

Année 2021/2022

N°

## Thèse

Pour le

### DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

Par

**Mathilde RATTEZ**

Née le 23 avril 1992 à Rouen (76)

---

---

#### TITRE

Le recueil des directives anticipées par les médecins généralistes : état des lieux  
dans le Loiret

---

---

Présentée et soutenue publiquement **le 15 décembre 2022** devant un jury  
composé de :

Président du Jury : Professeur Emmanuel GYAN, Hématologie, Faculté de Médecine - Tours

Membres du Jury :

Professeur Donatien MALLET, Soins Palliatifs, PA, Faculté de Médecine - Tours

Docteur Blandine BRUANT-CRASSON, Gériatrie, Responsable des services de SSR et de  
court séjour gériatriques, CH de Chinon

Docteur Marie DUSSART-BRÛLÉ, Médecine générale et palliative, SSR Polyvalent,  
Orléans

# RÉSUMÉ

**INTRODUCTION.** Les directives anticipées (DA), introduites en 2005, sont peu utilisées. Modifiée en 2016, la loi Claeys-Léonetti a placé le médecin traitant en première ligne dans l'information du patient et leur rédaction. À l'époque, des travaux ont montré qu'il existait des freins à leur recueil. L'objectif de cette étude est de rechercher ceux auxquels les médecins généralistes sont toujours confrontés, particulièrement en zone sous-dotée, de préciser les modalités actuelles de recueil ainsi que l'impact de la pandémie de la COVID-19 sur celui-ci.

**MATÉRIEL ET MÉTHODES.** Étude quantitative observationnelle descriptive transversale par questionnaire, auprès des médecins généralistes du Loiret, diffusé sur une période de 6 mois. 65 réponses ont pu être exploitées (taux de réponse de 15,05%).

**RÉSULTATS.** La loi est toujours méconnue de 12,3% des médecins mais leur implication envers les DA semble meilleure (92,3% en ont déjà parlé avec des patients, 86,2% en ont déjà recueillies). Le manque d'information du patient est le premier frein. Les médecins attendent souvent que le patient aborde le sujet. Le manque de temps, exacerbé en zone sous-dotée, impacte la qualité du recueil. La formation des médecins et la coordination interprofessionnelle semblent notablement l'améliorer, notamment chez la jeune génération qui privilégie l'exercice en groupe. La fin de vie reste le moment privilégié pour parler des DA, leur rédaction restant chronophage et complexe. L'absence de rémunération semble un frein secondaire. L'accès à un support dédié paraît plus facile : internet est la première source de documentation. La conservation des DA dans deux lieux distincts est favorisée. Le DMP est peu privilégié. La pandémie de la COVID-19 semble avoir eu un effet positif en sensibilisant les médecins et les patients à l'importance des DA.

**CONCLUSION.** Une étude sur un plus grand effectif et à distance de la pandémie de la COVID-19 semble nécessaire pour compléter ces explorations.

**MOTS CLÉS.** Directives anticipées - Médecine générale - Fin de vie - Soins palliatifs - Loi Claeys-Léonetti - COVID-19.

# ABSTRACT

## *The collection of advance directives by general practitioners: state of play in Loiret*

**INTRODUCTION.** Advance directives, which were added to French end-of-life legislation in 2005, are little used. Amended in 2016, the Claeys-Leonetti law has placed the general practitioner in the front-line regarding information and drafting. At the time, studies showed that there were obstacles to their collection. The objective of this study is to identify the ones that GPs are still facing, particularly in under-resourced areas, and to specify the current collection methods and the impact of the COVID-19 pandemic.

**MATERIAL AND METHODS.** Quantitative, observational, descriptive and cross-sectional study through questionnaires sent to general practitioners working in Loiret administrative region over a period of 6 months. 65 responses could be used (response rate of 15.05%).

**RESULTS.** The law is still unknown to 12.3% of GPs, but their involvement seems to be higher than before (92.3% having already talked about it with patients, 86.2% having already collected some). Patients' lack of information is the first obstacle as GPs often wait for him to bring up the subject. The lack of time, exacerbated in under-resourced areas, also has an impact on the quality of data collection. Physicians regular training and coordinated work seem to improve the quality of data collection, particularly among the younger generation who prefer group practice. Patients last years of life remains the best period to talk about ADs, as their drafting remains time-consuming and complex. The lack of specific remuneration seems to be a secondary obstacle. Access to a dedicated template seems easier and the Internet is the primary source of documentation. The storage of ADs in two separate locations is favoured but the use of the state-supported online medical file is not popular. The COVID-19 pandemic seems to have had a positive effect by making doctors and patients aware of the importance of ADs.

**CONCLUSION.** A study on a larger population and carried out further from the COVID-19 pandemic seems necessary to complete its results.

**KEY WORDS.** Advance directives - General medicine - End-of-life - Palliative care - Claeys-Leonetti law - COVID-19.

UNIVERSITE DE TOURS  
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

**DOYEN**

Pr Patrice DIOT

**VICE-DOYEN**

Pr Henri MARRET

**ASSESEURS**

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l’Université*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOURC’H, *Recherche*

**RESPONSABLE ADMINISTRATIVE**

Mme Carole ACCOLAS

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

*Directeur de l’Ecole de Médecine – 1947-1962*

Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

**PROFESSEURS EMERITES**

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Pascal DUMONT

Pr Bernard FOUQUET

Pr Yves GRUEL

Pr Gérard LORETTE

Pr Dominique PERROTIN

Pr Philippe ROSSET

**PROFESSEURS HONORAIRES**

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

---

ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BAKHOS David	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARBIER François	Médecine intensive et réanimation
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédéric	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESMIDT Thomas	Psychiatrie
DESOUBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline	Gynécologie obstétrique
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie

LABARTHE François .....	Pédiatrie
LAFFON Marc .....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry .....	Gastroentérologie, hépatologie
LEGRAS Antoine .....	Chirurgie thoracique
LESCANNE Emmanuel .....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude .....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent.....	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François .....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie
MARRET Henri.....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel.....	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine .....	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain .....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa.....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry .....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi.....	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna .....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric.....	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck .....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent .....	Physiologie
REMERAND Francis .....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline .....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem .....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab.....	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre .....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VAILLANT Loïc.....	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane.....	Anatomie
VOURC'H Patrick .....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé .....	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess .....	Neurochirurgie

#### **PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

---

DIBAO-DINA Clarisse  
LEBEAU Jean-Pierre

#### **PROFESSEURS ASSOCIES**

---

MALLET Donatien.....Soins palliatifs  
ROBERT Jean ..... Médecine Générale |

#### **PROFESSEUR CERTIFIE DU 2<sup>ND</sup> DEGRE**

---

MC CARTHY Catherine ..... Anglais |

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

---

AUDEMARD-VERGER Alexandra .....	Médecine interne
BARBIER Louise .....	Chirurgie digestive
BINET Aurélien .....	Chirurgie infantile
BISSON Arnaud .....	Cardiologie (CHRO)
BRUNAUULT Paul .....	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès .....	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo .....	Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas .....	Cardiologie
DENIS Frédéric .....	Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane .....	Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure .....	Hépatologie – gastroentérologie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie .....	Anatomie et cytologie pathologiques
GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
HOARAU Cyrille .....	Immunologie
LE GUELLEC Chantal .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno .....	Pédiatrie
LEMAIGNEN Adrien .....	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine .....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste .....	Radiologie pédiatrique
PARE Arnaud .....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric .....	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme .....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte .....	Thérapeutique
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline .....	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure .....	Génétique

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

---

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia .....	Neurosciences
NICOGLLOU Antonine .....	Philosophie, histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald .....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile .....	Médecine Générale

## MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

---

AUMARECHAL Alain .....	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine .....	Médecine Générale
CHAMANT Christelle .....	Médecine Générale
ETTORI-AJASSE Isabelle.....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime .....	Médecine Générale
RUIZ Christophe .....	Médecine Générale
SAMKO Boris .....	Médecine Générale

## CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

---

BECKER Jérôme .....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie .....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues .....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel .....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOUILLEUX Fabrice .....	Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001

GOMOT Marie .....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GUEGUINOU Maxime .....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HEUZE-VOURCH Nathalie .....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice .....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne .....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric .....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LE MERREUR Julie .....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe .....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe .....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William .....	Chargé de Recherche Inserm – UMR CNRS 1069
SI TAHAR Mustapha .....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille .....	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259 WARDAK
Claire .....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

## CHARGES D'ENSEIGNEMENT

---

### *Pour l'Ecole d'Orthophonie*

DELORE Claire .....	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie .....	Praticien Hospitalier

### *Pour l'Ecole d'Orthoptie*

BOULNOIS Sandrine .....	Orthoptiste
-------------------------	-------------

### *Pour l'Ethique Médicale*

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
-----------------------	-----------------------

## SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,  
de mes chers condisciples  
et selon la tradition d'Hippocrate,  
je promets et je jure 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.

# REMERCIEMENTS

À **Monsieur le Professeur Emmanuel GYAN.**

Vous m'avez fait le grand honneur d'accepter de présider mon jury. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

À **Monsieur le Professeur Donatien MALLET.**

Je suis très sensible à l'honneur que vous me faites en acceptant de porter un jugement sur mon travail. Veuillez accepter l'expression de ma sincère gratitude.

À **Madame le Docteur Blandine BRUANT-CRASSON.**

Je te prie de recevoir mes sincères remerciements pour ton soutien et ton intérêt pour ce travail et pour t'être rendue disponible pour le juger.

À **Madame le Docteur Marie DUSSART-BRÛLÉ.**

Je te remercie sincèrement d'avoir accepté de diriger ce travail. Merci de m'avoir soutenue, accompagnée et remotivée quand il le fallait. Merci pour ta disponibilité, tes relectures et tes conseils avisés jusqu'à l'aboutissement de ce travail. Je tiens à te remercier également pour ces quelques mois passés ensemble en HAD, riches de ton enseignement bienveillant, de tes remarques formatrices et de nos échanges. Peut-être un jour aurons-nous l'occasion de retravailler ensemble ?

Aux **coordinatrices des CPTS du Loiret** qui m'ont très gentiment apporté leur aide pour diffuser le questionnaire, et à tous les médecins qui ont pris le temps d'y répondre.

Aux **médecins**, qui m'ont transmis leurs connaissances et qui m'ont permis de progresser pendant toutes ces années, et particulièrement aux Docteurs Marie-Anne Voisin-Ruffier, Catherine Canault, Matthieu Guérin, Anne Lazarevitch, Philibert de Rovira et Anne Chaillou. Merci de m'avoir fait découvrir la beauté de la médecine générale.

Aux **patients** que j'ai soignés.

À **Anne**, merci de m'avoir permis de te remplacer tous les jeudis depuis deux ans. J'en garderai un très bon souvenir.

À **mes collègues du pôle santé de St-Cyr-en-Val**, et particulièrement à Sonia et Delphine pour votre accueil, à Pauline pour nos discussions, à Arnaud pour ta disponibilité à m'aider.

À mes belles rencontres d'internat, et en particulier à **Marion**. Tu m'as montré qu'allier vie familiale et internat était possible.

À **ma Marouch**, c'est ensemble qu'après nos belles années lycéennes nous nous sommes lancées dans cette folle aventure de la médecine. Tu es devenue un formidable médecin. Merci d'être toujours aussi présente malgré la distance.

À **Julie, Marie, Manon, Louise, Claire, Pauline** et **Louise** pour ces belles années d'externat. Elles auront été parfois difficiles mais ensemble nous avons pu y trouver un peu de légèreté et surtout beaucoup de bons moments. **Marie**, tu as été un témoin en or, en m'aidant dans la préparation de mon mariage en pleine année d'ECN. Merci pour ton amitié si fidèle.

À **mes parents** pour votre amour et votre soutien exceptionnel. Vous avez toujours cru en moi et si j'en suis arrivée là c'est en grande partie grâce à vous. **Papa**, tu as toujours eu des paroles justes, réconfortantes et motivantes. Toujours disponible, tu as été un coach formidable. **Maman**, par tes attentions discrètes, tu as toujours tout fait pour alléger mon quotidien. Tu as été un soutien merveilleux, et en particulier ces derniers mois pour tes petits-enfants.

À **Constance** et **Éléonore**, mes deux sœurs adorées. Merci pour notre complicité, cet amour qui nous lie, le soutien mutuel que nous nous apportons et pour tous ces beaux moments que nous partageons. Merci **Louis, Paul** et **mes neveux chéris** de participer à ce bonheur familial.

À ma formidable **Bonne-Ma**. Merci pour ta gentillesse et ton amour. Merci d'avoir pensé à moi à chacun de mes examens, de m'avoir écoutée et réconfortée quand j'en avais besoin. Nos discussions du soir sont des doux moments que je garde précieusement dans mon cœur. Je t'aime très fort.

À **Mamie** et **Grand-Père**. Grâce à vous je suis riche de souvenirs merveilleux. Merci de m'avoir transmis de si belles valeurs. J'espère que de là-haut vous êtes fiers de moi.

À ma chère **Dada**, pour ces journées passées avec toi, à faire mes devoirs quand j'étais enfant, pour nos discussions plus tard, pour tes lettres réconfortantes quand Sébastien est absent. Merci de m'avoir toujours soutenue et encouragée et surtout de faire partie de notre famille.

À ma **belle-famille**, pour votre joie et ces moments passés ensemble.

À l'abbé Plichon, merci **Olivier**, pour le temps que tu as consacré à la relecture de mon travail et pour tes prières.

À mes amies de toujours : **Marie, Anne-Claire, Adèle, Claire**. Vous avez été l'échappatoire de mes années de concours. Merci d'avoir toujours été là pour moi, chacune à votre manière.

Aux copines du 12, **Marie, Aurélie, Marine, Marie-Victoire, Aude, Anne-Sophie**. Quelle chance de vous avoir rencontrées ! Merci pour votre soutien et votre amitié. Nos dîners de filles, lors de nos semaines « solo » ont été de vraies bouffées d'oxygène.

À **Estelle**, par votre gentillesse et votre disponibilité, vous avez été d'un soutien merveilleux. Merci d'avoir veillé, aimé et fait grandir mes petits garçons pendant mes journées de travail.

À **Sébastien**, mon merveilleux mari. Merci de m'avoir soutenue patiemment durant toutes ces années. Tu crois en moi, et me donne un courage que je ne me connaissais pas. Merci pour ton optimisme à tout épreuve et pour la merveilleuse famille que nous formons.

À **Wandrille** et **Ambroise**, mes petits garçons que j'aime tant. Merci pour vos sourires et votre tendresse.

*“ Il faut ajouter de la vie aux jours, lorsqu’on ne peut plus ajouter de jours à la vie. ”*

Anne-Dauphine Julliard,  
Deux petits pas sur le sable mouillé, (Paris, 2013)

# TABLE DES MATIÈRES

<b>TABLE DES ILLUSTRATIONS</b> .....	<b>15</b>
<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS</b> .....	<b>17</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>18</b>
<b>MATERIEL ET MÉTHODE</b> .....	<b>21</b>
I.    TYPE D'ÉTUDE .....	21
II.   SÉLECTION DE L'ÉCHANTILLON .....	21
III.  RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE.....	21
IV.  CRÉATION DU QUESTIONNAIRE.....	21
V.   ASPECT ÉTHIQUE ET JURIDIQUE .....	22
VI.  DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE.....	22
VII. ANALYSE STATISTIQUE .....	22
<b>RÉSULTATS</b> .....	<b>24</b>
I.    CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION.....	24
1.    Taille de l'échantillon .....	24
2.    Comparaison de l'échantillon à la population cible .....	24
3.    Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon .....	25
II.   PREMIERS RÉSULTATS.....	26
1.    Modalités de recueil des directives anticipées.....	26
2.    Freins au recueil des directives anticipées .....	31
3.    Évolution depuis 2016.....	32
4.    Impact de la pandémie de la COVID-19.....	32
III.  ANALYSE CROISÉE.....	33
1.    Analyse des freins selon les caractéristiques de la population étudiée .....	33
2.    Les caractéristiques de la population étudiée.....	35
3.    Impact des freins sur le recueil des directives anticipées .....	39
4.    Impact du COVID .....	44
<b>DISCUSSION</b> .....	<b>45</b>
I.    LIMITES MÉTHODOLOGIQUES DE L'ÉTUDE .....	45
II.   DISCUSSION DES RÉSULTATS .....	46
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>54</b>
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	<b>55</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>61</b>
I.    QUESTIONNAIRE .....	61
II.   RÉSULTATS BRUTS .....	66

# TABLE DES ILLUSTRATIONS

<i>Tableau 1 : Comparaison population cible – population étudiée</i>	24
<i>Tableau 2 : Caractéristiques de la population étudiée</i>	25
<i>Tableau 3 : Âge moyen des médecins selon leur genre et leur structure d'exercice</i>	26
<i>Tableau 4 : Analyse des freins selon le sexe</i>	33
<i>Tableau 5 : Analyse des freins selon le milieu d'exercice</i>	33
<i>Tableau 6 : Analyse des freins selon l'intérêt que les médecins portent à la fin de vie</i>	34
<i>Tableau 7 : Analyse des freins selon la structure d'exercice</i>	34
<i>Tableau 8 : Analyse des freins selon la possession d'un DU ou d'une capacité</i>	35
<i>Tableau 9 : Analyse du recueil des directives anticipées selon le sexe</i>	35
<i>Tableau 10 : Analyse du recueil des directives anticipées selon le milieu d'exercice</i>	36
<i>Tableau 11 : Analyse du recueil des directives anticipées selon l'intérêt que portent les médecins à la fin de vie</i>	36
<i>Tableau 12 : Analyse du mode de rédaction des directives anticipées selon l'intérêt que portent les médecins à la fin de vie</i>	37
<i>Tableau 13 : Analyse de la conservation des directives anticipées selon l'intérêt que portent les médecins à la fin de vie</i>	37
<i>Tableau 14 : Analyse du recueil des directives anticipées selon la structure d'exercice</i>	38
<i>Tableau 15 : Analyse de la conservation des directives anticipées selon la structure d'exercice</i>	38
<i>Tableau 16 : Analyse du recueil des directives anticipées selon les DU ou capacités</i>	39
<i>Tableau 17 : Analyse du recueil des directives anticipées selon le frein "Caractère chronophage des consultations"</i>	39
<i>Tableau 18 : Analyse du recueil des directives anticipées selon le frein "Manque de formation des professionnels de santé"</i>	40
<i>Tableau 19 : Analyse du recueil des directives anticipées selon le frein "Caractère sensible du sujet des directives anticipées"</i>	40
<i>Tableau 20 : Analyse du recueil des directives anticipées selon le frein "Manque de coordination entre les professionnels de santé"</i>	41
<i>Tableau 21 : Analyse du recueil des directives anticipées selon le frein "Absence de rémunération spécifique"</i>	42
<i>Tableau 22 : Analyse du recueil des directives anticipées selon le frein "Accès au support de rédaction des directives anticipées"</i>	43
<i>Tableau 23 : Analyse univariée selon l'impact de la COVID-19 sur le recueil des directives anticipées</i>	44
<i>Tableau 24 : Analyse de l'impact de la COVID-19 sur les médecins</i>	44

