



Université de Poitiers

ANNEE 2022

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

(Décret du 25 novembre 2016)

Faculté de Médecine et Pharmacie

Présentée et soutenue publiquement

Le 24 novembre 2022 à Poitiers

Par Loïc MARLAND

Titre

Pertinence d'une collaboration entre les médecins généralistes et les infirmiers de pratiques avancées pour le recueil des directives anticipées en médecine générale.
Étude de l'opinion d'un groupe de médecins généralistes en Charente-Maritime.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Philippe BINDER

Membres : Monsieur le Professeur Jean-Claude MEURICE
Monsieur le Professeur Pascal PARTHENAY
Monsieur le Professeur Pierrick ARCHAMBAULT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Benoit HOMMEY



RÉSUMÉ

Contexte : Il existe en France un retard dans l'anticipation de la fin de vie traduite notamment par une sous-utilisation des directives anticipées (DA). Notre population vieillit et l'augmentation des besoins de santé est réelle. Pour répondre à ces problématiques et au sous-effectif de médecins généralistes (MG), une des solutions proposées est de travailler sur le transfert de compétences, notamment avec les infirmiers en pratiques avancées (IPA). L'objectif de ce travail était d'évaluer la pertinence d'une collaboration entre le MG et l'IPA pour le recueil des DA.

Méthode : Une étude qualitative par entretiens semi-directifs a été réalisée. Les entretiens ont été retranscrits de façon manuscrite puis une analyse thématique selon la méthode de théorisation ancrée a été effectuée.

Résultats : Dix MG de Charente Maritime, 7 hommes et 3 femmes, ont été interviewés entre avril et août 2022 pour atteindre la saturation des données. Pour eux, la collaboration avec l'IPA sur le recueil des DA était pertinente compte tenu des compétences et des modalités d'exercice de l'IPA, même si actuellement, l'effet de la collaboration sur le taux de DA serait limité en raison du nombre d'IPA en activité et de la patientèle ciblée. L'aspect organisationnel pourrait nuire à l'intérêt de la collaboration tout comme la charge administrative surajoutée par la protocolisation. Des craintes ont été exprimées quant à l'aspect relationnel du processus collaboratif sur les DA.

Discussion : L'IPA est un interlocuteur idéal pour recueillir les DA compte tenu de la formation reçue, qui devrait être la même entre les différentes mentions. Les compétences inhérentes à la fonction d'IDE, enrichies de la formation en pratique avancée, et la disponibilité de temps sont propices au recueil des DA par l'IPA. La collaboration sur les DA ne permettrait pas un gain de temps médical significatif pour les MG. En revanche, l'impact sur le taux de recueil des DA devrait être visible à long terme. L'autonomie de l'IPA et ses limites d'intervention devront être précisés. La mise en place des CPTS devrait faciliter l'exercice coordonné autour des DA. Le transfert de compétences suppose une prise de responsabilité par l'IPA. Une étude similaire devrait s'attacher à recueillir respectivement l'opinion des patients et des IPA sur la collaboration autour des DA, à un moment où l'actualité prévoit de mettre en avant la discussion sur la fin de vie.

Spécialité : DES médecine générale

Mots clés : Directives anticipées, Infirmier en pratique avancées, Médecine générale.



Université de Poitiers

ANNEE 2022

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

(Décret du 25 novembre 2016)

Faculté de Médecine et Pharmacie

Présentée et soutenue publiquement

Le 24 novembre 2022 à Poitiers

Par Loïc MARLAND

Titre

Pertinence d'une collaboration entre les médecins généralistes et les infirmiers de pratiques avancées pour le recueil des directives anticipées en médecine générale.
Étude de l'opinion d'un groupe de médecins généralistes en Charente-Maritime.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Philippe BINDER

Membres : Monsieur le Professeur Jean-Claude MEURICE
Monsieur le Professeur Pascal PARTHENAY
Monsieur le Professeur Pierrick ARCHAMBAULT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Benoit HOMMEY

LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2022 – 2023

SECTION MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 2nd cycle**
- DAHOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesseur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesseur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesseur pédagogique médecine**
- ORIOU Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique

- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesseur L.AS et 1^{er} cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Assesseur 3^e cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (*en dispo 1 an à/c du 31/07/2022*)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesseur 2nd cycle**
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 3 ans à/c du 01/07/2020*)
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique
- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie



Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Maître de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Maître de Conférences associé des universités des disciplines médicales

- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- PARTHENAY Pascal

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- JEDAT Vincent

Professeurs émérites

- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2023)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la

reproduction

- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale



SECTION PHARMACIE

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

- COUET William, pharmacie clinique
- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, biostatistiques
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement

Maîtres de conférences

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAUD Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire (HDR)
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie (HDR)
- HUSSAIN Didja, pharmacie galénique (HDR)
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie
- PAIN Stéphanie, toxicologie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

Maîtres de conférences associés - officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie



REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Philippe Binder, Professeur des universités de médecine générale, de l'honneur qu'il m'a fait en acceptant d'être président de ce jury.

À Monsieur le Professeur Jean-Claude Meurice, Professeur des universités, Praticien Hospitalier à l'université de Poitiers, que je remercie d'avoir accepté de juger ce travail et de s'être rendu disponible.

À Monsieur le Professeur Pierrick Archambault, Professeur associé de médecine générale, pour avoir consenti à participer à ce jury et examiner mon travail.

À Monsieur le Professeur Pascal Parthenay, Professeur associé de médecine générale, pour sa présence et l'intérêt porté à mon travail.

À Monsieur le Docteur Benoit Hommey, pour avoir accepté d'être mon directeur de thèse et de la patience dont il a fait preuve.

À tous les MSU que j'ai pu côtoyer lors de mes stages et qui m'ont tant donné.



À mes parents, Sophie et Éric, qui m'ont toujours soutenu ; sans eux rien n'aurait été possible. Au courage, à tous les sacrifices mais aussi à la patience dont ils ont su faire preuve pendant toutes ces années si difficiles. Je vous aime.

À ma sœur Clémence, que je n'ai pas pu serrer dans mes bras à ses 32 ans. Merci pour tous ces moments passés ensemble et sa tendresse.

À ma famille, à qui j'ai malheureusement peu accordé de temps ces dernières années.

À ma grand-mère Eliane, pour tous ses petits plats réconfortants, les provisions sucrées, ses câlins et sa sagesse.



À Raphaël, si précieux depuis notre rencontre à l'externat, qui a su me faire profiter de son génie. Je me rappelle nos révisions intenses sur Ré, la découverte du café twix ! Désolé pour le stress mais grâce à moi tu es béton en néphro ... Depuis tu as bien avancé, un doctorat, une naissance ... Tu fais un merveilleux papa. J'ai hâte de rencontrer ton fils.

À Blandine et Maeva, les supers colloqs de l'appartement 17, devenues de vraies amies.

À Jean, qui a su ponctuer mon internat de sessions aquatiques à travers l'Europe. A nos nombreuses parties de babyfoot endiablées et nos rigolades en stage à l'hôpital. A son soutien, sa réassurance, sa compréhension. Hâte de reprendre nos folles aventures.

À ma tante, Corinne, que je remercie pour avoir passé de longues heures à scruter la moindre faute d'orthographe.

À Patrick, fidèle compagnon de ces dernières semaines, qui a su me rassurer et me guider jour après jour. Un grand merci. Je ne sais pas comment lui savoir gré.

À Kenzo, ma zozo, ma brioche au sésame, pour tous les câlins et ronrons donnés quand j'écrivais ma thèse.

À ma chérie, Xiao, ma bambi, ma future femme. Un géant merci pour ton soutien ces derniers mois, ta patience, ta générosité, pour tous les bons petits plats ; toi qui as pu vivre de l'intérieur toutes ces semaines si difficiles pleines de rebondissement. Merci d'avoir su garder ton calme.

J'admire le courage dont tu fais preuve depuis ton enfance. Tu es une battante et tu mérites que l'on t'apprécie à ta juste valeur.

Je t'aime.



À Jacques, mon grand-père, que nous aurions tant aimé avoir à nos côtés aujourd'hui.

Je sais que tu es près de moi...



TABLES DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	13
1. INTRODUCTION.....	14
1.1 Choix du sujet et expérience personnelle.....	14
1.2 Contexte.....	14
1.2.1 Vieillessement de la population en France.....	14
1.2.2 La fin de vie : un sujet éthique majeur de notre société.....	15
1.2.3 Les directives anticipées (DA) en France.....	15
1.2.4 Le taux de recueil des DA en France et dans le monde.....	16
1.2.5 Rôle du MG dans les DA, une réalité tout autre.....	18
1.2.6 Démographie médicale en France.....	19
1.2.7 Rôle à jouer des IPA.....	19
1.2.8 L'infirmier de pratique avancée.....	20
1.3 Problématique.....	21
2. MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	22
2.1 Objectif de recherche.....	22
2.2 Recherche bibliographique.....	22
2.3 Méthodologie.....	22
2.4 Recrutement.....	23
2.5 Entretiens.....	23
2.6 Recueil des données.....	24
2.7 Analyse des données.....	24
2.8 Fin de l'étude.....	25
2.9 Éthique.....	25
3. RÉSULTATS.....	26
3.1 Réalisation des entretiens.....	26
3.2 Caractéristiques de la population des MG interrogés.....	27
3.3 Analyse des entretiens.....	28
3.4 Synthèse des résultats	29
PARTIE I	
3.4.1 Opinions et pratiques des MG sur les DA.....	29
3.4.1.1 Pratiques habituelles des DA.....	29
3.4.1.2 Contraintes.....	29
3.4.1.3 Avantages.....	30



PARTIE II

3.4.2 Informations des MG sur les IPA.....	31
3.4.2.1 Connaissances générales.....	31
3.4.2.2 Sources d'informations.....	31

PARTIE III

3.4.3 Aptitude de l'IPA sur les DA.....	32
3.4.3.1 Compétences pour gérer les DA.....	32
3.4.3.2 Formation théorique des IPA.....	33
3.4.3.3 Les conditions d'exercice.....	34
3.4.4 Impact de la collaboration avec l'IPA sur le taux de recueil des DA.....	35
3.4.5 Effet de cette collaboration pour la MG au-delà du recueil des DA.....	36
3.4.5.1 Temps médical.....	36
3.4.5.2 Charge de travail des MG.....	36
3.4.5.3 Anticipation des situations complexes.....	37
3.4.5.4 Population à cibler pour les DA	37
3.4.5.5 Aspect financier	37
3.4.6 Organisation de la collaboration pour le recueil des DA.....	37
3.4.6.1 Parcours de soins autour du patient.....	37
3.4.6.2 Lieu d'activité de l'IPA	38
3.4.6.3 Autonomie de l'IPA	39
3.4.7 Interrogation des MG sur la collaboration.....	39
3.4.7.1 Aspect administratif	39
3.4.7.2 Responsabilité professionnelle.....	40
3.4.7.3 Relation professionnelle.....	40
3.4.7.4 Acceptation de la collaboration par les patients.....	40
3.4.7.5 Complexification de la prise en charge.....	41
4. DISCUSSION.....	42
4.1 Synthèse des résultats.....	42
4.2 Confrontation des résultats à la littérature.....	43
4.2.1 Pertinence du statut de l'IPA pour le recueil des DA.....	43
4.2.1.1 Compétences de l'IPA	43
4.2.1.2 Formation des IPA sur les DA.....	44
4.2.1.3 Conditions d'exercice de l'IPA.....	45
4.2.2 Impact de la collaboration sur le taux de DA.....	46
4.2.2.1 Offre de soins	47
4.2.2.2 Population ciblée par l'IPA.....	47
4.2.3 Bénéfices indirects de la collaboration pour la médecine générale.....	48
4.2.3.1 Temps médical	48
4.2.3.2 Choix de la population à cibler pour les DA.....	49
4.2.3.3 Gestion de situation d'incertitude.....	50



4.2.4	Organisation de la collaboration MG – IPA autour des DA.....	50
4.2.4.1	Organisation du parcours de soin du patient.....	50
4.2.4.2	Lieu d'activité de l'IPA.....	51
4.2.4.3	Autonomie de l'IPA dans les DA.....	52
4.2.5	Limites de la collaboration sur les DA	54
4.2.5.1	Surcharge administrative	54
4.2.5.2	Responsabilités du MG et de l'IPA.....	54
4.2.5.3	Freins liés à l'aspect relationnel.....	55
4.3	Forces et limites de l'étude.....	58
4.3.1	Forces de l'étude	58
4.3.1.1	Sujet d'actualité.....	58
4.3.1.2	Sujet novateur	58
4.3.1.3	Choix de la méthode	58
4.3.1.4	Hétérogénéité des avis et des pratiques	59
4.3.1.5	Validité externe	59
4.3.2	Limites de l'étude	60
4.3.2.1	Défaut d'information des MG sur les IPA	60
4.3.2.2	Cohérence externe.....	60
4.3.2.3	Validité interne.....	60
4.4	Propositions pratiques.....	63
4.4.1	Amélioration de l'information des MG sur les IPA.....	63
4.4.2	Amélioration de la formation des MG sur les DA.....	63
4.4.3	Aboutissement des décrets IPA.....	64
4.4.4	Renforcement du programme de formation sur les DA à toutes les mentions IPA	64
4.4.5	Proposition d'un modèle de protocole de collaboration sur les DA....	64
4.4.6	Répartition des populations à cibler pour les DA entre MG et IPA....	64
4.4.7	Mise en place de cellules d'information et de recueil des DA « CIRDA »	65
4.4.8	Proposition de mise à jour de l'outil fourni par la HAS sur les DA....	65
4.4.9	Amélioration de l'accessibilité aux données (DA)	65
4.4.10	Lieu d'activité de l'IPA.....	66
5.	CONCLUSION.....	67
	BIBLIOGRAPHIE.....	69
	LISTE DES FIGURES & TABLEAUX.....	77
	ANNEXES.....	78
	RÉSUMÉ.....	94
	SERMENT D'HIPPOCRATE.....	95



LISTE DES ABRÉVIATIONS

- ACP « Advance Care Planning »
- ASALEE « Actions de SANTé Libérale En Équipe »
- CCNE « Comité Consultatif National d'Éthique »
- CHU « Centre Hospitalier Universitaire »
- CIRDA « Cellule d'information et de Recueil des Directives Anticipées »
- CNOM « Conseil National de l'Ordre des Médecins »
- CNSPFV « Centre National des Soins Palliatifs et de la Fin de Vie »
- COVID 19 « Corona Virus Disease 19 »
- CPTS « Communautés Professionnelles Territoriales de Santé »
- CSMF « Confédération des Syndicats Médicaux Français »
- DA « Directives Anticipées »
- DES « Diplôme d'études spécialisées »
- DU « Diplôme Universitaire »
- HAS « Haute Autorité de Santé »
- IDE « Infirmier Diplômé d'État »
- IDEL « Infirmier Diplômé d'État Libéral »
- IGAS « Inspection Générale des Affaires Sociales »
- IPA « Infirmier de Pratique Avancée »
- MG « Médecin Généraliste »
- MCA « Mental Capacity Act »
- PPS « Planification préalable de Soins »
- SAU « Service d'Accueil des Urgences »
- UE « Unité d'Enseignement »
- USA « États-Unis d'Amérique ».



1. INTRODUCTION

1.1 Choix du sujet et expérience personnelle

Ce travail de recherche résulte de situations vécues au cours de mon troisième cycle de médecine générale, d'une réflexion personnelle et d'une reprise des débats publics sur la fin de vie. L'idée d'aborder le thème des directives anticipées (DA) est née à la suite d'une prise en charge d'un patient au sein d'un service d'accueil des urgences (SAU) pendant l'internat. Elle reflétait le manque d'anticipation concernant la fin de vie, sans ligne de conduite claire pour l'équipe soignante. L'objectif était de proposer une nouvelle stratégie pour améliorer le recueil des DA en France. La collaboration avec les infirmiers en pratique avancée (IPA) a été évoquée lors d'une discussion avec un médecin comme aide potentielle à la médecine générale et une réponse à la problématique actuelle d'anticipation des situations de fin de vie.

1.2 Contexte

1.2.1 Vieillesse de la population en France

Nous assistons à un vieillissement de la population française (1), (figure 1). La fréquence des troubles cognitifs est en augmentation (2). Il existe donc une population importante susceptible de ne pas pouvoir exprimer ses volontés en matière de soins à l'avenir. Ce constat doit nous faire anticiper ces situations complexes notamment en procédant au recueil des DA.

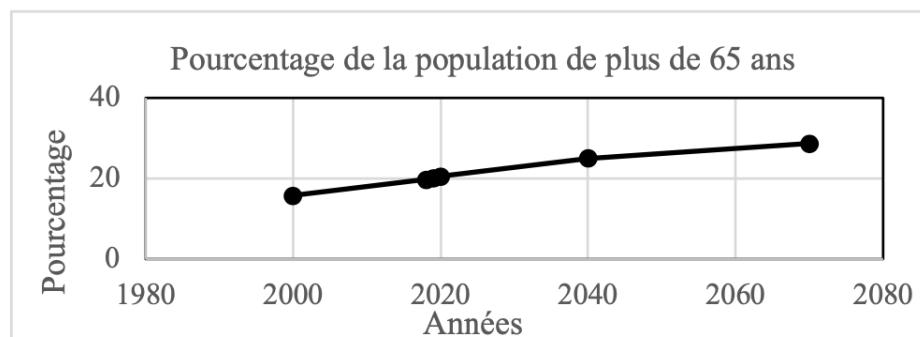


Figure 1 : Évolution de la population française de 2000 à 2020 et la projection en 2040 et 2070 (1).



1.2.2 La fin de vie : un sujet éthique majeur de notre société

Les soins qui entourent la fin de vie sont une des priorités de notre système de santé. Pourtant le rapport SICARD en 2012 mentionnait une difficulté pour notre système de soins à anticiper les situations de fin de vie et constatait que la prise en charge était souvent orientée vers le tout curatif (3). Le contexte de pandémie de COVID 19 que nous connaissons depuis 2020 a généré de nombreuses situations de fin de vie non anticipées, réactualisant la question éthique de prise en charge de la fin de vie en France.

Récemment, le chef de l'état a annoncé vouloir créer une convention citoyenne sur la fin de vie en fin d'année 2022. Cela fait suite à la publication d'un avis à ce sujet par le comité consultatif national d'éthique (CCNE) (4). Le cadre légal pourrait évoluer en 2023.

1.2.3 Les directives anticipées (DA) en France

Les DA sont apparues en France en 2005 dans le cadre de la Loi relative aux droits des malades et à la fin de vie dite « Leonetti ». Elles sont inscrites à la fois au code de déontologie médicale (article 37-1) mais aussi au code de la santé publique (article R.4127-37-1) (5).

Il s'agit d'un document écrit, signé par son auteur, qui lui donne la possibilité de s'exprimer sur sa fin de vie dans le cas où il n'aurait plus la capacité de s'exprimer (**Annexe 1**). Il s'agit de faire connaître ses souhaits concernant la possibilité de limiter ou arrêter des thérapeutiques actives ou actes médicaux nécessaires au maintien de la vie, mais aussi de pouvoir bénéficier d'une sédation profonde et continue jusqu'au décès. Les DA seront consultées uniquement en cas d'impossibilité de s'exprimer. Leur contenu prévaut sur tout autre avis non médical y compris celui de la personne de confiance.

Les DA sont valables sans limite de temps et sont révocables à tout moment. Elles peuvent être conservées par le médecin traitant (ou une personne désignée « de confiance ») qui est un équivalent à l'inscription sur le registre national (tout comme la conservation sur « mon espace santé ») (6). Dorénavant, toute personne peut remplir ses DA directement sur « mon espace santé ».



