

Acceptabilité de l'Aide Active à Mourir (AAM) chez les médecins et infirmiers avant l'officialisation de la loi



Alexis HOCQUET¹, Estelle LABOUREUR², Brigitte DESSOME¹, DR Miguel JEAN³, DR Léa DUCHESNE¹
¹Hall Santé, Service de santé publique et environnementale, CHU de Nantes ; ²Direction de Recherche et d'Innovation, CHU de Nantes ; ³Consultation d'Éthique Clinique, CHU de Nantes
email : alexis.hocquet@etu.univ-nantes.fr

Introduction :



L'AAM fait l'objet d'un projet de loi en France [1], adopté à l'Assemblée Nationale le 27 mai 2025. Son étude par le Sénat est prévue en automne 2025.
A l'étranger : elle existe depuis 1997 en Oregon (suicide assisté) et est légalisée dans de plus en plus de pays (euthanasie en Espagne en 2021). [2]



Plusieurs enjeux sont déjà étudiés à l'étranger : la détresse morale de professionnels de santé réalisant l'AAM ; un besoin de temps et de coordination ; l'usage de la clause de conscience pouvant limiter l'accessibilité... [3]
Ces enjeux questionnent la soutenabilité de l'AAM au long cours. Notamment quand les professionnels de santé sont sujets à des conditions de travail difficiles et à des risques psychosociaux, comme en a témoigné la crise COVID19 en 2020.

Objectifs :



Explorer les représentations, les freins/leviers, les besoins/pistes de solution, et le niveau d'adhésion des médecins et infirmiers du CHU de Nantes sur la potentielle future AAM



Méthode :

Design : Étude exploratoire qualitative par entretiens semi-dirigés.
Recrutement : au CHU de Nantes ; par un formulaire
Analyse : Thématique réflexive [4] ; codage sur Excel
Triangulation : par les analyses (croisement des regards de 3 chercheurs) et par le terrain (retours des entretenus sur une synthèse de l'analyse)

Résultats préliminaires :



Caractéristiques de l'échantillon :
14 entretiens : 7 infirmiers et 7 médecins
En variant les profils « Totalelement contre » ; « Plutôt contre » ; « Plutôt pour » : « Totalelement pour » l'AAM



Spécialités : psychiatrie, neurologie, anesthésie, urgence, réanimation soins palliatifs, oncologie, pédiatrie, médecine légale, médecine interne...
Classe d'âge et sexe équilibrés



Organisation des facteurs influençant l'acceptabilité en 4 thèmes :

La singularité des situations

L'importance de la coordination entre les professionnels, le patient et les proches

Des différences de temporalité

« Est-ce qu'il faut toujours faire plus pour tenir les gens encore plus longtemps ? Si bien qu'à un moment ils sont dans une situation qui ne leur convient plus ; et ils nous demandent d'être actifs... Je pense à ça sur les gastrostomies pour des patients qui ont des troubles de la déglutition dans les maladies neurodégénératives où on insiste, on insiste, on insiste. Alors peut être qu'un temps ça leur apporte du confort, mais est-ce qu'on est en capacité d'écouter à un moment que ça n'a plus forcément de sens pour ce patient-là ? » - Docteur G

Une situation inhabituellement complexe :

La confrontation à la mort et à l'intime

La gestion de l'incertitude

Un geste irréversible est redouté

Des conflits de valeurs et des fardeaux émotionnels

Une nouvelle approche pour les professionnels de santé imposant le respect de nombreuses exigences :

Des avis inhomogènes entre les professionnels de santé
Une crainte que l'AAM se substitue aux alternatives déjà existantes (curatives, palliatives, (médico-)sociales)
Une pratique qui doit rester exceptionnelle

Des difficultés à évaluer les critères d'AAM et une crainte des « abus »
Un fort engagement de sa responsabilité juridique et morale

Des changements nécessaires :

Un ajustement de la posture professionnelle

Un renforcement de l'esprit d'équipe

Une réadaptation des conditions de travail

Des pistes de solutions :

Des démarches proches de l'éthique clinique.

