

L'euthanasie pour souffrance psychique en Belgique : le soin inconditionnel ou la mort

Euthanasia for mental suffering in Belgium : Unconditional care or death

Ariane Bazan, professeur de psychologie clinique et psychopathologie à l'Université de Lorraine (UL), Interpsy EA4432, et à l'Université libre de Bruxelles (ULB) ; campus Lettres et Sciences Humaines de Nancy - Université de Lorraine, 23Boulevard Albert 1^{er}, 54000 Nancy, Ariane.Bazan@univ-lorraine.fr

Résumé : Le pilier objectif de la loi Belge de 2022 qui dépénalise l'euthanasie en cas de souffrance insupportable est que la situation médicale doit être sans issue, résultant d'une affection incurable. Or, il est impossible d'objectiver l'incurabilité d'une souffrance mentale : à la différence de la souffrance du corps, le décours de celle de l'âme est imprédictible et peut se retrouver (soudainement) renversé par les événements de vie, y compris par l'adversité. Par ailleurs, pour la souffrance psychique, les options thérapeutiques ne sont jamais épuisées puisque selon les standards scientifiques, c'est la personnalité du thérapeute et non le type de thérapie qui est décisif pour la prise en charge psychique. Ensuite, l'idée que l'affection soit « résistante à la thérapie » traduit la difficulté du modèle biomédical de faire avec la souffrance mentale grave et mélancolique, quand le patient doit mettre à mal le cadre et même le thérapeute pour s'assurer de son engagement inconditionnel. Cette loi, souvent défendue pour le droit à l'autodétermination par une classe moyenne aux assises établies, est largement utilisée par des patients plus vulnérables, parce que « mals dans leur peau », parfois sous pression et parfois (très) jeunes, donnant paradoxalement un grand pouvoir d'ingérence à l'institution médicale. Finalement, le renversement des éthiques de vie et de mort, que la loi implique, est inquiétant.

Mots-clés : éthique, euthanasie, loi, soin, souffrance mentale.

Abstract : The objective pillar of the Belgian law of 2022, which decriminalizes euthanasia in cases of unbearable suffering, is that the medical situation must be hopeless, resulting from an incurable disease. However, it is impossible to objectify the incurability of mental suffering : unlike the suffering of the body, the course of this suffering is unpredictable and can be (suddenly) reversed by the events of life, including adversity. Moreover, for mental suffering, the therapeutic options are never exhausted since, according to scientific standards, it is the personality of the therapist and not the type of therapy that is decisive for psychological care. Secondly, the idea that the condition is 'therapy resistant' reflects the difficulty of the biomedical model to deal with severe and melancholic mental suffering, when the

patient has to undermine the setting and even the therapist to ensure his/her unconditional commitment. This law, often defended for the right to self-determination by an established middle class, is widely used by more vulnerable patients, who are more often insecure, sometimes under pressure, and sometimes (very) young, paradoxically giving a great power of interference to the medical institution. Finally, the reversal of the ethics of life and death implied by the law is worrisome.

Keywords : care, ethics, euthanasia, law, mental suffering.

La loi belge de 2002 sur l'euthanasie indique que « le médecin qui pratique une euthanasie ne commet pas d'infraction s'il s'est assuré que la demande est formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée, et qu'elle ne résulte pas d'une pression extérieure ; que 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 ». En ce qui concerne la situation médicale, la logique de la loi repose sur trois éléments. La souffrance doit être jugée constante, insupportable et inapaisable : c'est le pilier subjectif, l'autorité de cet élément est du côté du patient, c'est lui qui juge de sa souffrance. L'adjectif « subjectif » n'est donc ni minimalisant ni relativisant, mais indique que c'est ce qui revient au patient. L'autre pilier, l'aspect objectif, est le fait que le patient doit se trouver dans une situation médicale sans issue : l'autorité revient à la discipline médicale, c'est elle qui doit établir le caractère incurable. En troisième lieu, la logique de la loi veut que ce soit l'élément objectif (l'affection grave et incurable) qui cause l'élément subjectif (la souffrance insupportable).

La critique radicale que je formule à l'encontre de cette loi est la suivante : il n'est en aucun cas possible d'objectiver, médicalement ou autrement d'ailleurs, la dimension « sans issue » de la situation en cas de souffrance mentale. De même, toutes les interprétations alternatives de cette incurabilité, que ce soit par les qualifications d'« intraitable », de « résistant à la thérapie », ou par la description « en fin de parcours thérapeutique », sont invalides. Le large soutien dont bénéficie la loi auprès de la population s'explique par l'importance accordée au droit à l'autodétermination. Or, paradoxalement, l'euthanasie pour souffrance psychique octroie en réalité un grand pouvoir à l'institution médicale. Ce grand pouvoir et la constatation qu'elle s'exerce aussi sur une population potentiellement vulnérable (patients parfois jeunes, mentalement et/ou socialement vulnérables) engendrent une combinaison inquiétante, voire alarmante.

