

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement par

Claire MARCILLAC

Le 10 octobre 2017

Directives anticipées :

quelles sont les connaissances des médecins généralistes en milieu rural ?

Directeur de thèse : Dr Philippe NEKROUF

JURY

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC	Président
Madame le Professeur Marie-Ève ROUGÉ-BUGAT	Assesseur
Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN	Assesseur
Madame le Docteur Motoko DELAHAYE	Assesseur
Monsieur le Docteur Philippe NEKROUF	Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul
Sabatier au 1^{er} septembre 2016

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques
Doyen Honoraire	M. LAZORTES Yves	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. LAZORTES Franck
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. ESCAT Jean		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques		
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard		

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur SALVAYRE Bernard
Professeur MURAT	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur LOUVET P.	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	
Professeur CARATERO Claude	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
Professeur COSTAGLIOLA Michel	
Professeur ADER Jean-Louis	
Professeur LAZORTES Yves	
Professeur LARENG Louis	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur MAZIERES Bernard	
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
Professeur SIMON Jacques	
Professeur FRAYSSE Bernard	
Professeur ARBUS Louis	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépat-Gastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. LOPEZ Raphael	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. IZOPET Jacques	Bactériologie-Virologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépat-Gastro-Entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALAUAUD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MAZIERES Julien	Pneumologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Develop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie		
		P.U. Médecine générale	
		M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
		M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale

Professeur Associé de Médecine Générale
POUTRAIN Jean-Christophe

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

P.U. - P.H. 2ème

classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	M. CHAUFOR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. BUSCAIL Louis	Hépto-Gastro-Entérologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. LAFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie	M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. OTAL Philippe	Radiologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TACK Ivan	Physiologie
Mme HANAIRE Héliène (C.E)	Endocrinologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène		
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie		
M. ROLLAND Yves	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

Professeur Associé de Médecine Générale
Pr STILLMUNKES André

Professeur Associé en O.R.L.
Pr WOISARD Virginie

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H.	
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. BIETH Eric	Génétique	M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie	Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie	Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie	Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE Jill	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DUPUI Philippe	Physiologie	M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie	Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire	Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
M. HAMDJ Safouane	Biochimie	Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme HITZEL Anne	Biophysique	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie	M. GASQ David	Physiologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. MONTOYA Richard	Physiologie	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme MOREAU Marion	Physiologie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. PILLARD Fabien	Physiologie	M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie	Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. TREINER Emmanuel	Immunologie	M. VERGEZ François	Hématologie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie		

M. BRILLAC Thierry
M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel	M.C.U. Médecine générale Médecine Générale
M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOLAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan

Octobre 2016

Remerciements :

Au président du jury : Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC, Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Merci d'avoir accepté de juger ce travail. Permettez-moi de vous exprimer mon profond respect et ma gratitude.

Aux membres du jury : Vous me faites l'honneur de juger cette thèse. Veuillez recevoir l'expression de mon profond respect.

A mon directeur de thèse : Monsieur le Docteur Philippe NEKROUF, Pour avoir accepté d'encadrer cette thèse. Merci pour ta patience, ton écoute et ton soutien qui ont été précieux. Je n'y serais pas arrivée sans tes conseils.

A ceux qui ont participé à cette thèse : A tous les médecins généralistes qui ont participé à ce travail.

A toutes les personnes ayant participé à ma formation : Merci.

A mes proches : A mes parents René et Annie. Merci d'avoir toujours été là pour moi, de m'avoir écoutée et soutenue pendant toutes ces longues années. Merci pour votre amour inconditionnel. A mes frères, Pierre et Vincent pour m'avoir soutenue au début de mes études. A mon compagnon Rémi pour m'avoir encouragée tout au long du cursus. A mes enfants, Zélie et Paul, pour leur patience.

A mes amis qui m'ont accompagnée tout le long de mes études et aujourd'hui encore...

Table des matières :

Introduction	page 11
Encadré n°1 : Loi Léonetti	page 12
Encadré n°2 : Loi Claeys-Léonetti	page 13
Matériel et méthode	page 14
Type d'étude :	page 14
Population étudiée :	page 14
Recueil des données :	page 14
Résultats	page 15
1- <u>Population étudiée</u> :	page 15
1.1 Genre :	page 15
1.2 Âge :	page 15
1.3 Année d'installation :	page 15
1.4 Lieu d'exercice :	page 16
1.5 Compétences spécifiques :	page 17
1.6 Responsabilités spécifiques :	page 17
2- <u>Connaissances des DA par les médecins généralistes</u> :	page 18
2.1 Connaissez-vous la loi Léonetti ? :	page 18
2.2 Connaissez-vous les DA ? :	page 18
2.3 Avez-vous lu la brochure « Mieux accompagner la fin de vie en France » diffusée récemment aux professionnels de santé ? :	page 18
2.4 Le médecin a-t-il un devoir d'information des patients sur les DA ? : ...	page 18
2.5 Les DA sont-elles limitées dans le temps ? :	page 18
2.6 Vos connaissances sur les DA vous semblent-elles suffisantes pour une mise en pratique ? :	page 19
2.7 Avez-vous connaissance d'un ou plusieurs modèles de DA ? :	page 19
2.8 Souhaitez-vous bénéficier d'une formation complémentaire sur les DA ? :	page 19
3- <u>Pratiques des médecins généralistes concernant les DA</u> :	page 20
3.1 Avez-vous déjà informé un patient sur les DA ? :	page 20
3.2 Proposez-vous la rédaction des DA à vos patients ? :	page 20
3.3 Disposez-vous d'un ou plusieurs modèles de DA ? :	page 20
3.4 Proposez-vous la désignation d'une personne de confiance à vos patients ? :	page 20

3.5 Les DA ont-elles changé votre pratique ? :	page 20
4- <u>Quizz pour tester la solidité des connaissances des médecins interrogés</u> : ...	page 21
4.1 Une personne âgée de 16 ans peut-elle rédiger ses DA ? :	page 21
4.2 Une personne aveugle peut-elle enregistrer ses DA par un moyen vidéo ? :	page 21
4.3 Les directives anticipées permettent... :	page 21
4.4 Un patient peut-il transmettre oralement à son médecin traitant ses DA ? :	page 21
4.5 Un patient peut-il annuler ses DA ? :	page 21
4.6 Un médecin peut-il refuser d'appliquer les DA de son patient ? :	page 22
5- <u>Commentaires</u> :	page 23
Discussion	page 24
1- <u>Analyse des résultats selon les caractéristiques de la population d'étude</u> : ...	page 24
1.1 Résultats selon l'âge :	page 24
1.2 Résultats selon le genre :	page 25
1.3 Résultats selon les compétences spécifiques :	page 25
1.3.1 Capacité en gériatrie :	page 25
1.3.2 Fonction de coordination en EHPAD :	page 25
1.4 Résultats selon la zone d'exercice :	page 26
2- <u>État des connaissances par les médecins généralistes du bassin de santé d'Espalion</u> :	page 27
2.1 Connaissances de la loi Léonetti :	page 27
2.2 Connaissances des DA :	page 27
2.3 Devoir d'information :	page 27
2.4 Brochure d'information :	page 27
2.5 Relation verbale médecin-patient :	page 28
3- <u>État des pratiques des médecins généralistes du bassin de santé pour les DA</u> :	page 29
3.1 Information et proposition de rédaction des DA :	page 29
3.2 Personne de confiance :	page 30
4- <u>Intérêts de l'étude</u> :	page 31
4.1 Etude sur un bassin de santé :	page 31
4.2 Population d'étude homogène :	page 31
4.3 Taux de réponse élevé :	page 32

4.4 Période de questionnement appropriée :	page 32
4.5 Modalités de questionnement neutres :	page 32
5- <u>Limites et biais de l'étude</u> :	page 33
5.1 Biais de sélection :	page 33
5.2 Questionnaire de novo :	page 33
5.3 Biais de désirabilité sociale :	page 33
5.4 Absence de calcul de fréquence de patients informés par leurs médecins sur les DA :	page 33
Conclusion	page 34
Bibliographie	page 35
Annexes	page 37
Résumé	page 52

Introduction

La loi du 22 avril 2005, dite loi Léonetti (encadré n°1), relative aux droits des malades et à la fin de vie, permet à toute personne majeure de rédiger ses directives anticipées (DA) afin d'exprimer « *ses souhaits relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement (au cas où) elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté* ».

Mes premières expériences professionnelles m'ont permis de constater que peu de patients (malades ou personnes bien portantes) avaient rédigé leurs DA ; peut-être par manque d'information de la part des professionnels de santé ou tout simplement par refus ou crainte de prendre une décision. Aussi me suis-je trouvée confrontée à des situations délicates voire complexes devant des familles désemparées. Les questions de patients en fin de vie, sur leurs derniers instants, m'ont poussée à m'intéresser aux dispositions légales existantes et à leur mise en application.

Selon l'Observatoire National de la Fin de Vie, 1,5% des français ont rédigé des DA en 2012 (1). Celles-ci sont peu connues des patients consultant en médecine générale (2).

Les précédentes études réalisées retrouvent une faible connaissance de la loi Léonetti et en particulier des DA par les médecins généralistes.

En 2008, en Loire-Atlantique, 79,5% des médecins généralistes n'avaient pas connaissance de la Loi Léonetti (3).

En 2013, une étude sur des médecins généralistes, en exercice urbain, a constaté une maîtrise insuffisante des principes énoncés par la Loi Léonetti (4).

Les médecins ne prennent que rarement l'initiative de parler de fin de vie avec leurs patients (5).

La loi a été modifiée, en date du 2 février 2016 (encadré n°2), suite à de longs débats à l'Assemblée Nationale. Cette nouvelle loi dite « Fin de Vie » ou « Claeys-Léonetti » crée désormais de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

Une campagne d'information auprès des professionnels de santé, à l'initiative du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, a eu lieu en décembre 2016 (annexes n°1 et 2).

L'objectif principal de cette étude a été de caractériser l'état des connaissances des médecins généralistes du bassin de santé d'Espalion (Nord Aveyron) concernant les DA.

L'objectif secondaire a été de faire le point sur l'état des pratiques des médecins généralistes de ce même bassin de santé concernant les DA.

Encadré n°1

Loi du 22 avril 2005 dite « Loi Léonetti » : (6)

La loi du 22 avril 2005 permet de rédiger ses DA au cas où la personne serait hors d'état d'exprimer sa volonté.

Les DA sont l'expression écrite de la volonté de la personne majeure, concernant sa fin de vie, sur les conditions de la limitation ou de l'arrêt des traitements.

Elles prennent la forme d'un document écrit, daté, signé par elle ou, si elle ne peut écrire, par deux témoins (dont la personne de confiance).

Les DA sont :

- révocables et modifiables ;
- valables trois ans ;
- renouvelables par simple confirmation signée.

Elles doivent être conservées dans un endroit accessible au médecin appelé à prendre la décision d'arrêter ou de limiter le traitement : dans le dossier médical du médecin traitant ou de l'hôpital, au domicile, par la personne de confiance, un membre de la famille ou un proche.

Le médecin doit en tenir compte pour toutes décisions d'investigation, d'intervention ou de traitement, mais il reste libre d'apprécier les conditions dans lesquelles il faut les appliquer, compte tenu de la situation.

Encadré n°2

Loi du 2 février 2016 dite « Claeys-Léonetti » ou « Fin de Vie » : (7)

La nouvelle loi « Fin de Vie » précise et renforce les conditions de rédaction des DA :

- elles expriment la volonté de la personne majeure, relative à sa fin de vie, en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'actes médicaux ;
- elles sont révisables et révocables à tout moment et par tout moyen ;
- elles ne sont plus limitées dans le temps ;
- elles sont rédigées selon un modèle qui prévoit la situation de la personne selon qu'elle se sait, ou non, atteinte d'une affection grave au moment où elle les rédige.