1.2.4 Le taux de recueil des DA en France et dans le monde

Les DA ont été créées en 2005 en France. Actuellement le taux de recueil reste relativement faible. Il est estimé à 18% des français de plus de 50 ans selon un sondage en janvier 2021 (7).

En comparaison des Etats-Unis (USA), le premier texte légal sur les DA a été promulgué en 1977 pour lutter contre l'obstination déraisonnable, même si le concept des DA est né dix ans plus tôt (8). Soixante-douze pourcents des américains décédés de plus de 60 ans avaient rédigé des DA en 2010 (9), pour une moyenne nationale de 30% (10). L'« *advance care planning* » (ACP) (ou planification préalable des soins (PPS) en français), est un processus composé de quatre étapes, visant à aider les patients à prendre leurs décisions et soins futurs en cas d'impossibilité de s'exprimer. Il comprend une réflexion sur ses valeurs et préférences ; une discussion avec sa personne de confiance, sa famille ou un professionnel de santé ; une description de ses souhaits dans les DA ; une actualisation régulière. L'ACP, en dehors des établissements de santé, est plutôt ciblé sur les patients à risque de perte d'autonomie (8).

Au Canada, les DA ont été inaugurées en 1991 (11). Le taux de recueil est estimé à 47% (10), (12). Les DA ne sont pas proposées dans tous les états de même que l'ACP et sont plutôt destinées aux patients ayant une pathologie sévère (8).

En Angleterre, la loi sur la capacité mentale « *mental capacity act* » (MCA) en 2005, intègre des principes sur les DA qui se limitent aux décisions de refus de traitement (8), (12). Le taux de recueil y est inférieur à 10% (12). Le MCA a pour objectif de protéger les personnes incapables de prendre leurs décisions et permet dès l'âge de 16 ans, d'exprimer ses préférences pour les soins et les traitements. Il faut le différencier de l'« *advance statements and decisions* » qui est un guide précisant les souhaits, les valeurs et les croyances de la personne, non lié par la loi. Enfin les décisions anticipées permettent à toute personne majeure de refuser un traitement médical dans le cas où un jour elle perdrait sa capacité à s'exprimer sur un traitement (8).

Enfin en Allemagne, une loi régit les DA depuis 2009. Il est question de décrire des demandes formelles se référant à des situations précises (12). Ces directives sont contraignantes. Le taux de recueil y avoisine les 10% (8), (10).

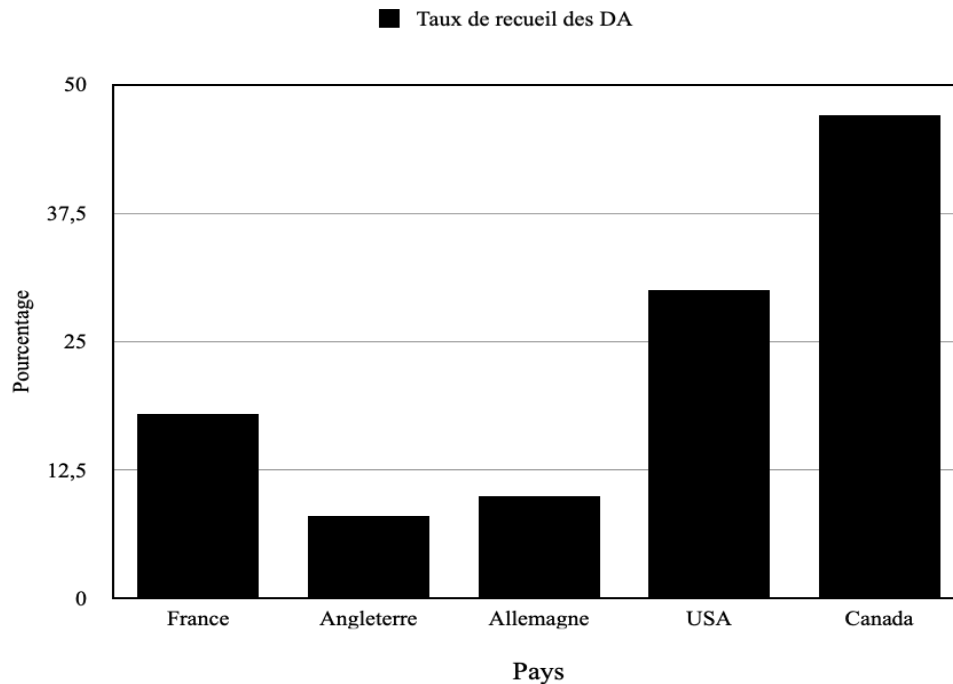


Figure 2 : Taux de rédaction des DA selon certains pays (7, 8, 9, 10, 11, 12)

Il existe des différences entre ces pays en termes de législation, de même que dans la promotion des DA (12). Par exemple, malgré des cultures similaires, il n'existe aucune mesure contraignante pour encourager les DA au Canada et en Angleterre, à la différence des USA où les établissements de santé doivent fournir aux patients une information sur les DA et la manière dont ils en tiennent compte (10).

Il faut cependant préciser que le taux de recueil en France est en hausse depuis dix ans (en 2019, 13% des français de plus de 50 ans avaient rédigé des DA selon le même institut de sondage) (13). Il était estimé à 2,5% en 2009 (14).

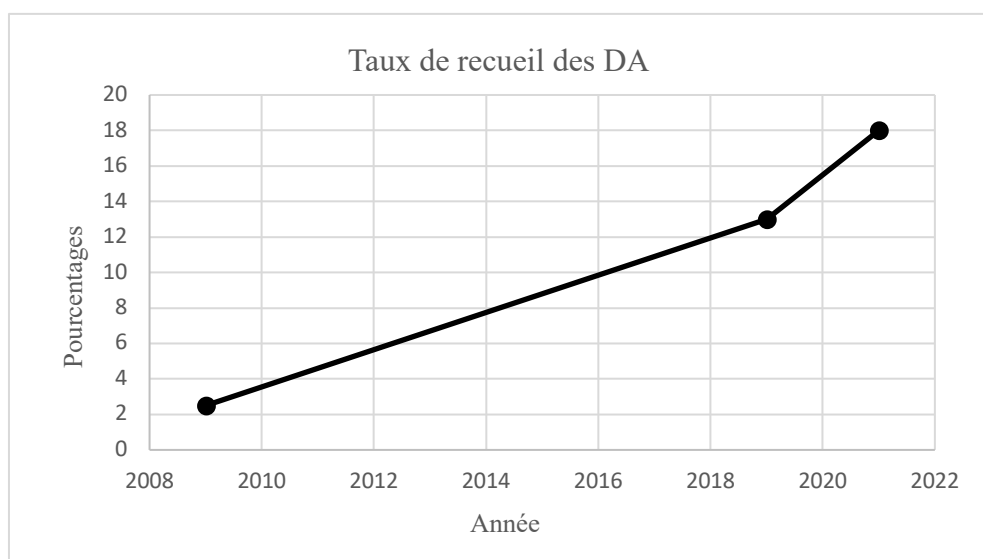


Figure 3 : Évolution du taux de recueil des DA chez les plus de 50 ans en France (7, 13, 14).

1.2.5 Rôle du médecins généralistes dans les DA, une réalité tout autre

Les médecins généralistes (MG) sont le premier maillon du système de santé français et les principaux interlocuteurs des patients. Ils occupent une place importante dans le dispositif des DA. En février 2016, suite à la publication du rapport SICARD (3), la loi « Leonetti Claeys » est mise à jour. Elle renforce le caractère contraignant des DA et le rôle du médecin. Ils doivent informer leurs patients « de la possibilité de réfléchir aux conditions et modalités de leur fin de vie, en les incitant à rédiger leurs directives anticipées » (15). Selon un sondage réalisé en 2021, 91% des Français interrogés disent ne pas avoir reçu d'information de la part de leur médecin traitant à ce sujet (10). La Loi de 2016 impose au médecin de rechercher les DA et de les appliquer (sauf en cas d'urgence vitale). Dans le cas où les DA apparaissent inappropriées, le médecin doit procéder à une décision collégiale.

Un travail de thèse en 2018 (16) s'intéressait aux freins exprimés par des MG pour l'élaboration des DA. Un des principaux freins était le manque de temps.



1.2.6 Démographie médicale en France

Le contexte démographique médical actuel (17) n'est pas favorable à la pleine appropriation de ce dispositif des DA par les MG.

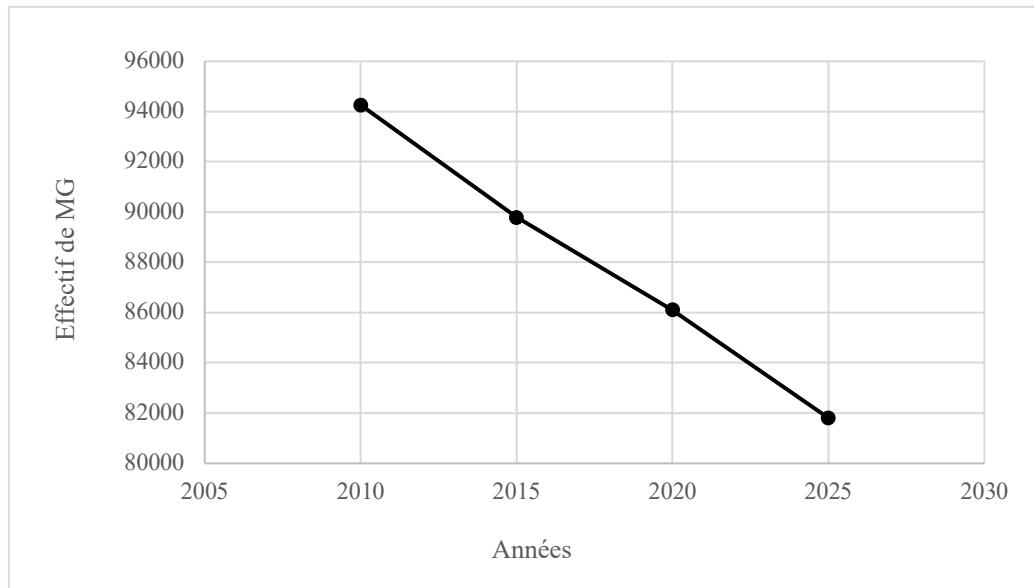


Figure 4 : Effectif du nombre de MG en France au fil des années (17)

Les prochaines années seront encore marquées par une baisse du nombre de MG libéraux. Les problématiques restent les mêmes ; garantir un accès suffisant aux soins (un médecin traitant pour tous les français) et continuer à assurer la qualité et la permanence des soins (18).

1.2.7 Rôle à jouer des IPA

Pour répondre à ces problématiques de sous-effectifs en soins primaires et d'augmentation des besoins, des solutions émergent avec l'essor de nouvelles professions paramédicales notamment les IPA. Le transfert de compétences avec d'autres professionnels de santé notamment les infirmiers a été proposé récemment dans notre pays (18), (19), (20), (21). Ceci s'inspire du modèle anglo-saxon, développé dans les années 1960 aux Etats-Unis et une dizaine d'années plus tard en Grande Bretagne où le système de santé tend vers une



organisation en holocratie plutôt que hiérarchique. Dans ces pays, une collaboration pluriprofessionnelle a été initiée depuis une cinquantaine d'années (22).

Le terme de collaboration en soins primaires suppose que les deux professionnels travaillent ensemble en vue d'atteindre un objectif commun de santé. Cela sous-entend que les différents professionnels puissent réaliser la même tâche individuellement. Chaque personne réalise la tâche à sa manière (23).

La mise à jour de la Loi Leonetti de 2016 renforce le rôle de l'ensemble des professionnels de santé, dont les infirmiers, dans l'information des patients sur la possibilité de réfléchir aux conditions et modalités de leur fin de vie (15). Même si les MG disent avoir un rôle central dans le processus de discussion de la fin de vie et dans la rédaction des DA, ils admettent ne pas pouvoir tout gérer seuls (24). Les MG expriment le besoin d'implication des soignants libéraux, paramédicaux ou présents dans la structure de vie des patients (25). Des études constatent que les infirmiers semblent plus à l'aise pour soulever les questions relatives à la fin de vie et accompagner les patients (26), (27). Plusieurs travaux et articles en France suggéraient de faire appel aux infirmiers pour améliorer le recueil des DA (25), (28), (29), (30), (31), (32).

1.2.8 L'IPA (infirmier en pratique avancée)

A l'image de la situation Outre-Atlantique, le concept d'IPA a été créé en France en janvier 2016 dans le cadre de la Loi de modernisation de notre système de santé. Elle est présentée comme ce qui permettrait de compléter l'offre de soins primaires en France (18).

D'après la définition, « l'infirmier diplômé qui exerce en pratique avancée a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession » (33).

Le décret relatif à l'exercice des soins IPA date de juillet 2018. Les IPA réalisent une formation de deux ans qui permet l'obtention d'un master en pratiques avancées (33). Trois années d'exercice à temps plein en tant qu'infirmier diplômé d'état (IDE) sont requises pour débiter la formation. Les modalités d'exercices de l'IPA précisent que le patient est confié par le MG à l'IPA (respect du parcours de soins coordonnés).



Il existe plusieurs formations possibles nommées « mentions » (33) :

- La mention pathologies chroniques stabilisées et polyopathologies courantes en soins primaires (spectre d'activité : accident vasculaire cérébral, artériopathies chroniques, cardiopathie, maladie coronaire, diabète de type 1 et 2, insuffisance respiratoire chronique, démence, maladie de Parkinson, épilepsie) (34)
- La mention oncologie et hémato-oncologie ;
- La mention maladie rénale chronique, dialyse et transplantation ;
- La mention psychiatrie et santé mentale ;
- La mention urgence (depuis octobre 2021) (35)

L'IPA est compétent pour conduire un entretien, effectuer un recueil de données, réaliser un examen clinique. Il est amené peu importe la mention, à suivre des maladies chroniques nécessitant une prise en charge globale. Il peut réaliser des actes d'éducation, de prévention et de dépistage. Ses capacités de prescriptions sont limitées aux médicaments et dispositifs médicaux non soumis à prescription médicale obligatoire, à certains examens complémentaires et adaptations de prescriptions médicales sur listes établies par arrêtés du ministère de la santé.

1.3 Problématique

L'anticipation de la prise en charge de la fin de vie nécessite une meilleure communication entre soignants et soignés. Les DA sont un bon outil pour assurer des soins adaptés à la volonté des patients. Les MG ne peuvent pas recueillir suffisamment les DA en raison des multiples tâches qui leurs sont confiées. Ce phénomène est accentué par le sous-effectif des MG. Dans le cadre du plan de modernisation des soins primaires, les IPA sont apparus comme une des solutions pour palier à ces difficultés évoquées et semblent être les interlocuteurs idéaux pour aider le patient sur les DA.

Il faut donc évaluer la pertinence d'une collaboration entre MG et IPA pour améliorer le recueil des DA.



2. MATÉRIEL ET MÉTHODE

2.1 Objectif de recherche

L'objectif consistait à évaluer la pertinence de la collaboration entre le MG et l'IPA pour le recueil des DA.

2.2 Recherche bibliographique

Menée entre avril et août 2021, la recherche bibliographique a été effectuée essentiellement à l'aide du moteur de recherche PUBMED. D'autres moteurs de recherche ont pu être consultés notamment Google Scholar ou le CISMEF.

Les mots clés utilisés pour la recherche étaient : « Médecine générale / Général Practitioners », « Directives anticipées / Advance directives », « Infirmier en pratiques avancées / nurse practitioners ».

Des catalogues de thèses furent également consultés (Upetille, Dumas, SUDOC, Nantilus). Des sites de sociétés savantes, des sites gouvernementaux, des rapports et sondages sont venus alimenter la bibliographie.

L'ensemble des sources consultées pour ce travail de recherche sont disponibles dans la rubrique « Bibliographie ». Le logiciel ZOTERO® a permis d'importer les références et d'éliminer les doublons.

2.3 Méthodologie

Une étude qualitative par entretiens semi-directifs a été réalisée pour répondre à la question de recherche (36) (37)



2.4 Recrutement

La population de l'étude est composée de MG qui exercent sur le territoire de la Charente-Maritime (département 17). Le recrutement a été réalisé via un réseau de connaissance, entre avril 2022 et août 2022. Il s'agissait de médecins rencontrés lors de l'internat de médecine générale et en remplacement.

Les critères d'inclusion étaient :

- Être inscrit à l'ordre des médecins
- Exercer une activité libérale
- Avoir une activité de médecin traitant.

Les critères d'exclusion étaient :

- Être remplaçant en médecine générale.

2.5 Entretiens

Des entretiens semi-directifs ont été réalisés laissant au médecin interviewé la possibilité d'exprimer ses idées.

Un guide d'entretien a été utilisé pour structurer les interviews et conserver une trame identique entre chaque entretien (**Annexe 2**). Il a été constitué à partir des données issues des recherches bibliographiques et des objectifs de l'étude. Un premier groupe de questions ouvrait le débat sur les DA. Les questions suivantes s'intéressaient aux pratiques des médecins vis-à-vis des DA. Le deuxième groupe de questions explorait les connaissances des médecins sur les IPA et leurs compétences. Enfin, la dernière partie du guide d'entretien, s'intéressait à la collaboration avec les IPA pour le recueil des DA.

Neuf entretiens sur dix ont été réalisés par téléphone (un entretien a été réalisé au cabinet du praticien).



2.6 Recueil des données

Chaque entretien a été doublement enregistré au format audio numérique, à l'aide de deux appareils : un dictaphone TASCAM® et un IPHONE® (à l'aide de l'application Dictaphone®).

Les données recueillies ont été anonymisées dès l'enregistrement audio.

Chaque entretien a été renommé de cette façon : « E » pour le médecin ayant réalisé l'entretien et le numéro de l'entretien correspondant, donc de E1 à E10.

2.7 Analyse des données

Les données collectées ont été analysées selon une méthode inspirée de la théorisation ancrée. Il s'agissait de mettre en relation les données issues des entretiens avec les données disponibles dans la littérature pour construire une théorie et répondre aux objectifs de recherche (37).

Les données audios recueillies lors de chaque entretien ont été retranscrites mot à mot à l'aide du logiciel de traitement de texte WORD®. Les dix entretiens ont été retranscrits (**Annexe 3**).

L'ensemble des données retranscrites constituent le verbatim. Une fois la retranscription faite, les données audios ont été supprimées.

L'analyse des données a été manuscrite et menée de façon continue tout au long du recueil des données.

La première partie de l'analyse ou « codification » a consisté en la réalisation d'un codage du verbatim, fragment par fragment, permettant la création de « codes ». Ces codes sont une reformulation synthétique des idées exprimées par les médecins interrogés. Tous ces codes sont intégrés dans un tableau sur le logiciel NUMBER® constituant un tableau de codage (**Annexe 4**). Chaque code inscrit dans le tableau de codage est relié au verbatim correspondant à l'aide d'un système de numérotation.



Ce système est composé de 3 éléments :

- Le numéro de l'entretien (donc le médecin) qui lui correspondait : « Ex »
- La page contenant l'idée « Px »
- Et la ligne où était située l'idée exprimée « Lx ».

La deuxième partie de l'analyse ou « catégorisation » a consisté à regrouper ces différents codes en codes plus généraux dits « axiaux » puis en sous-thèmes et thèmes.

La troisième partie de l'analyse a permis de mettre en relation les différentes catégories regroupées au sein du tableau de codage afin d'aboutir à la construction d'un arbre thématique comme élément de réponse à l'objectif de recherche.

2.8 Fin de l'étude

La saturation des données correspond à l'absence d'émergence d'idées nouvelles. La taille de l'échantillon nécessaire à la réalisation de cette étude était déterminée par la saturation des données. Un entretien supplémentaire a été réalisé afin de confirmer la saturation des données.

