



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



ANNEE 2023

N°

**Étude quantitative : évaluation des connaissances des internes de
médecine générale en Bourgogne Franche-Comté au sujet des
directives anticipées**

THESE
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 17 Novembre 2023

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Mme BOUVARD Astrid

Né(e) le 30/08/1992

A CHAMBERY (73)

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourrent une poursuite pénale.

De juridiction constante, en s'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans son propre document, l'étudiant se rend coupable d'un délit de contrefaçon (au sens de l'article L.335.1 et suivants du code de la propriété intellectuelle). Ce délit est dès lors constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

ANNEE 2023

N°

**Étude quantitative : évaluation des connaissances des internes de
médecine générale en Bourgogne Franche-Comté au sujet des
directives anticipées**

THESE
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 17 Novembre 2023

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Mme BOUVARD Astrid
Né(e) le 30/08/1992
A CHAMBERY (73)

Doyen :
Assesseurs :

M. Marc MAYNADIÉ
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON
Mme Laurence DUVILLARD

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Jean-Louis	ALBERINI	Biophysiques et médecine nucléaire
M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
M.	Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Christophe	BEDANE	Dermato-vénéréologie
M.	Yannick	BEJOT	Neurologie
M.	Moncef	BERHOUMA	Neurochirurgie
Mme	Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Mathieu	BLOT	Maladies infectieuses
M.	Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M.	Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M.	Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaïd	BOUEMAD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Benjamin	BOUILLET	Endocrinologie
M.	Alexis	BOZORG-GRAYELI	Oto-Rhino-Laryngologie
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
M.	Alain	BRON	Ophthalmologie
Mme	Mary	CALLANAN (WILSON)	Hématologie type biologique
M.	Patrick	CALLIER	Génétique
Mme	Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M.	Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie d'adultes, Addictologie
M.	Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M.	Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	CORMIER	Urologie
M.	Yves	COTTIN	Cardiologie
M.	Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
Mme	Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophthalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	DEVILLIERS	Médecine interne
Mme	Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Laurence	FAIVRE-OLIVIER	Génétique médicale
Mme	Patricia	FAUQUE	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	FRANCOIS-PURSSELL	Médecine légale et droit de la santé
Mme	Marjolaine	GEORGES	Pneumologie
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Charles	GUENANCIA	Physiologie
M.	Pierre Grégoire	GUINOT	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Pierre	JOUANNY	Gériatrie
M.	Philippe	KADHEL	Gynécologie-obstétrique

M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M.	Côme	LEPAGE	Hépatogastroentérologie
M.	Romarc	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie
M.	Jean-François	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Sylvain	MANFREDI	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	Pierre	MARTZ	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIÉ	Hématologie – transfusion
M.	Marco	MIDULLA	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Pierre Benoit	PAGES	Chirurgie thoracique et vasculaire
M.	Jean-Michel	PETIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Christophe	PHILIPPE	Génétique
(Disponibilité du 01/06/2023 au 31/05/2024)			
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	QUENOT	Réanimation
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Patrick	RAY	Médecine d'urgence
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M	Maxime	SAMSON	Médecine interne
M.	Emmanuel	SIMON	Gynécologie-obstétrique
M.	Éric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Benoit	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Gilles	TRUC	Oncologie-Radiothérapie
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénéréologie
(Mission temporaire à Londres du 01/09/2023 au 31/08/2025)			
M.	Bruno	VERGÈS	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS EMERITES

M.	Laurent	BEDENNE	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	Laurent	BRONDEL	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	François	BRUNOTTE	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Pascal	CHAVANET	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	Jean	CUISENIER	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	Jean-Pierre	DIDIER	(01/11/2021 au 31/10/2024)
Mme	Monique	DUMAS	(01/06/2022 au 31/05/2025)
M.	Serge	DOUVIER	(15/12/2020 au 14/12/2023)
M.	Maurice	GIROUD	(01/09/2022 au 31/12/2025)
M.	Patrick	HILLON	(01/09/2022 au 31/08/2025)
M.	Paul	SAGOT	(02/11/2022 au 31/10/2025)

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES

Discipline Universitaire

Mme	Lucie	AMOUREUX BOYER	Bactériologie
Mme	Julie	BARBERET	Biologie et médecine du développement et de la reproduction- gynécologie médicale
Mme	Louise	BASMACIYAN	Parasitologie-mycologie
Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
M.	Guillaume	BELTRAMO	Pneumologie
Mme	Marie-Lorraine	CHRETIEN	Hématologie (Disponibilité du 17/04/2023 au 16/04/2024)
Mme	Vanessa	COTTET	Nutrition
M.	Damien	DENIMAL	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Valentin	DERANGERE	Histologie
M.	Jean-David	FUMET	Cancérologie radiothérapie
Mme	Ségolène	GAMBERT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
M.	David	GUILLIER	Anatomie, chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Anne-Sophie	MARIET	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Thomas	MOUILLOT	Physiologie
M.	Maxime	NGUYEN	Anesthésie réanimation
M.	Alain	PUTOT	Gériatrie (Disponibilité pour convenances personnelles)
Mme	Claire	TINEL	Néphrologie
M.	Antonio	VITOBELLO	Génétique
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEUR ASSOCIE DES DISCIPLINES MEDICALES

M.	Ludwig Serge	AHO GLELE	Hygiène hospitalière
M.	Victorin	AHOSSI	Odontologie
M.	Jacques	BEURAIN	Neurochirurgie
M.	Jean-Michel	PINOIT	Pédopsychiatrie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Katia	MAZALOVIC	Médecine Générale
Mme	Claire	ZABAWA	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale
M.	Rémi	DURAND	Médecine Générale
Mme	Anne	COMBERNOUX-WALDNER	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jérôme	BEAUGRAND	Médecine Générale
M.	Benoit	DAUTRICHE	Médecine Générale
M.	Alexandre	DELESVAUX	Médecine Générale
M.	Olivier	MAIZIERES	Médecine Générale

Mme Ludivine

ROSSIN

Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Anaïs

CARNET

Anglais

Mme Catherine

LEJEUNE

Pôle Epidémiologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme Marianne

ZELLER

Physiologie

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme Marceline

EVRARD

Anglais

Mme Lucie

MAILLARD

Anglais

PROFESSEUR CERTIFIE

M. Philippe

DE LA GRANGE

Anglais

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M. Mathieu

BOULIN

Pharmacie clinique

M. François

GIRODON

Sciences biologiques, fondamentales et cliniques

Mme Evelyne

KOHLI

Immunologie

M. Antonin

SCHMITT

Pharmacologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Amélie

CRANSAC

Pharmacie clinique

M. Philippe

FAGNONI

Pharmacie clinique

M. Marc

SAUTOUR

Botanique et cryptogamie

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président : M. le Professeur Pablo ORTEGA-DEBALLON

Membres :

M. le Docteur Alexandre DELESVAUX

M. le Docteur Christophe DEVAUX

M. le Docteur Julien MORISSON

Mme le Docteur Séverine GOSSELIN

Mme le Docteur Muriel TRAVERSA

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque."

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur ORTEGA DEBALLON Pablo,

Veillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et accepter la marque de mon plus profond respect.

Merci pour vos mots toujours bienveillants à mon égard à chaque entretien.

Au Docteur DELESVAUX Alexandre,

Merci d'avoir accepté de juger mon travail de fin d'étude. Je vous remercie avant tout, pour la qualité des enseignements que vous m'avez prodigués. Sachez qu'ils me servent tous les jours dans ma pratique.

Merci pour l'humanité qui vous caractérise.

Au Docteur DEVAUX Christophe,

Merci de m'avoir fait confiance et d'avoir accepté de me suivre tout au long de ce travail. Je vous remercie pour nos échanges sur ce sujet et votre regard sur les directives anticipées. J'ai apprécié ce partage à chacune de nos réunions.

Au Docteur GOSSELIN Séverine,

Merci d'avoir tout de suite accepté de faire partie de mon jury. Tu m'as beaucoup appris lors de mon stage aux urgences. Ce stage a été un moment important pour moi, car c'est là que j'ai découvert la joie d'être interne et de pouvoir soigner les patients. Je te remercie de m'avoir toujours encadré avec bienveillance, tout en me faisant confiance.

Au Docteur TRAVERSA Muriel,

Merci d'avoir été là pour mes premiers pas de jeune médecin. Tu as toujours été un exemple pour moi. Merci de m'avoir accueillie à bras ouverts à Azé et de m'avoir accompagnée quand j'en avais besoin. C'est un honneur pour moi que tu fasses parti de ce jury.

Au Docteur MORISSON Julien,

Merci de me faire l'honneur de ta présence en jugeant mon travail. Je sais que ce sujet de thèse te tient à cœur, tout comme à moi. Je te souhaite le meilleur dans ton futur professionnel.

À ma famille, merci de m'avoir soutenue tout au long de mes études qui étaient souvent difficiles. Sans vous, rien n'aurait été possible. Merci de m'avoir montré la valeur du travail et appris à écouter les autres. Ces deux qualités font de moi le médecin que je suis aujourd'hui. Je vous aime.

À mes grands-parents, je sais que vous me regardez là d'où vous êtes.

À Martin, merci pour ta gaieté chaque jour et ton sourire qui sait toujours me reconforter. A notre complicité qui grandit de jour en jour. Merci de faire partie de ma vie.

À mes copines de pharmacie, merci de m'avoir accompagnée durant ces quelques années car sans vous mon début de vie étudiante n'aurait pas été le même. Merci à Olivia, Lucile, Sandy, Pauline J, Clarisse, Sabrina et Pauline S. Je vous souhaite le meilleur.

À Agathe M, notre rencontre aura été tardive mais pas des moindres ! Merci de m'avoir fait découvrir la montagne comme tu l'aimes avec de magnifiques randonnées. A nos magnifiques voyages notamment le Pérou et la Bolivie qui resteront un souvenir gravé dans ma mémoire. A ta patience même quand je râle. Je souhaite que notre amitié reste toujours aussi belle.

À mes amis externes de Grenoble, car toutes les six vous avez une place particulière dans mon cœur. Je me revois arriver en médecine, avoir 4 ans de plus que tout le monde et me demander si je trouverai ma place un jour. Si j'ai pu l'avoir cette place, c'est grâce à vous ! Vous avez tantôt été mes petites sœurs, tantôt c'était vous qui me gériez... Je suis heureuse que nous ayons gardé notre amitié malgré la distance. Merci Marie W, Marine, Marie B, Jessika, Florence et Anne claire pour ces dures années qui n'auraient pas été les mêmes sans vous !

À mes colocataires du 36 rue Jeannin,

À Agathe D, tout a commencé à grâce à toi. Je pense que tu as su influencer mon choix pour la Bourgogne et franchement aucun regret. Moi qui n'avais jamais fait de colocation avant, quel périple !! Nous étions chacune à un moment de nos vies important et nous nous sommes soutenus les unes, les autres. Je te souhaite le meilleur pour la suite, garde ce sourire qui te va si bien !

À Chiara, tu es comme une grande sœur pour moi. Je te revois dans le salon à parler en italien dans l'appartement : quel joli souvenir ! Te voir t'épanouir et faire grandir ta famille me ravit. Vous êtes pour moi avec Yann une vraie famille. Je sais que je pourrais toujours compter sur vous deux.

À Eric, merci pour tout. Ce semestre COVID n'aurait pas été pareil sans toi. Nos séances puzzles, cuisine, sport, séries pour ado et piano ont réussi à garder mon moral intact. Heureusement que parfois on s'autorisait à boire un petit gin tonic devant chez Jeannine. Merci pour ta gentillesse et ta patience. Sache que j'ai aimé ces moments tous les deux. Je te souhaite le meilleur.

À Marion, toi qui m'auras supporté le plus dans cette colocation. Tu as la palme ! Merci pour nos moments colocs : films à l'eau de rose, bons petits plats, plaids et canapé= Best moment ! Mais surtout pour tout le reste : nos voyages, notre internat de Macon et surtout ta présence sans faille malgré mon sale caractère. Merci d'être mon rayon de soleil. Je sais que je pourrais toujours compter sur toi et sache que c'est réciproque.

À Candice, ma Candou nous t'avons un peu laissée toute seule dans cette grande coloc parmi les cafards mais sache que ça aura été une joie de la partager avec toi. Ta gentillesse est sans limite. Merci d'avoir appris à Marion à gérer ses sous sur Excel, et à étendre son linge !

À mes colocataires du 3 bis, je n'aurais pas rêvé mieux pour partager notre dernier étage de l'internat et surtout cette salle de bain de compétition. A tous les moments passés à bavarder dans la chambre de Clotilde pendant des heures. Merci à toutes les deux d'avoir été là à m'attendre le soir quand j'en avais marre. On forme une bonne team.

À Clotilde, merci pour ton écoute et ton amitié qui m'est si précieuse. Je sais que je pourrai toujours compter sur toi. Merci pour ton sens de l'organisation quand on part en week-end toutes les trois. Vivement les prochains week-end 3 bis. Reste comme tu es !

À Hortense, notre rayon de soleil. Tu fourmilles d'idées, d'envies. Avec tes petites phrases « t'inquiètes on sort pas longtemps, juste un petit verre », ahah !! Merci pour ton optimisme sans faille qui sait me redonner le sourire.

À Florian, car oui tu fais partie du 3 bis ! Merci pour ces six mois à Chalon où tu as quand même réussi à toutes nous remettre au sport, quel exploit ! Merci pour nos moments et ton écoute si précieuse.

À mes colocataires de Macon, aussi amis du premier jour : Vous m'en avez fait voir mais qu'est-ce que j'étais contente que vous soyez là !

À Charlotte, je te revois encore rentrer du SASPAS le sourire aux lèvres, les écouteurs dans les oreilles, Myriam Amar au bout du fil. Tu n'auras pas été la pro du ménage mais on t'excuse car tu souffres d'une allergie SEVERE à l'éponge... Merci d'avoir répondu à TOUTES mes requêtes de chocolat surtout quand j'étais en déprime et que tu me ramenaïs TOUT le rayon du supermarché « Bah oui moi je ne sais pas ce que t'aimes comme chocolat, alors j'ai tout pris !! ». Merci d'avoir égayé ces six mois.

