

Maladie mentale : porte ouverte vers l'euthanasie ?

Marc Brusselmans

Mental disease: open door to euthanasia?

In 2002, Belgium adopted a law decriminalizing euthanasia in certain situations. One of this law's particularities is that it opens the physician's possibility to practice euthanasia following a patient's request, which can be based on a constant and unbearable psychic suffering, in the context of a serious accidental or pathological affection, even without a fatal outcome in the short-term. However, this law raises serious ethical issues in the field of mental health, both concerning the concept of diagnosis in psychiatry as well as the incurability of mental illness. This may result in dangerous interpretations. The psychiatric function itself appears to be rather destabilized and challenged by the application of this law. Excesses are possible, and an in-depth reflection is thus paramount concerning the need to better protect the rights of the most vulnerable, such as, among others, the mentally ill.

KEY WORDS

Euthanasia, psychic suffering, suicide, mental illness

En 2002, la Belgique s'est dotée d'une loi dépénalisant l'euthanasie dans certaines situations. Une des particularités de cette loi est qu'elle ouvre la possibilité à un médecin de pratiquer une euthanasie suite à la demande d'un patient, demande pouvant être basée sur une souffrance psychique constante et insupportable, dans le cadre d'une affection accidentelle ou pathologique grave, même sans issue fatale à brève échéance. Cependant cette loi pose dans le domaine de la santé mentale des questions éthiques sérieuses, tant sur le concept du diagnostic en psychiatrie que de l'incurabilité de la maladie mentale, et peut ouvrir à des interprétations dangereuses. La fonction psychiatrique même semble destabilisée et remise en question par l'application de cette loi. Des dérives sont possibles, et il reste essentiel de réfléchir d'une manière approfondie sur la nécessité de mieux protéger les droits des plus démunis tels que, entre autres, les malades mentaux.

Que savons-nous à ce propos ?

- La loi du 28 mai 2002 dépénalise l'euthanasie en Belgique, dans certaines situations et sous certaines conditions. Elle donne la possibilité de pratiquer une euthanasie dans le cadre d'une affection accidentelle ou pathologique grave qui entraîne une souffrance physique **ou** psychique constante et insupportable.

Que nous apporte cet article ?

- Cet article met en lumière les questions éthiques fondamentales que cette loi pose dans le domaine de la santé mentale, tant sur le concept du diagnostic en psychiatrie que de l'incurabilité de la maladie mentale. L'attention est attirée sur la possibilité de dérives importantes, et la nécessité de balises suffisantes pour garantir les droits des plus démunis tels que, entre autres, les malades mentaux.

What is already known about the topic?

- The law of 28 May 2002 decriminalizes euthanasia in Belgium, in certain situations and under certain conditions. It gives the possibility to practice an euthanasia in the context of a serious accidental or pathological affection, which causes a constant and unbearable physical **or** psychic suffering.

What does this article bring up for us?

- This article highlights the fundamental ethical questions that this law raises in the field of mental health, both on the concept of diagnosis in psychiatry and the incurability of mental illness. Attention is drawn to the possibility of major abuses, and the need for sufficient guidelines to guarantee the rights of the most vulnerable such as, among others, the mentally ill.

INTRODUCTION

Depuis 2002, la Belgique est l'un des trois pays d'Europe (avec les Pays-Bas en 2001 et le Luxembourg en 2009) où l'euthanasie est dépénalisée dans certaines situations et sous certaines conditions. Elle fait ainsi partie des six pays au monde la rendant possible avec la Colombie (2014), le Canada (2016), et l'Australie (Etat de Victoria, loi votée en 2017 et d'application depuis juin 2019).

Les États-Unis ont décriminalisé dans huit Etats le Suicide Médicalement Assisté (SMA), même si parallèlement l'*American College of Physicians*, regroupant le plus grand nombre de praticiens aux États-Unis, continue à affirmer clairement son opposition à toute forme de participation des médecins au SMA. Cependant, ces huit Etats interdisent strictement le SMA lorsqu'il y a présence ou suspicion d'un trouble mental.