L'incurable versus le dynamique

Le problème fondamental en ce qui concerne cette loi pour la souffrance psychique est le pilier objectif, le pilier de « la situation médicale sans issue ». Chaque clinicien peut témoigner de patients qui trouvent leur souffrance psychique sans espoir, et qui néanmoins cheminent vers une vie plus ou moins épanouie grâce à la thérapie, voire sans ; c'est même assez fréquent. Les changements, même grands, surviennent, y compris de façon inattendue et dans les situations à première vue difficiles, et ce n'est pas si exceptionnel dans les annales du soin mental. Le psychiatre belge Feys dit ainsi : « Il n'existe pas de données scientifiques permettant de conclure, à un moment donné qu'une pathologie psychiatrique est incurable ou qu'une situation est sans issue que ce soit à 24 ans, à 54 ans ou à 74 ans (...). Lorsqu'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 intérêt à la vie (...) et qui, à un moment donné, connaissent une évolution positive sans que l'on comprenne toujours le pourquoi » [12].

Dans une lettre que j'ai reçue, suite à mes interventions dans les médias à propos de l'euthanasie pour raison psychique, une personne témoigne qu'elle a traversé beaucoup d'épisodes de dépression suicidaire depuis l'enfance et ce jusqu'à il y a quelques années. Cette personne dit être très heureuse que personne ne l'ait mise sur la piste du « suicide par euthanasie » pendant ces périodes difficiles. Elle témoigne que quand elle traversait un épisode de dépression majeure, le désir de mourir était si grand que la souffrance qui y était associée à ce moment-là était insupportable – cependant, elle indique que ce désir de mort n'était qu'un symptôme de la maladie. Elle dit aussi avoir encore des sautes d'humeur, mais qu'heureusement, les plus grandes vagues sont passées et elle exprime combien elle est heureuse d'être toujours en vie.

La Norvégienne Arnhild Lauveng témoigne dans *Demain j'étais folle* comment après des années d'internement pour raison de schizophrénie, elle s'en est finalement remise et a pu reprendre une vie satisfaisante [13]. En ce qui concerne la souffrance mentale, les changements peuvent survenir soudainement et de façon contingente, sans rapport entre (le contenu de) la parole du patient et son pronostic. Le mécanisme de rétablissement peut être particulièrement imprévisible, voire paradoxal : lorsqu'on est soudainement mis dans une situation de (grande) responsabilité, soit quand intervient de façon inattendue un « plus grand malheur », une plus grande privation, soit un malheur à un proche, il n'est pas exceptionnel de voir se rétablir des sujets dont la situation

aurait été jugée (trop facilement) sans perspective peu de temps auparavant. Le Britannique Chris Patterson, par exemple, a souffert pendant des années d'une intense dépression et pendant un voyage en bateau, qu'il s'était organisé dans une tentative d'auto-prise en charge, il perd accidentellement une demi-jambe et se remet alors de sa dépression [29]. Ce qui peut stabiliser de façon inattendue, et qui est de l'ordre de l'événement, bon ou mauvais – et qu'on pourrait appeler « suppléance » (dans le sens du *Littré*: « ajouter ce qui manque », mais aussi dans le sens psychanalytique : « ce qui stabilise ») – est à comprendre en contraste avec le concept de « résilience » : l'idée n'est pas de faire appel à des ressources insoupçonnées du sujet et qu'on lui attribue néanmoins, mais bien l'idée que ce qui peut le stabiliser n'est pas a priori identifiable, ni par le clinicien ni par le patient lui-même.

Au vu de l'interrogation de ce qui est objectivable en matière de souffrance mentale, ce potentiel dynamique n'est pas du tout étonnant. L'affection mentale ne va pas de pair avec des changements tissulaires repris dans une chaîne étiologique anatomo-pathologique : il n'y a pas, à l'origine de la souffrance mentale, un dommage tissulaire cérébral, qui donne lieu de façon linéaire à cette souffrance. Dans l'imagerie fonctionnelle, ce qui est objectivé quand, par exemple, un « état dépressif » est montré, qu'il s'agisse ou non de la souffrance, est toujours un contraste, une comparaison. Le plus souvent, pour rendre compte d'un état modifié dû à une affection comme la dépression, on demande à un sujet de faire une tâche bien précise, par exemple, se remémorer des souvenirs tristes et les différences entre l'état dépressif et l'état-contrôle induites par cette tâche sont reliées à l'affection. En d'autres termes, l'on met souvent en évidence les différences par une tâche d'induction – les différences sont donc dynamiques. Quand dans des méta-analyses sur des cohortes de patients des différences tous azimuts dans plusieurs structures cérébrales sont pointées, comme des « états de fait » de la dépression (non reliés à une tâche), il faut préciser que ces constats ne sont pas dirigés par une hypothèse pathogénique et ne font pas la différence entre les corrélations consécutives et celles qui pourraient contribuer à l'affection [30, ex. 6]. On est loin de l'objectivation de dommages incurables à l'origine de la souffrance psychique. Par ailleurs, dans le débat du rapport entre l'esprit et le cerveau, nous avançons dans l'histoire de la pensée vers une émancipation progressive de l'esprit : l'ambition localisationniste s'est déplacée de structures vers des trajectoires (e.g., la trajectoire thalamo-corticale pour la plupart des fonctions cognitives), vers des réseaux et des « hubs » (e.g., le réseau du mode par défaut) et finalement vers une « localisation » oscillatoire.

