

# Psychiatrie et aide active à mourir : de l'acharnement autonome au délitement de la solidarité

Février 2023

Pr Roger GIL

*Directeur du site picto-charentais (Poitiers) de l'Espace de Réflexion Ethique  
Nouvelle-Aquitaine*

Les dépressions, les états de stress post-traumatiques ne sont pas les seules affections neuropsychiques, donc n'engageant pas le pronostic vital, qui peuvent conduire en Belgique, aux Pays-Bas, à accepter une demande d'euthanasie<sup>1</sup>. Dans le dixième rapport aux Chambres législatives (années 2020-2021) de la Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie<sup>2</sup>, sur les 102 cas d'euthanasies belges pour affections psychiatriques, on relève un peu plus d'un tiers de dépressions, 10% d'états de stress post-traumatiques incorporant des « deuils pathologiques », 15% de schizophrénies, d'autres troubles délirants et de troubles du spectre de l'autisme, et un tiers environ de troubles de la personnalité et du comportement, sans autres précisions.

En dissociant dans leurs indications euthanasiques l'incurabilité et l'engagement du pronostic vital, en amalgamant les causes physiques et les causes psychologiques de souffrances, ces pays ont fait le choix d'accepter d'ôter la vie dans des situations qui pourtant posent un double problème, l'un scientifique, l'autre éthique.

Sur le plan scientifique qui peut affirmer l'incurabilité définitive d'une affection psychiatrique ? Qui peut affirmer le caractère définitivement incurable des troubles présentés par les personnes atteintes de maladies mentales ? La clinique et le diagnostic psychiatrique sont des exercices difficiles qui ne bénéficient en règle pas de l'apport diagnostique d'examens complémentaires qu'il s'agisse de l'imagerie ou de la biologie. Les maladies psychiatriques résistantes doivent toujours conduire à des interrogations sur le diagnostic initial et appellent à recourir pour les cas les plus difficiles à des discussions collégiales pouvant aboutir à solliciter l'avis de centres experts. La lecture du dernier billet éthique<sup>3</sup> montre que de telles démarches n'ont rien à voir avec la procédure belge ou néerlandaise qui

---

1 La Suisse qui a dépénalisé le suicide assisté sauf s'il procède d'un « mobile égoïste » (comme un héritage), permet de facto le suicide assisté pour motif psychiatrique, le recours préalable à un avis psychiatrique s'étant imposé par l'usage. Par ailleurs les quelque Etats qui, aux USA, ont dépénalisé l'assistance médicale au suicide, l'interdisent en cas de trouble mental. Voir M Brusselmans, « Maladie mentale: porte ouverte vers l'euthanasie », *Louvain Médical* 138, n° 09 (2019): 539-43 et Centre National des soins palliatifs et de la fin de vie, Aide active à mourir : panorama des législations dans le monde ; 23 mars 2021. <https://www.parlons-fin-de-vie.fr/aide-active-a-mourir-panorama-des-legislations-dans-le-monde/>

2 Service public fédéral, Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie, Dixième rapport aux chambres législatives (années 2020-2021).

3 Roger Gil : Euthanasie et dépression : La Belgique est-elle vraiment un modèle ? Janvier 2023, Billet éthique N° 108.

quête des avis psychiatriques successifs dont l'orientation tient non pas à un débat contradictoire collégial mais à la possibilité de trouver les deux avis positifs qui permettent de proclamer que la loi organisant l'euthanasie a été respectée. Comment considérer que le dégoût de la vie et les tendances suicidaires d'une personne dépressive sont l'expression d'une volonté éclairée alors qu'ils sont les manifestations mêmes de la maladie ? Comment comprendre que cette jeune fille, atteinte d'un stress post-traumatique après avoir été bouleversée par un attentat terroriste ait pu être euthanasiée alors même qu'elle aurait refusé la chance d'un traitement psychiatrique spécialisé. Quant aux idées délirantes, comment considérer les seules souffrances psychiques qu'elles pourraient entraîner et non l'inventaire exhaustif des ressources thérapeutiques disponibles ? Et c'est ainsi que ces interrogations scientifiques portant sur le diagnostic, le pronostic et le traitement de maladies mentales deviennent des interrogations éthiques.