<i>Figure 1 : Diagramme de flux</i>	24
<i>Figure 2 : Discussion à propos des directives anticipées des médecins avec leurs patients (question 16)</i>	26
<i>Figure 3 : Initiative de la discussion à propos des directives anticipées (question 17)</i>	26
<i>Figure 4 : Moment où les directives anticipées sont abordées par le médecin (question 18)</i>	27
<i>Figure 5 : Moment où les directives anticipées sont abordées par le patient (question 19)</i>	27
<i>Figure 6 : Moment où les directives anticipées sont abordées par l'entourage du patient (question 20)</i>	27
<i>Figure 7 : Nombre de directives anticipées recueillies sur l'année 2020 (question 29)</i>	28
<i>Figure 8 : Outils d'aide à la rédaction des directives anticipées (question 22 et 23)</i>	28
<i>Figure 9 : Support privilégié par les médecins pour la rédaction des directives anticipées (question 24)</i>	29
<i>Figure 10 : Type de documents pré-remplis utilisés (question 25)</i>	29
<i>Figure 11 : Autres supports utilisés pour la rédaction des directives anticipées (question 26)</i>	29
<i>Figure 12 : Moment privilégié par les médecins pour la rédaction des directives anticipées (question 27)</i>	30
<i>Figure 13 : Lieu de conservation des directives anticipées (question 28)</i>	30
<i>Figure 14 : Freins au recueil des directives anticipées (questions 30, 31,32,34,35,36,37)</i>	31
<i>Figure 15 : Mention des directives anticipées dans les comptes rendus d'hospitalisation (question 33)</i>	31
<i>Figure 16 : Amélioration du recueil des directives anticipées depuis la loi Claeys-Léonetti (question 38)</i>	32
<i>Figure 17 : Impact de la COVID-19 sur les directives anticipées (Question 39)</i>	32

# LISTE DES ABRÉVIATIONS

ADMD	Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité
ANCT	Agence Nationale de la Cohésion des Territoires
ARS	Agence Régionale de Santé
ASALEE	Actions de SANTé Libérale En Équipe
CNSPFV	Centre National des Soins Palliatifs et de la Fin de Vie
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriales de Santé
DA	Directives Anticipées
DMP	Dossier Médical Partagé
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DU	Diplôme Universitaire
HAS	Haute Autorité de Santé
IFOP	Institut Français d'Opinion Publique
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
LATA	Limitation et Arrêt des Thérapeutiques Actives
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
MOOC	Massive Open Online Course
SP	Soins Palliatifs

# INTRODUCTION

L'idée de « fin de vie » est connue de tous. Le respect dû à chaque être humain jusqu'à son décès est devenu un sujet fréquent dans le débat public. La corrélation des nombreuses avancées de la médecine, de l'allongement de l'espérance de vie et de l'évolution de la société au XX<sup>e</sup> siècle, rend cette période de plus en plus institutionnalisée et médicalisée. En 2016, une étude de l'INSEE révélait que seul un quart des décès avait lieu à domicile (1) alors que plusieurs études montraient qu'une grande majorité des français émettait le souhait d'un décès à domicile (85% IFOP de 2016) (2).

Dans ce contexte est apparue progressivement en France une législation spécifique aux patients en fin de vie. En 2005, la loi Léonetti mentionne et décrit pour la première fois le concept de « directives anticipées » (DA). Cette nouveauté permet à toute personne majeure de rédiger ses souhaits relatifs à sa fin de vie, en ce qui concerne les conditions de limitation ou d'arrêt des traitements dans le cas hypothétique d'une inaptitude à exprimer sa volonté (3). Le décret d'application de février 2006 définit précisément les conditions de rédaction, leur conservation et la durée de validité - 3 ans à l'époque (4). En décembre 2012, l'étude menée par le Pr. Sicard, fait un état des lieux des conditions de mourir et de l'accompagnement des personnes malades en fin de vie (5). Au sujet des DA, elle révèle un manque criant de connaissance des citoyens à propos des droits offerts par la loi Léonetti et sa mauvaise application par les médecins (6). Suite à ce rapport, une nouvelle loi – communément appelée « loi Claeys-Léonetti » (7) – est promulguée le 2 février 2016. Le décret d'application qui lui fait suite, précise six nouveaux points sur les DA (8). Elle introduit leur opposabilité aux médecins (hors contexte d'urgence ou après une procédure collégiale si elles paraissent inadaptées), notifie l'obligation d'information de la personne de confiance en cas de refus de leur application, supprime la notion de durée de validité, place le médecin traitant en première ligne dans l'information à leur propos et leur rédaction, officialise un modèle de rédaction suivant l'avis de l'HAS et, enfin, précise leur mode de conservation. La conséquence majeure de cette loi est le caractère contraignant des DA.

Au niveau européen, dès 1997, la Convention sur les droits de l'homme et de la biomédecine établit la nécessité de respecter les souhaits précédemment exprimés par les patients (9). Le principe propre des DA a été formalisé par le Conseil européen en 2009 (10).

Chaque pays de l'Union garde cependant une législation qui lui est propre avec des dispositions sur les DA spécifiques à chacun (caractéristique contraignante ou non, conditions de rédaction, forme et contenu etc.). Bien que le taux de rédaction soit variable d'un pays à un autre (Allemagne 10%, Pays-Bas 5%, Espagne 0,2%) celui-ci est considéré comme faible comparativement à celui des pays d'Amérique du Nord. (11). Les États-Unis, considérés comme les pionniers dans l'histoire des DA avec les « Living Will » (testament de vie) créés en 1967, auraient un taux actuel de rédaction autour de 30%. C'est cependant au Canada, que le taux de rédaction est considéré comme le plus élevé : 47 % dans la population générale en 2010. (12).

En France, seules 2,5% des personnes malades avaient rédigé leurs DA dans l'étude menée par le Pr. Sicard en décembre 2012. L'étude de l'IFOP de 2016 (2) révèle que seuls 38% des interrogés ont connaissance de la simple existence de la loi Claeys-Léonetti. Parmi eux, 44% connaissent le concept de DA (21% précisément et 23% de manière partielle), 12% seulement les ont déjà rédigées et 32% pensent le faire prochainement. Pourtant, 92% des Français interrogés estiment que porter à la connaissance de ses proches ses volontés de fin de vie est important. À ce constat se superposent les résultats d'une deuxième étude réalisée en 2018 par BVA sur demande du CNSPFV (13). 62% des Français interrogés affirment connaître la loi, bien que seuls 42% savent qu'elle permet à chacun la rédaction de ses DA. 77% estiment qu'elles sont un dispositif intéressant et utile mais ils ne sont que 11% à les avoir déjà rédigées. Si l'on se penche sur les médecins généralistes, ce sondage montre que 85% des répondants connaissent l'existence de la loi, mais que seuls 37 % en connaissent précisément le contenu. 85% connaissent également la notion de DA, mais 64% en ignorent précisément les modalités. Les résultats de l'étude de l'IGAS d'avril 2018, portant sur « l'évaluation de l'application de la loi du 2 février 2016 sur la fin de vie » (14) ainsi que des thèses antérieures (15) (16) (17) (18) révèlent un certain nombre de limites et de freins qui peuvent expliquer les difficultés de recueil des DA par le médecin traitant.

Cinq ans après la loi de 2016, et dans le contexte de pandémie mondiale de la COVID-19 depuis 2020 (où la mort est devenue omniprésente avec le décompte journalier du nombre de décès par les médias) des questions se posent : celle de la persistance ou non dans le temps des **freins au recueil des DA par les médecins généralistes**, ainsi que celle de **l'impact de la pandémie sur ce recueil**. L'étude effectuée sur le territoire du Loiret auprès de médecins

généralistes installés tend à vouloir répondre à cette question, tout **en précisant les modalités actuelles de leur recueil en zone médicale sous-dotée.**

# MATERIEL ET MÉTHODE

## I. TYPE D'ÉTUDE

Étude quantitative observationnelle descriptive transversale par questionnaire diffusé auprès des médecins généralistes du Loiret.

## II. SÉLECTION DE L'ÉCHANTILLON

Population cible : médecins généralistes installés et exerçant en ambulatoire dans le département du Loiret.

- Les critères d'inclusion étaient : être médecin généraliste installé (libéral ou salarié), exercer dans le département du Loiret, avoir un exercice ambulatoire de la médecine générale exclusif ou mixte et être en activité au moment du recueil des données.
- Les critères d'exclusion étaient : les médecins retraités ou remplaçants.

## III. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

La recherche bibliographique a été réalisée à partir du catalogue SUDOC, des bases de données CISMEF et Pub Med®, des moteurs de recherche Google® et Google Scholar® avec les mots clés : « médecine générale », « directives anticipées », « fin de vie », « soins palliatifs », des sites de la HAS, du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, de Légifrance. Le logiciel Zotero® a servi à la compilation des références. Les données épidémiologiques (âge, sexe, répartition géographique) de la population médicale cible du Loiret ont été transmises par l'ARS Centre Val de Loire. Les zones géographiques ont été classées en 3 catégories selon les villes d'exercice à partir des « catégories du rural et de l'urbain » réalisée par ANCT en 2021.(19)

## IV. CRÉATION DU QUESTIONNAIRE

Le questionnaire a été bâti à partir de données bibliographiques provenant de travaux de thèses qualitatives (16)(15)(17) et quantitatives (18)(20) ainsi que de l'étude de l'IGAS (14). Le questionnaire a été rédigé à l'aide de questions fermées binaires ou catégorielles (Échelle de Likert), et divisé en 4 grandes parties regroupant 39 questions et abordant 5 points : les caractéristiques sociodémographiques des médecins interrogées, le mode de recueil des DA, les freins aux recueils des DA, l'évolution depuis la loi Claeys-Léonetti et l'impact de la pandémie de la COVID-19. (Annexe 1).

La validation du questionnaire a été obtenue auprès de 7 médecins généralistes successifs. Le questionnaire a été modifié jusqu'à épuisement des remarques (reformulation de questions, ajout d'items, modification de mise en page, acceptabilité du temps de réponse). La saturation était atteinte au cinquième médecin.

Le questionnaire validé a ensuite été créé en version informatique via le logiciel Dragnsurvey®. Celui-ci a été paramétré pour éviter les doublons, anonymiser automatiquement les réponses et stocker les réponses en mode sécurisé.

## **V. ASPECT ÉTHIQUE ET JURIDIQUE**

Le questionnaire a été envoyé, en mai 2021, au délégué à la protection des données de la Commission Locale de l'Informatique et des Libertés de l'université de Tours qui a validé l'anonymat du questionnaire. Il n'a pas été nécessaire de faire une demande à la commission d'éthique.

## **VI. DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE**

Le questionnaire a été diffusé du 26 mai au 13 décembre 2021, en version informatique par mail. Le lien du questionnaire a été envoyé par l'intermédiaire des coordinatrices des différentes CPTS à 397 médecins. Les CPTS Ouest-Loiret et de Sologne ont effectué cinq relances, la CPTS'O quatre, la CPTS Gien-Berry deux. Aucune relance a été faite pour les CPTS Gâtinais-Montargois et Beauce-Gâtinais. Un lien du questionnaire a été créé sur le site du conseil départemental de l'Ordre des médecins du Loiret. Le lien a été diffusé par le biais des réseaux sociaux (Facebook®) sur des groupes médicaux dédiés du Loiret (Remplacements Orléans – médecine générale et toutes spécialités, remplacement et installation en région Centre Val de Loire, Internes médecine générale Tours)

## **VII. ANALYSE STATISTIQUE**

L'analyse statistique a été effectuée en utilisant le logiciel Microsoft Excel® version 16.57 et à l'aide du logiciel de statistique R® version 3.6.2. Les caractéristiques des médecins ont été décrites selon leur nature par moyenne et écart-type ou effectifs et pourcentages, et ont été comparées selon les variables d'intérêt, à l'aide de tests paramétriques et non-paramétriques. Pour les variables catégoriques, le test paramétrique du chi2 et, à défaut le test non-paramétrique de Fisher ont été utilisés. Pour les variables continues, le test paramétrique

de Student ou ANOVA et, à défaut, les tests non-paramétriques de Wilcoxon ou de Kruskal-Wallis ont été utilisés. Le seuil de significativité retenu est  $p < 0.05$ .

Au vu du nombre de réponses, les variables des échelles de Likert ont été regroupées en 3 catégories. Ainsi les variables « Jamais / Parfois / Souvent / Toujours / Très rarement » ont été regroupées en « Jamais / Parfois - très rarement / Souvent - toujours » ; les variables « Pas important / Peu important / Relativement important / Important / Très important » en « Pas important / Peu important - relativement important / Important - très important » ; et enfin les variables « Tout à fait d'accord / D'accord / Ne sait pas / Pas d'accord / Pas du tout d'accord » en « D'accord - tout à fait d'accord / Pas d'accord - pas du tout d'accord / Ne sait pas ».

# RÉSULTATS

## I. CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION

### 1. Taille de l'échantillon

Le nombre de réponses analysables s'élève à 65, soit un taux de réponse de 15,05%.

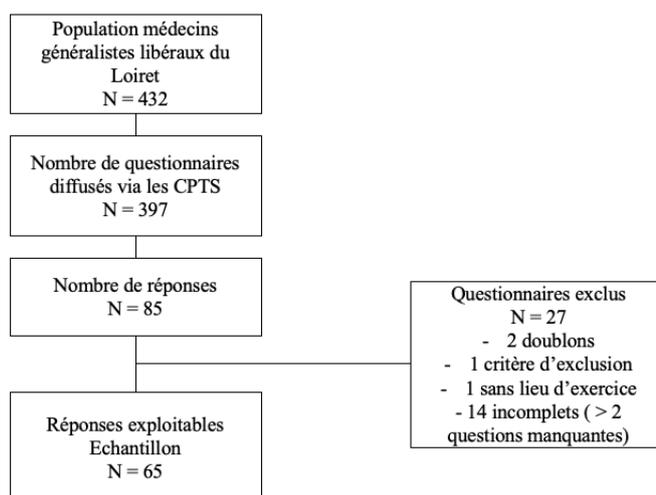


Figure 1 : Diagramme de flux

### 2. Comparaison de l'échantillon à la population cible

	Population cible n = 432	Échantillon n = 65	p-value
<b>Sexe</b>	<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	
Homme	59,3% (256)	36,9% (24)	0,0011
Femme	40,7% (176)	63,1% (41)	
<b>Âge moyen</b>	<b>Moyenne (Écart-type)</b>	<b>Moyenne (Écart-type)</b>	0,00084
	55 ans (sd=11,7)	48,9 ans (sd=12,4)	
<b>Milieu d'exercice</b>	<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	
Urbain dense	42,6% (184)	27,7% (18)	0,0432
Urbain densité intermédiaire	33,6% (145)	47,7% (31)	
Rural	23,8% (103)	24,6% (16)	

Tableau 1 : Comparaison population cible – population étudiée

L'âge moyen des répondants est de 48,9 ans (écart-type : 12,4), avec des âges extrêmes de 28 et 72 ans, la majorité des participants sont des femmes (63,1%) et exercent en zone urbaine de

densité intermédiaire (47,7%) avec une différence significative de répartition par rapport à la population cible ( $p < 0.05$ ). Cependant, les deux populations tendent à se comparer sur le critère géographique ( $p = 0,0432$ ).

### 3. Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

Ancienneté	Moyenne (Écart-type) 19,4 ans (Sd = 12,2)
<b>Structure d'exercice</b>	<b>% (n)</b>
MSP	36,9% (24)
Cabinet de groupe	46,2% (30)
Seul	16,9% (11)
<b>Soin Mixte</b>	<b>% (n)</b>
Non	70,8% (46)
Oui	29,2% (19)
Gériatrie/handicap	15,4% (10)
Médecine d'Urgence	4,6% (3)
Gynécologie/Pédiatrie	9,2% (6)
<b>Type de patientèle</b>	<b>% (n)</b>
Gériatrique	4,6% (3)
Gynécologique / Pédiatrique	9,2% (6)
Autre	10,8% (7)
Sans orientation spécifique	75,4% (49)
<b>DU et/ou capacité</b>	<b>% (n)</b>
Aucun	69,2% (45)
Urgences – SP – Gériatrie – Douleur	7,7% (5)
Médecine du sport	9,2% (6)
Autres	13,8% (9)
<b>Intérêt pour la fin de vie</b>	<b>% (n)</b>
Oui	86,2% (56)
Non	13,8% (9)
<b>Formation sur les DA depuis 2016</b>	<b>% (n)</b>
Non	86,2% (56)
Oui	13,8% (9)
FMC	33,3% (3)
Internat	33,3% (3)
Intra-hospitalière	33,3% (3)

Tableau 2 : Caractéristiques de la population étudiée

Ils exercent principalement en MSP ou cabinet de groupe (83.2%) et exclusivement la médecine libérale en cabinet (70.8%) sans orientation spécifique (75.4%). La grande majorité (86,2%) s'intéresse aux questions de fin de vie, mais seulement 13,8% ont bénéficié d'une formation sur les DA.

	Moyenne d'âge (années)
<b>Sexe</b>	
Homme	56,7
Femme	44,4
<b>Structure d'exercice</b>	
MSP	45,7
Cabinet de groupe	47,2
Seul	60,7

Tableau 3 : Âge moyen des médecins selon leur genre et leur structure d'exercice

Les hommes et les médecins exerçant seuls sont plus âgés.