2.9 Éthique

En l'absence de patients interrogés, cette étude ne rentrait pas dans le cadre de la Loi Jardé. Aucune démarche réglementaire particulière n'était à effectuer (pas de déclaration à la commission nationale de l'informatique et des libertés, ni au comité de protection des personnes) ; ce qui a été confirmé par l'attachée de recherche clinique de l'hôpital de La Rochelle.

Un consentement oral a été recueilli avant chaque entretien, en précisant les modalités d'enregistrement audio et l'anonymat préservé.

Les médecins interrogés étaient volontaires pour participer à cette étude. Ils n'ont reçu aucune rémunération pour leur participation.



3. RÉSULTATS

3.1 Réalisation des entretiens

Au total, dix entretiens ont été effectués entre les mois d'avril et août 2022. La saturation des données a été obtenue au bout du neuvième entretien suivi d'un entretien supplémentaire nécessaire pour vérifier l'absence de nouvelles données.

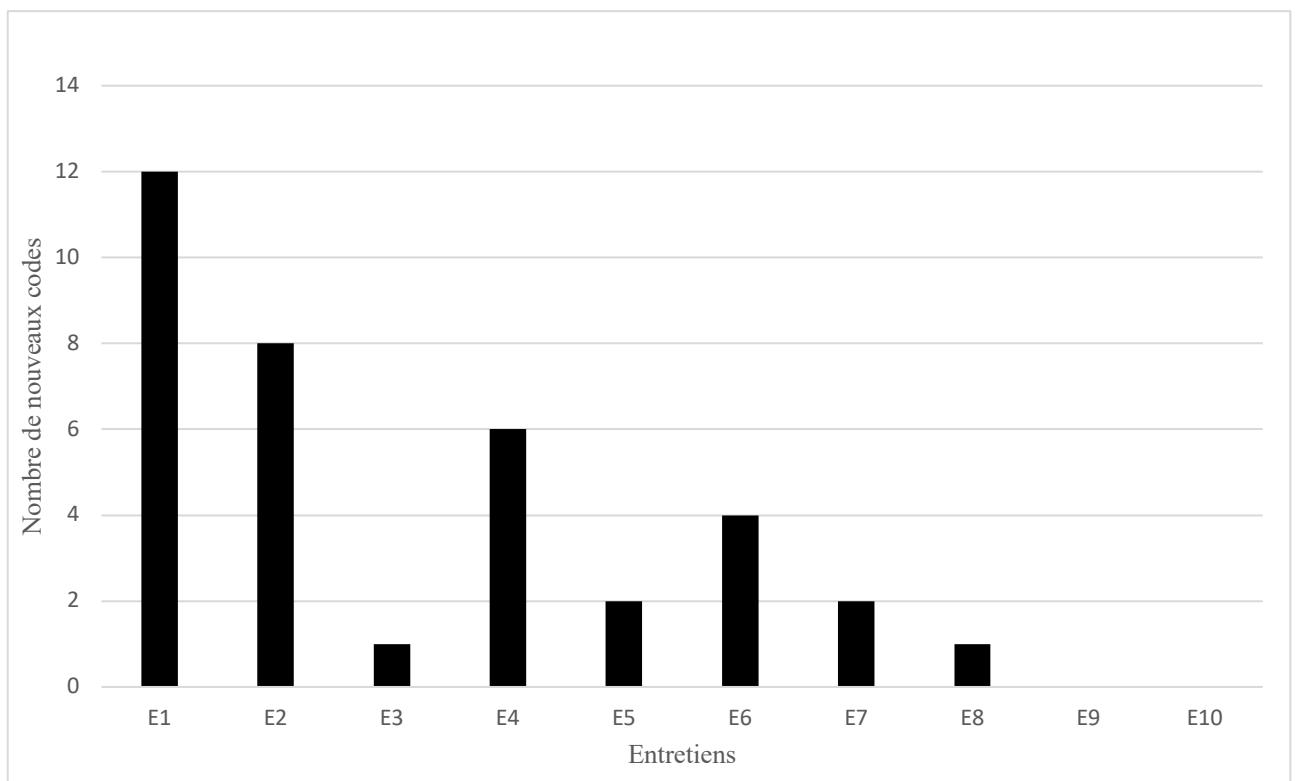


Figure 5 : Courbe de saturation des données obtenue lors des entretiens.

La durée moyenne des entretiens est de 22 minutes (le plus court a duré 15 minutes, le plus long 39 minutes).

Au total, cela représente 3 heures, 41 minutes d'enregistrement (**Annexe 3**).



3.2 Caractéristiques de la population des MG interrogés

Leur moyenne d'âge était de 42,3 ans. L'échantillon était composé à 70% d'individus masculins.

La majorité (60%) des MG exerçaient leur activité en zone semi-rurale. La plupart (90%) des MG exerçaient en cabinet de groupe.

La totalité (100%) de la population de MG participant à cette étude avait une activité uniquement libérale. Tous avaient leur propre bureau.

Plus de la moitié des médecins interrogés (6/10) avait une patientèle composée majoritairement de sujets âgés d'au moins 65 ans. La plupart (80%) n'avait pas de formation supplémentaire, seuls deux médecins avaient obtenu un DU en plus de leur DES de médecine générale mais sans rapport avec le sujet des DA.

Deux médecins avaient réalisé une thèse en rapport avec les soins palliatifs.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population de l'étude

	Genre	Age	Secteur d'activité	Mode d'exercice	Répartition de la patientèle	Formation supplémentaire	Durée de l'entretien
E1	Homme	52 ans	Semi rural	Seul	1/3 > 65 ans	0	14 min
E2	Homme	44 ans	Semi rural	Groupe	50% > 65 ans	0	17 min
E3	Femme	35 ans	Semi rural	Groupe	1/3 > 65 ans	DU Gynécologie	15 min
E4	Homme	37 ans	Urbain	Groupe	1/4 > 65 ans	0	26 min
E5	Homme	42 ans	Semi rural	Groupe	50% > 65 ans	0	17 min
E6	Homme	37 ans	Semi rural	Groupe	1/4 > 65 ans	DU Ostéopathie	22 min
E7	Homme	45 ans	Rural	Groupe	50% > 65 ans	0	24 min
E8	Homme	34 ans	Urbain	Groupe	50% > 65 ans	0	39 min
E9	Femme	36 ans	Semi rural	Groupe	50% > 65 ans	0	18 min
E10	Femme	61 ans	Urbain	Groupe	50% > 65 ans	0	25 min



3.3 Analyse des entretiens

L'analyse de l'ensemble des entretiens a conduit à la réalisation d'un tableau de codage représentant les différentes idées verbalisées par les participants (**Annexe 4**).

Au total, sept thèmes principaux ont émergé, classés en trois grandes parties en lien avec le guide d'entretien.

PARTIE I

- Opinions et pratiques des MG sur les DA

PARTIE II

- Information des MG sur les IPA

PARTIE III

- Aptitude de l'IPA sur les DA
- Impact de la collaboration avec l'IPA sur le taux de recueil des DA
- Effet de cette collaboration pour la médecine générale au-delà du recueil des DA
- Organisation de la collaboration pour le recueil des DA
- Interrogations sur la collaboration pour les DA

Ces sept thèmes regroupent vingt-deux sous-thèmes, qui, eux-mêmes, contiennent soixante-et-onze codes axiaux contenant les quatre cent vingt codes générés par l'analyse.

L'ensemble des entretiens retranscrits sont disponible en ligne à cette adresse : (**Annexe 3**)

Le tableau de codage est disponible en ligne à cette adresse : (**Annexe 4**)



3.4 Synthèse des résultats

PARTIE I

3.4.1 Opinions et pratiques des MG sur les DA

Cette première partie ne constitue pas le cœur du travail mais était nécessaire pour introduire la question de recherche. L'idée était de s'intéresser à la pratique qu'avaient les MG vis à vis des DA. Elle permettait d'introduire le sujet des DA avant d'interroger les MG sur la collaboration proposée avec les IPA sur les DA.

3.4.1.1 Pratiques habituelles des MG

La totalité (10/10) des MG interrogés avouait ne recueillir que très rarement les DA : *« j'ai très peu de patients qui en ont, très peu, donc on va dire que c'est rare, clair et net »* (E2P1L14). Le nombre de DA recueillies de façon manuscrite s'élevait à quelques exemplaires sur la totalité de la patientèle : *« je dois avoir une dizaine de patients, sur mes 1300 et quelques, qui m'en ont remis »* (E7P1L7).

Six médecins sur dix avouaient ne pas y penser : *« cela ne me vient pas à l'esprit »* (E5P1L33-34).

Pour sept d'entre eux, c'est le patient qui initiait le souhait de rédiger ses DA : *« j'attends que cela vienne d'eux plutôt que de moi, je ne leur propose pas »* (E1P2L49).

Cependant quatre d'entre eux estimaient que les DA étaient un sujet important *« c'est un domaine assez important, c'est crucial »* (E7P1L34).

Seulement trois médecins interrogés utilisaient un document officiel qui était numérisé dans le logiciel informatique *« ils viennent avec les documents remplis et ils me demandent de les garder. Je les scanne »* (E10P1L17-18).

3.4.1.2 Contraintes

Tous (10/10) exprimaient le caractère chronophage que représente les DA : *« il faut prendre le temps de le faire donc une contrainte de temps »* (E7P2L63-64). Discuter avec le patient de ses souhaits concernant la fin de vie paraissait limité par la durée de la consultation : *« le faire en un quart d'heure, cela paraît complètement illusoire »* (E4P5L263). Pour eux, recueillir les



DA ne se limite pas seulement à recevoir un document écrit de la part du patient mais impose un travail sur le long terme : « *un travail très très en amont* » (E6P3L160).

Pour neuf d'entre eux, le faible taux de recueil s'expliquait notamment par la difficulté à trouver le moment idéal dans la relation médecin patient pour évoquer les DA « *à mon sens oui c'est difficile de trouver le bon moment* » (E8P1L34). D'ailleurs, il n'y avait pas de réponse unanime : « *je ne sais pas s'il y a un bon moment pour le dire* » (E2P2L77), et il existait même plusieurs réponses différentes pour chaque médecin.

Huit médecins expliquaient qu'aborder les DA supposait d'évoquer la mort : « *cela questionne sur la mort, sur la fin de vie* » E1P2L72. Il s'agit d'aborder un sujet délicat et complexe.

Pour six d'entre eux, les DA ne faisaient qu'augmenter la charge de travail des MG : « *encore un truc en plus parce que le sac à dos du médecin généraliste, il est déjà bien lourd* » (E8P6L347-348). Il s'agit d'une tâche de plus dans leur activité déjà bien remplie. Ils déplorent que les DA soient un sujet mis en retrait : « *c'est noyé au milieu de tous les autres motifs de consultations que l'on peut avoir* » (E2P1L57-58).

Quatre médecins sur dix pointent du doigt la surcharge administrative que représentent les DA notamment liée au format papier : « *c'est pour ça aussi que je le fais à l'oral, parce qu'imprimer la feuille, rédiger sur la feuille et tout* » (E9P2L75-76).

3.4.1.3 Avantages

Pour quatre d'entre eux, disposer des DA dans le dossier des patients pourrait contribuer à améliorer la qualité de prise en charge : « *pour l'amélioration du suivi des patients, pour la qualité de la prise en charge* » (E2P3L141-142).

Les DA permettaient d'éviter une situation d'incertitude pour trois médecins sur dix, source de prise en charge non en adéquation avec les souhaits des patients : « *le côté super intéressant c'est quand (..) à la fin ils ne sont plus en capacité de donner leur avis* » (E6P1L48-49). Le document écrit ou numérisé permet à un médecin en situation urgente de connaître les souhaits du patient et de renforcer la continuité des soins : « *si cela arrive un*



week-end, que l'on soit bien tous calés dessus et que si c'est ton remplaçant qui est là, il sache quoi faire » (E4P3L127-128).

Deux médecins sur dix évoquent le renforcement de la prise en charge globale du patient : *« ça aidera les patients dans leur globalité je pense » (E4P5L291-292).* En plus d'aborder la partie médicale de la fin de vie, les DA permettaient d'explorer la sphère psychologique du patient, de comprendre la façon dont il se représente sa fin de vie, mais aussi d'aborder la dimension sociale et administrative : *« parce que les directives anticipées ce n'est pas juste pour la santé. (...) c'est compliqué les enfants, ça se chamaille toujours, ils veulent l'héritage, le truc (...) Je leur dis écoutez faites vos affaires, elles seront claires. Donc voilà on parle de l'ensemble, qu'est-ce que vous voulez le jour où cela arrivera, c'est global » (E10P2L70-76).*

PARTIE II

3.4.2 Information des MG sur les IPA

3.4.2.1 Connaissances générales

Huit médecins sur dix avaient du mal à donner une définition claire de l'IPA : *« je sais à peu près ce que doit être leur rôle, même s'il reste vague » (E7P3L155-156).*

Trois médecins interrogés étaient catégoriques, ils ne savaient pas ce que l'IPA pourrait accomplir en pratique : *« non pas du tout » E3P2L97.*

Deux médecins s'exprimaient aisément sur le sujet des IPA.

Les interrogations allaient au-delà de la définition même de l'IPA et concernaient les modalités d'exercice en collaboration avec le MG : *« j'ai un peu de mal, où est-ce que l'IPA va s'inscrire dans le parcours de soin ? » (E8P4L189-190).* Il était difficile pour eux de s'imaginer les tâches pouvant être réalisées par l'IPA au sein de cette collaboration : *« je ne connais pas toutes leurs limites et toutes leurs possibilités de champs d'action » (E4P3L135-136).*

3.4.2.2 Sources d'information

Parmi les deux médecins suffisamment informés, les connaissances provenaient en majorité de relation professionnelle : *« j'en ai entendu parler dans ma famille puisque j'ai une tante qui est IPA, donc j'ai pas mal échangé avec elle » (E2P2L84-85).* Les activités annexes au



cabinet étaient aussi une source d'information : « *étant syndicaliste et toujours dans le truc, donc oui* » (E10P4L141). D'autres sources d'information comme les revues ou internet étaient citées.

Les médecins ont pu bénéficier d'informations au cours de l'entretien afin de faciliter leur expression sur les questions suivantes (**Annexe 1**).

PARTIE III

Compte tenu des difficultés évoquées en pratique par les MG à recueillir les DA, des défis de santé qui nous attendent et de la modernisation des soins primaires enclenchée, les médecins ont été interrogés sur la pertinence d'une collaboration avec l'IPA sur les DA.

3.4.3 Aptitude de l'IPA à recueillir les DA

3.4.3.1 Compétences pour gérer les DA

Pour la plupart des MG interrogés (8/10), le profil de ce professionnel semblait être adapté pour aborder les DA : « *sans problème sur le sujet des directives anticipées oui* » (E2P3L136). Les compétences de l'IPA semblaient suffisantes pour échanger avec le patient et l'aider à rédiger ses DA : « *Ils peuvent aider le patient à y réfléchir, à les rédiger* » (E3P2L116).

Les MG se sont exprimés sur les qualités intrinsèques de l'IPA. Six d'entre eux ont souhaité souligner qu'avant d'être IPA, ce professionnel avait exercé en tant qu'IDE. Cela suppose de disposer des qualités humaines que l'on connaît bien d'un IDE : « *au contraire je dis que c'est des gens qui ont des valeurs* » (E5P3L135). Pour eux, ils avaient le niveau suffisant pour participer aux discussions autour des DA de par leur cursus universitaire : « *pour moi une IDE à bac + 5 elle est capable de diriger la réception des directives anticipées* » (E7P4L222-223)

Les capacités d'écoute ne faisaient pas de doute : « *alors tu me trouves une IDE qui ne sait pas écouter les patients, là je tombe de ma chaise* » (E7P4L222).

Les capacités de suivi d'un patient étaient aussi mises en avant : « *elles ont déjà le sens de l'accompagnement du patient chronique, donc pour moi c'est tout à fait logique* » (E2P2L122-123).



Certains expriment leur prudence face à cette volonté de décharger les MG, en attribuant ces tâches à d'autres professionnels. Le danger ici est de dépasser le champ de compétence de l'IPA : *« tout en connaissant les limites d'une infirmière »* (E2P2L115). L'intervention de l'IPA doit-elle se limiter à l'information du patient ? A la discussion autour de la fin de vie ? Ou à la possibilité d'aller jusqu'à recueillir avec le patient ses DA ? *« Le problème ici, c'est la création et les limites du périmètre d'intervention »* (E10P4L145).

Pour trois d'entre eux, ce n'était pas un problème de compétences mais plutôt une tâche qui requiert un minimum d'expérience : *« il faut qu'ils aient de l'expérience et qu'ils aient déjà été confrontés à cette situation »* (E8P5L313-314). Ils précisent que discuter des DA suppose d'être habitué à gérer des situations autour de la fin de vie *« savoir poser les bonnes questions au bon moment et ce genre de truc pour aiguiller au mieux »* (E4P3L178).

Pour un médecin sur dix, la polyvalence du MG pour cette question des DA (partie médicale, relation avec le patient et la famille, questions administratives) ne pourrait être demandée à l'IPA *« ils ont des domaines de compétences où ils sont très bien. Et quand ils sortent de leur domaine (...) ça colle plus. Nous on est médecin généraliste, on est polyvalent, et on connaît nos limites. On sait que voilà on sait faire ça ou ça mais la difficulté des IPA moi mon problème c'est jusqu'où ils vont aller »* (E10P8L324-327).

Aucun médecin n'a exprimé de réticence à collaborer avec un IPA sur le sujet des DA : *« je pense que pour moi la complémentarité ne pose aucun problème »* (E2P2L115-116), *« au contraire, j'en vois un truc attirant dans le fait de prendre l'IPA pour aussi avoir par exemple cet outil-là »* (E7P5L264-265).

3.4.3.2 Formation théorique des IPA

Pourtant, même si les IPA semblaient posséder les compétences suffisantes pour recueillir des DA, huit médecins s'interrogeaient sur la nécessité d'une formation spécifique dans ce domaine : *« c'est parfois assez pointu »* (E4P3L177), *« oui le frein c'est ça, une formation initiale »* (E2P3L169). Ils avaient besoin de précisions sur leur niveau de formation à ce sujet et faisaient la distinction entre niveau de compétences et connaissances théoriques sur le cadre médico-légal de la fin de vie : *« moi je connais mes lois donc j'arrive à développer un peu*



mais il faut que l'infirmier C'est juste ça » (E9P4L234-235), « cela va être aussi IPA dépendant » (E4P3L173).

Les doutes portaient sur la formation reçue et les notions abordées sur ce thème lors du cursus universitaire. Ils mettaient l'accent sur la nécessité d'avoir une bonne connaissance sur la partie légale concernant la fin de vie en France : *« il faut vraiment être au clair et formé sur les lois » (E9P5L269).* Les deux années universitaires supplémentaires permettraient-elles à l'IPA d'apporter une expertise suffisante au patient pour rédiger ses DA ? : *« il y a des subtilités qui à mon sens nécessitent qu'il y ait quelqu'un qui ait des connaissances, qui puissent t'aider à les remplir » (E4P3L180-181).*

Les MG souhaitaient rappeler la nécessité d'informer précisément le patient pour qu'il puisse prendre une décision éclairée. Dans ce sens, cela justifiait de s'interroger sur la nécessité d'une formation de l'IPA : *« est-ce que les patients seront vraiment aptes à donner leur avis à ce moment-là, enfin apte, je m'entends, qu'ils aient toutes les données pour savoir ce qu'ils veulent » (E6P3L173-174).* La place de l'IPA serait pertinente s'il avait la formation adéquate : *« dans la mesure où (...) ils sont bien formés » (E6P2L104).*

3.4.3.3 Les conditions d'exercice

Pour quatre MG interrogés, les conditions d'exercice pour recueillir les DA étaient plus favorables à l'IPA qu'aux MG.