La Suisse quant à elle a intégré dans son Code Pénal en 1941 l'Article 115 concernant l'incitation et l'assistance au suicide, et ne les sanctionne que dans le cas d'un « mobile égoïste ». L'euthanasie y reste cependant strictement interdite.

Il faut aussi préciser que parmi les rares pays au monde qui dépénalisent sous certaines conditions le recours à l'euthanasie, seuls les trois pays d'Europe, dont la Belgique, permettent l'euthanasie pour une raison de souffrance psychique insupportable et incurable sans nécessité de pronostic vital à court terme.

Cette possibilité ouvre des questions cruciales dans le champ psychiatrique autour de la notion de la souffrance constante et insupportable, de la notion d'affection pathologique grave et incurable (soit le diagnostic psychiatrique) et de la mise en place d'une fin de vie en l'absence d'un pronostic vital prévisible.

L'objectif de cette réflexion est de mettre en évidence les grandes lignes de ce qui pose problème dans cette loi au regard de la notion de la souffrance psychique qui relève de la maladie mentale, souffrance qui est par ailleurs l'objet de soin principal de la part des psychiatres. Ces questions font actuellement au sein de notre société l'objet de multiples débats qui reviennent constamment à l'avant-plan.

LA LOI BELGE DU 28 MAI 2002 DÉPÉNALISANT L'EUTHANASIE

Nous reprendrons ici les deux articles qui définissent le cadre général de cette loi (1) :

ARTICLE 2

Il y a lieu d'entendre par euthanasie l'acte, pratiqué par un tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci.

ARTICLE 3§1^{er}

Le médecin qui pratique une euthanasie ne commet pas d'infraction s'il s'est assuré que :

- le patient est majeur ou mineur émancipé, capable et conscient au moment de sa demande ;

- la demande est formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée, et qu'elle ne résulte pas d'une pression extérieure ;
- le patient se trouve dans une situation médicale sans issue et fait état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable qui ne peut être apaisée et qui résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable.

La loi précise par ailleurs que le médecin qui reçoit la demande doit :

- arriver, avec le patient, à la conviction qu'il n'y a aucune autre solution raisonnable dans sa situation ;
- s'assurer de la persistance de la souffrance physique ou psychique du patient ;
- consulter un autre médecin, qui doit être indépendant ;
- dans les situations où le décès n'interviendra pas à brève échéance (cas des troubles psychiques), le médecin sollicité doit aussi consulter un second médecin, psychiatre ou spécialiste de la pathologie concernée.

Terminons le survol du texte de la loi par le rappel d'un point fondamental : la loi n'oblige en aucun cas le médecin à accéder à la demande du patient, le médecin pouvant en effet y opposer une clause de conscience. C'est une liberté du médecin qui fait face au droit du patient. En cas de refus, le médecin est cependant tenu de référer le patient et de transmettre son dossier à un autre médecin. Ainsi la loi de dépénalisation de l'euthanasie n'a pas prévu un droit général à obtenir une euthanasie, mais donne la possibilité sous certaines conditions de demander l'euthanasie. La loi de 2002 n'ouvre donc clairement pas à « un droit à l'euthanasie ».

DISCUSSION DES PROBLÉMATIQUES

Pour un nombre important d'auteurs, belges et internationaux, la question de l'euthanasie ou du SMA dans le cadre de troubles psychiques pose de nombreux écueils. Ces auteurs pointent avant tout le fait que la maladie mentale en elle-même peut induire la demande d'euthanasie du fait de sa symptomatologie (cas évident des dépressions sévères et mélancoliques).

Au Canada, sur base d'une revue de la littérature internationale, Sheehan *et al.* (2) développent les différents axes des débats liés à l'euthanasie et au SMA. Pour les défenseurs, la souffrance a toujours une même valeur qu'elle soit d'origine physique ou psychique. Pour les opposants, la souffrance intolérable, et en corollaire le désir de mourir manifesté dans une demande d'euthanasie, peut n'être *in fine* que le symptôme même de la maladie psychique. Il est souligné le fait que les symptômes cognitifs repérés dans les tableaux cliniques de dépression majeure incluent une « vision négative de soi, du monde, du futur, une perte d'espoir, une perte de croyance de possibilité d'amélioration, des sentiments de culpabilité et de perte d'estime de soi, avec le sentiment d'être une charge pour les autres ». Or ce sont ces mêmes éléments qui pourront - et devront - servir d'argumentation pour appuyer une demande d'euthanasie.

