



HAL
open science

Si l'euthanasie était légalisée en France, quel serait le positionnement des médecins généralistes exerçant en ville dans le département des Alpes-Maritimes?

Elsa Voisin

► To cite this version:

Elsa Voisin. Si l'euthanasie était légalisée en France, quel serait le positionnement des médecins généralistes exerçant en ville dans le département des Alpes-Maritimes?. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03376021

HAL Id: dumas-03376021

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03376021>

Submitted on 13 Oct 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE COTE D'AZUR
FACULTE DE MEDECINE DE NICE

ANNEE 2021

THESE D'EXERCICE DE MEDECINE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE
DOCTEUR EN
MEDECINE GENERALE

**Si l'euthanasie était légalisée en France, quel serait le positionnement des
médecins généralistes exerçant en ville dans le département des
Alpes Maritimes?**

Présentée et soutenue publiquement à la faculté de Médecine de Nice.
Le Jeudi 7 Octobre 2021

Par Elsa Voisin
Née le 08 Mai 1990 à Nantes (44)

Membres du Jury

Monsieur le Professeur BERNARDIN Gilles	Président
Monsieur le Professeur GARDON Gilles	Assesseur
Madame le Professeur MONNIER Brigitte	Assesseur

Directrice de Thèse

Madame le Docteur ABBYAD Christiane

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

Pédagogie

Pr. ALUNNI Véronique

Recherche

Pr. DELLAMONICA jean

Etudiants

M. JOUAN Robin

Chargé de mission projet Campus

Pr. PAQUIS Philippe

Conservateur de la bibliothèque

Mme AMSELLE Danièle

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. RAMPAL Patrick

M. BENCHIMOL Daniel

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDETOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENZIRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie Thoracique (51-03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
Mme	ESTRAN-POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M	FAVRE Guillaume	Physiologie (44.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mme	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	ORBAN Jean-Christophe	Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (48.01)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	VANBIERVLIEET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence (48-04)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	LOTTE Romain	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière (45.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie Viscérale (52-02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie (49-04)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	TRAN Antoine	Pédiatrie (54.01)

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

Mme GROS Auriane Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)

M. SICARD Antoine Néphrologie (52-03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)

Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)

M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)

M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M. AMIEL Jean	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. ALBERTINI Marc	M. GIBELIN Pierre
M. BALAS Daniel	M. GILLET Jean-Yves
M. BATT Michel	M. GRELLIER Patrick
M. BLAIVE Bruno	M. GRIMAUD Dominique
M. BOQUET Patrice	M. HOFLIGER Philippe
M. BOURGEON André	M. JOURDAN Jacques
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
Mme CRENESSE Dominique	M. MOUIEL Jean
M. DAR COURT Guy	Mme MYQUEL Martine
M. DELLAMONICA Pierre	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DELMONT Jean	M. PRINGUEY Dominique
M. DEMARD François	M. SANTINI Joseph
M. DESNUELLE Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	M. THYSS Antoine
M. FENICHEL Patrick	M. TOUBOL Jacques
M. FUZIBET Jean-Gabriel	M. TRAN Dinh Khiem
M. FRANCO Alain	M. VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. FREYCHET Pierre	
M. GASTAUD Pierre	

M.C.U. Honoraires

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	LEBOEUF Mathieu	gynécologie- obstétrique
Mme	NADEAU Geneviève	uro-gynécologie
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. »

REMERCIEMENTS

A mon président de jury, Professeur Bernardin,

Merci de me faire l'honneur de présider mon jury.

Merci également pour l'entrevu que nous avons eu, parler avec vous de ce sujet qu'est l'euthanasie fut très instructif.

Veillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Gardon,

Merci d'avoir accepté de faire parti de mon jury, c'est un honneur pour moi de vous compter parmi nous.

Soyez assuré de ma profonde considération.

Madame le Docteur Monnier,

Merci d'avoir acceptée de faire partie de mon jury et de me faire l'honneur de juger mon travail.

Nous avons effectué des gardes d'urgences à Pasteur ensemble et je n'en ai que des bons souvenirs.

Recevez ici l'expression de ma profonde considération.

A ma directrice de thèse, Madame le Docteur Abbyad,

Nous nous sommes rencontrés lors de mon dernier semestre d'internat au Centre Hélios Marin. Je garde un excellent souvenir de notre binôme, entre discipline et humour, nous avons su trouver le juste milieu. A ce moment-là, je vous avais demandé d'être ma directrice de thèse et vous aviez alors tout de suite accepté, je vous remercie de votre patience, bienveillance et écoute.

Vous êtes un excellent médecin, consciencieuse et impliquée pour vos patients.

A ne pas regarder les heures passées à l'hôpital.

Un grand merci pour m'avoir accompagnée durant ce grand périple qu'a été ma thèse.

Merci aux médecins intervenants d'avoir accepté de participer aux entretiens, lesquels ont été très enrichissants en raison d'une grande diversité d'idées et l'occasion de partager des expériences.

A mes parents,

Merci aux parents que vous avez été, de l'éducation que vous m'avez permis d'acquérir, des valeurs transmises qui aujourd'hui me poussent à être un bon médecin et de garder cette humanité qui caractérise notre famille.

Vous m'avez soutenu durant toutes ces années même dans les moments plus difficile.

Je suis fière d'être votre fille.

Je vous aime.

A mes deux soeurs, Elo et Adeline,

Toutes les trois très différentes, nous avons un équilibre entre nous. Un trio indestructible !

Elodie, ta force de caractère, ta volonté sont un exemple pour moi, nous sommes loin, nous nous voyons peu, mais j'aime chaque moment passé ensemble.

Adeline, ta douceur, ta gentillesse font de toi une personne formidable, je suis fière de toi et de la vie que tu as construite avec Jérémy.

Je n'aurais pas pu avoir de meilleurs sœurs que vous deux.

Je vous aime.

A mes neveux et nièce, Lenny, Emmie, Liséa et Garance,

Mes petits trésors que j'adore...

A mes amis de Nantes, « la team »

Antoine, Anael, Barbie, Nat Fanny, Emilien, Marin, Jerem, Marine, Youn, Mélanie, Yohan, Inch, Julien, Tim.

Nous en avons des souvenirs tous ensemble!! Et il y en aura pleins d'autres à venir!

A mon Toinou, mon meilleur ami,

Les années passent et notre amitié reste intacte. Durant toutes ces années, nous nous sommes soutenus. Je serai toujours là pour toi.

J'aimerais que nous soyons moins loin pour passer plus de temps ensemble!

A ma petite Nat,

A notre P1 passée ensemble et à tes raisins.

Tu aura été un vrai soutien pour moi et je n'aurai pas passé ce concours sans toi!

A mes amis de Médecine de Nantes,

A Wanda, merci pour ton soutien durant toutes ces années.

Clémence, Mathilde, Hélène, que de bons souvenirs avec vous. Ce ne fut pas toujours très studieux.

Maxime et Juliette, merci à vous d'être d'aussi bons amis pour moi, je vous souhaite le meilleur avec le petit Martin.

Marion, ma coloc, 4 années passées avec toi, comment a tu fait pour supporter mon humour durant tout ce temps? Merci d'avoir été là pour moi.

A mes amis de Médecine de Nice,

Ingrid, ma gridou, ma copine de thèse, on aura mit le temps toi et moi, merci d'avoir été un soutien pour moi

Marine, merci pour ton aide et ton soutien.

A Thibault, Thamo, Adrien, Marion, Martin...

A mes collègues de Fréjus,

Rafael, Aline, Benoit, Marine, Bastien, Grégory, Théo, Alexandre, Damien, Alfred.

Merci à votre équipe de m'accueillir parmi vous.

A mes voisins,

Dimitri, Giullia et la petite Victoria.

Vous êtes au top!

A mes collègues rencontrés au cours de mon internat, chefs, co-internes

Merci Verena, tu aura été ma meilleure cheffe!

Merci Virginie de m'avoir aidée pour mon travail de thèse.

A Ozzie,

Ma petite boule de poil à quatre pattes...

Et enfin, à toi, Laure,

Merci de partager ma vie, ta rencontre fut pour moi une bouffée d'oxygène.

J'aime la vie avec toi.

Merci pour ton soutien et ton aide au quotidien.

Tu m'apportes énormément.

Je t'aime.

A mon père,

TABLE DES MATIERES

Liste des enseignants.....	1
Serment d’Hippocrate	9
Remerciements.....	10
Table des matières.....	15
Résumé.....	18
Liste des abréviations.....	19
<u>I- Introduction</u>.....	20
<u>II- Matériels et méthodes</u>.....	23
1- Cadre légal.....	23
2- Recherche Bibliographique.....	23
3- Choix de la méthode.....	23
4- Constitution de l’échantillon.....	24
a) Critères d’inclusion	
b) Critères d’exclusion	
c) Méthodes d’inclusion	
d) Caractéristiques de l’échantillon	

5- Recueil des données.....	25
a) Guide d’entretien	
b) Déroulé des entretiens	
c) Durée des entretiens	
d) Saturation des données	
6- Analyse des données.....	26
<u>III- Résultats.....</u>	27
1- En quelques chiffres.....	27
2- Confusion Fin de Vie et euthanasie.....	31
4- Difficultés rencontrées.....	31
a) Décès dans la souffrance mal vécu par les médecins	
b) Notion de famille	
c) Ethique	
d) Temps	
e) Accès aux thérapeutiques	
f) Aspect médico-légal	
5- Accompagnements	34
a) Médico-légal	
b) Intervenants spécialisés	
c) Directives anticipées	
d) Famille	
e) Collégialité/ Pluridisciplinarité	
f) Soutien aux effecteurs	
g) Délai de réflexion	

<u>IV- Discussion</u>	40
1- Forces et faiblesse de l'étude	40
a) Le recrutement	
b) Le choix de la méthode	
c) L'échantillon	
d) Manque d'expérience	
e) L'entretien	
2- Confrontation des résultats à la littérature	41
a) Démographie de la population des Alpes Maritimes	
b) Concept de la mort et représentation de la fin de vie	
c) Euthanasie en France et dans le monde	
d) Accompagnements	
- Collégialité	
- Directives anticipées et personne de confiance	
- Association	
- Crainte des dérives	
- Comité d'éthique	
- Aspect religieux	
3- Pistes de recherche	52
<u>V- Conclusion</u>	53
<u>Bibliographie</u>	54
<u>Annexes</u>	57
Classification des médecins interrogés	
Formulaire de consentement	
Questionnaire semi dirigé	
Recueil des données	

RESUME

Introduction:

L'euthanasie est un sujet très actuel porteur de débat au sein de la société française, entre d'un côté les partisans de la vie à tout prix et de l'autre les défenseurs du « droit à mourir ».

