu une information orale et écrite en consultation avaient rédigé des directives anticipées à 1 mois. Le nombre de sujets nécessaires était estimé à 78 sujets, avec un risque de première espèce fixé à 5%, une puissance de 90%. Nous avons estimé que la participation de 10 médecins serait suffisante. Selon une estimation basse, nous avons considéré que chaque médecin travaillait au moins 3 jours par semaine et pouvait inclure 10 patients lors des 4 semaines. Nous n'avons pas fixé de nombre maximum de médecins, ni de patients, pouvant participer à l'étude.

2.2 Intervention

Les médecins du groupe contrôle menaient la consultation sans modifier leurs habitudes. En fin de consultation, ils proposaient aux patients éligibles de participer à l'étude et d'être rappelés ultérieurement par un médecin investigateur pour répondre à un questionnaire. Pour chaque patient inclus, les médecins notaient les coordonnées (nom, prénom et numéro de téléphone) sur une fiche prévue à cet effet (annexe 3), après recueil du consentement oral.

Les médecins du groupe intervention abordaient le sujet des directives anticipées en fin de consultation sous la forme d'un conseil minimal. Le sujet était abordé avec tact en proposant aux patients une discussion de quelques minutes sur la fin de vie. Le conseil minimal était délivré uniquement aux patients ayant accepté cette discussion. Le conseil minimal comprenait une information orale et écrite. Premièrement, les médecins posaient la question suivante : « avez-vous rédigé des directives anticipées ? ». Deuxièmement, une information orale et écrite était délivrée à tous ceux qui ne les avaient pas rédigées. Ceux qui déclaraient avoir rempli des directives avaient la possibilité de les intégrer à leur dossier médical. L'information écrite se présentait sous la forme d'une brochure, en format A5, réalisée par l'investigateur (annexe 4). L'information orale reprenait les informations de la brochure et apportait d'autres précisions sur les directives anticipées. Les médecins précisaient la loi les ayant mises en place, l'absence de durée de validité dans le temps, leur caractère imposable, la possibilité de les modifier à tout moment. Les conditions de leur consultation et utilisation par le corps médical étaient également rappelées aux patients. Le conseil minimal était bref, ne dépassant pas 5 minutes par patient. Une consultation dédiée aux directives anticipées pouvait être proposée aux patients souhaitant prolonger la discussion. Avant de remettre la brochure aux patients, les médecins la tamponnaient avec leur cachet. Comme dans le groupe contrôle, il était proposé à tous les patients éligibles de participer à l'étude. Les coordonnées des patients inclus étaient récupérées après recueil du consentement oral. Les coordonnées des patients inclus ont été transmises par mail à l'investigateur une fois la période d'inclusion terminée.

A l'image de ce qui avait été fait dans l'étude de Duffield (11), nous avons choisi un document court et synthétique à remettre au patient. La réalisation de la brochure, par l'investigateur, s'est inspirée de plusieurs documents existants. L'extérieur de la brochure comportait 2 schémas explicatifs sur les directives anticipées provenant du CNSPFV (17,18). L'intérieur de la brochure était composé d'un formulaire permettant de rédiger des directives anticipées et de désigner une personne de confiance. Ce formulaire a été construit à partir des modèles de formulaire publiés par la HAS et la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF) (19,20). Conformément aux préconisations de la loi Claeys Leonetti, le formulaire prévoyait la situation de la personne selon qu'elle se savait, ou non, atteinte d'une affection grave au moment où elle rédigeait ses directives anticipées.

2.3 Evaluation

L'évaluation de l'effet du conseil minimal sur la rédaction des directives s'est faite 3 mois après l'inclusion. Ce délai a été choisi afin de laisser le temps de la réflexion aux patients. Les patients des 2 groupes étaient contactés par l'investigateur pour répondre à un questionnaire téléphonique comportant 8 questions fermées (annexe 5). Nous avons laissé un message vocal avec les coordonnées de l'investigateur aux patients non joignables lors du premier appel. Les patients dont nous étions sans nouvelle au bout d'une semaine ont été rappelés une seconde fois.

Le critère de jugement principal était le taux de rédaction de directives anticipées. Le critère de jugement secondaire était le taux de désignation d'une personne de confiance. Les autres variables recueillies étaient le sexe, l'âge, l'état de santé, la connaissance des notions de directives anticipées et

de personne de confiance, le projet de rédaction de directives anticipées et de désignation d'une personne de confiance.

La saisie des données était réalisée à l'aide du logiciel Excel. Les analyses statistiques ont été réalisées sur les sites biostatv.sentiweb.fr et pvalue.io.fr (16, 21). Nous avons utilisé les moyennes pour décrire les variables quantitatives continues, puis les tests t de Student ou de Welsh pour les analyser selon les conditions de validité. Les variables qualitatives ont été décrites par la fréquence en pourcentage, puis analysées par le test du Chi2 ou test exact de Fischer suivant le respect ou non des conditions de validité. Pour tous les calculs, le risque alfa était fixé à 0,05.

Nous avons recueilli le consentement des patients après information des modalités de l'étude. Le consentement était révoquant à tout moment. Nous avons réalisé une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) pour la protection des données personnelles. Toutes les données ont été anonymisées avant l'analyse statistique.

3 Résultats

20 médecins ont accepté de participer à notre étude. Parmi les médecins recrutés, 1 médecin du groupe intervention et 3 médecins du groupe contrôle n'ont inclus aucun patient.

3.1 Population

Du 1^{er} au 26 mars 2021, 318 patients ont été inclus (figure 1).

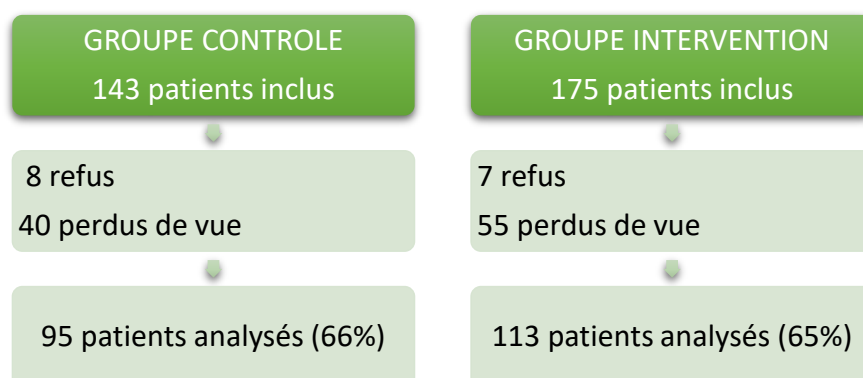


Figure 1 : diagramme de flux

Les données de 208 patients ont pu être analysées (tableau 1). Il s'agissait d'une population d'un âge moyen de 65 ans, se déclarant majoritairement en bonne santé. Les femmes représentaient 58% de l'effectif total. La personne la plus jeune de l'étude avait 28 ans, la plus âgée 90 ans. La population des deux groupes n'était pas parfaitement homogène. La population du groupe contrôle était en moyenne plus jeune de 6,6 ans. Les femmes étaient majoritaires dans le groupe intervention alors que les hommes l'étaient dans le groupe contrôle.