Il ne faudrait pas croire cependant que les opinions publiques belge et néerlandaise soient totalement passives et que nombre de psychiatres ne s'interrogent pas. Les médias relaient les situations critiques qui de diverses manières, ont franchi la barrière de l'anonymat. Les journaux scientifiques publient des travaux sur ces sujets. L'une des dernières situations relayée à la fois par la grande presse et par la presse scientifique a eu peu d'écho, sans doute en raison de la pandémie. Il s'agissait d'un homme de 36 ans qui se plaignait depuis dix ans d'épisodes psychotiques décrits comme des hallucinations auditives envahissantes qui s'imposaient à lui et qui après une rémission étaient depuis huit ans devenues permanentes ; ces hallucinations auditives répétaient des chants de son enfance. Elles finirent par altérer son moral, résistaient aux traitements antipsychotiques. Devenant insupportables, le sujet contacta le Centre expert pour l'euthanasie pour solliciter une aide active à mourir. Le Centre retient le caractère insupportable et incurable des souffrances mais la loi impose un second avis psychiatrique et c'est alors que le malade consulte le Dr Batalla, responsable d'une unité de diagnostic des psychoses au Centre médical et universitaire d'Utrecht. L'observation experte réalisée par le Dr Batalla et son équipe constitua pour ce malade une chance inouïe d'échapper à une mort programmée. En effet une évidence s'imposa ! Il ne s'agissait pas en fait d'hallucinations mais de pensées dites intrusives, en somme d'obsessions qui assiégeaient et infiltraient toutes ses pensées. La différence était de taille et échappait pourtant à tout examen d'imagerie et à tout examen biologique. Car les troubles obsessionnels peuvent être améliorés par des traitements spécifiques et non par des neuroleptiques qui, eux, peuvent améliorer les hallucinations. Le Dr Batalla prescrivit l'une de molécules potentiellement actives dans les obsessions<sup>4</sup> : une amélioration notable survint en trois semaines ; il fut ensuite associé au médicament une psychothérapie sous forme d'une thérapie cognitivo-comportementale et en quelques semaines la rémission fut totale. Le malade retira alors sa demande d'euthanasie. L'équipe du Dr Batalla publia cette observation en 2020 ; la personne restait en bonne santé mentale avec 9 mois de recul<sup>5</sup>. La survie de cet homme n'a tenu qu'à un fil !

La question fondamentale posée aujourd'hui au monde psychiatrique, à l'opinion publique, aux structures éthiques nationales et internationales, aux gouvernants et aux législateurs est bien celle de savoir s'il est éthiquement acceptable, en dissociant l'aide à mourir du contexte

---

4 en l'occurrence le citalopram.

5 S. M. P. van Veen et al., « Last-Minute Recovery of a Psychiatric Patient Requesting Physician-Assisted Death », *Psychiatric Services (Washington, D.C.)* 71, n° 6 (1 juin 2020): 621-23, <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900489>.

de la phase terminale d'une maladie, d'ouvrir le champ de l'euthanasie aux affections mentales en dépit de la complexité et de l'incertitude<sup>6</sup> du diagnostic et du pronostic. Comment est-il possible de considérer un sujet prisonnier des manifestations de sa maladie comme autonome alors que l'amélioration des troubles lui permettrait de recouvrer son authentique autonomie et d'abandonner comme dans le cas exposé ci-dessus, toute demande d'euthanasie ? A quel moment devait-on considérer Ulysse sur la route d'Ithaque comme autonome ? Quand envoûté par le chant des sirènes, souffrant d'une insupportable frustration, il exigeait que ses compagnons le détachent du mât pour plonger dans la mer, rejoindre les sirènes et en mourir ? Ou plutôt quand, le bateau s'éloignant du chant mortifère des sirènes, il retrouva alors son authentique autonomie et put poursuivre son voyage jusqu'à son île d'Ithaque<sup>7</sup> ? Comment ne pas souligner l'absence de consensus sur des outils d'évaluation des capacités de discernement et sur le concept même de souffrances psychiques insupportables livrées à la subjectivité des examinateurs<sup>8</sup> ?

