

Aide à mourir : qu'en pensent les professionnels de soins primaires en Bretagne ?

INTRODUCTION



Depuis 2024, une proposition de loi est examinée par le Parlement pour ouvrir un droit à une aide à mourir (AAM) en France [1].
En cas de légalisation d'une AAM, l'implication des professionnels de santé de premier recours sera nécessaire pour en garantir l'accessibilité.
Depuis la dernière évolution du droit français sur la fin de vie en 2016, aucune étude quantitative ne s'est intéressée à l'opinion des professionnels de soins primaires concernant la légalisation d'une AAM.

OBJECTIFS

OBJECTIF PRINCIPAL : Connaître l'opinion des médecins généralistes et des infirmiers qui travaillent en cabinets ou en EHPAD en Bretagne, sur la pratique d'une AAM en France.
OBJECTIF SECONDAIRE : Évaluer leur expérience d'accompagnement de la fin de vie dans le cadre de la loi actuelle.

RÉSULTATS

Tableau 1 - Caractéristiques des participants

	Effectif (%)
Profession	
Infirmier	131 (44,1 %)
Médecin	166 (55,9 %)
Durée d'exercice professionnel	
Moins de 5 ans	47 (15,8 %)
Entre 5 et 10 ans	76 (25,6 %)
Plus de 10 ans	174 (58,6 %)
Structure d'exercice	
Cabinet libéral ou salarié	186 (62,6 %)
Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP)	53 (17,9 %)
EHPAD	58 (19,5 %)

La majorité des participants étaient en accord pour recueillir la volonté du patient (86,9 %), orienter le patient vers un professionnel qui pratique l'AAM (71,0 %) et constater le décès (64,0 %), sans différence significative entre les réponses des infirmiers et des médecins (voir Figure 1). Moins d'un tiers des médecins libéraux étaient d'accord pour prescrire le produit létal et environ la moitié des répondants étaient en désaccord pour préparer, fournir, et administrer le produit létal.

Les infirmiers étaient moins réticents que les médecins pour préparer, fournir et administrer le produit létal (test de Mann-Whitney, $p < 0,0001$ pour chaque proposition).

Un quart des participants utiliserait la clause de conscience si le projet de loi était voté (voir Figure 2).

EXPÉRIENCE D'ACCOMPAGNEMENT DE LA FIN DE VIE

La majorité des participants (64,3 %) avait accompagné entre 1 et 5 patients en fin de vie dans l'année écoulée (voir Figure 3).

Les équipes spécialisées en soins palliatifs que les participants pouvaient solliciter étaient le plus souvent des structures d'hospitalisation à domicile (HAD) ou des équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP).

Sur une échelle de 1 (très insatisfaisant) à 9 (très satisfaisant), la note moyenne attribuée à la facilité d'accès aux équipes spécialisées en soins palliatifs était de 6,6 (voir Tableau 2). Elle était de 6,9 pour la qualité de la collaboration avec ces équipes. Sur ces deux critères, les médecins étaient globalement plus satisfaits que les infirmiers.

Figure 3 - Nombre de patients en fin de vie accompagnés dans l'année écoulée

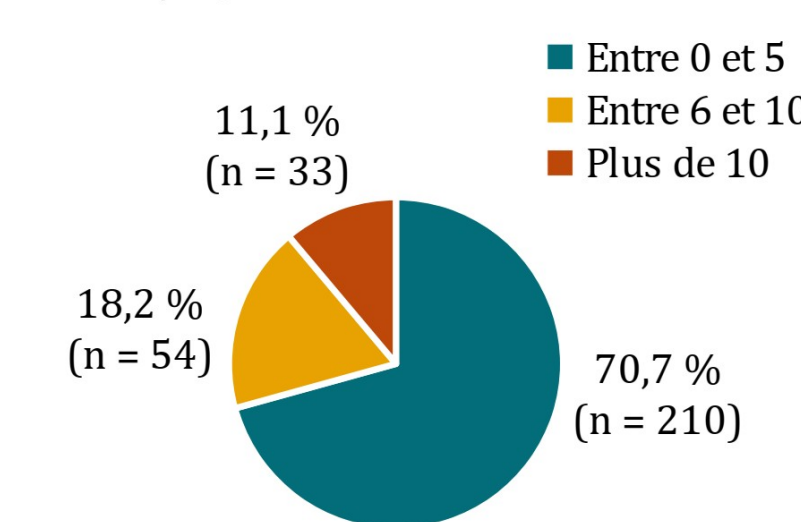


Tableau 2 - Réponses des participants concernant la sollicitation d'équipes spécialisées en soins palliatifs