	Total (n=208)	Contrôle (n=95)	Intervention (n=113)	<i>p-value</i>
Age moyen (écart type)	65,3 (12,2)	61,7 (13)	68,3 (10,6)	0,0001
Sexe				0,0131
-Femme	120 (58%)	46 (48%)	74 (65%)	
-Homme	88 (42%)	49 (52%)	39 (35%)	
Etat de santé				0,1905
-Bon	172 (86%)	75 (79%)	97 (86%)	
-Mauvais	29 (13%)	14 (15%)	15 (13%)	
-NSP	7 (1%)	6 (6%)	1 (1%)	

Tableau 1 : Caractéristiques de la population. NSP = ne se prononce pas.

3.2 Directives anticipées

Les patients du groupe intervention avaient une meilleure connaissance des directives anticipées (tableau 2). Il existait une différence significative concernant le critère de jugement principal. Le nombre de patient ayant rédigé des directives anticipées était supérieur dans le groupe intervention (27% vs 4%, $p < 0,0001$). 89 % des patients qui ont rédigé des directives anticipées avaient reçu le conseil minimal (tableau 3). Dans les deux groupes, après information, la majorité des patients n'ayant pas encore rédigé des directives anticipées envisageait de le faire.

	Contrôle (n=95)	Intervention (n=113)	<i>p-value</i>
Connaissance DA			$< 0,0001$
-Oui	27 (28%)	69 (61%)	
-Non	68 (72%)	44 (39%)	
Rédaction DA			$< 0,0001$
-Oui	4 (4%)	31 (27%)	
-Non	91 (96%)	82 (73%)	
Envisage rédaction DA			0,3771
-Oui	54 (59%)	54 (66%)	
-Non	32 (35%)	23 (28%)	
-Nsp	5 (5%)	5 (6%)	
Connaissance PDC			0,5151
-Oui	84 (88%)	103 (91%)	
-Non	11 (12%)	10 (9%)	
Désignation PDC			0,001
-Oui	7 (7%)	32 (28%)	
-Non	88 (93%)	81 (72%)	
Envisage désignation PDC			0,2179
-Oui	54 (61%)	57 (70%)	
-Non	31 (35%)	20 (25%)	
-Nsp	3 (3%)	4 (5%)	

Tableau 2 : Effet d'un conseil minimal délivré en consultation de médecine générale sur la rédaction des directives anticipées. DA = directives anticipées, PDC = personne de confiance

Les variables telles que l'âge, le sexe, et l'état de santé n'influaient pas sur la rédaction des directives anticipées (tableau 3). 16% des hommes (14/88) et 18% des femmes (21/120) ont rédigé des directives. Ils étaient âgés en moyenne de 68 ans et se déclaraient en bonne santé. Le fait de rédiger des directives anticipées était associé au fait de désigner une personne de confiance. 77% des patients qui ont rédigé des directives ont également désigné une personne de confiance.

	DA rédigées (n=35)	DA non rédigées (n=173)	<i>p-value</i>
Groupe contrôle	4 (11%)	91 (53%)	<i><0,001</i>
Groupe intervention	31 (89%)	82 (47%)	
Age	67,9 (+/- 8,49)	64,7 (+/- 12,8)	<i>0,069</i>
Sexe			<i>0,76</i>
-Homme	14 (40%)	74 (43%)	
-Femme	21 (60%)	99 (57%)	
Etat de santé			<i>0,79</i>
-Bon	30 (88%)	142 (85%)	
-Mauvais	4 (12%)	25 (15%)	
PDC			<i><0,001</i>
-désignée	27 (77%)	12 (6,9%)	
-non désignée	8 (23%)	161 (93%)	

Tableau 3 : Caractéristiques en fonction des directives anticipées

3.3 Personne de confiance

La notion de personne de confiance était bien connue dans les deux groupes (tableau 2). Il existait une différence concernant le critère de jugement secondaire. Le nombre de patient ayant désigné une personne de confiance était significativement supérieur dans le groupe intervention (28% vs 7%, $p : 0,001$). 82% des personnes qui ont désigné une personne de confiance avaient reçu le conseil minimal (tableau 4). Après information, la désignation d'une personne de confiance était envisagée par la majorité des patients des deux groupes ne l'ayant pas encore fait.

Les variables telles que l'âge, le sexe et l'état de santé n'influaient pas sur la désignation d'une personne de confiance (tableau 4).

	PDC désignée (n=39)	PDC non désignée (n=169)	<i>p-value</i>
Groupe contrôle	7 (18%)	88 (52%)	<i><0,001</i>
Groupe intervention	32 (82%)	81 (48%)	
Age	67,4 (+/- 9,82)	64,8 (+/- 12,7)	<i>0,16</i>
Sexe			<i>0,86</i>
-Homme	17 (44%)	71 (42%)	
-Femme	22 (56%)	98 (58%)	
Etat de santé			<i>0,8</i>
-Bon	33 (87%)	139 (85%)	
-Mauvais	5 (13%)	24 (15%)	
DA			<i><0,001</i>
-rédigées	27 (69%)	8 (4,7%)	
-non rédigées	12 (31%)	161 (95%)	

Tableau 4 : Caractéristiques en fonction de la personne de confiance

3.4 Discussion autour de la fin de vie

81% des patients du groupe contrôle et du groupe intervention ont déclaré qu'ils apprécieraient ou qu'ils ont apprécié que leur médecin traitant aborde le sujet de la fin de vie en consultation (figure 3 et 4).