Le *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists* (RANZCP) soutient quant à lui que la souffrance psychique incurable est rare. Il précise aussi que pouvoir s'assurer qu'une personne souffrant de troubles psychiques a la capacité de discernement dans le cadre d'un SMA pose des difficultés majeures (3). Le RANZCP conclut en affirmant que selon lui la maladie psychiatrique ne devrait jamais être à la base d'un SMA.

Danuta Wasserman insistait lors du *European Congress of Psychiatry*, en avril 2019 à Varsovie, sur les recouvrements fréquents relevés dans la littérature internationale entre les tableaux de dépressions sévères et les demandes d'euthanasie ou de SMA, sur base des symptômes nodaux de la sphère dépressive (4).

D'autres auteurs font remarquer que l'on observe de nombreux points communs entre les demandes d'euthanasie ou de SMA et les conduites suicidaires : à chaque fois en effet « le désespoir, l'ambivalence, la recherche de la fin d'une souffrance et la présence d'un lien à l'autre comme nécessaire relation se retrouvent à l'avant-plan, ainsi qu'une temporalité marquée par la possible réversibilité du désir de mort » (5). De plus, de nombreux mécanismes psychiques de défense sont à l'œuvre dans de telles demandes de mort, mécanismes qui sont à entendre au niveau psychodynamique inconscient. Ces mécanismes peuvent inciter le patient à « vouloir décider de la valeur de sa vie, et de s'approprier sa mort en décidant la méthode, le lieu et l'instant » (5). Le rôle des soignants et intervenants sera alors de tenter, avec le patient, de saisir le sens inconscient de ces demandes, de les recontextualiser, de les revêtir de leur manteau d'humanité.

Une difficulté supplémentaire se présente aussi du côté des soignants, car des mécanismes inconscients existent aussi chez les soignants, qui peuvent ainsi se trouver en ces circonstances en conflit majeur avec les valeurs essentielles de leur profession.

La question de l'euthanasie pour souffrance dans le cadre d'une maladie mentale soulève une autre contradiction : dans nos sociétés occidentales, l'acceptation du suicide repose sur la notion d'un acte irrationnel engendré par la maladie mentale, ceci étant le seul compromis possible entre la notion de liberté individuelle et la sacralité de la vie (6). Ainsi pour l'OMS, le suicide est devenu un problème de santé publique par son inclusion dans le cadre de la maladie mentale. Et tous les gouvernements développent des budgets importants pour la prévention du suicide. Mais c'est cette même notion de maladie mentale qui est dorénavant nécessaire pour justifier une éventuelle demande d'euthanasie dans le cadre d'une souffrance insupportable d'origine purement psychique.

Quant au psychiatre, il est tenu d'une part de mettre tout en œuvre pour soulager la souffrance psychique et pour prévenir le suicide d'un patient - risquant sinon de s'exposer à une plainte pour non-assistance à personne en danger - et d'autre part il est attendu de lui qu'il puisse donner un avis concernant une demande d'euthanasie dans le cadre de ces mêmes souffrances psychiques susceptibles d'induire des idées suicidaires.

Un collectif de signataires belges du milieu médical, psychologique et philosophique pointe à ce sujet le risque d'impasse dans laquelle se trouverait acculé le clinicien : « jusqu'où vais-je continuer à m'investir en tant que clinicien avant de renoncer - puisque mon patient demande à mourir ? Cette question sape par avance le travail clinique, puisque seule la confiance implacable et inconditionnelle du thérapeute dans une possible amélioration de l'état du patient, quoi qu'il en soit, rend son travail possible (7) ».