Cebolla et Chéron évoquent cette image parlante d'une « poignée de main » entre une oscillation *bottom-up* et une oscillation *top-down* à l'origine de la prise de conscience [7, p. 3]. En d'autres termes, si l'instanciation du psychique a une forme de correspondance directe au niveau du neuronal, elle est peut-être à chercher dans des oscillations d'oscillations. Le mental, y compris dans son instanciation neuronale, est dynamique au carré.

L'intraitable versus l'inconditionnel

Dans la mesure où l'incurabilité est difficile à objectiver, ce critère est parfois remplacé par le jugement selon lequel le patient serait arrivé au bout du parcours thérapeutique, ou que sa souffrance serait intraitable. Le raisonnement tenu est fallacieux. Il semble qu'il qualifie d'abord une impossibilité de la psychiatrie moderne de composer avec les psychopathologies mélancoliques, avec les problèmes existentiels, nous y reviendrons.

Mais, en s'abstenant de formuler ce jugement, l'argument en soi ne tient pas selon les logiques mêmes du modèle biomédical. En effet, avant de procéder à une euthanasie, par exemple en cas de cancer, toutes les molécules, au pouvoir thérapeutique scientifiquement documenté, doivent d'abord être essayées. Or, l'élément thérapeutique par excellence, reconnu par une tradition de recherche de plusieurs décennies en psychothérapie, est l'alliance thérapeutique. Les thérapeutes qui réussissent forment de solides alliances thérapeutiques et sont capables d'inciter les patients à accepter le traitement et à travailler avec eux. Les qualités personnelles telles que la flexibilité, l'honnêteté, le respect, la confiance, l'assurance, la chaleur, l'intérêt et l'ouverture se sont avérées contribuer positivement à cette alliance. Une revue de la littérature scientifique révèle comment les qualités et techniques personnelles du thérapeute favorisent la réparation des ruptures au sein de l'alliance [1]. Une méta-analyse de 79 études confirme que l'importance de l'alliance thérapeutique est modérée et constante [17]. En fait, les différences de résultats entre les thérapeutes utilisant le même modèle se sont avérées 2 à 3 fois plus importantes que les différences entre les modèles. Cet effet bien connu est l'effet thérapeute [27] : de tous les facteurs thérapeutiques, l'effet thérapeute est le meilleur prédicteur du résultat thérapeutique, alors qu'aucun type de modalité thérapeutique n'est supérieur à un autre [15]. Si maintenant l'idée est de traiter la pathologie mentale selon les mêmes logiques que la pathologie somatique et en utilisant les mêmes standards scientifiques (les traitements reconnus selon les preuves scientifiques), alors il y aurait l'obligation théorique pour le patient de passer d'abord par tous les thérapeutes disponibles. Comme

ceci n'est pas possible en pratique, si le modèle biomédical se veut loyal envers ses propres critères et ne pas se montrer plus laxiste pour la souffrance psychique que pour la souffrance somatique, il devrait conclure qu'il est virtuellement impossible de dire qu'un patient a épuisé toutes ces options thérapeutiques.

Le fait que la conclusion – il faut consulter d'abord tous les thérapeutes disponibles – soit en même temps implacable et impossible révèle l'incohérence logique de l'euthanasie pour raison psychique. Mais même la version « diluée » de cette constatation n'est ni vérifiée ni pensée dans l'application de cette loi en cas de souffrance psychique. Par exemple, dans l'évaluation d'une demande d'euthanasie pour raison psychique, il sera vérifié que le patient ait suivi plusieurs types de thérapies (psychothérapies, médicaments, hypnose, thérapie de groupe, etc.), mais non une diversité de *psychothérapeutes*, que ceux-ci appliquent ou non différents types de thérapie d'ailleurs. Le caractère absurde de la conclusion révèle aussi cette terrible vérité : pour que le patient ait des chances d'aller mieux, tout dépend du hasard du thérapeute qu'il rencontre sur son chemin – du thérapeute ou plus généralement de l'autre qui croise ou non le chemin de sa vie...