Les DA s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement.

Cependant, elles ne sont pas opposables car il existe deux cas pour lesquels les DA peuvent ne pas être appliquées :

- en cas d'urgence vitale, pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation,
- lorsque les DA apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale, à l'issue d'une procédure collégiale inscrite dans le dossier médical.

Le médecin traitant doit informer ses patients de la possibilité et des conditions de rédaction des DA.

Si une personne fait l'objet d'une mesure de protection juridique, elle peut rédiger des DA avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille. Le tuteur ne peut ni l'assister ni la représenter à cette occasion.

Cette loi « Fin de Vie » précise la place de la personne de confiance :

- celle-ci est désignée par écrit, la personne de confiance cosignant le document ;
- cette disposition est révisable et révocable à tout moment ;
- la personne de confiance peut, si la personne malade le souhaite, l'accompagner dans ses démarches et assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions ;
- le médecin traitant doit informer son patient de la possibilité de désigner une personne de confiance et l'inviter à le faire ;
- elle rend compte de la volonté de la personne malade. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage si la personne malade n'est plus en état d'exprimer sa volonté.

La loi « Fin de Vie » précise la notion d'obstination déraisonnable : le médecin doit s'abstenir de certains actes dès lors qu'ils sont soit inutiles, soit disproportionnés, soit sans autre effet que le maintien artificiel de la vie.

Elle précise également le droit à la sédation terminale, c'est-à-dire de la prise en charge de la douleur ou de l'inconfort même si celle-ci doit en accélérer le décès.

Matériel et méthodes

Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude observationnelle descriptive transversale des connaissances et des pratiques des médecins généralistes à propos des DA sur une unité géographique : le bassin de santé d'Espalion.

Population étudiée :

La population sélectionnée était celle des médecins généralistes libéraux installés dans le bassin de santé d'Espalion, secteur rural et urbain d'exercice (critère d'inclusion).

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

Recueil des données :

Les médecins ont été contactés par téléphone afin de prendre rendez-vous à leur cabinet, sans mention préalable du motif du questionnaire. Le temps de passation du questionnaire a été préalablement annoncé au médecin interrogé.

Les données ont été recueillies au travers d'un questionnaire structuré avec quelques questions filtres, directement en face-à-face, puis anonymisées (annexe n°3).

Cinq types d'informations, regroupées en bloc, ont été explorées :

- description du médecin interrogé,
- connaissances des DA,
- pratiques des DA,
- opinions,
- intentions.

Les questions étaient fermées, hormis la dernière permettant de recueillir des commentaires ou opinions.

Les questions étaient toutes numérotées.

L'objectif de l'enquête était rappelé dans le titre du questionnaire.

Le logiciel Excel® a été utilisé pour réaliser les statistiques (fréquences, moyennes, écart-types, estimation de p par la loi de Khi-deux).

Résultats

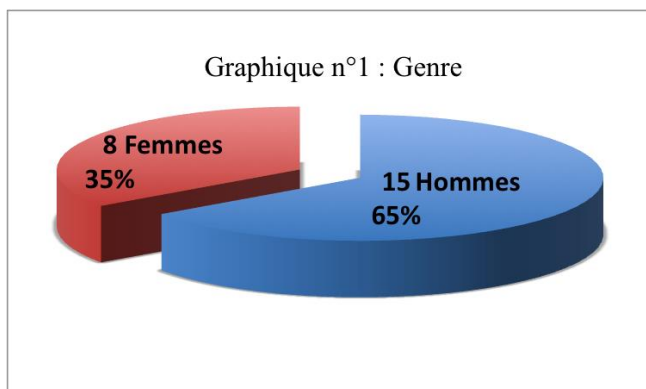
1- Population étudiée :

La population étudiée comptait 25 médecins généralistes libéraux, installés durant la période de recueil, soit de février à avril 2017 :

23 médecins généralistes ont répondu au questionnaire soit un taux de réponse de 92%.

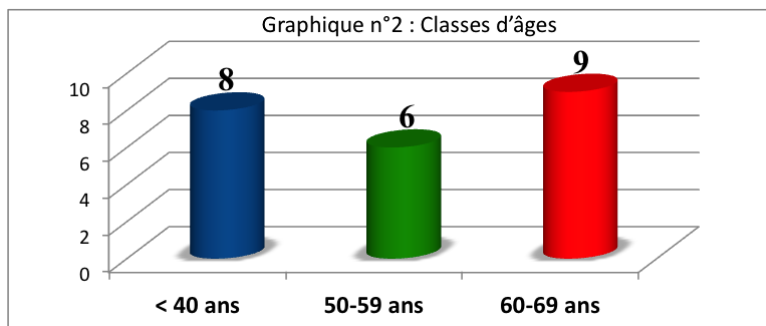
931 items ont été analysés (annexe 4).

1.1 Genre :



1.2 Âge :

Les 23 médecins se sont répartis en trois classes d'âges :



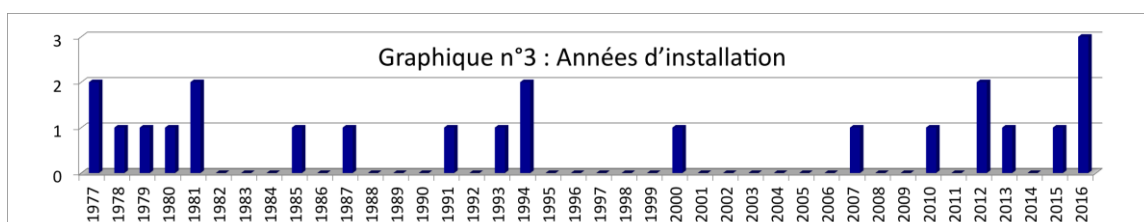
35 % de médecins de moins de 40 ans, 26 % entre 50 et 59 ans, 39 % de plus de 60 ans.

La moyenne d'âge était de 52 ans avec un écart-type de 14,3 ans.

1.3 Année d'installation :

Les médecins généralistes interrogés se sont installés sur une période allant de 1977 à 2016 avec une année d'installation moyenne en 1996 et un écart-type de 14,7 ans.

Plus précisément, la répartition est indiquée dans le graphique n°3 ci-dessous :



1.4 Lieu d'exercice :

Les 23 médecins interrogés exerçaient dans 10 localités différentes du bassin de santé.

Dix-sept médecins exerçaient en milieu rural soit 74 % des médecins interrogés :

- 2 à Argences-en-Aubrac (9 %),
- 2 à Entraygues-sur-Truyère (9 %),
- 4 à Laguiole (17 %),
- 2 à Mur-de-Barrez (9 %),
- 2 à Saint-Amans-des-Côtes (9 %),
- 1 à Saint-Chély d'Aubrac (4 %),
- 3 à Saint-Geniez-d'Olt (13 %)
- 1 à Thérondels (4 %)

Six médecins exerçaient en milieu urbain soit 26 % des médecins interrogés :

- 5 à Espalion (22 %),
- 1 à Saint-Côme d'Olt (4 %)

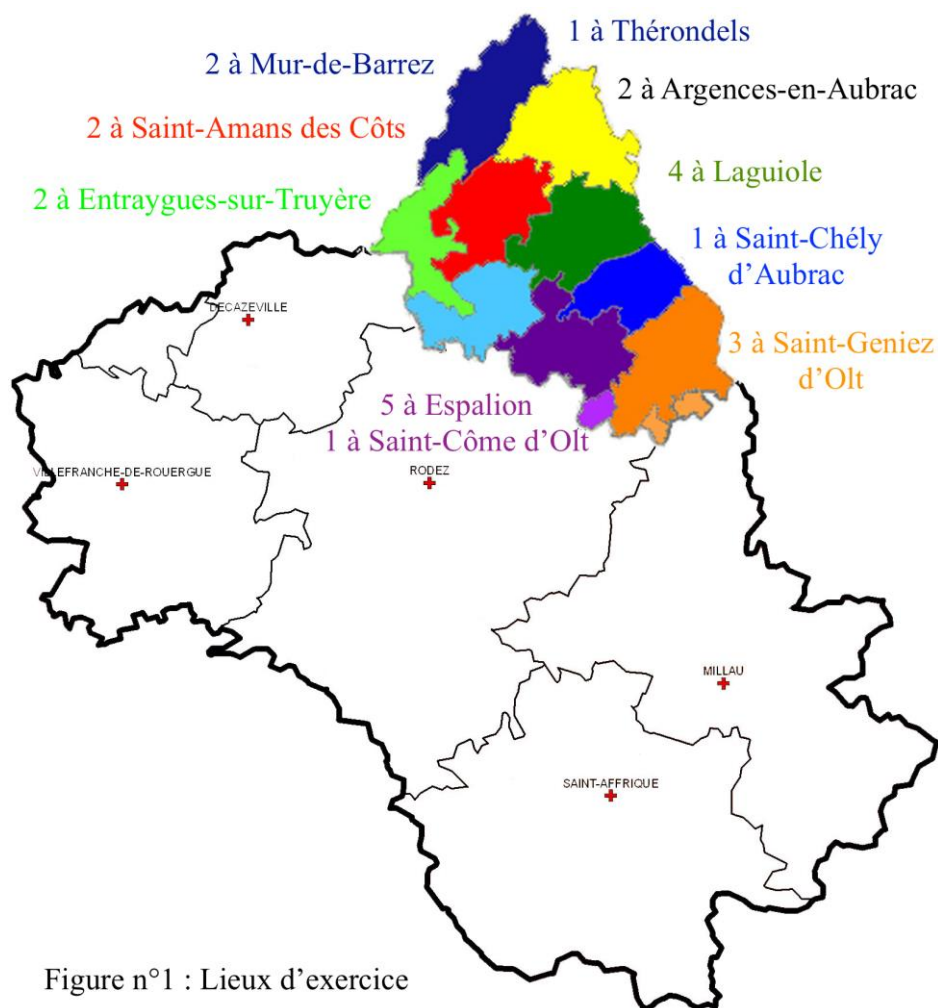


Figure n°1 : Lieux d'exercice

1.5 Compétences spécifiques :

Parmi les médecins interrogés, 7 avaient les compétences spécifiques suivantes :

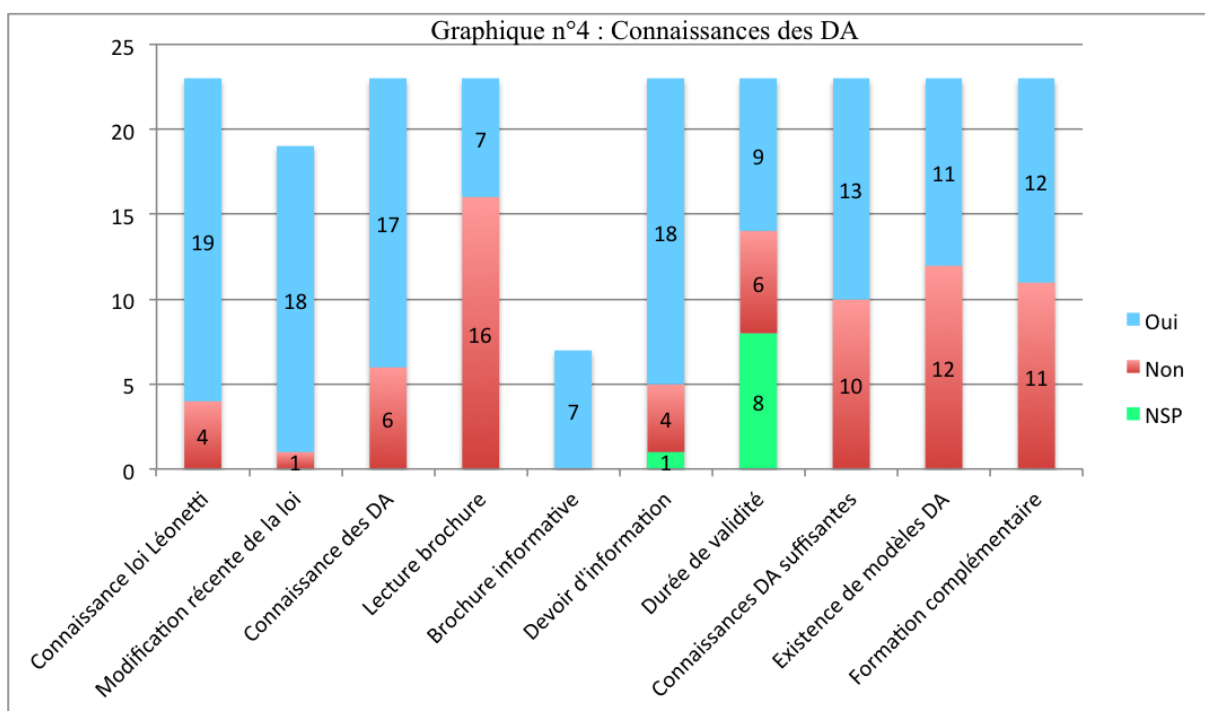
- 1 en soins palliatifs (soit 4 % des médecins interrogés)
- 3 en gériatrie – gérontologie (13 %)
- 6 médecins coordonnateurs en EHPAD (26 %)
- 1 médecin Régulateur PDSA (4 %).