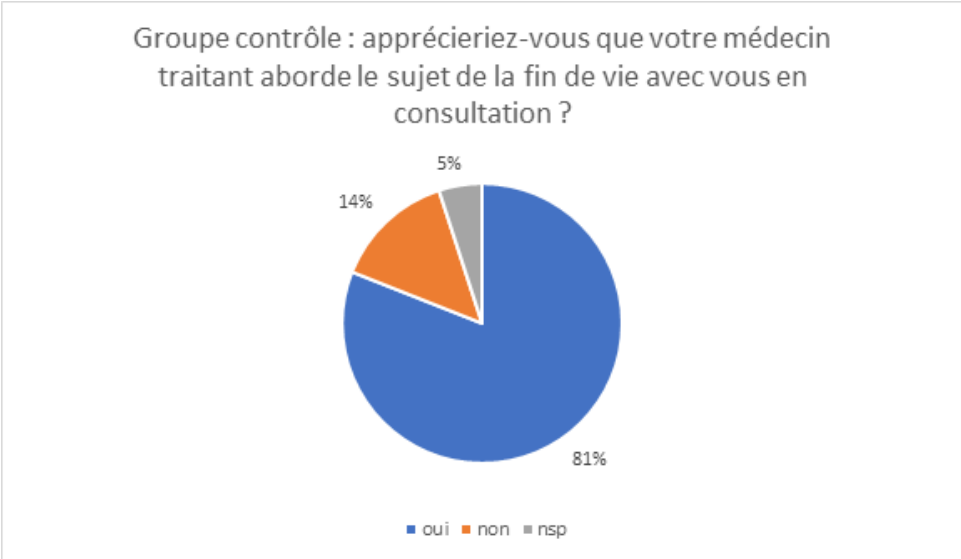


Figure 3

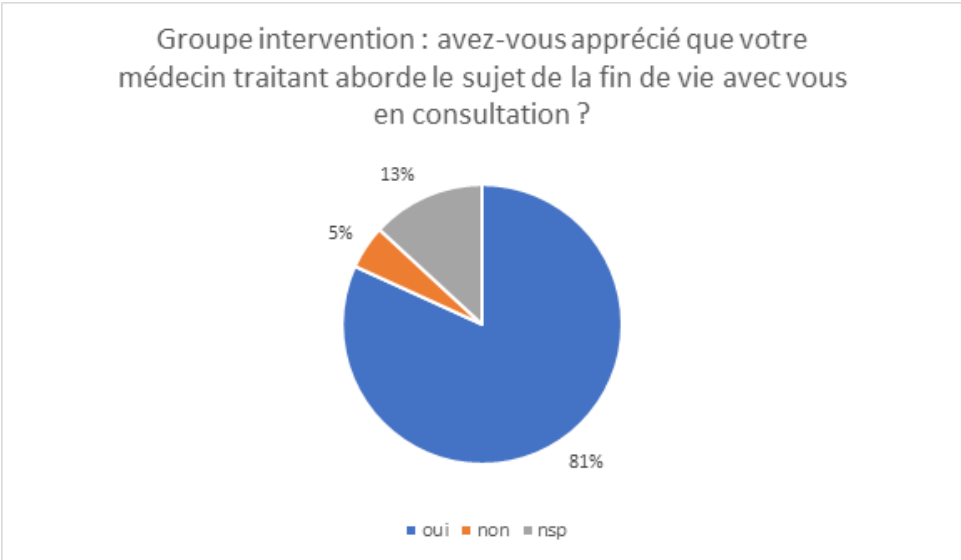


Figure 4

4 Discussion

4.1 Augmentation de la rédaction des directives anticipées

Notre essai randomisé a montré que la délivrance d'un conseil minimal, aux patients consultant leur médecin traitant dans le cadre de leur suivi médical, entraîne une augmentation significative du taux de directives anticipées rédigées (27% vs 4%, $p < 0,0001$) et de personne de confiance désignée (28% vs 7%, $p = 0,001$) dans cette population par rapport au groupe contrôle. Cela montre qu'informer les patients en consultation de médecine générale, via le médecin traitant lors d'un moment opportun, est efficace pour augmenter la connaissance des directives anticipées, la rédaction de directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance.

Ce résultat concorde avec ceux parus dans 2 thèses récentes (22,23). Gondonneau (23) a montré que la distribution systématique du formulaire « directives anticipées » du Ministère des Solidarités et de la Santé (MSS) en consultation de médecine générale augmente significativement la rédaction des directives anticipées par les patients (14,2% vs 7,7%, $p = 0,02$). Dans l'étude de Jason (22), nous avons remarqué une augmentation de la rédaction des directives anticipées (3,6% vs 0,7%) et de la désignation de personne de confiance (4,6% vs 1,3%) dans le groupe ayant accepté l'information orale et écrite par rapport au groupe l'ayant refusé. Dans l'étude de Duffield (11), 45% des patients inclus avaient rédigé des directives anticipées et désigné une personne de confiance 1 mois après avoir reçu une information orale et écrite brève en consultation de médecine générale. Ces études confirment toutes que l'information individuelle des patients consultant en médecine générale permet d'augmenter la rédaction des directives anticipées.

4.2 Forces et faiblesses de l'étude

4.2.1 Forces

Nous avons choisi un sujet qui nous concerne tous. Pour évaluer l'impact du conseil minimal, nous avons réalisé un essai randomisé contrôlé multicentrique. Il n'existe pas à notre connaissance d'autres études randomisées ayant évalué ce sujet. Nous avons fait le choix d'inclure des patients pour lesquels il nous paraissait opportun d'aborder le sujet de la fin de vie dans le cadre de leur suivi médical (3). Les patients inclus dans le groupe intervention ont reçu le conseil minimal de la part de leur médecin traitant en personne et ne consultaient pas pour un motif aigu.

L'intervention que nous avons mise en place sous la forme d'un conseil minimal était simple et reproductible. Afin d'éviter une surcharge de travail aux médecins participants, nous leur avons demandé d'inclure seulement 2 patients par jour. Le conseil minimal durait moins de cinq minutes et ne modifiait pas le rythme de consultation des médecins. Un des points forts de notre intervention était la remise au patient d'une information écrite sous la forme d'un document unique et synthétique. La brochure que nous avons réalisée délivrait une information claire et offrait la possibilité de rédiger des directives anticipées et de désigner une personne de confiance. L'évaluation du critère de jugement principal s'est faite 3 mois après l'inclusion des patients. Ce délai laissait un temps de réflexion après réception de l'information. Afin d'obtenir un maximum de questionnaires complets, nous avons choisi un questionnaire court de 8 questions à réponses fermées. Nous avons pu analyser les données d'une population 2 fois supérieure au nombre de sujets nécessaires préalablement calculé. Cela témoigne de la bonne adhésion des médecins et des patients à notre étude. Notre résultat principal est marquant avec un taux de directives anticipées rédigées chez les patients informés bien supérieur (27%) à celui observé par nos confrères (14,2% et 3,6%) (22, 23). La rédaction de directives anticipées était 6 fois supérieure dans notre groupe intervention par rapport à notre groupe contrôle.

4.2.2 Faiblesses

Le recrutement des médecins par mail a pu être la source de biais de volontariat. Les patients ont été randomisés par grappe afin de faciliter le travail des médecins en cette période pandémique. Ce type de randomisation a pu être à l'origine de biais de similitude intra grappe. Il faut souligner que les patients vus à domicile ne faisaient pas partie des critères d'inclusion alors qu'ils auraient pu bénéficier du conseil minimal. L'étude ne permettait pas de vérifier le bon respect des critères de sélection par les médecins.

L'évaluation du critère de jugement principal s'est faite par téléphone, il a pu exister des biais de déclaration. Nous n'avons pas voulu être trop invasifs dans notre questionnaire téléphonique. Un questionnaire plus long aurait permis de recueillir d'autres informations socio-démographiques intéressantes telles que les situations professionnelles et familiales. Nous n'avions aucun moyen de savoir si les patients inclus dans le groupe intervention avaient accepté ou refusé le conseil minimal. Le questionnaire ne permettait pas de savoir quand les patients avaient rédigé les directives anticipées ou désigné une personne de confiance, notamment avant ou après avoir reçu le conseil minimal.

4.3 Validité externe

Plusieurs travaux confirment que l'information individuelle des patients consultant en médecine générale permet d'augmenter la rédaction des directives anticipées.