Actuellement, l'euthanasie est interdite en France. Cependant, elle est autorisée dans plusieurs pays d'Europe et du monde.

Il s'agit d'un sujet très sensible qui reprend des thèmes comme l'éthique et amène chacun à réfléchir et se positionner sur ses propres représentations liées à la mort.

En France, la loi Leonetti et puis Clays Leonetti permettent de prendre en charge la fin de vie. Cependant, le débat sur l'euthanasie fut relancé en début d'année 2021.

Objectif:

Recueillir l'avis de médecins généralistes sur ce sujet et de pouvoir en ressortir les grands thèmes, leurs propres craintes, les accompagnements à mettre en place.

Méthodes:

Il s'agit d'une étude qualitative réalisée à l'aide de guide d'entretien semi dirigé.

Seize médecins généralistes exerçant en ville dans le département des Alpes Maritimes ont participé à cette étude.

Résultats:

Il est ressorti de cette étude que les médecins sont en majorité favorable à la légalisation de l'euthanasie.

Le décès dans la souffrance sont une épreuve pour le médecin et la famille.

Les craintes de dérives sont nombreuses, l'aspect médico-légal au premier plan avec la crainte de poursuite judiciaire du médecin par la famille ou les proches.

Conclusion

L'analyse de ces données a permis de mettre en évidence plusieurs points essentiels.

Si l'euthanasie devenait légale en France, elle devra être étroitement accompagnée.

Il est nécessaire qu'une procédure claire soit définie pour les acteurs de cette mort programmée, afin de limiter au maximum les risques de dérives éventuels.

LISTE DES ABREVIATIONS

MG: Médecin Généraliste

DIU: Diplôme inter-universitaire

MSU: Maître de stage universitaire

FDV: Fin de vie

IFOP: Institut Français d'Opinion Publique

HAS: Haute Autorité de Santé

ERER: Espaces de Réflexion Ethique Régionaux

ADMD: Association pour le droit de Mourir dans la Dignité

INTRODUCTION

En France, le débat sur le sujet de l'euthanasie est figé entre les partisans de l'euthanasie et les défenseurs de la vie à tout prix. Nous avons pu le voir avec des situations comme Vincent Lambert qui demandait le droit de mourir. Son histoire a été fortement médiatisée et a divisé la France sur le sujet. La population s'est très largement exprimée sur le sujet, certains soutenaient les souhaits de Vincent Lambert, tandis que d'autres ne pouvaient imaginer que l'on arrête les soins.

L'euthanasie est définie comme étant « l'acte de donner délibérément la mort à une personne », et est actuellement interdite en France (1)

Elle est à ne pas confondre avec l'accompagnement de fin de vie qui est actuellement possible en France avec la loi Leonetti de 2005(2) et le loi renforcement de cette loi en 2016 avec la loi Clayes-Leonetti (3)

Ces deux lois ont permis une avancée majeure dans la gestion de la fin de vie pour des patients atteints de maladies graves et incurables.

Elles ont permis de mettre en place des notions fortes:

- Le refus de l'obstination déraisonnable de soins
- Le principe de double effet de certaines thérapeutiques
- La notion de personne de confiance
- Les directives anticipées
- Le respect de la volonté du patient
- La procédure collégiale

La perception de la mort a également beaucoup évolué au cours des dernières décennies. Jusqu'au début du vingtième siècle, la fin de vie se déroulait au domicile des personnes, sans support médical. Les connaissances sur le sujet étaient très pauvres à l'époque. Avec l'avancée des connaissances médicales, la fin de vie est devenue médicalisée.

Selon une étude de novembre 2009 de l'IGAS (4), 58% des français meurent à l'hôpital, 37% meurent au domicile ou en EHPAD.

La perception de l'euthanasie par la population a également évolué:

Selon une étude de l'Ifop parut en mars 2017 (5), 90% de la population française autoriserait le suicide médicalement assisté et 95% autoriserait l'euthanasie. Les données de l'IFOP sur l'euthanasie révèlent un taux en constante augmentation parmi la population française passant de 88% en 2001 à 94% en 2010.

L'étude PENNEC (6) parut en 2012, relate que 16% des personnes décédées atteintes de maladies graves avaient exprimé le souhait d'accélérer leur mort. Cependant seulement 1,8% des personnes décédées avaient explicitement demandé leur euthanasie.

Par ailleurs, une thèse en Médecine qualitative a été réalisée en Lorraine (7) en 2018 « Pratiques et attentes des médecins généralistes concernant la fin de vie et la question de l'euthanasie »

Dans cette étude, 60% des médecins généralistes interrogés souhaiteraient la légalisation de l'euthanasie et 41% de ces médecins seraient prêts à effectuer ce geste.

Nous retrouvons donc un écart entre la population générale qui souhaite une légalisation de l'euthanasie à 95% en 2017 et des médecins généralistes à 60% en 2018.

Ainsi, dans cette étude nous allons nous intéresser à l'avis et ressenti des acteurs potentiels de cette mort programmée, à savoir les médecins généralistes exerçant en libéral dans le département des Alpes Maritimes, également savoir quel pourrait être leur positionnement quant à l'application de l'euthanasie en ville, si celle-ci était légalisée.

Il faut savoir que ce sont eux la plupart du temps qui se retrouvent en première ligne face à ces demandes et problématiques. En effet, le médecin généraliste (MG) pour bons nombres d'entre eux, suivent leurs patients depuis des années voire des décennies. La perception du médecin de famille est encore présente dans l'esprit des patients. Il est donc essentiel que les médecins généralistes puissent entendre ces requêtes, pouvoir en discuter avec les patients mais également apporter des éléments de réponse à ces personnes.

Ce débat sur la question de la fin de vie en France et de l'euthanasie a été relancée en début d'année 2021 avec une proposition de loi, non adoptée à ce jour. De nombreux pays européens ont déjà mis en place cette aide active à mourir et plus récemment l'Espagne, incitant à rouvrir ce débat dans l'Hexagone.

C'est pourquoi nous avons décidé de réaliser cette étude, recueillir l'avis d'un échantillon de MG dans le département des Alpes Maritimes, en se basant sur leurs expériences et ainsi, essayer de définir des problématiques, de faire ressortir des éléments d'accompagnements à mettre en place si l'aide active à mourir était autorisée en France.

MATERIEL ET METHODES

I. Cadre légal

S'agissant d'une étude qualitative non interventionnelle menée auprès de professionnels de santé, il n'a pas été nécessaire de recueillir l'avis du comité de protection des personnes.

Le consentement a été recueilli oralement et par écrit à l'aide d'un formulaire spécifique (Annexe 1).

Aucune des données à caractère personnel ne permet une identification des personnes concernées.

II. Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été effectuée par le biais de différentes sources. Nous avons utilisé le logiciel Zotero afin d'en effectuer une bibliographie.

III. Choix de la méthode

Le choix de la méthode qualitative est lié au sujet lui-même. En effet, cette méthode est la plus appropriée pour un partage d'expériences et approfondir les échanges.

Le but était de mettre en évidence des problématiques puis de dégager des idées ou solutions basées sur l'expérience des différents intervenants.

Les entretiens individuels favorise la libre expression des participants. Ils ont été cependant réalisés à l'aide d'un formulaire semi dirigé (annexe 2)

IV. Constitution de l'échantillon

1- Critères d'inclusion

- Spécialité de Médecine Générale
- Exercice dans les Alpes-Maritimes
- Activité libérale
- Consentement écrit nécessaire à la participation

2- Critères d'exclusion

- Activité hospitalière concomitante
- Refus du consentement
- Exercice d'une autre spécialité

3- Méthodes d'inclusion

Nous avons procédé à la confection de cet échantillon en méthode dite de « recherche de variation maximale ».

Il s'agit d'un échantillonnage dynamique avec pour but une diversification des participants en terme d'âge, de sexe, de milieu d'exercice.

Le recrutement s'est fait par appel téléphonique sur la base du volontariat puis une demande de proche en proche des participants a été faite permettant ainsi un échantillonnage mixte.

4- Caractéristique de l'échantillon

Les caractéristiques des participants ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire (annexe 3) Seize MG ont participé à cette étude. Leurs caractéristiques suivantes (âge, sexe, milieu d'exercice, mode d'exercice, DIU, MSU, religion) ont été rapportées dans un tableau récapitulatif (annexe 4).