	Effectif (%)	ou moyenne (écart-type)		Valeur p ⁽¹⁾
	Infirmiers	Médecins	Total	
Équipes spécialisées disponibles (les participants pouvaient sélectionner plusieurs réponses)				
Équipe mobile de soins palliatifs (EMSP)	69 (52,7 %)	129 (77,7 %)	198 (66,7 %)	
Lits identifiés de soins palliatifs (LISP)	15 (11,5 %)	60 (36,1 %)	75 (25,3 %)	
Unité de soins palliatifs (USP)	32 (24,4 %)	91 (54,8 %)	123 (41,4 %)	
Hospitalisation à domicile (HAD)	119 (90,8 %)	160 (96,4 %)	279 (93,9 %)	
Autres ⁽²⁾	1 (0,8 %)	1 (0,6 %)	2 (0,7 %)	
Aucun	1 (0,8 %)	1 (0,6 %)	2 (0,7 %)	
Facilité d'accès aux équipes de soins palliatifs (notes de 1 à 9)	6,0 (2,3)	7,1 (1,6)	6,6 (2,0)	< 0,0001
Qualité de la collaboration avec les équipes de soins palliatifs (notes de 1 à 9)	6,3 (2,2)	7,3 (1,5)	6,9 (1,9)	< 0,0001

⁽¹⁾ Comparaison des distributions entre les groupes « infirmiers » et « médecins » par le test de Mann-Whitney.

⁽²⁾ Autres structures citées : dispositif d'appui à la coordination (DAC), unité de soins longue durée (USLD).

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude quantitative observationnelle transversale.

Les praticiens inclus dans l'étude étaient les médecins généralistes et infirmiers, qui exercent en cabinet (libéral ou salarié) ou en EHPAD en Bretagne. Les critères d'exclusion étaient d'avoir cessé son activité, d'exercer principalement en milieu hospitalier, ou d'être médecin spécialiste.

