

COURRIER

EUTHANASIE POUR SOUFFRANCE PSYCHIQUE

Un cadre légal discutabile et des dommages sociétaux

Le texte ci-dessous est signé par un collectif de 39 professionnels de soins (liste sur demande). Les premiers signataires sont Ariane Bazan, Gertrudis Van de Vijver, Willem Lemmens, Noémie Renuart. « Ce texte n'est pas écrit à partir d'une quelconque conviction idéologique ou religieuse, ni pour ni contre, mais a comme intention de transcender les différentes opinions idéologiques liées à la question de l'euthanasie. »

La loi sur l'euthanasie indique que le patient doit se trouver « dans une situation médicale sans issue et faire 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 » ; si l'un ou l'autre critère n'est pas rempli, la situation n'est pas insurmontable. Le médecin doit donc pouvoir objectiver que la souffrance « ne peut être apaisée » et qu'elle résulte d'une affection « incurable », faute de quoi, il agirait contre la loi.

Nous avons appris cet été (*De Morgen*, 20/06/2015) que Laura, 24 ans, a reçu l'aval pour une euthanasie pour seule raison de dépression existentielle et chronique. Ceci pose la question flagrante de la légalité d'une euthanasie qui n'intervient pas dans le cadre d'une maladie incurable. Son cas n'est pourtant pas isolé : le Dr Distelmans, co-président de la Commission de contrôle, rapporte qu'il y a eu, en 2013 et 2014, 50 à 60 cas d'euthanasie pour seule raison psychique insurmontable (*Humo*, 24/03/2015). Or, le caractère inapaisable de la souffrance mentale ne peut être constaté : il n'y a pas de paramètres mesurables – ni prélèvement de tissu, ni élément du comportement – qui pourraient l'objectiver. Le Dr Distelmans mentionne alors deux critères relatifs aux patients : ils souffrent depuis longtemps et ils seraient « en fin de parcours thérapeutique ». Ces critères ne tiennent pas la route. Il arrive fréquemment en clinique que des patients qui ne voyaient plus aucune perspective aillent finalement mieux et développent une vie satisfaisante. Il existe aussi de nombreux exemples de personnes qui, après un très long et très pénible cheminement, se rétablissent soudainement – pas toujours grâce à une thérapie d'ailleurs, mais parfois grâce à des événements imprévus. Certains d'entre eux en ont témoigné, comme la Norvégienne Amhild Lauveng qui, dans *Demain j'aurais folle*, décrit comment, après des années de collocation pour cause de schizophrénie, elle s'est remise et a repris une vie satisfaisante ; le Britannique Chris Patterson, également, après

des années de dépression grave, a accidentellement perdu la moitié d'une jambe pendant un voyage de ressourcement et a surmonté sa dépression dans le cours de cette expérience (*The Independent*, 31/07/2015). Inversement, c'est le propre de la souffrance psychique que de ne pas voir de perspectives. En d'autres termes, l'impression d'absence de perspectives n'enseigne rien sur le pronostic de la souffrance psychique.



▲ «Le médecin doit pouvoir objectiver que la souffrance « ne peut être apaisée. »

Nous sommes donc d'avis que le cadre légal relatif à l'euthanasie pour seule raison psychique est discutabile : la décision de la mort n'est fondée que sur une appréciation d'ordre subjectif. Dans ce cas, les termes de la loi ne permettent pas de déterminer précisément les conditions dans lesquelles l'euthanasie est une infraction, ni de ce fait, de cerner clairement les cas où la responsabilité pénale du médecin sera ou non engagée. Cette incertitude juridique pose problème sur le terrain du principe de légalité.

En outre, nous voulons pointer les effets potentiellement dommageables de l'euthanasie pour détresse psychique. Le Dr Distelmans (*De Morgen*, 20/06/2015) soutient que cette option est indispensable puisque « tant qu'il y aura des gens qui iront se jeter sous un train ou du haut d'un immeuble à appartements, [cela veut dire] que l'eutha-

nasie est encore un sujet trop tabou ». Nous mettons en garde contre le réel danger qu'impliquent cette pratique et sa publicité. Il est cliniquement peu probable que l'euthanasie attire des candidats au suicide qui optent pour une forme démonstrative ou violente de cet acte. La forme du suicide est un élément constitutif de son message, qui, dans de tels cas, serait perdu avec l'euthanasie. Inversement, par contre, il n'est pas

improbable que la couverture médiatique de cette pratique (valorisant, par exemple, le dernier repas avec les intimes) amènera certaines personnes, qui jusque-là reculaient devant les aspects violents, solitaires et/ou compliqués du suicide, à choisir la mort. Il est inconcevable d'attribuer à l'Etat, ou d'attacher à l'effet d'une loi, la tâche de persuader les individus de préférer la mort.