Les IPA bénéficieraient d'un avantage de disponibilité de temps ce qui paraît tout à fait propice à cette mission de recueil des DA. En effet, aborder les DA en une consultation de médecine générale d'une quinzaine de minutes ne semblait pas adapté : *« dans cette indication, je pense que pour le coup, les IPA peuvent sûrement passer plus de temps que nous avec les patients » (E1P3L109-110).* Les IPA auraient cet avantage en pratique pour échanger plus longuement avec le patient et écouter les souhaits de celui-ci *« ça durerait entre une demi-heure et une heure et c'est bien pour les patients » (E4P3L163-164), « il y a peut-être plus de complicité qui peut se faire à la longue » (E1P3L110-111).*

De plus, les IPA sont amenés à rencontrer le patient à plusieurs reprises au cours du suivi. Cette notion de suivi était un point important pour proposer l'intervention de l'IPA : *« s'ils le voient souvent oui » (E5P3L146).*



Enfin, les MG évoquaient la représentation que pourraient se faire les patients de l'IPA. Ils rappelaient la confiance profonde que les patients donnent à leur IDE et voyaient cet argument comme étant un élément primordial pour discuter des choix sur sa fin de vie. Les patients pourraient y voir un IDE comme ils pouvaient avoir l'habitude d'en accueillir à leur domicile : *« ils ont entièrement confiance en leur IDE aussi donc ça peut être bien »* (E5P3L145-146).

3.4.4 Impact de la collaboration avec l'IPA sur le taux de recueil des DA

Pour six des médecins interrogés, la participation de l'IPA ferait augmenter le taux de recueil : *« oui sans aucun doute pour augmenter le taux de recueil »* (E2P3L140). Ils trouvaient l'idée intéressante d'autant plus que le sujet sera primordial pour les années à venir : *« il y a aura une place très importante (...) je pense que ça a un réel intérêt, je pense que très clairement il y a un gros travail à faire là-dessus, que ça soit plus mis en avant »* (E4P1L37-40). Faire intervenir un autre professionnel par exemple l'IPA permettrait d'accomplir cette mission : *« en prenant l'IPA tiens je vais pouvoir parler de mes directives anticipées à mes patients »* (E7P5L273-274). Le recueil des DA pourrait être une des missions des IPA : *« cela pourrait représenter le cœur de leur métier, de gérer ce type de problématiques »* (E7P5L263-264).

Quatre médecins s'accordent pour dire que la qualité du travail et le taux de recueil pouvait dépendre de l'implication de l'IPA dans cette collaboration *« s'ils ont envie de le faire et s'ils se donnent les moyens de le faire correctement »* (E4P3L174).

Les médecins rappelaient que les DA nécessitent d'être réévaluées dans le temps, au fur et à mesure de l'évolution du patient. Le travail de l'IPA en amont pourrait permettre au MG de refaire le point sur les éléments notés lors de sa consultation.

Pour une proportion similaire de praticiens, un doute persistait sur l'impact réel d'une telle mesure de collaboration sur le taux de recueil de DA. Deux éléments étaient pointés du doigt. Le premier concernait le nombre d'IPA en activité. Ils considéraient que l'effectif des IPA était insuffisant actuellement : *« après pourquoi évoluer vers les IPA parce que pour le moment il y a surtout de l'offre en IDE Asalée »* (E2P3L173-174).



Le deuxième point abordé portait sur la population ciblée par les IPA. Les patients rencontrés sont porteurs de maladies chroniques en contact fréquent avec le système de santé et cette mesure ne ciblerait pas la population en bonne santé « *les gens qui n'ont rien on ne les voit pas* » (E10P2L64-65). Or le dispositif des DA semble aussi important à étendre à la partie de la population qui ne consulte pas « *moi j'ai l'impression que ça va vraiment être utile chez les jeunes. Dont on ne s'attendrait pas à ce que ce soit l'heure* » (E6P3L157-158).

3.4.5 Effet de cette collaboration pour le MG au-delà du recueil des DA

3.4.5.1 Temps médical

Plus de la moitié des médecins (6/10) insistaient sur l'importance de récupérer du temps pour s'occuper de problèmes purement médicaux : « *on a plein d'autres choses à faire aussi* » (E3P3L130) et évoquaient le besoin d'être aidé sur des tâches chronophages « *s'il y a quelqu'un d'autre qui peut prendre le temps d'organiser ces trucs- là* » (E4P5L305-306). Ils soulignaient l'aspect administratif des DA : « *tout ce qui est chronophage pour nous, ce qui peut nous prendre du temps, c'est tout de même pas mal administratif cette notion de directives anticipées* » (E2P2L120-121). Pour ça, les IPA seraient d'une aide précieuse et soulageraient les MG : « *tu as quand même ce côté où tu vas avoir l'impression de décharger quelque chose. On est tous surchargés* » (E7P3L185). Le fait de demander à l'IPA de s'occuper des DA permettrait de récupérer du temps purement clinique : « *cela permettrait clairement de récupérer du temps médical strict* » (E9P5L252).

3.4.5.2 Charge de travail des MG

Quatre d'entre eux insistaient sur le soutien que pouvaient apporter ces nouveaux professionnels à la médecine générale, qui souffre d'un sous-effectif : « *on essaie de trouver des systèmes pour pallier ce manque* » (E1P3L103-104). La plupart des médecins étaient conscients de la carence actuelle de médecins en soins primaires et voyaient les IPA comme une solution d'avenir : « *c'est l'avenir* » (E5P3L127), « *tu es obligé de travailler avec les IPA parce que de toute façon tu n'auras pas assez de médecin alors* » (E10P9L370-374).



3.4.5.3 Anticipation des situations complexes

La collaboration permettrait d'anticiper des situations complexes (l'impossibilité de s'exprimer), indirectement d'améliorer la prise en charge de la fin de vie en raison de l'augmentation du recueil de DA : *« parfois avec des troubles cognitifs (...) si le travail a été fait en amont, c'est vrai que là pour le coup c'est très intéressant »* (E6P2L111-113).

3.4.5.4 Population à cibler pour les DA

Demander à l'IPA de procéder au remplissage systématique du dossier administratif et discuter des DA par la même occasion était pour eux une façon de répondre à la question du moment idéal dans la relation médecin patient pour aborder les DA : *« tu peux faire ça à condition d'être systématique, c'est-à-dire que si tu mets l'IPA à l'ouverture des dossiers (...) tu leur fais remplir l'administratif et à ce moment-là ils arrivent à la question « directives anticipées » (...). Et là c'est du systématique avec les patients, donc il n'y a pas de circonstances particulières »* (E8P5L186-190).

3.4.5.5 Aspect financier

Deux MG se sont exprimés sur un éventuel impact financier d'une telle collaboration. La question financière n'était pas une contrainte : *« ce n'est pas la première chose qui me vienne à l'esprit »* (E4P5L254-255). Le nombre de consultation dédiée aux DA étant faible, cela n'aurait pas d'impact sur leur activité *« de toute façon j'ai eu peu de consultation spécifique là-dessus »* (E4P5L253).

3.4.6 Organisation de la collaboration pour le recueil des DA

3.4.6.1 Parcours de soins

La moitié des médecins interrogés se demandaient comment allait s'effectuer la collaboration avec l'IPA : *« il y a une contrainte de mise en place (...) pas mal de contraintes à régler »* (E8P5L252). En pratique courante, comment va donc s'organiser le parcours de soins du patient entre ces deux professionnels pour aboutir au recueil des DA ?



Pour six médecins sur dix, il faut clarifier le rôle de l'IPA dans la collaboration : « *les tâches doivent être très précises et bien déterminées* » (E1P3L102). La législation prévoit l'établissement d'un protocole de collaboration entre les deux professionnels afin de définir précisément le rôle de chacun : « *c'est un travail en coordination, c'est en coordination avec le médecin, voilà c'est le médecin qui gère l'équipe, et puis l'IPA il fait...il reste dans les domaines que l'on a décidés, il protocolise avec le médecin* » (E10P8L354-357).

Les médecins exprimaient leur doute pour échanger sur les DA en une seule consultation. Ceci imposerait de voir le patient à plusieurs reprises : « *pas simple en une consultation ce genre de chose mais il y a tout un parcours peut être à dessiner là-dedans* » (E4P5L290-291). Il faut donc pouvoir échelonner des consultations dans le temps avec le patient : « *il faut peut-être même plusieurs consultations pour faire un truc relativement propre* » (E4P5L267-268). L'organisation de ce parcours restait floue, notamment l'ordre dans lequel faire intervenir les deux professionnels autour du patient : « *peut-être une rencontre carrément avec le médecin à la fin pour être sûr que l'on voit les choses de la même façon* » (E9P4L199). Cette question semble diviser : « *donc du coup tu as préparé tout le gâteau avec cet IPA et à la fin tu veux conclure avec quelqu'un d'autre (le médecin) ? c'est un peu bizarre ?* » (E8P4L247-248). La question restait en suspens.

3.4.6.2 Lieu d'activité de l'IPA

Par ailleurs, une double problématique ressort des entretiens.

Cinq d'entre eux étaient réticents à l'idée de s'imaginer collaborer un IPA, installé indépendamment du MG, dans son propre cabinet : « *je ne suis pas pour un IPA indépendant* » (E10P7L294). Ils évoquaient plusieurs raisons à cela. Tout d'abord, il y aurait une problématique d'accessibilité aux soins pour les patients « *si la personne consulte ailleurs et trop loin du cabinet ils n'iront pas* » (E8P6L366). Ensuite, l'IPA devait obligatoirement avoir accès aux données du patient. Ceci sous-entend un accès au dossier informatisé et donc au logiciel du médecin : « *il faut qu'il ait accès au dossier du patient c'est obligatoire sinon cela perd de son intérêt* » (E2P3L161). Cet élément est important pour que l'IPA puisse prendre en charge la globalité du patient et recueillir des DA cohérentes : « *il faut bien qu'il ait accès à toutes les infos pour recueillir correctement les DA, ça me paraît logique* » (E4P4L250).



Enfin, le processus collaboratif sous-entend le partage et l'utilisation d'un logiciel unique afin d'y intégrer les DA recueillies, au dossier du patient. L'intérêt est de ne pas multiplier les sources de stockage et ainsi réduire l'accessibilité des données. La finalité est une amélioration de la continuité des soins : *« si un médecin du cabinet qui ne connaît pas le patient, le voit en urgence, il ne sera pas au courant des DA si cela a été fait par l'IPA dans son coin »* (E3P3L166-167).

Paradoxalement, trois médecins expliquaient qu'il serait difficile d'accueillir les IPA par défaut de place dans les cabinets médicaux existants : *« et la place. Il va y avoir une problématique de place, ça va être où est-ce qu'on les met »* (E7P4L188).

Ceci renforçait la réticence des médecins à voir les IPA travailler à distance du cabinet.

3.4.6.3 Autonomie de l'IPA

Quatre médecins semblaient ne pas vouloir laisser l'IPA gérer totalement seul l'information et le recueil des DA, de A à Z : *« je ne le vois pas (...) fait en une consultation avec juste un IPA (...) ça me paraît compliqué tout seul »* (E4P5L292-299). Ceci soulève la question de l'autonomie de l'IPA. L'intervention du médecin au cours du processus de formulation des DA semble indispensable selon eux. L'idée est qu'ils puissent approuver les DA écrites : *« il faut aussi que l'on soit d'accord nous aussi »* (E9P5L218). Le médecin doit pouvoir apporter son expertise, sa vision de la prise en charge compte tenu de son expérience et de sa polyvalence : *« c'est à ce moment-là que l'on est utile, compétent, que l'on a notre expérience, l'éventail des maladies, de la situation »* (E6P4L192-193).

3.4.7 Interrogation des MG sur la collaboration

3.4.7.1 Aspect administratif

Un des médecins interrogés soulevait la question de la surcharge administrative éventuelle générée par cette collaboration : *« c'est censé nous simplifier la vie mais ça risque de nous créer une charge administrative supplémentaire »* (E1P2L89-90).



3.4.7.2 Responsabilité professionnelle

Un autre point évoqué par trois médecins portait sur la question de la responsabilité de chaque professionnel. Ils craignaient que le MG soit seul responsable des DA : *« parce que la responsabilité c'est le médecin derrière »* (E10P4L147-148). Des DA non valides ou non recevables peuvent avoir des conséquences médico-légales : *« moi j'ai une patiente elle m'a fait une demande d'euthanasie active ... non quoi pas du tout enfin ... »* (E9P4L218-219). Un autre médecin explique que pour lui, faire participer l'IPA au recueil des DA ne doit pas être une manière pour le médecin de se décharger de ses responsabilités liées à son statut *« Ça nous donne bonne conscience, ça écarte un peu la responsabilité que l'on peut avoir en discussion à la fin quoi »* (E6P3L188).

3.4.7.3 Relation professionnelle

Pour quatre des MG interviewés, la collaboration autour des DA (dans un sens plus large, discuter de la fin de vie) était intéressante si les deux professionnels pouvaient avoir de libres échanges, une interaction constructive et donc une entente commune sur la prise en charge des patients : *« si on a de l'échange »* (E9P3L166), *« toujours pareil c'est une collaboration à trouver »* (E4P5L253-254), *« il faudrait vraiment qu'il y ait de bonnes transmissions (...) que l'on sache vraiment ce qui a été dit »* (E9P3L175-176). Cela nécessiterait un peu de temps pour établir une relation de confiance *« trouver quelqu'un (un médecin) qui va (...) aller donner sa confiance, ça ne se fait pas comme ça »* (E8P4L216-217). Une contrainte évoquée était le temps qu'il convenait de consacrer à cette collaboration : *« le temps parce que cela demande aussi d'échanger avec eux »* (E3P3L139). Accorder un peu de son temps est obligatoire et semblait faire douter certains médecins des avantages de cette collaboration.

3.4.7.4 Acceptation de la collaboration par les patients

Enfin, pour quatre médecins, il faut se poser la question de l'acceptation par le patient de ce nouvel intervenant dans la prise en charge : *« il faut que ça soit une personne qu'il connaît bien »* (E8P4L235). Ceci nécessiterait donc sûrement du temps pour que la confiance naisse dans cette relation IPA - patient et permette un libre échange sur la fin de vie : *« c'est quand tu ne connais pas bien ton patient, depuis pas longtemps, c'est un gros frein »* (E6P2L108-109), *« on ne peut pas parler de ... il faut se lâcher »* (E5P3L142).



Un médecin remettait en doute la légitimité de l'IPA car la notion de proximité avec le patient semblait plus importante. L'avis du patient concernant l'interlocuteur qu'il souhaite privilégier pour aborder les DA doit être recherché : « *la personne la plus proche et c'est peut-être ça qu'il faudra chercher* » (E8P4L223-224).

3.4.7.5 Complexification de la prise en charge

Enfin quelques interrogations étaient émises par une minorité des médecins interrogés.

Pour deux médecins, faire intervenir l'IPA pour les DA risquait de complexifier le parcours de soins : « *si tu multiplies les intervenants c'est toute la difficulté (...) ton patient souvent avec une grosse pathologie (...) il voit déjà un spécialiste (...) souvent le radiothérapeute, la psychologue (...), l'équipe de soins palliatifs, il va revoir éventuellement d'autres spécialistes, son médecin généraliste quand il ne l'oublie pas et la Tu veux introduire une IPA en plus ...* » (E8P3L174-176). Multiplier les intervenants expose au risque de diversifier les points de vue et aboutir à des avis contradictoires sources de confusion pour la rédaction des DA : « *qu'on soit un peu sur la même longueur d'onde, (...) je pense qu'il y a quand même des différences même s'il y a la loi bien sûr* » (E9P4L188-189).



4. DISCUSSION

L'objectif de l'étude était d'évaluer si la collaboration entre le MG et l'IPA pour le recueil des DA était pertinente, compte tenu des problématiques actuelles en soins primaires.

4.1 Synthèse des résultats

La collaboration avec l'IPA sur le recueil des DA semble pertinente compte tenu des compétences inhérentes à la fonction d'IDE et des avantages en pratique courante dont bénéficiera l'IPA (notamment une disponibilité de temps). Ces arguments font de l'IPA un interlocuteur idéal pour aider le patient à s'approprier le dispositif des DA.

L'effet de la collaboration sur le taux de DA serait visible mais relatif compte tenu du nombre d'IPA en activité actuellement et de la patientèle ciblée par l'IPA, définie par les mentions.

Le gain de temps lié au partage d'une tâche chronophage contribuerait à soulager les MG ce qui renforce la pertinence d'une telle proposition de collaboration.

En proposant à l'IPA de s'emparer du recueil des DA, il s'agit de cibler une population fragile plus à risque de fin de vie, chez qui il est plus urgent d'anticiper l'impossibilité de s'exprimer sur la prise en charge de la fin de vie.

Plusieurs éléments suscitent cependant quelques interrogations et pourraient nuire à l'intérêt de la collaboration sur les DA.

La nécessité d'une formation spécifique de l'IPA questionne les MG et conditionnerait son autonomie.

L'aspect organisationnel inquiète, et la charge administrative surajoutée par la réalisation d'un protocole pourrait être contraire à l'idée première, qui était de soulager les MG d'une tâche chronophage.



Des craintes sont exprimées quant à l'aspect relationnel du processus collaboratif entre le MG et l'IPA (entente, communication, point de vue, temps dédié). L'ajout d'un nouvel interlocuteur risque de complexifier le parcours de soins du patient et suppose son acceptation. L'établissement d'un lien de confiance entre l'IPA et le patient nécessaire à l'expression sur un sujet délicat nécessite un temps d'adaptation.

4.2 Confrontation des résultats à la littérature

4.2.1 Pertinence du statut de l'IPA pour le recueil des DA

4.2.1.1 Compétences

Les MG interrogés dans l'étude estimaient que l'IPA dispose des compétences pour aborder les DA et aider le patient à les rédiger. L'IPA trouve sa place dans cette collaboration.

L'idée d'impliquer les IPA dans le recueil des DA répond à un phénomène qui se développe depuis quelques années où l'on s'est d'abord intéressé à la participation des IDE sur ce sujet. Déjà en 1997 aux USA, les compétences d'un IDE « classique » pour initier le débat sur la fin de vie et promouvoir les DA ne faisaient pas de doute (31). Depuis, plusieurs travaux et articles en France ont suggéré de faire appel aux IDE pour améliorer le recueil des DA (25), (28), (29), (30), (31), (32).

En 2017, le docteur Bâlon dans son travail de thèse s'est intéressé à la place que les MG et les infirmiers diplômés d'état libéraux (IDEL) souhaitent occuper vis-à-vis des DA (32). La plupart (84%) des IDEL interrogés pensaient avoir un rôle à jouer. A la fin de cette étude, il est suggéré une méthode de collaboration pour accroître le taux de recueil de DA. L'idée était d'apporter les informations progressivement au patient, de lui fournir du temps de réflexion ce qui est retrouvé comme facteurs favorisant la rédaction des DA dans la thèse du docteur Jermouni deux ans plus tard (30). Le fait d'être accompagné par l'infirmier permet selon le Dr Fournier, Présidente du Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie (CNSPFV), de guider le patient dans sa réflexion et de lui permettre de comprendre ce qu'il va écrire (28).

Toutefois, pour que le patient puisse être dans de bonnes conditions pour rédiger ses DA, l'IPA doit lui permettre d'appréhender l'évolution de sa maladie, les complications



éventuelles susceptibles d'entraîner le décès ainsi que les soins et thérapeutiques mobilisables en matière de soins palliatifs.

La liste des compétences transversales de l'IPA établit la capacité d'évaluation globale de l'état de santé du patient pour des pathologies identifiées et la mise en œuvre d'un projet de soins adaptés pour le patient (39), (40), (41). Selon l'article R. 4301-1 du Code de la santé publique, l'IPA possède des compétences élargies et un savoir-faire nécessaire à la prise de décisions complexes en autonomie dans son champ de compétences (38). Dans ce sens, l'IPA est plus à même de guider le patient pour rédiger ses DA qu'un IDEL « classique ».