Une autre alternative pour objectiver de façon indirecte l'incurabilité est de qualifier le patient, ou sa condition, comme « résistant au traitement » (e.g., [21, 23]). Depuis l'avènement du modèle biomédical en psychiatrie, il y a eu un lent changement de garde dans les institutions thérapeutiques : les chefs de clinique et les cliniciens de formation en sciences humaines se sont vus remplacés par une nouvelle garde à l'esprit positiviste et au modèle anatomo-pathologique. Sans penser que le modèle « sciences humaines » soit la panacée pour la maladie mentale, je propose néanmoins que ce sur quoi nous butons, avec l'euthanasie pour raison psychique, est l'inadéquation du modèle biomédical face au désarroi psychique, et en particulier face au désespoir. Dans son application stricte, le modèle biomédical ne peut travailler qu'avec les patients qui, au moins un tant soit peu, désirent aller mieux, désirent guérir ou peuvent être convaincus ou éduqués à l'importance du soin. Or, l'essence même de la maladie mentale lourde, quand les traumatismes sont lourds et/ou répétés, quand la dépression est existentielle ou mélancolique, est que le patient n'est pas sûr de vouloir écouter, voire pas sûr de vouloir se laisser convaincre de « guérir » ou de vivre. À juste titre, le psychiatre hollandais Jim van Os déclare ainsi : « Plus vos problèmes psychologiques sont graves, moins vous avez de chances d'être aidé. Aux urgences de l'hôpital, (...) le patient le plus grave est aidé en premier. Cela fonctionne en fait dans l'autre sens dans les soins de santé mentale »

[24]. En effet, quand les problèmes psychiques sont graves, les cliniciens sont mis à mal : souvent, le patient va tenter de subvertir le dispositif clinique, de transgresser le cadre. C'est d'ailleurs à peu près sa seule chance de traverser son mal-être : il doit mettre à l'épreuve le thérapeute. En effet, il n'y aura que l'*acting-out* potentiellement disruptif qui pourra lui prouver que l'engagement du thérapeute dans l'alliance thérapeutique est effectivement inconditionnel. L'inconditionnel c'est le fond de caisse que nous donnent nos parents pour que nous puissions prendre notre envol dans la vie. Un nombre d'entre nous n'a pas eu ce fond, ou n'en a pas eu assez, ou la vie le leur a repris. La thérapie peut être une nouvelle chance quand le thérapeute se prête à cet exercice : le patient vérifie si même quand il est « insupportable » – qu'il dispute le thérapeute, voire cherche à le blesser, qu'il ne respecte pas le cadre, voire cherche à toucher le thérapeute au niveau de sa vie privée –, et même quand par tous les moyens qui sont les siens il montre combien la proposition thérapeutique ne prend pas (« voici x sessions/mois/années, que nous travaillons ensemble et depuis que je vous vois, je ne fais aucun progrès/je vais de pire en pire »), le clinicien continuera à l'investir, à l'aimer et ce, aussi longtemps qu'il le faudra. En d'autres termes : pour le mal profond, seul l'inconditionnel peut soigner. La résistance à la thérapie est alors la thérapie, et non son ratage. Le thérapeute qui en prend la mesure compose avec cette subversion pour donner une chance à son patient.

Or, précisément, le médical forclôt l'inconditionnel dans le soin psychique. L'organisation des soins de santé mentale, calquée en grande partie sur le modèle médical, est partitionnée, spécialisée, compartimentée, c'est-à-dire, d'abord et surtout, conditionnée. Ces conditions se rattachent en particulier au diagnostic et à l'état du patient. En médecine, rien de plus logique, mais dans le soin de l'âme, le fait d'être renvoyé d'un clinicien à un autre, d'être renvoyé d'un certain lieu de soins, d'un certain rapport de soins, voire d'y être refusé, mine le ressort mental du patient. Je propose que la parole du patient « si je ne peux pas compter sur l'inconditionnel, alors je préfère la mort » soit le reflet de cette expérience d'une accumulation de refus, de rejets et d'abandons, ou de ce qu'il a vécu comme tel, et que cette parole de la forclusion de soi, est une réponse à la forclusion de l'inconditionnel que devrait représenter l'autre : « puisque tu me jettes, je me jette et je te jette en même temps ».

L'inpaisable versus l'amour

Le fait que la loi fasse si grand débat et que l'idée de l'euthanasie, y compris pour raison psychique, reçoive un tel assentiment auprès de la population

belge, est intimement lié au droit à l'autodétermination. L'opinion générale du grand public est de l'ordre de : « Finalement, que l'état du patient soit ou non incurable importe peu, si la personne a décidé que ça peut s'arrêter là pour elle, elle doit avoir droit à une mort digne ». En Belgique, la loi sur l'euthanasie psychique a un assentiment parce qu'elle est détournée pour rendre possible le suicide assisté selon sa définition philosophique : la décision intime et singulière de la personne d'en finir. Le fait que la loi clame qu'il faille un avis médical sur l'incurabilité, mais que dans le fond il est accepté que cet avis n'a qu'un caractère formel et très relatif, cause un grand nombre de problèmes.