L'étude de Gondonneau (23) a inclus 155 patients majeurs se présentant en consultation auprès d'un des quatre médecins généralistes d'un centre médical, quel que soit le motif de consultation. Le médecin remettait au patient de manière systématique le formulaire « directives anticipées » du MSS et un questionnaire de 20 questions. Il était demandé au patient de lire le formulaire et de répondre au questionnaire, puis de rendre ultérieurement le questionnaire au médecin lui ayant distribué. Seules les directives anticipées rédigées par un patient ayant rendu le questionnaire étaient comptabilisées. Cette intervention a permis d'augmenter significativement la rédaction des directives anticipées (14,2 vs 7,7%). Un des points forts de cette étude était l'utilisation d'un document officiel pour informer les patients. Le formulaire a été jugé clair par 96% des participants. En revanche, il semblerait que dans cette étude monocentrique de type « avant-après » aucune information orale n'ait été associée à la remise du formulaire. Le mode de recueil des directives anticipées ne permettait de comptabiliser les directives anticipées des patients n'en n'ayant pas encore fait part à leur médecin. Jason (22) a également inclus tous les patients majeurs vus en consultation, quel que soit le motif de consultation. L'investigateur a inclus et délivré lui-même l'information lors d'un remplacement régulier au sein d'un cabinet de trois médecins généralistes. Parmi les 910 patients inclus, 34% ont accepté d'être informés. L'information comportait une présentation orale des dispositifs, associée à la remise du formulaire « directives anticipées » du MSS. Le recueil des directives anticipées ou des désignations de personne de confiance a été effectué par tous les médecins du cabinet. La rédaction des directives anticipées était supérieure dans le groupe ayant reçu l'information (3,6% vs 0,7%). Les forces de cette étude étaient l'utilisation du formulaire du MSS et le nombre important de patients inclus. Cependant, on peut s'étonner du faible nombre de patient ayant accepté l'information (34%). Ce faible nombre peut s'expliquer par le fait que l'information ait été délivrée par un médecin remplaçant et la manière dont a été abordé le sujet : « avez-vous pris des dispositions particulières s'il vous arrive quelque chose de grave ? Si non voulez-vous qu'on en discute ? ».

L'étude de Duffield (11), plus ancienne, s'est déroulée aux Etats Unis dans un cabinet rural où exerçait un médecin et deux infirmières praticiennes. Les patients avaient l'habitude d'être reçu par le même professionnel de santé. 195 patients de plus de 21 ans, vus au moins pour la deuxième fois au cabinet, ont été inclus. L'intervention comportait une information écrite associée à la remise d'un formulaire court permettant de rédiger des directives anticipées et désigner une personne de confiance, ainsi

qu'une information orale brève en consultation. L'information était délivrée par le médecin ou l'infirmière. Le recueil des formulaires s'est fait par voie postale puisque chaque participant se voyait remettre une enveloppe timbrée pour le retourner une fois rempli. 1 mois après avoir reçu l'information orale et écrite, 45% des patients avaient rédigé des directives anticipées et désigné une personne de confiance. Les points forts de cette étude étaient l'existence d'une relation de confiance entre le professionnel délivrant l'information et le patient. Le formulaire remis au patient était clair et synthétique. Certains éléments ne permettaient pas la généralisation des résultats puisqu'il s'agissait d'une étude monocentrique réalisée en milieu rural.

Ramsaroop (10) a réalisé une méta-analyse d'études interventionnelles ayant pour but d'augmenter la rédaction des directives anticipées en soins premiers. Le critère de jugement principal était la différence absolue entre le taux de directives anticipées rédigées des groupes contrôle et intervention. Plusieurs types d'interventions ont été observées dans les 18 travaux analysés. Certaines interventions visaient les patients (information orale, écrite, par mail, par vidéo, discussion avec un médecin ou une assistante sociale, information d'un groupe de patient), d'autres les médecins (information des médecins, icône de rappel sur le logiciel). La majorité des interventions ont permis d'augmenter significativement la rédaction des directives anticipées. Nous avons observé une différence absolue moyenne de 15% en faveur des groupes interventions. Si l'on s'intéresse uniquement aux études dont l'intervention comportait la remise d'un document au patient et une interaction directe avec le médecin, la différence absolue s'élève à 23%, soit la même différence absolue que dans notre étude.

4.4 Hypothèses

4.4.1 Résultat principal

Dans notre groupe intervention, la rédaction des directives anticipées était plus importante (27%) que dans les récents travaux de Gondonneau (14,2%) et Jason (3,6%), mais inférieure à celui de Duffield (45%). Ces chiffres peuvent s'expliquer par des différences méthodologiques.

4.4.1.1 Critères de sélection

Notre population était plus réceptive à ce type de discussions. Nous avons uniquement inclus des patients consultant leur médecin traitant dans le cadre de leur suivi médical. Nous avons défini les consultations pour motif aigu comme moment inopportun pour aborder le sujet. Comme le souligne la HAS (3), le professionnel doit avoir la sagacité de saisir le moment opportun pour aborder le sujet. Dans l'étude de Jason (22), les patients qui consultaient pour les motifs « médecine préventive » et « consultation de suivi » étaient plus enclins à recevoir une information, et la considéraient plus adaptée à la situation, que les patients qui consultaient pour le motif « pathologie aiguë ». Ces résultats confirment que les consultations pour un motif aigu sont moins propices à ce type de discussion. Dans l'étude de Duffield (11), la durée de suivi au cabinet était un facteur augmentant le retour des directives anticipées. Le taux élevé de directives anticipées (45%) après information pouvait s'expliquer par l'existence d'une relation de confiance entre le professionnel de santé qui délivrait l'information et le patient. Pour la HAS comme pour les patients, le médecin traitant a un rôle central dans l'information des patients au sujet de la fin de vie. (3, 8) Dans notre étude, la délivrance du conseil minimal par le médecin traitant, supposant un contrat de confiance établi avec le patient, a renforcé la bonne réception du message et les réflexions sur le sujet.

4.4.1.2 Information écrite

Notre information écrite était synthétique. Nous avons remis une brochure au patient alors que Gondonneau (23) et Jason (22) ont utilisé le formulaire « directives anticipées » du MSS qui comporte

11 pages. Même si 96% des patients de l'étude de Gondonneau (23) ont trouvé le formulaire du MSS clair, sa lecture plus longue a pu en décourager certains. Un formulaire synthétique avait aussi été utilisé dans l'étude de Duffield (11) et avait contribué au taux élevé de directives anticipées. Dans notre étude, les médecins apposaient leur tampon sur la brochure qu'ils délivraient au patient. Nous pensons que ce geste renforçait le message passé par le médecin. Il témoignait de la relation de confiance et de proximité envers son patient, lui rappelant sa disponibilité en cas de difficultés pour remplir le document.

4.4.1.3 Recueil des directives anticipées

Dans notre étude, l'évaluation de la rédaction des directives anticipées s'est faite lors d'un entretien téléphonique. L'entretien téléphonique nous a permis de comptabiliser les directives anticipées rédigées des patients qui n'en avaient pas encore fait part à leur médecin traitant. Quant à eux, Gondonneau (23), Jason (22) et Duffield (11) ont uniquement comptabilisé les directives anticipées retournées au cabinet médical. Duffield (11) a facilité le retour des directives anticipées rédigées en remettant une enveloppe de retour au patient.