Pourtant certains travaux néerlandais de « philosophie médicale », pointent l'attitude discriminatoire que représenterait le refus d'accéder à une demande d'euthanasie de personnes atteintes de dépressions résistantes, ce qui équivaldrait à un manque de considération à l'égard de leurs souffrances<sup>9</sup> ! De telles propositions sont vivement contestées. Résumer l'égalité à sa définition la plus basique (le même traitement pour tous) induit un acharnement autonome qui vise les plus vulnérables en méconnaissant l'équité, c'est-à-dire les besoins spécifiques de chacun. Et c'est alors que la société court le risque de voir s'effriter la solidarité<sup>10</sup>. Ainsi au Canada dont une partie de l'opinion publique et psychiatrique est très éprouvée par l'évolution possible de la législation sur l'euthanasie aux maladies mentales, une vaste étude de la littérature internationale a été réalisée par une équipe psychiatrique<sup>11</sup>. Elle montre les conséquences majeures d'une telle extension de l'euthanasie sur la prévention du suicide et sur la pratique psychiatrique, elle pointe qu'une fois une telle législation introduite, elle devient pratiquement irrévocable. S'agissant d'une législation visant des personnes malades, il incombe à la communauté scientifique et, en particulier, à ceux qui la préconisent de démontrer rigoureusement que ce changement profite aux patients *et* ne cause pas de préjudices qui l'emportent sur ces avantages. Ils notent que les gouvernements qui vont de l'avant se fondent principalement sur « des conjectures d'experts sélectives dans un vide

---

6 Une étude collaborative de psychiatres belges et flamands, concernant 100 malades belges consécutifs demandeurs d'une euthanasie, a montré que 90% des malades avaient plusieurs diagnostics psychiatriques. 35 patients ont vu leur demande aboutir et sont morts (28 au domicile, 7 en institution). Les auteurs pointent le manque de clarté dans la définition et les outils d'évaluation de « souffrances insupportables » : la Belgique ne dispose pas de lignes directrices qui pourraient guider la réflexion sur un protocole clinique d'une demande d'euthanasie établie sur la base de souffrances mentales insupportables : Lieve Thienpont et al., « Euthanasia Requests, Procedures and Outcomes for 100 Belgian Patients Suffering from Psychiatric Disorders: A Retrospective, Descriptive Study », *BMJ Open* 5, n° 7 (1 juin 2015): e007454, <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007454>.

7 Homère. *L'Odyssée*.

8 L Guérinet et M Tournier, « La pratique de l'euthanasie et du suicide assisté pour motif psychiatrique », *L'Encéphale* 47 (2021): 246-53.

9 Udo Schuklenk et Suzanne van de Vathorst, « Treatment-Resistant Major Depressive Disorder and Assisted Dying », *Journal of Medical Ethics* 41, n° 8 (août 2015): 577-83, <https://doi.org/10.1136/medethics-2014-102458>.

10 Brusselmans, « Maladie mentale: porte ouverte vers l'euthanasie ».

11 Mark Sinyor et Ayal Schaffer, « The Lack of Adequate Scientific Evidence Regarding Physician-assisted Death for People with Psychiatric Disorders Is a Danger to Patients », *The Canadian Journal of Psychiatry* 65, n° 9 (1 septembre 2020): 607-9, <https://doi.org/10.1177/0706743720928658>.

de preuves scientifiques et cela devrait soulever de sérieuses préoccupations indépendamment de leurs croyances personnelles et / ou professionnelles sur cette question complexe et importante ». D'autre part une abondance d'informations sur des comportements suicidaires (y compris les suicides de célébrités)<sup>12</sup>, entraînent dans la population une contagion suicidaire<sup>13</sup> tout particulièrement quand les informations relayées et martelées exaltent la détermination suicidaire ou la libre disposition de son corps. Les lignes directrices préconisées par l'OMS dans les stratégies de prévention recommandent également d'inclure de l'information sur le rôle de la maladie mentale traitable, des précisions sur les lieux, les institutions, les associations susceptibles d'écouter et d'aider les personnes tourmentées par des pensées suicidaires. Et reste à promouvoir sans cesse un message d'espoir : le suicide est évitable<sup>14</sup>.