8 femmes et 8 hommes ont participé à ces entretiens.

L'âge des participants varie de 28 ans à 69 ans, correspondant à une moyenne de 46,9 ans et un écart type de 14,4.

12 des MG interrogés exerçaient en milieu urbain, 3 en milieu rural et 1 en milieu semi urbain.

6 des MG interrogés étaient parallèlement à leurs activités MSU.

7 des MG interrogés possédaient des DIU (médecine du sport, homéopathie, échographie, médecine d'urgence, urgences pédiatriques, médecin coordonnateur).

9 des MG interrogés se déclaraient athées, 6 des MG se déclaraient de confession catholique mais non pratiquants et un se déclarait déiste.

V- Recueil des données

1- Guide d'entretien

Le recueil des données s'est effectué lors d'entretiens semi dirigés, à l'aide d'un guide d'entretien. Nous avons perfectionné le guide aux cours des entretiens successifs afin de permettre un recueil optimal des données. Ce guide d'entretien fut effectif après le troisième entretien. Ainsi, certains thèmes ont pu être mis en avant, ce qui paraissait correspondre le mieux aux attentes des MG interrogés lors de ces entretiens.

Ces entretiens ont été enregistrés à l'aide de deux dictaphones distincts après information et accord du MG.

Chaque enregistrement a ensuite été retranscrit sous format Word avec exactitude des propos garantissant ainsi une authenticité lors de l'analyse des données.

2- Déroulé des entretiens

Les dates et lieu d'entretien ont été laissé à la convenance des MG participants.

14 de ces entretiens se sont déroulés au cabinet des MG participants, 2 se sont déroulés en visioconférence. Les entretiens en présentiel étaient souhaitable afin de faciliter la mise en confiance et permettre une discussion approfondie et fluide.

Au début de chaque entretien, le sujet était expliqué aux participants, ainsi que la raison. Le formulaire de consentement était présenté, lu et signé par chaque participant. Enfin, un questionnaire de caractéristiques (âge, sexe, milieu et mode d'exercice, MSU, DIU, religion) était rempli avec le MG participant.

Ce dernier questionnaire rempli n'a pas été enregistré sur dictaphone afin de pouvoir garantir l'anonymisation des participants, en effet, chaque entretien a été classé par un nombre successif de 1 à 16.

3- Durée des entretiens

Ces entretiens ont eu une durée allant de 6,13 minutes à 47,25 minutes, avec une moyenne de 25,83 minutes et un écart type de 12,03.

4- Saturation des données

La saturation des données est acquise lorsqu'il n'y a plus de nouvelle information donnée et apportée lors des entretiens et après analyse des données.

Lors de notre étude, la saturation des données a été obtenue lors du quinzième entretien.

VI- Analyse des données

La technique de double encodage a été réalisée à l'aide du logiciel QRS NVivo 12, permettant une triangulation des données.

L'étude des différents entretiens a permis de dégager plusieurs thèmes, les plus pertinents ont été développés dans les résultats.

La méthode d'analyse utilisée est inductive, en adoptant autant que possible une neutralité sur les différents points abordés dans la suite de cette étude.

RESULTATS

Les points développés ici, sont les résultats effectués à l'aide de Nvivo. Afin d'en étayer les propos, nous avons ressorti les récits des MG interrogés les plus probants, ceux ci ne sont pas exhaustifs.

I- En quelques chiffres

1- Souhaiteriez vous que l'euthanasie active soit autorisée en France?

A cette question, les avis divergent.

- Onze MG sur seize y sont favorables:

MG4 : *« oui... et même je trouve que nous sommes en retard »*

MG10 : *« je pense que d'un côté oui... parce que ça... ça soulagerait... ça soulagerait des souffrances autant pour les patients, que parfois pour les familles »*

MG10 : *« de quelqu'un maintenant euh... est-ce que ça doit faire partie de la médecine ou pas euh... dans le prendre soin des gens je pense que ça doit être une partie qu'on doit pas omettre... »*

MG11 : *« oui mais c'est... bien sûr que oui mais ... mais c'est très délicat aussi donc il faut que ce soit bien établi, bien encadré ... on a peur des dérives forcément en tant que médecin aussi... »*

MG15 : « ça éviterait que certains patients aillent à l'étranger pour euh... se faire suivre... parce que le fait d'être suivi proche de chez de euh... proche de sa famille de ses ... proche de là où on habite ou de là où on a vécu euh... c'est quelque chose d'important parce que si on est à... si on est loin dans un autre pays ben on est pas chez soi ... donc je pense que oui il faut qu'on s'empare de cette ... de cette problématique et je pense qu'il faudra un jour ou l'autre qu'on... qu'on y aille en fait... en tous cas qu'on la... il faut qu'elle soit bien encadrée... parce qu'effectivement nous on n'aura pas le droit de donner la mort mais on pourra accompagner le patient à se donner la mort »

- Trois MG n'y sont pas favorables:

MG1 : « actuellement non. Il faudrait des mesures on va dire ... bien détaillées pour la mise en place de l'euthanasie donc non, pour l'instant non, dans le contexte actuel »

MG6 : « non ... ah je ne pourrais pas le faire je pense »

MG7 : « c'est une bonne question ... moi il me semble que les textes en vigueur actuellement sont pas mal faits pour ... autoriser l'euthanasie active comme on le voit dans d'autres pays je suis pas très chaud »

- Deux MG sont plus indécis:

MG8 : « est-ce que je souhaiterais que l'euthanasie soit légalisée en France ?... (silence) est-ce que en fin de compte aujourd'hui on n'a pas les moyens ... suffisants pour répondre à cette question sans parler d'euthanasie ? ... l'accessibilité de la sédation profonde euh... aujourd'hui devrait permettre de ne pas avoir à se prononcer sur cette question je trouve hein... dans »

MG13 : « euh... alors... je suis un peu ambivalent là-dessus parce que... il y a une partie qui pense que... bon... si un gars il veut mourir qu'il est... qu'il a toute sa tête qu'il n'est pas dépressif... voilà... bon pourquoi pas... mais ... il y a une autre partie ... qui me dit voilà... des fois dans la vie on a des moments difficiles, qu'on n'est... que d'extérieur on... on pense... enfin d'extérieur on ne pense pas que la personne n'est pas vraiment elle-même et ça pourrait déboucher sur un genre de... pas de caprice mais ... de dérive là-dessus et... le gros problème de cette histoire c'est que ben une fois que c'est fait c'est fait, il n'y a pas de retour en arrière »

2- Pensez vous que la Loi Leonetti et Claves Leonetti sont suffisantes en France pour gérer les patients en FDV?

- Insuffisance de la loi Léonetti et Claves Léonetti retrouvé chez six MG interrogés:

MG2: « non je pense qu'on a beaucoup de progrès à faire là-dessus parce que... il y a encore beaucoup de gens qui... qui en tous cas n'en bénéficient pas... suffisamment ou qui... qui en tous cas... décèdent de maladies... sources de beaucoup de souffrance ... et qui ne partent pas de manière ... digne et apaisés »

MG10: « ben non... enfin à mon avis, actuellement ... mais je suis un peu désolée que des fois il y ait des gens qui disent :ben je vais aller en Belgique ou je sais pas où »

MG12: « je pense qu'il y a des choses à revoir... je pense qu'il y a des choses qu'on pourrait faire plus sans aller euh... ouais je pense qu'on pourrait... ouais... c'est pas suffisant je pense »

MG14: « pour moi elle est pas suffisante dans la mesure où je suis pour l'euthanasie active »

- Cinq des médecins interrogés pensent que cette loi permet une gestion satisfaisante des patients en FDV, avec cependant un manque de moyens investis chez deux d'entre eux.

MG7: « elle est quand-même pas si mal faite que ça... elle nous permet de... de faire des sédatations profondes de... d'aider les gens quitte à donc faire euh... la fin de vie euh... jusqu'au bout ... je suis pas très sûr que... suicider les gens ce soit quelque chose que... qui me plairait mais on manque de moyens... mais elle est pas bien mise en œuvre... parce que... elle est pas étayée par des moyens derrière il faut des unités de soins palliatifs et ... des unités mobiles »

MG8 : « alors... la construction de la loi est bonne après comme ... dans tous les domaines médicaux on se retrouve acteurs de terrain pour lesquels la problématique reste la problématique de la formation, la problématique de l'accès aux outils »

- Deux des MG interrogés semblent indécis sur cette question:

MG3 : «c'est un peu flou... c'est à dire que en gros ça nous dit que : il ne faut pas qu'il y ait d'acharnement thérapeutique mais il faut pas provoquer non plus délibérément la... la mort... donc en gros tu restes sur quoi ? Tu restes sur... en regardant ... un patient s'éteindre... et en le sédantant ? »

MG15 : « ben dans l'immense majorité des cas je pense que ça répond à beaucoup de problématiques maintenant ... effectivement il y a toujours des... des situations où ça va pas être complètement... ça va pas répondre complètement aux problématiques de telle personne... on l'a vu avec certains cas médiatisés où certains sujets jeunes qui sont complètement polyhandicapés ou qui ne peuvent plus du tout bouger qui ont vraiment plus de qualité de vie... ce qui est important à déterminer c'est la qualité de vie je pense parce que c'est ça qui ... qu'il faut voir dans la balance c'est si le patient n'a juste qu'un état végétatif et que globalement ... on le... on le maintient enfin que même sans aide il continue à vivre mais qu'il n'a pas de qualité de vie... peut-être qu'effectivement la loi Léonetti et la loi Léonetti Claeys... n'y répond pas...»