Une étude réalisée aux Etats-Unis en 2017 s'est intéressée à l'efficacité de l'intervention des IPA sur la compréhension, la discussion et le recueil des DA, au cours d'atelier avec des patients. Elle conclut que les IPA sont compétents pour éduquer les individus et faciliter le processus de recueil (42).

A la lumière des éléments cités précédemment, les compétences des IPA semblent adaptées pour aider les patients souffrant de maladie chronique à comprendre les enjeux du recueil des DA, en ciblant une population fragile plus à risque d'une fin de vie.

4.2.1.2 Formation

Cependant, l'avis des MG de l'étude est partagé sur la nécessité pour l'IPA de suivre une formation supplémentaire axée sur les DA et la fin de vie.

En 2017, dans la thèse du docteur Bâlon, il était question de la place que les IDEL souhaitaient occuper vis-à-vis des DA. La majorité (92%) des IDEL pensaient avoir besoin d'une formation spécifique sur les DA (32).

L'IPA doit être capable d'aider le patient à appréhender le concept des DA, lui expliquer l'intérêt de ce dispositif, ce qu'il est nécessaire d'y inscrire. Des connaissances légales sur la fin de vie sont nécessaires pour expliciter au patient les modalités d'application des DA.

La première année de formation des IPA est commune aux différentes mentions. Les DA y sont abordées dans l'UE responsabilité, éthique, législation déontologique au cours du premier semestre (43). Par la suite, seule la mention oncologie et hémato-oncologie intègre



dans sa formation approfondie « l'accompagnement personnalisé de la fin de vie et le suivi des directives anticipées » (39), (44). Ceci suppose que les autres mentions IPA, notamment la mention pathologies chroniques stabilisées, soient moins bien formés sur les DA.

De leur côté, les MG semblaient ne pas être très à l'aise sur le sujet des DA en raison d'une formation dédiée insuffisante (20), (24), (45).

Les IPA bénéficient d'une formation théorique sur les DA mais il paraît souhaitable d'améliorer cette formation qui est inégale entre les différentes mentions.

4.2.1.3 Conditions d'exercice

Les conditions d'exercice dont va bénéficier l'IPA seraient propices à la discussion et au recueil des DA selon les MG interrogés. Ils mettent en avant la disponibilité de temps de même que l'intimité respectée en consultation comme chez le MG, mais aussi la possibilité de planifier des consultations successives. L'IPA sera amené, dans le cadre du suivi, à revoir plusieurs fois son patient en consultation comme le ferait le MG. Une méta-analyse d'étude interventionnelle en soins primaires a cherché à établir la méthode la plus efficace pour augmenter le taux de recueil de DA (46). Il en est ressorti que rencontrer son patient à plusieurs reprises était la meilleure méthode.

• Durée de consultation

Le processus de discussions autour de la fin de vie nécessite du temps et devient chronophage (39). La PPS qui se développe hors de nos frontières, est un processus dynamique et continu, de discussion et de réflexion autour de fin de vie. Il inclut la rédaction des DA (8). Il suppose une disponibilité de temps dont l'IPA disposerait en pratique quotidienne ce qui représente un réel avantage.

En effet, la durée d'une consultation est de 16 minutes en moyenne en France pour les MG (47) alors qu'une consultation type pour l'IPA dure une heure pour la première consultation puis trente minutes pour les suivantes (33).

Une étude s'est intéressée à définir le cadre idéal d'une discussion à propos de la fin de vie. Il s'avère qu'une consultation de 30 minutes serait la durée moyenne souhaitée (8).



• Proximité et relation de confiance avec le patient

Dans un entretien avec la présidente du CNSPFV où il est question de la place des infirmiers dans le dispositif des DA, le Dr Fournier met en avant la proximité de ce professionnel avec les patients mais aussi le lien de confiance existant (29). Les infirmiers font partie des professionnels de santé que les patients côtoient le plus.

Les IDE ne sont autorisés à débiter la formation d'IPA qu'après trois années d'expérience en tant qu'IDE. Les IPA disposent donc de qualités intrinsèques communes aux IDE (l'écoute, l'empathie, les relations humaines, des compétences de coordination et de suivi).

Cependant, un temps d'adaptation sera nécessaire entre le patient et l'IPA avant de voir s'établir une relation de confiance comme on peut l'observer entre un patient et son IDE « classique ». Dans cette hypothèse, la proximité de l'IPA avec le patient est un argument de poids pour lui confier la discussion autour des DA (48).

Le rapport entre le patient et son infirmier constitue une relation forte de confiance qui n'est plus à prouver et qui pourrait faciliter le recueil des DA. Cette activité pourrait représenter une mission type de l'IPA.

4.2.2 Impact de la collaboration sur le taux de DA

Pour les MG interrogés, l'effet de la collaboration sur l'évolution du taux de DA serait limité actuellement. Deux éléments peuvent influencer négativement l'accroissement du taux de recueil des DA : l'offre de soins et la population ciblée par les IPA. Ils regrettent que cette mesure n'atteigne pas la population plus jeune, en bonne santé, chez qui les DA peuvent être utiles face à un accident de la vie souvent imprévu.

Prédire l'effet d'une telle collaboration sur le taux de DA ne semble pas si évident compte tenu de l'évolution des effectifs attendus en IPA, d'une baisse du nombre de MG prédite pour les années à venir et d'un accroissement du nombre de patients susceptibles d'être suivis par un IPA.



4.2.2.1 Offre de soins

- **Nombre d'IPA en activité**

On peut penser qu'avec les chiffres annoncés par l'ARS en matière d'IPA formés, l'offre de soins proposée va augmenter dans les années à venir. Le gouvernement prévoit au moins 5000 IPA formés d'ici 2024 ce qui pourrait contribuer à rassurer les MG sur ce point (20).

- **Effectif de MG**

Parallèlement, le nombre de MG devrait continuer à diminuer dans les prochaines années jusqu'en 2030 environ avant d'observer une augmentation de l'effectif (17), (49), (figure 4). Le nombre d'équivalents temps plein de médecins rapporté à la population devrait baisser de 18 % entre 2016 et 2040 (50). Par ailleurs, la thèse du docteur Laborde suggère que les MG récemment installés sont plus susceptibles de s'intéresser aux DA car ils reconnaissent davantage une certaine importance des DA dans le dialogue sur la fin de vie (24).

4.2.2.2 Population ciblée par l'IPA

Les soins proposés par l'IPA, selon l'assurance maladie, concernent 5,6 millions de personnes actuellement, soit environ 8,5 % de la population française (51). Le nombre de patients concernés ces soins devrait augmenter, étant donné le vieillissement de la population induit par l'allongement de l'espérance de vie (1), (figure 1).

Il est donc difficile de se positionner sur l'impact réel de cette collaboration concernant le taux de DA, puisque l'on est face à une équation à trois inconnues (évolution du nombre de MG, du nombre d'IPA et du nombre de patients pouvant bénéficier des soins des IPA). Toutefois, on constate une accélération du recueil des DA ces 2 dernières années en France (7), (13), (14), (figure 3). L'intervention de l'IPA pourrait contribuer à renforcer cette dynamique.



Et ailleurs :

Si l'on regarde les pratiques aux Etats-Unis, l'intervention des IPA semble performante sur l'accroissement du taux de DA (42), (52). Le taux de rédaction de DA en France est actuellement plus faible que dans les pays Nord-Américains (USA, Canada) et accuse un retard d'une cinquantaine d'années quant à l'intervention des IPA en soins primaires (7), (10). Pour connaître l'impact de l'IPA sur le taux de rédaction des DA aux USA, une étude a été réalisée en 2009 et comparait dans trois régions deux modèles de soins : Evercare qui utilise des IPA et non-Evercare qui n'en utilise pas. Le modèle de soins de santé Evercare présentait des taux d'achèvement de DA significativement plus élevés (52).

Dans une autre étude en 2017, toujours aux USA, où l'auteur s'est intéressé à l'efficacité de l'intervention des IPA sur le taux d'achèvement des DA, il a été démontré l'efficacité potentielle de l'IPA sur le recueil des DA, à relativement court terme (un mois de suivi) (42).

Il est à souhaiter qu'avec l'arrivée d'une nouvelle génération de MG plus active sur les DA, combinée à une augmentation du nombre d'IPA et d'une augmentation de patients pouvant bénéficier d'une prise en charge par un IPA, le taux de DA croisse de façon significative dans les années à venir.

4.2.3 Bénéfices indirects de la collaboration sur les DA pour la médecine générale

4.2.3.1 Temps médical

Pour les MG interrogés, la pertinence de cette collaboration autour des DA reposerait aussi sur le gain de temps généré en partageant une tâche chronophage avec les IPA et en dégageant du temps médical.

Une des problématiques actuelles en soins primaires est le manque de temps dont souffrent les MG (17). L'idée, en proposant aux IPA de prendre en main le recueil des DA, serait de soulager les MG afin qu'ils puissent augmenter leur patientèle. Actuellement, 11% français n'auraient pas de MG déclaré (53). Une crainte de détérioration de la qualité de prise en charge au détriment de la quantité est dénoncée (22).



Une étude française, réalisée en avril 2019, s'est intéressée à l'influence de la coopération MG et IDE Asalée, sur l'activité des MG (54). L'effet était positif sur le nombre de patients rencontrés (+ 7,55 %) et inscrits médecin traitant (+ 6,87 %). Il a été montré que l'impact était d'autant plus fort sur l'activité des MG qui exercent en territoire sous doté. Plus la coopération était ancienne, plus les effets estimés sont importants. On peut donc imaginer un impact plus fort à long terme de la collaboration avec l'IPA sur l'activité des MG.

Cependant, si l'on considère le degré d'implication des MG dans le recueil des DA, le gain de temps généré ne semble pas significatif (3), (24), (45). Faire réaliser une tâche aux IPA, en pensant économiser du temps, alors que les MG réalisent rarement en pratique le recueil de DA, est illusoire. Ceci ne semble pas être la mesure la plus pertinente pour faire économiser du temps aux MG. Malgré tout, si le taux de recueil des DA augmente, cela reste intéressant même sans impact sur le temps clinique des MG.

Une nuance peut être apportée car les DA doivent être réévaluées à mesure que le patient évolue dans sa maladie. Le travail de l'IPA en amont pourrait permettre au MG de refaire le point sur les éléments notés lors de la consultation avec l'IPA et prendre moins de temps pour aborder le sujet avec son patient.

4.2.3.2 Choix de la population à cibler pour les DA

Dans l'étude, il était suggéré que l'IPA recueille systématiquement les DA pour chaque patient suivi. Pour eux, il s'agissait de rendre le recueil universel.

Parmi les freins exprimés sur le recueil des DA par les MG dans la littérature, la question de l'interlocuteur à privilégier pour aborder les DA est débattue (3), (16), (24), (28), (45). Ce sentiment est retrouvé au sein de notre échantillon de MG. Il semble ne pas y avoir de réponse universelle ou éthique à proprement parler. Interroger un patient en bonne santé dérange mais serait pertinent car le décès n'est généralement pas envisagé. Cela provoque chez les proches des souffrances surajoutées quant aux décisions à prendre en cas d'impossibilité d'expression de la part de la victime. A l'inverse, aborder les DA au diagnostic d'une maladie grave pourrait être mal perçu par les patients et vécu comme un abandon ou une condamnation (25).



L'intervention de l'IPA sur les DA pourrait apporter une partie de la réponse à la question du choix du « bon » patient pour aborder la fin de vie et les DA, en procédant à une information, une discussion et un recueil systématiques.

4.2.3.3 Gestion des situations d'incertitudes

Pour les MG interrogés, l'augmentation du taux de DA pourrait contribuer à limiter le nombre de situations complexes autour de la fin de vie.

Faire connaître ses souhaits en matière de prise en charge, sur la possibilité de limiter les thérapeutiques actives en cas d'impossibilité de s'exprimer est un des objectifs du concept des DA (6), (55). Augmenter le taux de rédaction des DA pourrait contribuer à faciliter les décisions à prendre en cas de fin de vie et de lutter contre l'obstination déraisonnable, dans la mesure où les DA sont claires et exhaustives.

On peut donc s'imaginer, que si la majorité des 5,6 millions (à l'heure actuelle) de patients concernés par les soins de l'IPA remplissait leur DA, de nombreuses prises en charge complexes seraient évitées. Impliquer l'IPA dans le recueil DA peut permettre de mieux préparer les situations de fin de vie au sein d'une population fragile et ainsi limiter le nombre de situations d'incertitude.

4.2.4 Organisation de la collaboration autour des DA

4.2.4.1 Organisation du parcours de soins du patient

Pour les MG de l'étude, l'organisation de la collaboration autour des DA doit être précise et clairement définie.

La pratique avancée infirmière prévoit l'établissement d'un protocole de collaboration entre le MG et l'IPA (33), (56), (57). Ce protocole prévoit d'explicitier de façon claire les procédures d'organisation de la prise en charge autour du patient, partagé entre les deux professionnels. Il précise le domaine d'intervention, les modalités de prise en charge de l'IPA, les échanges entre l'IPA et le MG (modalités, régularités) et les conditions de retour du patient vers le médecin (**Annexe 5**). Il peut être réévalué régulièrement. Si l'IPA constate une modification



de l'état de santé du patient dont les ressources dépassent ses compétences, il réadresse le patient au médecin (33).

Dans le cas des DA, le protocole de collaboration pourrait contribuer à éclaircir les interrogations sur la façon dont va s'organiser le recueil des DA en pratique entre MG et IPA. Il peut y être inscrit les modalités de discussion avec le patient sur les DA, le rythme des consultations, le moment d'intervention successivement du MG, de l'IPA et la gestion du recueil des DA. Le concept de PPS suppose un processus de discussion dynamique et continue autour des DA dont le protocole doit permettre la planification des consultations successives. Le protocole pourra être défini au cas par cas, en fonction des besoins et du ressenti de chacun des membres du binôme face au sujet de la fin de vie, mais aussi en intégrant les besoins de réflexion et d'information du patient.

L'établissement d'un protocole de collaboration entre l'IPA et le MG doit permettre de clarifier le rôle de chacun des interlocuteurs du patient sur les DA, qui peut être personnalisé selon les souhaits de chaque binôme.

4.2.4.2 Lieu d'activité de l'IPA

Pour les MG interrogés dans l'étude, l'IPA devait être à proximité du MG pour travailler sur les DA.

Les MG dans notre étude étaient disposés à collaborer avec l'IPA au sein de la même structure de soins (IPA libérale ou salarié), plutôt que de collaborer avec un IPA « indépendant » de la structure où exerce le médecin. L'intérêt était d'avoir un accès aux données médicales du patient pour l'IPA, nécessaire à une prise en charge globale, mais aussi de faciliter les échanges pour une meilleure continuité des soins (39), (40). Mais la problématique actuelle de manque de place dans les cabinets médicaux pourrait gêner la mise en pratique de la collaboration en dehors des cabinets de groupe.

Pour répondre notamment à cette problématique de place et d'exercice coordonné en soins primaires, ici entre l'IPA et le MG, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ont vu le jour en 2016 dans la loi de modernisation du système de santé (58). Ce nouveau système d'exercice coordonné prévoit l'association de professionnels de santé du premier et second recours qu'ils exercent en libéral, sous statut salarié dans ou en dehors de



l'hôpital. L'objectif est d'introduire un nouveau mode d'exercice coordonné pour une meilleure organisation des parcours de santé des patients.

Aussi, l'arrivée de nouveaux moyens de communication numérique comme le développement de l'application Paaco-Globule® en Nouvelle-Aquitaine pourrait contribuer à améliorer les échanges entre professionnels (59). Il s'agit d'un outil de coordination, sous la forme d'une application mobile. Il est utilisé par les professionnels qui participent aux soins du patient, pour améliorer le suivi notamment dans le cadre de la prise en charge des maladies chroniques. Il permet le partage d'informations sécurisées, en tenant compte du profil des différents professionnels. Des alertes ou notifications permettent le signalement de nouveaux événements dans le parcours du patient.

La modernisation du fonctionnement coordonné des soins primaires à travers les CPTS devrait répondre à cette problématique de soins coordonnés entre différents professionnels exerçant à distance et permettre une meilleure continuité des soins.

4.2.4.3 Autonomie de l'IPA dans les DA

Pour les MG interrogés dans l'étude, l'IPA ne pouvait pas s'occuper seul du recueil des DA et devait bénéficier de l'expérience, de la polyvalence du MG.

Depuis l'apparition de l'IPA au sein de notre système de santé, plusieurs travaux de recherche se sont intéressés au partage de compétences entre MG et IPA et suggéraient des études complémentaires une fois le cadre légal établi (22), (60). Les DA sont un exemple concret de partage de compétences. L'intérêt de cette collaboration sur les DA est de s'appuyer sur le potentiel complément d'activité que représente la pratique avancée infirmière, pour la médecine générale.

La question était de définir l'autonomie dont l'IPA va disposer dans le processus de recueil des DA et la place du MG. L'IPA peut-il avoir une participation transversale dans le processus de recueil des DA ? (Information du patient, discussion autour de la fin de vie, réflexion avec le patient, accompagnement du patient dans la rédaction des DA).

Pour les MG de l'étude, il s'agit de définir le rôle de chacun et de savoir s'il l'on parle d'une collaboration (où chaque professionnel réalise la même tâche individuellement), d'une



coopération (où chaque professionnel réalise une partie de la tâche globale) ou d'une délégation complète de tâche (l'IPA ferait l'intégralité du travail).

Une étude canadienne de 2018 s'est intéressée au développement de l'implication de l'IPA dans la PPS (pour rappel, qui inclut les DA) (61). Les résultats de cette étude montrent un faible niveau d'implication de l'IPA malgré des convictions positives. L'obstacle mis en évidence semblait lié au manque de clarté sur le rôle de l'IPA au sein de la collaboration. Les barrières seraient essentiellement interprofessionnelles.

Il est essentiel de faire la distinction entre les différentes pratiques proposées actuellement en soins primaires en France pour tenter de soulager les MG.

Le dispositif Asalée, créé en 2004 est un dispositif de coopération en soins primaires (62). Il repose sur une offre d'éducation thérapeutique et sur une coopération avec le médecin sur certains actes médicaux définis pour les infirmiers.

Pour les assistants médicaux, le dispositif est inscrit au sein des réformes « Ma santé 2022 » (63). Il s'agit d'une délégation de tâches administratives, d'aide à la préparation et au déroulement de la consultation, mais aussi d'organisation de la coordination avec les autres acteurs de santé dans le parcours de soin du patient. Les missions sont choisies par le médecin en fonction de ses besoins.

Dans le cadre de l'IPA, le décret parle bien de collaboration (33), (35) et suppose la réalisation de tâches définies par son référentiel de compétences, partagées avec le MG (39).

L'actualité récente au Canada prévoit d'autonomiser au maximum l'IPA. Il pourrait désormais s'affranchir totalement de la tutelle du médecin, même s'il n'est pas question précisément des DA (64). Compte tenu du décalage dans notre pays vis-à-vis de la situation nord-américaine, il est possible de voir arriver dans quelques années en France un renforcement de l'autonomie dans la pratique avancée infirmière.

Pour que la collaboration autour des DA soit pertinente, il sera nécessaire de bien définir le rôle de chacun des deux professionnels. Il ne s'agit pas de faire de généralité mais bien de s'adapter à la singularité de chaque collaboration. Le référentiel de compétences prévoit que l'IPA soit en mesure de réaliser cette tâche. Ceci renforce la capacité de l'IPA à recueillir les DA en autonomie au sein de la collaboration.