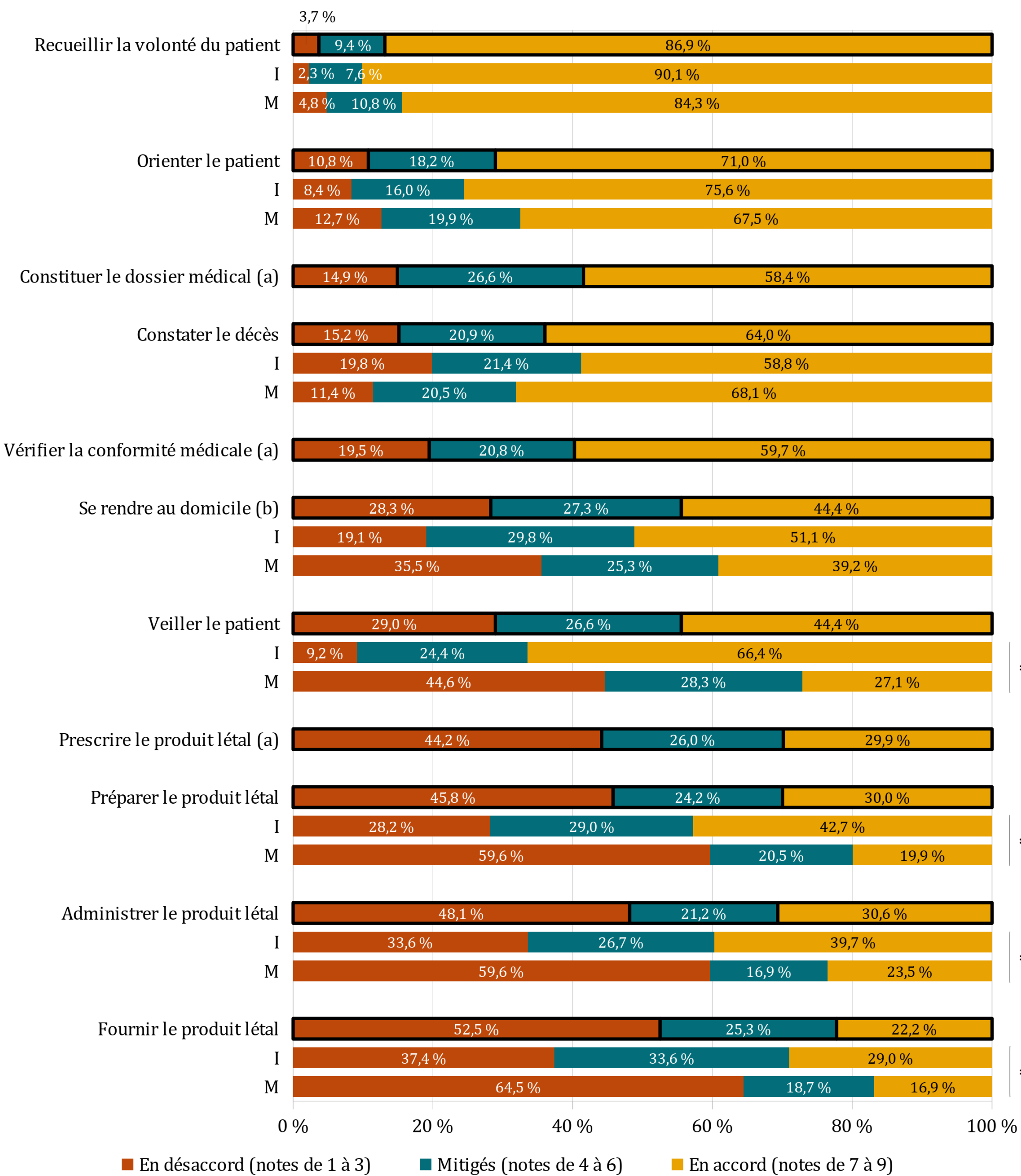
Un questionnaire en ligne a été diffusé auprès de médecins généralistes et d'infirmiers, qui travaillaient en cabinet ou en EHPAD en Bretagne, du 08/10/2024 au 06/01/2025. Le questionnaire a été construit à partir de celui utilisé par la SFAP auprès des professionnels de soins palliatifs en 2023. Le niveau d'accord des participants pour différentes propositions a été évalué par des échelles de Likert à 9 modalités.

Les réponses des infirmiers et des médecins ont été comparées par des tests de Mann-Whitney ou de Fisher.



Figure 1 - Répartition des notes (sur une échelle de 1 à 9) concernant l'accord pour participer aux étapes de l'aide à mourir.

Les propositions sont classées par ordre croissant de proportion de désaccord pour la population totale. Les notes ont été regroupées pour plus de lisibilité, mais ces regroupements n'ont pas été utilisés pour les analyses statistiques.



I = infirmiers, M = médecins, * = différence significative entre médecins et infirmiers (test de Mann-Whitney, $p < 0,05$)
(a) = uniquement médecins libéraux (n = 154), (b) = uniquement professionnels libéraux (n = 239)

DISCUSSION

On remarque que la proportion de participants en désaccord pour participer aux différentes étapes de l'AAM augmentait avec le niveau de responsabilité et d'implication. La grande majorité des participants étaient d'accord pour accompagner le patient dans les démarches administratives d'AAM, mais environ la moitié étaient en désaccord pour réaliser l'acte et un quart projetaient d'utiliser leur clause de conscience. Chez les médecins et infirmiers de soins palliatifs, l'opposition était plus marquée avec 75 à 90 % de professionnels en désaccord pour prescrire, préparer, fournir et administrer le produit létal, et 50 % qui projetaient d'utiliser leur clause de conscience [2]. Si l'AAM est légalisée en France, quels seront les rôles de la médecine de ville d'une part, et des équipes spécialisées en soins palliatifs d'autre part ?