- Trois MG ne se prononcent pas sur la question.

II- Confusion FDV et euthanasie

On retrouve lors des entretiens successifs une confusion sur la définition de l'euthanasie, en effet, plusieurs de ces médecins ont une définition confuse ou erronée de l'euthanasie ou ne pouvant le décrire avec exactitude.

MG8: *« l'euthanasie pour moi... c'est les personnes qui ont un... qui vont être présentées dans un... un contexte de vie qui peut être somatique ou psychologique avec une... une demande de mort euh... ouais c'est un peu ça... c'est un peu flou... j'aurais du mal à donner l'exact définition »*

MG7: *ben euh... c'est euh... abréger la vie de quelqu'un ... rendre la fin de vie euh... confortable et indolore*

III- Difficultés rencontrées

1- Décès dans la souffrance mal vécu par les médecins

De nombreux médecins interrogés relatent une souffrance et une frustration, un sentiment d'impuissance quant à la gestion des FDV de certains patients, qu'ils jugent en souffrance et dans l'incapacité de véritablement les aider malgré les lois actuelles.

MG3: *« puisque c'est ce qu'on fait hein clairement... de faire en sorte que de euh... de pas avoir de souffrance à côté euh... ça nous met un peu face à notre impuissance je pense »*

MG4: *« qui est en souffrance et... qui réclame même qu'on abrège ses souffrances et à ce jour en France euh... même si il y a des... plus maquillées, on va en parler tout à l'heure euh... on est dans l'incapacité de répondre à certaines demandes et ça c'est... ça... pour moi en tous cas... en ce qui me concerne ça génère une frustration dans ma pratique médicale »*

MG14: « *je ne dis pas que la souffrance psychique ça... c'est... n'a pas de valeur mais la souffrance physique je pense que celle-là c'est du... c'est... de laisser quelqu'un agoniser euh... moi je ne trouve pas ça acceptable quoi... même un animal on lui fait pas ça quoi* »

2- Notion de famille essentielle pour le médecin

En effet, lors des entretiens successifs, la famille et l'entourage semblent des thèmes essentiels à la prise de décision pour le médecin.

Lors d'une FDV, il y a la souffrance du patient à prendre en compte, mais également certains médecins relatent le vécu parfois difficile de l'entourage.

MG2: « *pour la famille c'était vraiment une délivrance en fait le.. le décès... donc c'est quand-même assez terrible de se dire que... enfin c'est pas qu'ils attendaient ça mais c'est que le voir souffrir pour eux était pire* »

MG3: « *oui quand on sédate quelqu'un on sait bien que de toute façon il lui reste pas non plus des mois à vivre comme ça et... l'impact sur la famille aussi...* »

3- Ethique

La question de l'euthanasie pose également des interrogations d'ordre éthique.

MG13: « *une dernière chose... et ça c'est très important c'est que ça va à l'encontre des principes anciens de la médecine... notamment Hippocrate il me semble* »

MG8: « *après effectivement c'est toujours le grand dilemme... c'est la... la grande déchirure éthique : est-ce que le médecin est là pour aider à la vie ? et est-ce que le fait de donner la mort?*

Est-ce compatible avec son éthique personnelle, ses capacités euh... psycho-émotionnelles aussi hein bien évidemment je... je pense... alors d'une manière générale je pense que c'est vraiment un débat éthique personnel »

4- Temps

La question de la FDV et surtout euthanasie demande beaucoup de temps, discussions en amont, question du patient ou de la famille, entretiens multiples.

Certains médecins relatent un manque de temps qui compliquerait tout ce processus.

MG5: « moi ça m'arrive de parler de ça avec les gens mais c'est compliqué parce que... on n'a pas souvent le temps, les gens nous posent des questions plus souvent techniques qu'autre chose des... ils nous demandent plein de choses ... un manque de temps hein...»

MG7: « effectivement il y aura un autre problème et les soins palliatifs euh... de fin de vie etc. demandent du temps et de la disponibilité »

5- Accès aux thérapeutiques

Cette problématique est ressortie fréquemment dans les entretiens, en effet, les médecins se posent la question de l'accès aux médicaments pour pouvoir pratiquer une euthanasie en ville si celle-ci était permise.

Leurs expériences relatent déjà un problème d'accès aux médicaments pour l'accompagnement en fin de vie, notamment le Midazolam.

MG7: « pour l'euthanasie c'est la même chose pour euh... les soins palliatifs en fin de vie c'est la même chose... c'est bien gentil d'introduire euh... des produits et de... de faire une sédation profonde etc. encore faut-il pouvoir y avoir accès »

6- Aspect médico-légal

L'aspect médico-légal est également important, plusieurs médecins ont rapporté leurs craintes de poursuites éventuelles par la famille ou entourage.

Selon eux, la nécessité est d'apporter à l'effecteur un cadre légal, une procédure claire afin que cela ne puisse arriver.

MG4: « le problème médico-légal que celui qui est à même de faire ça se retrouve pas avec un procès »

MG9: « après s'il y a un problème, une plainte, une famille qui est... qui n'est pas d'accord avec la décision ou c'est plus ce côté administratif médico-légal qui me gênerait »

MG11: « répétés et pas des... des... certes il faut légalement avoir un document écrit signé ou genre comme les directives anticipées où on écrit mais je trouve que c'est pas un... c'est plus médico-légal de signer quelque chose à l'écrit mais c'est euh... avant cet acte vraiment... des entretiens humains et pluri-professionnels »

MG15: « qu'il faut que ce soit vraiment très bien encadré et le risque c'est... surtout le risque médico-légal à mon sens, je pense que c'est surtout ça qui serait ma plus grosse crainte je pense ce serait le médico-légal parce qu'après le fait de... si on accompagne bien ... le patient et que on... on est en accord avec la famille »

IV- Accompagnements à mettre en place

Selon les MG interrogés, de nombreux accompagnements seraient à mettre en place afin de permettre d'exercer l'euthanasie dans des conditions sécuritaires.

1- Médico-légal

La notion de procédure, d'encadrement par la loi de cette pratique semble être le facteur principal d'accompagnement à mettre en place. En effet, les MG interrogés semblent vouloir se sentir en confiance par la loi afin de ne pas subir d'éventuels représailles par les familles ou entourages des patients.

MG1: « le pénal, c'est vrai que... on... dans nos textes... de texte de loi on n'est pas censé du coup provoqué la mort donc on va à l'encontre, donc c'est vrai que... il faudrait bien codifier je pense cette partie ... ensuite après c'est vrai que la famille du coup... je pense que le patient est rarement seul et il faut être au clair avec tout le monde, notamment avec les conflits entre le patient et son entourage et que... nous finalement on est coincé ... si il y a des discordances entre eux ... moi ce serait le facteur que je retrouve là actuellement.. en tous cas l'encadrement et ... légal ... les discordances qu'il peu y avoir avec la famille »

MG2: « ça nécessite un encadrement euh... légal, un encadrement ... vraiment structuré, il faut qu'il y ait un cadre précis et qu'on s'y tienne avec des démarches ..., un délais de réflexion tout ça donc c'est des choses à... à prendre en compte »

MG4: « une procédure vraiment carrée ... où...on limite vraiment au maximum de subjectivité quoi »

2- Intervenants spécialisés

Les MG interrogés souhaiteraient pour beaucoup une structure ou des intervenants spécialisés afin de les aider dans leurs démarches.

MG2: « des structures, justement dédiées, parce qu'il faut que ce soit fait en équipe euh... il faut qu'il y ait une pluridisciplinarité euh... et puis il faut qu'il y ait des structures vraiment dédiées ... dédiées pour ça euh... avec un suivi, une prise en charge multiple, pas seulement médicale mais aussi paramédicale, psychologique etc. euh... une pris en charge aussi de la famille, des accompagnants, c'est pas juste le patient, c'est quelque chose qui... voilà il faut vraiment encadrer tout ça dans sa globalité... »

MG3: « à domicile même, fait par un médecin en ville, il faudrait, comme je te dis ... qu'il faudrait qu'il y ait un médecin ou une structure en tous cas ... médicale de ville... type SOS médecins ou euh... tu vois des trucs de garde ... enfin ça c'est clairement une... une des limites et pour palier à ça il faut une structure ... des disponibilité H24 quoi»

MG4: *« je suis d'accord avec une euthanasie active mais sur le fait qu'on puisse le... comment... comment le pratiquer ça me paraît compliqué en ville dans une structure qui n'est pas adaptée... c'est-à-dire que moi je me vois mal euh... proposer une euthanasie à mon cabinet, dans une structure spécialisée, déjà médicalisée quoi... »*

MG7: *« une structure référente oui qui... qui puisse nous aider à domicile... »*

MG15: *« si on a une structure extérieure qui nous aide ... une structure mobile comme gériatrie ou le réseau soins palliatifs »*

3- Directives anticipées

La notion de directives anticipées a été introduites par la loi Leonetti. Cependant, celles-ci semblent peu utilisées ou peu suivies selon les MG interrogés. Avec une loi sur l'euthanasie, elles pourraient alors revenir sur le devant de la scène, un renforcement de l'utilisation de ces dernières semblent être cruciales.