La pratique de l'euthanasie pour détresse psychique, ainsi que sa couverture médiatique, vont de plus susciter des effets pervers en amont dans la prise en charge clinique. La proclamation de nouvelles catégories de patients, par exemple, comme ceux dits « en souffrance insupportable », ou « en fin de parcours thérapeutique » a des effets paradoxaux. L'existence même de cette nouvelle rhétorique amènera les soignants, ainsi que les patients eux-mêmes,

plus rapidement à l'idée qu'« il ne faut plus investir dans cette personne [en moi] », ou encore que « pour cette personne, nous avons tout essayé ». En particulier, dans les cas de désespoir, le (lourd) travail clinique ne peut être maintenu lorsque l'on tient ouverte la possibilité de l'euthanasie. Dans ce cas, une question est mise *a priori* en perspective : jusqu'où vais-je continuer à m'investir en tant que clinicien avant de renoncer – puisque mon patient demande à mourir ? Cette question, en point de mire, s'apaise 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.

Ce texte n'est pas écrit à partir d'une quelconque conviction idéologique ou religieuse, ni pour ni contre, mais a comme intention de transcender les différentes opinions idéologiques liées à la question de l'euthanasie.

Ariane Bazan, Prof. Psychologie Clinique, Université Libre de Bruxelles (ULB) ; **Gertrudis Van de Vijver**, Prof. Philosophie Moderne et Philosophie des Sciences, Université Gent ; **Willem Lemmens**, Prof. Ethique et Philosophie Moderne, Université Antwerpen ; **Noémie Renuart**, Assistante en Droit Constitutionnel et Libertés Publiques, Université de Namur ; **Dan Kaminski**, Prof., Ecole de Criminologie, Université Catholique de Louvain (UCL) ; **Pierre Mertens**, Artiste & Psychothérapeute Child-Help, International Federation For Spina Bifida & Hydrocephalus, NICC, Art & Society ; **Marc Calmeyn**, Psychiatre, Hôpital Psychiatrique Onze-Lieve-Vrouw, Bruges ; **Georges Otte**, Neuropsychiatre, Médecin-chef Clinique Psychiatrique Dr. Guislain, Gand ; **Jean-Louis Feys**, Médecin-chef CP St Bernard- Managè ; **Lieven Lagae**, Prof. Pédiatrie neurologique, Katholieke Universiteit Leuven ; **Olivier Lins**, juriste ; **Jan De Volder**, historien ; **Kristien Wouter**, médecin, Institut de Médecine Tropicale ; **Luc Van Melkebeke**, psychiatre & spécialiste en réadaptation, Gand ; **Wim Galle**, analyste, président du Gezelschap voor Psychoanalyse en Psychotherapie ; assistant praticien à la Faculté de Psychologie, Université Gent ; **Jean-Pierre Verbelen**, Prof. em. Biologie, Université Antwerpen ; **Herman De Dijn**, HIW (KUL) ; **Luc Vandecasteele**, médecin généraliste, Gand ; **Björn Waerlop**, Psychologue, Centre Psychiatrique Gand-Sleidinge ; **Sarah Vande Walle**, Psychologue, pratique privée, Deinze ; **Ludi Van Bouwel**, Psychiatre/psychothérapeute, UPC KU Leuven, campus Kortenberg ; **Jos Vandecappelle**, Psychiatre à la retraite, Schilde ; **Karel Lamberts**, psychothérapeute, Bruxelles ; **Léo Jadot**, Psychiatre, psychothérapeute, sexologue, Bruxelles ; **Jan De Lepeleire**, Prof., médecin généraliste, KUL & Centre psychiatrique universitaire, KUL ; **Julien Quackelbeen**, Prof. em. Psychologie Clinique, Université Gent ; **Johan Taels**, Prof. Ethique, Université Antwerpen ; **Michel Ghins**, philosophe (UCL) ; **Etienne Montero**, Doyen de la Faculté de droit, UNamur ; **Claire Rommelaere**, Chercheuse au CIDES (Centre Interdisciplinaire Droit, Ethique et Sciences de la Santé), Université de Namur ; **Jean-Benoît Linsmaux**, Psychiatre, psychothérapeute (pratique privée), responsable Unité du Sommeil et Electrophysiologie GHDC – Charleroi ; **Peter Vuylsteke**, Oncologue, chef de service Namur **Georges Castour**, médecin de famille, Ostende **Timothy Devos**, Prof. Faculté de Médecine, KUL, hématologue-interniste, UZ Leuven ; **Filip Kolen**, Psychothérapeute, Gand ; **Jacky Botterman**, Oncologue, Chef de service médical, Soins palliatifs, AZ St-Lucas, Gand **Filip Buekens**, Prof., Centre de Philosophie Analytique, Katholieke Universiteit Leuven & Tilburg, Institute for Logic and Philosophy of Science (TILPS) ; **Nicolas Vanderlinden** ; maître de conférence en psychologie (ULB) ; **Benoit Beuselincq**, Oncologie Médicale Générale UZ Leuven algemene medische oncologie (UZ Leuven)