À Paul, quand je pense qu'on se connaît depuis le début ! Merci à ce jeu de piste barbant qui m'a fait croiser ton chemin. Depuis ce jour-là, on ne s'est jamais quitté même quand tu as eu envie plusieurs fois de faire ta vie à Avallon (pourquoi ?) et que je te ramenait à la raison. En même temps on n'avait pas le choix, car on était un peu les seuls expats parmi tous les Dijonnais et les Marseillais ! Sache que tu es très important pour moi. Encore désolée pour les milles coups de fils : thèse compta et gestion de ma vie en général haha. Merci d'être un ami toujours présent.

À la team du début, merci Paul et Rebecca d'avoir été là lors de mes premières soirées à Dijon et de m'avoir tout de suite adoptée. La team Grenoble/Marseille, les soirées jeux endiablés avec Valentin car oui, rien n'aurait été pareil sans lui ! Je me souviens encore de cette fameuse soirée times up où clairement Val comme moi on avait trop consommé de chartreuse.

PS : Vous nous devez une revanche au time's up avec Val

À ma team des urgences, car quelle team !! Je peux le dire vous êtes un peu folles toutes les 3, je pense que la palme revient à Zaba quand même ! Merci d'avoir fait partie de mon premier stage d'internat et sûrement le meilleur grâce à vous. Nous nous rappelleront de ces vacances dans le pays basque et de la tentative de surf. Merci à vous trois de faire partie de ma vie car elle serait clairement différente sans vous.

À tous les autres, qui auront fait partie de ce stage des urgences un peu spécial mais tellement dingue : Célia, Maxence, Eric, Bollani, Boutaine, Adrien, Laure. Ce stage Covid n'aurait pas été le même sans vous.

Au Maconnais, difficile de croire que nous allions créer une telle alchimie entre nous tous. Finalement je crois que nos soirées maconnades auront été parmi les meilleures soirées de ma vie. Merci à Dianou d'avoir ramené le basilique à l'internat, à Chappelon pour nos moments tchoins, à Salo car je me sentais beaucoup moins seule en Fiat 500, à Adrien pour notre amitié et nos séances

puzzles, à Beubeu pour être complètement fou mais c'est pour ça qu'on t'aime, à Juju pour avoir détruit tout l'internat heureusement que les murs étaient solides, à Clem et Flo pour Natachatte et Jean pascale on s'en souviendra longtemps, A Dark Fatou la seule et l'unique, à Montana « I'm still standing » résonne encore dans mes oreilles, à Guilain merci pour nous avoir fait découvrir Avignon et ses alentours, à Marie et PA pour aimer autant faire la fête que de courir un marathon, à Béré pour ta bonne humeur communicante et tes chorées de Britney, à Moti et Margaux et surtout votre lapin qu'on oubliera jamais, à QT merci pour toutes ces blagues que je ne comprends jamais, à Valou pour ta bonne humeur et ta passion pour la médecine vétérinaire, à François pour être toujours présent à chaque soirée, à Marion L car tu resteras à jamais dans nos cœurs : Marion étoile, à Noémie parce que clairement tu as enflammé le dancefloor de Macon. Encore un grand MERCI à tous pour ce semestre gravé dans mon cœur.

À Caro, car je te devais au moins un petit paragraphe tellement tu es une personne exceptionnelle. Je suis toujours impressionnée par ton calme et ta maturité. Merci pour ce semestre à Macon, et toutes nos séances cinéma et dessins animés + tisane sur ton canapé. Tu es une personne importante pour moi et sache que je serai toujours là pour toi.

Au Chalonnais, Solène, Iman, Astrid, Clémentine, Marie, Andréa... Merci pour ce semestre pluvieux mais toujours avec le sourire. On n'aura pas trop profité de la piscine. Merci pour nos petits trajets du matin en voiture ou à pied en fonction de l'état de la veille ainsi que les petits-dej pain/nutella.

À Ludo, merci d'être un ami sur qui je pourrai toujours compter. On a mis du temps à se rencontrer mais quelle rencontre ! Je pense que je peux t'élire best co interne de mon internat (attention ça va faire des jaloux). Heureusement que tu étais là à chaque lendemain de garde pour un petit café afin d'écouter tous les déboires de ma nuit. Notre passion commune pour les personnes âgées nous aura vraiment rapprochés (LOL). Je te souhaite le meilleur avec Estelle, et dans ta vie future.

À Romain, car on est un grand trio toi Paul et moi. Dire que le premier jour où nous nous sommes rencontrés, nous voulions déjà faire une colocation. Finalement je me dis que ce n'est pas si mal d'avoir abandonné l'idée vu comme vous ronflez tous les deux ahah ! Promis on viendra te voir avec Martin en Suisse.

À toutes l'équipe des urgentistes et soignants du CHU de Dijon, merci mille fois de m'avoir fait confiance alors que je n'étais qu'un bébé interne. D'avoir toujours été là pour nous accompagner et nous écouter. Je garde en mémoire une équipe au top !

À tous les maitres de mon stage niveau 1, Lucie, Jennifer, Julien, Christelle, et Marie- Line, merci de m'avoir à votre manière montrée à quel point la médecine générale était passionnante.

À l'équipe de gériatrie de Chalon Sur Saône, car quelle équipe ! Nos midis et deux avec Ludo n'aurait pas été pareil, ni notre stage d'ailleurs. Vous avez toujours su nous encadrer avec bienveillance tout en ayant le mot pour rire. J'espère que vous arriverez enfin à détrôner Alex au Vautour D'or. Merci à toi Elodie, car c'est toi qui m'a formée aux directives anticipées et c'est en partie grâce à toi si je me suis intéressée à ce sujet.

À Silvia, mon premier souvenir c'est toi, dans la coloc rue Jeannin en train de faire des gin tonics. Franchement on peut dire qu'on a tout de suite accroché. Si on m'avait dit que quelques années plus tard tu serais ma chef ! Merci pour ta bonne humeur et tes coups de gueule. Sans toi le stage à Chalon n'aurait pas été pareil.

À l'équipe de pédiatrie, qui m'aura formé pendant six mois et m'a tout appris sur les enfants.

À mon équipe de SASPAS, merci à tous les quarte infiniment de m'avoir fait grandir en tant que médecin tout au long de ces six mois. Merci Guillaume pour ta bienveillance, ton écoute. J'espère devenir un jour un aussi bon médecin que toi. Merci Christelle pour ton dynamisme et ta curiosité médicale, ça aura été un réel bonheur de bosser pendant un an à tes côtés. Merci Florian car grâce à toi j'ai compris que la comptabilité était aussi importante que la médecine, et ça n'était pas gagné !!

A mes deux amis d'enfance,

À Thibault, car tu as été le premier que j'ai rencontré. On compte même plus les années depuis le temps. On en aura vécu des choses entre les soirées à Grenoble et surtout ce voyage aux USA qui restera gravé dans ma mémoire. Merci pour ta présence.

À Nico, car comme on se le dit souvent malgré les années rien ne change entre nous. Je suis tellement heureuse pour toi. Ta vie avec Marion, tes projets ! Merci d'être toujours là pour moi au fil des années.

Aux amis croisés pendant les voyages,

À Thibaut et Nico ami du Pérou, ok j'avoue vous avoir un peu mal jugé quand vous avez débarqué en retard, dans le bus pour la Bolivie après avoir mangé deux poulets entiers. Finalement les préjugés sont vite tombés et heureusement. Ce voyage n'aurait pas été pareil sans vous.

À l'équipe d'Azé et de Lugny,

Merci de m'avoir accompagné pour ma première année de jeune médecin. J'ai apprécié travailler avec vous tous dans la bonne humeur. Merci de m'avoir permise de débiter ce métier en étant sereine tout au long de cette année à vos côtés.

Table des matières

I. Introduction	17
II. Matériel et méthode	19
A. Matériel	19
B. Méthode	20
1. Méthode de recrutement	20
2. Élaboration du questionnaire	20
3. Diffusion du questionnaire	21
4. Critère de jugement principal	21
5. Analyse statistique	22
III. Résultats	23
A. Étude descriptive	23
B. Connaissances de la population étudiée sur les DA	24
C. Formation universitaire de la population étudiée	26
D. Future pratique en cabinet	28
E. Étude croisée entre le score de connaissance et certaines variables	32
IV. Discussion	35
A. Forces et limites de l'étude	35
B. Discussions des principaux résultats	36
1. Caractéristiques démographiques	36
2. Connaissances théoriques et formation	36
a) Connaissances	36
b) Formation théorique	37
3. Problème de mise en pratique	40
a) Le médecin traitant, le principal acteur	40
b) Population ciblée	40
c) Moment opportun difficile à prévoir	42
d) Parler de la mort, sujet tabou	43
e) Critère de temps facteur limitant	45
f) Médecin traitant un atout majeur	45
g) Les DA, l'avenir ?	46
V. Conclusion	49
VI. Bibliographie	52
VII. Annexes	57

Table des figures

Figure 1 : Répartition des étudiants selon l'année de promotion d'internat	23
Figure 2 : Répartition des étudiants selon les stages effectués	24
Figure 3 : Définition des directives anticipées	25
Figure 4 : Lieux de conservation des directives anticipées	26
Figure 5 : Nombre d'heures de cours facultaires reçues en lien avec les soins palliatifs	27
Figure 6 : Patients avec lesquels aborder les directives anticipées.....	28
Figure 7 : Période optimale à laquelle aborder les directives anticipées	29
Figure 8 : Période optimale chez les malades de cancers à laquelle aborder les directives anticipées	29
Figure 9 : Période optimale chez les malades atteints de SLA à laquelle aborder les directives anticipées	30
Figure 10 : Principal frein des médecins généralistes à la discussion des directives anticipées	31
Figure 11 : Principal atout des médecins généralistes à la discussion des directives anticipées	32
Figure 12 : Croisement entre le score de connaissance et l'année de promotion des internes.....	33
Figure 13 : Croisement entre le score de connaissance et le nombre d'heures de cours universitaires en lien avec les soins palliatifs.....	34

Abréviations

ACP : Advanced Care Planning

ADMD : Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité

COVID : Coronavirus Disease

DA : Directives Anticipées

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

DMP : Dossier Médical Partagé

ECOS : Examen Clinique Objectif et Structuré

FST : Formation Spécifique Transversale

HAS : Haute Autorité de Santé

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SLA : Sclérose Latérale Amyotrophique

I. Introduction

En France, depuis une quinzaine d'année la réflexion sur la fin de vie s'est intensifiée. Différentes affaires médiatiques dont la bien connue l'affaire Vincent Lambert, ont marqué la population française. Une prise de conscience sur les limites de l'obstination déraisonnable médicale a vu le jour et au travers la revendication de ce qui est raisonnable et souhaité par le patient⁽¹⁾.

En effet la médecine ces dernières années a délaissé le modèle paternaliste. Le patient fait maintenant partie intégrante de la prise en charge⁽²⁾. La société réclame le respect du patient et de ses choix concernant sa santé.

La question de la fin de vie n'est pas uniquement médicale et présente des enjeux éthiques, humains, économiques et politiques. C'est notamment en 2012 que le Président de la République François Hollande demande un rapport sur la fin de vie au Pr Didier Sicard. Ce rapport intitulé « Pensez solidairement la fin de vie » fait suite à des débats publics entre citoyens et professionnels de santé⁽³⁾.

Ce rapport, relate un réel tabou de la mort dans notre société. Il fait aussi émerger la notion de « Bien mourir ». Les citoyens souhaitent une mort plus humaine et entourée pour la rendre plus supportable⁽⁴⁾.

Tous ces changements dans le domaine à la fois médical et sociétal ont abouti à des modifications législatives au cours des dernières années.

En effet la loi Léonetti de 2005, a permis au patient d'être acteur de sa fin de vie avec notamment la création des directives anticipées (DA)⁽⁵⁾. Elles représentent « la volonté de la personne 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 actes médicaux »⁽⁶⁾. Ces directives s'imposent aux équipes soignantes depuis la loi Clémenton de 2016, en dehors des cas d'urgence ou lorsqu'elles apparaissent inappropriées à la situation du patient⁽⁷⁾.

Du côté des soignants hospitaliers, l'utilité des DA est connue⁽⁸⁻¹¹⁾. Ils considèrent toutefois n'avoir que peu de rôle à jouer dans l'information des patients sur leur existence. En effet, la grande majorité attribue ce devoir au médecin traitant, tout comme la loi Claeys Léonetti qui le spécifie dans l'article 1111-11 « Le médecin traitant informe ses patients de la possibilité et des conditions de rédaction de directives anticipées »^(6,8).

Le médecin généraliste apparaît comme un interlocuteur de choix pour discuter des DA avec ses patients. Sa proximité, son écoute et la connaissance du patient lui-même seraient des atouts majeurs pour évoquer les DA⁽¹³⁾. Pourtant le manque de connaissances sur la loi, sur l'utilisation des DA et le manque de formation des médecins généralistes sur ce sujet sont souvent décrits. Ils entraînent un frein à leur discussion⁽¹³⁻¹⁵⁾.

Du côté des patients, en 2018, une étude montrait que seulement 11% des Français âgés de plus de 50 ans avaient rédigé leur DA⁽¹⁶⁾. En 2021, ils n'étaient que 7% de plus. Pourtant plusieurs campagnes nationales de santé publique ont été réalisées aussi bien auprès du grand public que des médecins⁽¹⁷⁻²⁰⁾.

Qu'en est-il des internes qui eux, ont assisté à l'évolution des soins palliatifs et l'apparition des directives anticipées. Ils ont certainement été plus formés que leurs aînés médecins, mais la formation est-elle adaptée et suffisante⁽²¹⁾ ? Quelle place comptent-ils accorder aux DA dans leur future pratique ?

Dans ce contexte, nous avons réalisé une étude descriptive auprès des internes de médecine générale de Bourgogne Franche-Comté. L'objectif de cette thèse était d'évaluer les connaissances des internes ainsi que leur future vision des DA en médecine générale. La finalité étant de trouver des pistes de réflexion pour l'optimisation de la formation des futurs médecins afin d'améliorer le dialogue médecin/patient sur les DA.

II. Matériel et méthode

A. Matériel

Il s'agissait d'une étude épidémiologique observationnelle, descriptive et transversale. Cette étude était réalisée à l'aide d'un questionnaire. Celui-ci pouvait être rempli par l'ensemble des internes de médecine générale des universités de Besançon et Dijon incluant les promotions 2019 à 2022, soit au total 588 étudiants (DES de médecine générale validé ou non). Notre recueil s'est étendu sur une période allant du 6 mars 2023 au 6 mai 2023.