D'abord, de façon paradoxale et non problématisée, loin de lui donner de l'autonomie, la loi réinstaure le patient dans une relation de grande dépendance au médecin. Voici l'extrait d'un témoignage d'une euthanasie pour raison psychique [9] : « Pas beaucoup plus tard, à neuf heures le médecin qui effectuera l'euthanasie vient comme convenu. Christophe lui demande une dernière fois “ne peux-tu vraiment pas promettre qu'il est encore possible de me guérir?”. “Désolé, gamin, mais nous avons tout fait à mes yeux”, répond le médecin, “donc, je ne peux pas te promettre ça”. “D'accord, je vais donc m'allonger maintenant”, dit Christophe calme ». Cette question sur l'assurance de la non-curabilité peut donc encore être posée au tout dernier moment : loin d'être anodine, elle peut effectivement participer à la décision du patient. Dans un autre dossier, j'ai pu lire que la confirmation d'un diagnostic d'autisme par le psychiatre, assurant au patient qu'il devra toujours marcher sur les pointes des pieds, et fournir des efforts plus importants que les autres pour arriver à un résultat moindre quand il s'agira de se mettre en rapport avec les autres, et donc quand il exercera le métier choisi, a participé à son désespoir, et à sa décision d'euthanasie. En réalité, loin de l'idée d'autodétermination, cette loi confère donc au corps médical un pouvoir de vie ou de mort. Oscar Wilde, dans *L'Importance d'être Constant* [28], ne pensait pas si bien dire quand, à la question « De quoi Bunbury est-il mort? », il fait répondre à Algernon : « Ses médecins ont compris que Bunbury ne pouvait plus vivre – donc Bunbury est mort » ; et Lady Bracknell de rajouter, non sans sarcasme : « Il semblait avoir une grande confiance dans l'opinion de ses médecins. »

Il est de notoriété publique qu'en 2008 un écrivain belge très célèbre, Hugo Claus, sachant qu'il était atteint de démence, a choisi le suicide assisté. L'opinion publique pourrait penser à l'instar de cet exemple que la loi sur l'euthanasie pour raison psychique peut permettre à une population d'un certain âge, bien en pouvoir de ses moyens (décisionnels, de raisonnement, de juge-

ment), bien entourée et bien conseillée, de décider du sort de sa vie même dans les pires circonstances. La réalité de l'euthanasie pour raison psychique est, au moins partiellement, différente. Dans une publication de 2015 [23], 100 patients ambulatoires d'une clinique psychiatrique en Belgique avec une demande d'euthanasie étaient suivis entre octobre 2007 et décembre 2011. Les diagnostics les plus fréquents pour un tel type d'euthanasie étaient la dépression (n = 58, dont 10 avec un trouble bipolaire), dont est précisé « la plupart... résistant au traitement »; ensuite viennent les troubles de la personnalité (n = 50) avec en premier lieu le trouble de la personnalité limite, tandis que 29 patients avaient les deux. Il s'agit aussi d'une majorité de femmes et il y a des cas à partir de 18 ans (communication personnelle d'un psychiatre; 77 % de femmes à partir de 21 ans dans [26], p. 55). Un autre témoignage anonyme explique en détail comment la proposition « avez-vous déjà pensé à l'euthanasie ? » leur avait été faite par un soignant dans le cadre d'un groupe thérapeutique pour jeunes filles dans un centre psychiatrique – alors qu'elles n'avaient pas encore atteint la majorité. Plusieurs témoignages (e.g. [5, 11, 16, 25]) montrent combien la décision peut venir après un parcours en psychiatrie où le patient – souvent la patiente d'ailleurs – s'est vu renvoyé.e de service en service, d'institution en institution, avec un sentiment d'abandon répété qui peut s'apparenter à une retraumatisation.

La réalité peut donc être très différente de celle qu'une classe moyenne s' imagine en se référant à elle-même et à ce qu'elle souhaiterait si un jour elle avait besoin de sortir « dignement » de la vie. Cette loi, défendue par une classe moyenne aux assises bien établies, est en réalité largement utilisée par des patients bien plus vulnérables, parce que souvent mal dans leur peau et parfois sous pression et parfois (très) jeunes. Il est étonnant d'ailleurs de voir la psychiatre Lieve Thienpont, activiste de l'euthanasie pour souffrance psychique, prendre précisément note de cette position de vulnérabilité : « Mme Thienpont a également reproché aux patients de ne pas décrire les événements avec précision. “Ces patients sont très désespérés, stressés”, dit-elle. “Ils disent des choses qui ne sont pas toujours correctes.” » [8], tout en défendant l'idée que seule la parole du patient compte, y compris pour juger de l'incurabilité [2]. Souvent ces patient.e.s disent d'ailleurs explicitement « je ne veux pas mourir », mais en ajoutant « mais je ne veux plus souffrir ». Ironiquement, cette loi, conçue comme un confort, est utilisée comme une porte de « secours » pour des patient.e.s qui ne s'y retrouvent pas dans le paysage d'offre de prise en charge d'une psychiatrie qui persiste à appliquer le modèle biomédical envers et contre

tout, quitte à penser que la mort administrée puisse être une offre thérapeutique possible, voire même honorable.