Dans le projet de loi, le médecin doit recueillir l'avis d'autres professionnels de santé mais il est seul à prendre la décision de réaliser l'AAM [1]. Cela pourrait expliquer la plus grande réticence des médecins, également retrouvée par d'autres auteurs [3], pour intervenir dans la mise en œuvre de l'AAM : peut-être n'est-il pas souhaitable que le médecin porte la responsabilité de la décision et de la réalisation de l'acte ?

Notre étude interroge le rôle des infirmiers dans l'accompagnement de la fin de vie. Les infirmiers étaient moins satisfaits que les médecins de l'accès et de la collaboration avec les équipes spécialisées en soins palliatifs. Alors que les infirmiers libéraux peuvent se sentir démunis dans certaines situations de fin de vie et manquer de soutien de la part des médecins [4], la collaboration serait-elle plus satisfaisante avec un meilleur soutien médical ? D'autre part, nous observons moins de réticence de la part des infirmiers que des médecins concernant la mise en œuvre de l'AAM. Or, le projet de loi rendrait possible la réalisation de l'acte par un infirmier sans présence médicale : cette possibilité était-elle connue des participants ? Au Canada, les infirmiers praticiens peuvent pratiquer l'AAM au même titre que les médecins, mais représentent seulement 5,5 % des praticiens de l'AAM [5, 6]. En France, la participation des infirmiers rendra-t-elle l'AAM plus accessible ? Quid de leur besoin de soutien médical [4] ?



CONCLUSION

Si l'AAM est légalisée en France, nos résultats questionnent le rôle des professionnels de soins primaires dans son accessibilité. On peut s'interroger sur la responsabilité des médecins, qui valideront l'indication d'AAM et accompagneront le patient jusqu'au bout de sa démarche. D'autre part, un accompagnement pourrait être nécessaire pour les infirmiers qui réaliseront l'AAM sans présence médicale. Enfin, les liens entre les professionnels de soins primaires et les professionnels de soins palliatifs seront à définir dans le cadre de l'AAM.

RÉFÉRENCES

- [1] Sénat. Proposition de loi adoptée par l'Assemblée Nationale en deuxième lecture relative au droit à l'aide à mourir [Internet]. 440. 25 février 2026. Disponible sur : <https://www.senat.fr/leg/pp125-440.html>
- [2] Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (FR). Consultation nationale de la SFAP [Internet]. 2024 [cité le 8 avril 2026]. Disponible sur : <https://www.sfap.org/consultation-nationale-projet-de-loi-sur-la-fin-de-vie/>
- [3] Auffray L, Mora P, Ciabican M, Engrand N, Audibert C, Perrigault PF, et al. Tension between continuous and deep sedation and assistance in dying: a national survey of intensive care professionals' perceptions. Anaesth Crit Care Pain Med. Février 2024 ; 43(1):101317. doi : 10.1016/j.accpm.2023.101317
- [4] Letourneur A, Barbeau L, Renoux C. Soins palliatifs à domicile : un duo patients-infirmiers ? Médecine Palliative. Septembre 2022 ; 21(5):263-72. doi:10.1016/j.medpal.2022.06.009
- [5] Santé Canada (CA). Cinquième rapport annuel sur l'aide médicale à mourir 2023 [Internet]. Ottawa: Santé Canada (CA) ; Décembre 2024. p. 85. Disponible sur : <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/health-system-services/annual-report-medical-assistance-dying-2023/rapport-annuel-aide-medecale-mourir-2023.pdf>
- [6] Bellon F, Mateos JT, Pastells-Peiró R, Espigares-Tribó C, Gea-Sánchez M, Rubinat-Amaldó E. The role of nurses in euthanasia: A scoping review. Int J Nurs Stud. Octobre 2022 ; 134:104286. doi : 10.1016/j.inurstu.2022.104286