Les critères d'inclusion étaient :

- Être interne en médecine générale des universités Bourgogne Franche Comté promotion 2019 à 2022
- DES validé ou non validé

Les critères d'exclusion étaient :

- Tous les internes de la promotion 2018 ou moins
- Les médecins installés
- Les médecins remplaçants ayant fini leur parcours universitaire d'interne

Le recrutement était basé sur le volontariat des internes de médecine générale des universités Bourgogne Franche-Comté.

B. Méthode

1. Méthode de recrutement

Le recrutement était basé sur le volontariat des internes de médecine générale des universités de Bourgogne Franche-Comté via la *mailing list* des départements de médecine générale.

2. Élaboration du questionnaire

Le questionnaire (Annexe 1) a été rédigé via Google Forms, outil en ligne permettant la création de formulaires. Ce questionnaire était anonyme. Il était composé de 25 questions réparties en quatre parties. Le temps de réponse était estimé entre 3 à 5 minutes.

Le questionnaire était construit en 4 parties distinctes.

- Une première partie était composée de 5 questions et concernait les caractéristiques sociodémographiques des internes : genre, sexe, âge, année de promotion, université, stages de médecine générale déjà réalisés.
- Une deuxième partie comprenait 5 questions et s'intéressait aux connaissances des internes sur les directives anticipées : définition, rédaction, législation, conservation des directives anticipées.
- Une troisième partie composée de 5 questions, traitait de leur formation universitaire, avec notamment des questions sur le nombre d'heures universitaires, ainsi que des situations vécues en stage pendant leur internat.

- La quatrième partie se rapportait au travers de différentes questions à la vision des internes quant à leur future pratique professionnelle en cabinet sur l'utilisation ou non des directives anticipées.

3. Diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été diffusé dans un premier temps via la *mailing list* des universités de médecine de Besançon et de Dijon.

Dans un second temps, une publication sur le réseau social Facebook via les groupes « association des jeunes médecins généralistes de Bourgogne » et « association des internes de Besançon » a été partagée pour obtenir un maximum de réponses.

Une relance a été effectuée au milieu de la période de recrutement.

Un total de 159 réponses a pu être obtenu durant cette période.

4. Critère de jugement principal

Cette étude était basée sur les connaissances des internes en médecine générale des universités Bourgogne Franche-Comté concernant les DA.

En découle le critère de jugement principal, qui était défini par un score de connaissance générale sur les DA qui regroupait les questions de la partie connaissance du questionnaire. Ce score de connaissance a été construit en attribuant 1 point à la question si l'interne a répondu correctement à la question et 0 si la réponse était fausse ou que le participant avait répondu « je ne sais pas ». Le score a été ramené à un pourcentage.

5. Analyse statistique

L'outil Google forms a permis de recueillir les données des questionnaires et de les analyser sous forme de tableaux Excel et/ou de graphiques.

Les statistiques descriptives ont été réalisés via le logiciel R Studio et les tests sous IBM SPSS 26. Les variables quantitatives ont été décrites en termes de moyenne, médiane et écart type. Les variables qualitatives en termes d'effectif et de pourcentage. Nous avons croisé le score de connaissance avec les réponses à plusieurs questions. Le score de connaissance étant une variable quantitative, nous avons utilisé un test de Student lorsque la variable avec laquelle on le croise était qualitative à deux modalités. Dans le cas de plus de deux modalités et dans notre cas où les effectifs de certaines modalités étaient inférieurs à 30 nous avons utilisé un test non paramétrique de Kruskal Wallis.

III. Résultats

A. Étude descriptive

Les internes en médecine générale de la promotion 2019 à 2022 regroupant les universités de Besançon et de Dijon sont au nombre de 588 étudiants. 159 internes de médecine générale ont répondu au questionnaire soit un taux de réponse de 27%.

Les internes étaient en majorité des femmes 76,1%. Ils étaient âgés de 23 ans à 41 ans avec un âge médian de 27 ans et une moyenne de 27,15 ans.

Dans notre population d'étude, 56% des internes étudiaient à la faculté de Dijon et 44% étudiaient à la faculté de Besançon.

Les promotions se répartissaient de façon assez similaire entre la promotion 2020 (29,6%) et 2022 (30,8%). La promotion 2019 correspondait à la promotion ayant fini son internat théoriquement en 2022. Cependant certains ayant pris des disponibilités au cours de leur internat ou FST étaient donc toujours internes. La répartition des étudiants selon leur promotion est décrite sur la figure suivante.

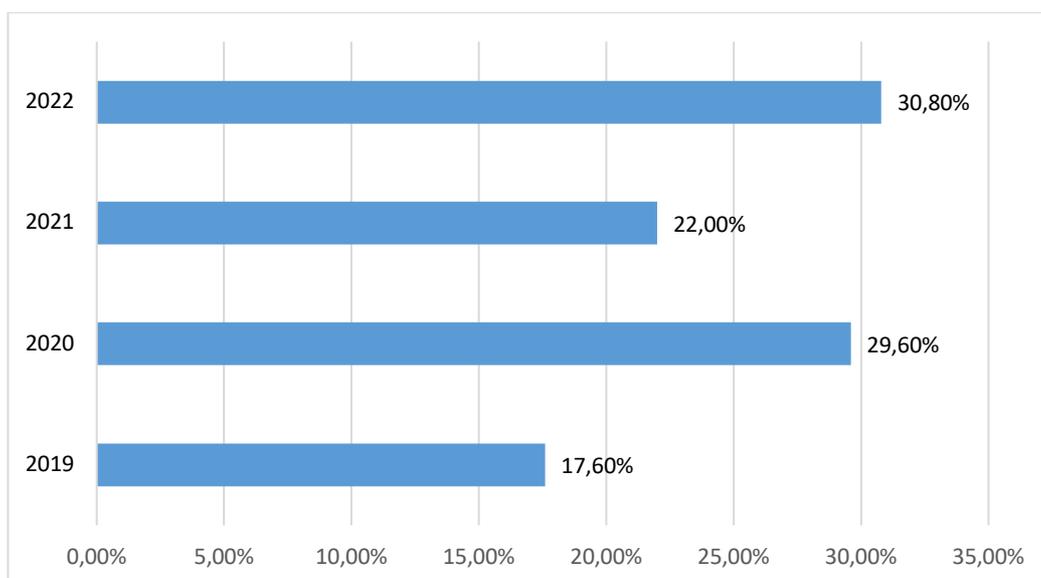


Figure 1 : Répartition des étudiants selon l'année de promotion d'internat

Nous les avons ensuite interrogés sur les stages effectués en médecine générale. Une majorité des répondants avaient uniquement réalisé leur niveau 1 (60,38%). Il est à noter que 9,43% n'avaient encore pas eu de stage d'interne en cabinet de médecine générale. Aucun interne n'avait uniquement réalisé son stage SASPAS. La répartition des étudiants selon les stages est décrite sur la figure suivante.

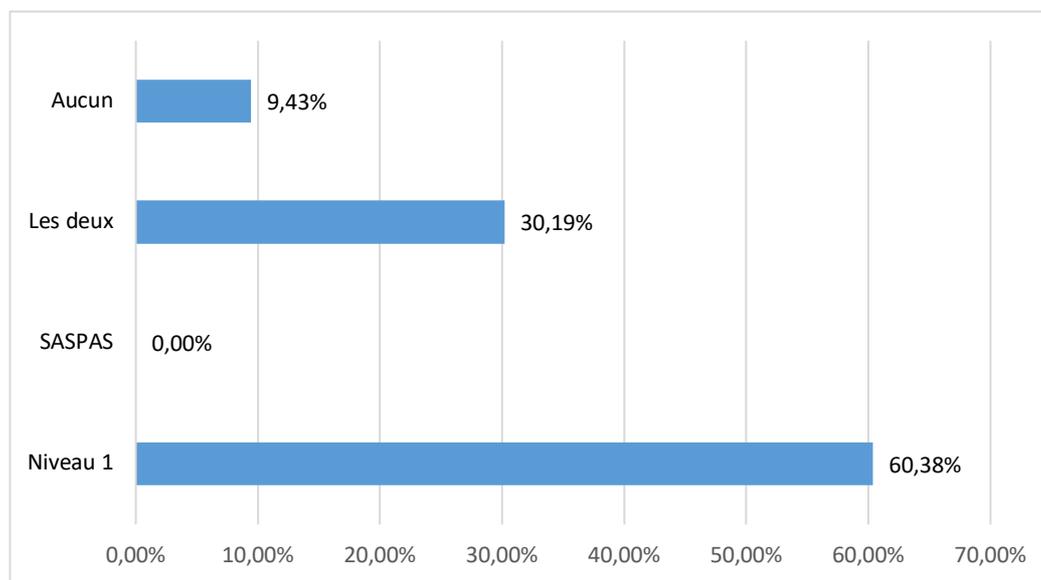


Figure 2 : Répartition des étudiants selon les stages effectués

B. Connaissances de la population étudiée sur les DA

Différentes questions ont été posées aux internes concernant leurs connaissances générales sur les DA.

Les internes ont été interrogés sur la définition des DA. 98,7 % des participants avaient répondu que les DA étaient « les volontés du patient sur sa fin de vie concernant les traitements et actes médicaux ». 13,2% des internes pensaient que les DA étaient « une demande orale du patient pour ne pas être réanimé ». Une partie de la population étudiée (13,2%) pensait qu'il y avait un lien entre le don d'organe et les DA.

Les réponses des internes sont résumées dans le tableau ci-dessous.

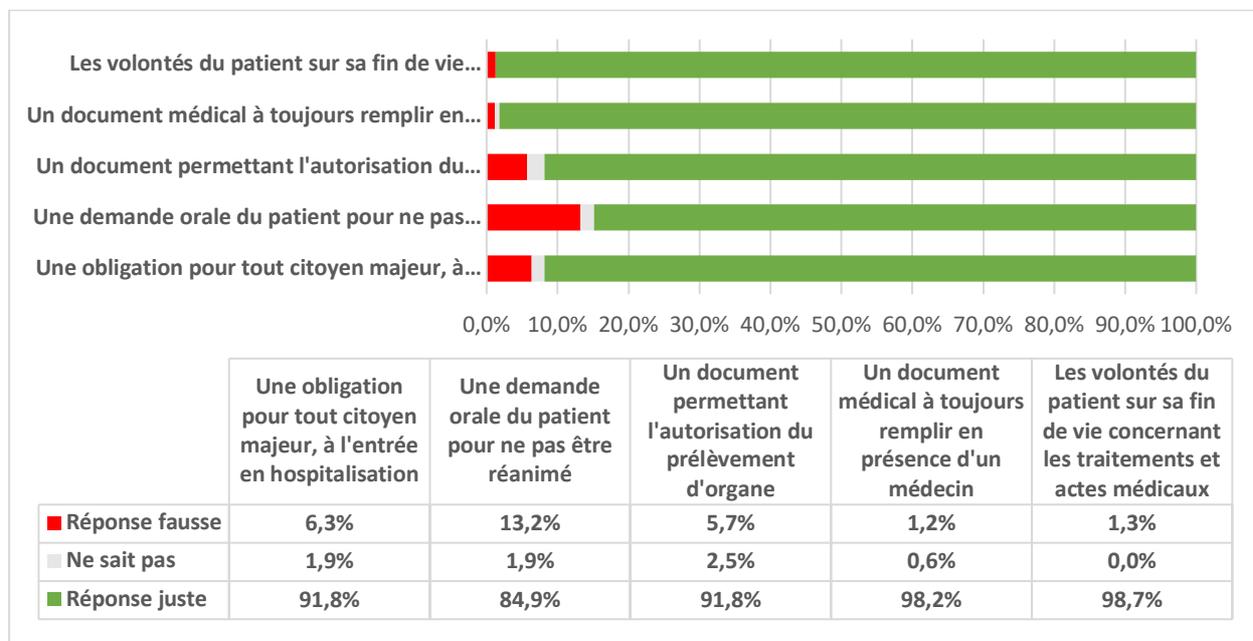


Figure 3 : Définition des directives anticipées

Les participants de l'étude ont aussi été questionnés sur leurs connaissances concernant la durée de validité des DA. La plupart des internes (84,91%) avaient répondu correctement et savaient que les DA avaient une durée de vie illimitée.

De plus 83,65% des étudiants avaient connaissance du caractère contraignants des DA pour les médecins sauf exception depuis la loi Claeys Léonetti de 2016.

En ce qui concerne la rédaction des DA, 93,71% des internes savaient qu'elles ne devaient pas être remplies sur un formulaire dédié contre 2,52% qui ne connaissaient pas la réponse. 3,77% qui pensaient qu'elles devaient être remplies sur un formulaire dédié.

A propos de la conservation des DA, la population étudiée a répondu à différentes possibilités de lieu de conservation. Pour la réponse « chez un ami » 12,6% des internes ne pensaient pas que les DA pouvaient être conservées chez un ami et 15,1% ne savaient pas répondre à cette question. Une grande majorité des participants (97,5%) savaient que les DA pouvaient être conservées « chez son médecin » et « chez soi ».

Les réponses sont développées dans le tableau ci-dessous

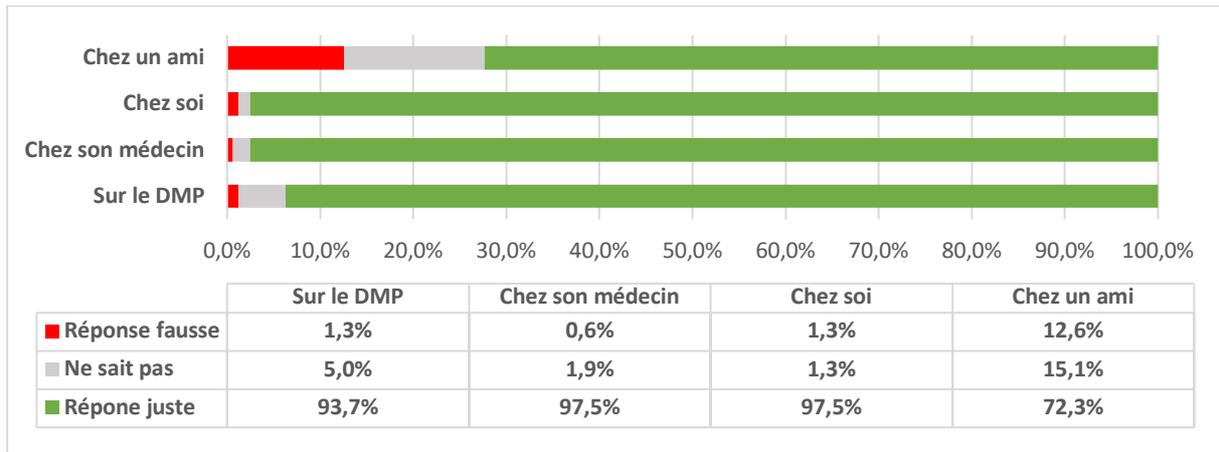


Figure 4 : Lieux de conservation des directives anticipées

A partir de ces quatre questions, il a été réalisé un score de connaissance générale sur les DA. Ce score varie de 50,0% à 100,0% avec une moyenne de réponses positives de 90,73% et un écart type de 9,79%. Le score médian est de 91,67% et l'intervalle interquartile [83,33 ; 100,00].