## II. PREMIERS RÉSULTATS

### 1. Modalités de recueil des directives anticipées

#### a. Discussion à propos des directives anticipées

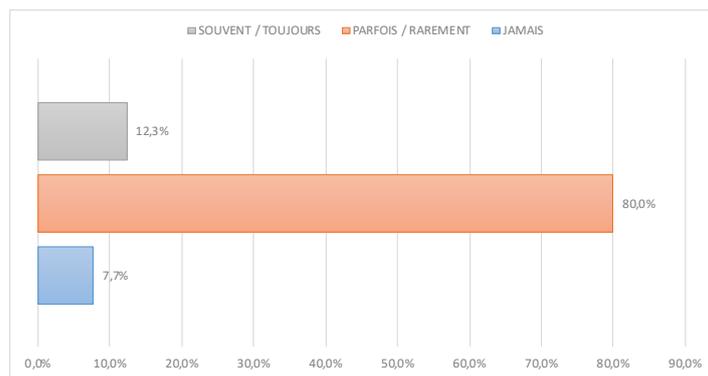


Figure 2 : Discussion à propos des directives anticipées des médecins avec leurs patients (question 16)

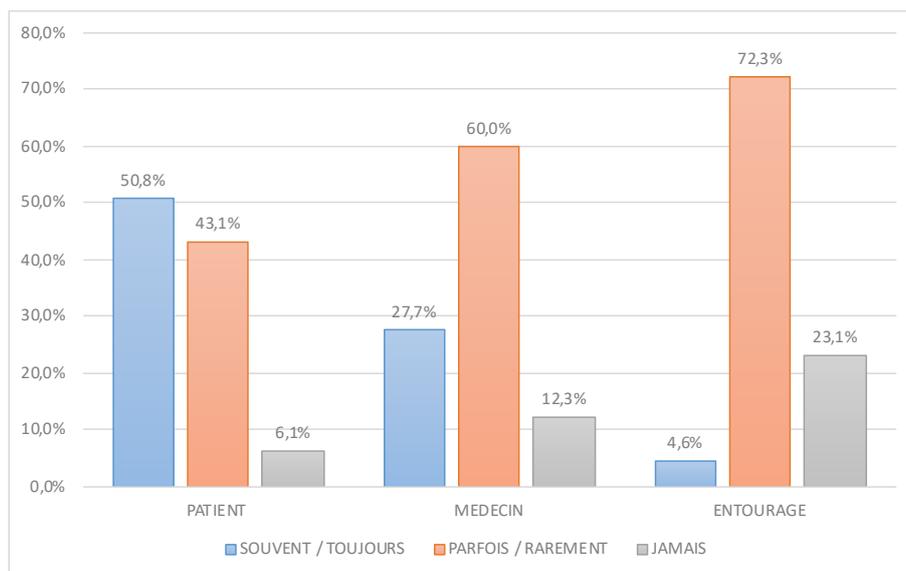


Figure 3 : Initiative de la discussion à propos des directives anticipées (question 17)

92,3% des médecins évoquent les DA avec leurs patients, mais seulement 12.3% les abordent « souvent - toujours ». Le patient est souvent à l'initiative de la discussion (50,8%) contrairement à l'entourage qui ne l'est que rarement ou parfois (72,3%). 12,3% des médecins n'initient jamais le sujet et 60% ne l'initient que rarement à parfois.

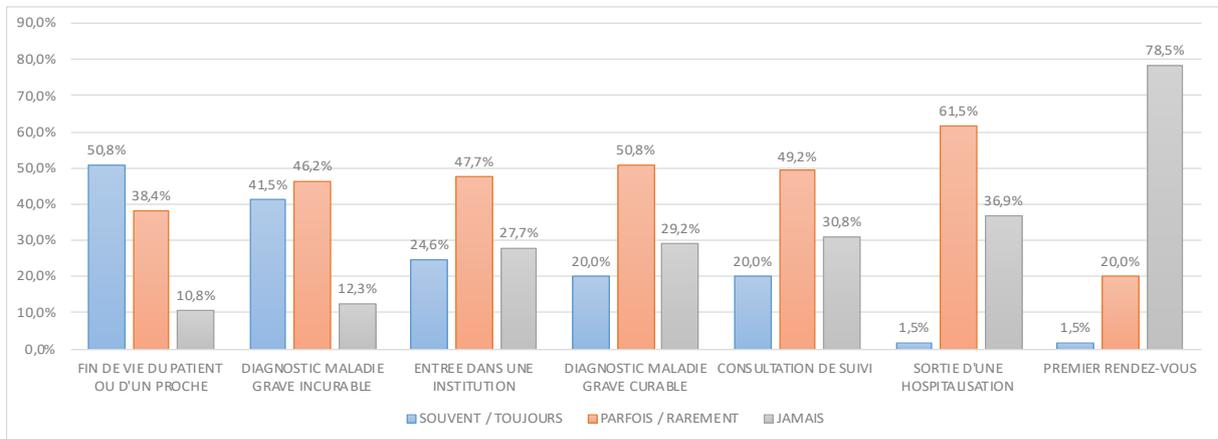


Figure 4 : Moment où les directives anticipées sont abordées par le médecin (question 18)

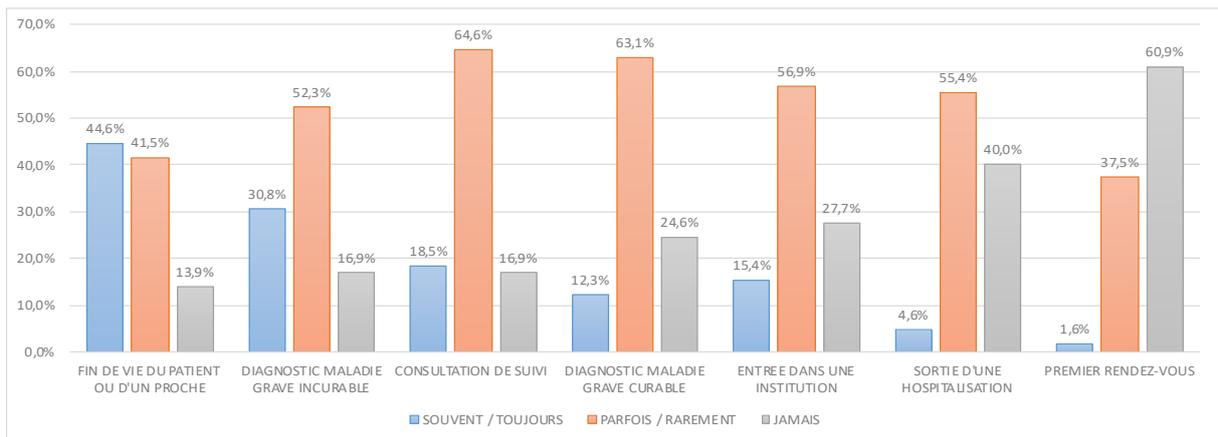


Figure 5 : Moment où les directives anticipées sont abordées par le patient (question 19)

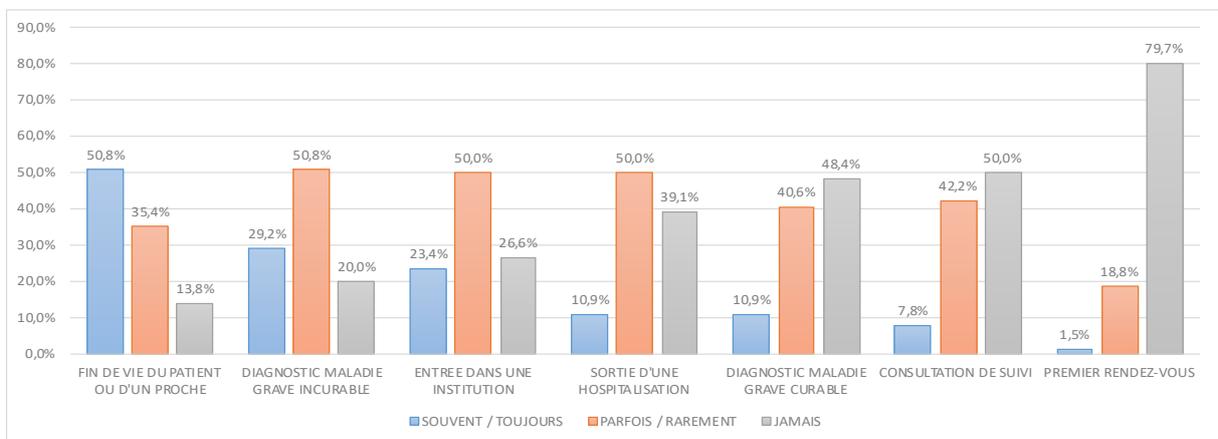


Figure 6 : Moment où les directives anticipées sont abordées par l'entourage du patient (question 20)

La fin de vie (du patient ou d'un proche) et le diagnostic d'une maladie grave et incurable sont les moments les plus propices pour la discussion des DA que ce soit pour le médecin, le patient ou son entourage.

b. Recueil des directives anticipées

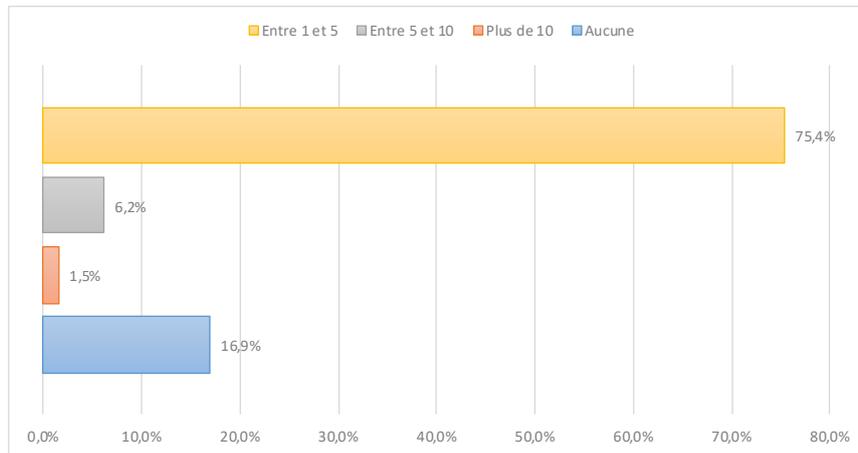


Figure 7 : Nombre de directives anticipées recueillies sur l'année 2020 (question 29)

La grande majorité des médecins (86,2%) interrogés ont déjà recueilli des DA. Parmi eux, 75,4% en ont recueilli entre 1 et 5 durant l'année 2020.

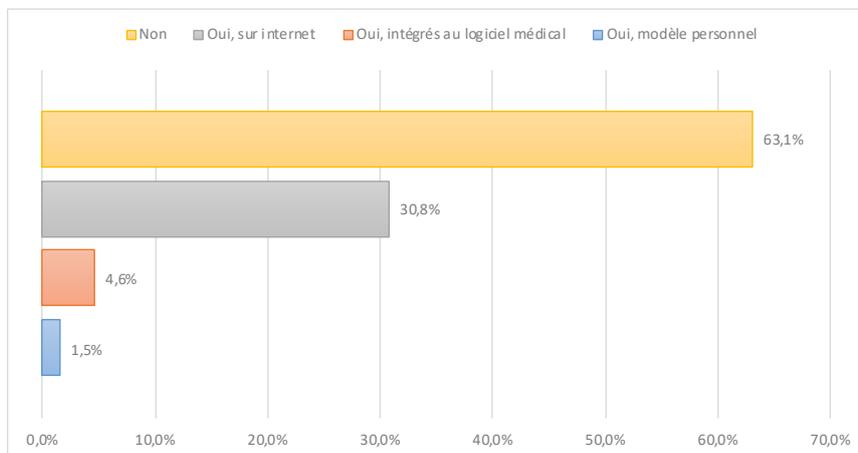


Figure 8 : Outils d'aide à la rédaction des directives anticipées (question 22 et 23)

36,9% des médecins disposent d'outils d'aide à la rédaction des DA, parmi eux 83,3% les retrouvent sur internet, 12,5% sur leur logiciel médical et 4,2% ont un modèle personnel.

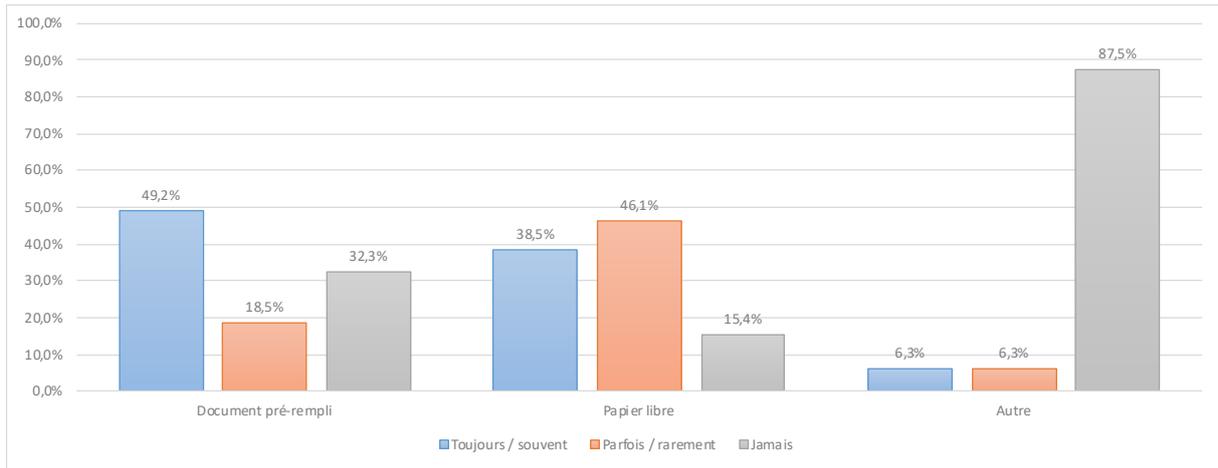


Figure 9 : Support privilégié par les médecins pour la rédaction des directives anticipées (question 24)

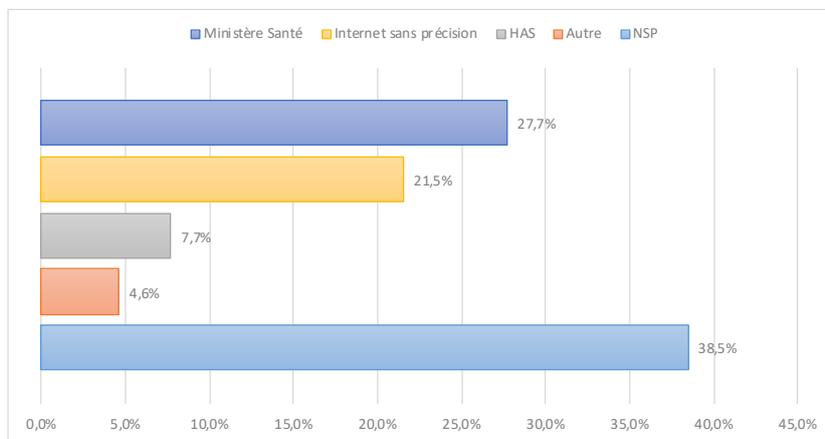


Figure 10 : Type de documents pré-remplis utilisés (question 25)

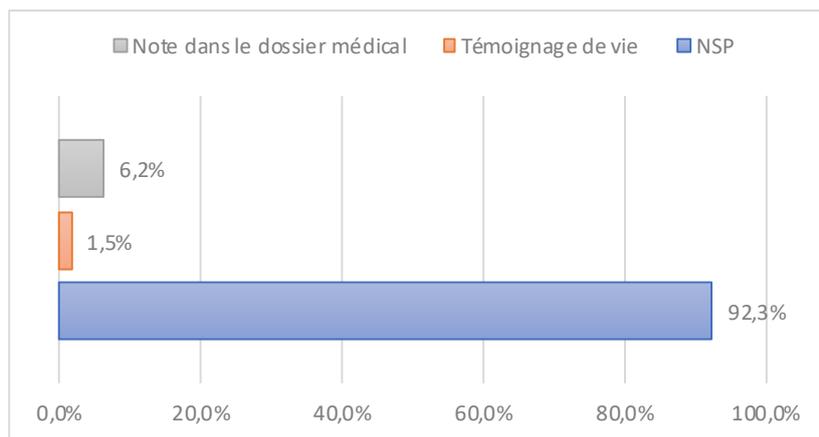


Figure 11 : Autres supports utilisés pour la rédaction des directives anticipées (question 26)

Les documents pré-remplis (« souvent - toujours » pour 49,2%) et la rédaction sur papier libre (« souvent - toujours » pour 38,5%) sont les supports recommandés en majorité par les médecins. Les documents pré-remplis proviennent majoritairement de sites institutionnels

(ministère de la Santé (27,7%), HAS (7,7%)) ou de recherches internet dont les sites n'ont pas été précisés (21,5%). Les autres documents pré-remplis utilisés (4,6%) proviennent du logiciel médical (1 répondant) et d'associations, notamment l'ADMD (2 répondants). 12,6% des médecins utilisent un autre support de rédaction, mais la majorité n'a pas précisé de quoi il s'agissait (simple note dans le dossier médical pour 6,2%, témoignage de vie pour 1,5%).

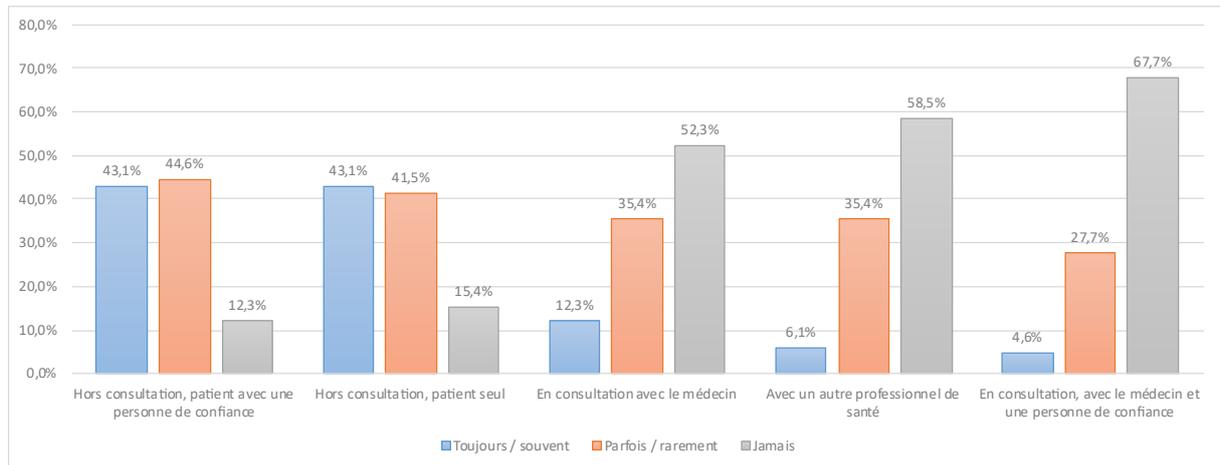


Figure 12 : Moment privilégié par les médecins pour la rédaction des directives anticipées (question 27)

La rédaction par le patient en dehors d'une consultation est privilégiée par les médecins. Peu le font durant une consultation avec le patient seul (« jamais » pour 58,5%), et encore moins en présence d'un proche ou de la personne de confiance (« jamais » pour 67,7%).