4.4.2 Population

Notre population était plus âgée (65 ans) que la population des études de Jason (22) (53 ans), Gondonneau (23) (53 ans) et Duffield (11) (54 ans). Nos critères d'inclusion expliquent en grande partie cette différence d'âge puisque nous n'avons pas inclus les patients consultants pour un motif aigu. Or les consultations pour un motif aigu concernent une population plus jeune que les consultations dans le cadre d'un suivi médical (24). L'âge moyen plus élevé de notre population explique probablement en partie le taux plus élevé de directives anticipées rédigées dans notre étude. En France, l'âge moyen de la retraite est de 63 ans (25). Cette période de la vie favorise les réflexions autour de la fin de vie. Concernant le sexe et l'état de santé, notre population était comparable à celle de Jason (22) et Gondonneau (23). Les femmes étaient majoritaires et en bonne santé. En 2004, une enquête de la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) avait mis en évidence que 55% des consultations de médecine générale concernaient des patientes (24).

L'homogénéité de nos deux groupes n'a pas pu être assurée par la randomisation. Il existait des différences concernant l'âge et le sexe entre les deux groupes. La population du groupe intervention était plus âgée et plus féminine. Les caractéristiques socio démographiques des médecins ont pu influencer sur la composition des groupes. L'étude de la DREES (24) avait mis en évidence un lien entre le sexe et l'âge des médecins et celui de leurs patients lorsqu'ils étaient suivis régulièrement. L'âge des patients avait tendance à augmenter avec l'âge des médecins. La proportion de consultation consacrée à des patientes était plus élevée chez les médecins femmes que chez leurs homologues masculins. Cette tendance est confirmée dans notre étude : 6 médecins sur 9 ayant inclus des patients dans le groupe intervention étaient des femmes. Dans le groupe contrôle, où les patients hommes étaient majoritaires, 3 médecins sur 7 étaient des femmes. Nous n'avons pas connaissance de l'âge des médecins participants.

4.4.3 Directives anticipées

4.4.3.1 Connaissances

28 % des patients du groupe contrôle connaissaient les directives anticipées. La connaissance du dispositif était variable d'une étude à l'autre. Ceci s'explique par des méthodes d'évaluation différentes. Dans l'étude Jason (22), après avoir informé oralement le patient, le médecin lui demandait s'il avait déjà entendu parler du concept de directives anticipées. 14% ont répondu positivement. 48% des personnes interrogées lors du sondage de 2021 pour le CNSPFV (2) déclaraient

connaître les directives anticipées. Les personnes sondées étaient toutes âgées d'au moins 50 ans. 31% des personnes de 50 ans et plus de notre groupe contrôle connaissaient les directives anticipées. La connaissance des directives anticipées était plus élevée dans l'étude de Gondonneau (23) (56%). Cependant, les patients recevaient tous le formulaire « directives anticipées » du MSS, puis ils répondaient à un questionnaire écrit comportant la question « aviez-vous déjà entendu parler des directives anticipées ? ». La lecture préalable du formulaire a pu biaiser les réponses.

Dans le groupe intervention, les directives anticipées étaient mieux connues. 61% des patients ayant reçu le conseil minimal déclaraient connaître la notion de directives anticipées. Dans l'étude de Ayllon-Mila, 49% des patients connaissaient les directives anticipées 8 semaines après avoir reçu une information sur le sujet (26).

4.4.3.2 Rédaction

Dans le groupe contrôle nous avons observé un faible taux de directives anticipées (4%). Ce chiffre est en décalage avec les 18% du sondage de 2021 pour le CNSPFV (2). La population du sondage était différente, les 902 participants étaient âgés d'au moins 50 ans. Si l'on s'intéresse à la même population dans notre étude, 5% avaient rédigé des directives anticipées. Notre effectif était beaucoup plus faible et ne représente peut-être pas la réelle proportion de directives anticipées dans la population générale. Les chiffres de Gondonneau (23) sont plus proches des nôtres avec 7,7% des patients ayant rédigé des directives anticipées avant même d'avoir reçu une information en consultation.

4.4.3.3 Projet de rédaction

La rédaction de directives anticipées était envisagée par plus de la moitié des patients ne l'ayant pas encore fait : 59% du groupe contrôle et 66% du groupe intervention. Il faut bien noter qu'après les questions 4 et 6 du questionnaire, évaluant la connaissance des notions de directives anticipées et de personne de confiance, un rappel de la définition de ces termes a été faite aux patients des deux groupes. Cette différence, non significative, entre les deux groupes peut s'expliquer par le fait que les patients du groupe intervention avaient en leur possession la brochure. Cette dernière permettait de se projeter dans cette démarche de rédaction. Cette volonté de rédiger des directives anticipées est retrouvée dans le sondage du CNSPFV (2) (36%), dans l'étude de Gondonneau (23) (32%), et dans l'étude de Jason (22) (58%). Ces données montrent que la rédaction de directives anticipées est un acte envisagé par un grand nombre de Français informés.

4.4.4 Personne de confiance

4.4.4.1 Connaissances

La notion de personne de confiance était mieux connue que les directives anticipées. Plus de 80% des patients des deux groupes déclaraient connaître le dispositif. Cette bonne connaissance était retrouvée dans le sondage du CNSPFV (2) (72%) et dans l'étude de Gondonneau (23) (70%). Plusieurs raisons peuvent expliquer ces résultats. Premièrement, en cas d'hospitalisation, les établissements de santé sont tenus de proposer aux patients admis la désignation d'une personne de confiance (27). Dans ce cas la personne de confiance reste compétente pour toute la durée de l'hospitalisation du patient sauf si ce dernier en dispose autrement. La systématisation de l'information donnée au patient en cas d'hospitalisation a sans doute permis d'augmenter la connaissance du dispositif dans la population générale. Deuxièmement, certains patients ont pu déclarer connaître la personne de confiance, devinant le sens littéral du terme, mais ignoraient en réalité la notion juridique. Ce biais est confirmé par l'étude d'Ayllon-Mila (26) où après étude des réponses, seulement 31% donnaient une définition correcte à la personne de confiance. Il faut également noter que la question évaluant la connaissance

de la personne de confiance arrivait dans le questionnaire après les questions et le rappel sur les directives anticipées. Certains patients ont pu deviner le rôle de la personne de confiance, au vu de son intitulé et de la discussion débutée sur la fin de vie durant l'entretien téléphonique.

4.4.4.2 Désignation

Malgré la bonne connaissance du dispositif, seulement 7% du groupe contrôle avaient désigné une personne de confiance. Sur cette question, le sondage du CNSPFV (2) retrouvait, comme pour les directives anticipées, des chiffres supérieurs avec 44% de personnes ayant désigné une personne de confiance. Parmi ces 44%, il a pu exister une confusion entre ceux ayant désigné une personne de confiance pour la durée d'une hospitalisation passée et ceux ayant désigné une personne de confiance pour le long terme.

Concernant la désignation d'une personne de confiance dans le groupe intervention, nous avons observé une augmentation significative par rapport au groupe contrôle (28% vs 7%). Gondonneau (23) a obtenu des chiffres similaires, 26% avaient désigné une personne de confiance après information. La rédaction de directives anticipées était associée au fait de désigner une personne de confiance. Cette association n'est pas surprenante puisque ce sont deux dispositifs liés. La HAS (3) rappelle que lorsque le médecin parle des directives anticipées au patient, c'est aussi l'occasion de lui parler de la personne de confiance. Il est recommandé à une personne qui a rédigé ses directives anticipées de les remettre à sa personne de confiance. Notre brochure permettait au patient de rédiger des directives anticipées et de désigner une personne de confiance simultanément.