1.6 Responsabilités spécifiques :

Parmi les médecins interrogés, certains avaient les responsabilités spécifiques suivantes :

- 2 avaient des responsabilités au sein du conseil de l'ordre départemental (9 %)
- 5 avaient des responsabilités au sein d'associations professionnelles (22 %)

2- Connaissances des DA par les médecins généralistes :



2.1 *Connaissez-vous la loi Léonetti ? :*

83 % des médecins généralistes interrogés ont dit connaître la loi Léonetti parmi lesquels 95% ont su qu'elle avait été modifiée récemment.

2.2 *Connaissez-vous les DA ? :*

74 % des médecins interrogés ont déclaré connaître les DA.

2.3 *Avez-vous lu la brochure « Mieux accompagner la fin de vie en France » diffusée récemment aux professionnels de santé ? :*

Une brochure d'information concernant les DA auprès des professionnels de santé a été diffusée au mois de décembre 2016.

30 % des médecins interrogés l'ont lue parmi lesquels tous l'ont trouvée informative.

2.4 *Le médecin a-t-il un devoir d'information des patients sur les DA ? :*

78% savaient que les médecins ont un devoir d'information sur les DA.

2.5 *Les DA sont-elles limitées dans le temps ? :*

39 % des médecins interrogés savaient qu'il n'existe plus de durée de validité pour les DA.

2.6 *Vos connaissances sur les DA vous semblent-elles suffisantes pour une mise en pratique ? :*

57% des médecins interrogés ont estimé avoir une connaissance des DA suffisante pour leur mise en pratique.

2.7 *Avez-vous connaissance d'un ou plusieurs modèles de DA ? :*

47% des médecins interrogés savaient qu'il existe un modèle de DA.

2.8 *Souhaitez-vous bénéficier d'une formation complémentaire sur les DA ? :*

52% des médecins interrogés aimeraient bénéficier d'une formation complémentaire sur les DA.

3- Pratiques des médecins généralistes concernant les DA :

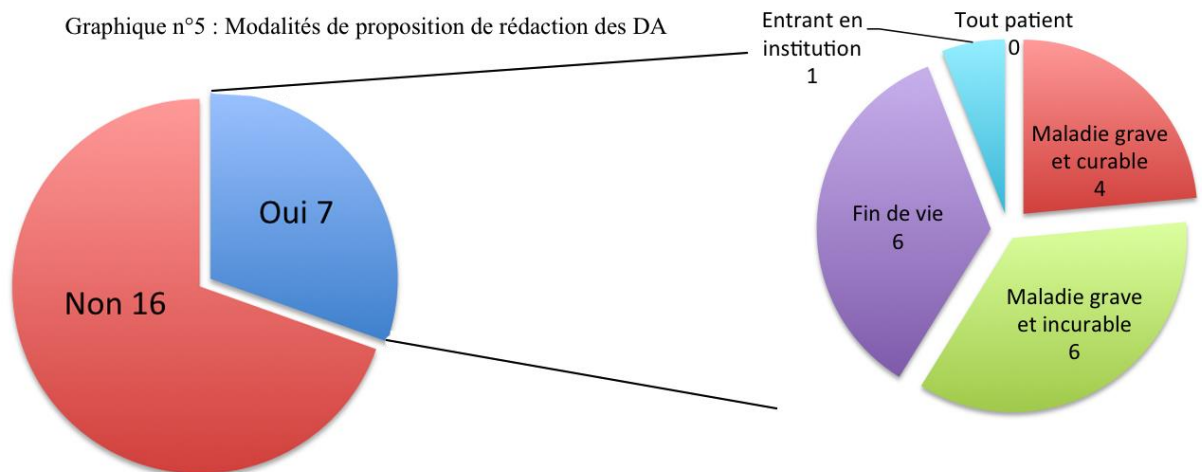
3.1 *Avez-vous déjà informé un patient sur les DA ? :*

48 % des médecins interrogés ont informé au moins un de leurs patients sur les DA.

3.2 *Proposez-vous la rédaction des DA à vos patients ? :*

30% des médecins interrogés ont proposé la rédaction des DA à leurs patients.

Parmi ceux-ci, soit 7 sur les 23 médecins interrogés, tous n'ont pas proposé la rédaction selon les mêmes modalités.



3.3 *Disposez-vous d'un ou plusieurs modèles de DA ? :*

35 % des médecins interrogés ont déclaré posséder au moins un modèle de DA.

3.4 *Proposez-vous la désignation d'une personne de confiance à vos patients ? :*

61 % des médecins interrogés ont déclaré avoir proposé la désignation d'une personne de confiance à leurs patients.

3.5 *Les DA ont-elles changé votre pratique ? :*

21% des médecins interrogés ont estimé que le droit des patients aux DA a changé leur pratique.

4- Quiz pour tester la solidité des connaissances des médecins interrogés :

4.1 *Une personne âgée de 16 ans peut-elle rédiger ses DA ? :*

43% des médecins interrogés ont semblé savoir que les DA ne peuvent être rédigées que par une personne majeure.

4.2 *Une personne aveugle peut-elle enregistrer ses DA par un moyen vidéo ? :*

65% des personnes interrogées ont semblé savoir qu'une personne aveugle ne peut pas enregistrer ses DA par un moyen vidéo.

4.3 *Les directives anticipées permettent... :*

- « ... de respecter les volontés de la personne concernant sa fin de vie » : 96% des médecins interrogés ;
- « ... la possibilité de poursuivre tout traitement ou acte médical » : 91% ;
- « ... la possibilité de limiter tout traitement ou acte médical » : 91% ;
- « ... la possibilité d'arrêter tout traitement ou acte médical » : 83% ;
- « ... la possibilité de refuser tout traitement ou acte médical » : 87%.

Cet item a permis de constater que 17 médecins sur 23, soit 73% des médecins interrogés, semblaient connaître les cinq dispositions fondamentales concernant les DA.

4.4 *Un patient peut-il transmettre oralement à son médecin traitant ses DA ? :*

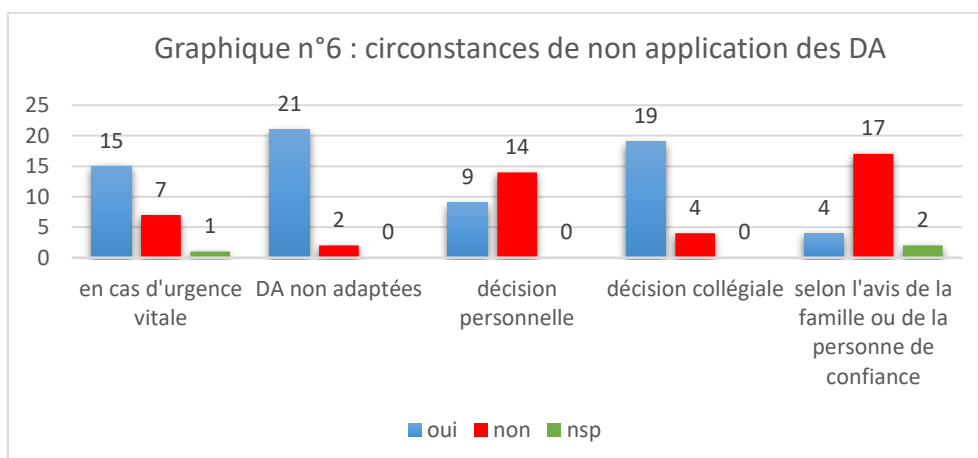
30% des médecins interrogés ont déclaré qu'un patient peut transmettre oralement ses DA.

4.5 *Un patient peut-il annuler ses DA ? :*

Tous les médecins interrogés semblaient savoir que les DA peuvent être annulées par leur rédacteur.

4.6 Un médecin peut-il refuser d'appliquer les DA de son patient ? :

Il existe des circonstances particulières dans lesquelles un médecin peut ne pas appliquer des DA.



- 65% des médecins interrogés savaient qu'on peut ne pas appliquer les DA en cas d'urgence vitale ;
- 91% savaient qu'on peut ne pas les appliquer si elles sont inadaptées à la situation ;
- 61% savaient qu'un médecin ne peut refuser l'application des DA du fait d'une décision personnelle ;
- 87% ont répondu qu'une décision collégiale est nécessaire à la non-application des DA ;
- 74% savaient qu'un médecin ne peut refuser l'application des DA au motif que la personne de confiance ou la famille le demande.

Au total 26 % des médecins interrogés semblaient connaître l'ensemble des conditions nécessaires au respect des DA.

5- Commentaires :

Les commentaires des médecins généralistes recueillis à propos des DA ont été :

- « Profiter de la campagne d'information grand public afin d'en parler aux patients »
- « Pas d'application aveugle de la loi - je reste le patron »
- « Quelques patients sont venus avec leurs DA »
- « Il faut garder son libre arbitre et respecter la liberté d'action du médecin »
- « Ça n'a pas changé grand-chose »
- « Le médecin décide à la sortie »
- « Beaucoup de patients vivent inutilement... »
- « Il faut se conformer aux DA »
- « Intérêt d'avoir une discussion orale avec ses patients »
- « Il est très difficile d'aborder le sujet avec ses patients »
- « Deux patients m'ont amené leurs DA »

Discussion

1. Analyse des résultats selon les caractéristiques de la population d'étude :

1.1. Résultats selon l'âge :

Les médecins interrogés se divisent en trois groupes d'âge : le groupe des moins de 40 ans, le groupe des 50 – 59 ans et le groupe des plus de 60 ans.

Le groupe des 50 – 59 ans semble être mieux informé des dispositions de la loi Léonetti et des DA.

En effet, 100 % des 50 – 59 ans disent connaître la loi Léonetti comparé à 75 % des moins de 40 ans et 77 % des plus de 60 ans (p non significatif).

100 % des 50 – 59 ans disent connaître les DA par rapport à 62 % des moins de 40 ans et 66% des plus de 60 ans (p non significatif).