Pourrait-on imaginer que dans l'avenir et dans les pays ouvrant l'euthanasie aux personnes atteintes de maladies mentales, l'aide active à mourir soit une option préconisée pour des situations psychiatriques difficiles ?<sup>15</sup>

A ce jour, parmi les sociétés savantes, l'Association américaine de Psychiatrie, en lien avec l'Association médicale américaine a adopté une position claire en estimant qu'un « psychiatre ne doit pas prescrire ou administrer tout produit ayant pour but de provoquer la mort d'une personne malade qui n'est pas en phase terminale<sup>16</sup> ». Le *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists* (RANZCP)<sup>17</sup> a adopté la même position et, soulignant l'évaluation de la capacité de discernement dans le cadre d'une demande de suicide médicalement assisté, soutient que la souffrance psychique ne devrait jamais conduire à un suicide médicalement assisté. Quant à l'Association des psychiatres canadiens, elle a choisi résolument de ne pas choisir, ce qui provoque de vifs débats dans la communauté psychiatrique canadienne<sup>18</sup>.

---

12 Thomas Niederkrotenthaler et al., « Association between Suicide Reporting in the Media and Suicide: Systematic Review and Meta-Analysis », *BMJ (Clinical Research Ed.)* 368 (18 mars 2020): m575, <https://doi.org/10.1136/bmj.m575>.

13 dénommé effet Werther du nom de l'inflation suicidaire survenue chez les jeunes hommes en Allemagne et à travers l'Europe après la publication de *Goethe Les chagrins du jeune Werther* en 1774 : David P. Phillips, « The Influence of Suggestion on Suicide: Substantive and Theoretical Implications of the Werther Effect », *American Sociological Review* 39, n° 3 (1974): 340-54, <https://doi.org/10.2307/2094294>.

14 Organisation mondiale de la Santé (OMS) *Prévenir le suicide : une ressource pour les professionnels des médias - mise à jour 2017*. Organisation mondiale de la Santé, 2017.

15 Paul S. Appelbaum, « Physician-assisted death in psychiatry », *World Psychiatry* 17, n° 2 (juin 2018): 145-46, <https://doi.org/10.1002/wps.20548>.

16 APA Official actions. Position Statement on Medical Euthanasia ; décembre 2016. <https://www.psychiatry.org>.

Voir aussi MS Komrad ; APA Position on medical euthanasia ; *Psychiatric Times*, 34, 2. 25 février 2017. <https://www.psychiatristimes.com/view/apa-position-medical-euthanasia>

17 RANZCP, Physician assisted suicide, Position statement 67, February 2016

18 L'association des psychiatres du Canada a adopté une position ambiguë et alambiquée, écrivant par exemple que « Les psychiatres seront pleinement conscients des principes médicaux éthiques qui ont trait à l'AMAM. Ils ne devraient pas laisser leurs opinions ou préjugés personnels influencer les patients qui désirent envisager l'option de l'AMAM pour faire face aux affections irrémédiables » et encore que « Les psychiatres qui évaluent l'admissibilité à l'AMAM doivent mener avec rigueur les évaluations de la capacité et l'identification des symptômes de trouble mental qui sont susceptibles d'influencer sur la prise de décision » : Gary Chaimowitz et al., « Medical Assistance In Dying: Aide médicale à mourir », *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie* 65, n° 9 (septembre 2020): 664-67, <https://doi.org/10.1177/0706743720919299>. Cette position ou plutôt cette non-position est qualifiée « d'agnostique » par d'autres psychiatres qui remarquent que « L'Association canadienne de psychiatrie n'est pas obligée de prendre une position morale, mais elle doit plaider en faveur de preuves scientifiques adéquates pour informer les politiques publiques. Sa prise de position est une

Le débat doit être ouvert. Il doit concerner celles et ceux qui traitent, soignent et accompagnent ces personnes de tous âges dont la santé mentale est souffrante. Il doit, au-delà, concerner chaque citoyenne, chaque citoyen.

---

abdication de cette responsabilité : Sinyor et Schaffer, « The Lack of Adequate Scientific Evidence Regarding Physician-assisted Death for People with Psychiatric Disorders Is a Danger to Patients ».

©Roger Gil : Psychiatrie et aide active à mourir : de l'acharnement autonome au délitement de la solidarité, février 2023, Billet éthique N°109.