Le problème épineux du diagnostic psychiatrique est couramment relevé, ainsi que la difficulté à prédire les pronostics en psychiatrie (6, 8) ; il est aussi mentionné que la classification internationale des troubles mentaux (DSM) ne permet pas de déterminer qu'une personne souffre d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable (8). Des divergences importantes se présentent aussi quand il s'agit de définir précisément quelles seraient les thérapies indispensables et utiles. Quant à l'incurabilité dans le cadre de la maladie mentale et de sa souffrance, une majorité d'auteurs concordent en pointant qu'il n'est pas possible de l'affirmer (2, 3, 6, 8, 9).

Reprenons à ce propos les termes du psychiatre J.L. Feys : « Lorsque l'on suit les gens sur de longues périodes, on est très souvent surpris par l'évolution des patients. Il y a des personnes qui, pendant des années, sont suicidaires, n'ont plus aucun intérêt à la vie, pour lesquels on est vraiment plutôt pessimiste et qui, à un moment donné, connaissent une évolution positive sans que l'on comprenne toujours le pourquoi. Dans les moments les plus pénibles, il est en tout cas nécessaire que quelqu'un, proche ou soignant, garde du désir de vie pour ces personnes » (9).

Comme le fait remarquer A. Bazan (10), « Le risque terrible, c'est d'euthanasier alors que la situation peut se rétablir ».

UN DÉBAT CONTROVERSÉ

Une autre dimension fréquemment relevée dans la littérature est celle de la dimension sociétale de la souffrance psychique liée à la stigmatisation de la maladie mentale dans nos sociétés. Associée au trouble mental, la question de la solitude liée à la difficulté de conserver une place relationnelle et professionnelle dans la société est une des causes majeures de la souffrance insupportable invoquée. Dans une société de plus en plus compétitive et axée sur la rentabilité, la solitude et l'exclusion entraînent une culpabilité et le sentiment d'être un poids pour la société (11), ce qui aggrave le sentiment d'isolement et la souffrance psychique. Et l'exclusion et la souffrance ajoutées à la maladie mentale peuvent ainsi favoriser l'émergence d'une demande d'euthanasie.

Au vu de cette désolidarisation croissante, des auteurs (12) mettent à juste titre en cause l'organisation de la société et appellent à sa nécessaire restructuration fondamentale, car inductrice de la souffrance menant à une demande de fin de vie. Cependant, contradictoirement, ces auteurs reprennent la même dimension sociétale comme argument en faveur de l'euthanasie, car la société ne serait pas à même de supprimer et de prévenir activement ces inégalités dans un « délai raisonnable ». Accéder alors à une demande de

mourir par absence de délai raisonnable, serait-ce plus raisonnable ?

Dans le très dense avis n° 73 du 11/09/2017 du Comité Consultatif de Bioéthique Belgique (CCBB), concernant l'euthanasie dans le cadre de patients hors phase terminale, de souffrance psychique et d'affections psychiatriques, on est frappé par les nombreuses et radicales divergences entre les membres même de ce comité (13). En ce qui concerne le caractère inapaisable des souffrances, pour certains membres de cette commission, la législation laisse à tort une marge pour l'euthanasie en cas de souffrance psychique vu l'absence flagrante de consensus tant sur la démontrabilité du caractère incurable de la souffrance psychique que sur l'exigence que plus aucun traitement ne soit possible. Le refus d'un possible traitement par le patient est aussi évoqué : pour certains membres cela signifie de toute évidence que la condition légale de situation médicale sans issue n'est pas satisfaite, et que donc l'euthanasie ne peut être autorisée ; d'autres membres soutiennent le contraire : la nuance est de taille.

Un autre grand point de dissensus vise le diagnostic de polypathologie : pour certains membres, il y aurait là le risque d'un glissement éventuel vers l'usage croissant d'un diagnostic globalisé de polypathologie qui inclurait une série de maux et souffrances diverses (cas très fréquent à un âge avancé), y compris les souffrances psychiques, sans nécessité de pronostic vital à court terme. Ce glissement métonymique pourrait mener à une légitimation de plus en plus banalisée de la demande d'euthanasie¹. Enfin, il est relevé par des membres de la Commission le risque important de la médicalisation progressive des problèmes sociaux, avec l'euthanasie comme « solution » à cette dimension sociétale, comme décrit précédemment.