Cependant, si on teste les connaissances acquises (questions 4.3.1 à 4.3.5 du questionnaire), 75 % des moins de 40 ans, 67 % des 50 – 59 ans et 78 % des plus de 60 ans répondent correctement à cet ensemble de questions.

Concernant les pratiques à propos des DA, une même tendance est retrouvée chez les 50 – 59 ans.

En effet, 83 % des 50 – 59 ans comparé à 37 % des moins de 40 ans et 33 % des plus de 60 ans informent leurs patients sur les DA (p non significatif).

50 % des 50 – 59 ans proposent la rédaction des DA par rapport à 25 % des moins de 40 ans et 22 % des plus de 60 ans (p non significatif).

Par contre 77 % des plus de 60 ans proposent la désignation d'une personne de confiance alors qu'ils sont la moitié pour les deux autres groupes, plus jeunes.

Enfin, 37 % des moins de 40 ans estiment que la législation sur les DA a changé leur pratique. Alors qu'ils sont 16 % des 50 – 59 ans et 11 % des plus de 60 ans à l'estimer (différence non significative).

Comment expliquer les différences entre les groupes ? Quelques hypothèses peuvent être avancées :

- pour le groupe des moins de 40 ans : médecins en début de carrière avec moins d'expérience pratique pour l'abord des questions de fin de vie ?
- pour le groupe des 50 – 59 ans : médecins plus expérimentés et plus impliqués dans la vie associative ?
- pour le groupe des plus de 60 ans : une fin de carrière plus proche avec peut-être moins d'implication dans le changement de leurs pratiques ?

1.2. Résultats selon le genre :

75 % des femmes et 87 % des hommes estiment connaître la loi Léonetti.

75 % des femmes et 73 % des hommes estiment connaître les DA.

Concernant les pratiques, 62 % des femmes informent leurs patients sur les DA, 40 % des hommes (p non significatif).

Les médecins interrogés sont 37 % des femmes et 26 % des hommes à proposer la rédaction des DA.

Par ailleurs, ils sont 62 % des femmes et 60 % des hommes à proposer la désignation d'une personne de confiance.

Enfin, 37 % des femmes et 13 % des hommes estiment que la législation concernant les DA a changé leurs pratiques (p non significatif).

Finalement, il existe peu de différences selon le genre.

1.3. Résultats selon les compétences spécifiques :

1.3.1. Capacité en gériatrie :

Trois des médecins interrogés ont une capacité en gériatrie/gérontologie. Tous estiment connaître les DA mais ne sont que deux sur trois à informer leurs patients des DA et aucun d'entre eux ne propose leur rédaction.

Tous proposent la désignation de la personne de confiance.

Ces statistiques ne sont pas significatives. Cependant, ces réponses pourraient être expliquées par une meilleure formation de ces praticiens sur la fin de vie.

1.3.2. Fonction de coordination en EHPAD :

Six médecins sur les vingt-trois interrogés ont une fonction de coordination en EHPAD. Parmi ceux-ci, 83 % disent connaître la loi Léonetti et 100 % les DA (p non significatif).

Les deux tiers informent leurs patients de l'existence des DA et un seul propose leur rédaction alors que 83 % d'entre eux proposent la désignation de la personne de confiance (p non significatif).

Ces professionnels semblent mieux connaître les principes de la loi Léonetti et des DA.

Ils sont nombreux à proposer la désignation d'une personne de confiance probablement car c'est un des items à remplir dans les dossiers de préadmission en EHPAD (8).

Une précédente thèse (9) retrouvait qu'en EHPAD, « le fait d'avoir déjà discuté avec un résident à propos des DA est corrélé (...) aux fonctions de coordination (IDEC, médecin coordonnateur) ».

1.4. Résultats selon la zone d'exercice :

17 médecins exercent en commune rurale et 6 en commune urbaine.

Les médecins en commune urbaine sont 83 % à déclarer connaître la loi Léonetti, comparable aux 82 % de ceux exerçant en commune rurale.

66 % des médecins exerçant en commune urbaine et 76 % des médecins de communes rurales déclarent connaître les DA.

47 % des médecins exerçant en commune rurale informent leurs patients sur les DA ainsi que 50 % des médecins exerçant en zone urbaine.

23 % des médecins « ruraux » et 50 % des médecins « urbains » proposent la rédaction des DA.

Cette dernière différence peut être expliquée par la présence d'un centre hospitalier sur Espalion avec un service Médecine dans lequel interviennent 4 des 6 médecins de l'unité urbaine ; spécificité pouvant favoriser l'information sur les DA et leur rédaction.

Paradoxalement les médecins exerçant en commune urbaine sont un peu moins nombreux à proposer la désignation d'une personne de confiance (50 % comparativement à 64 % pour les médecins « ruraux »).

2. État des connaissances par les médecins généralistes du bassin de santé d'Espalion :

2.1. Connaissances de la loi Léonetti :

Un pourcentage de 83 % de médecins généralistes interrogés disent connaître la loi Léonetti. Comme mentionné ci-avant, 79,5 % des médecins généralistes n'avaient pas connaissance de la Loi Léonetti en 2008 en Loire-Atlantique (1).

Il semble qu'il y ait une meilleure connaissance des professionnels de santé sur ce sujet dans le bassin de santé d'Espalion en 2017.

2.2. Connaissances des DA :

Dans notre enquête, 74 % des médecins interrogés déclarent connaître les grands principes des DA et 73 % semblent en effet connaître les dispositions de la loi.

Ces données semblent rejoindre celles d'une récente étude sur 71 médecins généralistes de Côte d'Or (10) dont 69% déclarant connaître la nouvelle loi.

Certains points plus précis de notre étude restent tout de même à approfondir : en effet seuls 39 % des médecins interrogés savent qu'il n'existe plus de durée de validité.

Une enquête sur les DA réalisée auprès de professionnels de santé en Languedoc-Roussillon entre octobre 2015 et avril 2016 met en évidence des manquements sur les connaissances des DA : « plus de 30 % d'entre eux ne savent pas si les directives anticipées ont une durée limitée ». (11)

2.3. Devoir d'information :

78 % savent que les médecins ont un devoir d'information sur les DA. Ce point, évalué dans le cadre du questionnaire, est une nouveauté de la loi Claeys-Léonetti (encadré n°2).

2.4. Brochure d'information :

Un tiers des médecins interrogés ont lu la brochure d'information sur les DA destinée aux professionnels de santé délivrée en décembre 2016 (annexe n°1). Elle leur a apporté une information qualifiée de suffisante concernant les DA. Plus de la moitié des médecins interrogés estiment avoir une connaissance des DA suffisante pour leur mise en pratique mais une proportion identique d'entre eux aimeraient bénéficier d'une formation complémentaire sur les DA.

Or, la nouvelle loi incite « le médecin traitant (à informer) ses patients de la possibilité et des conditions de rédaction de directives anticipées ». La brochure d'information citée plus haut n'est qu'une première étape d'une formation pratique qui serait utile à mettre en place. D'autant plus que certains médecins ont souligné les difficultés à aborder le sujet avec leurs patients.

2.5. *Relation verbale médecin-patient :*

Plusieurs médecins généralistes interrogés ne connaissent pas les conditions de validité des DA :

- DA écrites et non orales (30 % des médecins interrogés ne savent pas que des DA orales ne sont pas valables),
- instructions écrites par une personne majeure ayant gardé sa capacité de discernement (43 % des médecins interrogés ne savent pas que les mineurs ne peuvent pas écrire de DA).

Un médecin a en effet souligné ce point : « Intérêt d'avoir une discussion orale avec ses patients »

La relation médecin-patient est d'abord basée sur une confiance qui se construit à partir du colloque singulier. Il s'agit, pour reprendre une expression prêtée à Louis PORTES (12), « d'une confiance (celle du patient) qui rejoint librement une conscience (celle du médecin) ». Cette relation mêle d'abord du verbal et du non-verbal avant un écrit. Ce nouveau droit des patients aux DA, basé sur un droit écrit, est à assimiler par les médecins.

3. État des pratiques des médecins généralistes du bassin de santé pour les DA :

3.1. Information et proposition de rédaction des DA

Près de la moitié des médecins (11 sur 23) informent leurs patients sur les DA.

Seuls 3 médecins sur 10 (7 sur les 23 médecins interrogés) proposent la rédaction des DA.

De plus, les modalités de proposition de rédaction sont variables :

- 6 de ces 7 médecins les proposent à des patients en fin de vie ou atteint de maladie grave ou incurable,
- 4 d'entre eux les proposent à des patients atteints de maladie grave et curable,
- un seul à des patients entrant en institution,
- aucun à un patient tout-venant.

Ces résultats montrent que le médecin généraliste semble associer la rédaction des DA uniquement aux personnes gravement malades ou en fin de vie.

Peut-être que les médecins ont des difficultés à imaginer la rédaction des DA hors d'un cadre de situation de fin de vie imminente ou proche... à l'image même de leurs patients.

En effet, dans un article de critique juridique de la nouvelle loi, rédigé par deux juristes spécialistes du droit privé en 2016, ces difficultés ont été également soulignées par le fait qu'en 2012 : « seuls 2,5% des personnes décédées avaient rédigé des directives anticipées. Les raisons de cet échec semblent diverses. Parmi celles-ci, ressort en particulier la difficulté d'anticiper une situation de fin de vie ou de rédiger ses directives, ou encore le caractère jugé inutile ou même dangereux d'une expression anticipée de sa propre volonté. Ces réticences révèlent à la fois les difficultés éprouvées par toute personne à formuler par écrit (...) sa volonté par avance pour sa fin de vie, ainsi que le sentiment d'inutilité d'une telle démarche. » (13)

Pour surmonter les difficultés de rédaction, la nouvelle loi propose de recourir à un modèle de DA (non obligatoire). Près de la moitié des médecins interrogés disent connaître l'existence de ces modèles. Un tiers des médecins disent posséder un ou plusieurs de ces modèles. (14) (annexe n°5)

3.2. *Personne de confiance :*

61 % des médecins interrogés proposent la désignation d'une personne de confiance.

Seuls 34 % (8 des 23 médecins interrogés) proposent à la fois l'information sur les DA et la désignation d'une personne de confiance.

Or la personne de confiance a une mission de référent auprès de l'équipe médicale dans le cas où le patient n'est plus en mesure de s'exprimer. L'information conjointe de ces deux droits améliorés par la nouvelle loi permettrait probablement une meilleure utilisation des DA par les médecins et leurs patients.

Une évaluation des situations de fin de vie en EHPAD en 2015 (15) retrouvait que 27,6 % des personnes décédées avaient reçues une proposition de désignation de personne de confiance. Le fait d'avoir une mention de la personne de confiance sur les dossiers de préadmission en EHPAD a pu favoriser leur désignation.

Une mention associée de l'existence de DA dans ces mêmes dossiers de préadmission favoriserait sans doute leur rédaction.

Certains médecins généralistes ont signalé dans leurs commentaires que le médecin était seul juge dans les décisions à prendre :

- « Pas d'application aveugle de la loi - je reste le patron »
- « Il faut garder son libre arbitre et respecter la liberté d'action du médecin »
- « Ça n'a pas changé grand'chose »
- « Le médecin décide à la sortie ».

Or la loi « Fin de Vie » renforce les droits des patients et améliore l'accès et l'utilisation des DA. Celles-ci s'imposent désormais aux médecins sauf cas d'urgence vitale ou non-conformité à la situation médicale.

4. Intérêts de l'étude :

4.1. Etude sur un bassin de santé :

Il s'agit d'une étude des connaissances et des pratiques, centrée sur l'ensemble d'un bassin de santé de la région Midi-Pyrénées.

Ce bassin de santé est caractérisé par une population de 26 797 habitants (données INSEE 2010) dont 30,9% ont plus de 65 ans.