MG11: *« il faut légalement avoir un document écrit signé ou genre comme les directives anticipées où on écrit mais je trouve que c'est pas un... c'est plus médico-légal de signer quelque chose à l'écrit »*

MG4: *« et si le patient ne peut pas donner son avis on... un ayant-droit qui... qui éclaire un petit peu la chose ou les directives anticipées »*

MG5: *« après...je conseille toujours aux... aux gens et aux familles... donc après leur avoir expliqué ce que c'est les directives anticipées... qui sont, c'est vrai une avancée »*

4- Famille

La famille ou accompagnants du patient est également une notion forte relatée par les MT interrogés. En effet, ils apparaissent comme un effecteur essentiel à la prise de décision et à l'accompagnement des personnes en fin de vie et également très importante si l'euthanasie était permise en France.

MG11: « qui voilà c'est son choix éclairé, libéré, déterminé vraiment c'est son choix euh... plus plus plus après de multiples consultations avec toute la famille autour qui me dit oui oui oui »

MG14: « les directives anticipées, entretien aussi avec la famille pour préparer la famille »

MG15: « je pense que c'est surtout ça qui serait ma plus grosse crainte je pense ce serait le médico-légal parce qu'après le fait de... de... si on accompagne bien la... le patient et que on... on est en accord avec la famille et que tout se passe bien oui »

MG3: « il faut qu'il y ait l'avis de la famille, il faut qu'il y ait l'avis du patient s'il peut encore donner son avis »

MG5: « décisions médicales partagées, je pense ... elles sont peut-être un petit peu dans la mode qui est d'ouvrir son parapluie et de dire : voilà je ne suis pas le seul responsable de ce qui va arriver euh... la famille est responsable aussi »

5- Collégiale / Pluridisciplinarité

La notion de collégialité est également un des points d'accompagnement qui revient souvent lors de la discussion, ne pas se sentir seul pour prendre une telle décision face au patient ou à sa famille.

MG3: « parce que premièrement c'est une décision comme on l'a dit tout à l'heure qui doit être faite de manière collégiale »

MG10: « qui connaisse les tenants et les aboutissants même si il y a des infirmières qui sont hyper compétentes mais sur le papier euh... t'as besoin d'avoir une décision collégiale avec un confrère »

MG15: *« je pense qu'il faut que ce soit une décision collégiale, réfléchie avec du temps... il faut qu'il y ait une réflexion euh... sur... sur des confirmations... le faire tout seul dans mon coin euh... je pense que c'est vraiment risqué à des dérives en fait »*

Un accompagnement pluridisciplinaire semble également important:

MG2: *« un suivi, une prise en charge multiple, pas seulement médicale mais aussi paramédicale, psychologique »*

MG14: *« qu'il y ait vraiment une évaluation psychologique du patient être sûr »*

MG9: *« un autre médecin qui pourrait venir avec moi chez la famille pour un entretien et qu'on valide ça ensemble »*

6- Soutien aux effecteurs

L'accompagnement psychologique de l'équipe médicale qui prend la décision mais qui également accomplirait le geste d'euthanasie est à prendre en compte selon certains intervenants.

MG7: *« d'évaluer à quel degré ça en est pour pouvoir être capable de donner une fiole à quelqu'un »*

MG8: *« Alors ce qui a été évoqué dans certains travaux aussi c'est anticiper un soutien psychologique aux effecteurs »*

MG8: *« ...et la problématique de la capacité psychologique du médecin de pouvoir accompagner »*

7- Délai de réflexion

La notion de délai de réflexion afin de réitérer la demande d'euthanasie a souvent émergé lors des entretiens:

MG2: « vraiment structuré en fait, il faut qu'il y ait un cadre précis et qu'on s'y tienne avec des démarches euh... un délais de réflexion tout ça donc c'est des choses à... à prendre en compte »

MG15: « je pense qu'il faut que ce soit une décision collégiale, réfléchie avec du temps... il faut qu'il y ait une réflexion euh... sur... sur des confirmations... le faire tout seul dans mon coin euh... je pense que c'est vraiment risqué à des dérives en fait » ... « je pense que l'accompagnement est très important pour le... à la fois pour le patient pour sa réflexion... pour qu'il puisse avoir une possibilité de revenir en arrière »

DISCUSSION

I- Forces et faiblesses de l'étude

1- Le recrutement

Pour cette étude, nous avons réalisé un recrutement de proche en proche, cette méthode peut en effet créer un biais de recrutement, aussi bien en terme de milieu d'exercice que de mode d'exercice.

Malgré cela, un effort de recrutement a été réalisé par téléphone afin d'avoir un échantillon tout de même hétérogène sur le milieu et le mode d'exercice.

Egalement, le recrutement a été effectué par l'investigatrice elle-même, ce qui peut correspondre à un biais de sélection.

Cependant, le questionnaire semi dirigé n'a pas été transmis en amont de l'entretien, cela a permis de collecter des données variées basées sur l'expérience et les représentations de chaque intervenant.

2- Le choix de la méthode qualitative

Cette étude se base sur une recherche qualitative, nous pouvons considérer que les résultats sont fiables car cette méthode est la méthode de référence pour l'exploration des expériences et représentations personnelles sur un sujet donné.

La méthode choisit est en adéquation avec le sujet, car en effet la question de l'euthanasie, fait susciter parmi les intervenants des interrogations et représentations personnelles. La question de la FDV est intime à chacun, profond touchant la mort, thème porteur d'émotions fortes et souvent marqué par un manque de dialogue voire encore tabou.

Les entretiens semi-dirigés réalisés en présentiel ont permis un échange serein des intervenants, propice à la discussion.

3- L'échantillon des intervenants

L'échantillon est homogène par le sexe et l'âge, cependant, une disparité existe sur le milieu d'exercice. En effet, seulement quatre des médecins interrogés n'exerçaient pas en milieu urbain. Nous pouvons penser que l'exercice en milieu urbain et en milieu rural n'est pas le même. Cependant, devant l'échantillon faible, cette différence de pratique n'a pas été retrouvée dans nos résultats.

Nous avons recruté 16 intervenants, il s'agit d'un faible échantillon, en effet, la région PACA, ne manque pas moins de 5600 MG sur l'année 2017 (8), cependant nous avons obtenu la saturation des données à partir du quinzième intervenant.

4- Manque d'expérience

Le recrutement, les entretiens et l'analyse des données ont été réalisés par le même investigateur. Bien qu'au fil des entretiens, celui-ci se soit perfectionnée, il existe cependant un biais de subjectivité par le manque d'expérience dans les méthodes de recherche.

Cependant, un double encodage des données a été réalisé, permettant une analyse par triangulation des données et ainsi de limiter ce biais de subjectivité.

5- L'entretien

Les entretiens semi dirigés ont permis un échange fluide et naturel sur la question posée.

Cependant, sur la question de l'euthanasie, qui est un sujet sensible, certains des intervenants ont pu se sentir mal à l'aise, la communication non verbale n'a pu être retranscrite lors de l'analyse des données, mises à part quelques descriptions dans les retranscriptions d'entretien (silence, baffouillement, « euh », « ... », etc.), ce qui peut induire un biais de subjectivité.

II- Confrontation des résultats aux données connues de la littérature

1- Démographie de la population des Alpes Maritimes

La population en France est vieillissante, en effet, selon l'INSEE, en 2020, les personnes âgées de plus de 65 ans, représentaient 20,5% de la population contre 20,1% en 2019 et 19,7% en 2018 avec une nette accélération depuis 2011 (9).

La question de la fin de vie est primordiale car nous y serons confrontés de plus en plus.

2- Conception de la mort et représentations de la fin de vie

a) Conception de la mort

Avec les décennies, la représentation de la mort a évolué.

Selon Vladimir Jankélévitch, dans son ouvrage s'intitulant « la mort » les progrès de la médecine contribuent à une modification de la perception de la mort devenant alors évitable jusqu'à l'infini(10).

Egalement, pour Robert William Higgins, la mort d'une personne est un rite familial, de transmission des valeurs intergénérationnelles, le fait de mourir à l'hôpital empêcherait au mourant d'occuper sa place au sein de sa famille (11)

Jusqu'à dans les années 1950, la mort était familiale, l'on décédait au domicile entouré de ses proches, le médecin intervenait finalement peu.

A partir des années 1970, avec les avancées de la médecine, la personne en fin de vie décédait à l'hôpital. Cette personne, pour la plupart du temps, n'avait pas été informée de son état de santé, seuls les proches étaient informés par l'équipe médicale, afin de lui éviter souffrance morale et détresse.

A partir des années 1990-2000, on se pose de plus en plus de questions sur le sujet, en effet, l'on tend vers une démarche d'information auprès du patient, l'on essaie de recueillir son avis, de le suivre même si les choses ne sont alors qu'à leurs prémices(12).

En Mars 2002, avec la loi Kouchner relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (13), ce profond thème est mis en avant: le droit à l'information, le patient est remis au centre de sa prise en charge, il a le droit d'être informé sur son état de santé (si son état le permet). Cette loi a également permis au patient et à la famille d'accéder au dossier médical du malade ce qui était impensable auparavant. Enfin, le droit au consentement libre et éclairé, qui introduit l'idée que l'on ne peut procéder à un soin sans le consentement éclairé du patient.

Dans notre culture, jusqu'à ce jour, la question de la fin de vie et de la mort reste tabou. En effet, celle-ci est toujours vécue de manière douloureuse. La discussion autour de ce sujet est difficile avec le patient et son entourage.

C'est également une sensation qui est revenue fréquemment lors des entretiens avec les MG interrogés, pour certains, ils se sentent impuissants et désarmés face à la souffrance du patient et de son entourage. La discussion autour de ce concept de mort est délicat.

b) Représentation de la fin de vie par la population française

Dans une étude de l'IFOP, datant de 2016 sur les attentes et les besoins des français vis à vis de la fin de vie (14), 46% déclarent que les fins de vie sont mal prises en charge et 10% considèrent qu'elles sont très mal prises en charge. 43% ne sont pas satisfaits de l'accès aux soins et 55% considèrent que le soutien des proches et de la famille est insuffisant.