Une minorité de MG dans l'étude souhaitaient approuver les DA recueillies par l'IPA avec le patient. Il s'agit probablement d'une incompréhension puisque le rôle du MG n'est en aucun cas de valider des DA.

4.2.5 Limites de la collaboration sur les DA

4.2.5.1 Surcharge administrative

Les MG interrogés dans l'étude appréhendent une charge administrative supplémentaire liée à la collaboration avec l'IPA.

Une des problématiques actuelles en soins primaires concerne la gestion du temps des médecins (16), (18), (24). La plupart des médecins ont compris la nécessité de gérer leur temps administratif afin de se procurer plus de temps médical (22).

D'après le décret, le MG est dans la position du coordinateur de la collaboration et se voit attribuer un nouveau rôle (18). L'établissement du protocole de collaboration en concertation avec l'IPA suppose des démarches administratives au moins initiales (57) (**Annexe 5**).

L'intérêt de partager l'information, la discussion autour de la fin de vie et le recueil des DA avec l'IPA était de soulager le MG de tâches en partie administratives. Il ne serait évidemment pas envisageable que la collaboration consomme trop de temps administratif du MG pour rester pertinente.

Néanmoins, on peut supposer qu'à travers les documents proposés, le temps nécessaire à l'établissement d'un protocole de soins ne soit pas démesuré. Finalement, ajouter les DA parmi les autres missions définies de l'IPA au sein du protocole ne devrait pas entraîner une surconsommation de temps significative pour le médecin.

4.2.5.2 Responsabilités du MG et de l'IPA

L'important pour les MG de l'étude était de savoir si la responsabilité était prise par le professionnel qui recueille les DA ou si elle revenait au médecin sous prétexte qu'il coordonne cette collaboration.



Une étude en 2019 qui interrogeait des MG sur les perspectives de la pratique IPA, évoquait ces craintes de la part des MG (22). La peur de l'erreur médicale faisait partie des facteurs limitants l'envie de collaboration avec l'IPA.

Il s'agit aussi de nuancer les propos. On parle ici de recueillir les souhaits de prise en charge concernant la fin de vie, et non de faire un diagnostic ou instaurer une thérapeutique même si aborder les DA ou les discussions autour de la fin de vie au sens large n'est pas anodin. Ces actes ont une signification très importante, tant sur le plan médical que sur le plan socio-administratif, parfois familial.

Cependant en explicitant les termes du décret, les craintes pourraient être amoindries (33). En effet, il précise que l'IPA « contribue à l'analyse et à l'évaluation des pratiques professionnelles » et « est responsable des actes qu'il réalise dans ce cadre » (56). Ceci renvoie à des notions essentielles vues précédemment, dont il faut bien comprendre la nuance :

- La délégation suppose que la responsabilité des actes revienne au professionnel qui délègue (par exemple avec l'assistant médical).
- Tandis que le transfert de compétences vers un autre professionnel de santé (au sein de la collaboration) suppose que la responsabilité est assumée par le professionnel qui réalise les actes (21), (49), (65).

En soins primaires, il est bien question du transfert de compétences entre le MG et l'IPA. L'IPA sera donc responsable de ses actes réalisés en pratique.

4.2.5.3 Freins liés à l'aspect relationnel

• Relation IPA – MG

Dans notre étude, certains MG étaient freinés par l'aspect relationnel lui-même de la collaboration. Cela suppose d'y consacrer un minimum de temps. L'échange entre les deux professionnels se doit d'être fluide et impose une vision similaire sur la manière de concevoir la fin de vie.



Partager le recueil des DA avec l'IPA nécessite d'y consacrer un minimum de temps pour que la collaboration soit bénéfique au patient. La communication et les échanges entre les deux interlocuteurs sont indispensables au bon déroulement de la collaboration.

Cependant, les relations humaines ne sont pas toujours évidentes. Une méta-analyse de cinquante-quatre études (USA, Canada, Grande Bretagne) en 2019 a cherché à identifier les obstacles ayant un impact sur la mise en œuvre des rôles des IPA en soins primaires (48). Cette étude a mis en évidence les facteurs d'équipe et notamment l'absence de partage d'information comme un des principaux obstacles. De la même façon dans cette étude, les facilitateurs à la mise en œuvre du rôle des IPA en soins primaires incluaient les croyances et attitudes positives des médecins envers cette collaboration.

Cela nécessite de faire naître un binôme au sein duquel les relations humaines soient fluides et les échanges spontanés. Avoir la même vision et conception de la prise en charge de la fin de vie, de l'obstination déraisonnable vont de pair avec la cohérence du projet élaboré autour du patient.

Dans le travail de thèse du docteur Bâlon réalisé en 2017, les IDE regrettaient le manque de communication avec les médecins, nécessaire à la pleine connaissance de la situation actuelle du patient et des perspectives d'évolution possible de sa maladie (32).

L'IPA possède les compétences de suivi et coordination qui devraient contribuer au bon déroulement du processus collaboratif (18). Le protocole de soins établi entre les deux professionnels devrait permettre la structuration des échanges entre l'IPA et le MG.

L'attitude positive et la conviction du médecin, les compétences de suivi et de coordination de l'IPA, une vision partagée de la médicalisation de la fin de vie, un lien de confiance établi dans le temps, renforcés par la protocolisation de la collaboration sont autant de facteurs nécessaires au bon déroulement de la collaboration autour des DA.

Comme il est souligné dans la littérature, la communication entre le MG et l'infirmier doit évoluer (32), (48). La modernisation de notre système de santé doit contribuer à favoriser les échanges entre les professionnels. Le processus collaboratif suppose des rapports humains qui doivent bénéficier au patient pour une meilleure prise en charge. Cette collaboration s'inscrit



dans une logique d'évolution de l'organisation des soins primaires, même si une partie des MG est réticente à voir de nouvelles professions émerger. « La responsabilité de chacun est de sortir de cela » prévient l'ancien président des généralistes de la CSMF en 2018 (56).

• Relation IPA- patient

Parmi les MG de l'étude, quatre MG exprimaient un doute quant à l'acceptation de la collaboration sur les DA par le patient.

Dans la thèse du docteur Colmas où il est question des perspectives de la pratique avancées en médecine générale, les médecins émettaient la crainte d'une détérioration de la relation médecin-patient ainsi que le sentiment d'abandon exprimé par les patients (53).

Dans des travaux de recherche, le médecin traitant était l'interlocuteur privilégié pour aborder ces sujets délicats (24), (66).

L'IPA reste une profession « récente » dans notre pays, qui vient d'être intégrée au fonctionnement des soins primaires. Ceci peut nécessiter un certain temps pour être accepté par ses utilisateurs (les patients) et ancré dans le fonctionnement de notre système de santé. Il est prévu dans le protocole que le médecin informe son patient sur cette nouvelle organisation, ce dernier étant libre de refuser.

• Complexification du parcours de soins

Pour deux des MG interrogés, ajouter un nouvel interlocuteur dans la prise en charge du patient risque de complexifier le parcours de soins.

La multiplication des intervenants faisait craindre des dysfonctionnements, sources de confusion pour le patient ne sachant plus quel était l'interlocuteur référent sur les DA, au sein de cette relation triangulaire. Une répartition incertaine des rôles était évoquée dans la thèse du docteur Dupuy (67).

Le MG se doit d'informer son patient. Il s'agit d'un moment capital qui conditionne la réussite de la collaboration. Il s'agit de bien définir le rôle de l'IPA pour ne pas créer de confusion chez le patient.



4.3 Forces et limites de l'étude

4.3.1 Forces de l'étude

4.3.1.1 Sujet d'actualité

La fin de vie en France est un sujet d'actualité, pris en compte par l'exécutif (7). La poursuite des efforts en matière de développement des soins palliatifs est un des objectifs du système de santé français pour garantir le respect du droit à mourir dans la dignité. Face au constat d'un sous-effectif de MG qui va s'accroître dans les prochaines années, collaborer avec les IPA sur les DA est donc un exemple type de transfert de compétences en soins primaires (17). Le travail de thèse du docteur Colmas en 2019 soit un an après la publication du décret, s'intéressait aux perspectives d'une future collaboration avec les IPA en médecine générale (22). L'auteur émettait l'intérêt d'effectuer un travail secondaire sur cette collaboration une fois les cadres juridiques définis. Une des forces de cette étude a donc été de tenir compte de l'actualité et proposer un exemple type de collaboration avec l'IPA.

4.3.1.2 Sujet novateur

Il n'y avait pas d'étude ou de thèse existante à notre connaissance, s'intéressant à l'opinion des MG sur la pertinence de cette collaboration avec les IPA pour le recueil des DA, au moment où la bibliographie a été réalisée en vue du choix de sujet de thèse (Août 2021).

4.3.1.3 Choix de la méthode

Une méthode qualitative (réalisations d'entretiens semi directifs) a été utilisée car elle était particulièrement adaptée pour répondre à l'objectif. Cette méthode descriptive est fréquemment utilisée dans les recherches en sciences humaines et sociales. Il s'agissait de recueillir l'opinion des MG interrogés et de dégager des idées, déduites d'expériences d'acteurs en soins primaires.



4.3.1.4 Hétérogénéité des avis et pratiques

Malgré le faible nombre de MG interrogés, les réponses apportées étaient variées et représentaient la diversité des profils de médecins participant à l'étude (âge, organisation du cabinet, pratiques, intérêt pour les soins palliatifs, vision sur le partage de compétences, implication dans un syndicat de médecine générale) (**tableau 1**).

4.3.1.5 Validité externe

La pratique habituelle des MG interrogés vis-à-vis du recueil des DA dans cette étude était conforme aux pratiques à l'échelle nationale.

Les MG recueillent rarement auprès de leurs patients les DA écrites comme le notifiait le rapport SICARD en 2012 (3). Dans une thèse de 2017 où le docteur Laborde s'est intéressé à l'utilisation des DA par les MG comme outil pour ouvrir le dialogue sur la fin de vie, la discussion autour des DA se faisait souvent à l'initiative des patients comme dans l'étude. Les MG redoutaient d'aborder la fin de vie (24). Ce ressenti était présent chez les MG dans le travail du docteur Gross en 2020 (45). Il y est souligné par ailleurs que la discussion autour des DA se fait majoritairement au cours d'une consultation non dédiée et n'aboutit que rarement à des DA écrites comme dans l'étude.

Des travaux récents expriment les difficultés pour la médecine ambulatoire à répondre au défi d'anticipation des situations de fin de vie, notamment par le recueil des DA. Les principales contraintes évoquées étaient principalement le manque de temps, la sursollicitation, la multiplication des tâches et des devoirs ou encore le sentiment d'isolement des MG libéraux (16), (24), (25), (28), (45). Ces difficultés compliquent l'investissement des MG dans le recueil des DA. Ces éléments concordent avec les difficultés évoquées par les MG lors de l'étude.

Le nombre réduit de MG interrogés auraient pu rendre les résultats de l'étude difficilement généralisables au territoire national, et même départemental (dix MG interrogés en Charente Maritime pour 665 MG libéraux en octobre 2022 dans le département) (68). Cependant, ce nombre a été défini par la saturation des données et suppose une représentation des résultats



satisfaisantes. De plus, l'ensemble des avis ou idées concernant cette proposition de collaboration étaient recherchées plutôt que les consensus.

4.3.2 Limites de l'étude

4.3.2.1 Défaut d'information des MG

Les MG interrogés se sont exprimés sur le manque d'information préalable sur le sujet des IPA. L'information dans l'étude semblait surtout fondée sur la base des centres d'intérêts et de motivations personnelles.

Ces résultats confirment les données de la littérature. La thèse du docteur Colmas en 2019, soit un an après la publication du décret (33), retrouvait déjà une lacune dans l'information globale des MG sur cette relative nouvelle profession des IPA en France (22). Trois ans plus tard, on constate que le niveau d'information n'est pas meilleur et souvent conditionné par l'intérêt de chaque professionnel vis à vis du sujet. En 2021, la thèse de médecine du docteur Le Cann tirait les mêmes conclusions sur le niveau d'information des MG (60). Prendre la décision de collaborer avec un IPA sur les DA nécessite de connaître parfaitement les modalités de la collaboration. Ce biais d'information a été minimisé par l'apport de données informatives au cours de la réalisation des entretiens (**Annexe 2**).

4.3.2.2 Cohérence externe

Étant donné l'absence de travail de recherche, à notre connaissance, avec des critères d'étude similaire, il était difficile de comparer strictement les résultats obtenus aux données de la littérature. Il existe des études s'intéressant aux problèmes des DA ou au transfert de compétences en soins primaires mais pas les deux.

4.3.2.3 Validité interne

• Construction de l'étude – Biais méthodologique

La recherche bibliographique n'a pas fait appel à un bibliothécaire rendant la recherche documentaire probablement moins exhaustive.



Il est important de préciser l'absence d'expérience de l'auteur en recherche qualitative, ni de formation à la technique d'élaboration du questionnaire d'entretien ainsi que la réalisation d'entretien semi-directif.

Néanmoins, les différentes étapes de construction de l'étude se sont inspirées de documentation afin de garantir une limitation des biais méthodologiques (36) (37).

Le guide d'entretien a été modifié à 3 reprises au cours du recueil de données en raison des imperfections constatées dans le guide ce qui peut constituer un biais méthodologique.

L'objectif était d'obtenir des réponses cohérentes avec l'objectif principal fixé, de limiter les biais liés à la formulation des questions ainsi que le biais de suggestion. Certaines questions ont été reformulées car mal perçues, des questions de relances y ont été ajoutées.

• Biais de sélection

Les médecins ont été recrutés pour la réalisation de cette étude via un réseau de connaissances constitué à la suite des stages effectués pendant mon internat ou lors des remplacements ce qui peut conduire à un biais de sélection.

La population de l'étude est non représentative de la population de MG en France. En effet la moyenne d'âge des médecins interrogés est de 42,3 ans, inférieure à la moyenne d'âge des MG à l'échelle nationale (50,5 ans en 2020) et à l'échelle du département de la Charente Maritime (49,4 ans en 2020) (10). Dans cette étude, 70% des médecins interrogés sont des hommes alors que l'on assiste à une féminisation des professions de santé (17).

Parmi les médecins interrogés, deux médecins ont réalisé une thèse sur les soins palliatifs (E2, E9) et donc étaient déjà familiarisés avec les DA. D'ailleurs, ils faisaient partie d'une minorité de praticiens à proposer les DA aux patients. Deux médecins (E2, E10) avaient de meilleures connaissances sur les IPA ce qui a pu influencer leurs réponses et engendrer un biais d'intéressement.



• Recueil des données

Les entretiens ont été réalisés par téléphone à 90% pour différentes raisons :

- Apporter aux médecins interrogés une facilité d'organisation
- Permettre une liberté d'expression (garantie aussi par l'anonymisation des données)
- Réduire le risque sanitaire dans ce contexte de pandémie à la COVID 19

La réalisation d'entretiens téléphoniques n'a pas permis d'interpréter la gestuelle et la communication non verbale des médecins interrogés. Un seul entretien a été réalisé en présentiel sur un de mes lieux de remplacements mais n'a pas intégré l'analyse de la gestuelle et la communication non verbale. La visio-conférence n'a pas été retenue pour des raisons logistiques.

Le sujet abordé pouvait paraître délicat pour certains médecins et entraîner une modification des réponses liées à la gêne éprouvée.

• Caractéristiques de la population

Dans l'étude, le genre ne semblait pas influencer la réponse des MG (**Annexe 3**). Les médecins les plus jeunes exprimaient les mêmes freins à l'élaboration des DA en pratique que les médecins plus âgés. Leurs avis étaient divisés et similaires aux médecins plus âgés sur le sujet de la collaboration notamment vis-à-vis du transfert de compétences.

• Biais de désirabilité sociale

Un autre élément à prendre en compte était une modification des réponses apportées par les MG liée au possible sentiment de jugement qu'ils pouvaient ressentir lors des entretiens. Ce biais a été minimisé par l'anonymat respecté des entretiens dont le participant à l'étude était informé.

• Effet de halo

Un biais cognitif lié à l'effet de halo a pu apparaître lors des entretiens. L'effet de halo désigne le fait que certaines réponses des autres médecins interrogés ont pu être suggérées



lors d'un entretien et influencer la réponse du MG, même si ce biais est plus fréquemment rencontré dans les entretiens en groupe. Certains médecins ont souhaité connaître l'avis des autres MG pendant les entretiens.

• Analyse des données

Un total de dix entretiens a été suffisant pour obtenir la saturation des données (figure 5).

Il n'y pas eu de triangulation des résultats effectuées car aucune des demandes n'a abouti. Le risque est une exploitation insuffisante des résultats ou au contraire la prise en compte de réponses non pertinentes.

4.4 Propositions pratiques

A la lumière des résultats de l'étude, on peut proposer des points d'amélioration pour optimiser cette future collaboration.

4.4.1 Amélioration de l'information des MG sur les IPA

L'idée est de faire face au défaut d'information des MG constaté dans ce travail de recherche mais aussi dans la littérature (22), (60). Il va falloir dans le futur améliorer l'information des MG sur ceux qui seront leurs futurs collaborateurs en pratique courante :

- Formation des nouveaux médecins (faculté de médecine, internat)
- Information des MG installés à travers notamment la formation médicale continue, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM).

L'utilisation de moyen d'information à plus grande échelle pourrait aussi être employée (campagne médiatique pour le grand public, revues, sondages...).

4.4.2 Amélioration de la formation des MG sur les DA

Il ressort clairement un défaut de formation des MG sur les DA (24), (32), (45). Améliorer la formation pendant le cursus universitaire, l'internat, mais aussi tout au long de la pratique des MG installés, semble primordial, étant donné les défis annoncés pour notre système de santé.



4.4.3 Aboutissement des décrets IPA

A l'image de l'évolution de la pratique avancée infirmière dans les pays précurseurs, notre pays va continuer sa transformation dans l'organisation des soins primaires. Avec le temps, la pratique IPA va se développer au sein de notre système de santé et trouvera ses marques. Le cadre législatif et pratique va se préciser. Le rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) en novembre 2021 estimait qu'il vaut mieux renforcer le statut et le pouvoir des IPA que de créer une nouvelle profession intermédiaire à mi-chemin entre l'infirmier et le médecin (20). L'actualité récente prévoit une convention citoyenne sur l'aide active à mourir (4). Il serait intéressant d'y aborder le rôle de l'IPA comme aide au développement des DA, intégré dans la PPS.

4.4.4 Renforcement du programme de formation sur les DA à toutes les mentions IPA

Les différentes mentions IPA sont amenées à prendre en charge des patients porteurs de maladies chroniques susceptibles de précipiter la fin de vie. Il serait intéressant d'étendre la formation plus approfondie dont bénéficie la mention oncologie - hématologie à toutes les mentions IPA. Les autres mentions (hors oncologie / hémato-oncologie) étant amenés à suivre des patients souffrant de maladies chroniques, la discussion autour des DA paraît tout à fait adaptée et l'extension de leur formation sur ce sujet paraît pertinente.

4.4.5 Proposition d'un modèle de protocole de collaboration sur les DA

En concertation avec les IPA et les MG, un protocole type pourrait être établi sur le sujet des DA. L'objectif est de modéliser l'organisation du parcours de santé du patient au sein de cette collaboration.

Aussi, les MG pourraient proposer obligatoirement à tout patient entrant dans une institution ou en cas de maladie chronique ou de cancers, la rédaction des DA avec un IPA.

4.4.6 Répartition des populations à cibler pour les DA entre MG et IPA

On pourrait proposer un partage de la population à cibler entre le MG et l'IPA. L'IPA étant amené à suivre la population atteinte de maladie chronique, on pourrait imaginer que le l'IPA



cible cette population tandis que le MG cible les patients plus jeunes et non pris en charge par les IPA.