Des formations professionnelles et une équipe ressource

Le respect du droit de retrait/de la clause de conscience

« Le problème c'est que, dans le contexte actuel, on manque de soignants, de médecins,... Et dans le service, quand on en parle avec certains collègues ou certains internes : appeler l'équipe mobile de soins palliatifs, parfois ça les saoule, ils disent : « On n'a pas le temps, ils sont gentils les soins palliatifs, mais quand ils viennent, ils nous prennent deux heures, et cætera ». Passer deux heures sur un cas alors qu'en fait ils ont quinze patients à voir et que bah y a pas trente heures dans une journée... donc on va pas passer deux heures. » - Docteur H

Une forte confrontation au monde du patient :

Le consentement et refus libre et éclairé du patient est indispensable mais risque d'être ambivalent, fluctuant

Les situations de limitation d'autonomie majorent les difficultés

Les proches peuvent soutenir les volontés du patient ou les perturber

La culture et les symboles voire « l'irrationalité » du patient sont aussi à prendre en compte

« On aide la personne à partir... entourée. C'est ça que je vois aussi dans cette Aide à Mourir : que ça se fasse dans des bonnes conditions. On peut le faire avec sa famille, être entouré dans la bienveillance, la prise en charge de la douleur. »

- Infirmière E

L'attente d'une loi cadrant clairement les indications mais aussi souple pour s'ajuster à la singularité des situations

Un besoin d'une sémantique claire et commune avec le grand public (sur la mort, la dignité, la place de la santé et de la médecine) et d'implication des citoyens à tous les âges

Un besoin de participation d'experts extra-sanitaires (philosophe, sociologues, juristes, associations de patients) aux démarches d'AAM

« Mais est-ce que le grand public serait prêt à entendre ça ? Je pense que la personne, le patient qui souhaite la mort, oui, parce que lui, dans sa tête, il a peut-être cheminé à ce point-là. Mais la famille ou le grand public lambda, et dans ce grand public lambda : des soignants ! » - Infirmier C

Un choix de société qui implique le sanitaire et le dépasse :

Une AAM juste est une démarche personnelle sans influence sociétale et volontaire (donc pas par inaccessibilité des alternatives de prise en charge)

Une AAM équitable est accessible sur l'ensemble du territoire avec des coûts restant soutenables

Conclusion :



D'après ces résultats, certains professionnels de santé semblent s'opposer à la pratique de l'AAM, mais la plupart d'entre eux paraissent plus nuancés. Plutôt qu'une opposition de principe, il y aurait des inquiétudes sur les difficultés techniques et humaines soulevées par cette pratique. Ils expriment des besoins afin de pouvoir réaliser l'AAM dans de bonnes conditions et aussi pour qu'elle soit vécue sereinement et dignement par le patient et ses proches. Les solutions évoquées concernent le milieu sanitaire mais le dépassent en suggérant d'impliquer de multiples acteurs de la société.

Perspective : Réalisation d'un questionnaire d'environ 70 questions construit en s'appuyant sur ces résultats dans le but d'estimer leur généralisabilité.

Diffusion en octobre, analyse quantitative en cours. Elle complètera les résultats de l'analyse qualitative selon une méthodologie mixte.

Références :



[1] Projet de loi n°2462 [Internet]. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/116b2462_projet-loi

[2] Galmiche P. Panorama des législations sur l'aide active à mourir dans le monde. Paris : CNSPFV; 2022 mai p. 230.

[3] Brown J, Goodridge D, Harrison A, Kemp J. Medical Assistance in Dying: Patients', Families', and Health Care Providers' Perspectives on Access and Care Delivery. J Palliat Med. nov 2020;23(11):1468-77.

[4] Braun V, Clarke V. Conceptual and Design Thinking for Thematic Analysis. Qual Psychol. févr 2021;9.(No. 1.):3-26.