4.4.4.3 Projet de désignation

Dans les deux groupes, la désignation d'une personne de confiance était envisagée par la majorité des patients ne l'ayant pas encore fait. Cette volonté de désigner une personne de confiance ressortait également des études du CNSPFV (2) (52%) et de Jason (22) (67%).

4.4.5 Discussion autour de la fin de vie

La discussion sur la fin de vie a été appréciée par 80% des patients du groupe intervention. La délivrance du conseil minimal par le médecin traitant lors d'un moment opportun a contribué à son bon accueil. Dans l'étude d'Ayllon-Milla (26), aucun des patients interrogés ne rapportait un vécu négatif ou des symptômes anxio-dépressif survenus à l'issue de l'entretien initial abordant la fin de vie. 80% des patients du groupe contrôle apprécieraient une discussion sur la fin de vie avec leur médecin traitant. Cela confirme l'intérêt des patients pour le sujet déjà observé dans d'autres études (2,8).

4.5 Prospectives

La gestion médiatique de l'épidémie de COVID 19 a sensibilisé la population aux situations de fin de vie et a relancé les débats sur le sujet. La pandémie a probablement favorisé la bonne réception du conseil minimal et la réflexion des patients. Nos critères d'inclusion et de non-inclusion expliquent en grande partie le taux de directives anticipées dans le groupe intervention (27%). Il semblerait que nous ayons trouvé une population cible chez qui aborder le sujet en consultation de médecine générale. Nous pensons qu'une information écrite doit être associée à l'information orale. L'information écrite permet au patient de disposer de tous les éléments pour prolonger sa réflexion au-delà de la consultation, et s'il le souhaite, de concrétiser la rédaction de directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance grâce au formulaire. Notre brochure synthétique a contribué à l'efficacité du conseil minimal. La création d'une brochure officielle par les instances compétentes pourrait

faciliter la diffusion de l'information et la rédaction des directives anticipées dans la population. Notre étude a montré que l'information sur la fin de vie était bien accueillie par les patients et permettait d'augmenter leurs connaissances. Cet intérêt pour le sujet s'est traduit par une augmentation des rédactions de directives anticipées et des désignations d'une personne de confiance. Les médecins généralistes peuvent aborder le sujet sans crainte lorsque le moment est bien choisi et qu'une relation de confiance est établie. Les résultats de cette étude vont impacter la pratique de l'investigateur lorsqu'il sera installé. Comme le souhaite la HAS (3), on peut facilement imaginer que cette information soit délivrée, lors d'un moment opportun, à tout patient qui consulte son médecin traitant dans le cadre de son suivi médical. Les infirmiers en pratique avancée pourraient également avoir un rôle à jouer dans l'information des patients qu'ils suivent régulièrement (11).

Un simple conseil minimal a permis d'augmenter considérablement la rédaction des directives anticipées. Nous pouvons nous interroger sur le devenir des nombreux patients ayant déclaré envisager la rédaction de directives anticipées ou la désignation d'une personne de confiance. L'ont-ils fait ? Si non, quand vont-ils le faire ? Au-delà d'un conseil minimal initial, la répétition des interactions sur le sujet entre le patient et son médecin traitant tout au long du suivi médical pourrait permettre de majorer la rédaction des directives anticipées (10). Il serait intéressant de réaliser un essai à plus grande échelle, utilisant un document d'information officiel, où les patients seraient randomisés individuellement et suivis pendant un an.

En complément de l'information délivrée par le médecin traitant à sa patientèle lorsqu'il le juge opportun, la création d'un nouveau dossier médical pourrait également être l'occasion d'informer les patients sur le sujet. Les directives anticipées et l'identité de la personne de confiance seraient des informations médico-administratives systématiquement recueillies par le médecin à la création d'un nouveau dossier médical, au même titre que les coordonnées et antécédents du patient. Un document d'information serait remis au patient en cas de méconnaissance de ces dispositifs en vue d'aborder le sujet ultérieurement.

5 Conclusion

Quand le médecin traitant délivre un conseil minimal, lors d'un moment opportun en consultation de médecine générale, les connaissances et la rédaction des directives anticipées augmentent significativement. Ces résultats doivent encourager les médecins généralistes à informer leur patientèle sur le sujet. Cependant tous les professionnels de santé ont un rôle à jouer dans la démocratisation des directives anticipées. Le fait d'avoir rédigé ou non des directives anticipées est une donnée médico-administrative qui pourrait être demandée systématiquement aux usagers du système de santé dans certaines situations (hospitalisation, consultation hospitalière ou aux urgences, création de Mon Espace Santé) et permettrait de sensibiliser la population. L'entrée dans les mœurs des directives anticipées passe par la systématisation de l'information des usagers du système de santé mais également par une information massive de toute la population via le renouvellement des campagnes d'informations.

Références

1. Etude_BVA_directives_anticipees_2019.pdf [Internet]. [cité 17 avr 2020]. Disponible sur: https://www.parlons-fin-de-vie.fr/wp-content/uploads/2019/07/Etude_BVA_directives_anticipees_2019.pdf
2. BVA_pour_CNSPFV_2021.pdf [Internet]. [cité 23 mars 2021]. Disponible sur: https://www.parlons-fin-de-vie.fr/wp-content/uploads/2021/02/BVA_pour_CNSPFV_2021.pdf
3. da_professionnels_v11_actualisation.pdf [Internet]. [cité 25 janv 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-03/da_professionnels_v11_actualisation.pdf
4. LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. 2016-87 févr 2, 2016.
5. Zeisser M, Weber J-C. Les directives anticipées : un semi-échec transitoire ? *Éthique Santé*. sept 2016;13(3):156-63.
6. Péron E. Étude qualitative sur l'information délivrée et le recueil des directives anticipées par les médecins généralistes dans le Finistère [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bretagne occidentale; 2018.
7. Szcrupak A, Nougéin P. L'abord des directives anticipées en consultation par les médecins généralistes picards. France; 2019.
8. Belhachemi A. Intérêt d'une consultation de médecine générale dédiée aux directives anticipées: étude qualitative réalisée dans les Alpes-Maritimes (06) [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2018.
9. DICOM_Lisa.C, DICOM_Lisa.C. La fin de vie, et si on en parlait ? [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 19 févr 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>
10. Completing an advance directive in the primary care setting: what do we need for success? - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 24 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17302667>
11. Duffield P, Podzamsky JE. The completion of advance directives in primary care. *J Fam Pract*. avr 1996;42(4):378-84.
12. Reperage_fumeur_ref.pdf [Internet]. [cité 19 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Reperage_fumeur_ref.pdf
13. Slama K, Karsenty S, Hirsch A. Effectiveness of minimal intervention by general practitioners with their smoking patients: a randomised, controlled trial in France. *Tob Control*. juin 1995;4(2):162-9.
14. Vallée É, Vastel É, Piquet M-A, Savey V. Efficacité d'un conseil minimal abordant l'activité physique et délivré par les médecins généralistes lors d'une consultation pour renouvellement d'ordonnance. *Nutr Clin Métabolisme*. 1 sept 2017;31(3):194-206.