Il s'agit d'un des bassins de santé les plus âgés de la région Midi-Pyrénées mais aussi le plus éloigné en moyenne d'un hôpital pivot. La population est, en effet, à 63 minutes en moyenne du CH Rodez. L'ensemble du bassin de santé d'Espalion est en « zone blanche ». Une « zone blanche » est un territoire éloigné de plus de 30 minutes d'un établissement hospitalier disposant d'un Service d'Accueil des Urgences (SAU) et ou d'un Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR).

D'après les statistiques de l'INSEE 2015 (répartition des décès selon le lieu de décès en Aveyron), 21 % des décès ont lieu à domicile et 14 % en maison de retraite (16). Les médecins généralistes du bassin de santé d'Espalion peuvent être amenés, plus particulièrement, à prendre en charge des personnes en fin de vie dans ce même bassin.

4.2. Population d'étude homogène :

D'après l'INSEE, une unité urbaine est une commune ou un ensemble de communes qui compte au moins 2 000 habitants et présente une zone de bâti continu (c'est-à-dire sans coupure de plus de 200 mètres entre deux constructions).

Une commune urbaine est une commune appartenant à une unité urbaine. Les autres communes sont dites rurales.

Dans le bassin de santé d'Espalion, il existe une unique unité urbaine composée de deux communes urbaines :

- Espalion ;
- Saint-Côme d'Olt.

Toutes les autres communes du bassin de santé d'Espalion sont des communes rurales.

À noter que Villecomtal, commune rurale du bassin de santé d'Espalion, est intégrée à la couronne périurbaine de Rodez. (annexe n°6)

La population étudiée est adaptée à l'objectif principal et secondaire. Elle présente une certaine homogénéité par rapport à la patientèle prise en charge et à l'éloignement hospitalier. Cependant elle est subdivisée en deux groupes : médecins de commune rurale et médecins de commune urbaine.

4.3. *Taux de réponse élevé :*

Le taux de réponse au questionnaire est élevé (92 %) ; de ce fait le biais dû à l'absence de réponse est minimisé. La faiblesse du taux de non-répondant est permise par le mode de contact personnalisé et de collecte des données en face-à-face.

4.4. *Période de questionnement appropriée :*

La période de questionnement s'est étalée de mars à avril 2017 soit 3 mois après la campagne d'information destinée aux professionnels de santé et concomitamment à la campagne d'information destinée au grand public.

4.5. *Modalités de questionnement neutres :*

La formulation des questions a été écrite afin d'éviter de laisser apparaître des convictions personnelles ou d'induire des réponses consensuelles.

Le dernier item est une question ouverte permettant d'affiner la réponse à l'objectif secondaire.

Afin de limiter l'effort de mémoire, le questionnaire était placé entre les mains du médecin interrogé.

5. Limites et biais de l'étude :

5.1. Biais de sélection :

Notre population d'étude comprenait les médecins généralistes libéraux, installés dans le bassin de santé d'Espalion. Cette population est nécessairement réduite. Celle-ci comporte 25 médecins. L'échantillon ainsi obtenu est trop peu important pour obtenir des statistiques significatives.

Par ailleurs, 12 des médecins interrogés connaissaient l'enquêteur avant la mise en œuvre du questionnaire.

Il n'existe pas, dans la littérature, de population de référence pour les objectifs principal et secondaire de l'étude. De ce fait, aucune comparaison n'a pu être établie.

5.2. Questionnaire de novo :

Il s'agissait d'un questionnaire créé pour cette étude. Celui-ci n'a pas été testé préalablement sur un échantillon avant de se lancer dans le questionnement des médecins généralistes du bassin de santé. Le questionnaire n'a pas été construit à partir d'items existants et validés.

5.3. Biais de désirabilité sociale :

Certaines des questions concernant les connaissances ou les pratiques ont pu faire l'objet d'un biais de désirabilité sociale. En effet la modalité de recueil en face-à-face a pu majorer ce risque même s'il a probablement permis de recueillir des données de meilleure qualité qu'un autre mode de recueil (données plus détaillées, moins d'erreurs d'interprétation des items, bonne participation des médecins interrogés).

5.4. Absence de calcul de fréquence de patients informés par leurs médecins sur les DA :

Le questionnaire utilisé pour l'étude visait d'abord à faire le point sur l'état des connaissances des médecins généralistes sur les DA. Aussi, pour l'objectif secondaire concernant l'état des pratiques des médecins généralistes sur les DA, le calcul d'une fréquence d'information des patients sur les DA par leurs médecins traitants n'a pas été réalisé. Cette donnée nécessitait en effet de faire un questionnaire ou un sondage auprès des patients et sortait du cadre de l'étude.

Conclusion

L'état des connaissances des médecins généralistes du bassin de santé d'Espalion concernant les DA semble meilleur actuellement, peut-être en raison de la récente campagne d'information des pouvoirs publics aux professionnels de santé puis au grand public.

Cependant l'état des pratiques des médecins généralistes du même bassin de santé concernant les DA semble rester encore à l'état d'intention.

L'information sur les DA semble faite par la moitié des médecins, mais sans évaluation du nombre de patients concernés.

La rédaction des DA reste de plus en plus proposée aux patients par leurs médecins traitants.

Les patients semblent pourtant placer leur médecin généraliste comme interlocuteur central dans ce dispositif (2).

Il ressort de cette étude que les médecins généralistes ont des difficultés à proposer la rédaction des DA à tous leurs patients. Ils semblent associer cette proposition aux personnes gravement malades ou en fin de vie.

La sensibilisation des médecins aux droits des patients concernant leur fin de vie, à l'amélioration de l'accès et l'utilisation des directives anticipées, semble commencer à porter ses fruits. Il faut poursuivre par une amélioration de l'information et de la formation réservée aux professionnels de santé et notamment aux médecins généralistes.

Cette étude peut contribuer à une prise de conscience dans ce domaine. Elle pourrait être suivie par d'autres études explorant, de façon quantitative et/ou qualitative, les pratiques des médecins généralistes et l'impact sur leurs patients de l'information et de la formation sur les DA.

Toulouse, le 12/09/17

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté de Médecine Purpan D.CARRIE



le 12/09/17

Vu, le Président du Jury
Pr. Stéphane OUSTRIC



Bibliographie :

- (1) GERARD M., 2012. « Les mots du débat sur la fin de vie », Le Monde (page consultée le 12/2/2017) [en ligne], http://www.lemonde.fr/sante/article/2012/11/01/les-mots-cles-du-debat-sur-la-fin-de-vie_1784625_1651302.html
- (2) JORY-PASCAL N. Directives anticipées : avis de patients de médecine générale dans l'Hérault. [Thèse de doctorat d'université, Médecine Générale] Montpellier, 2015.
- (3) CLEMENT R. Que font des médecins face à des demandes de mort de malades en situation de fin de vie ? [Thèse de doctorat d'université en Sciences, Ethique médicale] Paris V René DESCARTES, 2008.
- (4) PARET C. Les médecins généralistes utilisent-ils la Loi Léonetti ? [Thèse de doctorat d'université, Médecine Générale] Paris Créteil, 2013.
- (5) BAUDIN S. Opinion des médecins généralistes niçois sur les directives anticipées de la Loi Léonetti dans la prise en charge des patients en fin de vie. [Thèse de doctorat d'université, Médecine Générale] Nice, 2012.
- (6) Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie dite Loi Léonetti. JORF n°95 du 23 avril 2005. (page consultée le 11/03/2017) [en ligne], <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000446240&dateTexte=&categorieLien=id>
- (7) Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie dite Loi « Claeys-Léonetti » ou Loi « Fin de Vie ». JORF n°28 du 3 février 2016. (page consultée le 11/03/2017) [en ligne], <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT0000031970253&categorieLien=id>
- (8) Décret n°2012-493 du 13 avril 2012 relatif au dossier de demande d'admission dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. JORF n°0091 du 17 avril 2012. (consulté le 12/08/2017) [en ligne] <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT0000025703744&dateTexte=&categorieLien=id>
- (9) BOURGEOIS C. La personne de confiance et les directives anticipées, des moyens d'expression anticipée de la volonté en fin de vie : une enquête dans les EHPAD en 2013. [Thèse de doctorat d'université, Médecine Générale] Bordeaux II, 2013

- (10) CARRASCOSA M. Evaluation de l'expérience et des difficultés rencontrées par les médecins généralistes de Côte-d'Or à propos des directives anticipées. [Thèse de doctorat d'université, Médecine générale] Dijon, 2017.
- (11) Groupe de travail « Ethique et fin de vie : observatoire sur la fin de vie ». Synthèse de l'enquête régionale sur les directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance (page consultée le 25/05/2017) [en ligne], <http://espace-ethique-lr.org/wp-content/uploads/2016/06/Résultats-enquête-régionale1.pdf>
- (12) BELLLOT L. Emergence et évolution du concept de soins centrés sur le patient : enquête documentaire. [Thèse de doctorat d'université, Médecine Générale] Nantes, 2015.
- (13) BOURDAIRE-MIGNOT C, GRUNDLER T. La nouvelle loi française sur la fin de vie. Premiers regards sur la loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. BioLaw Journal ; 2016/1 : 157-172
- (14) 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 (consulté le 25/08/2017) [en ligne] https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000032967746
- (15) DEGOIS M, GRILLOT A, BOYRACI E et al. Les pratiques des soins palliatifs en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Revue Santé Publique ; 2015/2 (Vol. 27) : 199
- (16) GISQUET E, AOUBA A, JOUGLA E et al. Où meurt-on en France ? Analyse des certificats de décès (1993-2008). BEH 2012/12, (n° 48). (page consultée le 18/08/2017), [en ligne]. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2012/BEH-n-48-2012>

Annexes :

Annexe n°1 : fiche informative destinée aux professionnels de santé concernant les DA



Mieux accompagner la fin de vie

La loi du 2 février 2016 modifie les dispositions relatives à la fin de vie : des droits renforcés et des droits nouveaux pour les personnes malades et les personnes en fin de vie. Chacun peut exprimer ses volontés sur la fin de vie, qu'il soit en bonne santé ou malade.

PARLONS-EN AVANT : PROFESSIONNELS DE SANTÉ, VOUS ÊTES LES MIEUX PLACÉS POUR ABORDER LA FIN DE VIE AVEC LES PATIENTS.

CE QUE CHANGE LA LOI DU 2 FÉVRIER 2016

- Améliorer** : l'accès et l'utilisation des directives anticipées
- Conforter** : la volonté du patient dans « le processus décisionnel »
- Instaurer** : un droit à la sédation profonde et continue jusqu'au décès, à la demande du patient, dans des conditions et selon une procédure stricte
- Clarifier** : Le refus de l'obstination déraisonnable

- Mieux répondre** : à la demande d'une fin de vie digne, accompagnée et apaisée, par une meilleure prise en charge de la souffrance

PARLONS-EN AVANT

METTRE EN PLACE LES CONDITIONS DU DIALOGUE

Professionnels de santé, vous avez un rôle essentiel pour informer les patients sur leurs droits, avant même qu'ils soient confrontés à la maladie ou aux suites d'un accident. Chaque patient a droit à une information claire, loyale et objective sur son état de santé, ainsi que sur les suites envisageables.