« Pour Ariane Bazan, une maladie psychique n'est pas incurable », titrait un article paru dans le quotidien belge *Le Soir* du 15 février 2016 [20]. Or, l'idée n'est pas tant qu'aucune maladie mentale n'est incurable, mais bien que la conviction intime et sincère qu'un avenir meilleur est possible pour le patient, contribue substantiellement à ses chances de rétablissement. Ou, qu'en d'autres termes, et en paraphrasant Descartes, l'espoir contribue à la probabilité de l'accès à un ailleurs. Même s'il ne s'agit pas d'une détresse à cause mentale, un extrait de *La Maladie de Sachs*, un film de Michel Delville (1999), donne vie à ce principe. Voici un extrait de certains dialogues :

Mr. Deshouillères : « Pouvoir guérir ma femme, je n'y comptais pas, mais avec les recherches, le progrès, je croyais quand même qu'on allait trouver quelque chose. »

Docteur : « On sait comment la maladie évolue, mais on ne sait pas la guérir. »

Mr. D : « Mais surtout je voulais vous dire, le jour où on est allé vous voir pour la première fois, vous vous souvenez, on sortait de chez le Dr. Jardin. Ma femme, elle n'en pouvait plus, elle s'était mise à pleurer comme je ne l'avais jamais vu pleurer. Elle lui avait dit : "Docteur, faites quelque chose." Il avait répondu : "Madame Deshouillères, je ne peux plus rien pour vous." C'est là que ma femme a dit : "On va aller voir le nouveau docteur." Ma femme vous a tout raconté et moi comme elle, on a bien vu que vous étiez choqué par ce qu'avait dit le Dr. Jardin. Vous avez dit, je m'en souviendrai toute ma vie : "Quelle que soit la maladie, on peut toujours faire quelque chose." Et quand on est parti, elle allait mieux. Elle a marché jusqu'à la voiture sans que je la soutienne, et pendant 15 jours je ne l'avais jamais vue comme ça depuis le début de sa maladie. Elle a pris courage, elle souffrait moins. Elle a même cuisiné plusieurs fois. Et j'y ai cru, vous savez, et elle aussi. Je voulais vous dire que ces 15 jours-là, elle vous en a toujours été reconnaissante, et moi aussi. »

De façon bien plus radicale pour la souffrance psychique, le patient n'a de chance de s'échapper à lui-même et à ses courts-circuits, que si le clinicien – ou l'autre de la rencontre – est en effet un ailleurs, un autre. L'autre de l'empathie – ou en termes psychanalytiques, l'autre du processus primaire – n'est que l'autre imaginé, c'est-à-dire, construit, pensé, désiré par moi. Il est le prolongement de moi-même. « Je veux mourir », pense le patient. « Le patient sait qu'il veut mourir », pense le clinicien. « Le médecin sait que ma situation est sans issue », pense le patient. Dans ces courts-circuits sans étonnement, qui pourraient faire arrêt à l'évidence, le patient et le clinicien restent dans ce qu'ils s'imaginent que l'autre pense et ne se rencontrent jamais. De ce fait, il n'y a plus

rien à dire, plus rien à raconter. «J'ai eu tellement de conversations avec des personnes ayant une demande sincère d'euthanasie que je peux vraiment faire la distinction entre les questions où il y a encore des possibilités et celles où la question est vraiment compréhensible malgré toutes les bonnes et persistantes tentatives de prise en charge», m'écrivait un collègue à ce propos en 2017. Il propose pouvoir «vraiment faire la distinction» sans l'espace d'un doute qui ouvrirait sur une réflexion éthique situationnelle [3]. L'autre de l'altruisme, de l'ailleurs – l'autre du processus secondaire – est l'autre surprenant, le véritable autre. C'est l'autre qui «ne comprend pas sans mots», mais qui invite: «Vous voulez mourir, racontez-moi». Nombre de cliniciens, psychiatres (e.g. [19, p. 28]) et psychologues, en Belgique, témoigne du chantage à la mort que leur imposent maintenant parfois leurs patients: «Obtenez rapidement des résultats car j'ai dans ma poche, grâce à un parcours parallèle, mon droit à l'euthanasie, que je peux faire appliquer à tous moments». Face à cette impasse mortifère, j'ai proposé au passé [4] l'ultime de l'inconditionnel, que j'ai appelé «principe de Shéhérazade»: alors que certains cliniciens, même en cas de souffrance existentielle continuent à proposer des rendez-vous séparés de plusieurs semaines (ex. un mois entre deux rendez-vous pour Emily [10]), il s'agit pour le clinicien sous une telle pression de proposer des rendez-vous – si besoin, brefs – mais extrêmement rapprochés. Il s'agit dans certaines situations critiques de réinviter le patient à continuer *chaque lendemain* à raconter son histoire. Le clinicien devient une Shéhérazade qui peut tenir le patient en haleine: «Ce point précis de ce que vous m'avez raconté m'a étonné, dites-m'en plus.» Le principe serait alors le retour de ce qui a d'abord été forclos: là où le système de prise en charge a exclu cet inconditionnel de l'écoute patiente, il s'agit de le réinstaurer de la façon la plus extrême sous la pression de ce chantage à la mort, que ce système a lui-même engendré.