C. Formation universitaire de la population étudiée

Le nombre d'heures de cours facultaires reçus par les internes lors de leur internat sont décrits sur la figure ci-dessous.

Nombre d'heures de cours facultaires de soins palliatifs au cours de l'internat

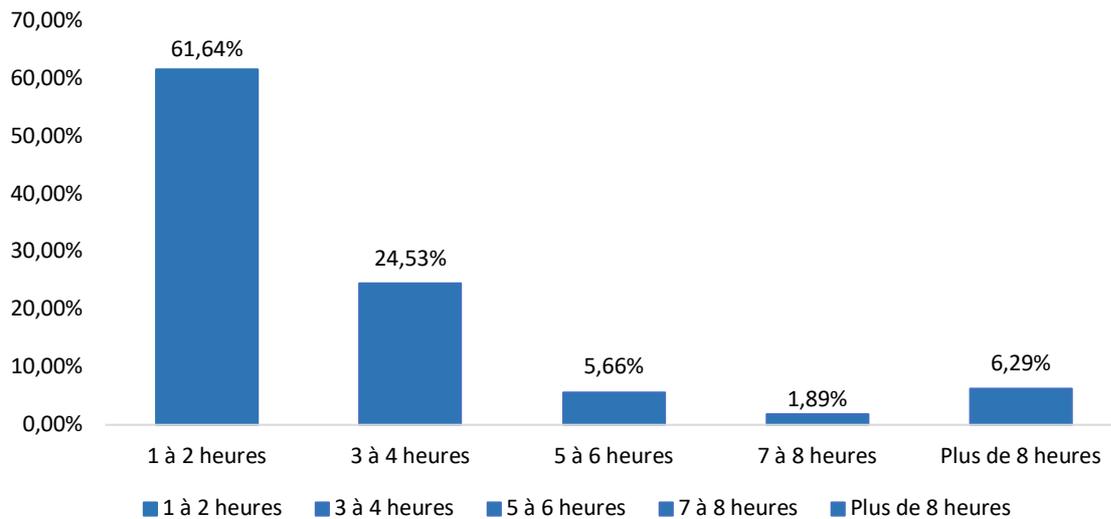


Figure 5 : Nombre d'heures de cours facultaires reçues en lien avec les soins palliatifs

Concernant la formation, 56,6% des internes se sentaient partiellement formés dans le domaine des soins palliatifs. Seulement 4,4% pensait être totalement formés sur le sujet alors que 36,48% pensaient manquer totalement de formation.

La majorité des répondants (69,81%) pensait que les DA auraient pu les aider à mieux gérer des situations difficiles vécues en stage si elles avaient été remplies au préalable.

58,49% des personnes interrogées avaient déjà utilisé lors d'un stage d'internat les DA. Pour 58,49% d'entre eux elles avaient aidé à mieux prendre en charge le patient dans sa fin de vie. Une minorité des internes (0,63%) ne savaient pas si la présence des DA avaient réellement apporté une aide dans la fin de vie du patient.

D. Future pratique en cabinet

Concernant la place accordée aux DA dans leur future pratique, 77,36 % des internes de notre étude pensaient une fois installés parler des DA à leur patient de temps en temps. Une partie des répondants (15,72%) comptaient en parler systématiquement avec leur patient au cabinet. 1,26% ne souhaitaient ne jamais en parler à leur patientèle.

Le type de patient avec lequel parler des directives anticipées en cabinet de médecine générale différait selon les internes. La répartition des patients est représentée sur la figure ci-dessous.

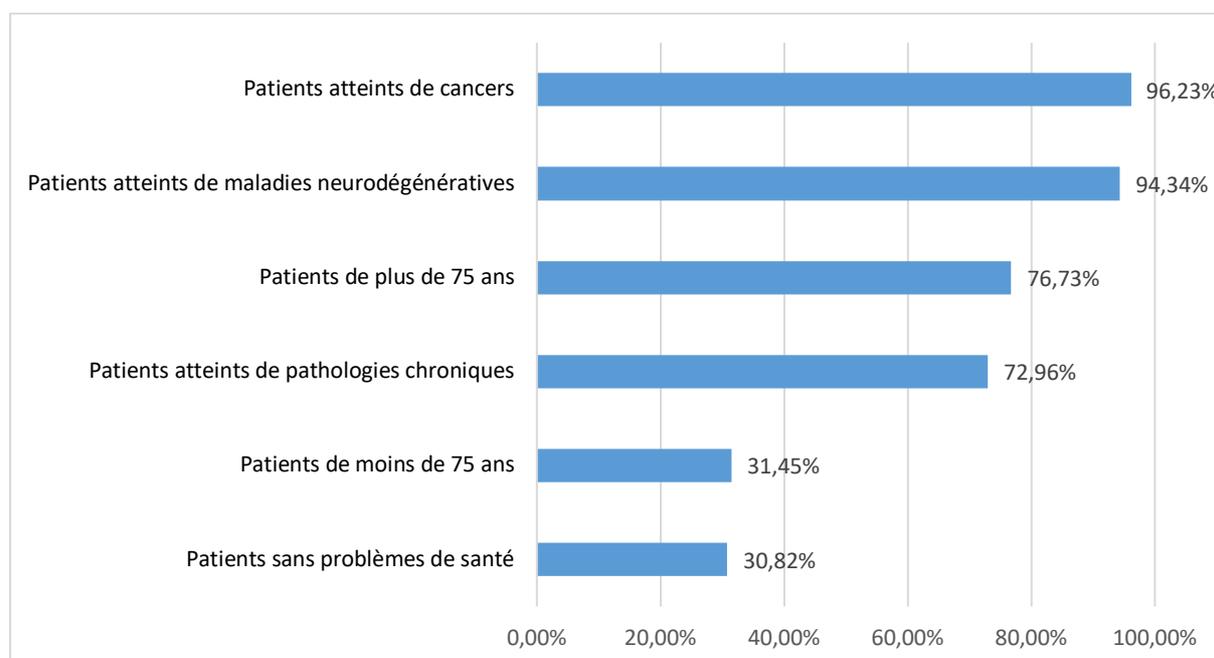


Figure 6 : Patients avec lesquels aborder les directives anticipées

Selon les internes interrogés la période optimale pour parler des directives anticipées était différente. La répartition des réponses apportées par les internes est représentée sur la figure ci-dessous.

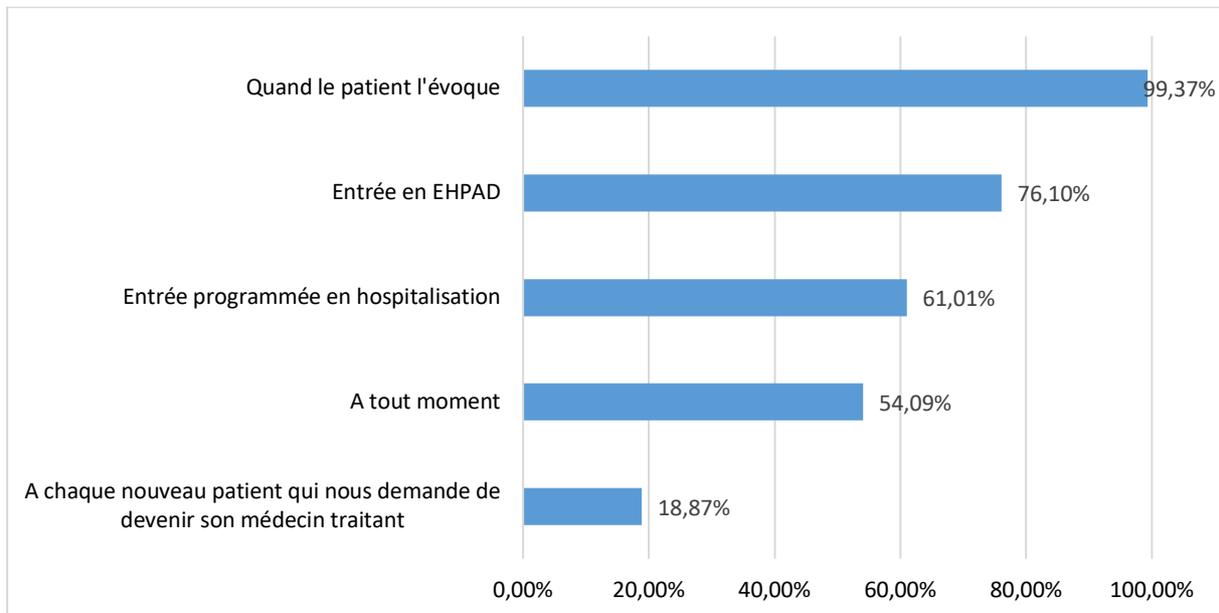


Figure 7 : Période optimale à laquelle aborder les directives anticipées

Nous avons interrogé les internes sur la période optimale pour parler des directives anticipées pour les patients atteints de cancer, les réponses apportées par les internes sont résumées sur la figure ci-dessous.

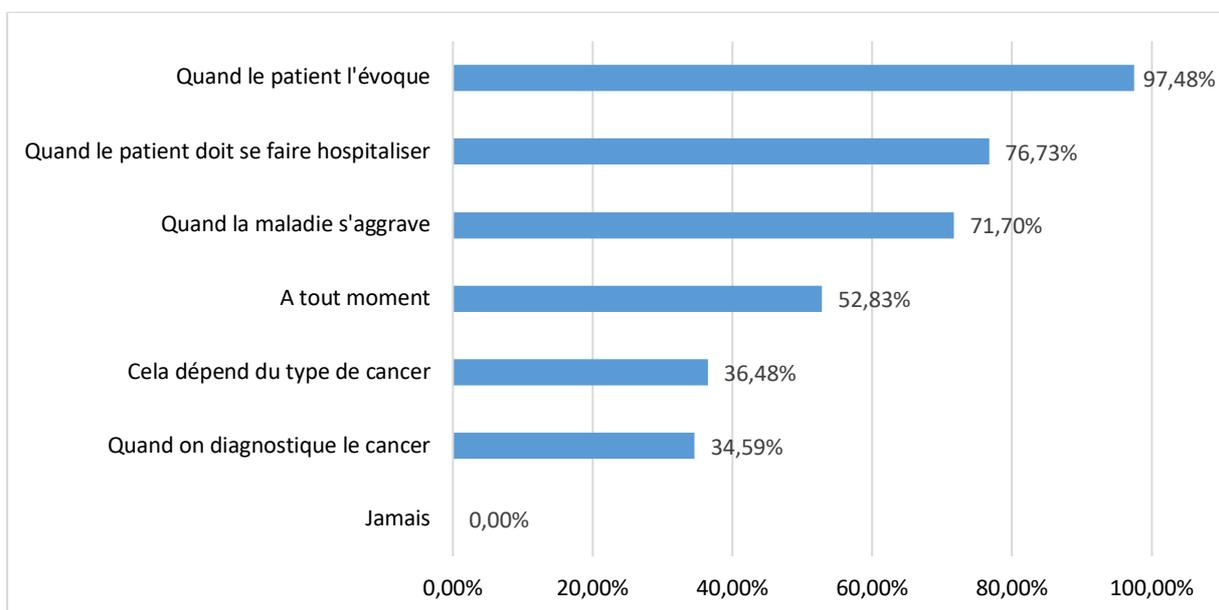


Figure 8 : Période optimale chez les malades de cancers à laquelle aborder les directives anticipées

En ce qui concerne la période optimale pour parler des directives anticipées pour les patients atteints de sclérose latérale amyotrophique ou maladie de Charcot, les réponses apportées par les internes sont résumées sur la figure ci-dessous.

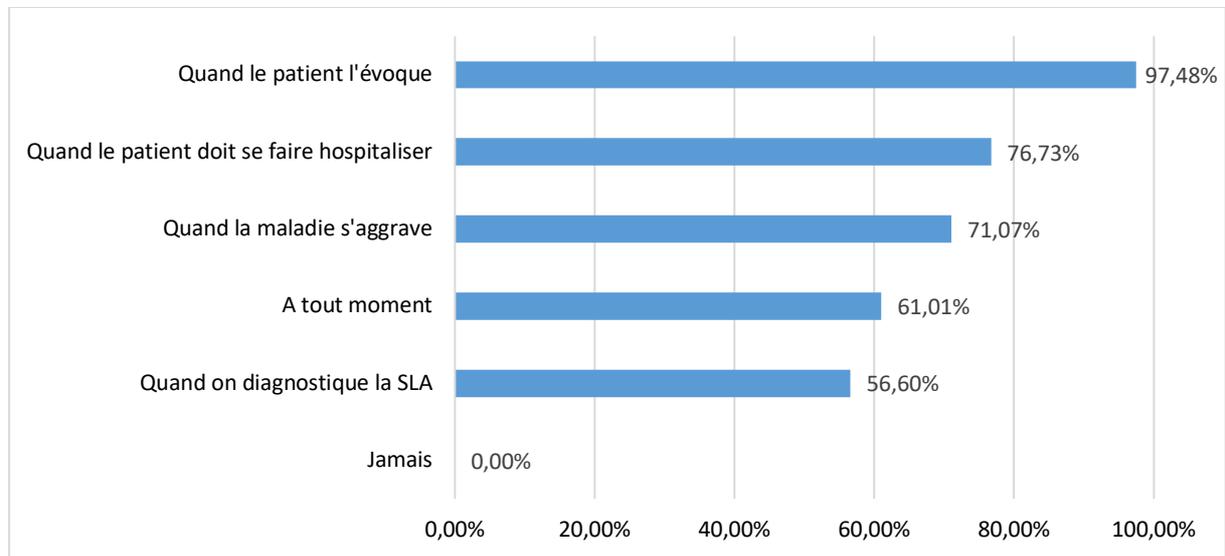


Figure 9 : Période optimale chez les malades atteints de SLA à laquelle aborder les directives anticipées

Parmi les internes interrogés 94,34% pensaient que les DA permettaient d'anticiper dans certains cas la fin de vie. Ce qui n'était pas l'avis de 2,52% des répondants, qui pensaient que les DA ne permettaient en aucun cas d'anticiper ces problèmes. A l'inverse 1,89% estimaient que les DA permettaient d'anticiper de façon systématique les problèmes de fin de vie.