 **DES FORMATIONS DÉDIÉES**

Des formations à l'accompagnement de la fin de vie existent. Elles s'adressent à tous les professionnels de santé ainsi qu'aux bénévoles, quel que soit le cadre dans lequel ils exercent.

social-sante.gouv.fr/findevie

 **DES OUTILS POUR EN PARLER**

Le ministère des Affaires sociales et de la Santé et ses partenaires (CNSPFV, HAS) mettent à votre disposition différents outils pratiques afin de vous aider au mieux dans les réponses et les démarches à apporter à vos patients.

www.soin-palliatif.org
www.has-sante.fr/directives-anticipees

 **DES FICHES PRATIQUES ET THÉMATIQUES**

Différentes fiches thématiques sont disponibles afin de vous apporter les informations essentielles sur les nouvelles dispositions et les nouveaux droits mis en place par la loi du 2 février 2016 : directives anticipées, procédure collégiale, droit à la sédation profonde et continue jusqu'au décès, personne de confiance...

social-sante.gouv.fr/findevie

Accompagner la fin de vie
Parlons-en avant

SOIN PALLIATIF
CENTRE NATIONAL DE RECHERCHE ET DE FORMATION



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ



La fin de vie
Vous êtes
les mieux
placés **pour**
en parler

Repères à l'usage
des professionnels de santé

Loi
Fin de Vie
du 2 février
2016

Mieux
accompagner
la fin de vie
en France



La fin de vie
Parlons-en avant

La loi Fin de Vie du 2 février 2016 crée
de nouveaux droits : directives anticipées,
personne de confiance...

Professionnels de santé, vous êtes les mieux
placés pour informer et accompagner la fin
de vie au plus près des personnes.

Documents à votre disposition
sur social-sante.gouv.fr/findevie

La fin de vie
Parlons-en avant

SOIN PALLIATIF

CENTRE NATIONAL DES SOINS PALLIATIFS ET DE LA FIN DE VIE



CHANCE ÉGALITÉ PROGRES
REPUBLICAIN FRANÇAIS

MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Les directives anticipées

L'ESSENTIEL

Ce que dit la loi du 2 février 2016 :

La loi a pour objectif principal de permettre aux personnes d'exprimer leur volonté concernant leur fin de vie. Cette expression de volonté, quel qu'en soit le support, est contraignante et s'impose aux médecins, sauf en cas d'urgence vitale, le temps d'évaluer la situation et lorsque les directives anticipées lui apparaissent inappropriées ou non conformes à la situation médicale.

Plus concrètement pour les professionnels de santé :

Les professionnels de santé doivent dorénavant informer leurs patients, qu'ils soient bien-portants ou malades, de la possibilité de réfléchir aux conditions et modalités de leur fin de vie. L'objectif est de les inciter à rédiger leurs directives anticipées et/ou à désigner leur personne de confiance.

Dans l'hypothèse où une personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, ses directives permettent au médecin et à l'équipe médicale, de connaître ses volontés.

Confronté à un patient en situation de fin de vie et dans l'incapacité d'exprimer sa volonté, le médecin a l'obligation de s'enquérir, en priorité, de l'existence de directives anticipées.



EN PRATIQUE

Qui peut écrire des directives anticipées ?

Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, rédiger ses « directives anticipées ». Si elle bénéficie d'un régime de protection légale, elle doit demander l'autorisation du juge ou, le cas échéant, du conseil de famille.

Quelle est la forme des directives anticipées ?

Il s'agit d'un document écrit qui doit être daté et signé avec noms, prénoms, date et lieu de naissance. Si la personne est dans l'impossibilité physique d'écrire, ses directives anticipées peuvent être rédigées à sa place. Le document n'est cependant valide que si deux témoins attestent par écrit, que ce document est bien l'expression libre et éclairée de la volonté de la personne.

Les directives anticipées peuvent être écrites sur papier libre, mais il est recommandé d'utiliser un modèle de formulaire. L'utilisation de ce modèle n'est pas obligatoire mais il garantit que l'expression de la volonté répond aux conditions de validité prévues par les textes.

Quel est le contenu des directives anticipées ?

Les directives anticipées expriment, par avance, la volonté de refuser ou de poursuivre, de limiter ou d'arrêter des traitements, y compris le maintien artificiel de la vie, ou de bénéficier d'une sédation profonde et continue.

Quand aider à rédiger les directives anticipées ?

Il n'est pas nécessaire d'être malade ou âgé pour anticiper les conditions que l'on veut pour sa fin de vie.

En cas de maladie grave et évolutive, le médecin doit suggérer de les rédiger notamment pour formaliser les échanges intervenus entre lui et son patient. →

Les directives anticipées



EN PRATIQUE (SUITE)

Le patient peut-il changer d'avis ?

Les directives anticipées peuvent être modifiées totalement ou partiellement, **voire annulées à tout moment et sans formalité.**

Où conserver les directives anticipées pour en garantir l'accessibilité ?

Pour que les directives et leurs modifications éventuelles soient bien prises en compte et exécutées, il est important d'en assurer l'accessibilité.

Les directives anticipées peuvent ainsi être gardées par la personne, être confiées à une personne de confiance désignée comme telle ou à un tiers, être conservées chez le médecin, dans le dossier médical.

Il est également prévu de pouvoir enregistrer les directives anticipées dans le dossier médical partagé (DMP) si le patient en a ouvert un.

Lorsqu'un patient rédige des directives anticipées à l'occasion d'une hospitalisation, toutes les informations utiles (accessibilité et personne de confiance) doivent être mentionnées dans le dossier médical.

Lors d'une prise en charge à domicile ou dans une résidence du secteur social ou médico-social, le médecin doit recommander à son patient de lui indiquer l'existence de directives anticipées et leur lieu de conservation. Ces indications doivent figurer dans le dossier médical ou le dossier d'admission.

Quelle est la portée des directives anticipées dans la décision médicale ?

Si des directives anticipées sont rédigées, le médecin doit les appliquer. Leur contenu prime alors sur les avis et témoignages.

Le médecin ne peut refuser de les appliquer que dans deux situations : en cas d'urgence vitale, le temps d'évaluer la situation et lorsque les directives anticipées lui apparaissent inappropriées ou non conformes à la situation médicale.

Dans ce dernier cas, il ne peut refuser de les appliquer qu'après avoir consulté l'équipe médicale et un confrère indépendant et avoir recueilli le témoignage de la personne de confiance si elle a été désignée ou à défaut celui de la famille ou des proches.

La rédaction de directives anticipées n'est pas obligatoire. L'expression anticipée de volonté peut également être confiée oralement à la personne de confiance désignée, ou encore à un membre de la famille ou à un proche qui pourront en témoigner au moment voulu. En l'absence de directives anticipées, le médecin doit donc rechercher d'autres modes d'expression de la volonté. Ceux-ci n'auront cependant pas la force contraignante des directives anticipées écrites.



LIENS UTILES

Le ministère des Affaires sociales et de la Santé :

<http://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/findevie/ameliorer-la-fin-de-vie-en-france/>

La Haute Autorité de Santé (HAS) :

www.has-sante.fr/portail/jcms/fr/les-directives-anticipees-concernant-les-situations-de-fin-de-vie

Directives anticipées

Quelles sont les connaissances des médecins généralistes en milieu rural ?

1 – Vous êtes :

- 1.1 – Homme Femme 1.2 – Âge :
1.3 – Année d'installation : 1.4 – Lieu d'exercice :
1.5 – Compétences spécifiques :
Soins palliatifs Gériatrie – Gérontologie Médecin coordonnateur en EHPAD
Médecin Régulateur PDSA
1.6 – Responsabilités spécifiques :
Conseil de l'Ordre Associations professionnelles Médecin Expert

2 – Vos connaissances des directives anticipées :

- Connaissez-vous la loi Léonetti ? 2.1 – Oui Non
- Si oui : savez-vous que cette loi a été modifiée récemment (loi Claeys-Léonetti du 2 février 2016) ?
2.1.1 – Oui Non
- Connaissez-vous les directives anticipées ? 2.2 – Oui Non
- Avez-vous lu la brochure « Mieux accompagner la fin de vie en France » diffusée récemment aux professionnels de santé ? 2.3 – Oui Non
- Si oui : vous-a-t-elle apporté une information suffisante à propos des directives anticipées ?
2.3.1 – Oui Non
- Le médecin a-t-il un devoir d'information des patients sur les directives anticipées ?
2.4 – Oui Non
- Les directives anticipées sont-elles limitées dans le temps ? 2.5 – Oui Non
- Vos connaissances sur les directives anticipées vous semblent-elles suffisantes pour une mise en pratique ? 2.6 – Oui Non
- Avez-vous connaissance d'un ou plusieurs modèles de directives anticipées ?
2.7 – Oui Non
- Souhaitez-vous bénéficier d'une formation complémentaire sur les directives anticipées ?
2.8 – Oui Non

3 – Vos pratiques des directives anticipées :

- Avez-vous déjà informé un patient sur les directives anticipées ? 3.1 – Oui Non
- Proposez-vous la rédaction des directives anticipées à vos patients ? 3.2 – Oui Non
- Si oui, à quels patients :
 - À tout patient ? 3.2.1 – Oui Non
 - À l'occasion du diagnostic d'une maladie grave et curable ? 3.2.2 – Oui Non
 - À l'occasion du diagnostic d'une maladie grave et incurable ? 3.2.3 – Oui Non

- Aux patients en fin de vie ? 3.2.4 – Oui Non
- Aux patients entrant en institution ? 3.2.5 – Oui Non
- Disposez-vous d'un ou plusieurs modèles de directives anticipées ? 3.3 – Oui Non
- Proposez-vous la désignation d'une personne de confiance à vos patients ?
3.4 – Oui Non
- Les directives anticipées ont-elles changé votre pratique ? 3.5 – Oui Non

4 – QUIZZ :

- Une personne âgée de 16 ans peut-elle rédiger ses directives anticipées ?
4.1 – Oui Non
- Une personne aveugle peut-elle enregistrer ses directives anticipées par un moyen vidéo ?
4.2 – Oui Non
- Les directives anticipées permettent : *(plusieurs réponses possibles)*
 - de respecter la volonté de la personne concernant sa fin de vie 4.3.1 – Oui Non
 - la poursuite du traitement ou d'actes médicaux 4.3.2 – Oui Non
 - la limitation d'un traitement ou d'actes médicaux 4.3.3 – Oui Non
 - l'arrêt des traitements ou d'actes médicaux 4.3.4 – Oui Non
 - le refus de tout traitement ou d'actes médicaux 4.3.5 – Oui Non
- Un patient peut-il transmettre oralement à son médecin traitant ses directives anticipées ?
4.4 – Oui Non
- Un patient peut-il annuler ses directives anticipées ? 4.5 – Oui Non
- Un médecin peut-il refuser d'appliquer les directives anticipées de son patient : *(plusieurs réponses possibles)*
 - en cas d'urgence vitale ? 4.6.1 – Oui Non
 - au cas où ces directives ne sont pas adaptées à la situation ? 4.6.2 – Oui Non
 - en prenant cette décision en son âme et conscience ? 4.6.3 – Oui Non
 - en prenant cette décision de façon collégiale ? 4.6.4 – Oui Non
 - si la personne de confiance ou la famille le demande ? 4.6.5 – Oui Non

5 – Avez-vous un commentaire à apporter ?