L'inversion des logiques de vie et de mort

L'éthique de la vie est celle qui reconnaît que les raisons de vivre ne peuvent être que subjectives et partiales, et que pour qu'une exception puisse être faite, les raisons doivent en être dûment objectivées. En effet, nous vivons par la grâce du fait que nous nous séduisons mutuellement à la vie, et vivre n'est possible qu'à partir de cet arbitraire partiel. Le suicide, tout en étant un droit que le sujet peut prendre, n'est pas pour autant un droit qu'un autre puisse octroyer. Rien ne nous dédouane de l'obligation que nous avons les uns par rapport aux autres à cette invitation mutuelle à la vie. Le poète et essayiste hollandais

Joost Zwagerman, qui s'est suicidé en 2015, dit ainsi : « Chacun a le droit de se laisser aller vers l'abîme. Mais par rapport à ce droit je veux poser l'obligation de mener l'aspirant-suicidant vers d'autres pistes », tout en ajoutant : « Le suicide doit rester une entreprise difficile » [18]. L'euthanasie pour maladie somatique incurable et insupportable est une exception qui doit s'étayer par une documentation médicale objective sur l'incurabilité de la condition médicale.

Dans l'euthanasie pour raison psychique, il y a une inversion, somme toute terrifiante, de ces logiques. Quand la psychiatre Lieve Thienpont [22, p. 29] dit : « Nous connaissons le patient psychiatrique chronique avec un diagnostic grave, par exemple la schizophrénie, qui vit sa vie année après année, hôpital après hôpital, sous médication, seul, sans travail ni occupation significative du temps. Quand un tel patient veut mourir, nous n'avons plus grand-chose à dire », elle établit implicitement une liste qui doit étayer les critères d'une vie digne. Quand un psychologue me dit au sujet du cas de Tine Nys, qui fut euthanasiée à l'âge de 38 ans pour raison de souffrance mentale insupportable [14], que la rupture amoureuse qu'elle avait vécue en fin de vie était une « énième preuve de ne pas pouvoir vivre dignement », il suggère qu'une vie amoureuse *in fine* réussie contribue à rendre la vie digne. Pour ces cliniciens, il semble pensable d'énumérer, voire simplement d'identifier, ce qui de façon objective rend digne une vie. Dans le cas de l'euthanasie pour raison psychique, on assiste donc à une inversion des logiques de vie et de mort, puisque le discours propose d'objectiver les raisons de vivre, et d'octroyer la mort sur base de critères subjectifs. Il est à craindre que ce retournement – cette perversion – déboulonne les ressorts même du vivre ensemble.

Conclusion

Quelle que soit la façon dont est déclinée l'idée que la souffrance psychique serait sans perspective, il faut y opposer les fondements de la vie mentale : l'incurable s'oppose au caractère éminemment dynamique du mental, l'intraîtable au principe qui devrait être le fondement de la prise en charge mentale, notamment l'inconditionnel, et l'inaispaisable à l'ailleurs ou à l'alternative, que devrait représenter l'autre. Pire, cet autre, dont il est fallacieux de penser qu'il serait éliminable, peut facilement devenir l'autre mortifère, s'il renonce à ce rôle d'ailleurs. Il n'y a donc aucun moyen de dire a priori qu'une souffrance mentale, qu'elle soit sévère ou non, serait sans perspective. De ce fait, la loi sur l'euthanasie pour souffrance psychique ne peut s'appliquer. Son détournement pour rendre possible le suicide assisté fragilise le champ de la prise en

charge psychique et, loin d'être majoritairement appliquée dans une population socialement et mentalement robuste qui réclame le droit à l'autodétermination, elle s'applique en majorité dans un public socialement et mentalement fragile, parfois (très) jeune et souvent féminin. De façon amère, elle semble aussi représenter dans l'opinion publique une solution honorable pour un système de prise en charge structurellement défaillant face au désespoir et à la grande souffrance mentale.