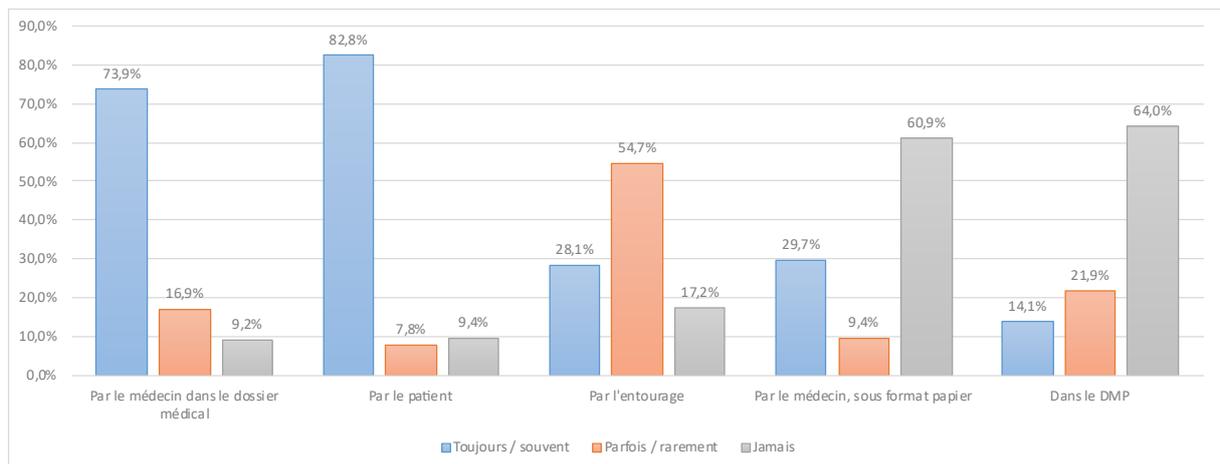


Figure 13 : Lieu de conservation des directives anticipées (question 28)

Les lieux de conservation privilégiés sont le plus souvent le dossier médical informatisé du médecin (73,8%) et le patient (82,3%). Le DMP est très peu utilisé puisque les DA n'y sont jamais conservées pour 64%.

## 2. Freins au recueil des directives anticipées

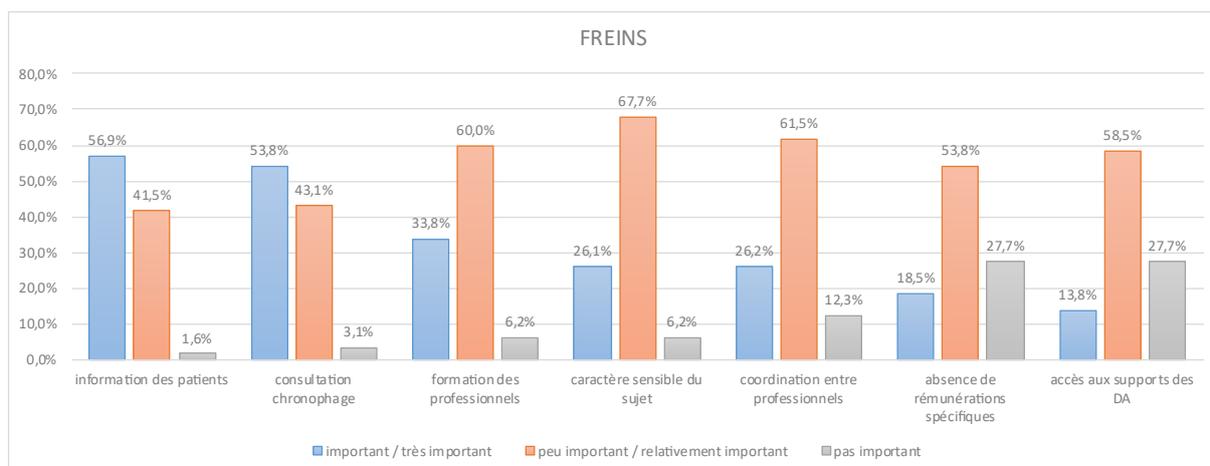


Figure 14 : Freins au recueil des directives anticipées (questions 30, 31,32,34,35,36,37)

Le manque d'information des patients et l'aspect chronophage de ces consultations sont les freins les plus importants pour les répondants. L'absence de rémunération et l'accès aux supports de DA (« pas important » pour 27,7%) sont eux plus secondaires.

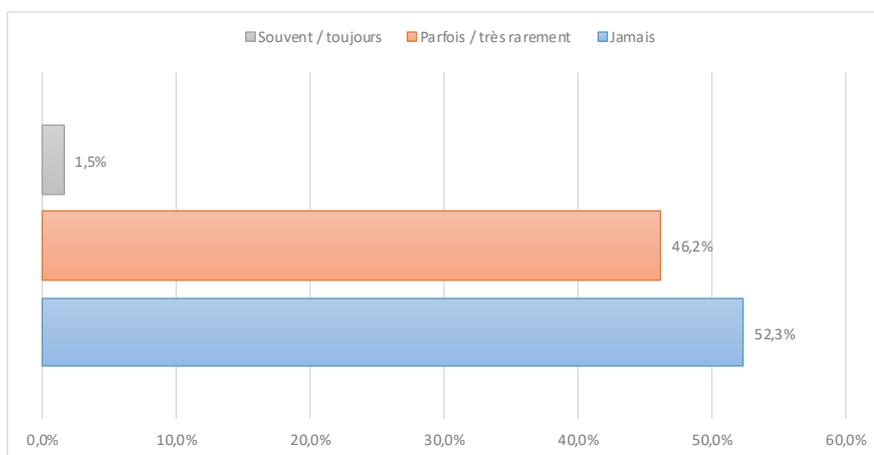


Figure 15 : Mention des directives anticipées dans les comptes rendus d'hospitalisation (question 33)

La mention des DA dans les comptes rendus d'hospitalisation est absente pour 52,3% des médecins répondants.

### 3. Évolution depuis 2016

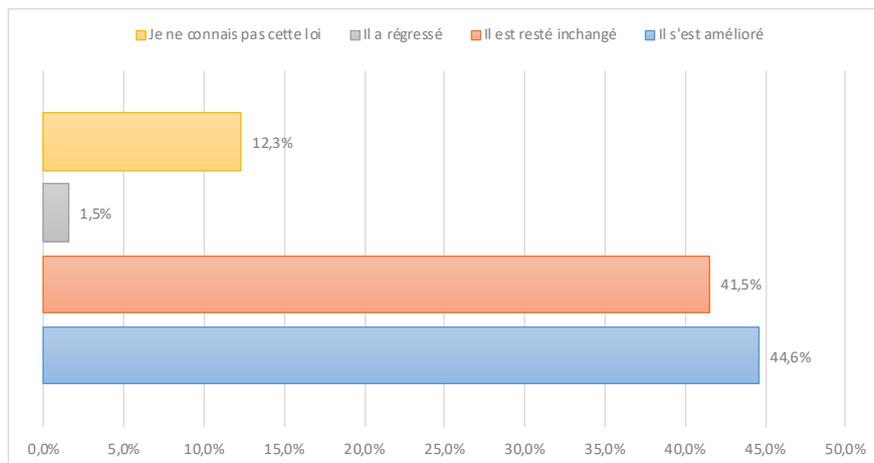


Figure 16 : Amélioration du recueil des directives anticipées depuis la loi Claeys-Léonetti (question 38)

12,3% des médecins ne connaissent pas la loi Claeys-Léonetti. 44,6% estiment que le recueil des DA s'est amélioré depuis 2016.

### 4. Impact de la pandémie de la COVID-19

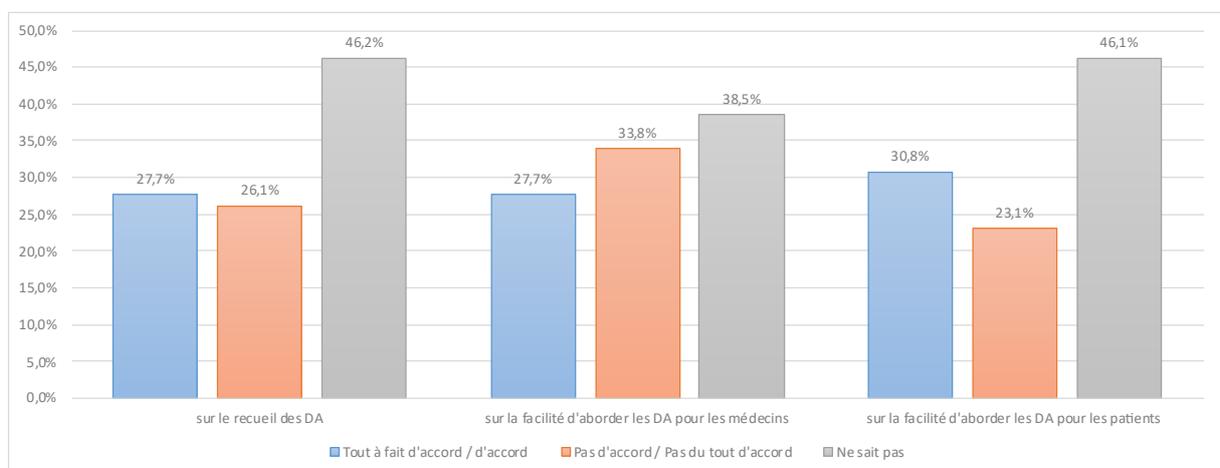


Figure 17 : Impact de la COVID-19 sur les directives anticipées (Question 39)

Seulement 27,7% des médecins estiment que la pandémie de la COVID-19 aura un impact sur le recueil des DA, la plupart ne sachant pas se prononcer sur le sujet (46,2%). 30,8% estiment quand même que cela aidera le patient à aborder le sujet mais 33,8% que cela n'aidera pas le médecin.

### III. ANALYSE CROISÉE

Seuls les résultats pertinents, significatifs ( $p < 0,05$ ) ou proches ( $p$  entre 0,05 et 0,2) sont présentés ci-dessous.

#### 1. Analyse des freins selon les caractéristiques de la population étudiée

	Sexe		p-value
	Homme n = 24	Femme n = 41	
<b>Absence de rémunération spécifique</b>	<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	0.0301
Très important - important	8.3% (2)	24.4% (10)	
Peu important – relativement important	45.8% (11)	58.5% (24)	
Pas important	45.8% (11)	17.1% (7)	

Tableau 4 : Analyse des freins selon le sexe

L'absence de rémunération spécifique est un frein plus important pour les femmes.

	Milieu d'exercice			p-value
	Rural n = 16	Urbain dense n = 18	Urbain de densité intermédiaire n = 31	
<b>Manque de formation des professionnels de santé</b>	<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	0.0133
Très important - important	37.5% (6)	5.6% (1)	48.4% (15)	
Peu - relativement important	56.3% (9)	88.9% (16)	45.2% (14)	
Pas important	6.2% (1)	5.6% (1)	6.4% (2)	
<b>Absence de rémunération spécifique</b>				0.0065
Très important - important	25% (4)	0% (0)	25.8% (8)	
Peu - relativement important	25% (4)	72.2% (13)	58.1% (18)	
Pas important	50% (8)	27.8% (5)	16.1% (5)	

Tableau 5 : Analyse des freins selon le milieu d'exercice

Le manque de formation est particulièrement important en zone urbaine de densité intermédiaire (48,4%) et en zone rurale (37,5%). Les médecins des zones urbaines de densité intermédiaire sont également ceux qui estiment le plus l'absence de valorisation financière comme un frein (83,9% dont 25,8% comme important à très important).

		Intérêt pour la fin de vie		p-value
		Non n = 9	Oui n = 56	
<b>Manque de coordination entre les professionnels de santé</b>		<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	0.0052
Très important - important		0% (0)	30.4% (17)	
Peu important – relativement important		55.6% (5)	62.5% (35)	
Pas important		44.4% (4)	7.1% (4)	
<b>Aspect chronophage</b>				0.0738
Très important - important		88.9% (8)	48.2% (27)	
Peu important – relativement important		11.1% (1)	48.2% (27)	
Pas important		0% (0)	3.6% (2)	
<b>Absence de rémunération spécifique</b>				0.0072
Très important - important		44.4% (4)	14.3% (8)	
Peu important – relativement important		11.1% (1)	60.7% (34)	
Pas important		44.4% (4)	25% (14)	

Tableau 6 : Analyse des freins selon l'intérêt que les médecins portent à la fin de vie

Pour les médecins s'intéressant à la fin de vie, le manque de coordination entre les professionnels de santé est un frein important. Pour ceux qui ne s'y intéressent pas, c'est surtout l'aspect chronophage des consultations qui a tendance à être plus limitant ( $p > 0,05$ ). L'absence de rémunération spécifique reste un frein commun à l'ensemble des médecins.

		Structure d'exercice			p-value
		Cabinet de groupe n = 30	MSP n = 24	Seul n = 11	
<b>Manque de coordination entre les professionnels de santé</b>		<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	0.0978
Très important - important		30% (9)	25% (6)	18.2% (2)	
Peu - relativement important		53.3% (16)	75% (18)	54.5% (6)	
Pas important		16.7% (5)	0% (0)	27.3% (3)	
<b>Absence de rémunération spécifique</b>					0.0959
Très important - important		16.7% (5)	12.5% (3)	36.4% (4)	
Peu - relativement important		56.7% (17)	66.7% (16)	18.2% (2)	
Pas important		26.7% (8)	20.8% (5)	45.4% (5)	

Tableau 7 : Analyse des freins selon la structure d'exercice

Ce sont surtout les médecins ayant une activité de groupe (MSP et cabinet de groupe) qui estiment le manque de coordination comme un frein ( $p > 0,05$ ). La question d'une rémunération spécifique reste à débattre parmi les médecins pratiquant seuls (« très important – important » pour 36,4% et « pas important » pour 45,4%) et semble être peu importante pour les médecins exerçant en groupe (66,7% de « peu - relativement important » en MSP et 56,7% en cabinet de groupe) ( $p > 0,05$ ).

	DU ou capacité			p-value
	Aucun n = 45	Autres (Médecine du sport + Autres) n = 15	« Douleurs - Soins palliatifs - Urgences - Gériatrie » n = 5	
<b>Accès au support des DA</b>	<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	0.0127
Très important - important	6.7% (3)	40% (6)	0% (0)	
Peu -relativement important	57.8% (26)	53.3% (8)	80% (4)	
Pas important	35.5% (16)	6.7% (1)	20% (1)	

Tableau 8 : Analyse des freins selon la possession d'un DU ou d'une capacité

Ce sont les médecins ayant un autre DU ou capacité que « Douleurs – SP – Urgences – Gériatrie » qui estiment surtout la difficulté d'accès à un support de DA comme un frein (« important - très important » pour 40% d'entre eux)

## 2. Les caractéristiques de la population étudiée

	Sexe		p-value
	Homme n = 24	Femme n = 41	
<b>Discussion à l'initiative du patient</b>	<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	0.0453
Jamais	4.2% (1)	7.3% (3)	
Parfois - très rarement	25% (6)	53.7% (22)	
Souvent - toujours	70.8% (17)	39% (16)	
<b>Discussion à l'initiative de l'entourage</b>	<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	0.0548
Jamais	16.7% (4)	26.8% (11)	
Parfois - très rarement	70.8% (17)	73.2% (30)	
Souvent - toujours	12.5% (3)	0% (0)	
<b>Discussion à l'initiative du médecin</b>	<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	0.2808
Jamais	16.7% (4)	9.8% (4)	
Parfois - très rarement	66.7% (16)	56.1% (23)	
Souvent - toujours	16.7% (4)	34.1% (14)	
<b>Type de document pré-rempli utilisé</b>	<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	0.0029
Internet	80% (8)	20% (6)	
Autres	10% (1)	6.7% (2)	
Service – public / Ministère	10% (1)	56.7% (17)	
HAS	0% (0)	16.7% (5)	
<b>Conservation des DA</b>	<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	0.0176
Par le patient			
Jamais	20.8% (5)	2.5% (1)	
Parfois - très rarement	12.5% (3)	5% (2)	
Souvent - toujours	66.7% (16)	92.5% (37)	
Par l'entourage			
Jamais	16.7% (4)	17.5% (7)	0.0658
Parfois - très rarement	70.8% (17)	45% (18)	
Souvent - toujours	12.5% (3)	37.5% (13)	

Tableau 9 : Analyse du recueil des directives anticipées selon le sexe

Les femmes initient plus souvent la discussion ( $p > 0,05$ ) que les hommes, qui attendent que le patient ou l'entourage en soient à l'initiative. Elles citent plus facilement la provenance de leurs documents pré-remplis (73,4% utilisant des documents provenant de sites institutionnels alors que 80% des hommes ne précisent pas leur source internet). Elles auraient aussi tendance à préconiser plus souvent à leurs patients de conserver leur DA ( $p > 0,05$ )

	Milieu d'exercice			p-value
	Rural n = 16	Urbain dense n = 18	Urbain densité intermédiaire n = 31	
<b>Support utilisé pour la rédaction des DA</b>	<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	
Document pré-rempli				0.0024
Jamais	56.2% (9)	11.1% (2)	32.3% (10)	
Parfois - très rarement	0% (0)	11.1% (2)	32.3% (10)	
Souvent - toujours	43.8% (7)	77.8% (14)	35.5% (11)	
Papier libre				0.1125
Jamais	18.8% (3)	11.1% (2)	16.1% (5)	
Parfois - très rarement	18.8% (3)	61.1% (11)	51.6% (16)	
Souvent - toujours	62.5% (10)	27.8% (5)	32.3% (10)	
Autre support				0.0294
Jamais	68.8% (11)	94.1% (16)	93.5% (29)	
Parfois - très rarement	12.5% (2)	0% (0)	6.5% (2)	
Souvent - toujours	18.8% (3)	5.9% (1)	0% (0)	

Tableau 10 : Analyse du recueil des directives anticipées selon le milieu d'exercice

Ce sont les médecins des zones rurales qui préconisent le moins la rédaction sur document pré-rempli, favorisant la rédaction sur papier libre ( $p > 0,05$  pour la rédaction sur papier libre). Quand un autre support est utilisé, ce sont eux qui le préconisent le plus.

	Intérêt pour la fin de vie		p-value
	Non n = 9	Oui n = 56	
<b>Discussion à propos des DA</b>	<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	
Jamais	33.3% (3)	3.6% (2)	0.0311
Parfois - très rarement	55.6% (5)	83.9% (47)	
Souvent - toujours	11.1% (1)	12.5% (7)	
<b>Discussion à l'initiative du médecin</b>	<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	
Jamais	44.4% (4)	7.1% (4)	0.0123
Parfois - très rarement	44.4% (4)	62.5% (35)	
Souvent - toujours	11.1% (1)	30.4% (17)	
<b>DA déjà recueillies</b>	<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	
Non	44.4% (4)	8.9% (5)	0.0166
Oui	55.6% (5)	91.1% (51)	
<b>Nombre de DA recueilli en 2020</b>	<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	
Aucune	55.6% (5)	10.7% (6)	0.0216
Entre 1 et 5	44.4% (4)	80.4% (45)	
Entre 5 et 10	0% (0)	7.1% (4)	
Plus, de 10	0% (0)	1.8% (1)	

Tableau 11 : Analyse du recueil des directives anticipées selon l'intérêt que portent les médecins à la fin de vie

Les médecins s'intéressant à la fin de vie discutent plus souvent avec leurs patients des DA. La discussion est « souvent - toujours » à leur initiative pour 30,4% d'entre eux. 91,1% médecins s'intéressant aux problématiques palliatives ont déjà recueilli des DA (contre 55,6% pour les autres) et 89,3% en ont recueilli une ou plus en 2020.