15. dCode - Solveurs, Crypto, Maths, Codes, Outils en Ligne [Internet]. [cité 10 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.dcode.fr/>
16. BiostaTGV - Statistiques en ligne [Internet]. [cité 28 juin 2020]. Disponible sur: <http://biostatgv.sentiweb.fr/>
17. Schéma_définition_directives_anticipées.pdf [Internet]. [cité 17 avr 2020]. Disponible sur: https://www.parlons-fin-de-vie.fr/wp-content/uploads/2018/10/Sche%CC%81ma_de%CC%81finition_directives_anticipe%CC%81es.pdf
18. Schéma_rédaction_directives_anticipées.pdf.
19. da_formulaire_v2_maj.pdf [Internet]. [cité 25 janv 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-11/da_formulaire_v2_maj.pdf
20. 2018-SRLF_formulaire-directives_anticipees.pdf [Internet]. [cité 20 mars 2020]. Disponible sur: https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2018/01/2018-SRLF_formulaire-directives_anticipees.pdf
21. Medistica. pvalue.io, a GUI of R statistical software for scientific medical publications. [Internet]. pvalue.io. 2019 [cité 27 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.pvalue.io>
22. Jason J-S, Ledieu P. Evaluation d' un abord systématique de la question des directives anticipées et de la personne de confiance en pratique courante de médecine générale: effet sur la rédaction des directives anticipées et sur la désignation d' une personne de confiance [Internet]. 2017-2020, France; 2019 [cité 11 oct 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02477337/document>
23. 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 ? [Internet] [Thèse d'exercice]. [2014-...., France]: Université de Bordeaux; 2020 [cité 11 oct 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02977163>
24. Les consultations et visites des médecins généralistes - Un essai de typologie. 2004;12.
25. Âge de départ à la retraite | Statistiques, recherches et prospective de la Cnav [Internet]. [cité 18 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.statistiques-recherches.cnnav.fr/age-de-depart-a-la-retraite.html>
26. Ayllon-Milla S. Impact d'une intervention brève sur les directives anticipées et la personne de confiance auprès de patients consultant en médecine générale. :73.
27. DGOS_Nathan.P, DGOS_Nathan.P. Désigner sa personne de confiance [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 10 nov 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/findevie/les-droits-en-faveur-des-personnes-malades-et-des-personnes-en-fin-de-vie/article/designer-sa-personne-de-confiance>

Annexes

Annexe 1 : Explications groupe intervention

Critères d'inclusion :

- patient(e) majeur(e) consultant dans le cadre de son suivi médical
- être le médecin traitant

Critères de non inclusion :

- moment inopportun identifié par le médecin, défini comme une situation où l'état psychologique du patient ne lui permet pas de recevoir une telle information (annonce d'une mauvaise nouvelle, pathologie aiguë)
- troubles cognitifs avancés
- analphabétisme
- refus du consentement oral

Pendant 4 semaines, vous incluez chaque jour de consultation les deux premiers patients remplissant les critères d'inclusion.

Dans un premier temps, vous menez votre consultation sans modifier vos habitudes, puis en fin de consultation, vous délivrez un **conseil minimal** sur les directives anticipées à votre patient.

Aborder le sujet des directives anticipées :

« Pour terminer la consultation, seriez-vous d'accord pour que l'on prenne quelques minutes pour discuter ensemble de la fin de vie ? »

- si le patient refuse => passer à l'étape 2
- si le patient accepte => passer à l'étape 1

Etape 1 : Le conseil minimal (maximum 5 minutes)

« Avez-vous rédigé des directives anticipées ? »

- en cas de réponse positive :
=> vous proposez de les intégrer au dossier médical, si ce n'est pas déjà le cas, puis passer à l'étape 2
- en cas de réponse négative :
=> vous délivrez une information orale (cf infra) tout en commentant la brochure
=> vous remettez la brochure au patient après l'avoir tamponnée avec votre cachet pour renforcer l'adhésion du patient
=> si le patient est demandeur, vous pouvez également lui proposer une consultation dédiée ultérieurement
=> puis vous passez à l'étape 2

Etape 2 : Demande du consentement oral :

« Seriez-vous d'accord pour participer à une thèse de médecine et être rappelé par un médecin ? »

- si le patient refuse => vous n'incluez pas le patient
- si le patiente accepte => vous incluez le patient et remplissez la feuille de suivi (nom, prénom, numéro de téléphone)

Exemple d'information orale :

Ce sont vos volontés, par écrit, concernant votre fin de vie si un jour vous ne pouvez plus vous exprimer.

Elles seront consultées si vous n'êtes plus capable de vous exprimer et :
- si vous êtes dans une situation de fin de vie liée à une maladie grave incurable
- si vous êtes dans une situation de maintien artificielle de votre vie

Elles s'imposent au médecin.

Valables à vie, modifiables à tout moment.

Il s'agit d'un droit créé en 2005 par la loi Léonetti.

Une fois rédigées, vous pouvez les transmettre à votre médecin afin de les intégrer à votre dossier médical, vous pouvez également les transmettre à votre personne de confiance.

Votre personne de confiance sera votre porte-parole si un jour vous ne pouvez plus vous exprimer.

COMMENT RÉDIGER SES DIRECTIVES ANTICIPÉES ?

Vous pouvez rédiger vos directives anticipées sur papier libre daté et signé, ou sur le modèle indicatif disponible sur le site : www.parlons-fin-de-vie.fr. Rédiger ses directives anticipées n'est pas obligatoire, c'est un droit, pas un devoir.

1. Informations principales importantes à mentionner

Vous pouvez indiquer votre point de vue sur...

Grands principes

- Maintien en vie artificielle
- Sédation profonde et continue jusqu'au décès

Actes et traitements médicaux contribuant au maintien artificiel de la vie

- Assistance respiratoire
- Réanimation cardio-circulatoire
- Alimentation et/ou hydratation artificielles
- Dialyse
- Autres

2. Informations annexes utiles à mentionner

Vos attentes ou vos craintes concernant certains traitements ou certaines situations de fin de vie.

Vos souhaits et croyances de nature non médicale Ils ne sont pas considérés comme des directives mais peuvent être précisés.

Vousre situation personnelle si elle peut aider le médecin à comprendre vos souhaits.

3. À qui pouvez-vous demander conseil pour les rédiger ?

Il peut être utile de solliciter l'avis d'un professionnel de santé ou d'un autre interlocuteur.

Professionnel de santé

Personne de confiance, proche ou famille

Association de patients ou d'accompagnement

Toute autre personne qui peut vous aider à réfléchir

La fin de vie, et si on en parlait ?
www.parlons-fin-de-vie.fr

LES DIRECTIVES ANTICIPÉES, QU'EST-CE QUE C'EST ?

C'est une déclaration écrite qui indique vos volontés pour votre fin de vie, si un jour vous étiez en situation où vous ne pouvez plus vous exprimer. Elles permettront au médecin de connaître vos souhaits en matière de traitements médicaux. Leur rédaction n'est pas obligatoire, c'est un acte libre.