Au sujet de la place du médecin traitant dans ces discussions, 12% des internes interrogés ont répondu que le médecin traitant n'était pas le mieux placé pour évoquer les directives anticipées avec ses patients alors que 88% pensent que c'est le cas.

Pour les internes n'ayant pas choisi le médecin traitant comme premier interlocuteur, le médecin spécialiste avait été proposé dans 8,18%, suivi de la famille à 2,52%. Une minorité d'interne (0,63%) avait donné le premier rôle

d'interlocuteur aux réseaux sociaux. Aucun participant n'avait choisi « média, presse » et « infirmiers, infirmières ».

En ce qui concerne les principaux freins pour la discussion des DA, les réponses données par les internes sont résumées sur la figure ci-dessous.

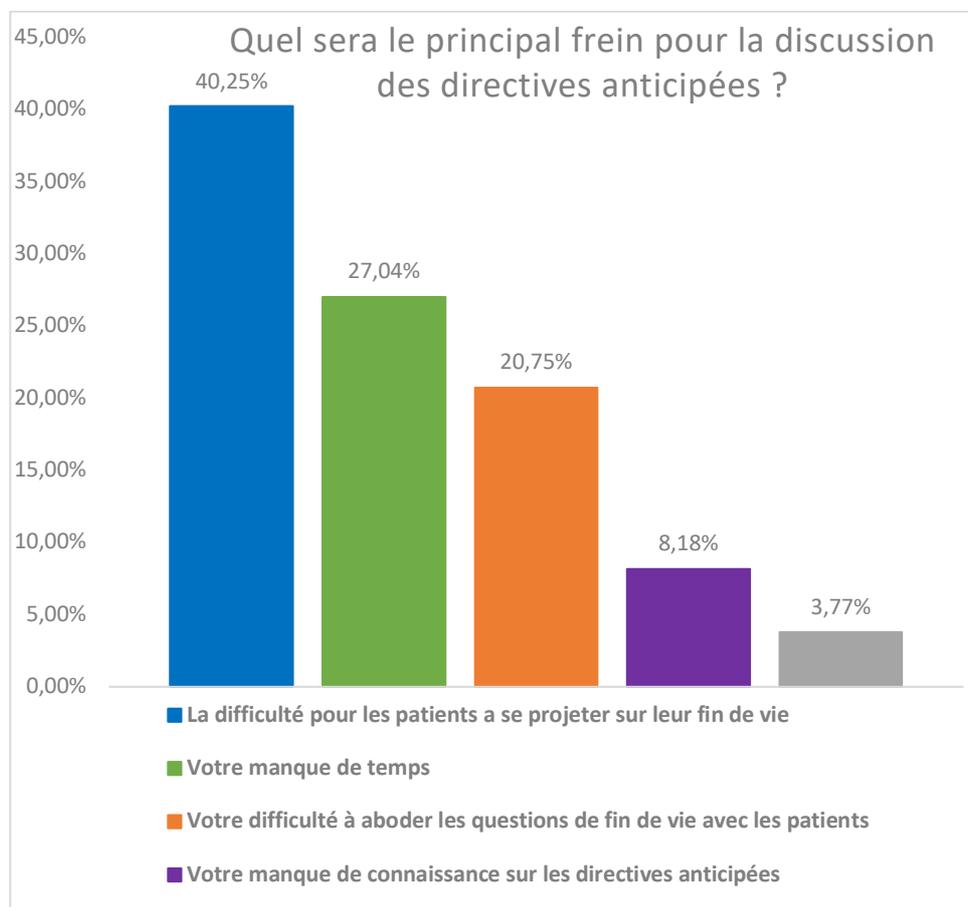


Figure 10 : Principal frein des médecins généralistes à la discussion des directives anticipées

Au sujet des principaux atouts pour la discussion des DA, les réponses des internes sont décrites sur la figure ci-dessous.

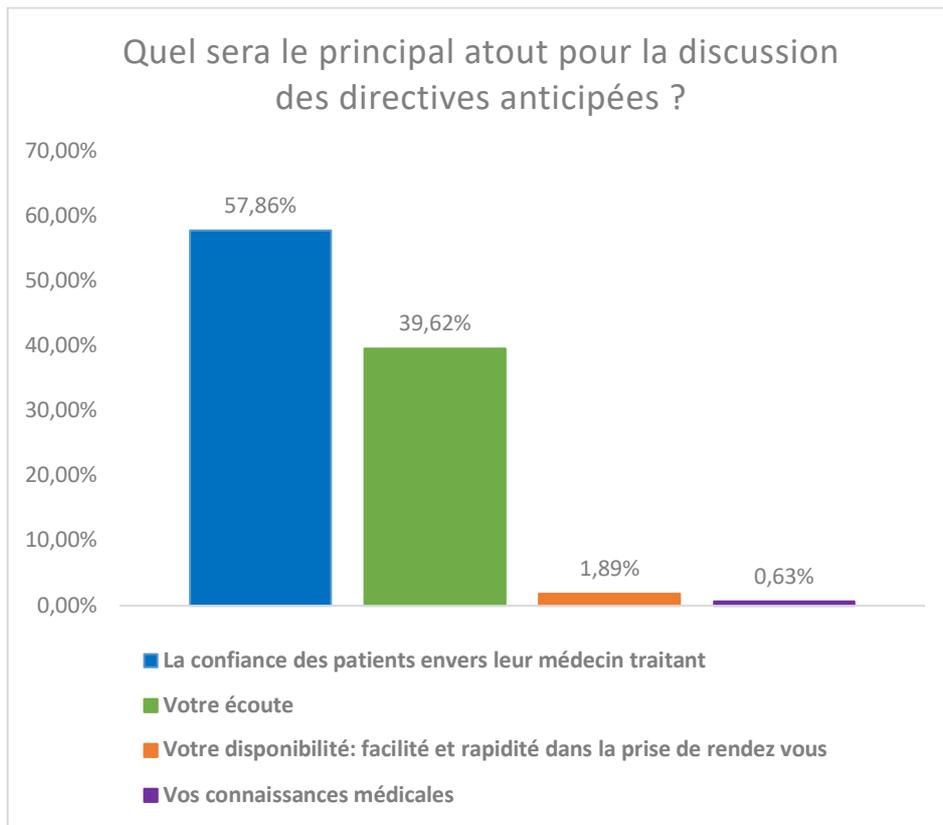


Figure 11 : Principal atout des médecins généralistes à la discussion des directives anticipées

E. Étude croisée entre le score de connaissance et certaines variables

Le résultat du score de connaissance a ensuite été croisé avec différentes variables. Le premier croisement était réalisé selon l'année de promotion des internes. Il n'a pas été trouvé de différence significative ($p=0,973$)

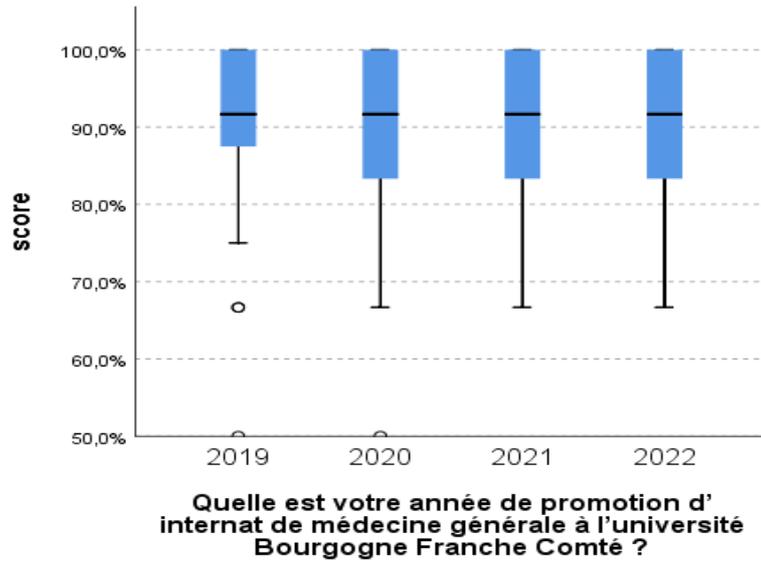


Figure 12 : Croisement entre le score de connaissance et l'année de promotion des internes

Le deuxième croisement était réalisé selon le nombre d'heures de cours facultaires en lien avec les soins palliatifs.

Nous avons regroupé ici les classes 5 à 6 heures et 6 à 8 heures afin d'avoir plus d'effectifs. Aucune différence significative n'a été trouvée ($p=0,414$).

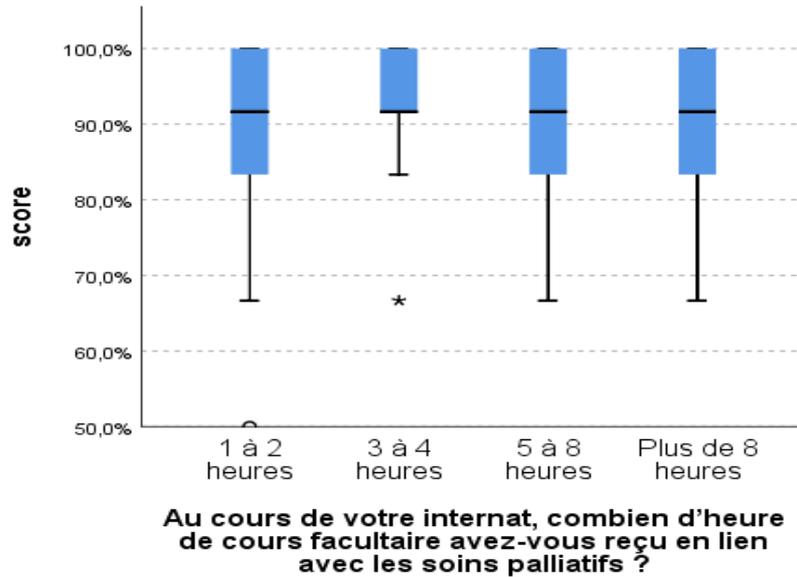


Figure 13 : Croisement entre le score de connaissance et le nombre d'heures de cours universitaires en lien avec les soins palliatifs

Le dernier croisement était réalisé selon si l'interne a déjà utilisé les DA pour un patient pendant un stage au cours de son internat. Aucune différence significative n'a été observée ($p=0,373$).

IV. Discussion

A. Forces et limites de l'étude

Ce travail est original car il existe à ce jour peu d'études s'intéressant aux internes et notamment sur leur représentation des directives anticipées. Cette méthode de recherche a permis d'explorer leur connaissance, formation et future pratique dans ce domaine.

Le choix de la réalisation d'un questionnaire électronique a été motivé par sa facilité de mise en œuvre et la rapidité de remplissage. La plupart des questions étaient fermées afin de faciliter leur analyse.

Néanmoins, ce travail n'a interrogé que des internes. Cette population a une expérience limitée de la médecine générale. En effet 9,4% des répondants n'avaient encore jamais eu de stage en cabinet de médecine générale au cours de leur cursus d'interne. Cette étude est donc à mettre en lien avec des travaux de médecins généralistes installés.

La population étudiée regroupait uniquement les internes de médecine générale de la région Bourgogne Franche Comté ce qui a pu créer un biais d'échantillonnage par le manque de représentativité des autres régions.

Le questionnaire étant anonyme il a permis de faciliter l'honnêteté des réponses. Cependant un biais de classement existe car nous ne pouvons-nous assurer que les participants aient effectué aucune recherche en amont des réponses.

Dans ce travail il existe aussi un biais de mémoire, nous ne pouvons vérifier les informations données par les internes notamment concernant le nombre d'heures de cours facultaires en lien avec les soins palliatifs. Ces derniers ont pu à tort minorer ou majorer le nombre d'heures de cours en fonction de leur souvenir.

De plus il existe dans cette étude un biais de sélection avec notamment un biais de volontariat. Les internes de médecine générale présentant un intérêt particulier pour les directives anticipées ont probablement été plus disposés à répondre au questionnaire.

B. Discussions des principaux résultats

1. Caractéristiques démographiques

Dans cette thèse, les étudiants des promotions 2022 et 2021 étaient les plus représentés. La promotion 2019 correspondait à la population la plus ancienne. Cette promotion avait pour la plupart déjà fini leur internat lors du questionnaire. Les personnes de la promotion 2019 ayant répondu étaient probablement soit des internes ayant fait une FST, soit six mois ou plus de disponibilité au cours de leur parcours universitaire.

Un plus grand nombre d'étudiants de l'université de Dijon a répondu aux questionnaires. Cet écart peut probablement s'expliquer car la thésarde venait de l'université de Dijon.

Dans notre étude, aucun interne n'avait réalisé seulement son SASPAS. Le résultat s'explique par le fait que les internes de médecin générale doivent obligatoirement avoir déjà réalisé leur niveau 1 et leur stage d'urgence avant de pouvoir réaliser leur stage SASPAS.

2. Connaissances théoriques et formation

a) *Connaissances*

Dans notre étude, les connaissances théoriques des internes de médecine générale étaient satisfaisantes. Ce résultat est concordant avec une étude de 2019. Cette

étude montrait que les internes avaient une connaissance importante des DA. Ils souhaitaient s'investir dans leur promotion.⁽²²⁾

Le score de connaissance générale sur les DA était de 90,73%. Ce score élevé montre que les connaissances des internes sont importantes. Il y a malgré tout quelques réserves sur ce résultat car les questions étaient peu nombreuses et étaient fermées.

Par ailleurs ce score n'était pas influencé par le nombre d'heures universitaires en lien avec les soins palliatifs reçues par les internes ni par l'utilisation des DA en stage ni par l'année de promotion des internes.

Cela contraste avec les études réalisées chez les médecins généralistes, qui montrent un manque de connaissances chez ces derniers.