		Intérêt pour la fin de vie		p-value
		Non n = 9	Oui n = 56	
Support utilisé pour la rédaction des DA		% (n)	% (n)	
Papier libre				0.0074
Jamais		55.6% (5)	8.9% (5)	
Parfois - très rarement		22.2% (2)	50% (28)	
Souvent - toujours		22.2% (2)	41.1% (23)	
Type de document pré rempli utilisé		% (n)	% (n)	
Internet		75% (3)	30.6% (11)	0.0695
Autres		25% (1)	5.6% (2)	
Service public / Ministère		0% (0)	50% (18)	
HAS		0% (0)	13.9% (5)	

Tableau 12 : Analyse du mode de rédaction des directives anticipées selon l'intérêt que portent les médecins à la fin de vie

La rédaction sur papier libre est privilégiée par les médecins s'intéressant à la fin de vie (« souvent - toujours » dans 41,1% des cas). Lors de l'utilisation de documents pré-remplis, l'utilisation d'internet prédomine dans les deux catégories, mais les médecins s'intéressant aux problématiques des soins palliatifs s'appuient majoritairement sur des sites institutionnels, alors que 75% des médecins de l'autre groupe n'ont pas précisé la source de leur document extrait d'internet (p>0,05).

		Intérêt pour la fin de vie		p-value
		Non n = 9	Oui n = 56	
Conservation des DA		% (n)	% (n)	
Par le médecin dans le dossier médical				0.0188
Jamais		33.3% (3)	5.4% (3)	
Parfois - très rarement		22.2% (2)	16.1% (9)	
Souvent - toujours		44.4% (4)	78.6% (44)	
Par le patient				0.0324
Jamais		33.3% (3)	5.5% (3)	
Parfois - très rarement		11.1% (1)	7.3% (4)	
Souvent - toujours		55.6% (5)	87.3% (48)	
Par l'entourage				0.0176
Jamais		44.4% (4)	12.7% (7)	
Parfois - très rarement		55.6% (5)	54.5% (30)	
Souvent - toujours		0% (0)	32.7% (18)	

Tableau 13: Analyse de la conservation des directives anticipées selon l'intérêt que portent les médecins à la fin de vie

Les médecins s'intéressant à la fin de vie ont une meilleure conservation des DA. Ils s'appuient prioritairement sur une conservation par le patient (« souvent – toujours » 87,3%) et le dossier médical (« souvent - toujours » 78,6%).

		Structure d'exercice			p-value
		Cabinet de groupe n = 30	MSP n = 24	Seul n = 11	
<b>Discussion à propos des DA</b>		<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	0.1643
	Jamais	10% (3)	0% (0)	18.2% (2)	
	Parfois - très rarement	83.3% (25)	79.2% (19)	72.7% (8)	
	Souvent - toujours	6.7% (2)	20.8% (5)	9.1% (1)	
<b>Discussion à l'initiative</b>		<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	0.0032
Du patient					
	Jamais	10% (3)	0% (0)	9.1% (1)	
	Parfois - très rarement	50% (15)	54.2% (13)	0% (0)	
	Souvent - toujours	40% (12)	45.8% (11)	90.9% (10)	
De l'entourage					
	Jamais	36.7% (11)	12.5% (3)	9.1% (1)	0.0256
	Parfois - très rarement	60% (18)	87.5% (21)	72.7% (8)	
	Souvent - toujours	3.3% (1)	0% (0)	18.2% (2)	
Du médecin					0.0355
	Jamais	13.3% (4)	0% (0)	36.4% (4)	
	Parfois - très rarement	60% (18)	62.5% (15)	54.5% (6)	
	Souvent - toujours	26.7% (8)	37.5% (9)	9.1% (1)	
<b>Outils d'aide à la rédaction</b>		<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	0.0096
	Non	60% (18)	50% (12)	100% (11)	
	Oui	40% (12)	50% (12)	0% (0)	

Tableau 14 : Analyse du recueil des directives anticipées selon la structure d'exercice

Les médecins travaillant à plusieurs, et particulièrement en MSP, sont ceux qui abordent le plus souvent le sujet des DA avec leurs patients ( $p > 0,05$ ), et notamment à leur propre initiative. À l'inverse, chez les médecins exerçant seuls, l'initiative de la discussion vient plus fréquemment du patient (« souvent - toujours » le cas pour 90,9% des médecins). L'entourage, en prend rarement l'initiative. Quand c'est le cas, c'est surtout chez les médecins à l'exercice isolé.

		Structure d'exercice			p-value
		Cabinet de groupe n = 30	MSP n = 24	Seul n = 11	
<b>Conservation des DA</b>		<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	0.0836
Dans le dossier médical informatisé					
	Jamais	13.3% (4)	0% (0)	18.2% (2)	
	Parfois - très rarement	23.3% (7)	8.3% (2)	18.2% (2)	
	Souvent - toujours	63.3% (19)	91.7% (22)	63.6% (7)	
Dossier médical papier					
	Jamais	53.3% (16)	78.3% (18)	45.5% (5)	0.1166
	Parfois - très rarement	16.7% (5)	0% (0)	9.1% (1)	
	Souvent - toujours	30% (9)	21.7% (5)	45.5% (5)	

Tableau 15 : Analyse de la conservation des directives anticipées selon la structure d'exercice

Les médecins des MSP sont ceux qui utilisent le plus le dossier médical informatisé pour conserver les DA de leurs patients. Les médecins exerçant seuls sont ceux qui les conservent le plus en format papier (45,5% les archivent « souvent – toujours » dans le dossier papier) ( $p > 0,05$ ).

	DU ou capacité			p-value
	Aucune n = 45	Autres (Médecine du sport + autres) n = 15	Douleurs – SP – Urgences – Gériatrie n = 5	
<b>Discussion à propos des DA</b>	<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	0.1447
Jamais	4.4% (2)	20% (3)	0% (0)	
Parfois - très rarement	80% (36)	80% (12)	80% (4)	
Souvent - toujours	15.6% (7)	0% (0)	20% (1)	
<b>Discussion à l'initiative</b>	<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	0.0878
<b>Du patient</b>				
Jamais	4.4% (2)	13.3% (2)	0% (0)	
Parfois - très rarement	53.3% (24)	20% (3)	20% (1)	
Souvent - toujours	42.2% (19)	66.7% (10)	80% (4)	
<b>Du médecin</b>				0.0325
Jamais	6.7% (3)	33.3% (5)	0% (0)	
Parfois - très rarement	57.8% (26)	60% (9)	80% (4)	
Souvent - toujours	35.6% (16)	6.7% (1)	20% (1)	

Tableau 16 : Analyse du recueil des directives anticipées selon les DU ou capacités

Tous les médecins ayant un diplôme ou une capacité « Douleurs – SP – Urgences – Gériatrie » et 95,6% des médecins sans DU ou capacité ont déjà discuté des DA avec leurs patients. Ils ont ainsi tendance à plus aborder le sujet que ceux ayant un autre type de DU ou capacité ( $p > 0,05$ ). Ce sont cependant les médecins sans DU ou capacité qui initient le plus souvent la conversation (35,6% le font « souvent - toujours »).

### 3. Impact des freins sur le recueil des directives anticipées

	Consultation longue			p-value
	Très important – important n = 35	Pas important n = 2	Peu – relativement important n = 28	
<b>DA déjà recueillies</b>	<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	0.0986
Jamais	14.3% (5)	0% (0)	0% (0)	
Parfois - très rarement	77.1% (27)	50% (1)	85.7% (24)	
Souvent - toujours	8.6% (3)	50% (1)	14.3% (4)	

Tableau 17 : Analyse du recueil des directives anticipées selon le frein "Caractère chronophage des consultations"

Les médecins, pour qui le caractère chronophage de ces consultations est un frein « très important – important », ont tendance à recueillir moins de DA que les autres (14,3% n'en recueillent « jamais ») ( $p > 0,05$ )

		Manque de formation des professionnels de santé			p-value
		Très important – important n = 22	Pas important n = 4	Peu – relativement important n = 39	
<b>Discussion à propos des DA</b>		<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	0.0108
Jamais		9.1% (2)	25% (1)	5.1% (2)	
Parfois – très rarement		90.9% (20)	25% (1)	79.5% (31)	
Souvent – toujours		0% (0)	50% (2)	15.4% (6)	
<b>Discussion à l'initiative du médecin</b>					0.019
Jamais		22.7% (5)	25% (1)	5.1% (2)	
Parfois – très rarement		68.2% (15)	25% (1)	59% (23)	
Souvent – toujours		9.1% (2)	50% (2)	35.9% (14)	
<b>Support utilisé pour la rédaction des DA</b>					0.0535
Document pré rempli					
Jamais		45.5% (10)	75% (3)	20.5% (8)	
Parfois - très rarement		22.7% (5)	0% (0)	17.9% (7)	
Souvent - toujours		31.8% (7)	25% (1)	61.5% (24)	
<b>DA recueillies en 2020</b>					0.006
Aucune		22.7% (5)	0% (0)	15.4% (6)	
Entre 1 et 5		77.3% (17)	25% (1)	79.5% (31)	
Entre 5 et 10		0% (0)	50% (2)	5.1% (2)	
Plus de 10		0% (0)	25% (1)	0% (0)	

Tableau 18 : Analyse du recueil des directives anticipées selon le frein "Manque de formation des professionnels de santé"

Plus les médecins considèrent le manque de formation comme un frein important, moins ils discutent avec leurs patients des DA, notamment à leur initiative, et moins ils en recueillent. Les documents pré-remplis sont le moins utilisés par les médecins l'estimant « pas important » (« jamais » pour 75% d'entre eux).

		Sensibilité du sujet			p-value
		Très important – important n = 17	Pas important n = 4	Peu - relativement important n = 44	
<b>Document pré-rempli utilisé pour la rédaction des DA</b>		<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	0.0244
Internet sans précision		0% (0)	100% (2)	44.4% (12)	
Autres		9.1% (1)	0% (0)	7.4% (2)	
Service public - Ministère		72.7% (8)	0% (0)	37% (10)	
HAS		18.2% (2)	0% (0)	11.1% (3)	
<b>Rédaction des DA</b>					0.0461
Par le patient seul					
Jamais		29.4% (5)	25% (1)	9.1% (4)	
Parfois - très rarement		52.9% (9)	25% (1)	38.6% (17)	
Souvent - toujours		17.6% (3)	50% (2)	52.3% (23)	

Tableau 19 : Analyse du recueil des directives anticipées selon le frein "Caractère sensible du sujet des directives anticipées"

90,9% des médecins estimant le caractère sensible du sujet comme un frein « très important - important » s'aident de documents pré-remplis issus de sites institutionnels (HAS, Service public – Ministère) et laissent moins leurs patients rédiger seul leur DA. Tous ont précisé la provenance de leur document. Les autres médecins utilisent des documents extraits d'internet sans en préciser la source (100% des médecins du groupe « pas important », et 44,4% des « peu - relativement important »).

		Manque de coordination entre les professionnels de santé			
		Très important - important n = 17	Pas important n = 8	Peu - relativement important n = 40	p-value
<b>Discussion à propos des DA</b>		<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	
	Jamais	5.9% (1)	50% (4)	0% (0)	0.0011
	Parfois - très rarement	82.4% (14)	37.5% (3)	87.5% (35)	
	Souvent - toujours	11.8% (2)	12.5% (1)	12.5% (5)	
<b>Discussion à l'initiative du médecin</b>					
	Jamais	5.9% (1)	50% (4)	7.5% (3)	0.0421
	Parfois - très rarement	64.7% (11)	25% (2)	65% (26)	
	Souvent - toujours	29.4% (5)	25% (2)	27.5% (11)	
<b>Rédaction des DA</b>					
Avec un autre professionnel de santé					0.0004
	Jamais	58.8% (10)	100% (8)	50% (20)	
	Parfois - très rarement	17.6% (3)	0% (0)	50% (20)	
	Souvent - toujours	23.5% (4)	0% (0)	0% (0)	
<b>Conservation des DA</b>					
Par le patient					0.0164
	Jamais	11.8% (2)	37.5% (3)	2.6% (1)	
	Parfois - très rarement	0% (0)	12.5% (1)	10.3% (4)	
	Souvent - toujours	88.2% (15)	50% (4)	87.2% (34)	
<b>Support utilisé pour la rédaction des DA</b>					
Document pré-rempli					0.0567
	Jamais	58.8% (10)	37.5% (3)	20% (8)	
	Parfois - très rarement	11.8% (2)	25% (2)	20% (8)	
	Souvent - toujours	29.4% (5)	37.5% (3)	60% (24)	
Papier libre					0.0254
	Jamais	11.8% (2)	50% (4)	10% (4)	
	Parfois - très rarement	29.4% (5)	25% (2)	57.5% (23)	
	Souvent - toujours	58.8% (10)	25% (2)	32.5% (13)	

Tableau 20 : Analyse du recueil des directives anticipées selon le frein "Manque de coordination entre les professionnels de santé"

Quand le manque de coordination n'est pas considéré comme un frein, les médecins abordent moins les DA que les autres (jamais pour 50% d'entre eux). 50% d'entre eux n'initient jamais la discussion sur le sujet. Ils ne préconisent jamais la rédaction des DA avec un autre professionnel de santé. Les médecins estimant le manque de coordination comme un frein « important » recommandent plus souvent la rédaction sur papier libre (« souvent - toujours » pour 58,8%)

que sur documents pré-remplis (« jamais » pour 58,8%) et font plus souvent conserver les DA par leurs patients.

	Absence de rémunération spécifique			p-value
	Très important - important n = 12	Pas important n = 18	Peu-relativement important n = 35	
<b>Discussion à initiative du médecin</b>	<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	0.0505
Jamais	41.7% (5)	5.6% (1)	5.7% (2)	
Parfois - très rarement	41.7% (5)	61.1% (11)	65.7% (23)	
Souvent - toujours	16.7% (2)	33.3% (6)	28.6% (10)	
<b>Outils d'aide à la rédaction</b>				0.026
Intégré au logiciel médical	66.7% (2)	16.7% (1)	0% (0)	
Internet	33.3% (1)	83.3% (5)	93.3% (14)	
Modèle personnel	0% (0)	0% (0)	6.7% (1)	
<b>Support utilisé pour la rédaction des DA</b>				0.0035
Document pré-rempli				
Jamais	50% (6)	44.4% (8)	20% (7)	
Parfois - très rarement	41.7% (5)	5.6% (1)	17.1% (6)	
Souvent - toujours	8.3% (1)	50% (9)	62.9% (22)	
Papier libre				
Jamais	25% (3)	16.7% (3)	11.4% (4)	
Parfois - très rarement	50% (6)	22.2% (4)	57.1% (20)	
Souvent - toujours	25% (3)	61.1% (11)	31.4% (11)	
<b>Rédaction des DA</b>				0.0089
Hors consultation par le patient seul				
Jamais	33.3% (4)	22.2% (4)	5.7% (2)	
Parfois - très rarement	50% (6)	16.7% (3)	51.4% (18)	
Souvent - toujours	16.7% (2)	61.1% (11)	42.9% (15)	

Tableau 21 : Analyse du recueil des directives anticipées selon le frein "Absence de rémunération spécifique"

Les médecins estimant l'absence de rémunération comme un frein important, initient moins la discussion sur les DA. Ils utilisent surtout des outils d'aide à la rédaction directement intégrés à leur logiciel médical. Ils se servent moins des documents pré-remplis (« jamais » 50%), et de la rédaction sur papier libre (« jamais » 25%), contrairement à ceux pour qui le frein est moins important ( $p > 0,05$ ). La rédaction des DA, par le patient, en dehors des consultations, est privilégiée par les médecins ne voyant pas l'absence de rémunération comme un frein (« souvent- toujours » 61,1%).

	Accès au support des DA			p-value
	Très important - important n = 9	Pas important n = 18	Peu – relativement important n = 38	
<b>Discussion à propos des DA</b>	<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	0.0695
Jamais	33.3% (3)	0% (0)	5.3% (2)	
Parfois - très rarement	66.7% (6)	83.3% (15)	81.6% (31)	
Souvent - toujours	0% (0)	16.7% (3)	13.2% (5)	
<b>Discussion à l'initiative du patient</b>				0.0515
Jamais	33.3% (3)	0% (0)	2.6% (12)	
Parfois - très rarement	22.2% (2)	50% (9)	44.7% (17)	
Souvent - toujours	44.4% (4)	50% (9)	52.6% (20)	
<b>Discussion à initiative du médecin</b>				0.0419
Jamais	44.4% (4)	0% (0)	10.5% (4)	
Parfois - très rarement	33.3% (3)	66.7% (12)	63.2% (24)	
Souvent - toujours	22.2% (2)	33.3% (6)	26.3% (10)	
<b>DA déjà recueillies</b>				0.0528
Non	33.3% (3)	0% (0)	15.8% (6)	
Oui	66.7% (6)	100% (18)	84.2% (32)	
<b>Type de document pré-rempli utilisé pour la rédaction des DA</b>				0.0221
Internet sans précision	25% (1)	57.1% (8)	22.7% (5)	
Autres	25% (1)	0% (0)	9.1% (2)	
Service public - Ministère	25% (1)	21.4% (3)	63.6% (14)	
HAS	25% (1)	21.4% (3)	4.5% (1)	

Tableau 22 : Analyse du recueil des directives anticipées selon le frein "Accès au support de rédaction des directives anticipées"

Plus la difficulté d'accès au support est considérée comme un frein important, moins les médecins abordent les DA avec leurs patients, que ce soit à leur initiative ou à celle du patient. Tous les médecins ayant déclaré non important l'accès au support ont déjà recueilli des DA et utilisent plus souvent des outils provenant d'internet sans que l'origine soit précisée. Seulement 66,7% des médecins pour qui trouver un support de DA est difficile, les recueillent.