Annexe n°4 : réponses au questionnaire des médecins généralistes interrogés

Médecin	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5.1	1.5.2	1.5.3	1.5.4	1.6.1	1.6.2	1.6.3
1	Homme		56	2000 Laguiole		Gériatrie – G	Médecin coordonnateur en EHPAD		Médecin Régulateur PDSA	Associations professionnel	
2	Homme		67	1987 Laguiole							
3	Homme		32	2016 Mur-de-Barrez							
4	Femme		64	1985 Mur-de-Barrez		Gériatrie – G	Médecin coordonnateur en EHPAD				
5	Femme		39	2010 Argences-en-Aubrac			Médecin coordonnateur en EHPAD			Associations professionnel	
6	Homme		65	1978 Thérondels							
7	Homme		29	2016 Saint-Chély-d'Aubrac							
8	Femme		57	1991 Saint-Geniez-d'Olt							
9	Homme		55	1993 Saint-Geniez-d'Olt							
10	Homme		69	1977 Saint-Geniez-d'Olt			Médecin coordonnateur en EHPAD				
11	Femme		39	2013 Espalion							
12	Homme		67	1981 Espalion					Conseil de l'Ordre		
13	Homme		59	2007 Espalion			Médecin coordonnateur en		Conseil de l'Ordre	Associations professionnel	
14	Homme		67	1977 Entraygues-sur-Truyère							
15	Homme		54	1994 Entraygues-sur-Truyère							
16	Homme		64	1980 Argences-en-Aubrac							
17	Femme		36	2012 Espalion							
18	Homme		63	1981 Saint-Amans-des-Côtes							
19	Homme		66	1979 Saint-Amans-des-Côtes		Gériatrie – G	Médecin coordonnateur en EHPAD				
20	Femme		55	1994 Laguiole	Soins palliatifs					Associations professionnel	
21	Femme		32	2015 Laguiole						Associations professionnel	
22	Femme		30	2016 Espalion							
23	Homme		36	2012 Saint-Côme d'Olt							

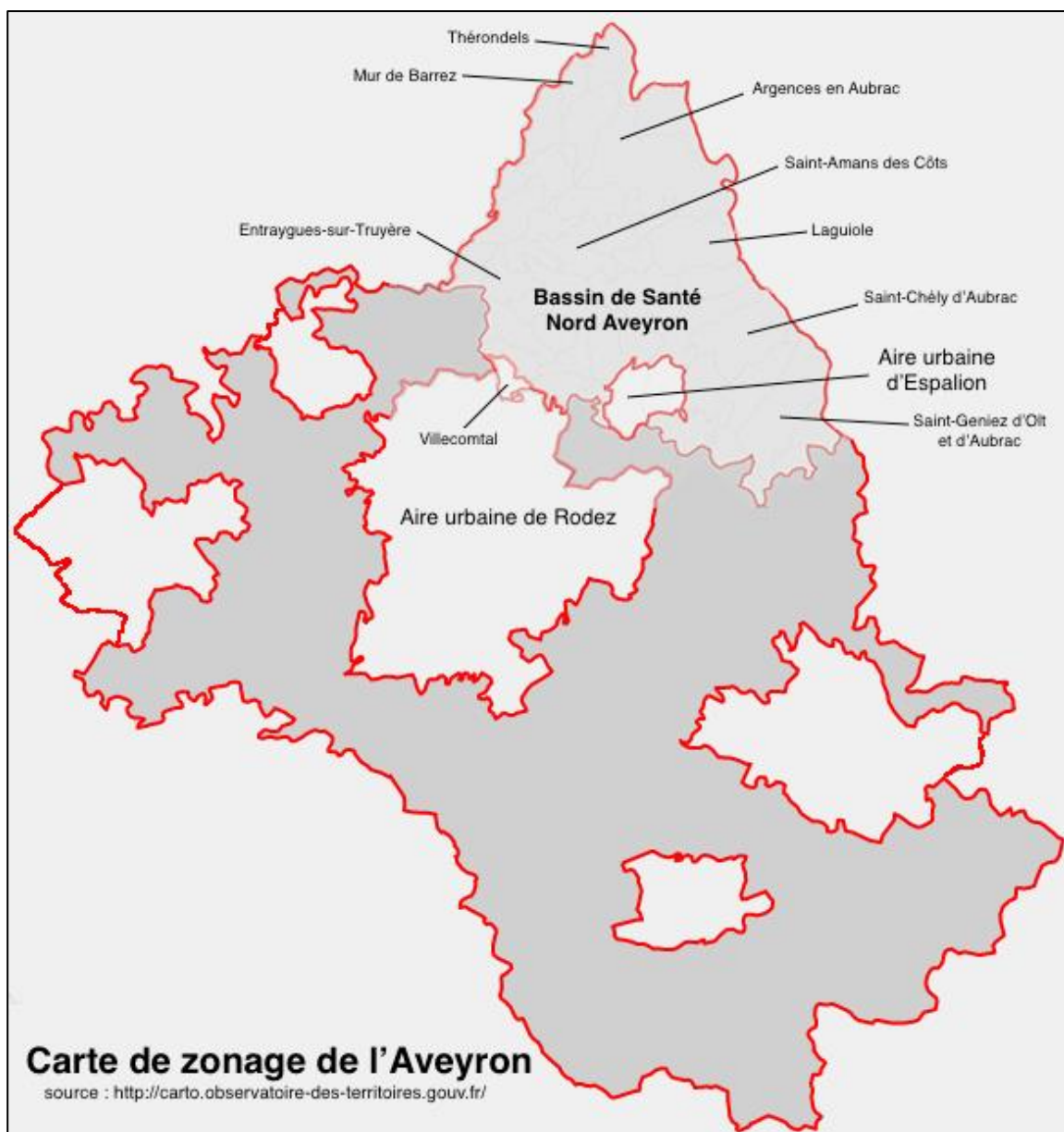
Médecin	2.1	2.1.1	2.2	2.3	2.3.1	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
1	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui
2	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	NSP	Oui	Non	Oui
3	Non	NC	Non	Non	NC	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
4	Non	NC	Oui	Non	NC	Oui	NSP	Non	Non	Oui
5	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non
6	Oui	Oui	Non	Non	NC	Oui	NSP	Non	Non	Oui
7	Oui	Oui	Oui	Non	NC	Oui	Non	Oui	Oui	Non
8	Oui	Oui	Oui	Non	NC	Non	Non	Non	Non	Oui
9	Oui	Oui	Oui	Non	NC	Oui	NSP	Oui	Non	Oui
10	Oui	Oui	Oui	Non	NC	Oui	NSP	Non	Oui	Non
11	Non	NC	Non	Oui	Oui	Oui	NSP	Non	Non	Oui
12	Oui	Oui	Oui	Non	NC	Oui	Oui	Oui	Non	Non
13	Oui	Oui	Oui	Non	NC	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
14	Non	NC	Non	Non	NC	Oui	Non	Oui	Non	Non
15	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui
16	Oui	Oui	Oui	Non	NC	Non	Oui	Oui	Oui	Non
17	Oui	Oui	Non	Non	NC	NSP	NSP	Non	Non	Non
18	Oui	Oui	Non	Non	NC	Oui	Oui	Non	Non	Oui
19	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
20	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non
21	Oui	Oui	Oui	Non	NC	Non	Oui	Oui	Non	Oui
22	Oui	Oui	Oui	Non	NC	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
23	Oui	Oui	Oui	Non	NC	Oui	NSP	Oui	Oui	Non

Médecin	3.1	3.2	3.2.1	3.2.2	3.2.3	3.2.4	3.2.5	3.3	3.4	3.5
1	Oui	Non	NC	NC	NC	NC	NC	Oui	Oui	Non
2	Non	Non	NC	NC	NC	NC	NC	Non	Non	Non
3	Non	Non	NC	NC	NC	NC	NC	Oui	Non	Non
4	Non	Non	NC	NC	NC	NC	NC	Non	Oui	Non
5	Oui	Non	NC	NC	NC	NC	NC	Oui	Oui	Oui
6	Non	Non	NC	NC	NC	NC	NC	Non	Oui	Non
7	Non	Non	NC	NC	NC	NC	NC	Non	Non	Oui
8	Oui	Non	NC	NC	NC	NC	NC	Non	Non	Non
9	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non
10	Non	Non	NC	NC	NC	NC	NC	Non	Oui	Non
11	Non	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Non
12	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Non
13	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Non
14	Non	Non	NC	NC	NC	NC	NC	Non	Oui	Non
15	Non	Non	NC	NC	NC	NC	NC	Non	Oui	Non
16	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui
17	Non	Non	NC	NC	NC	NC	NC	Non	Non	Non
18	Non	Non	NC	NC	NC	NC	NC	Non	Non	Non
19	Oui	Non	NC	NC	NC	NC	NC	Oui	Oui	Non
20	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Oui
21	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui
22	Oui	Non	NC	NC	NC	NC	NC	Non	Oui	Non
23	Non	Non	NC	NC	NC	NC	NC	Non	Non	Non

Médecin	4.1	4.2	4.3.1	4.3.2	4.3.3	4.3.4	4.3.5	4.4	4.5	4.6.1	4.6.2	4.6.3	4.6.4	4.6.5
1	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non
2	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non
3	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
4	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non
5	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
6	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non
7	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
8	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non
9	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	NSP
10	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non
11	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non
12	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	NSP
13	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non
14	Non	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non
15	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non
16	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non
17	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	NSP	Oui	Non	Oui	Non
18	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Oui
19	Oui	NSP	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
20	Non	NSP	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non
21	Non	NSP	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non
22	NSP	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Oui
23	Non	NSP	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui

Médecin	5
1	Profiter de la campagne d'information grand public afin d'en parler aux patients
2	Pas d'application aveugle de la loi - "Je reste le patron !"
3	
4	
5	
6	
7	Quelques patients sont venus avec leurs DA
8	
9	Il faut garder son libre arbitre et respecter la liberté d'action du médecin
10	
11	
12	Ça n'a pas changé grand'chose...
13	Le médecin décide à la sortie...
14	Beaucoup de patients vivent inutilement
15	Il faut se conformer aux directives anticipées
16	
17	Intérêt d'avoir une discussion orale avec ses patients
18	
19	
20	Il est très difficile d'aborder le sujet avec ses patients
21	
22	
23	Deux patients m'ont amené leurs DA

Annexe n°5 : découpage du bassin de santé du Nord Aveyron en aires urbaines et zones rurales.





Directives anticipées

J'exprime par écrit mes volontés pour ma fin de vie.

1

Présentation¹

Des directives anticipées, pour quoi faire ?

Toute personne majeure peut rédiger ses « directives anticipées » concernant sa fin de vie. C'est une possibilité qui vous est donnée. Il s'agit pour vous d'exprimer vos volontés par écrit sur les décisions médicales à prendre lorsque vous serez en fin de vie, sur les traitements ou actes médicaux qui seront ou ne seront pas engagés, limités ou arrêtés.

La fin de vie peut arriver après un accident ou à l'issue d'une maladie grave. Dans ces circonstances, vous serez peut-être dans l'incapacité de vous exprimer. Si vous avez rédigé des directives anticipées, votre médecin et vos proches sauront quelles sont vos volontés, même si vous ne pouvez plus vous exprimer.

Bien sûr, envisager à l'avance cette situation est difficile, voire angoissant. Mais il est important d'y réfléchir.

Rédiger des directives anticipées n'est pas une obligation.

► **Deux modèles sont proposés, selon que vous êtes actuellement bien portant ou atteint d'une grave maladie :**

Il n'est pas obligatoire de remplir tous les items du modèle et de désigner une personne de confiance. Il est possible de joindre d'autres pages si le document n'offre pas assez d'espace.

- un modèle A pour les personnes en fin de vie ou ayant une maladie grave
- un modèle B pour les personnes en bonne santé ou n'ayant pas de maladie grave.

L'utilisation d'un de ces modèles n'est pas obligatoire. Mais elle vous est recommandée afin de vous aider à exprimer clairement vos volontés.

► **Est-il possible d'exprimer des souhaits ou des volontés autres que les volontés de nature médicale qui sont mentionnées dans les modèles A et B ?**

Oui et la fiche numéro 3 vous est proposée à cet effet. Mais sachez que la loi a prévu que seules vos volontés de nature médicale constitueront des directives obligatoires pour les médecins qui s'occuperont de vous à la fin de votre vie. Par conséquent, ce que vous écrirez dans la fiche numéro 3 pourra être une information utile pour le médecin, mais ce ne sera pas une directive au sens de la loi.