Dans un article au titre interpellant (14), F. Martens évoque les dérives potentiellement graves du cadre de la loi belge, pointe la banalisation inquiétante de pratiques dites de statut d'exception, et réattire notre attention sur le péril pour l'éthique de la solidarité, base de notre société. En ce sens, il est utile de rappeler qu'à de très nombreuses reprises ces dernières années, des débats extrêmement houleux surgissent dans les médias, belges et internationaux, au sujet du cadre limite de la loi belge dans le contexte de l'euthanasie pour seule souffrance psychique, celle-ci pouvant ouvrir la voie large à l'interprétation².

Pour conclure, dans un livre passionnant - et effrayant -, le philosophe J.F. Braunstein nous met en garde vis-à-vis de la perte de sacralité de la mort et de sa mutation en problème technique sur lequel pourra se prononcer un quelconque Comité « d'experts » (16). La seule question qui prévaudrait alors sera de savoir quelle vie sera encore déclarée digne d'être vécue, ou pas.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS DU 27 AVRIL 2019

Le Conseil national de l'Ordre des Médecins, au vu de la problématique spécifique des patients psychiatriques, recommande (avis daté du 27 avril 2019) la plus grande rigueur dans ces situations et propose au corps médical quelques directives déontologiques comme fils conducteurs en cas de demande et de pratique de l'euthanasie de patients psychiatriques (17). Le Conseil propose ainsi entre autres que les médecins consultés se réunissent **physiquement**, insiste sur la **nécessaire durée de suivi** d'un programme de traitement, et réinsiste sur le fait que **l'appréciation de la capacité de discernement du patient psychiatrique n'est pas évidente vu que les troubles psychiatriques peuvent nuire à la capacité du patient à exprimer sa volonté** (d'où l'impérieuse nécessité des avis psychiatriques).

CONCLUSION

Déjà en 2005, le Professeur J. Massion, dans un article décryptant la loi belge relative à la dépénalisation de l'euthanasie (18), concluait son article en pointant la nécessité de marquer des balises en droit à l'égard de la fin de vie des plus faibles, et entre autres des malades mentaux, alors même qu'ils sont le plus en droit d'attendre protection de la société ; société qui si elle glisse progressivement vers un défaut de solidarité, pourrait augmenter le risque de dérives futures et donc mener à des formes graves d'exclusion, de domination, d'injustice et de manque de respect de la personne humaine. Les nombreux remous et débats publics des dernières années, souvent largement relayés par les médias, ne font hélas que confirmer cette inquiétude.

Les récentes directives déontologiques du Conseil national de l'Ordre ne changent en rien la loi mais incitent à une application extrêmement prudente et rigoureuse. En ce sens, elles sont un signal clair et important.

RECOMMANDATIONS PRATIQUES

La loi belge relative à la dépénalisation de l'euthanasie présente des risques de dérive en ce qui concerne la maladie mentale. Le corps médical doit veiller à une application extrêmement prudente, nuancée et rigoureuse.

1 Sur ce diagnostic de polypathologie, l'analyse des chiffres transmis lors des rapports bisannuels de la Commission Fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie (CFCEE) pose effectivement question : on y observe lors du rapport bisannuel de 2004-2005 une valeur de 1% de troubles mentaux et de 3% de polypathologie, comme diagnostics invoqués dans les euthanasies déclarées à la Commission ; on remarque ensuite une augmentation progressive des troubles mentaux jusqu'à atteindre lors du rapport de 2012-2013 la valeur de 4% des euthanasies déclarées contre 5% pour la polypathologie. Et depuis lors, la valeur des troubles mentaux décline (3,1 % en 2014-2015 et 1,8 % en 2016-2017) alors que la polypathologie explose littéralement (9,7 % en 2014-2015, et 16,4 % en 2016-2017 : soit plus de 300 % en quatre ans !), les autres catégories diagnostiques restant stables et le nombre d'euthanasies déclarées continuant à augmenter de façon globalement linéaire. L'évolution tout à fait inexplicable de ces chiffres est suffisamment marquée pour que la question mérite d'être soulevée et analysée dans le futur.