#### 4. Impact du COVID

	Impact du COVID sur le recueil des DA			p-value
	Tout à fait d'accord – d'accord n = 18	Ne sait pas n = 30	Pas d'accord -pas du tout d'accord n = 17	
<b>Évolution du recueil des DA depuis la loi Claeys-Léonetti de 2016</b>	<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	0.0019
Je ne connais pas cette loi	22.2% (4)	6.7% (2)	11.8% (2)	
Non, elle est restée inchangée	5.6% (1)	60% (18)	47.1% (8)	
Oui, elle a régressé	0% (0)	3.3% (1)	0% (0)	
Oui, elle s'est améliorée	72.2% (13)	30% (9)	41.2% (7)	
<b>Impact du COVID</b>	<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	0.0006
<b>Plus facile pour le médecin d'aborder les DA</b>				
Tout à fait d'accord – d'accord	33.3% (6)	30% (9)	17.6% (3)	
Ne sait pas	50% (9)	50% (15)	5.9% (1)	
Pas d'accord – Pas du tout d'accord	16.7% (3)	20% (6)	76.5% (13)	
<b>Plus facile pour le patient d'aborder les DA</b>				0.0005
Tout à fait d'accord – d'accord	55.6% (10)	30% (9)	5.9% (1)	
Ne sait pas	38.9% (7)	56.7% (17)	35.3% (6)	
Pas d'accord – Pas du tout d'accord	5.6% (1)	13.3% (4)	58.8% (10)	

Tableau 23 : Analyse univariée selon l'impact de la COVID-19 sur le recueil des directives anticipées

La majorité des médecins pour qui la pandémie impactera le recueil des DA estime que celui-ci s'est amélioré depuis 2016. Seuls 33,3% d'entre eux pensent que cela aidera le médecin à aborder le sujet et 55,6% que cela aidera le patient.

	Plus facile pour le médecin d'aborder le sujet			p-value
	Tout à fait d'accord – d'accord n = 18	Ne sait pas n = 25	Pas d'accord -pas du tout d'accord n = 22	
<b>Âge</b>	<b>Moyenne (Écart-type)</b> 43.2 ans (sd=13.6)	<b>Moyenne (Écart-type)</b> 52.8 ans (sd=12.7)	<b>Moyenne (Écart-type)</b> 49.3 ans (sd=9.5)	0.0378
<b>Ancienneté</b>	<b>Moyenne (Écart-type)</b> 13.3 ans (sd=12.4)	<b>Moyenne (Écart-type)</b> 23.7 ans (sd=12.7)	<b>Moyenne (Écart-type)</b> 19.6 ans (sd=9.5)	0.0223
<b>Soin mixte</b>	<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	0.0973
Non	88.9% (16)	68% (17)	59.1% (13)	
Oui	11.1% (2)	32% (8)	40.9% (9)	
<b>Discussion à propos des DA</b>	<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	0.0679
Jamais	16.7% (3)	0% (0)	9.1% (2)	
Parfois - très rarement	66.7% (12)	96% (24)	72.7% (16)	
Souvent - toujours	16.7% (3)	4% (1)	18.2% (4)	

Tableau 24 : Analyse de l'impact de la COVID-19 sur les médecins

Les médecins estimant que la COVID-19 aura un impact sur le recueil sont plus jeunes, exercent depuis moins longtemps et discutent moins des DA avec leurs patients.

# DISCUSSION

## I. LIMITES MÉTHODOLOGIQUES DE L'ÉTUDE

Depuis la création des DA, peu d'études quantitatives ou d'état des lieux ont été menés à distance de la loi Claeys-Léonetti. Cette loi place les médecins généralistes au centre du dispositif des DA (7). Ces derniers se considérant comme les professionnels de santé les mieux placés pour informer et aider à leur rédaction (16) (21), ils constituaient la population cible idéale. La mobilité des médecins remplaçants et l'absence d'expérience récente des médecins retraités ont motivé leur exclusion de l'étude. Les caractéristiques socio-démographiques des médecins généralistes du Loiret ne sont pas comparables à la population nationale, mais elles permettent de connaître la pratique médicale du recueil des DA en zone sous-dotée. La région Centre-Val-de-Loire connaît la densité de médecins généralistes la plus faible de France (74,7 / 100000 hab.) (22), un manque de spécialistes, un accès difficile aux centres hospitaliers (23), et une population vieillissante (9,4% de la population a plus de 75 ans en janvier 2021) (24). Alors que l'INSEE relève que 2/3 des décès en France concernent des personnes de plus de 75 ans, les médecins généralistes du Loiret sont donc souvent amenés à prendre en charge des patients en fin de vie.

Pour limiter l'effet Halo (25) et la lassitude des répondants, l'échelle de réponse catégorielle de Likert a été utilisée, limitant les biais de positivité induits par les réponses binaires. La validation préalable du questionnaire par un groupe d'experts a permis de supprimer les biais de mesure, d'éviter les risques d'erreur de compréhension ou d'interprétation tout en veillant à ne pas heurter ou influencer les répondants. L'envoi par e-mail a permis une diffusion large d'un auto-questionnaire anonymisé, réalisé sur logiciel sécurisé. Il était accompagné d'un texte d'introduction pour rassurer les médecins et les motiver à y répondre. L'utilisation des CPTS pour la diffusion de l'e-mail a induit un biais de sélection excluant les médecins non répertoriés. Il a été compensé par une diffusion large sur d'autres supports. La diffusion en ligne n'interférait pas avec l'emploi du temps des médecins et a limité le biais de désirabilité (26), mais a diminué le nombre de réponses malgré les relances (biais motivationnel). Le biais d'auto-sélection, découlant de l'intérêt ou non des médecins pour le sujet des DA, n'a pas pu être réduit, ainsi que l'impossibilité de retrouver les répondants en cas de réponse incomplète.

Le chercheur a suivi plusieurs formations en recherche bibliographique et gestion documentaire à la Faculté de médecine de Tours afin de consolider ses connaissances sur les méthodes de recherche. Une supervision par un biostatisticien a permis d'éviter des erreurs d'analyse méthodologique. L'étude nécessitait un taux de réponse de 47,2% pour un risque alpha de 5%. Le taux de réponse obtenu, de 15,05% (65 médecins), reste cependant acceptable et se situe dans la fourchette connue pour ce type d'étude (27). Un regroupement des items initiaux a permis de limiter le manque de représentativité de l'échantillon et la marge d'erreur associée.

## II. DISCUSSION DES RÉSULTATS

La connaissance de la loi Claeys-Léonetti s'est peu améliorée en 3 ans (inconnue pour 12,3% des médecins, contre 15% en 2018 (13)) mais en ce qui concerne la connaissance des DA, cela semble plus positif. Presqu'un médecin sur deux estime que leur recueil s'est amélioré depuis 2016 (soit 14 points de plus qu'en 2018 (13)). La grande majorité des médecins (92,3%) ont déjà abordé le sujet avec leurs patients (contre 77% en 2018). Quand le sujet des DA est abordé, le patient reste le premier à initier la discussion. Cette tendance à laisser le patient aborder le sujet est connue et se retrouve fréquemment dans la littérature (13)(15)(16)(20)(21). Pour autant, les médecins généralistes semblent s'impliquer de plus en plus. La comparaison avec le récent travail de thèse du Dr S. Grosse (21) (à la population comparable) montre que s'il y a toujours autant de médecins qui n'abordent jamais le sujet, ceux qui le font, l'évoqueraient plus souvent.

Pour pouvoir aborder les DA, le patient doit connaître leur existence. Selon la dernière étude de BVA, la connaissance des français sur cette question s'est peu améliorée en 5 ans (48% de français connaissant les DA en 2021 contre 42% en 2018) (13)(28). Les médecins généralistes Loirétains considèrent d'ailleurs le manque d'information comme le premier des freins pour aborder les DA : plus de la moitié d'entre eux l'estimant comme « important à très important ». Les campagnes de communication de 2017,2018 et 2020 (29)(30) et la mise en place du site [parlons-findevie.fr](http://parlons-findevie.fr) (31) comportant des outils numériques de référence destinés au grand public et aux professionnels de santé, ne semblent pas suffire à informer correctement la population sur le sujet. Ce dernier dispositif est d'ailleurs probablement méconnu par les généralistes puisqu'aucun d'eux n'y a fait référence comme source de documents pré-remplis ou outils pour l'aide à la rédaction des DA.

Le profil médical influencerait l'approche des DA. Dans l'étude, le sexe, l'exercice de groupe, la formation universitaire et l'intérêt porté aux soins palliatifs auraient un impact sur la discussion des DA en consultation de médecine générale. Mais c'est finalement la place de la formation qui serait centrale. La différence d'exercice entre les hommes et les femmes est connue (les femmes consacrant notamment plus de temps à l'interrogatoire de leurs patients (32)). L'écart d'âge retrouvé entre la population masculine et féminine (12 ans en moyenne) questionne sur un autre facteur d'influence. Les femmes, plus jeunes, ont effectivement pu bénéficier d'une meilleure formation en médecine palliative. Depuis quelques années, l'enseignement des soins palliatif, dans la formation médicale initiale s'est amélioré, avec la mise en place du DESC de soins palliatifs, et son enseignement dès les 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> cycles. Le Dr A. Hugues rapportait que 94,7% des internes de Médecine générale ayant passé l'ECN de 2012 à 2014 connaissaient le dispositif des DA et 89,8% s'estimaient à même de le proposer dans leur activité future (73,6 % pensant que les DA étaient une aide à la prise en charge) (33). L'étude plus récente du Dr C. Rabourdin le confirme : trois-quarts des médecins généralistes de moins de 40 ans avaient eu connaissance des DA au cours de leur formation initiale contrairement aux médecins plus âgés informés pour un tiers d'entre eux par les médias (34). Cette meilleure sensibilisation des jeunes médecins à la culture palliative explique également en partie pourquoi les médecins exerçant en groupe initient plus souvent la discussion sur les DA (médecins de MSP plus jeunes, selon la DREES (35)). S'y ajoute une formation médicale continue possiblement plus accessible. Parmi les 6 médecins ayant suivi une formation depuis 2016, 5 exercent en groupe. Enfin, d'autres facteurs comme la coordination et le travail pluridisciplinaire pourraient influencer ces résultats. Le travail coordonné entre professionnels est un pilier important des MSP et des équipes de soins primaires (ESP), leur permettant notamment de percevoir des subventions de l'Assurance maladie (36)(37). Ainsi il est facilement imaginable que des discussions pluridisciplinaires puissent avoir lieu sur des prises en charge de fin de vie, la réalisation de DA, l'information de la personne de confiance et, pourquoi pas, l'implication des infirmières ASALEE dans le processus de recueil et de rédaction des DA.

Les médecins exerçant en groupe ainsi que ceux intéressés par les soins palliatifs, voient le manque de coordination entre les professionnels de santé comme un frein important. Pour autant, ces médecins, restant plus sensibilisés à la fin de vie, demeurent convaincus de l'intérêt

des DA, puisque ce frein ne semble pas en endiguer le recueil. Être médecin traitant, c'est s'investir dans le suivi de ses patients, pour certains d'entre-eux jusqu'à leur décès. Ainsi ces médecins peuvent se sentir mis à l'écart lors de certaines hospitalisations de leurs patients. La littérature décrit une faible implication du médecin traitant dans les prises en charge hospitalières. En 2012, le Dr P. Pili estimait que seule la moitié des urgentistes de l'hôpital de Marseille demandaient l'avis du médecin traitant quand ils étaient confrontés à une décision de LATA (38). Le Dr F. Levasseur décrit « *un lien exceptionnel entre la ville et l'hôpital pour les situations de fin de vie* » (39) et le Dr A. Lefebvre pense qu'une des grandes difficultés dans la mise en place des DA est liée au manque de communication entre la médecine de ville et l'hôpital (40). Ainsi, l'idée d'une notification systématique des DA dans les comptes rendus d'hospitalisation pour limiter ce fossé a été suggérée (18). Ici, seule la moitié des médecins retrouverait cette mention en sortie d'hospitalisation. Il semblerait que pour éviter ce frein, les médecins (l'estimant important), favoriseraient la rédaction des DA sur papier libre, et leur conservation par le patient. Les DA ne sont pas une simple démarche administrative dans le suivi du patient et ont un rôle multiple (41). Leur rédaction résulte d'échanges et de réflexions profondes entre patient et médecin. Les généralistes, par leur qualité de médecin traitant voire de « médecin de famille », ont une connaissance globale de leurs patients. Peu sollicités par leurs confrères hospitaliers, ils espèrent peut-être par la plus grande liberté d'une rédaction sur papier libre, une meilleure compréhension des désirs du patient par les équipes hospitalières. Pour autant cette hypothèse n'a pas été retrouvée dans la littérature et une nouvelle étude comparant les deux modes de rédaction s'avérerait intéressante. Les DA doivent également être facilement consultables par l'équipe soignante lors d'une hospitalisation. Le médecin traitant n'étant pas toujours sollicité, et/ou pas toujours joignable (en soirée et le week-end par exemple), remettre un exemplaire au patient (qui les conservera et informera sa personne de confiance) semble donc judicieux.

Ajouter à une bonne formation, des discussions répétées, augmenterait le taux de rédaction de DA. C'est ce que montrent les résultats chez les médecins s'intéressant aux soins palliatifs : plus de discussions sur les DA (notamment à leur initiative) pour plus de recueils de celles-ci. Ainsi la grande majorité d'entre eux (91,1%) ont déjà recueilli des DA (55,6% chez les autres médecins). Deux études américaines appuient cet argument, montrant que plus les échanges entre soignants et patients étaient répétés et de qualité, plus ils aboutissaient à la

rédaction d'une DA (42)(43). Dans l'étude, les médecins n'ayant ni DU ni capacité sont ceux qui abordent le plus le sujet des DA. L'impact des échanges répétés avec le patient pourrait expliquer ce phénomène et mériterait d'être exploré.

Déjà soulevée à de nombreuses reprises dans la littérature (6)(15)(44), l'amélioration de la formation reste donc un axe essentiel. Pour le Dr S. Barbe « *la formation des médecins traitants est l'axe le plus important pour améliorer la discussion sur les directives anticipées* ». Cependant dans l'étude, peu de médecins (13,8%) ont bénéficié d'une formation depuis 2016, et parmi eux seuls les 2/3 l'ont eu en dehors de leur formation initiale, plaçant ainsi le manque de formation comme le troisième frein le plus important à l'abord des DA. La sensibilisation des médecins généralistes aux DA est primordiale. Pour autant, la formation médicale continue en Médecine générale n'est pas toujours évidente : manque de temps (particulièrement dans les zones sous-dotées en généralistes, tel le Loiret), peu de jours indemnisés DPC (21 heures/an) et des formations pas toujours connues (44). Devant ces problématiques, les formations ont été adaptées aux pratiques et disponibilités des médecins avec notamment la création des MOOC (Massive Online Open Course). Ainsi le CNSPFV dans sa campagne « *la fin de vie si on en parlait* » a mis en ligne un MOOC gratuit destiné aussi bien aux patients qu'aux professionnels de santé. Mais celui-ci a été très peu utilisé. Sur les 12723 inscrits, seuls 41% étaient des professionnels de santé. Ici, aucun médecin de l'étude ne l'a citée comme source de formation. Le manque de formation est particulièrement important pour les médecins des zones rurales et urbaines de densité intermédiaire. La désertification médicale du département peut l'expliquer. Il existe en effet une proportion importante de zones d'intervention prioritaire (ZIP) dans les territoires ruraux et urbains de densité intermédiaire du département. D'après une analyse de l'INSEE (45), les médecins généralistes exerçant en ZIP ont une patientèle plus importante et réalisent plus de consultations, d'une durée de fait moins importante. Ils ont également moins de liens avec les autres professionnels de santé et consacrent moins de temps à leur formation médicale continue. Le Dr L. Taviaux, dans sa thèse, évaluait que les DA étaient plus abordées en milieu urbain émettant aussi l'hypothèse d'une meilleure connaissance des médecins par un accès favorisé, en ville, aux formations (46).

La fin de vie (du patient ou d'un proche) et le diagnostic d'une maladie grave et incurable se révèlent être les moments les plus propices pour discuter des DA, que la discussion soit à l'initiative du patient, de l'entourage ou du médecin. D'autres travaux révèlent que 81,1% des

médecins interrogés estiment que cette discussion peut être faite à tout moment du suivi, et seuls 11,7% en cas d'annonce d'une maladie grave et 2,7% lors de la mise en place de soins palliatifs (34). Les données de la littérature sont donc contradictoires et confortent les recommandations de l'HAS d'en discuter à « *tout moment qu'il [...] paraît opportun* » (47). Selon Dr P. Champion (16), le moment opportun est difficile à identifier, et serait plus facile chez les patients en fin de vie ou atteints de maladie grave, confortant ainsi nos résultats. La peur des médecins de créer une angoisse en dehors de ces situations, chez des patients « *pas prêts ou pas capables d'entendre* » (16), peut aussi expliquer pourquoi les discussions sur le sujet sont majoritairement à l'initiative du patient. La réalisation d'une étude rétrospective, comparant le discours des médecins généralistes à l'étude de leurs dossiers patients, relevant réellement les éléments discutés et recueillis sur les DA, permettrait probablement d'améliorer notre approche de cette question.

La rédaction des DA, hors consultation, est très fortement plébiscitée par les médecins. La rédaction est complexe, nécessitant une information claire, détaillée et adaptée à chaque patient. La rédaction des DA lors d'une consultation courte (maximum 30 minutes) semble compliquée. Le manque de temps est ainsi le deuxième frein le plus important pour les généralistes Loirétains (55,6% le considérant comme important à très important). Ce manque de disponibilité ressenti est exacerbé chez les médecins ne s'intéressant pas à la fin de vie, moins à l'aise dans l'exercice du recueil des DA. Ce sentiment risque de s'accroître avec l'aggravation des déserts médicaux et au vu de la démographie à venir. Une étude dans une région mieux dotée en médecins serait intéressante pour affiner ce résultat. Le caractère chronophage que peuvent avoir ces consultations ne semble pas être la seule raison pour laquelle les médecins favorisent la rédaction des DA en dehors de celles-ci. La peur d'influencer le patient dans ses choix et les difficultés de communication le sont également (15). Si discuter de la mort reste difficile pour les médecins (un quart estimant le caractère sensible des DA comme un frein important), il semblerait que ce soient surtout les médecins le ressentant comme un frein, qui aideraient le plus leurs patients à rédiger leur DA au cours d'une consultation, s'appuyant sur des documents pré-remplis issus de sites institutionnels. La littérature montre que les formulaires sont de réels outils pour les médecins facilitant le dialogue et les guidant dans les bonnes informations à délivrer (21)(48).

L'absence de rémunération spécifique impacte directement le recueil des DA. Les médecins estimant la rémunération comme un frein important, initient moins la discussion sur les DA. La rémunération reste une question secondaire pour la plupart des médecins : 27,7% considérant le côté financier comme « pas important ». Ce sont surtout les femmes qui voient cette absence de valorisation financière comme limitante. Selon plusieurs études (32), elles prendraient plus le temps pour questionner leurs patients, recevant ainsi plus d'informations de leur part. Elles aborderaient également plus facilement les aspects psycho-sociaux des maladies. À ce temps de consultation plus long, l'INSEE (49) confirme un écart de rémunération selon le genre pour les professions médicales. Les femmes médecins généralistes auraient un revenu inférieur de 37% à celui des hommes. Leur volume de travail moins important n'expliquant qu'en partie cet écart, puisque leur temps de travail hebdomadaire ne serait que de 15% inférieur à celui des hommes.