Le manque de connaissances des médecins était souvent évoqué comme un des freins principaux à la non-discussion des DA avec leurs patients.⁽³⁾ En 2008, déjà Jean Léonetti déclarait : « La loi est peu connue des citoyens et des médecins. Et ceux qui croient la connaître l'appliquent mal. Or, la meilleure loi du monde, mal connue et mal appliquée ne sert à rien ».⁽²⁶⁾

L'évolution de la formation des soins palliatifs du second et troisième cycle des études médicales, a probablement participé à l'amélioration des connaissances théoriques des internes. En effet, le plan national de 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs, s'axait notamment sur le renforcement théorique et pratique durant le parcours universitaire et professionnel.⁽²⁷⁾ Pourtant dans notre étude, les internes ne se sentaient que partiellement formés aux DA.

b) Formation théorique

La formation des soignants reste un axe d'amélioration afin d'augmenter de façon significative le nombre de DA. Malgré une amélioration concernant la formation

des soins palliatifs, dans notre étude les internes se sentaient toujours partiellement formés aux DA. 61,64% des internes avaient eu seulement 1 à 2 heures de cours universitaire sur les soins palliatifs durant leur internat.

En 2023, s'est tenue la Convention Citoyenne sur la fin de vie. Cette convention regroupait des citoyens français ayant réfléchi sur les progrès à apporter concernant la fin de vie. Ces derniers demandaient notamment un renforcement de la formation des professionnels de santé. Les propositions étaient les suivantes :

-Créer un tronc commun universitaire dans le cadre de la formation initiale,

-Inclure un stage en soins palliatifs au cours du parcours de formation des professionnels de santé,

-Communiquer et valoriser auprès des étudiants les unités de soins palliatifs et ouvrir davantage de places pour les accueillir,

-Intégrer un cycle de formation sur les questions éthiques, la vie et la mort, dans la formation initiale des professionnels de santé,

-Créer des parcours de formation certifiants ou diplômants spécifiques en matière de soins palliatifs pour tous les professionnels de santé.⁽²⁸⁾

En 2008, Régis Aubry chef de service du CHU de Besançon en soins palliatifs proposait une formation en 4 compétences : techno-scientifique, relationnelle, éthique et capacité de coopération. Il montrait l'importance d'articuler ces 4 compétences entre elles, pour aboutir à une formation palliative de qualité. Pour lui, la formation actuelle était principalement basée sur la technique et ne pouvait répondre au fondement du domaine palliatif. Il proposait notamment d'ouvrir aux étudiants en médecine, la connaissance des sciences humaines et sociales. Il suggérait aussi la création de groupe de parole entre étudiants.⁽²⁹⁾

Ce même constat est fait sur une étude récente de 2020 réalisée chez des internes. La formation apparaît trop technique, et pas assez basée sur l'éthique et le relationnel.⁽³⁰⁾

Des propositions d'amélioration sur la formation des soins palliatifs étaient faites par des internes. Ils proposaient la création de petits groupes de parole encadrés par un senior expert dans ce domaine. Ils souhaitaient aussi avoir plus accès aux stages de soins palliatifs au cours de leur cursus.⁽³¹⁾

Des travaux en petits groupes se font déjà dans différentes universités notamment dans celle de Dijon sur l'arrêt du tabac, la communication...

Nous pourrions imaginer que ces travaux se fassent mais cette fois ci axés sur les soins palliatifs. Les internes pourraient réaliser des jeux de rôle médecin/malade pour évoquer les DA, la fin de vie.

Des travaux pratiques de ce type sont déjà mis en place durant le second cycle. Depuis la réforme, les externes bénéficient d'examens cliniques objectifs et structurés (ECOS). Ces examens évaluent leurs compétences pratiques dans différents domaines au moyen de mise en situation.⁽³²⁾

Les ECOS peuvent toucher tous les domaines que ce soit la prévention, les symptômes, les données paracliniques... Le domaine palliatif et éthique en fait aussi parti. Les étudiants avec des jeux de rôle peuvent appréhender la difficulté de parler de fin de vie ou DA. On peut envisager que ces travaux pratiques puissent être mis en place durant le troisième cycle des études médicales.

3. Problème de mise en pratique

a) Le médecin traitant, le principal acteur

Il est à noter que tout comme les médecins généralistes, les internes pensent aussi que c'est au médecin traitant de parler des DA à leur patient⁽³³⁾. Il y a une réelle volonté de la part de la filière générale de s'investir dans cette démarche.

De plus, la loi de 2016 Claeys Léonetti le stipule et donne au médecin traitant le devoir d'évoquer les DA avec ses patients⁽⁶⁾.

Ce souhait est aussi partagé par les patients, qui voient le médecin généraliste comme l'interlocuteur principal pour la discussion des DA⁽³⁴⁾.

C'est aux spécialistes que les internes donnaient le deuxième rôle pour parler des DA. Pourtant les patients atteints de cancers, montrent qu'ils ne souhaitent pas parler de fin de vie et de DA auprès de leur oncologue. Ils trouvent contradictoire d'évoquer ces sujets alors qu'ils sont dans une démarche de soins actifs. Pour eux, cette discussion doit se faire en priorité avec le médecin traitant qui les connaît mieux^(35,36).

Aucun interne n'avait répondu « media-presse » ou « infirmières-infirmiers » comme intervenant de première intention pour parler des DA. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que les internes sont des futurs médecins. Ils privilégient donc l'information donnée aux patients par ces derniers. Ce résultat aurait probablement été différent si la parole avait été donnée aux patients.

b) Population ciblée

Dans l'étude, les répondants proposaient majoritairement les DA à leurs patients âgés et/ou malades. Tout comme les médecins qui visaient principalement cette population⁽³⁷⁾.

En parallèle une minorité d'internes considérait qu'il fallait en parler à des personnes jeunes et/ou en bonne santé. Ce qui est concordant avec le travail réalisé par Nzotcha M. montrant que les médecins ne souhaitent pas évoquer le sujet de la mort avec leurs patients jeunes ou non malades⁽²³⁾.

Ces réponses peuvent probablement s'expliquer par l'allongement de l'espérance de vie. En effet les progrès médicaux ont participé à développer un sentiment d'immortalité chez les patients mais aussi les médecins⁽³⁸⁾.

Pourtant la crise Covid a remis en question ces notions. Elle a montré que la mort pouvait toucher tout le monde. Cette crise a mis en difficulté les soignants à cause de leur manque de connaissance mais surtout en les fragilisant psychologiquement⁽³⁹⁾.

Finalement très peu d'internes faisaient une différence entre les pathologies que ce soit les maladies chroniques, les cancers ou les maladies neurodégénératives.

Pourtant pour la SLA dès le diagnostic, le patient sait qu'il n'a pas de possibilité de guérir et qu'il va se dégrader au fil des mois. Une étude de 2008 a montré la nécessité d'accompagner ces patients notamment au travers des directives anticipées. Même si ces patients souhaitent participer aux décisions thérapeutiques, il est difficile pour eux d'anticiper et d'exprimer un choix concernant les complications respiratoires possible. Cela montre toute l'ambiguïté légitime des patients et donc la difficulté de rédiger les directives anticipées⁽⁴⁰⁾.

Concernant les patients atteints de cancer, le schéma est différent. Si dès le diagnostic certains patients savent qu'ils ne guériront pas, la plupart se voient proposer un protocole de soins afin de guérir. Ils sont donc dans une démarche de soins actifs et d'espoir. Leur parler de directives anticipées va pour eux à l'encontre de leur combat et représente un aveu d'échec^(41,42).

Que ce soit pour les patients atteints de SLA ou ceux atteints de cancer, la discussion des directives anticipées reste pénible et demande un accompagnement particulier des soignants. Il est important en tant que soignant d'identifier les

patients qui sont aptes à entreprendre cette démarche. Pour une même pathologie, chaque patient réagira et se projettera différemment. C'est donc aux soignants de s'adapter à chaque malade.

c) Moment opportun difficile à prévoir

Le moment opportun pour parler des DA est pour les internes difficile à envisager. Les réponses à ce sujet sont plus disparates. Cela est aussi évoqué dans les études concernant les médecins généralistes⁽⁴³⁾. Cependant les internes tout comme les médecins, sont unanimes pour dire qu'un des moments clés pour parler aux patients est quand ce dernier le demande^(34,37).

A l'inverse, les patients attendent souvent que la discussion vienne de leur médecin⁽³⁴⁾. Alors comment créer une discussion autour des DA si chacun se rejette la responsabilité ?

Dans notre étude, les internes se projetaient plus pour parler des DA à des occasions comme l'entrée en EHPAD ou l'hospitalisation programmée. 18,87% des internes pensaient en parler quand le patient ferai une demande de médecin traitant.

La comparaison entre les patients atteints de cancer ou SLA concernant la période optimale pour parler des DA, montre que les internes réagissent de façon assez similaire face à ces deux pathologies. On note qu'ils seraient plus enclins à parler aux malades des DA quand ils doivent se faire hospitaliser ou quand la maladie se dégrade. La moitié des répondants serait enclin à parler des DA lors du diagnostic de la pathologie.

Pourtant certaines études montrent l'importance de parler des DA précocement. En effet il y aurait une meilleure anticipation, cela permettrait de mieux respecter les souhaits du patient^(44,45).

La HAS a créé en 2016 un formulaire d'aide pour les soignants mais aussi pour les patients concernant la rédaction des DA. Le formulaire destiné aux professionnels de santé reprend notamment la définition des DA, les conditions de rédaction, de conservation et évoque la notion de quand et comment en parler. Il suggère notamment la bonne période pour discuter avec les patients en notifiant « Le médecin peut saisir tout moment qui lui paraîtrait opportun selon la relation de confiance et de proximité avec son patient. »⁽¹²⁾.

Une nouvelle approche dans les pays anglo-saxon existe : « advanced care planning (ACP) ». Cette approche permet au patient de définir ses objectifs et ses préférences concernant les soins et les thérapeutiques en fin de vie. L'ACP permet de réviser régulièrement les souhaits du patient entouré de la famille et des professionnels de santé. Elle permet une prise en charge globale sur les aspects physiques, psychiques, sociaux et spirituels du patient. L'ACP permettrait de ne pas avoir un moment opportun de discussion mais plusieurs moments de rencontre avec le malade. Ce concept contribuerait à dédramatiser le moment idéal pour en parler⁽⁴⁶⁾.

Le choix du moment opportun reste une question sans réponse standardisée. Chaque patient est unique, ainsi que la relation médecin patient qui en découle. Que l'initiative de la discussion soit à la demande du médecin ou du patient, elle doit toujours restée dans l'écoute mutuelle.

d) Parler de la mort, sujet tabou

L'un des freins principaux rencontrés par les internes est la difficulté pour les patients de parler de leur fin de vie. C'est l'inverse pour les médecins, qui voient comme l'un des principaux freins leur propre difficulté de parler de fin de vie avec les patients : peur de la réaction des patients, difficulté à engager la discussion⁽⁴⁷⁾.

Cette différence peut, peut-être s'expliquer par le manque de mise en pratique des internes. Ces derniers ont pour l'instant été peu confrontés à ce type de discussion. Ils n'ont peut-être pas pleinement conscience de la difficulté d'aborder le sujet de la fin de vie.

Le tabou autour de la mort est de plus en plus présent dans notre société. Les rites mortuaires disparaissent peu à peu : port du deuil, long cortège, veillée funéraire⁽⁴⁸⁾. Ce tabou est tout aussi présent dans la médecine actuelle qui est devenue au fil du temps une médecine absolument orientée vers la guérison. La médecine palliative tranche avec cette vision d'une « toute-puissance » de la médecine. Son objectif est non pas de guérir mais d'intégrer la mort dans le processus de vie. L'acceptation de la mort permet d'accompagner au mieux le patient en apaisant sa souffrance physique et psychologique⁽⁴⁹⁾.

Du reste le patient met aussi sa propre mort à distance. Il reste difficile pour chaque patient de parler de sa propre fin de vie. Cette discussion est souvent hautement redoutée voire impossible sur le plan psychique. Comme le disait Freud « personne, au fond, ne croit à sa propre mort ou, ce qui revient au même : dans l'inconscient, chacun de nous est persuadé de son immortalité »⁽⁵⁰⁾. La complexité liée à l'anticipation de la fin de vie provoque un frein important pour la discussion des DA.

Pourtant malgré la mise à distance de la mort, une nouvelle notion émerge dans notre société « le bien mourir ». Cette notion correspondrait à une mort plus humaine et surtout en adéquation avec les volontés du patient⁽⁴⁾. Les DA permettraient de participer à cette nouvelle requête en anticipant la fin de vie. Elles contribueraient à envisager un projet de fin de vie en accord avec le patient. Elle participerait à donner un sens à ce qui reste à vivre⁽³⁾.

Devant ces nouvelles demandes de la société, il est important que les professionnels soient correctement formés dans le domaine des DA. Toutefois parler de la mort pour les soignants reste encore difficile⁽¹⁴⁾. La formation

médicale doit donc évoluer en intégrant notamment les sciences humaines dans le cursus universitaire⁽⁵¹⁾.

e) Critère de temps facteur limitant

Les internes ainsi que les médecins évoquent le manque de temps comme un des principaux freins à la discussion des DA. Pour eux ces discussions demandent du temps car ces sujets sont difficiles à aborder^(47,52).

Toutefois un essai randomisé réalisé par Rogier T. en 2022, montrait qu'une intervention brève augmentait le nombre de DA rédigées. Cette intervention était faite par le médecin traitant en moins de 5 min dans le cadre d'un suivi médical⁽⁵³⁾. Tout comme dans le travail de thèse de Ayllon-Milla où les patients bénéficiaient d'une information minimale sur les DA. Le nombre de démarches initiées en vue de rédiger des DA augmentait à la suite de cette information⁽⁵⁴⁾.

Comme le montre ces deux travaux, le manque de temps ne serait peut-être pas un réel frein à la discussion. Le problème viendrait peut-être de l'anticipation négative des soignants se rapportant à ce sujet. Les médecins voient la discussion des DA comme un moment solennel. Or peut être qu'ils devraient dédramatiser cette discussion. L'objectif serait de l'intégrer dans une prise en charge plus globale notamment lors de différentes visites du patient au cabinet⁽⁵⁵⁾.

f) Médecin traitant un atout majeur

Les internes pensent avoir deux atouts principaux pour la discussion des DA. Le premier, la confiance des patients envers leur médecin traitant. Le deuxième, leur écoute.