Cette étude montre que seulement 12% de la population connaissent précisément la loi Clayes-Leonetti, 26% en ont déjà entendu parlé mais ne savent pas de quoi il s'agit et 62% n'en ont jamais entendu parler.

85% des personnes interrogées souhaiteraient finir leur vie au domicile, contre seulement 6% à l'hôpital et 9% en maison de retraite.

Cependant, la proportion de décès au domicile reste faible, 24,5% en 2010, contre 28,5% en 1990 (15).

La gestion de la fin de vie au domicile reste difficile à vivre pour les familles qui préfèrent en effet une hospitalisation pour les derniers instants de leur proches, en raison des douleurs éventuelles, de la peur de la mort.

c- Les médecins généralistes face à l'euthanasie

Lors d'une étude de mars 2020, la mort est taboue, interdite, les MG se sentent seuls face à cette problématique et ne se sentent pas suffisamment formés pour la majorité (16).

Une autre étude de 2010 intitulée « le médecin généraliste et la mort de ses patients » (17) rejoint également cet avis, les MG ressentent des sentiments partagés, entre tristesse, injustice, impuissance ou indifférence. Un sentiment de travail en solitaire ressort, une formation pluridisciplinaire et notamment psychologique permettrait un meilleur soutien apporté au patient et à la famille.

3- Euthanasie en France et dans le monde

a) En France

En France, la question de l'euthanasie fait débat. En effet, nous avons pu assister à des dichotomies d'idées et de principes au travers d'histoire populaire comme l'affaire Vincent LAMBERT.

En 2008, Vincent LAMBERT est victime d'un grave accident de la route le plongeant dans un état végétatif chronique. Malgré cet état, il a été défini qu'il ressentait cependant de la douleur ainsi que des émotions, il finit par montrer des signes de refus de vie. La question de l'arrêt des soins a donc été proposée à la famille par ses médecins. C'est alors qu'une longue démarche judiciaire a commencé car les parents de Vincent LAMBERT refusaient cet arrêt des soins. Il faudra attendre juillet 2019 pour que la cour de cassation décide finalement un arrêt des soins. Beaucoup de personnes de la population générale s'étaient alors exprimées sur le sujet de l'euthanasie et il en est ressorti que la majorité de la population souhaitait la légaliser.

En janvier 2021, une proposition de loi n°3755 « visant à affirmer le libre choix de la fin de vie et à assurer un accès universel aux soins palliatifs en France » (18) a été proposée à l'assemblée nationale. Mais celle-ci n'a pas été adoptée en raison de nombreux amendements à apporter au texte. Les principales causes de ce rejet furent notamment éthiques et par manque de temps, car il s'agit d'un sujet sensible qui ne saurait être adopté sans une discussion profonde en amont.

b) Dans le monde

Dans différents articles et études, nous retrouvons les pratiques des autres pays sur le sujet (19) (7):

- **Suisse:** l'euthanasie active n'est pas autorisée. Le suicide médicalement assisté y est pratiqué depuis 1998. Trois conditions sont requises pour pouvoir en bénéficier, le patient doit être doté de discernement, il doit pouvoir s'administrer le produit létal lui-même et une personne accompagnante doit être présente avec lui.

Cette personne ne doit pas avoir de motivation égoïste à l'égard du patient. Nombreux étrangers et notamment français se présentent en Suisse afin de pouvoir y bénéficier de cette législation unique en Europe.

En Suisse, nous constatons une hausse progressive de ces demandes, sur l'année 2017, 1009 personnes ont bénéficié du suicide médicalement assisté, contre 965 en 2015 et 742 l'année précédente (20).

- **Pays Bas:** Il s'agit du premier pays au monde ayant dépénalisé l'euthanasie, ce décret date du 10 Avril 2001.

Plusieurs conditions sont à respecter: Le patient doit avoir au moins 18 ans. Cette demande, de la part du patient, doit être volontaire, réfléchie et réitérée. La souffrance du patient doit être insoutenable et sans issue possible. Le patient doit être informé par le médecin de son état de santé. Il ne doit pas y avoir d'autre solution acceptable. Un autre médecin indépendant doit être consulté et avoir émis un avis favorable à cette procédure et s'être assuré que les critères précédemment cités soient respectés.

Le rapport de l'institut européen de Bioéthique retrouve un accroissement constant des demandes effectives d'euthanasie au Pays Bas (21), 6585 euthanasies et suicides médicalement assistés ont été enregistrés aux Pays Bas en 2017. Cela représente 4,4% de l'ensemble des décès sur cette même année. On observe également une hausse de 8% d'euthanasie déclarées par rapport à 2016.

A ce jour, aux Pays Bas, une nouvelle proposition de loi est en cours d'étude, visant à légaliser l'aide au suicide pour « vie accomplie » à partir de 75 ans (22).

- **Belgique:** Une année après les Pays Bas, la Belgique autorise à son tour l'euthanasie et devient le second pays au monde à l'autoriser, sous certaines conditions (23): le patient doit être majeur ou mineur émancipé, capable et conscient au moment de sa demande. La demande doit être volontaire, réfléchie et répétée. Le pronostic de la maladie doit être sans issue, la souffrance physique ou psychique doit être insupportable et incurable. Le médecin doit tenir informer le patient sur son état de santé et être arriver à la conclusion qu'il n'y a pas d'autre solution possible. La demande est révocable à tout moment.

Une déclaration anticipée est reconnue par la loi si celle-ci est rédigée en présence d'au moins deux témoins majeurs. La dénomination d'une personne de confiance est nécessaire si le patient ne peut pas exprimer ses volontés et si celle-ci a été désignée au moins cinq ans auparavant. Plusieurs entretiens sont nécessaires avec le médecin dans un délai raisonnable. Enfin, un médecin indépendant doit être consulté afin de se prononcer sur le caractère incurable de la maladie dont le patient souffre.

De 2002 à 2019, ce sont 22081 personnes qui ont pu bénéficier de l'euthanasie en Belgique. 2656 personnes en 2019, ce qui représente une hausse de 12,6% par rapport à l'année précédente (24).

- **Luxembourg:** Il s'agit du troisième pays de l'Union Européenne à dépénaliser l'euthanasie et l'aide au suicide. Loi adoptée le 16 Mars 2009 (25).

Les conditions à respecter sont: le patient doit être majeur et conscient au moment de sa demande. La demande doit être formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée. La souffrance doit être insupportable et sans issue possible résultant d'une affection pathologique ou accidentelle. La demande du patient doit être consignée par écrit. Le médecin doit informer le patient de son état de santé et du pronostic de la maladie. La demande doit être réitérée au cours de plusieurs entretiens, espacé d'un délai raisonnable. Le médecin doit s'être assuré de la souffrance psychique ou physique du patient sans amélioration. Un autre médecin doit être consulté quant au caractère incurable de la maladie. Sauf opposition du patient, entretenir avec l'équipe soignante, un contact régulier avec le patient, avec la personne de confiance, désignée au moment de la demande d'euthanasie ou d'aide au suicide. S'assurer que le patient a eu l'occasion de s'entretenir avec les personnes qu'il souhaite concernant sa demande. Enfin, s'informer auprès de la Commission nationale du Contrôle et d'Évaluation.

Cette commission a été créée à la suite du vote de la loi de mars 2009, elle est constituée de 9 membres (médecins, juristes, membres issus des professions de santé proposés par le conseil supérieur de certaines professions de santé, membres représentants d'une organisation ayant comme objet la défense des droits du patient) élus pour une durée de 3 ans. Cette commission se porte garante de la bonne application de la législation sur l'euthanasie et l'assistance au suicide (26).

Si l'euthanasie et l'assistance au suicide sont légales au Luxembourg, celles-ci sont peu utilisées, avec une moyenne de huit cas par an depuis 2009 et une hausse en 2020 avec 25 cas enregistrés (27).

- **Etats-Unis:** Dans la plupart des Etats, l'euthanasie est illégale. Cependant, huit Etats ont légalisé le suicide médicalement assisté bien que bon nombre de communautés religieuses s'y opposent en raison de leur convictions, lesquelles sont très présentes dans la culture nord-américaine.

L'Etat de l'Oregon a été le premier Etat à légaliser le suicide médicalement assisté en 1998 et plus récemment le New Jersey en 2019.

Même si le suicide médicalement assisté est autorisé, il est pratiqué avec parcimonie, car le nombre de demande reste moindre même s'il augmente chaque année, 24 personnes en ont

bénéficié en 1998 contre 249 en 2018 dans l'Etat de l'Oregon(28). L'Oregon comptait en 2019 quatre millions deux cent dix huit milles habitants.

- La plupart des autres pays européens interdisent l'euthanasie active. Cependant, certains permettent l'euthanasie passive en accord avec le patient et/ou la famille afin d'éviter l'acharnement thérapeutique. C'est le cas de l'Allemagne, l'Espagne, le Royaume-Uni, le Portugal, l'Italie, la Hongrie, le Danemark, la Finlande, la Norvège, la Suède et la France.

4- Accompagnements

a) Collégialité

Lors de nos entretiens successifs, il n'est pas apparu que la décision appartenait au médecin seul, en effet, la notion de prise de décision commune avec le patient et la famille semble primordiale mais également une décision en collégialité.

Le principe de collégialité est apparu avec la notion d'arrêt des soins en cas de maladie graves et incurable, contre l'acharnement thérapeutique.