Bien qu'il soit un frein significatif au recueil des DA, l'accès à un support d'aide pour leur rédaction est aujourd'hui considéré comme étant le moins prégnant. Il persiste de façon importante chez les médecins ayant un DU ou une capacité autre que « Douleurs – SP – Urgences – Gériatrie » (« important à très important » pour 40% d'entre eux), probablement par méconnaissance de leur existence. Pour autant, les sites institutionnels (HAS, Ministère de la santé, service public) sont les outils de référence pour l'ensemble des médecins. La meilleure connaissance des dispositifs de fin de vie par les femmes médecins de l'étude (plus jeunes, et ainsi mieux formées) et des médecins intéressés par les soins palliatifs, expliquent pourquoi ce sont surtout eux qui citent spontanément les sites institutionnels de référence. Internet est la source documentaire privilégiée par les généralistes Loirétains. Le très bon référencement des sites institutionnels dans les moteurs de recherche permet d'imaginer que la grande majorité des médecins s'appuie finalement tous sur les mêmes documents. Lorsque que « formulaire directives anticipées » est recherché sur Google®, ce sont par ordre les sites du Ministère, du service public et enfin de l'HAS qui s'affichent en premier. Si seul « directives anticipées » est recherché, le site du CNSPFV « parlons fin de vie » apparaîtra en troisième position, juste avant l'HAS. L'idée d'outils, directement intégrés au logiciel métier, a été émise dans la littérature (18) (44), cependant son développement reste probablement marginal ou méconnu, puisqu'ici seul 12,5% des médecins y font référence.

Les médecins généralistes continuent à privilégier la conservation des DA dans deux lieux distincts : le dossier médical informatisé et chez le patient (21)(50). Ce sont les médecins s'intéressant à la fin de vie qui les conservent le mieux (87,3% les confient toujours au patient et 78,6% les intègrent toujours au dossier médical), probablement plus au fait des dispositifs autour de la fin de vie et de l'importance d'un accès facile aux DA par tous les médecins. Pour pouvoir être appliquées, les DA de chaque patient doivent être accessibles par tout médecin et à n'importe quel moment. L'idée de leur conservation sur un outil numérique de stockage, à l'image d'un registre national<sup>1</sup>, a souvent été émise dans la littérature (18)(21)(44). Le DMP créé en 2004, puis relancé en 2018 par Agnès Buzin a alors été longtemps vu comme le lieu de conservation idéal (18)(44)(51). Il est finalement très peu utilisé, avec seulement 8 millions de dossier en 2019. Dans l'étude, 64% des médecins n'y conservent « jamais » les DA. Le 3 février 2022, le Gouvernement a lancé le dispositif [monespacesanté.fr](https://monespacesanté.fr) : un espace personnel regroupant notamment le DMP et une messagerie sécurisée. Chaque patient est alors libre de le créer et de choisir quel professionnel de santé peut y avoir accès et ce qu'il peut y lire. Son objectif est d'améliorer la qualité des soins et la fluidité des parcours. Avec le « Ségur du numérique », l'alimentation du dossier se fera automatiquement à partir des logiciels métier. Il serait donc intéressant d'évaluer, après sa diffusion, son intérêt dans la conservation des DA. Le dossier médical informatisé est surtout utilisé par les médecins des MSP et le dossier papier lui par les médecins exerçant seuls. Dans l'étude, les médecins exerçant seuls sont plus âgés (avec une moyenne d'âge de 60,7 ans) et possiblement plus en retard dans l'utilisation des trois grands outils numériques actuels que sont : le dossier médical informatisé, le logiciel d'aide à la prescription, et la messagerie sécurisée. Selon la DREES, 79% des plus de 60 ans ne possèdent pas de dossiers patients informatisés, contre 97% chez les moins de 50 ans (52). Par ailleurs, les MSP, en plus d'avoir des médecins plus jeunes (35), ont comme l'un des critères de rémunération la nécessité d'un logiciel médical partagé entre eux, dans l'objectif de la continuité des soins.

Il semblerait exister un effet positif de la COVID-19 sur le recueil des DA. Plus d'un tiers des médecins de l'étude estiment que la pandémie de la COVID-19 impactera leur recueil, en

---

<sup>1</sup> Ce registre prévu par la loi L1111-1 n'a pas encore été mise en place

facilitant la discussion pour les patients. Les jeunes médecins, exerçant depuis peu la médecine générale, et ceux habituellement plus détachés du sujet, sont ceux estimant le plus important l'impact de la pandémie, en les motivant à discuter plus du sujet avec leurs patients. Cet « effet COVID-19 » semble se confirmer avec le nouveau sondage réalisé par BVA, en janvier 2021 (28). La situation sanitaire aurait entraîné une réflexion d'un français sur cinq en ce qui concerne ses volontés de fin de vie, augmentant ainsi le nombre de directives (18% contre 13% en 2019 (53) et 11% en 2018 (13)). A contrario, 54% des Français interrogés ne souhaitent pas rédiger leurs directives, ce qui est supérieur à 2018 (51%). Ceci révèle que leur rédaction reste difficile pour les patients. L'infection par SARS-COV2, par son ampleur et sa répercussion mondiale, a fait prendre conscience, à une grande partie de la population, du quotidien des hôpitaux, par la diffusion répétée d'images, ou l'intervention de spécialistes lors des journaux télévisés. Cela a pu entraîner une prise de conscience des Français de leurs droits, mais également des interrogations et des peurs secondaires, face aux informations multiples et parfois complexes reçues durant cette période. Ainsi, des patients ne souhaitant pas de prise en charge réanimatoire dans l'objectif d'éviter toute obstination déraisonnable, ont pu remettre en question leur choix en voyant évoluer les protocoles de prise en charge. C'est dans ce sens que l'APHP a réalisé en 2020 une documentation explicative de la prise en charge des infections sévères à la COVID-19 afin d'aider les patients à rédiger leurs DA de la façon la plus précise possible et en connaissance de cause. Elle est associée à un formulaire de rédaction pré-rempli (54).

## CONCLUSION

L'objectif de cette étude était d'évaluer les freins auxquels les médecins généralistes du Loiret sont toujours confrontés dans le recueil des DA, particulièrement en zone sous-dotée, de préciser les modalités actuelles de recueil ainsi que l'impact de la pandémie de la COVID-19 sur celui-ci.

Les principaux freins connus sont toujours présents. La connaissance des DA s'est peu améliorée mais l'implication et appropriation de la thématique par les médecins semblent meilleures. Le manque de temps reste un frein aux multiples conséquences : moins de discussions entre médecins et patients et moins de temps pour la formation continue, ce qui impacte la qualité du recueil des DA. Ce manque de temps est exacerbé dans les zones sous-dotées. L'information du grand public est encore ressentie comme insuffisante par les médecins qui attendent souvent que le patient aborde lui-même le sujet. Le manque de coordination (interprofessionnelle, ville - hôpital) impacte aussi le recueil des DA. La progression de la formation des professionnels et le travail coordonné semblent, eux, notablement l'améliorer, particulièrement chez la jeune génération qui privilégie l'exercice de groupe (notamment en MSP). La fin de vie reste le moment privilégié pour parler des DA, leur rédaction restant considérée comme chronophage et complexe. L'absence de rémunération semble être un frein plus secondaire. La conservation des DA dans deux lieux distincts est favorisée. Les lieux de conservation sont hétérogènes et le DMP est finalement peu privilégié. La pandémie de la COVID-19 semble avoir eu un effet positif sur les DA aussi bien auprès des médecins que des patients, les sensibilisant à l'importance d'un tel dispositif.

Pour valider ces résultats, il serait intéressant de pouvoir mener de nouveau cette étude sur un plus grand échantillon à l'échelle nationale. De nombreuses questions ont également été soulevées au cours de ce travail et mériteraient d'être explorées plus en détail, afin de trouver des axes d'amélioration pertinents, notamment sur la formation médicale continue à dispenser aux médecins et sur le travail coordonné. Cette étude, faite lors du troisième confinement, mériterait d'être réévaluée à distance des premières vagues de la COVID-19, afin de préciser l'évolution des pratiques de rédaction tant des médecins que des patients.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Bellamy V. 594 000 personnes décédées en France en 2016, pour un quart d'entre elles à leur domicile. Insee focus. Octobre 2017;(95).
2. IFOP. Les attentes et les besoins des Français vis-à-vis de la fin de vie [En ligne]. IFOP pour la fondation ADREA. Octobre 2016 [cité 10 févr. 2021]. Disponible sur: [http://www.sfap.org/system/files/etude2016\\_findevie\\_fondationadrea.pdf](http://www.sfap.org/system/files/etude2016_findevie_fondationadrea.pdf)
3. LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie - Article 5-7-9. [En Ligne]. 2005-370 avril, 2005. [cité 6 févr. 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000446240/>
4. Décret n° 2006-119 du 6 février 2006 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) - Légifrance [En ligne]. 2006-119 février, 2006. [cité 6 févr. 2022]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000456203/>
5. Sicard D, Ameisen JC, Aubry Régis, Bacqué MF, Cordier A, Deschamps C et al. Rapport à François Hollande, président de la République Française [en ligne]. Commission de réflexion sur la fin de vie ; 2012.p198. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport-de-la-commission-de-reflexion-sur-la-fin-de-vie-en-France.pdf>
6. Mallet D, Jacquemin D. Le rapport Sicard : une étape au milieu du gué. Revue d'éthique et de théologie morale. 2013;2(274):53-90.
7. LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie - Article 8. [En ligne]. 2016-87 février, 2016. [cité 5 févr. 2022]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031970253/>
8. Décret n° 2016-1067 du 3 août 2016 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie [En ligne]. 2016-1067 août, 2016. [cité 5 févr. 2022]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000032967571/>
9. Conseil d'Europe. Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine : Convention sur les

Droits de l'Homme et la biomédecine du 4 avril 1997 [En ligne]. 1997. [cité 5 févr. 2022]. Disponible sur : <https://www.coe.int/fr/web/conventions/full-list>

10. Recommandation CM/Rec(2009)11 du Comité des Ministres aux États membres sur les principes concernant les procurations permanentes et les directives anticipées ayant trait à l'incapacité [En ligne]. [cité 5 févr. 2022]. Disponible sur : [https://search.coe.int/cm/Pages/result\\_details.aspx?ObjectId=09000016805cff5b](https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectId=09000016805cff5b)

11. Zeisser M, Weber JC. Les directives anticipées : un semi-échec transitoire ? Éthique Santé. Septembre 2016; 13(3) : 156-63.

12. Nasser BA, Attias A, Baghdadi H, Baumann A, Bazin JE, Bizouarn P, et al. Directives anticipées. Anesthésie & Réanimation. Juin 2015 ; 1(3) : 197-212

13. BVA. Le regard des Français et des médecins généralistes sur les directives anticipées. CNSPFV [En ligne]. Février 2018 [cité 10 févr. 2021]. Disponible sur : <https://www.bva-group.com/sondages/regard-francais-medecins-generalistes-directives-anticipees-sondage-bva-centre-national-soins-palliatifs-de-fin-de-vie/>

14. Barret L, Fillion S, Viossat LC. Évaluation de l'application de la loi du 2 février 2016 sur la fin de vie [En ligne]. Tome 1. IGAS ;2018.115p. Disponible sur: [https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-161R\\_Tome\\_1\\_.pdf](https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-161R_Tome_1_.pdf)

15. Jacob A, Jolivet L. Comment les médecins généralistes abordent les directives anticipées avec les patients ? Double étude qualitative réalisée en région Centre-Val De Loire. [Thèse d'exercice]. Tours, France : Université François Rabelais - Faculté de médecine ; 2017.

16. Champion P. Recueillir les directives anticipées : expériences de Médecins généralistes. [Thèse d'exercice]. Angers, France : Université d'Angers - Faculté de santé ; 2019.

17. Marque-Pillard F. Personne de confiance et directives anticipées en médecine générale : quel cadre à la discussion sur la fin de vie ? : étude qualitative par focus group [Thèse d'exercice]. Nancy, France : Université de Lorraine - Faculté de médecine ; 2017.

18. Bailhache C. Comment améliorer le recueil des directives anticipées ? : enquête auprès des médecins généralistes normands [Thèse d'exercice]. Caen, France : Université de Caen - Normandie - Faculté de médecine ; 2018.

19. Observatoire des territoires. Catégories du rural et de l'urbain [En ligne]. ANCT-

Observatoire des territoires. 2021. [cité 18 févr. 2022]. Disponible sur : <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/categories-du-rural-et-de-lurbain>

20. Esnault AM. Directives anticipées : connaissance de la loi Claeys-Leonetti et limites dans la pratique des médecins généralistes de Maine-et-Loire, Mayenne et Sarthe [Thèse d'exercice]. Angers, France : Université d'Angers - Faculté de santé ; 2017.

21. Gross S. Pratiques et opinions des médecins généralistes français concernant les directives anticipées [Thèse d'exercice]. Strasbourg, France : Université de Strasbourg - Faculté de médecine, Maïeutique et Science de la santé ; 2020.

22. Observatoire des territoires. Densité de médecins généralistes libéraux. [En ligne]. ANCT-Observatoire des territoires. 2020. [cité 29 août 2022]. Disponible sur : <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/densite-de-medecins-generalistes-liberaux>

23. Bäehr A, Cuchère E. Un temps d'accès à l'hôpital le plus faible de France métropolitaine, mais des disparités entre les territoires [En ligne]. Insee Analyses Hauts-de-France. Juin 2018;(80). [cité 24 mai 2022]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3560243>

24. Dossier complet – Département du Loiret (45) | Insee [En ligne]. [cité 24 mai 2022]. Disponible sur : [https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-45#tableau-POP\\_G2](https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-45#tableau-POP_G2)

25. Ganassali S. Le halo cognitif : un biais potentiel dans les méthodes de catégorisation des attributs de la satisfaction. Décisions Mark. 1 avr 2008;(50):39-47.

26. Gilles I, Peytremann Bridevaux I, Antille E, Lesage S, Storari C. Désirabilité sociale dans les enquêtes de santé [En ligne]. Lausanne, Suisse : Centre universitaire de médecine générale et de santé publique; 2021 [cité 29 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.unisante.ch/fr/formation-recherche/recherche/projets-etudes/desirabilite-sociale-dans-enquetes-sante>

27. Frippiat D, Marquis N. Les enquêtes par internet en sciences sociales : un état des lieux. Population. Novembre 2010 ; 65(2) : 309-338.

28. BVA. Fin de vie : le regard des Français sur la loi du 2 Février 2016, 5 ans après [En ligne]. Février 2021 [cité 4 juill. 2022]. Disponible sur : <https://www.bva-group.com/sondages/fin-de-vie-le-regard-des-francais-sur-la-loi-du-2-fevrier-2016-5-ans-apres/>

29. Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie. Rapport d'activité 2017. CNSPFV :

Paris ; 2017.39p

30. Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie. Rapport d'activité 2018. CNSPFV : Paris ; 2018.28p

31. Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie. La fin de vie, et si on en parlait ? [En ligne]. Parlons Fin de Vie. [cité 23 août 2022]. Disponible sur : <https://www.parlons-fin-de-vie.fr/>

32. Cousin G, Schmid Mast M. Les médecins hommes et femmes interagissent de manière différente avec leurs patients : pourquoi s'en préoccuper ? Revue Médicale Suisse. 2010;257(6):1444-1447.

33. Hugues A. Évaluation de la connaissance et de l'usage des directives anticipées chez les internes de médecine générale [Thèse d'exercice]. Paris, France : Université Paris Diderot ; 2016

34. Rabourdin C. Connaissance et pratique des directives anticipées par le Médecin Généraliste [Thèse d'exercice]. Marseille, France : Aix-Marseille Université - Faculté des sciences médicales et paramédicales ; 2021.

35. DREES. Médecins en maisons de santé pluriprofessionnelle : des revenus en hausse et des effets prometteurs pour l'accès aux soins. [En ligne]. 11 mai 2021 [cité 2 sept 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse/medecins-en-maisons-de-sante-pluriprofessionnelle-des-revenus-en-hausse-et-des>

36. Assurance Maladie. Structures de santé pluriprofessionnelles [En ligne]. Assurance Maladie pour les médecins. Décembre 2021 [cité 6 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/loiret/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/structures-sante-pluriprofessionnelles-0>

37. Équipe de soins primaires, maison de santé, CPTS : définition et législation [En ligne]. Fédération des structures d'exercice coordonné en Hauts-de-France. [cité 6 sept 2022]. Disponible sur : <https://www.femas-hdf.fr/definition/>

38. Pili P. Facteurs influençant la prise de décision médicale dans les limitations et arrêts thérapeutiques en contexte d'urgence [Thèse d'exercice]. Grenoble, France : Université Joseph Fourier - Faculté de médecine ; 2012

39. Levasseur F. La désignation de la personne de confiance : pratiques, intérêts et freins perçus. Étude qualitative auprès des médecins généralistes de Haute-Normandie [Thèse d'exercice]. Rouen, France : Université de Rouen - Faculté mixte de médecine et de pharmacie ; 2014
40. Lefebvre A. Aider son patient à rédiger des directives anticipées et à désigner une personne de confiance, permet-il au médecin généraliste de mieux prendre des décisions de limitation et arrêt de traitements actifs ? [Thèse d'exercice]. Toulouse, France : Université Toulouse III - Paul SABATIER - Faculté de médecine ; 2016.
41. Mallet D, Chaumier F. Éthique, psychique, pratique, sociétale : quatre fonctions pour les directives anticipées. *Laennec*. 2016;64(3):41-57.
42. Ramsaroop SD, Reid MC, Adelman RD. Completing an advance directive in the primary care setting : what do we need for success? *Journal of the American Geriatrics Society*. 2007 ; 55(2) : 277-283.
43. Jezewski MA, Meeker MA, Sessanna L, Finnell DS. The effectiveness of interventions to increase advance directive completion rates. *Journal of Aging and Health*. 2007 ; 19(3) :519-536.
44. Barbe S. Le médecin traitant face aux directives anticipées : un dispositif incitatif modifierait-il la pratique ? [Thèse d'exercice]. Paris, France : Université Paris - Sorbonne - Faculté de médecine ; 2020.
45. Silhol J, Legendre B, Monziols M. Pratiques des médecins généralistes dans les territoires devenus zones d'intervention prioritaire. *Insee Analyses*. Mai 2020;(51)1-4
46. Taviaux L. Appropriation des directives anticipées par les médecins généralistes des Hauts de France [Thèse d'exercice]. Lille, France : Université de Lille - Faculté de médecine Henri Warembourg ; 2019.
47. HAS. Les directives anticipées : document destiné aux professionnels de santé et du secteur médico-social et social. [En ligne]. 2016. [cité le 18 août 2022]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-03/da\\_professionnels\\_v11\\_actualisation.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-03/da_professionnels_v11_actualisation.pdf)
48. Chassaigne A. Freins rencontrés par les médecins généralistes de Loire Atlantique pour

le recueil des directives anticipées des patients en EHPAD : étude qualitative [Thèse d'exercice]. Nantes, France : Université de Nantes - UFR Médecine et Techniques Médicales ; 2015.