4.4.7 Mise en place de cellules d'information et de recueil des DA « CIRDA »

Une cellule d'information et de recueil des DA existe au CHU de Poitiers (69). On pourrait proposer la participation d'un IPA au sein de cette cellule afin d'apporter une aide supplémentaire.

Cette cellule est d'ailleurs dirigée par une infirmière référente parcours directives anticipées, en collaboration avec un MG, preuve qu'une collaboration sur ce sujet peut exister.

Le poste d'IDE référente en DA a été créé au CHU de Poitiers le 1^{er} février 2022 et mérite une attention particulière. Il serait intéressant de développer ces cellules dans les autres centres hospitaliers de la région.

4.4.8 Proposition de mise à jour de l'outil fourni par la HAS sur les DA

L'outil proposé par la HAS sur la rédaction des DA est perçu comme un peu long et complexe par les MG (58). Un modèle de formulaire plus simple, comme celui utilisé au Canada pourrait inspirer la construction d'un nouveau formulaire français, plus exhaustif, plus simple à comprendre et à remplir pour le patient (70).

On pourrait aussi imaginer une trame en vue de la rédaction des DA, corédigée par le MG et l'IPA, disponible sur le site « AMELI » dans l'espace particulier de chaque patient. Cette trame permettrait au patient de s'interroger sur les DA, susciter chez lui une réflexion qui amènerait à évoquer le sujet des DA en consultation. L'aide de l'IPA à travers une consultation pourrait-être aussi proposée à ce moment-là par le MG.

4.4.9 Amélioration de l'accessibilité aux données (DA)

La collaboration n'a pas pour but initial d'améliorer l'accessibilité aux données (des DA). Mais elle peut être une piste de travail et doit être une opportunité pour tenter de l'améliorer.



La mise en place de « mon espace santé » doit permettre une meilleure accessibilité aux DA et pourrait faire office de stockage des données. Les IPA pourront contribuer à enrichir les données de l'ancien « dossier médical partagé », moyennant un accès à cette plateforme.

Les différents moyens de systèmes de communication numérique en développement sur le territoire doivent être utilisés au service d'une meilleure continuité des soins.

4.4.10 Lieu d'activité de l'IPA

Bien que l'IPA semble s'insérer parfaitement dans une structure de médecine groupée, il pourrait aussi travailler avec plusieurs cabinets de MG exerçant seul, soit dans un bureau dédié, soit dans le bureau du MG lors de son jour off.



5. CONCLUSION

Face à une médecine palliative qui se développe lentement dans notre pays, malgré les enjeux et un taux de recueil des DA qui reste faible, la collaboration des MG avec l'IPA sur le sujet des DA est prometteuse. Depuis plusieurs années, chez nos voisins américains, les IPA sont déployés pour recueillir les DA. La France connaît un retard sur le développement du transfert de compétences en soins primaires qui devra être corrigé rapidement, en particulier sur les DA.

Cette thèse avait pour objectif d'évaluer la pertinence d'une collaboration entre le MG et l'IPA pour le recueil des DA.

Ce travail de recherche a permis de mettre en évidence la position stratégique que pourraient occuper les IPA dans l'éducation des patients et le recueil des DA, compte tenu de la formation, des compétences qui font de ce professionnel un interlocuteur idéal pour les patients. Les conditions d'exercices des IPA sont propices au recueil des DA notamment grâce à la disponibilité de temps d'entretien, au suivi et à une relation forte de confiance avec le patient qui n'est plus à prouver.

Même s'il est difficile d'anticiper avec précision l'effet de la collaboration sur le taux de recueil des DA, on peut imaginer que le résultat sera positif. L'offre de soins annoncée, l'augmentation du nombre de patients susceptibles de bénéficier des soins de l'IPA, et l'arrivée progressive de la nouvelle génération de médecin plus enclin à collaborer, seront autant de facteurs contribuant au succès de cette collaboration.

Cependant, cette collaboration sur le recueil des DA, ne permettrait pas un gain de temps médical significatif pour les MG qui les recueillent peu en pratique, mais augmenterait le taux de recueil des DA malgré tout.

Le caractère récent de la pratique avancée infirmière en France suscite chez les MG de nombreuses interrogations. Il s'agissait de rester prudent devant l'effet nouveauté et de préciser les modalités d'intervention de l'IPA en pratique. L'aspect organisationnel inquiète, tout comme la charge administrative induite par la protocolisation. La possibilité d'intégration



des IPA dans les cabinets médicaux semble difficile par manque de place, mais pas impossible, et suppose une pratique coordonnée au sein du territoire à travers les CPTS.

L'arrivée de l'IPA dans notre système de santé doit être une opportunité pour rattraper le retard sur le recueil des DA en France. Les DA pourraient être une porte d'entrée à la discussion sur la fin de vie à travers la PPS comme dans les pays Nord-Américains. Les DA permettent de replacer le patient au cœur de son projet de soins.

Les MG interrogés semblaient disposés à collaborer au sujet des DA dans cette étude à l'inverse de certains articles parus au moment du décret.

L'actualité récente à l'échelle nationale prévoit une convention citoyenne sur la fin de vie pour la fin d'année 2022. A cette occasion, il serait intéressant de demander l'avis des participants, quand on sait qu'ils considèrent le MG comme un interlocuteur de choix pour le sujet des DA.



BIBLIOGRAPHIE

1. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
2. Évolution temporelle des démences - santé publiques France. Disponible sur : https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj1n5aO1a_6AhXwQvEDHSXkCMQQFnoECAkQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.sante-publiquefrance.fr%2Fcontent%2Fdownload%2F182882%2F2308270&usg=AOvVaw2z59uI-2l5GJ5qsqcDs0fc
3. Rapport à François Hollande, Président de la République française [Internet]. Disponible sur : <https://ethique.unistra.fr/uploads/media/Rapport-de-la-commission-de-reflexion-sur-la-fin-de-vie-en-France.pdf>
4. Convention citoyenne sur la fin de vie [Internet]. Parlons Fin de Vie. Disponible sur : <https://www.parlons-fin-de-vie.fr/press/convention-citoyenne-sur-la-fin-de-vie/>
5. Décret 18 juillet 2018 - IPA [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037218115>
6. Directives anticipées - Sénat [Internet]. Disponible sur : <https://www.senat.fr/questions/base/2019/qSEQ190610930.html>
7. BreakingWeb. Fin de vie : le regard des Français sur la loi du 2 Février 2016, 5 ans après [Internet]. BVA Group. Disponible sur : <https://www.bva-group.com/sondages/fin-de-vie-le-regard-des-francais-sur-la-loi-du-2-fevrier-2016-5-ans-apres/>
8. Marque-Pillard F. Personne de confiance et directives anticipées en médecine générale : quel cadre à la discussion sur la fin de vie ? [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Lorraine ; 2017.
9. Silveira MJ, Wiitala W, Piette J. Advance directive completion by elderly Americans: a decade of change. J Am Geriatr Soc. avr 2014;62(4):706-10.



10. Nasser BA, Attias A, Baghdadi H, Baumann A, Bazin JE, Bizouarn P, et al. Directives anticipées. :17. Disponible sur:
https://sfap.org/system/files/directives_anticipees_201412.pdf
11. Directive anticipée. In: Wikipédia [Internet]. 2022. Disponible sur :
https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Directive_anticip%C3%A9e&oldid=196830399
12. Rapport HAS « Pourquoi et comment rédiger ses directives anticipées » [Internet].
Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-03/note_methodo_da_version_web.pdf
13. Parlons fin de vie. Les directives anticipées en mai 2019 : situation générale et dans les EHPAD en particulier [Internet]. BVA group. Disponible sur : https://www.parlons-fin-de-vie.fr/wp-content/uploads/2019/07/Etude_BVA_directives_anticipees_2019.pdf
14. Étude INED Décision médical en fin de vie en France [Internet]. 2012. Disponible sur :
https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19162/494.fr.pdf
15. 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, [Internet]. 2016. Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000032967571>
16. Richard C. Directives anticipées : point de vue du médecin généraliste sur les freins à l'élaboration chez le patient tout-venant. [Thèse d'exercice]. [France]. Université de Clermont-Auvergne ; 2018.
17. Démographie médicale CNOM. [Internet]. 2020. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf
18. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1). 2016-41 janv 26. [Internet]. 2016. Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641/>



19. Les infirmiers appelés à monter en compétence pour pallier la pénurie de médecins [Internet]. Disponible sur : https://www-lesechos-fr.cdn.ampproject.org/c/s/www.lesechos.fr/amp/1376892?fbclid=IwAR3EMMBIMRckvwDyGIPTFfhnPOjlfu_Lpyn5cxX2nnUShOC2zTSzZfOqumY
20. Trajectoire pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé. Rapport IGAS. [Internet]. 2021. Disponible sur : https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2021-051r-tome_1_rapport.pdf
21. Perception des acteurs de santé en soins primaires vis-à-vis du transfert de compétences en médecine générale en France. [Internet]. Disponible sur : <https://medecine-generale.sorbonne-universite.fr/these/perception-des-acteurs-de-sante-en-soins-primaires-vis-a-vis-du-transfert-de-competences-en-medecine-generale-en-france/>
22. Colmas JF. La pratique avancée en soins infirmiers : mise au point et perspectives pour la médecine générale. [Thèse d'exercice]. [France]. Université de Nice ; 2019.
23. Canada A du revenu du. Travail d'équipe et collaboration [Internet]. 2012. Disponible sur : <https://www.canada.ca/fr/agence-revenu/organisation/carrieres-a-arc/renseignements-ont-deplaces/competences-arc-outils-evaluation-standardisee/competences-agence-revenu-canada-avril-2016/travail-equipe-collaboration.html>
24. Laborde P. Les directives anticipées comme outil de communication dans le dialogue sur la fin de vie et la mort entre le médecin généraliste et ses patients : enquête qualitative auprès de 16 médecins généralistes de Gironde. [Thèse d'exercice]. [France]. Université de Bordeaux ; 2017.
25. Beauné G. Étude des besoins des médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine vis-à-vis des directives anticipées : étude qualitative par entretiens semi-directifs [Thèse d'exercice]. [France] : Université Bretagne Loire ; 2018.
26. Kalowes P. Improving End-of-Life Care Prognostic Discussions: Role of Advanced Practice Nurses. AACN Adv Crit Care. juin 2015;26(2):151-66.
27. Hiltunen EF, Puopolo AL, Marks GK, Marsden C, Kennard MJ, Follen MA, et al. The nurse's role in end-of-life treatment discussions : preliminary report from the SUPPORT Project. J Cardiovasc Nurs. 1 avr 1995;9(3):68-77.



28. Rabourdin C. Connaissance et pratique des directives anticipées par le Médecin Généraliste. [Thèse d'exercice]. [France] : Université Aix-Marseille ; 2021.
29. Renaud A. Directives anticipées : les infirmiers ont un rôle à jouer. [Internet] 2020. Disponible sur : <https://www.actusoins.com/335759/directives-anticipees-les-infirmiers-ont-un-role-a-jouer.html>
30. Jermouni S. La rédaction des directives anticipées en médecine générale : une démarche facilitée par l'introduction de discussions anticipées ? Opinions de patients des Alpes Maritimes. [Thèse d'exercice]. [France : Université de Nice ; 2019.
31. Schlenk JS. Advance Directives : Role of Nurse Practitioners. J Am Acad Nurse Pract. 1997;9(7):317-21.
32. Annaëlle B. Les directives anticipées du patient atteint de cancer en prise en charge palliative : quelle place pour le médecin généraliste ? Quelle place pour les infirmiers libéraux ? [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Nantes ; 2017.
33. Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée. 2018-629 juill 18, 2018. [Internet] Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037218115>
34. Arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées prévue à l'article R. 4301-2 du code de santé publique. [Internet] Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000037218197/>
35. Décret n° 2021-1384 du 25 octobre 2021 relatif à l'exercice en pratique avancée de la profession d'infirmiers, dans le domaine d'intervention des urgences. 2021-1384 oct 25, 2021. [Internet] Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044245734>
36. Claude G. L'entretien semi-directif : définition, caractéristiques et étapes [Internet]. Scribbr. 2019. Disponible sur : <https://www.scribbr.fr/methodologie/entretien-semi-directif/>
37. Analyse des résultats (6) - LEPCAM [Internet]. Disponible sur : <https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/quali/>



38. Advance Directives: Role of Nurse Practitioners. 2007 ; Disponible sur:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1745-7599.1997.tb01197.x>
39. Chapitre Ier : Infirmier en pratique avancée (Articles R4301-1 à R4301-10) - Légifrance [Internet]. Disponible sur :
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000037219810/#LEGISCTA000038554464
40. Les IPA sont-ils mieux placés pour faire connaître les directives anticipées ? [Internet]. Disponible sur : <https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/ethique-et-soins/fin-vie-directives-anticipees-mission-ipa.html>
41. Ambrosino F, Barrière C, Danan JL, Lecointre B, Hue G, Meury P, et al. Compétences attendues de l'infirmière de pratique avancée en France : recommandations d'experts à partir d'une étude Delphi modifiée. Rev Francoph Int Rech Infirm. mars 2018;4(1):5-19.
42. Splendore E, Grant C. A nurse practitioner-led community workshop: Increasing adult participation in advance care planning. J Am Assoc Nurse Pract. sept 2017;29(9):535-42.
43. La formation UNIPA. [Internet]. Disponible sur : <https://unipa.fr/la-formation/>
44. Arrêté du 22 octobre 2021 modifiant l'arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée. [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044293333>.
45. Gross S. Pratiques et opinions des médecins généralistes français concernant les directives anticipées [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Strasbourg ; 2021.
46. Ramsaroop S, Reid C, Adelman R. Completing an Advance Directive in the Primary Care Setting: What Do We Need for Success? J Am Geriatr Soc. 1 mars 2007;55:277-83.
47. La durée des séances des médecins généralistes | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-duree-des-seances-des-medecins-generalistes>



48. Barriers and facilitators to the implementation of the advanced nurse practitioner role in primary care settings: A scoping review - ScienceDirect [Internet]. 2020.
49. Médecins : stagnation des effectifs mais baisse de la densité médicale [Internet]. vie-publique.fr. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/en-bref/279226-medecins-stagnation-des-effectifs-et-baisse-de-la-densite-medicale>
50. Loussouarn C, Franc C, Videau Y, Mousquès J. Impact de l'expérimentation de coopération entre médecin généraliste et infirmière Asalée sur l'activité des médecins : Rev Déconomie Polit. 17 sept 2019;Vol. 129(4):489-524.
51. Exercice des infirmiers en pratique avancée [Internet]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/infirmier/exercice-liberal/vie-cabinet/installation-liberal/exercice-des-infirmiers-en-pratique-avancee>
52. Lawrence JF. The advance directive prevalence in long-term care: a comparison of relationships between a nurse practitioner healthcare model and a traditional healthcare model. J Am Acad Nurse Pract. mars 2009;21(3):179-85.
53. LSP. 11 % de Français sans médecin traitant [Internet]. Médecin d'Occitanie. 2022. Disponible sur : <https://www.medecin-occitanie.org/11-de-francais-sans-medecin-traitant/>
54. Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé [Internet]. Disponible sur : <https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article705>
55. Article 37-1 - Directives anticipées [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-37-1-directives-anticipees>
56. Egora. Infirmière en pratique avancée : un « plus » pour la pratique du médecin traitant [Internet]. Les Généralistes-CSMF. Disponible sur : <https://lesgeneralistes-csmf.fr/2018/03/27/infirmiere-en-pratique-avancee-un-plus-pour-la-pratique-du-medecin-traitant/>
57. Les protocoles d'organisation entre médecins et IPA [Internet]. Fédération Nationale des Centres de Santé. Disponible sur : <https://www.fnccs.org/les-protocoles-d-organisation-entre-medecins-et-ipa>



58. Labonne L. IDSP, IPA et les CPTS ... les quoi ? [Internet]. CMG. 2019 Disponible sur : <https://lecmg.fr/idsp-ipa-et-les-cpts-les-quoi/>
59. Paaco-Globule, l'outil numérique régional de coordination des parcours [Internet]. Disponible sur : <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/paaco-globule-loutil-numerique-regional-de-coordination-des-parcours>
60. Cann AL. Collaboration médecin généraliste et infirmier en pratique avancée : les enjeux et les attentes d'une nouvelle forme de coopération interprofessionnelle en soins primaires. La vision des médecins. [Thèse d'exercice]. [France]. Université de Montpellier ; 2021.
61. Heale R, Rietze L, Hill L, Roles S. Development of Nurse Practitioner Competencies for Advance Care Planning. J Hosp Palliat Nurs JHPN Off J Hosp Palliat Nurses Assoc. avr 2018;20(2):166-71.
62. Coopérations Asalée : trois types de pratiques différentes observées [Internet]. Disponible sur : <https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/cooperations-interprofessionnelles/dispositif-asalee-etude-pointe-cooperations-reussies-et-moins.html>
63. « Ma santé 2022 » pour transformer le système de santé [Internet]. Disponible sur : <https://www.occitanie.ars.sante.fr/ma-sante-2022-pour-transformer-le-systeme-de-sante-5>
64. Egora. Cette contrée où 500 infirmières viennent de s'affranchir des médecins [Internet]. Les Généralistes-CSMF. Disponible sur : <https://lesgeneralistes-csmf.fr/2019/06/03/cette-contree-ou-500-infirmieres-viennent-de-saffranchir-des-medecins/>
65. Les infirmiers appelés à monter en compétence pour pallier la pénurie de médecins | Les Echos [Internet]. Disponible sur : <https://www.lesechos.fr/economie-france/social/les-infirmiers-appelles-a-monter-en-competence-pour-pallier-la-penurie-de-medecins-1376892>
66. Dubuisson L. Compréhension et perception des directives anticipées par la population des 18-50 ans à l'aide du document proposé par le ministère des Solidarités et de la Santé : enquête dans des cabinets de médecine générale en Côte-d'Or [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Bourgogne ; 2019.



67. Vogeli D. Comment les médecins généralistes perçoivent le nouvel outil proposé par la Haute Autorité de Santé sur la rédaction des directives anticipées ? Étude qualitative par entretien individuel semi-directif auprès de médecins généralistes en Ile-et-Vilaine. [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Rennes ; 2017.
68. Nombre de médecins généralistes libéraux - Cartes - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. Disponible sur : <https://www.ordre.pharmacien.fr/Cartes/Cartes-departementales-Officine/Nombre-de-medecins-generalistes-liberaux>
69. Prémaud M. Cellule d'information et de recueil des directives anticipées [Internet]. Site du CHU de Poitiers. 2022. Disponible sur : <https://www.chu-poitiers.fr/cellule-dinformation-et-de-recueil-des-directives-anticipees/>
70. Extrait du formulaire Directives médicales anticipées en cas d'incapacité à consentir à des soins [Internet]. Disponible sur : <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/soins-de-fin-de-vie/directives-medicales-anticipees/extrait-du-formulaire/>



LISTE DES FIGURES & TABLEAUX

Figure 1 : *Évolution de la population française de 2000 à 2020 et la projection en 2040 et 2070 (1)*

Page 14

Figure 2 : *Taux de rédaction des DA selon certains pays (7, 8, 9, 10, 11, 12)*

Page 17

Figure 3 : *Évolution du taux de recueil des DA chez les plus de 50 ans en France (7, 13, 14)*

Page 18

Figure 4 : *Effectif du nombre de MG en France au fil des années (17)*

Page 19

Figure 5 : *Courbe de saturation des données obtenue lors des entretiens.*

Page 26

Tableau 1 : *Caractéristiques de la population de l'étude*

Page 27



ANNEXES

Annexe 1 : Guide HAS – Directives Anticipées



LES DIRECTIVES ANTICIPÉES CONCERNANT LES SITUATIONS DE FIN DE VIE

MODÈLE DE FORMULAIRE

Octobre 2016

PRÉAMBULE

Ce formulaire de directives anticipées traduit le travail de long terme que la HAS conduit sur l'accompagnement des personnes en fin de vie, aussi bien par des recommandations de bonne pratique que par les priorités retenues pour la certification des établissements de santé.