Selon l'HAS (29), concernant l'arrêt des traitements et la mise en place d'une sédation profonde et continue, la procédure collégiale implique l'ensemble des professionnels de santé qui interviennent auprès du malade, elle doit y inclure également un médecin extérieur, indépendant et sans lien de hiérarchie avec le médecin traitant.

Elle répond à plusieurs objectifs: le partage des informations sur le patient (sa personne, son contexte de vie, sa maladie, les traitements réalisés ou proposés); échanger les différents points de vue des différents intervenants; vérifier que la demande est libre et éclairée de la part du patient. Puis elle doit répondre aux questions suivantes: la souffrance du patient est-elle réfractaire et son pronostic vital engagé à court terme? L'arrêt du traitement demandé par le patient engage-t-il son pronostic à court terme et est-il susceptible d'entraîner une souffrance insupportable? L'application de la sédation profonde et continue associée à un arrêt des traitements est-elle réalisée conformément à la loi?

b) Directives anticipées et personne de confiance

- **Directives anticipées:** selon l'Article 8 de la Loi 2016-87 du code de santé publique du 2 février 2016 (30) créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie: toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour incapable d'exprimer sa volonté sur son état de santé. Elles expriment la volonté de la personne en ce qui concerne sa fin de vie. Elles sont à tout moment révisables ou révocables. Ces directives anticipées s'imposent au médecin pour toutes investigations, interventions ou traitements, hormis les situations d'urgence vitale. La décision de ne pas suivre les directives anticipées par le médecin doit être validée après concertation collégiale et après étude du cas. La personne de confiance et/ou famille ou proches doivent en être informées.

Les directives anticipées deviennent alors une mission du MG qui doit en informer ses patients et aider à leurs rédactions si nécessaires ainsi qu'à leur consignation dans le dossier médicale.

La notion de directives anticipées n'est à ce jour que très peu connue et utilisée du grand public. Selon l'étude de l'IFOP de 2016, 56% des personnes interrogées n'en ont jamais entendu parlé. Parmi ceux qui en ont déjà entendu parlé, 86% ne connaissent personne de leur entourage qui en ai rédigé.

Pourtant, dans la question qui nous intéresse qu'est l'euthanasie, elles semblent primordiales afin de pouvoir recueillir les souhaits du patient pour sa fin de vie. Il s'agissait là d'une demande prononcée par les MG lors de notre étude.

Une page du service public France est consacrée à cette problématique afin d'informer le grand public et d'aider à leurs rédactions (31), ainsi qu'un guide fourni par la Haute Autorité de Santé destiné au grand public (32).

– **Personne de Confiance:** selon l'article 9 (33) de la loi précédemment citée, toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant. Cette personne sera consultée si le patient était dans l'incapacité d'exprimer sa volonté. La personne de confiance est le témoin de la volonté du patient, elle est révocable à tout moment et prévaut sur l'avis de toute autre personne proche du patient. Cette désignation est faite par écrit et consignée par la personne de confiance désignée.

La personne de confiance est une notion importante, car tout comme les directives anticipées, elle place les souhaits du patient au premier plan de sa prise en charge et de sa fin de vie.

Lors des différents entretiens avec les intervenants, ces deux notions sont revenues fréquemment. Cela est traduit par l'envie des médecins de respecter les souhaits de leurs patients, les intégrer au sein de la décision médicale.

e) Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité

Etant un sujet qui fait débat dans notre société depuis de nombreuses années, des associations ont vu le jour. Notamment l'Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité (ADMD), cette association régie par la loi du premier Juillet 1901, ne cesse de croître, lors de sa fondation en 1980, elle comptait environ 400 adhérents, contre 58000 en 2014 et plus de 75000 à ce jour (34). L'association organise des sondages pour évaluer l'avis de la population sur les questions de fin de vie mais aussi des congrès, conférences sur le sujet.

Devant le succès de ces différentes interventions, depuis août 2006, elle a été agréée par le ministère de la santé pour siéger dans les instances hospitalières ou de santé publique.

Elle a notamment lancée la journée mondiale du droit de mourir dans la dignité qui se tient le 2 novembre de chaque année. Elle exprime clairement sa position quant à l'euthanasie, elle défend le principe de liberté, autour de la question de la mort, dans le respect de la personne et de sa dignité.

f) La crainte de dérives

La crainte de dérives liées à l'euthanasie a été très présente lors des entretiens. Dans la littérature, nous retrouvons également ces craintes (7). Un délai de réflexion semble nécessaire à cette procédure, afin d'en éviter les excès, notamment en cas de diagnostic erroné ou de souhaits de familles mal intentionnées. Egalement, un cadre juridique clair et sans subjectivité semble indispensable. Une crainte de la part des médecins serait également d'ordre juridique, que leur responsabilité pénale ne puisse pas être engagée en cas de retournement de la part de la famille ou d'un proche.

g) Comité d'éthique

L'éthique médicale concernant la fin de vie est primordiale, lors des différents entretiens, la notion d'éthique est souvent revenue.

L'euthanasie est une problématique de fond, de perception de la mort, de la souffrance et de la dignité humaine lorsque que celle-ci est confrontée à sa propre mort.

Il paraît donc nécessaire que si l'euthanasie était légalisée en France, un comité d'éthique spécialiste de cette question puisse être là pour répondre aux différentes problématiques auxquelles les MG pourraient être confrontés au quotidien. Depuis 2003, la question éthique en France a progressé (35), avec la naissance de la commission Cordier et la création d'un espace de réflexion éthique dans chaque région, localisé dans les centres hospitaliers universitaires.

En 2004, est voté la loi sur la bioéthique (36), le comité consultatif national d'éthique est ainsi renforcé, son rôle porte sur les droits de la personne quant à l'étude des caractéristiques génétiques et le don et utilisation des éléments et produits humains.

En 2012, les Espaces de Réflexion Ethique Régionaux et Interrégionaux (ERER) sont créés et placés sous la responsabilité des Agences Régionales de la Santé. Les ERER peuvent être saisis par toute personne physique ou morale souhaitant soumettre un thème de réflexion concernant l'éthique des sciences de la vie et de la santé (37).

Chaque année, les différents ERER soumettent un rapport d'activité au Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE) qui en élabore une synthèse.

Ce système d'ERER semble être une piste intéressante concernant l'euthanasie, en effet, cela permettrait aux professionnels de santé de pouvoir proposer leurs problématiques éthiques à un personnel dédié et spécialisé, également pouvoir proposer une homogénéité des pratiques sur le plan national.

6- Religion

Dans notre étude, nous n'avons pas recueilli l'avis d'un intervenant médical de confession religieuse, ainsi nous ne pouvons pas répondre clairement à la question suivante: Les convictions religieuses pourraient-elles influencer un médecin quant à son exercice vis à vis de l'euthanasie si celle-ci était autorisée? Dans la littérature nous retrouvons une étude faite en 2012 par le comité d'éthique à l'hôpital Henry Duffaut d'Avignon qui porte sur le rapport entre euthanasie et religion (38).

Ce groupe de travail a rencontré des représentants de cultes ou de courant spirituel. A la suite des rencontres, les courants religieux semblent s'accorder sur deux points essentiels.

1- Le respect de la vie, la vie apparaît comme un don de Dieu, il n'appartient pas à l'être humain de la supprimer.

2- La nécessité de soulager ou de supprimer la douleur, dans la mesure du possible.

Le cadre actuel de la loi Leonetti correspond à leur vision de ce que doit être une fin de vie. Il s'agit de concilier respect de la vie humaine et le soulagement de la souffrance. Ils refusent notamment, de manière unanime, l'acharnement thérapeutique. Cette décision doit être prise de manière collégiale. Il en ressort également que chaque décision doit être prise de manière singulière en fonction de chaque cas.

Le développement des soins palliatifs doit être poursuivi car il s'agit d'une réponse à la souffrance qui doit être évitée dans la mesure du possible.

Cependant, ils réitèrent leurs refus d'un « droit à mourir ».

Finalement, le point essentiel, est l'intention du geste, vouloir soulager la douleur sans la volonté de hâter ou de provoquer la mort. Il s'agit donc de faire appel à la conscience et à la responsabilité de chacun.

III- Pistes de recherche

Cette étude a permis de mettre en évidence certains points essentiels, cette volonté de la plupart des médecins interrogés d'une légalisation de l'euthanasie, car en l'état actuel des choses, les fin de vie leur semblent parfois douloureuses pour eux et les proches de la personne décédée. Les lois actuelles sur la fin de vie semblent également insuffisantes.

Dans notre étude, nous n'avons pas échangé avec des médecins pratiquants une religion, par un manque de recrutement probable.

Cela pourrait être intéressant de se focaliser sur cette problématique car d'autres points essentiels pourraient émerger.

Il pourrait également être intéressant de réaliser une étude sur la population générale, accentuer le travail sur la représentation de la mort qu'ils en ont, ainsi que sur l'euthanasie.

CONCLUSION

Cette étude semble mettre en évidence une envie de la part des médecins généralistes d'une loi sur l'euthanasie active.

Les lois actuelles ne semblent pas suffisantes pour la gestion des fins de vie en France.

La souffrance des patients et de la famille semble ainsi mal vécue par les médecins qui se sentent souvent impuissants. Cependant, la question de l'euthanasie pose de réelles questionnements de fond, ce qui remettrait en cause le serment d'Hippocrate et ainsi l'interdiction de provoquer la mort chez le patient.