49. Insee. Emploi et revenus des indépendants. Paris : Insee Référence; 2020.p173.

50. Michon H. État des lieux des connaissances des médecins généralistes sur les directives anticipées [Thèse d'exercice]. Strasbourg, France : Université de Strasbourg - Faculté de médecine ; 2019.

51. Directives anticipées, 15<sup>ème</sup> législature. Sénat [En ligne]. 2019. [cité 8 nov. 2022]. Disponible sur : <https://www.senat.fr/questions/base/2019/qSEQ190610930.html>

52. DREES. E-Santé : les principaux outils numériques sont utilisés par 80% des médecins généralistes de moins de 50 ans. Études et Résultats. Janvier 2020;(1139):1-5.

53. BVA. Les directives anticipées en mai 2019 : situation générale et dans les EHPAD en particulier [En ligne]. CNSPFV ; mai 2019. [cité 10 août 2022]. Disponible sur : [https://www.parlons-fin-de-vie.fr/wp-content/uploads/2019/07/Etude\\_BVA\\_directives\\_anticipees\\_2019.pdf](https://www.parlons-fin-de-vie.fr/wp-content/uploads/2019/07/Etude_BVA_directives_anticipees_2019.pdf)

54. Centre d'éthique clinique de l'APHP. Directives anticipées en contexte de pandémie au COVID-19, Pistes de réflexion pour leur rédaction et leur utilisation. 2020.

# ANNEXES

## I. QUESTIONNAIRE

### RECUEIL DES DIRECTIVES ANTICIPÉES PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DU LOIRET

Page 1 / 1

Cher confrère,

Pour mon travail de thèse, je me permets de vous solliciter pour répondre à ce questionnaire anonymisé de 7 minutes : il a pour objectif d'évaluer le recueil des directives anticipées par les médecins généralistes du Loiret.

Il s'adresse uniquement aux médecins généralistes (libéraux ou salariés) exerçant en ambulatoire dans ce département.

Je vous remercie pour votre participation.

Mathilde Rattiez

#### PARTIE 1 : DESCRIPTION DE LA POPULATION

##### 1 ) Vous êtes

- Un homme
- Une femme

##### 2 ) Quel âge avez-vous ?

Saisissez votre texte ici

##### 3 ) Depuis combien de temps exercez-vous la médecine générale ambulatoire ?

Saisissez votre texte ici

##### 4 ) Dans quelle ville exercez-vous ?

Saisissez votre texte ici

##### 5 ) Dans quel type de structure exercez-vous ?

- Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP)
- En cabinet de groupe (avec au moins 1 associé)
- Seul
- Autres (préciser)

6 ) Depuis combien de temps êtes-vous installé dans votre cabinet ?

Saisissez votre texte ici

7 ) Avez-vous une activité de soin mixte ?

Oui

Non

8 ) Si oui, dans quelle type de structure ? (ex: HAD, EHPAD, EADSP etc...)

Saisissez votre texte ici

9 ) Votre patientèle est plutôt orientée vers :

La pédiatrie

La gynécologie

La gériatrie

La médecine d'urgence (traumatologie, pathologie aigue)

Pas d'orientation spécifique

Autre (préciser)

10 ) Avez-vous des compétences spécifiques ?

Oui

Non

11 ) Si oui, de quelles compétences s'agit-il ?

Saisissez votre texte ici

12 ) Êtes-vous titulaire d'un diplôme ou d'une capacité en :

Soin Palliatif

Gériatrie-Gérontologie

Médecine d'urgence

Aucun

Autre (préciser)

## PARTIE II : RECUEIL & CONDITION DE RECUEIL

13 ) Vous intéressez-vous au sujet de la fin de vie ?

Oui

Non

14 ) Depuis 2016, avez-vous suivi ou suivez-vous une/des formation(s) abordant les directives anticipées ?

Oui

Non

15 ) Si oui, par qui vous a-t-elle été proposée ?

Saisissez votre texte ici

16 ) Les directives anticipées sont-elles un sujet que vous abordez avec vos patients ?

Jamais

Très rarement

Parfois

Souvent

Toujours

17 ) Lorsque le sujet des directives anticipées est abordé, il est à l'initiative :

	Jamais	Très rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Du patient	<input type="radio"/>				
De la personne de confiance ou de l'entourage	<input type="radio"/>				
De vous même	<input type="radio"/>				

18 ) Lorsque le sujet est abordé à votre initiative, cela a lieu à l'occasion :

	Jamais	Très rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Du 1er rendez-vous, lors de la création du dossier médical	<input type="radio"/>				
D'une consultation de suivi	<input type="radio"/>				
Du diagnostic d'une maladie grave et curable	<input type="radio"/>				
Du diagnostic d'une maladie grave et incurable	<input type="radio"/>				
D'une sortie d'hospitalisation	<input type="radio"/>				
D'une entrée en institution	<input type="radio"/>				
De sa fin de vie ou celle d'un proche	<input type="radio"/>				

21 ) Depuis votre installation, avez-vous déjà recueilli les directives anticipées de patients ?

Oui

Non

22 ) Avez-vous des outils d'aide à la rédaction ?

Oui

Non

23 ) Si oui, lesquels ?

Saisissez votre texte ici

19 ) Lorsque le sujet est abordé par le patient, cela a lieu à l'occasion :

	Jamais	Très rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Du 1er rendez-vous, lors de la création du dossier médical	<input type="radio"/>				
D'une consultation de suivi	<input type="radio"/>				
Du diagnostic d'une maladie grave et curable	<input type="radio"/>				
Du diagnostic d'une maladie grave et incurable	<input type="radio"/>				
D'une sortie d'hospitalisation	<input type="radio"/>				
D'une entrée en institution	<input type="radio"/>				
De sa fin de vie ou celle d'un proche	<input type="radio"/>				

24 ) Quel support préconisez-vous au patient pour la rédaction des directives anticipées ?

	Jamais	Très rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Un document prérempli	<input type="radio"/>				
Une rédaction sur papier libre	<input type="radio"/>				
Autre	<input type="radio"/>				

25 ) En cas de document pré rempli, lequel utilisez-vous ?

Saisissez votre texte ici

20 ) Lorsque le sujet est abordé par l'entourage, cela a lieu à l'occasion :

	Jamais	Très rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Du 1er rendez-vous, lors de la création du dossier médical	<input type="radio"/>				
D'une consultation de suivi	<input type="radio"/>				
Du diagnostic d'une maladie grave et curable	<input type="radio"/>				
Du diagnostic d'une maladie grave et incurable	<input type="radio"/>				
D'une sortie d'hospitalisation	<input type="radio"/>				
D'une entrée en institution	<input type="radio"/>				
De sa fin de vie ou celle d'un proche	<input type="radio"/>				

26 ) En cas d'utilisation d'un autre support, de quoi s'agit-il ?

Saisissez votre texte ici

27 ) Vous préconisez une rédaction :

	Jamais	Très rarement	Parfois	Souvent	Toujours
En consultation, avec votre aide	<input type="radio"/>				
En consultation, avec votre aide et en présence de la personne de confiance	<input type="radio"/>				
Hors consultation, par le patient seul	<input type="radio"/>				
Hors consultation, avec l'aide de sa personne de confiance ou de son entourage	<input type="radio"/>				
Hors consultation, avec l'aide d'un autre professionnel de santé (infirmier, psychologue ...) ou une association de malades	<input type="radio"/>				

28 ) Les directives anticipées que vous avez recueillies sont conservées :

	Jamais	Très rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Par vous, dans le dossier médical informatisé du patient	<input type="radio"/>				
Par vous, en version papier	<input type="radio"/>				
Dans le dossier médical partagé (DMP) du patient	<input type="radio"/>				
Par le patient	<input type="radio"/>				
Par une tierce personne (entourage, personne de confiance)	<input type="radio"/>				

29 ) Sur l'année 2020, combien de directives anticipées pensez-vous avoir recueillies

Aucune

Entre 1 et 5

Entre 5 et 10

Plus de 10

PARTIE III : FREIN AU RECUEIL

30 ) Pour vous, le manque de formation des professionnels de santé sur les soins palliatifs est-il un frein au recueil des directives anticipées ?

Pas du tout important

Peu important

Relativement important

Important

Très important

31 ) Pour vous, le manque d'information des patients est-il un frein au recueil des directives anticipées ?

Pas du tout important

Peu important

Relativement important

Important

Très important

32 ) Pour vous, le manque de coordination entre les professionnels de santé est-il un frein au recueil des directives anticipées ?

Pas du tout important

Peu important

Relativement important

Important

Très important

33 ) La mention des directives anticipées est-elle présente sur les comptes-rendus d'hospitalisation de vos patients ?

Jamais

Très rarement

Parfois

Souvent

Toujours

34 ) Pour vous, le caractère sensible d'une discussion sur les directives anticipées avec le patient est-il un frein au recueil de celles-ci ?

Pas du tout important

Peu important

Relativement important

Important

Très important

35 ) Pour vous, l'accès à un support de directives anticipées est-il un frein à leur recueil ?

- Pas du tout important
- Peu important
- Relativement important
- Important
- Très important

36 ) Pour vous, le caractère chronophage des consultations abordant ce sujet est-il un frein au recueil des directives anticipées ?

- Pas du tout important
- Peu important
- Relativement important
- Important
- Très important

37 ) Pour vous, l'absence de rémunération spécifique pour ce type de consultation est-elle un frein au recueil des directives anticipées ?

- Pas du tout important
- Peu important
- Relativement important
- Important
- Très important

#### PARTIE IV : OUVERTURE

38 ) Estimez-vous que depuis la loi Claeys-Leonnetti de 2016, la situation du recueil des directives anticipées a évolué ?

- Oui, elle s'est améliorée
- Oui, elle a regressé
- Non, elle est restée inchangée
- Je ne connais pas cette loi

39 ) En ce qui concerne l'actuelle pandémie de la COVID-19, quel est votre avis ?

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ne sait pas	D'accord	Tout à fait d'accord
Elle aura un impact sur le recueil des directives anticipées	<input type="radio"/>				
Elle vous aidera à aborder plus facilement le sujet des directives anticipées	<input type="radio"/>				
Elle aidera le patient à aborder plus facilement le sujet des directives anticipées	<input type="radio"/>				







ID	COVID_impact_sur_DA	COVID.sujet.DA.par.medecin..plus.facile	COVID.sujet.DA.par.patient.plus.facile
1	Pas d'accord+pas du tout	Pas d'accord+pas du tout	Pas d'accord+pas du tout
2	Ne sait pas	Pas d'accord+pas du tout	Pas d'accord+pas du tout
3	Ne sait pas	D'accord+ToutAFait	D'accord+ToutAFait
4	Pas d'accord+pas du tout	D'accord+ToutAFait	Ne sait pas
5	D'accord+ToutAFait	Ne sait pas	D'accord+ToutAFait
7	Ne sait pas	Ne sait pas	D'accord+ToutAFait
8	D'accord+ToutAFait	Ne sait pas	D'accord+ToutAFait
9	D'accord+ToutAFait	Ne sait pas	Ne sait pas
10	Pas d'accord+pas du tout	D'accord+ToutAFait	Ne sait pas
11	Pas d'accord+pas du tout	Pas d'accord+pas du tout	Pas d'accord+pas du tout
12	Ne sait pas	Ne sait pas	Ne sait pas
13	Ne sait pas	Pas d'accord+pas du tout	Pas d'accord+pas du tout
14	Ne sait pas	D'accord+ToutAFait	D'accord+ToutAFait
15	Ne sait pas	D'accord+ToutAFait	Ne sait pas
17	Ne sait pas	Pas d'accord+pas du tout	Pas d'accord+pas du tout
18	Pas d'accord+pas du tout	Pas d'accord+pas du tout	Pas d'accord+pas du tout
20	D'accord+ToutAFait	Pas d'accord+pas du tout	Ne sait pas
21	D'accord+ToutAFait	Ne sait pas	D'accord+ToutAFait
22	Pas d'accord+pas du tout	Pas d'accord+pas du tout	Pas d'accord+pas du tout
24	Ne sait pas	Ne sait pas	Ne sait pas
25	Ne sait pas	Ne sait pas	Ne sait pas
27	Pas d'accord+pas du tout	Pas d'accord+pas du tout	Ne sait pas
29	Ne sait pas	Ne sait pas	Ne sait pas
30	D'accord+ToutAFait	D'accord+ToutAFait	D'accord+ToutAFait
31	Ne sait pas	Ne sait pas	Ne sait pas
32	Pas d'accord+pas du tout	Pas d'accord+pas du tout	Pas d'accord+pas du tout
33	Ne sait pas	Ne sait pas	Ne sait pas
34	Pas d'accord+pas du tout	D'accord+ToutAFait	D'accord+ToutAFait
35	D'accord+ToutAFait	Pas d'accord+pas du tout	Pas d'accord+pas du tout
36	Pas d'accord+pas du tout	Ne sait pas	Ne sait pas
37	D'accord+ToutAFait	Ne sait pas	Ne sait pas
41	Pas d'accord+pas du tout	Pas d'accord+pas du tout	Pas d'accord+pas du tout
42	Pas d'accord+pas du tout	Pas d'accord+pas du tout	Pas d'accord+pas du tout
43	D'accord+ToutAFait	D'accord+ToutAFait	D'accord+ToutAFait
45	Pas d'accord+pas du tout	Pas d'accord+pas du tout	Pas d'accord+pas du tout
46	Ne sait pas	D'accord+ToutAFait	D'accord+ToutAFait
47	Ne sait pas	Ne sait pas	Ne sait pas
49	D'accord+ToutAFait	Ne sait pas	D'accord+ToutAFait
50	D'accord+ToutAFait	Ne sait pas	D'accord+ToutAFait
51	Ne sait pas	Pas d'accord+pas du tout	Pas d'accord+pas du tout
52	Ne sait pas	Ne sait pas	Ne sait pas
53	D'accord+ToutAFait	Ne sait pas	Ne sait pas
55	Ne sait pas	Ne sait pas	Ne sait pas
57	Pas d'accord+pas du tout	Pas d'accord+pas du tout	Ne sait pas
58	Ne sait pas	Pas d'accord+pas du tout	Ne sait pas
59	Ne sait pas	Ne sait pas	Ne sait pas
61	Pas d'accord+pas du tout	Pas d'accord+pas du tout	Ne sait pas
62	Ne sait pas	D'accord+ToutAFait	D'accord+ToutAFait
63	Ne sait pas	D'accord+ToutAFait	D'accord+ToutAFait
64	D'accord+ToutAFait	D'accord+ToutAFait	D'accord+ToutAFait
67	D'accord+ToutAFait	Pas d'accord+pas du tout	Ne sait pas
70	Ne sait pas	D'accord+ToutAFait	D'accord+ToutAFait
71	Pas d'accord+pas du tout	Pas d'accord+pas du tout	Pas d'accord+pas du tout
72	Ne sait pas	D'accord+ToutAFait	Ne sait pas
73	Ne sait pas	Ne sait pas	D'accord+ToutAFait
74	Ne sait pas	D'accord+ToutAFait	Ne sait pas
76	D'accord+ToutAFait	D'accord+ToutAFait	Ne sait pas
77	Pas d'accord+pas du tout	Pas d'accord+pas du tout	Pas d'accord+pas du tout
79	D'accord+ToutAFait	D'accord+ToutAFait	D'accord+ToutAFait
80	Ne sait pas	Ne sait pas	Ne sait pas
81	Ne sait pas	Ne sait pas	Ne sait pas
82	Ne sait pas	Ne sait pas	Ne sait pas
83	D'accord+ToutAFait	Ne sait pas	Ne sait pas
84	Ne sait pas	Pas d'accord+pas du tout	D'accord+ToutAFait
85	D'accord+ToutAFait	D'accord+ToutAFait	D'accord+ToutAFait

**Vu, le Directeur de Thèse**

Docteur DUSSART-BRULÉ Marie

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized 'M' followed by a horizontal line and a vertical stroke.

**Vu, le Doyen  
De la Faculté de Médecine de Tours  
Tours, le**

## **Mathilde RATTEZ**

72 pages – 24 tableaux – 17 figures – 2 annexes

### **Résumé :**

**INTRODUCTION.** Les directives anticipées (DA), introduites en 2005, sont peu utilisées. Modifiée en 2016, la loi Claeys-Léonetti a placé le médecin traitant en première ligne dans l'information du patient et leur rédaction. À l'époque, des travaux ont montré qu'il existait des freins à leur recueil. L'objectif de cette étude est de rechercher ceux auxquels les médecins généralistes sont toujours confrontés, particulièrement en zone sous-dotée, de préciser les modalités actuelles de recueil ainsi que l'impact de la pandémie de la COVID-19 sur celui-ci.

**MATÉRIEL ET MÉTHODES.** Étude quantitative observationnelle descriptive transversale par questionnaire, auprès des médecins généralistes du Loiret, diffusé sur une période de 6 mois. 65 réponses ont pu être exploitées (taux de réponse de 15,05%).

**RÉSULTATS.** La loi est toujours méconnue de 12,3% des médecins mais leur implication envers les DA semble meilleure (92,3% en ont déjà parlé avec des patients, 86,2% en ont déjà recueillies). Le manque d'information du patient est le premier frein. Les médecins attendent souvent que le patient aborde le sujet. Le manque de temps, exacerbé en zone sous-dotée, impacte la qualité du recueil. La formation des médecins et la coordination interprofessionnelle semblent notablement l'améliorer, notamment chez la jeune génération qui privilégie l'exercice en groupe. La fin de vie reste le moment privilégié pour parler des DA, leur rédaction restant chronophage et complexe. L'absence de rémunération semble un frein secondaire. L'accès à un support dédié paraît plus facile : internet est la première source de documentation. La conservation des DA dans deux lieux distincts est favorisée. Le DMP est peu privilégié. La pandémie de la COVID-19 semble avoir eu un effet positif en sensibilisant les médecins et les patients à l'importance des DA.

**CONCLUSION.** Une étude sur un plus grand effectif et à distance de la pandémie de la COVID-19 semble nécessaire pour compléter ces explorations.

**MOTS CLÉS.** Directives anticipées – Médecine générale – Fin de vie – Soins palliatifs - Loi Claeys-Léonetti – COVID-19.

### **Jury :**

Président du Jury : Professeur Emmanuel GYAN

Directeur de thèse : Docteur Marie DUSSART-BRÛLÉ

Membres du Jury : Professeur Donatien MALLET  
Docteur Blandine BRUANT-CRASSON

**Date de soutenance : 15 décembre 2022**