2 Citons ici la plainte déposée auprès de la Commission Européenne des Droits de l'Homme - CEDH - par Tom Mortier, fils de Godelieve de Troyer, euthanasiée en 2012. Plainte jugée recevable par la CEDH en janvier 2019 et qui devra se prononcer sur le respect des critères de la loi (15).

RÉFÉRENCES

1. <http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/loi/2002/05/28/2002009590/justel>
2. Sheehan K, Gaiend K.S and Downar J. Medical assistance in dying: special issues for patients with mental illness. *Curr Opin Psychiatry*. 2017; 30:26-30.
3. RANZCP, Physician assisted suicide, Position statement 67, February 2016. https://www.ranzcp.org/Files/Resources/College_Statements/Position_Statements/PS-67-Physician-Assisted-Suicide-Feb-2016
4. Wasserman D. End of the Life Care, Ethical Consideration, Workshop: Ethical Challenges Are an Unavoidable Part of Practice in Psychiatry: How Do We Deal With That in the Best Possible Way ?, 27th European Congress of Psychiatry, EPA 6-9 april 2019, Warsaw, Poland.
5. Chastang F, Omnès C, Védrette J et Walter M. Fins de vie médicalisées: quelles positions pour le psychiatre ?. In: *Fins de vie, éthique et société*, 712-719, Emmanuel Hirsch éd., ERES, Poche - Espace éthique, Toulouse, 2016.
6. Van Wijnen daele R. L'Euthanasie et le suicide: entre l'éthique médicale et l'interrogation philosophique. In: *Acta Psychiatrica Belgica* 2018; 118/1: 46-50.
7. Bazan A, et al, Collectif de signataires. L'euthanasie pour souffrances psychiques: un cadre légal discutable et des dommages sociétaux. In *Le Soir-Plus*, 09/09/2015.
8. Van Leuven F. La complexité de la maladie mentale au défi de la loi sur l'euthanasie. In: *Acta Psychiatrica Belgica* 2017; 117/1: 30-43.
9. Feys J-L, cité par Hovine A. Euthanasie: quand le patient n'en peut plus de vivre. In: *La Libre Belgique*, 29/07/2015.
10. Bazan A. L'experte: Le risque terrible, c'est d'euthanasier alors que la situation peut se rétablir. In *Le Soir-Plus*, 10/01/2019.
11. Aubry R. Fin de vie, éthique et progrès. In: *Nouvelles formes de vie et de mort: une médecine entre rêve et réalité*, 135-150, Etudes freudiennes, hors-série, 2011.
12. Verhofstadt M, Thienpont L, Peters G-J, Chambaere K. Demande d'euthanasie: nature et importance de la souffrance insupportable des patients psychiatriques. *Neurone*. 2018; 23 (1): 15-19.
13. Avis n° 73 du Comité de Bioéthique. <https://www.health.belgium.be/fr/avis-ndeg-73-euthanasie-dans-les-cas-de-patients-hors-phase-terminale-de-souffrance-psychique-et>
14. Martens F. Graves dérives dans la pratique de la loi sur l'euthanasie en Belgique. In *blogs.mediapart.fr*, 30/03/2018.
15. Soumois F. Les juges européens vérifient la légalité d'une euthanasie de patient belge. In *Le Soir-Plus*, 10/01/2019.
16. Braunstein J-F. L'euthanasie et la banalisation de la mort. In: *La philosophie devenue folle*, 184-208, Grasset, 2018.
17. Ordre des Médecins - Conseil national, Bulletin n° 165, avis du 27 avril 2019 <https://www.ordomedic.be/fr/avis/conseil/directives-deontologiques-pour-la-pratique-de-l-euthanasie-des-patients-en-souffrance-psychique-a-la-suite-d-une-pathologie-psychiatrique>.
18. Massion J. L'exception euthanasique en droit belge. *Louvain Med*. 2005; 124 (7): 238-245.

CORRESPONDANCE

Dr. MARC BRUSSELMANS

Clinique Fond'Roy / Epsilon asbl
Unité des Troubles de l'Humeur
Avenue Jacques Pastur 49, B-1180 Uccle
m.brusselmans@epsilon.be