Références

1. Ackerman S. J., Hilsenroth M. J. 2003. A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clin Psychol Rev* 23(1) : 1-33. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(02\)00146-0](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(02)00146-0)
2. Antonissen J. 2017. “Ik wil een perspectief bieden, ook als het over de dood gaat”. *Humo* 25 décembre.
3. Badiou A. 1993. *L'éthique. Essai sur la conscience du mal*. Paris : Éditions Hatier.
4. Bazan A. 2021. L'aide médicale à mourir en cas de troubles mentaux : leçons de l'expérience belge. *Options politiques* 6 mai. <https://policyoptions.irpp.org/fr/magazines/mai-2021/laide-medicale-a-mourir-en-cas-de-troubles-mentaux-lecons-de-lexpérience-belge/>
5. Beel V., Windels B. 2022. 'Ik gun mezelf de luxe om zachtjes te vertrekken.' *De Standaard* 12 novembre.
6. Castanheira L., et al. 2019. Neuroimaging correlates of depression—implications to clinical practice. *Front Psychia* 10 : 703. doi : 10.3389/fpsy.2019.00703
7. Cebolla A.nM., Cheron G. 2019. Understanding neural oscillations in the human brain : From movement to consciousness and vice versa. *Front Psychol* 10 : 1930. doi : 10.3389/fpsyg.2019.01930
8. Cheng M. 2017. “What could help me to die?” Doctors clash over euthanasia. *The Washington Post* 26 octobre.
9. Degryse I. 2014. Tussen woede, wanhoop en dood. *Knack* : 36, 22 octobre.
10. De Witte R., Van Nieuwenhove S. 2015. ‘We proberen de pijn voor elkaar te verlichten’. *Dag Allemaal*.
11. Gastblogger. 2017. Megje (1993-2017). Euthanasie bij psychisch lijden. 15 septembre. <https://www.psychosenet.nl/megje-euthanasie-bij-psychisch-lijden/>
12. Hovine A. 2015. Quand le patient n'en peut plus de vivre. *La Libre Belgique* 29 juillet.
13. Lauveng A. 2013. *Demain j'étais folle. Un voyage en schizophrénie*. Paris : Editions Autrement.

14. Lemmens W., Bazan A., Van de Vijver G. 2016. Een te soepel traject naar sterven. Tijd voor bezinning inzake euthanasie bij psychisch lijden. *De Standaard* 4 février.
15. Lynch M. M. C. 2012. *Factors influencing successful psychotherapy outcomes*. Retrieved from Sophia, the St. Catherine University repository website : https://sophia.stkate.edu/msw_papers/57
16. Maas S. 2015. ‘Het monster in mij wordt alleen maar groter’ – Laura, 24 jaar, fysiek gezond, krijgt deze zomer euthanasie. *De Morgen, Zeno* : 42-43.
17. Martin D. J., Garske J. P., Davis M. K. 2000. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68(3) : 438-450. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.438>
18. Pronk I. 2015. Joost Zwagerman: Zelfmoord moet moeilijk blijven. *Trouw* 8 septembre. <https://www.trouw.nl/nieuws/joost-zwagerman-zelfmoord-moet-moeilijk-blijven-bebe7cee/>
19. Renard H. 2017. ‘Er mogen geen vraagtekens meer bij worden gezet’. Gaan we te laks om met euthanasie bij psychisch lijden? *Knack* 1^{er} novembre : 24-29.
20. Soumois F. 2016. Ariane Bazan: « Une maladie psychique n’est pas incurable ». *Le Soir* 15 février.
21. Steinbock B. 2017. Physician-assisted death and severe, treatment-resistant depression. *Hastings Center Report*, September-October : 30-42.
22. Thienpont L. 2015. *Libera me. Over euthanasie en psychisch lijden*. Anvers : Editions Witsand.
23. Thienpont L. *et al.* 2015. Euthanasia requests, procedures and outcomes for 100 Belgian patients suffering from psychiatric disorders: A retrospective, descriptive study. *BMJ Open* Juillet 27 5(7) : e007454. doi : 10.1136/bmjopen-2014-007454
24. van Os J. 2021. Hoe zwaarder je psychische problemen, hoe kleiner de kans dat je geholpen wordt. *Pointer: Gezondheid en zorg, Hokjesdenken in de psychiatrie* 6 juin. <https://pointer.kro-ncrv.nl/hoe-zwaarder-je-psychische-problemen-hoe-kleiner-de-kans-dat-je-geholpen-wordt>
25. van Veen E. 2017. ‘Het leven is geen verplichting’ Mark (41), alcoholist, koos voor euthanasie. *De Volkskrant* 26 août.
26. Verhofstadt M. 2022. *Euthanasia in the context of adult psychiatry: Walking the tightrope between life and death*. Unpublished doctoral thesis. Vrije Universiteit Brussel, 2021-2022.
27. Wampold B. E., Imel Z. E. 2015. *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2^{ème} éd.). Oxfordshire : Routledge/Taylor & Francis Group.

28. Wilde O. 1895. *L'importance d'être Constant* (trad. WikiSource). https://fr.wikisource.org/wiki/L%E2%80%99Importance_d%E2%80%99%C3%AAtre_constant
29. Williams H. 2010. Losing a leg has made me a happier man. *The Independent* 15 juin.
30. Zhuo C. *et al.* 2019. The rise and fall of MRI studies in major depressive disorder. *Transl Psychiatry* 9: 335. <https://doi.org/10.1038/s41398-019-0680-6>