► **Avec qui en parler ?**

Vous pouvez en parler avec votre médecin pour qu'il vous conseille dans la rédaction de vos directives. Il pourra vous aider à envisager les diverses situations qui peuvent se présenter en fin de vie. Il pourra vous expliquer les traitements possibles, leur efficacité, leurs limites ou leurs désagréments. Cela pourra éclairer votre choix.

¹ Si vous souhaitez prendre connaissance des textes légaux à ce sujet, ils figurent aux articles L. 1111-11 et R. 1111-18 et R. 1111-19 du code de la santé publique. Ils sont accessibles sur le site internet : www.legifrance.gouv.fr

Vous pouvez aussi vous rendre sur le site de la Haute Autorité de Santé qui donne des informations et des conseils pour rédiger vos directives anticipées : www.has-sante.fr
Vous pouvez également en parler avec votre personne de confiance, personne qui est en mesure de témoigner de vos volontés, avec d'autres professionnels de santé, avec des associations ou avec des proches en qui vous avez confiance.

► **Le médecin devra-t-il respecter vos directives ?**

Oui, c'est la loi : le médecin de même que tout autre professionnel de santé devra respecter les volontés exprimées dans vos directives anticipées, s'il arrive un jour que vous ne soyez plus en état de vous exprimer. Il ne pourra passer outre vos directives que dans les cas exceptionnels prévus par la loi ².

► **Après avoir rédigé des directives, est-il possible de les modifier ?**

Oui. Les directives anticipées sont valables sans limite de temps mais vous pourrez toujours, à tout moment, les modifier dans le sens que vous souhaitez. En présence de plusieurs directives anticipées, le document le plus récent fera foi.

► **Où conserver vos directives ?**

Il est important qu'elles soient facilement accessibles.

Quel que soit votre choix, informez votre médecin et vos proches de leur existence et de leur lieu de conservation. Ainsi, le jour venu, le médecin qui vous accompagnera lors de la fin de votre vie saura où trouver vos directives afin de les mettre en œuvre.

Si un « dossier médical partagé »³ a été créé à votre nom, il vous est recommandé d'y faire enregistrer vos directives anticipées car elles seront ainsi aisément consultables en cas de besoin. Parlez-en à votre médecin.

Si vous ne disposez pas d'un « dossier médical partagé », vous pouvez confier vos directives anticipées à votre médecin qui les conservera dans le dossier qu'il a constitué à votre nom.

Dans le cas où vous seriez hospitalisé pour une maladie grave ou dans le cas où vous seriez admis dans un établissement pour personnes âgées, vous pouvez confier vos directives à cet hôpital ou à cet établissement. Il les intégrera dans le dossier ouvert à votre nom.

Enfin, vous pouvez également confier vos directives à votre « personne de confiance », à un membre de votre famille ou à un proche. Vous pouvez aussi les conserver chez vous et/ou avoir sur vous une indication du lieu de leur conservation.

Dans le cas où vous choisissez de conserver vos directives dans votre « dossier médical partagé » ou dans un dossier médical, n'oubliez pas d'informer les proches concernés (votre « personne de confiance » ou, dans le cas particulier prévu par la fiche 5 ci-après, vos témoins) que leurs noms et coordonnées personnelles y sont inscrits. De même, si ces dossiers mentionnent qu'une personne est détentrice de vos directives anticipées, n'oubliez pas de l'informer que ses noms et coordonnées personnelles y sont inscrits.

L'essentiel, répétons-le, est que vous informiez votre médecin et vos proches que vous avez rédigé des directives anticipées en leur indiquant où elles sont conservées. Ainsi vous serez assuré que, lors de votre fin de vie, vos volontés seront respectées.

Bien entendu, dans tous les cas, même si vous n'avez pas rédigé de directives anticipées, le médecin qui s'occupera de vous lors de votre fin de vie aura le devoir de faire tout son possible pour vous éviter de souffrir.

² La loi prévoit deux cas :

- Le cas d'urgence vitale. Le médecin peut alors ne pas mettre en œuvre vos directives pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation

- Le cas où les directives paraissent manifestement inappropriées ou non-conformes à votre situation médicale.

³ Le dossier médical partagé est un dossier numérisé qui peut être créé, avec votre consentement, afin de recueillir les informations médicales vous concernant. Si vous avez décidé de le créer, il est géré par l'assurance maladie. Pour plus de précisions, parlez-en à votre médecin.

Les fiches ci-jointes vous proposent aussi de désigner votre « personne de confiance », si vous ne l'avez pas déjà fait. (Cf. fiche 5 ci-après).

2

Mon identité

Nom et prénoms :

Né(e) le : à :

Domicilié(e) à :

.....
Si je bénéficie d'une mesure de tutelle au sens du Chapitre II du titre XI du livre 1^{er} du code civil :

- j'ai l'autorisation du juge Oui Non

- du conseil de famille Oui Non

Veuillez joindre la copie de l'autorisation.

3

Informations ou souhaits

que je veux exprimer en dehors de mes directives anticipées

figurant sur la fiche 4 ci-après

Si je pense que, pour bien comprendre mes volontés exprimées dans l'un des modèles ci-après, le médecin qui s'occupera de moi lors de ma fin de vie doit connaître :

- certaines informations (par exemple sur ma situation personnelle, ma famille ou mes proches)
- certaines de mes craintes, de mes attentes ou de mes convictions (par exemple sur la solitude et la douleur en fin de vie ou sur le lieu où je souhaite finir mes jours),

Je les écris ici :

.....
.....
.....

Fait le à

Signature

4

Mes directives anticipées

Modèle A

→→ Je suis atteint d'une maladie grave →→ Je pense être proche de la fin de ma vie

Je rédige les présentes directives anticipées **pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie.**

Mes volontés sont les suivantes :

1° à propos des situations dans lesquelles je risque de me trouver (par exemple, situation de coma en phase terminale d'une maladie).

J'indique ici notamment si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches :

.....

.....
2° à propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet.
La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

- J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient entrepris, notamment :
- Une réanimation cardiaque et respiratoire (tube pour respirer) :
.....
 - Le branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale :
.....
 - Une intervention chirurgicale :
.....
 - Autre :
.....

- Si ces actes ou traitements ont déjà été entrepris, j'indique ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient arrêtés notamment :
- Assistance respiratoire (tube pour respirer) :
 - Dialyse rénale :
 - Alimentation et hydratation artificielles :
 - Autre :

- Enfin, si mon médecin m'a parlé de manière plus précise d'autres actes ou traitements qui pourraient être entrepris ou maintenus compte tenu de la maladie dont je suis atteint, j'indique ici ceux dont j'accepte ou ceux dont je refuse la mise en œuvre ou la poursuite :

.....

.....
3° à propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur.
En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent artificiellement en vie, j'indique ici si je veux ou non bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur, c'est-à-dire d'un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :

.....

Fait le à

Signature

Mes directives anticipées

Modèle B

**→ → Je pense être en bonne santé → → Je
ne suis pas atteint d'une maladie grave**

Je rédige les présentes directives anticipées **pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie.**

Mes volontés sont les suivantes :

1° à propos des situations dans lesquelles je veux ou je ne veux pas que l'on continue à me maintenir artificiellement en vie (par exemple traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, etc.. entraînant un « état de coma prolongé » jugé irréversible).

J'indique ici notamment si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches :

.....

.....
2° à propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet.

La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse de tels actes (par exemple : réanimation cardio respiratoire, assistance respiratoire, alimentation et hydratation artificielles, etc.) :

.....

.....
3° à propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur.

En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent en vie, j'indique ici si je veux ou non bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur, c'est-à-dire d'un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :

.....

.....
Fait le à

Signature

5

Cas particulier

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) vos directives anticipées, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux témoins désignés ci-dessous (dont l'un peut être votre personne de confiance si vous l'avez désignée).

Témoin 1 : Je soussigné(e)

Nom et prénoms :

Qualité :

atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M. ou M^{me}

Fait le à

Signature

Témoin 2 : Je soussigné(e)

Nom et prénoms :

Qualité :

atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M. ou M^{me}

Fait le à

Signature

6

Nom et coordonnées de ma personne de confiance⁴

Si vous ne l'avez pas déjà fait, et si vous le souhaitez, cette fiche vous permet de désigner votre « **personne de confiance** ». La loi prévoit que cette personne témoignera de vos volontés et parlera en votre nom si vous ne pouvez plus vous exprimer : elle sera consultée en premier si vous n'avez pas rédigé vos directives anticipées ou si vos directives se trouvaient difficilement accessibles au moment où votre médecin aurait besoin de les consulter.

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

.....

.....
désigne la personne de confiance suivante :

Nom et prénoms :

Domicilié(e) à :

Téléphone privé : Téléphone professionnel :

Téléphone privé : Email :

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

Oui Non

► Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées :

Oui Non

Fait le à

Votre signature

Signature de la personne de confiance

7

Modification ou annulation de mes directives anticipées

Je soussigné(e)

Nom et prénoms :

► Si vous souhaitez modifier vos directives anticipées, vous pouvez en rédiger de nouvelles et demander à votre médecin, à l'hôpital ou à l'établissement médicosocial qui les a conservées de supprimer ou détruire les précédentes. Si elles ont été enregistrées sur votre dossier médical partagé, vous pouvez en enregistrer de nouvelles. Seul le document le plus récent fait foi.

► Ou : **Déclare annuler mes directives anticipées datées du**

Fait le à

Signature

Si vous êtes dans l'impossibilité d'écrire seul(e) ce document, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux personnes désignées comme le prévoit le cas particulier décrit au 5.

⁴ au sens de l'article L.1111-6 du code de la santé publique

Auteur : Claire MARCILLAC

Titre : « **Directives anticipées : quelles sont les connaissances des médecins généralistes en milieu rural ?** »

Directeur de thèse : Dr Philippe NEKROUF

Date et lieu de soutenance : Toulouse, le 10 octobre 2017

Résumé :

La Loi Fin de Vie (2016) améliore le droit des patients aux directives anticipées (DA). Une étude a été réalisée auprès de médecins généralistes d'un bassin de santé rural de la région Occitanie, peu après une campagne d'information publique auprès d'eux.

L'objectif principal de cette étude était de caractériser l'état des connaissances de ces médecins généralistes ruraux concernant les DA.

L'objectif secondaire était de faire le point sur l'état des pratiques de ces mêmes médecins. Les connaissances des médecins généralistes semblent meilleures par rapport aux études précédentes mais restent à approfondir.

Les médecins généralistes étaient la moitié à informer leurs patients sur les DA.

Cependant, ils n'étaient qu'un tiers à proposer la rédaction de celles-ci, exclusivement aux patients gravement malades ou en fin de vie.

Une amélioration de l'information et de la formation aux DA est attendue.

Mots-clés :

Directives anticipées, devoir d'informer, droits du patient, fin de vie, médecins généralistes, loi Claeys-Léonetti

« Advance directives : what are the knowledge of general practionners in rural area ? »

Resume :

The end of life Law (2016) ameliorated the patient's right to advance directives.

General practitioners from a rural area in the region Occitanie were involved in a public information campaign, a study was later conducted among them.

The main objective of the study was to define what the doctors knew about Advance Directives.

The second objective was to update the practices of the rural doctors.

In comparison to previous studies, the doctors' knowledge about advance directives appears to be more important but is still to be increased.

Half of general practitioners used to inform their patients about advance directives.

However, only a third of them offered their critically ill or dying patients to couch their advance directives.

It's necessary to develop trainings and information on advance directives.

Key words :

Advance directives, duty to inform, the patient's right, the end of life, general practitioners, Claeys- Léonetti law.