Ce document est issu d'une réflexion partagée avec des professionnels de santé et des représentants de patients, puis d'un temps d'évaluation en établissement ou à domicile.

Si les directives anticipées imposent un certain formalisme, cela ne signifie pas pour autant, pour ce document, qu'elles doivent prendre la forme d'un questionnaire fermé, avec des cases à cocher. La rédaction des directives anticipées – et leur reformulation toujours possible – gagne à être nourrie d'un dialogue avec le médecin, et si la personne le souhaite ou l'accepte, avec la famille ou les proches. Des entretiens successifs sont l'occasion de donner des informations de plus en plus précises, notamment sur la maladie et son évolution, les traitements possibles et ce qui peut advenir en cas de non réponse ou d'effets secondaires. Ces échanges peuvent aussi permettre à la personne qui le souhaiterait l'expression de ses valeurs et de sa conception de l'existence.

Ce document distingue clairement les volontés de la personne concernant les actes et l'accompagnement qui auront lieu « de son vivant », et ses volontés concernant les événements qui auront lieu « après sa mort » – tels que, par exemple, les éventuels prélèvements d'organes, les obsèques, ou l'accompagnement, par les soignants, de la famille de la personne après le décès.



Modèle de formulaire de directives anticipées : mes volontés rédigées à l'avance, concernant les traitements et les actes médicaux

Vous pouvez écrire ce qui vous semble personnellement important et/ou vous aider des formulations proposées. Vous n'êtes, évidemment, nullement obligé(e) d'anticiper précisément toutes les situations qui vous sont proposées (quelques exemples sont proposés en annexe).

Demandez à votre médecin de vous expliquer ce qui pourrait vous arriver, les traitements possibles, leurs efficacités et leurs risques.

Si le document n'offre pas assez d'espace, vous pouvez joindre d'autres pages.

Vous pouvez accompagner votre document de la désignation de votre personne de confiance si vous ne l'avez pas déjà désignée.

Nom et prénoms : _____

Né(e) le : _____ **à :** _____

Domicilié(e) à : _____

Je fais l'objet d'une mesure de tutelle¹, je peux rédiger mes directives anticipées avec l'autorisation :

- du juge : oui non
- du conseil de famille : oui non

1. Au sens du Chapitre II du titre XI du livre I^{er} du Code civil.



Contexte

J'ai rédigé les présentes directives anticipées **pour le cas où je ne serais plus en mesure d'exprimer mes souhaits et ma volonté** sur ce qui est important à mes yeux, après un accident, du fait d'une maladie grave ou au moment de la fin de ma vie.

Je souhaite exprimer ici :

- mes convictions personnelles : ce qui est important pour moi, pour ma vie, ce qui a de la valeur pour moi (par exemple, convictions religieuses...) ;
- ce que je redoute plus que tout (souffrance, rejet, solitude, handicap...).

Je souhaite préciser ce qu'il me paraît important de faire connaître concernant ma situation actuelle (mon histoire médicale personnelle, mon état de santé actuel, ma situation familiale et sociale...) :



Je suis une personne ayant une maladie grave ou en fin de vie

Mes directives concernant les décisions médicales :

■ Je veux m'exprimer :

- à propos des situations dans lesquelles je veux ou je ne veux pas que l'on continue à me maintenir artificiellement en vie (par exemple, état d'inconscience prolongé entraînant une perte de communication définitive avec les proches...) ;
- à propos des traitements destinés à me maintenir artificiellement en vie.

Voici les limites que je veux fixer pour les actes médicaux et les traitements, s'ils n'ont d'autre but que de prolonger ma vie artificiellement, sans récupération possible :

- concernant la mise en œuvre d'une réanimation cardiorespiratoire en cas d'arrêt cardiaque et/ou respiratoire :

- concernant les traitements dont le seul effet est de prolonger ma vie dans les conditions que je ne souhaiterais pas (par exemple tube pour respirer, ou assistance respiratoire, dialyse chronique, interventions médicales ou chirurgicales...) :

- concernant une alimentation ou une hydratation par voies artificielles pouvant prolonger ma vie, par exemple en cas d'état végétatif chronique (simple maintien d'un fonctionnement autonome de la respiration et de la circulation) :



Je souhaite évoquer d'autres situations (comme par exemple la poursuite ou l'arrêt de traitements ou d'actes pour ma maladie) :

J'ai d'autres souhaits (avant et/ou après ma mort) (par exemple, accompagnement de ma famille, lieu où je souhaite finir ma vie, don d'organes²...) sachant que **les soins de confort me seront toujours administrés** :

Fait à :

le :

Signature

Directives anticipées modifiées le :

2. Le prélèvement d'organes est présumé chez toute personne dont l'équipe médicale juge qu'il est possible, sauf si elle le refuse : dans ce cas, elle peut s'inscrire sur le Registre national des refus de dons d'organes à l'aide d'un formulaire (www.dondorganes.fr/medias/pdf/formulaire_registre_refusvf.pdf), ou l'écrire sur un document (daté et signé avec nom, prénom, date et lieu de naissance) confié à un proche.



Je suis une personne n'ayant pas de maladie grave

Après un accident grave ou un évènement aigu (accident vasculaire cérébral, infarctus...), je peux me trouver dans une situation où l'on peut me maintenir artificiellement en vie. Ces procédés de suppléance des fonctions vitales peuvent être mis en œuvre de façon pertinente, mais leur maintien peut parfois apparaître déraisonnable.

Mes directives concernant les décisions médicales :

■ Je veux m'exprimer

- à propos des situations dans lesquelles je veux ou je ne veux pas que l'on continue à me maintenir artificiellement en vie (par exemple traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, etc.... entraînant un « état de coma prolongé » jugé irréversible) ;
- à propos des traitements qui n'ont d'autre but que de me maintenir artificiellement en vie, sans possibilité de récupération (par exemple, assistance respiratoire et/ou tube pour respirer, et/ou perfusion ou tuyau dans l'estomac pour s'alimenter...) ;
- à propos de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitements ou d'actes médicaux :

J'ai d'autres souhaits (avant et/ou après ma mort) (par exemple, accompagnement de ma famille, lieu où je souhaite finir ma vie, don d'organes³...) sachant que **les soins de confort me seront toujours administrés** :

Fait à : _____ le : _____

Signature

Directives anticipées modifiées le : _____

3. Le prélèvement d'organes est présumé chez toute personne dont l'équipe médicale juge qu'il est possible, sauf si elle le refuse : dans ce cas, elle peut s'inscrire sur le Registre national des refus de dons d'organes à l'aide d'un formulaire (www.dondorganes.fr/medias/pdf/formulaire_registre_refusvf.pdf), ou l'écrire sur un document (daté et signé avec nom, prénom, date et lieu de naissance) confié à un proche.



Localisation de mes directives anticipées

Formulaire des directives anticipées

■ **Conservé sur moi ou chez moi :** oui non

- si oui, à l'adresse actuelle : _____
- à tel endroit : _____

■ **Remis à :**

- ma personne de confiance : _____
- autre(s) personne(s) (*cf tableau ci dessous*) :

NOM	Prénom	Qualité (médecin, famille, amis...)	Adresse	Téléphone



Nom et coordonnées de ma personne de confiance

(au sens de l'article L.1111-6 du Code de santé publique)

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

nomme la personne de confiance suivante

Nom, prénoms : _____

Adresse : _____

Téléphone privé : _____ professionnel : _____ portable : _____

E-mail : _____

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

→ Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : oui non

Fait à : _____ le : _____

Signature

Signature de la personne de confiance



CAS PARTICULIER

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) vos directives anticipées

Quelqu'un peut le faire pour vous devant deux personnes désignées ci-dessous (dont votre personne de confiance si vous l'avez désignée).

Témoin 1 : Je soussigné(e)

Nom et prénoms : _____

Qualité : _____

atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M ou Mme _____

Fait à : _____ le : _____

Signature

Témoin 2 : Je soussigné(e)

Nom et prénoms : _____

Qualité : _____

atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M ou Mme _____

Fait à : _____ le : _____

Signature



MODIFICATION OU ANNULATION DE MES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Je soussigné(e)

Nom et prénoms _____

→ Déclare modifier mes directives anticipées de ce formulaire comme suit :

→ Déclare annuler mes directives anticipées.

→ Déclare renoncer à mes directives anticipées et déléguer à ma personne de confiance l'expression de mes souhaits et volontés.

Si vous êtes dans l'impossibilité d'écrire seul(e) ce document, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux personnes désignées décrites à la page précédente (dont votre personne de confiance si vous l'avez désignée).

Fait à : _____ le : _____

Signature



Annexe 2 : Guide d'entretien IPADA

Objectif principal : connaître la pertinence de la collaboration des médecins généralistes (MG) avec les infirmiers en pratique avancées (IPA) pour le recueil des directives anticipées (DA).

*Le but de cet entretien était, après avoir fait le point sur la **pratique actuelle** parmi les médecins généralistes interrogés **autour du dispositif des DA**, **d'évaluer leur niveau de connaissances sur les IPA** mais surtout de **discuter des motivations et des réserves à une éventuelle collaboration avec les IPA pour le recueil des DA**. (Entretiens, littérature).*

L'anonymisation des données recueillies était rappelée aux médecins généralistes interviewés. Le consentement à l'enregistrement des données audio était recueilli oralement. Il n'y a eu bien évidemment aucun jugement des témoignages recueillis. Ils n'ont pas été rémunérés pour participer à cette étude.

Thème 1 : Directives anticipées en médecine générale : place, avis et freins

⇒ Question « brise-glace » : utilisez-vous les directives anticipées dans votre pratique quotidienne ?

Questions de relance :

- ⇒ Quel est votre avis sur le dispositif des directives anticipées (d'une manière générale) ?
- ⇒ Quelles sont les principales contraintes de ce dispositif ?

Thème 2 : Les infirmiers en pratiques avancées

D'après la littérature et les opinions recueillies des MG à travers différents travaux de thèse, il apparaît que le manque de temps, la sur sollicitation, la priorisation des tâches sont les principaux freins au recueil des DA en médecine générale. Dans ce contexte de modernisation des soins primaires, une des solutions proposées est de collaborer avec les IPA à l'image du fonctionnement des soins primaires dans les pays anglo-saxons.

⇒ Que savez-vous des infirmier(è)s en pratique avancée ?



Question de relance :

⇒ Par quel moyen avez-vous obtenu cette information ?

Thème 3 : Collaboration avec les IPA pour le recueil des DA

Quand les MG disaient n'avoir pas ou peu de connaissances sur les IPA, un petit mémo leur était donné au cours de l'entretien :

Pour vous aider à mieux imaginer en pratique l'aide que les IPA pourraient apporter à la médecine générale, voici une brève définition.

Définition de l'IPA : « l'infirmier diplômé qui exerce en pratique avancée a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession ».

Le décret précise que la pratique avancée recouvre :

- des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage*
- des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et paraclinique*
- des compétences élargies de coordination et de suivi*
- des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale, des prescriptions d'examen complémentaires, des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales ».*

⇒ Pour le dispositif des directives anticipées, quel est votre avis sur une éventuelle collaboration avec les IPA ?

Questions de relance :

⇒ Selon vous, cette mission de recueil des DA peut-elle être partagée ou déléguée à un autre professionnel (notamment paramédical) ?

⇒ Un IDE classique pourrait-il convenir pour cette mission ?

⇒ Quels seraient selon vous les freins à cette collaboration avec l'IPA pour le recueil des DA ?

⇒ A l'inverse, quels seraient les avantages du partage de cette tâche ?

⇒ Avez-vous des attentes dans l'hypothèse d'une collaboration future ?

⇒ Globalement seriez-vous favorable à une éventuelle collaboration ?



Annexe 3 : Retranscriptions des entretiens

Adresse électronique

Entretien 1 :

<https://drive.google.com/file/d/1R0LmvNEKNhojGye6YYNHbE0etx19tRBn/view?usp=sharing>

Entretien 2 :

<https://drive.google.com/file/d/1pLh0zVYn4iUmhvaLWzvPQcxiAOnEDoyT/view?usp=sharing>

Entretien 3 :

<https://drive.google.com/file/d/1vprd93nR3bZ4ArmQ-2w7vybjyJuD6Ayd/view?usp=sharing>

Entretien 4 :

<https://drive.google.com/file/d/1rlkpCMAiyv4geyghaH6p0ZmEtFe3wd3c/view?usp=sharing>

Entretien 5 :

https://drive.google.com/file/d/1vciX8_Y_fojmx7Zei_R7Y8LNYU0WioLE/view?usp=sharing

Entretien 6 :

<https://drive.google.com/file/d/1HPqfe1Tk2uASHmU4SlqqUK-RDrxMn1pn/view?usp=sharing>

Entretien 7 :

https://drive.google.com/file/d/1wU9_0b8pBQqsXNl3vrKbw1rnFSYBHqG2/view?usp=sharing

Entretien 8 :

https://drive.google.com/file/d/1evOXMVyh9jU7zRZ3l3B3ogPuwCKvHNX_/view?usp=sharing

Entretien 9 :

https://drive.google.com/file/d/1x5rDAEQsll_1rS1qqGY50gN3G00sLGcN/view?usp=sharing

Entretien 10 :

https://drive.google.com/file/d/1eFC95crNgPcIgB28_KJZfxOhhtK7VSTR/view?usp=sharing

Annexe 4 : Tableau de codage

Adresse électronique :

https://drive.google.com/file/d/11md2sNl8pA-0tZlFqYIesXQaOO_7vI2M/view?usp=sharing



Annexe 5 : Protocole IPA

PROTOCOLE D'ORGANISATION

INFORMATIONS RELATIVES A LA STRUCTURE		
Nom de la structure		
Adresse		
INFORMATIONS RELATIVES AUX SIGNATAIRES ¹ DU PROTOCOLE		
Nom, Prénom	Qualification des signataires	Date et signature
PROTOCOLE PORTE A LA CONNAISSANCE DE L'EQUIPE OU DES EQUIPES		
GHT/établissements de santé/ structures d'exercice coordonné/cabinets libéraux	Equipes (à définir pour chaque structure)	Date
PROTOCOLE PORTE A LA CONNAISSANCE DES INSTANCES		
GHT/ établissements /structures	Instances	Date



¹ IPA, médecins libéraux et médecins seniors

LES ACTIVITÉS DE L'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCÉE	DESCRIPTION
<u>Le ou les domaines d'intervention concernés :</u> Par exemple : Le ou lesquels ? - Pathologies chroniques stabilisées, prévention et polypathologies courantes en soins primaires - Oncologie et hémato-oncologie - Maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale - Psychiatrie et santé mentale - Actes autorisés selon réglementation en vigueur (Annexe 1)	
<u>Les modalités de prise en charge par l'infirmier exerçant en pratique avancée des patients qui lui sont confiés :</u> L'IPA assure, en collaboration avec le médecin, le suivi au regard de la(les) mention(s) du diplôme d'État de l'IPA. Par exemple : - Typologie des patients et critères d'inclusion dans le suivi IPA (grade, stade...) - Modalités et fréquences des consultations des IPA : consultation présentielle, téléconsultation, avis en hospitalisation, suivi au domicile : préciser lieu, rythme, compte-rendu et ses destinataires - Cette organisation pourra être modifiée par le médecin et l'IPA, en concertation, selon l'état du patient - Information et consentement du patient : traçabilité de l'information, document de consentement signé par le patient.	
<u>Les modalités et la régularité des échanges d'information entre le médecin et l'infirmier exerçant en pratique avancée - Les conditions de retour du patient vers le médecin :</u> Par exemple : - L'IPA rédige un compte-rendu dans le cadre du suivi du patient et le rend accessible aux médecins à l'aide de moyens sécurisés (DMP) ou autres moyens (mail, téléphone, présentiel...) - Échanges formalisés avec le médecin (fréquence en fonction des besoins, à préciser) - Priorisation des critères d'alerte - Modalités de gestion des urgences et d'information du médecin - Réunions institutionnelles tous les mois, ou les 2 mois (à préciser) - Bilan d'activité semestriel ou/et annuel (codage des consultations) - Nature des outils partagés : dossier patient (Gestion des droits dossier patient).	



<u>Les modalités et la régularité des réunions de concertation pluri professionnelle destinées à échanger sur la prise en charge des patients concernés :</u> Par exemple (à adapter en fonction de la structure) : - RCP : Qui sont les professionnels associés ? Quel rythme? quel CR? - Retour sur le suivi des cohortes	
<u>Conditions de retour du patient vers le médecin :</u> Par exemple : - À tout moment, le patient peut naturellement prendre rendez-vous avec son médecin - Organisation par l'IPA pour son retour vers le médecin (courrier, tel, mail sécurisé...)	
<u>Gestion des déclarations des événements indésirables :</u> - Analyse des événements indésirables - Circuit de déclaration, RMM, APP... - Questionnaire satisfaction patient	
<u>Conditions de l'actualisation du protocole :</u> Par exemple : - Reconduction tacite annuelle - Réactualisation en fonction des besoins ou des structures (analyse des événements indésirables, nouvelle organisation, nouveau besoin de santé)	



RÉSUMÉ

Contexte : Il existe en France un retard dans l'anticipation de la fin de vie traduite notamment par une sous-utilisation des directives anticipées (DA). Notre population vieillit et l'augmentation des besoins de santé est réelle. Pour répondre à ces problématiques et au sous-effectif de médecins généralistes (MG), une des solutions proposées est de travailler sur le transfert de compétences, notamment avec les infirmiers en pratiques avancées (IPA). L'objectif de ce travail était d'évaluer la pertinence d'une collaboration entre le MG et l'IPA pour le recueil des DA.

Méthode : Une étude qualitative par entretiens semi-directifs a été réalisée. Les entretiens ont été retranscrits de façon manuscrite puis une analyse thématique selon la méthode de théorisation ancrée a été effectuée.

Résultats : Dix MG de Charente Maritime, 7 hommes et 3 femmes, ont été interviewés entre avril et août 2022 pour atteindre la saturation des données. Pour eux, la collaboration avec l'IPA sur le recueil des DA était pertinente compte tenu des compétences et des modalités d'exercice de l'IPA, même si actuellement, l'effet de la collaboration sur le taux de DA serait limité en raison du nombre d'IPA en activité et de la patientèle ciblée. L'aspect organisationnel pourrait nuire à l'intérêt de la collaboration tout comme la charge administrative surajoutée par la protocolisation. Des craintes ont été exprimées quant à l'aspect relationnel du processus collaboratif sur les DA.

Discussion : L'IPA est un interlocuteur idéal pour recueillir les DA compte tenu de la formation reçue, qui devrait être la même entre les différentes mentions. Les compétences inhérentes à la fonction d'IDE, enrichies de la formation en pratique avancée, et la disponibilité de temps sont propices au recueil des DA par l'IPA. La collaboration sur les DA ne permettrait pas un gain de temps médical significatif pour les MG. En revanche, l'impact sur le taux de recueil des DA devrait être visible à long terme. L'autonomie de l'IPA et ses limites d'intervention devront être précisés. La mise en place des CPTS devrait faciliter l'exercice coordonné autour des DA. Le transfert de compétences suppose une prise de responsabilité par l'IPA. Une étude similaire devrait s'attacher à recueillir respectivement l'opinion des patients et des IPA sur la collaboration autour des DA, à un moment où l'actualité prévoit de mettre en avant la discussion sur la fin de vie.

Spécialité : DES médecine générale

Mots clés : Directives anticipées, Infirmier en pratique avancées, Médecine générale.



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