En effet, cette problématique pose de grandes questions d'ordre éthique, ainsi que des questions d'ordre intime, personnel et profond. L'impact de la religion semble également être un point essentiel. Dans notre étude, nous n'avons pas recruté de médecins pratiquants une religion. Dans la question de l'euthanasie, il serait nécessaire d'intégrer la religion dans le débat.

Il y aurait besoin de mettre en place de nombreux accompagnements si une loi autorisait l'euthanasie en France, notamment d'ordre juridique. Il existe, en effet, une crainte de la part des médecins liée à leur implication éventuelle dans cette procédure et la crainte de retournement de la part de la famille et ainsi leurs responsabilités médico-légal se retrouveraient engagées.

Les directives anticipées semblent être essentielles dans cette procédure ainsi que l'implication de la famille et entourage dans cette démarche auprès du patient.

Un délai de réflexion ainsi que des entretiens répétées avec les patients et les familles paraissent nécessaire, avec la participations d'intervenants spécialisés dans le domaine permettant une collégialité.

Enfin, l'euthanasie est une procédure lourde de conséquence, elle ne saurait être pratiquée sans formation spécifique du personnel médical, ni soutien psychologique en amont et en aval.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/difference_entre_sedation_et_euthanasie_web.pdf
- 2- Loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades en fin de vie
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000446240>
- 3- <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031970253/>
- 4- La mort a l'hôpital, Inspection générale des affaires sociales IGAS, Novembre 2009
https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/mort_alhopital-rm2009-124p.pdf
- 5- Le regard des français sur la fin de vie a l'approche de l'élection présidentielle par l'IFOP en mars 2017
https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2018/03/3701-1-study_file.pdf
- 6- <https://www2.assemblee-nationale.fr/15/les-groupes-d-etudes/les-comptes-rendus/comptes-rendus-ge-fin-de-vie/audition-de-mme-sophie-pennec-directrice-de-recherche-a-l-institut-national-d-etudes-demographiques>
- 7- http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2016_LUTZ_NOEMIE_MARTIN_RA-PHAELLE.pdf
- 8- http://www.urps-ml-paca.org/wp-content/uploads/2019/02/URPS-ML_PACA_SDM-MG_maj-8-juin-2018.pdf
- 9- <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
- 10- Jankélévitch V. Penser la mort ? Paris : Liana Levi ; 1994.
- 11- Higgins RW. La mort orpheline. In Pennec S, éd. Des vivants et des morts. Des constructions de « la bonne mort ». Brest : UBO ; 2004. p. 180-94.

- 12- <https://www.cairn.info/revue-infokara1-2006-2-page-79.htm>
- 13- <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/>
- 14- http://www.sfap.org/system/files/etude2016_findevie_fondationadrea.pdf
- 15- https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/031215_-_plabe56.pdf
- 16- <https://hal-univ-tlse3.archives-ouvertes.fr/MEM-UNIV-AMU/dumas-02517100v1>
- 17- <https://www.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-des-soins-2010-1-page-65.htm?contenu=resume>
- 18- https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/115b3755_proposition-loi
- 19- <https://www.enrage.media/societe/euthanasie-etat-des-lieux-dans-le-monde-1617283744>
- 20- <https://www.tagesanzeiger.ch/schweiz/standard/die-zahl-der-begleiteten-suizide-wird-weiter-ansteigen/story/10969845>
- 21- <https://www.ieb-eib.org/ancien-site/pdf/20180529-fe-euthanasie-pays-bas-2017.pdf>
- 22- <https://www.ieb-eib.org/fr/actualite/fin-de-vie/euthanasie-et-suicide-assiste/pays-bas-une-proposition-de-loi-pour-autoriser-le-suicide-assiste-a-partir-de-75-ans-1837.html>
- 23- <https://www.senat.fr/lc/lc109/lc1091.html>
- 24- <https://www.ieb-eib.org/fr/actualite/fin-de-vie/euthanasie-et-suicide-assiste/note-de-synthese-rapport-2020-de-la-commission-euthanasie-en-belgique-1915.html>
- 25- <https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2009/03/16/n2/jo>
- 26- <https://sante.public.lu/fr/politique-sante/acteurs/organismes-consultatifs/commission-contrôle-évaluation-euthanasie/index.html>

- 27- <https://www.genethique.org/luxembourg-les-euthanasies-en-hausse-en-2020/>
- 28- <https://www.ieb-eib.org/fr/actualite/fin-de-vie/euthanasie-et-suicide-assiste/le-new-jersey-huitieme-etat-a-legaliser-le-suicide-assiste-aux-etats-unis-1589.html>
- 29- https://www.has-sante.fr/jcms/p_3151633/en/sedation-profonde-jusqu-au-deces-une-decision-collegiale
- 30- <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031970253/>
- 31- <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F32010>
- 32- https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-03/directives_anticipees_concernant_les_situations_de_fin_de_vie_v16.pdf
- 33- <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000031972312/2016-02-04>
- 34- <https://www.admd.net>
- 35- <https://www.espace-ethique-azureen.fr/espaces-de-reflexion-ethiques-regionaux/>
- 36- <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000441469/>
- 37- <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/ethique-et-deontologie/article/qu-est-ce-qu-un-espace-de-reflexion-ethique-regional-erer>
- 38- <https://lewebpedagogique.com/hberkane3/files/2015/10/fiche-8-euthanasie-et-religion-inf3-13-09-2012.pdf>

Annexe 1

Formulaire d'information et de consentement

Madame, Monsieur

Vous êtes invité(e) à participer à une étude sur le positionnement des médecins généralistes exerçant en ville sur la question de l'euthanasie en France.

Ce document vous renseigne sur les modalités de cette étude. N'hésitez pas à poser des questions si certains éléments ne sont pas clairs.

La méthode choisie pour répondre à cette question est qualitative d'après des entretiens individuels.

C'est pourquoi nous sommes réunis pour une rencontre d'environ 20min.

Les discussions seront enregistrées de façon à permettre l'analyse ultérieure des informations récoltées. L'anonymisation sera réalisée lors de la retranscription des données.

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que vous restez libre de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision.

Nous vous ferons parvenir par mail, à la fin de notre étude, les résultats de l'analyse des données. Nous serons attentifs à votre retour sur analyse.

Consentement libre et éclairé

Je soussigné(e)déclare avoir lu et compris le présent formulaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser des questions.

Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Fait à : le

Signature :

Annexe 2

Si l'euthanasie était légalisée en France, quel serait le positionnement des médecins généralistes exerçant en ville dans le département des Alpes Maritimes?

1- Le sujet de l'euthanasie vous intéresse-t-il?

==> Objectif 1: Etats des lieux des pratiques

2- Qu'est-ce que signifie l'euthanasie pour vous?
Accompagnement de fin de vie?

3- Etes-vous fréquemment confronté à des demandes d'euthanasie?

- De la part d'un patient?
- De la part de la famille?
- Que leurs répondez-vous?

4- Souhaiteriez-vous que des actes d'euthanasie active soient autorisés en France?

- En ville?
- En structure spécialisée ?

5- Considérez-vous que la loi Leonetti et Clayes-Leonetti soient suffisantes en France pour la gestion de la fin de vie?

6- Seriez-vous prêt à réaliser vous-même l'euthanasie sur vos patients demandeurs si celle-ci était légale?

==> Objectif 2: Cas clinique

Pouvez-vous me décrire une situation sur le sujet qui vous a marqué?

==> Objectif 3: Recueil des obstacles

7- Quels sont selon vous les facteurs qui pourraient limiter la pratique?

==> Objectif 4: Proposition d'améliorations / attentes

8- Selon vous, quels accompagnements à mettre en place pourrait vous aider?

9- Y a t-il un autre point que vous souhaiteriez aborder?

Annexe 3

Recueil des données

Durée de l'entretien:

Lieu d'entretien:

Date de l'entretien:

Méthodes de contact: Téléphone / Mail

1- Recueil des données personnelles

- **Age:**
- **Sexe:**
- **Religion:**

2- Recueil des données professionnelles

- **Milieu d'exercice**
- **Mode d'exercice**
- **Maitre de stage universitaire : OUI / NON**
- **Diplôme inter universitaire (DIU):**

Annexe 4

Tableau

Tableau 1						
	Sexe	Age	Milieu d'exercice	Mode d'exercice	Maitre de stage universitaire	Diplome inter-universitaire
Entretien 3	F*	30	Urbain	Libéral	NON	NON
Entretien 5	H*	59	Urbain	Libéral	OUI	Médecine du sport
Entretien 12	F	32	Rural	Libéral	NON	NON
Entretien 15	H	31	Rural	Libéral	NON	Thérapeutique homéopathique
Entretien 8	H	62	Urbain	Libéral	OUI	NON
Entretien 13	H	35	Semi rural	Libéral	NON	NON
Entretien 16	H	69	Urbain	Libéral	OUI	NON
Entretien 1	H	30	Urbain	Libéral	NON	NON
Entretien 10	F	28	Urbain	Libéral	NON	Echographie
Entretien 2	F	31	Urbain	Libéral	NON	Médecine d'urgence
Entretien 4	H	52	Urbain	Libéral	NON	NON
Entretien 6	F	53	Urbain	Libéral	OUI	Médecine d'urgence
Entretien 9	F	34	Urbain	Libéral	NON	NON
Entretien 14	F	34	Rural	Libéral	NON	NON
Entretien 11	F	39	Urbain	Libéral	OUI	Urgences pediatriques
Entretien 7	H	61	Urbain	Libéral	OUI	Médecin coordonateur

F* Femme
H* Homme