Comme retrouvé dans d'autres études, les patients ont pleinement confiance en leur médecin traitant. C'est lui qui les connaît le mieux sur le plan personnel, familial et professionnel. C'est surtout pour eux, le médecin qui a les principales qualités humaines⁽³⁶⁾.

Pourtant malgré l'importance du médecin généraliste pour les patients, ce dernier est souvent exclu du cadre hospitalier. Il y a une réelle scission ville-hôpital. Le médecin se sent souvent écarté lorsque le patient bénéficie d'un séjour hospitalier⁽⁵⁶⁾. On pourrait imaginer qu'à l'avenir le médecin traitant puisse être plus inclus en fonction des demandes du patient à ces rencontres hospitalières dans le cadre de discussions anticipées.

g) Les DA, l'avenir ?

Comme le montre notre étude, les internes pensent que les DA peuvent aider dans « certains cas ». Cette réponse nuancée sous-entend qu'il y a plusieurs limites aux DA.

Les DA doivent être remplies et écrites sur papier. Elles ne sont pas obligatoirement remplies avec l'aide d'un médecin. Différents formulaires en ligne existent dont celui de la HAS ainsi que celui de l'association pour le droit à mourir dans la dignité (ADMD). Dans le document de la HAS, il existe deux types de formulaires : un qui concerne les personnes ayant une maladie grave ou en fin de vie, l'autre les personnes non malades. Ces formulaires ont été créés pour aider le patient à remplir ses DA avec notamment une partie explicative et une partie où le patient peut écrire ce qu'il souhaite⁽⁵⁷⁾. A l'inverse dans le formulaire de l'ADMD, le patient coche des cases préalablement remplies par exemple « demander à bénéficier d'une sédation profonde et continue »⁽⁵⁸⁾. Peut-on être sûr en tant que médecin que le patient a compris ce que présentait réellement cette demande ?

A l'inverse, certaines directives anticipées sont très évasives notamment « pas d'acharnement thérapeutique ». Difficile pour le médecin de vraiment comprendre ce que veut dire le patient au travers de ses écrits.

Ce caractère figé, écrit des DA reste un problème majeur⁽⁵⁹⁾. Les DA sont révocables et modifiables à tout moment. Cependant il reste souvent vécu comme un moment immuable. Ce format n'est peut-être pas adapté. Il doit évoluer vers des discussions soignant/médecin/famille réitérées en fonction du cheminement du patient. C'est notamment le modèle que propose les anglo-saxons avec l'ACP. L'ACP est une démarche dynamique et interactive qui apporterait plus de relationnel dans la fin de vie. Ce processus permettrait de mieux s'adapter à chaque patient et à ses propres choix⁽⁶⁰⁾.

Par ailleurs les DA pourraient être proposées à un plus grand nombre de patients. Actuellement les médecins quand ils en discutent, s'axent sur les patients atteints de cancer ou SLA par exemple. Pourtant elles pourraient avoir leur place aussi dans les pathologies chroniques. Comme le montre une étude sur l'ACP chez les patients en insuffisance rénale chronique. En effet les patients dialysés ont beaucoup plus tendance à mourir en soins intensifs subissant des traitements agressifs et coûteux. Des discussions anticipées permettraient de limiter les actes médicaux excessifs et ainsi de rendre moins anxieux le patient⁽⁶¹⁾.

Les DA ont avant tout été créés pour les patients. L'objectif était qu'ils aient le droit à une autonomie lors de leur fin de vie. Pourtant le risque est que les médecins se cachent derrière les DA et les utilisent afin de se déculpabiliser. Reny et Daubin dans leur étude, se posent cette question. Ils montrent que le soignant est rassuré par l'utilisation des DA alors que le malade est renvoyé vers sa propre mort qu'il cherche à mettre à distance⁽⁶²⁾. Il est important de se souvenir que le médecin a un rôle à jouer par ses connaissances et son empathie. Les DA doivent rester une aide pour respecter au mieux les demandes des patients et non pas pour rassurer les professionnels.

Si l'augmentation du nombre de DA reste un objectif de politique et de santé publique, on peut se demander si à l'avenir des discussions anticipées réitérées seraient plus adaptées. Cette approche permettrait de respecter la législation tout en se concentrant sur les demandes et l'individualité de chaque patient.

V. Conclusion

En dépit des évolutions médicales et législatives apportées par les directives anticipées ainsi que des nombreuses campagnes de santé publique conduites, ces dernières restent peu rédigées car de nombreux freins existent encore.

Néanmoins notre étude a permis de voir que les internes en médecine générale avaient des connaissances théoriques satisfaisantes et qu'ils avaient à cœur de promouvoir les directives anticipées.

Pourtant notre travail a mis en évidence des difficultés rencontrées par les soignants pour trouver le moment idéal pour parler des directives anticipées. Il est indispensable que le médecin ait les moyens d'aider les patients à aborder ce sujet dès qu'il est possible de le faire. A l'avenir une formation centrée sur l'éthique, l'humain et la communication pourrait les aider dans la discussion des directives anticipées avec le patient.

Par ailleurs, notre étude a aussi montré que le médecin traitant est un interlocuteur de choix dans les discussions des directives anticipées de par sa proximité avec ses patients. Il est donc important que le médecin généraliste garde une place privilégiée dans la fin de vie.

Les directives anticipées ne sont finalement peut-être pas le format le plus adapté pour anticiper la fin de vie. En France, l'évolution de la société devrait permettre de développer un modèle similaire au modèle Anglo-Saxon. Le développement des discussions anticipées réitérées permettrait de répondre à la demande d'une fin de vie plus humaine et personnalisée pour chaque patient.

THESE SOUTENUE PAR Mme BOUVARD Astrid

CONCLUSIONS

En dépit des évolutions médicales et législatives apportées par les directives anticipées ainsi que des nombreuses campagnes de santé publique conduites, ces dernières restent peu rédigées car de nombreux freins existent encore.

Néanmoins notre étude a permis de voir que les internes en médecine générale avaient des connaissances théoriques satisfaisantes et qu'ils avaient à cœur de promouvoir les directives anticipées.

Pourtant notre travail a mis en évidence des difficultés rencontrées par les soignants pour trouver le moment idéal pour parler des directives anticipées. Il est indispensable que le médecin ait les moyens d'aider les patients à aborder ce sujet dès qu'il est possible de le faire. A l'avenir une formation centrée sur l'éthique, l'humain et la communication pourrait les aider dans la discussion des directives anticipées avec le patient.

Par ailleurs, notre étude a aussi montré que le médecin traitant est un interlocuteur de choix dans les discussions des directives anticipées de par sa proximité avec ses patients. Il est donc important que le médecin généraliste garde une place privilégiée dans la fin de vie.

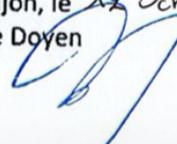
Les directives anticipées ne sont finalement peut-être pas le format le plus adapté pour anticiper la fin de vie. En France, l'évolution de la société devrait permettre de développer un modèle similaire au modèle Anglo-Saxon. Le développement

des discussions anticipées réitérées permettrait de répondre à la demande d'une fin de vie plus humaine et personnalisée pour chaque patient.

Le Président du jury,



Vu et permis d'imprimer
Dijon, le 12 Octobre 2023
Le Doyen



VI. Bibliographie

1. Nau JY. De l'obstination et de la déraison (À propos de l'affaire Vincent Lambert). *Rev Med Suisse*. 9 mai 2018;606:1004-5.
2. Marzano M. Chapitre III. Consentement du patient et éthique médicale : du paternalisme à l'autonomie. In: *Je consens, donc je suis...*. Paris: Presses Universitaires de France; 2006. p. 75-128. (Hors collection).
3. Sicard D. Penser solidairement la fin de vie. Commission de réflexion sur la fin de vie en France [Internet]. Paris; 2012. (La Documentation Française). Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/32878-penser-solidairement-fin-de-vie-commission-de-reflexion-sur-fin-de-vie>
4. Castra M. L'émergence d'une nouvelle conception du « bien mourir ». Les soins palliatifs comme médicalisation et professionnalisation de la fin de vie. *Rev Int Soins Palliatifs*. 2010;25(1):14-7.
5. LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (1). 2005-370 avr 22, 2005.
6. LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (1). 2016-87 févr 2, 2016.
7. 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. 2016-1067 août 3, 2016.
8. de Courson T. Les directives anticipées à l'hôpital : l'affaire de tous ? *Rev Médecine Interne*. 25 mai 2018;40(3):145-50.
9. Auger S, Colin M, Gelin Y, Perret J, Plassard C. [End-of-life and advance healthcare directives]. *Rev Infirm*. nov 2019;68(255):34-6.
10. Pennec S, Monnier A, Pontone S, Aubry R. Les décisions médicales en fin de vie en France. *Popul Sociétés*. 17 mars 2012;N° 494(10):1-4.
11. Mathilde L, Rhondali W, Monnin L, Thollet C, Gabon P, Filbet M. Advanced directives: Nurses' and physicians' representations in 2012. *Bull Cancer (Paris)*. 30 sept 2013;100(10):941-5.
12. Haute Autorité de Santé [Internet]. 2016. Les directives anticipées concernant les situations de fin de vie. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2619437/fr/les-directives-anticipees-concernant-les-situations-de-fin-de-vie
13. De Vleminck A, Houttekier D, Pardon K, Deschepper R, Van Audenhove C, Vander Stichele R, et al. Barriers and facilitators for general practitioners to engage in advance care planning: a systematic review. *Scand J Prim Health Care*. déc 2013;31(4):215-26.
14. Eon B, Paul M, Cannone P, Coz PL, Dany L. Enjeux relationnels et limites d'application des directives anticipées : étude qualitative exploratoire auprès de médecins. *Rev Int Soins Palliatifs*. 15 sept 2017;32(3):69-74.
15. Mallet D, Jacquemin D. Le rapport Sicard: une étape au milieu du gué. *Rev Ethique Theol Morale*. juin 2013;274(2):53-90.

16. Lestrohan E. Les directives anticipées, le regard des Français et des médecins généralistes [Internet]. BVA; 2018 févr. Disponible sur: <https://www.bva-group.com/sondages/regard-francais-medecins-generalistes-directives-anticipees-sondage-bva-centre-national-soins-palliatifs-de-fin-de-vie/>
17. Corpalif - Coordination régionale de soins palliatifs d'Ile de France [Internet]. Soins palliatifs / fin de vie : les plans de développement nationaux. Disponible sur: <https://www.corpalif.org/plans-de-developpement-nationaux.php>
18. esanté-centre [Internet]. 2016. Campagne nationale d'information destinée aux professionnels de santé sur la loi du 2 février 2016. Disponible sur: https://www.esante-centre.fr/portail_pro/minisite_20/campagne-nationale-d-information-destinee-aux-professionnels-de-sante-sur-la-loi-du-2-fevrier-2016-482-615.html?args=Y29tcF9pZD0zNDUmYWw0aW9uPjZpZXdfbmV3c19kZXRhYWwmaWQ9NTg3JmNvbXBvbmVudD0mbW9kdWxlPSZ8
19. DGOS_Nathan.P, DGOS_Nathan.P. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 5 janv 2023]. Le plan national développement des soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie 2021-2024. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/les-soins-palliatifs-et-la-fin-de-vie/article/le-plan-national-developpement-des-soins-palliatifs-et-accompagnement-de-la-fin>
20. Le Lann P, Humbert S. Campagne nationale Jalmalv « droits des malades et fin de vie ». Jusqu'à Mort Accompagner Vie. 2012;110(3):103-6.
21. Haute Autorité de Santé [Internet]. UE 5 : Handicap - Vieillesse - Dépendance - Douleur - Soins palliatifs - Accompagnement. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2608453/fr/ue-5-handicap-vieillesse-dependance-douleur-soins-palliatifs-accompagnement
22. Hubert S, Wainschtein S, Hugues A, Schimpf C, Degroote T, Tiercelet K, et al. Advance directives in France: do junior general practitioners want to improve their implementation and usage? A nationwide survey. BMC Med Ethics. 18 mars 2019;20:19.
23. Nzotcha MC. L'abord et la rédaction des directives anticipées en médecine générale: Étude qualitative auprès de huit médecins généralistes en Moselle [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Strasbourg; 2021.
24. Morisson J. Directives anticipées et COVID-19: expérience des médecins généralistes récemment installés de Côte-d'Or [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bourgogne; 2022.
25. Carrascosa M. Evaluation de l'expérience et des difficultés rencontrées par les médecins généralistes de Côte-d'Or à propos des directives anticipées [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bourgogne; 2017.
26. Civard-Racinais A. Fin de vie: faut il changer la loi ? 2008. (5107):12-9.
27. Gouvernement.fr [Internet]. 2015. Plan national pour le développement des soins palliatifs. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/argumentaire/plan-national-pour-le-developpement-des-soins-palliatifs-3433>
28. Vie-publique.fr [Internet]. 2023. Rapport de la Convention Citoyenne sur la fin de vie. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/rapport/288846-rapport-de-la-convention-citoyenne-sur-la-fin-de-vie-cese>
29. Aubry R, Mallet D. Réflexions et propositions pour la formation médicale. Pédagogie Médicale.

mai 2008;9(2):94-102.