1. Comment ça marche ?

Quand peut-on les écrire ?
Quand vous voulez, que vous soyez malade ou non. Elles peuvent être modifiées ou annulées à tout moment et n'ont pas de limite de temps.

Comment les rédiger ?
Vous pouvez les rédiger sur le modèle indicatif disponible sur www.parlons-fin-de-vie.fr ou sur papier libre daté et signé.

Quoi écrire ?
Notamment vos souhaits pour la poursuite, l'arrêt, le refus de traitements médicaux pour votre fin de vie.

2. Avec qui parler de vos directives anticipées ?

Demander des conseils

- Professionnel de santé
- Personne de confiance, proche ou famille
- Association de patients ou d'accompagnement
- Toute autre personne avec qui vous souhaitez en parler et qui peut vous aider à réfléchir

Pour indiquer leur existence et leur lieu de conservation

- Médecin
- Personne de confiance
- Proches, famille

3. Et après où les conserver ?

Dans votre dossier médical partagé en les confiant à l'Assurance Maladie

Dans votre dossier médical en les confiant à votre médecin

Chez votre personne de confiance / votre famille / un proche

Avec vous, en donnant des copies

La fin de vie, et si on en parlait ?
www.parlons-fin-de-vie.fr

MES DIRECTIVES ANTICIPEES

Nom et Prénom :
Né(e) le à
Domicilié(e) à

- Je suis atteint d'une **maladie grave ou en fin de vie**
- Je ne suis pas atteint d'une maladie grave mais j'écris ces directives dans le cas où je me trouverais dans certaines situations pouvant conduire à un **maintien artificiel de ma vie** (traumatisme crânien grave, accident vasculaire cérébral, coma prolongé...) ou à des **séquelles irréversibles**.

J'accepterais que les traitements suivants soient entrepris ou poursuivis pour moi (les soins de confort me seront toujours administrés) :

- Hospitalisation en réanimation : **oui non**
- Massage cardiaque : **oui non**
- Ventilation artificielle (tuyau pour respirer) : **oui non**
- Dialyse (supplémentation de la fonction rénale) : **oui non**
- Intervention chirurgicale : **oui non**
- Hydratation par perfusion ou sonde : **oui non**
- Alimentation par perfusion ou sonde : **oui non**

Je souhaite préciser certaines conditions ou formuler librement ceci :
(Ex : ce qui est le plus important pour moi à la fin de ma vie, ce que je n'aimerais pas, don d'organe...)
.....
.....

Localisation de mes directives anticipées :

- Conservées sur moi ou chez moi, à l'adresse suivante, à tel endroit :
.....
- Remises à ma personne de confiance, ou autre personne :
.....
- Médecin traitant : Dr
.....
- Dossier médical partagé (DMP)

MA PERSONNE DE CONFIANCE

Votre **personne de confiance** a une mission d'**accompagnement**. Elle sera votre **porte-parole** si un jour vous ne pouvez plus vous exprimer, elle rapportera vos souhaits à l'équipe médicale, transmettra vos directives anticipées si vous les avez rédigées.

Je soussigné(e)
Nomme la personne de confiance suivante :
Nom, prénom :
Adresse :
Téléphone :

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

J'ai bien conscience que je peux changer d'avis à tout moment, sans avoir à le justifier.

Fait à, le

Signature Signature de la personne de confiance
(si désignée)

Même si envisager à l'avance cette situation peut s'avérer difficile, il est important d'y réfléchir.

Le Dr reste à votre disposition pour vous aider à remplir ce document en cas de difficultés, et intégrer ces informations à votre dossier médical.

Annexe 5 : Questionnaire téléphonique à 3 mois

Bonjour,

Vous êtes bien Mr ou Mme X ?

Je m'appelle Thibault Rogier, je suis médecin généraliste.

Je vous contacte dans le cadre de ma thèse de médecine générale.

Votre médecin traitant Dr Y vous avait proposé d'y participer et m'a transmis vos coordonnées.

Seriez-vous d'accord pour répondre à un questionnaire bref, anonyme, qui ne vous engage à rien ?

1) Quel âge avez-vous ?

2) Etes-vous un homme ou une femme ? (Seulement si non implicite)

3) Considérez-vous votre état de santé plutôt bon ou plutôt mauvais ? (Plutôt bon/plutôt mauvais)

4) Concernant la notion de directives anticipées, vous diriez que vous connaissez ou que vous ne connaissez pas ? (Connais / connais pas)

Les directives anticipées sont une déclaration écrite qui indique vos volontés pour votre fin de vie, si un jour vous étiez en situation où vous ne pouvez plus vous exprimer. Elles permettront au médecin de connaître vos souhaits en matière de traitement médicaux.

5) Avez-vous rédigé par écrit des directives anticipées ? (oui/non)

Si Non => **5 bis)** Envisagez-vous de rédiger par écrit des directives anticipées ? (oui/non)

6) Concernant la notion de personne de confiance, vous diriez que vous connaissez ou que vous ne connaissez pas ? (Connais / connais pas)

La personne de confiance vous accompagne dans votre parcours médical et vous représente pour vos décisions médicales si un jour vous n'étiez plus en mesure de vous exprimer.

7) Avez-vous désigné par écrit une personne de confiance ? (oui/non)

Si Non => **7 bis)** Envisagez-vous de désigner par écrit une personne de confiance ? (oui/non)

8)

-**Groupe contrôle** : Apprécieriez-vous que votre médecin traitant aborde le sujet de la fin de vie avec vous en consultation ? (oui/non)

-**Groupe intervention** : Avez-vous apprécié que votre médecin traitant aborde le sujet de la fin de vie avec vous en consultation ? (oui/non)

Merci pour votre participation et vos réponses

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Résumé

En 2019, selon un sondage pour le Centre National des Soins Palliatifs et de la Fin de Vie, 13% des Français de 50 ans et plus avaient rédigé des directives anticipées. Ce faible pourcentage s'expliquait par le manque d'information d'une population pourtant désireuse. En 2016, la loi Claeys Leonetti avait mis en avant le rôle renforcé d'information des médecins traitants sur la possibilité et les conditions de rédaction des directives anticipées. Conscients de leur rôle, les médecins généralistes étaient désignés par les patients comme interlocuteurs privilégiés pour aborder les discussions autour de la fin de vie. Nous avons voulu évaluer l'impact d'un conseil minimal délivré en consultation de médecine générale sur la rédaction des directives anticipées. Pour cela nous avons réalisé un essai contrôlé randomisé par grappe où nous avons inclus des patients consultant leur médecin traitant dans le cadre de leur suivi médical. L'intervention comportait une information orale et une information écrite sous la forme d'une brochure synthétique. 3 mois après l'inclusion, la rédaction des directives anticipées était supérieure dans le groupe ayant reçu le conseil minimal (27% vs 4%, $p < 0,0001$). L'intervention a également permis d'augmenter la désignation d'une personne de confiance (28% vs 7%, $p = 0,001$). Les résultats de notre étude montrent qu'informer les patients en consultation de médecine générale, via le médecin traitant lors d'un moment opportun, est efficace pour augmenter la connaissance des directives anticipées, la rédaction de directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance.

Mots clés

Directives anticipées, personne de confiance, conseil minimal, médecine générale.