30. Mallet D, Galle-Gaudin C, Hirsh G, Denis-Delpierre N. Formation des internes dans les équipes de soins palliatifs : étude qualitative. *Médecine Palliat.* 2020;19(5):264-72.
31. Hiquet J, Paternostre, B, Gromb, S. Comment améliorer les connaissances des praticiens de demain au sujet de la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie ? Enquête auprès de 20 internes. *Rev Médecine Légale.* 2012;(3):95-102.
32. epione-simusante [Internet]. [cité 4 sept 2023]. Département de Pédagogie en Santé : L'examen clinique objectif et structuré (ECOS). Disponible sur: <https://epione-simusante.fr/ecampus/course/view.php?id=1080§ion=4&singlesec=4>
33. Rabourdin C. Connaissance et pratique des directives anticipées par le médecin généraliste [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université Aix-Marseille; 2021. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03199336>
34. Valsesia AC, Paternostre B, Crouzet C. Directives anticipées dans la relation médecin-malade : points de vue de patients. *Médecine Palliat.* juin 2018;17(3):177-85.
35. Serey K, Cambriel A, Pollina-Bachelier A, Lotz JP, Philippart F. Advance Directives in Oncology and Haematology: A Long Way to Go-A Narrative Review. *J Clin Med.* 23 févr 2022;11(5):1195.
36. Valsesia AC. Directives anticipées dans la relation médecin-malade dans le cadre des décisions en fin de vie du point de vue des patients [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bordeaux; 2016.
37. Szcrupak A. L'abord des directives anticipées en consultation par les médecins généralistes picards [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie; 2018.
38. Jankélévitch V. *Penser la mort?* Liana Levi. Paris; 1994.
39. Fourel D, Segondi A, Delaunay M, Gallego C. États d'âme en réanimation COVID-19 : des émotions aux devoirs moraux des acteurs du soin. *Ethique Sante.* déc 2021;18(4):217-23.
40. Danel-Brunaud V, Laurier L, Parent K, Moreau C, Defebvre L, Jacquemin D, et al. Les enjeux de la loi Leonetti : participation des patients atteints de sclérose latérale amyotrophique à une discussion anticipée sur la réanimation respiratoire et les soins de fin de vie. *Rev Neurol (Paris).* févr 2009;165(2):170-7.
41. Cannone P, Tomasini P, Paul M, Barlesi F, Dany L. « I think it's a bit early for now »: impact of psychological factors on drafting advance directives among cancer patients. *J Psychosoc Oncol.* 2019;37(1):37-49.
42. Cannone P, Baltayan C, Estienne L, Dany L, Tomasini P. Directives anticipées en France : représentations sociales et liberté d'utilisation. *Psychooncology.* 4 janv 2016;(10):30-6.
43. Otte IC, Jung C, Elger BS, Bally K. Advance directives and the impact of timing. A qualitative study with Swiss general practitioners. *Swiss Med Wkly.* 2014;144:w14035.
44. Enguidanos S, Ailshire J. Timing of Advance Directive Completion and Relationship to Care Preferences. *J Pain Symptom Manage.* janv 2017;53(1):49-56.
45. Arruda LM de, Abreu KPB, Santana LBC, Sales MV de C. Variables that influence the medical decision regarding Advance Directives and their impact on end-of-life care. *Einstein Sao Paulo Braz.*

2020;18:1-8.

46. Inami.fgov.be [Internet]. 2023. Advance Care Planning : Anticiper et améliorer la qualité des soins de vos patients palliatifs. Disponible sur: <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/medecins/soins/Pages/advance-care-planning-anticiper-ameliorer-qualite-patients-palliatifs.aspx>
47. Vogeli D, Gordiani C, Chapron A, Morel V. Comment les médecins généralistes perçoivent-ils le nouvel outil proposé par la Haute Autorité de santé sur la rédaction des directives anticipées ? *Médecine Palliat*. 1 sept 2017;16(4):175-83.
48. Dziejczak P. ethnographiques.org. 2016. Les rituels funéraires civils en France : entre rupture, tradition et négociations. Disponible sur: <https://www.ethnographiques.org/2016/Dziejczak>
49. Fourquet J, Marchal AL, Belmont L. IFOP. 2017. Les solutions et les pistes d'avenir relatives à l'accompagnement des personnes en fin de vie en France. Disponible sur: <https://www.ifop.com/publication/les-solutions-et-les-pistes-davenir-relatives-a-laccompagnement-des-personnes-en-fin-de-vie-en-france/>
50. Freud S. *Essai de psychanalyse*. Payot. Paris; 1981. 26 p.
51. Ladevèze M, Levasseur G. Le médecin généraliste et la mort de ses patients. *Prat Organ Soins*. 2010;41(1):65-72.
52. Scholten G, Bourguignon S, Delanote A, Vermeulen B, Van Boxem G, Schoenmakers B. Advance directive: does the GP know and address what the patient wants? *Advance directive in primary care*. *BMC Med Ethics*. 11 juin 2018;19(1):58.
53. Rogier T. Effet d'un conseil minimal sur la rédaction des directives anticipées en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier; 2022.
54. Ayllon-Milla S. Impact d'une intervention brève sur les directives anticipées et la personne de confiance auprès de patients consultant en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Descartes; 2014.
55. Ramsaroop SD, Reid MC, Adelman RD. Completing an advance directive in the primary care setting: what do we need for success? *J Am Geriatr Soc*. févr 2007;55(2):277-83.
56. Dromer C. Les facteurs limitant l'accompagnement des patients en fin de vie en médecine générale: vécu des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis; 2013.
57. Haute Autorité de Santé [Internet]. 2016. Pour tous, comment rédiger vos directives anticipées. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2722363/fr/pour-tous-comment-rediger-vos-directives-anticipees
58. Documents utiles | ADMD [Internet]. Disponible sur: <https://www.admd.net/documents-utiles>
59. Lamouille-Chevalier C. Freins et leviers à l'élaboration des directives anticipées en situation palliative [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Lorraine; 2019.
60. Detering KM, Hancock AD, Reade MC, Silvester W. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *BMJ*. 23 mars 2010;340:c1345.
61. Vassal P, Dupre Goudable C, Thibaudin D, Chapuis F. Advance care planning ou comment

recueillir et transmettre la parole du patient ? Réflexion appliquée à l'insuffisance rénale chronique. *Éthique Santé*. 1 mars 2016;13(1):26-32.

62. Reny J, Daubin PE. Rédiger ses directives anticipées : une possibilité mais quelles sont les limites ? *Rev Int Soins Palliatifs*. 2018;33(4):177-80.

VII. Annexes

Annexe 1 : Questionnaire de thèse envoyé aux internes de l'étude

Partie 1. Caractéristiques générales et démographiques

1. **Êtes-vous une femme/un homme ?** Femme/ Homme
2. **Quel âge avez-vous ? ...**
3. **De quelle faculté dépendez-vous au cours votre internat ?** Besançon/ Dijon
4. **Quelle est votre année de promotion d'internat de médecine générale à l'université Bourgogne Franche Comté ?** 2019/ 2020/ 2021/ 2022
5. **Avez-vous déjà effectué les stages suivants ?** Niveau 1/ SASPAS/ Les deux/ Aucun

Partie 2. Connaissances générales sur les DA

6. **Selon vous, les directives anticipées sont :** les volontés du patient sur sa fin de vie concernant traitements et actes médicaux/ Un document médical à toujours remplir en présence du médecin/ Un document permettant l'autorisation du prélèvement d'organe/ Une demande orale du patient pour ne pas être réanimé/ Une obligation pour tout citoyen majeur en entrée d'hospitalisation
7. **Selon vous, les directives anticipées ont-elles une durée de validité limitée ?** Oui/ Non/ Ne sait pas
8. **Depuis la loi Claeys Léonetti, est-il vrai que les directives anticipées s'imposent aux médecins sauf en cas d'urgence vitale ou si elles paraissent inappropriées à la situation médicale ?** Oui/ Non/ Ne sait pas
9. **Selon vous, les directives anticipées doivent-elles être obligatoirement remplies sur un formulaire dédié ?** Oui/ Non/ Ne sait pas
10. **Selon vous, les directives anticipées peuvent être conservées :** DMP/ Chez son médecin/ Chez soi/ Chez un ami

Partie 3. Formation des internes sur les soins palliatifs et les DA

11. **Au cours de votre internat, combien d'heure de cours facultaire avez-vous reçu en lien avec les soins palliatifs ?** 1 à 2 heures/ 3 à 4 heures/ 5 à 6 heures/ 7 à 8 heures/ Plus de 8 heures

12. Pensez-vous être suffisamment formé aux directives anticipées au cours de votre internat ? Je suis suffisamment formé/ Je suis partiellement formé/ Je manque totalement de formation/ Ne sait pas

13. Avez-vous déjà vécu une situation difficile au cours de votre internat, qui aurait pu être gérée différemment si les directives anticipées du patient avaient été remplies au préalable ? Oui/ Non

14. Avez-vous déjà été amené au cours d'un de vos stages d'interne entouré de votre équipe médicale à prendre en compte les directives anticipées d'un patient ? Oui/ Non

15. Si OUI, pensez-vous que les directives anticipées ont été une aide pour une prise en charge adaptée ? Oui/ Non/ Ne sait pas/ J'ai répondu NON à la question précédente

Partie 4. Future pratique professionnelle concernant les directives anticipées

16. Pensez-vous une fois installé, proposer et discuter des directives anticipées avec vos patients ? Oui de façon systématique/ Oui de temps en temps/ Non jamais/ Je ne sais pas

17. Dans votre cabinet à quels patients proposerez-vous de remplir les directives anticipées ? Patients de plus de 75 ans/Patients atteints de pathologies chroniques/ Patients atteints de cancers/ Patients atteints de maladies neurodégénératives/ Patients sans problème de santé/ Patients de moins de 75 ans

18. D'après vous quelle sera la période la plus optimale pour en parler avec tous vos patients ? Entrée programmée en hospitalisation/ Entrée en EHPAD/ À tout moment/ Quand le patient l'évoque/ À chaque nouveau patient

19. Dans le cadre des patients atteints de cancer, d'après vous quelle sera la période la plus optimale pour en parler avec eux ? Quand le cancer s'aggrave/ Quand on diagnostique le cancer/ Quand le patient l'évoque/ Quand le patient doit se faire hospitaliser/ À tout moment/ Jamais/ Ca dépend du type de cancer

20. Dans le cadre des patients atteints de Sclérose Latérale Amyotrophique ou maladie de Charcot, d'après vous quelle période sera la plus optimale pour en parler avec eux ? Quand la SLA s'aggrave/ Quand on diagnostique la SLA/ Quand le patient l'évoque/ Quand le patient doit se faire hospitaliser/ À tout moment/ Jamais

21. **Pour vous, les directives anticipées permettent-elles aux patients d'anticiper réellement les problèmes liés à la fin de vie ?** Oui de façon systématique/ Oui dans certains cas/ Non pas du tout/ Je ne sais pas
22. **Pensez-vous que le médecin traitant soit le mieux placé pour évoquer les directives anticipées avec ses patients ?** Oui/ Non
23. **SI NON, qui d'après vous serait le mieux placé pour renseigner les patients ?** Médecin spécialiste/ Famille/ Infirmiers-Infirmières/ Réseaux sociaux/ Média-Presses/ J'ai répondu OUI à la question précédente
24. **Dans votre future pratique, d'après vous quel sera le principal frein à la discussion des directives anticipées avec vos futurs patients ?** Votre manque de connaissance sur les directives anticipées/ Votre manque de temps/ Le manque d'intérêt des patients sur la réalisation des directives anticipées/ La difficulté pour les patients à se projeter sur leur fin de vie
25. **Dans votre future pratique, d'après vous quel sera le principal atout à la discussion des directives anticipées avec vos futurs patients ?** Votre écoute/ La confiance des patients envers leur médecin traitant/ Vos connaissances médicales/ Votre disponibilités : facilité et rapidité dans la prise de rendez-vous

TITRE DE LA THESE :

ÉTUDE QUANTITATIVE : EVALUATION DES CONNAISSANCES DES INTERNES DE MEDECINE GENERALE EN BOURGOGNE FRANCHE-COMTE AU SUJET DES DIRECTIVES ANTICIPEES

AUTEUR : BOUVARD ASTRID

RESUME :

INTRODUCTION : EN DEPIT DE NOMBREUX CHANGEMENTS LEGISLATIFS CES DERNIERES ANNEES, LES DIRECTIVES ANTICIPEES RESTENT MECONNUES DES PATIENTS AINSI QUE DES MEDECINS. LA LOI CLAEYS-LEONETTI EN 2016 A REDEFINI LES DIRECTIVES ANTICIPEES ET A PLACE LE MEDECIN TRAITANT COMME ACTEUR PRINCIPAL POUR ABORDER LEURS DISCUSSIONS AUPRES DES PATIENTS. LES OBJECTIFS DE NOTRE ETUDE ETAIENT D'EVALUER LES CONNAISSANCES DES INTERNES EN MEDECINE GENERALE AINSI QUE LA PLACE ACCORDEE AUX DIRECTIVES ANTICIPEES DANS LEUR FUTURE PRATIQUE EN CABINET.

MATERIEL ET METHODE : ILS S'AGISSAIT D'UNE ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE, OBSERVATIONNELLE, DESCRIPTIVE ET TRANSVERSALE REALISEE A L'AIDE D'UN QUESTIONNAIRE INFORMATIQUE AUTO-ADMINISTRE, ANONYMISE ET ENVOYE A L'ENSEMBLE DES INTERNES DE MEDECINE GENERALE DE BOURGOGNE FRANCHE-COMTE ENTRE LE 6 MARS 2023 ET LE 6 MAI 2023. UN SCORE DE CONNAISSANCE GENERALE AU SUJET DES DIRECTIVES ANTICIPEES A ETE REALISE A PARTIR DE CE QUESTIONNAIRE.

RESULTATS : LE SCORE DE CONNAISSANCES GENERALES PORTANT SUR LES DIRECTIVES ANTICIPEES ETAIT DE 90,73%. IL N'EXISTAIT PAS DE DIFFERENCE STATISTIQUEMENT SIGNIFICATIVE APRES LE CROISEMENT DES VARIABLES : NOMBRE D'HEURES DE COURS UNIVERSITAIRES, ANNEE DE PROMOTION, UTILISATION DES DIRECTIVES ANTICIPEES EN STAGE.

CONCLUSION : LA REDACTION DES DIRECTIVES ANTICIPEES RESTE LIMITEE PAR DE NOMBREUX FREINS : TABOU DE LA MORT, MECONNAISSANCE DES LOIS, ANTICIPATION DIFFICILE DE LA FIN DE VIE. L'OBJECTIF SERA DE MIEUX FORMER LES FUTURS MEDECINS AUX DIRECTIVES ANTICIPEES, EN SE BASANT NOTAMMENT SUR DES FORMATIONS PRATIQUES EN GROUPE, INCLUANT LES DIMENSIONS HUMAINES, PSYCHOLOGIQUES ET DE COMMUNICATION AVEC LE MALADE. UN MODELE DE DISCUSSIONS ANTICIPEES REITEREES DEVRA ETRE ENVISAGE A L'AVENIR EN FRANCE POUR MIEUX REPENDRE AUX DEMANDES DE LA SOCIETE.

Mots-clés : DIRECTIVES ANTICIPEES, FORMATION, MEDECINE GENERALE, FIN DE VIE, INTERNES