

L'euthanasie en psychiatrie: s'engager sur un terrain glissant

Dr G. Otte

Il y eut une fois: un texte d'orientation revisité

Dans le texte d'orientation mis à jour des Frères de la Charité en Belgique concernant l'euthanasie en psychiatrie daté de Mars 2017, l'idée que la vie doit être défendue a perdu son caractère absolu. Cela ne veut néanmoins pas dire que les architectes de ce nouveau texte ne considèrent pas que ce soit important. Au contraire, ils le confirment catégoriquement: la protection de la vie est affichée comme une valeur première et fondamentale qui doit être sauvegardée, fondamentale mais pas absolue, dans la mesure où elle doit être considérée en relation avec d'autres valeurs comme la relation thérapeutique et surtout le respect de l'autonomie du patient. Pour étayer leur propos, les auteurs du texte esquissent avec précision un protocole à deux voies sous la forme d'un double parcours: d'une part et principalement, le « parcours de vie », mais d'autre part, l'écoute respectueuse des souhaits d'euthanasie des patients. Dans ce cadre se situe une évaluation scrupuleuse des éléments légaux tels que le caractère insupportable de la souffrance psychique, la persistance de la demande, le caractère désespéré de l'affection, moyennant une évaluation de tous les traitements passés et raisonnablement réalistes ou possibles. C'est seulement dans le cas où la deuxième voie prévaut nettement et durablement sur la première que – en contradiction avec la politique préconisée jusque là – l'euthanasie peut être pratiquée dorénavant selon les règles des Frères de la Charité.

Une inflexion ou un changement de cours radical ?

Bien que le Conseil d'Administration ne le perçoive pas ainsi, c'est pour beaucoup un véritable changement radical de politique par rapport à la situation précédente où une attention respectueuse et un dialogue actif avec le patient existaient par rapport à ses souhaits d'euthanasie, mais où l'on s'en tenait fermement à la règle fondamentale de l'organisation et de la congrégation, à savoir le respect absolu de la vie, le recours à l'euthanasie n'étant envisagé en aucun cas dans le cadre de l'institution.

Ceci n'a jamais été du goût des partisans acharnés de l'extension de la loi sur l'euthanasie existante aux patients déments et aux malades psychiatriques, qui ne trouvaient, à l'intérieur des murs des couvents et des institutions des Frères de la Charité, aucun appui. Or ils estimaient que le refus de l'euthanasie dans le cadre de l'institution était illégale et ont reçu un soutien bizarrement 'moral' dans une sentence judiciaire lors de laquelle une institution a été condamnée ((Maison de convalescence et de repos de Diest).

Quid des affections psychiatriques persistantes et incurables?

C'est un fait que les notions d'affections de longue durée ou de maladies incurables n'ont pas le même poids en psychiatrie et dans les pathologies somatiques, comme, par exemple, un cancer métastatique des poumons. On oublie souvent que ces concepts lourds de sens, directement issus du monde des soins palliatifs, sont difficilement applicables dans le monde non linéaire de la psychiatrie. La souffrance en psychiatrie peut être particulièrement lourde et sérieuse, sans que

l'issue soit pour autant prévisible ou linéairement négative.

Chaque praticien en psychiatrie ne sait que trop que la guérison ou l'amélioration de l'état peuvent apparaître soudainement et que des situations aujourd'hui désespérées peuvent ne plus l'être demain. La souffrance psychiatrique ne dépend par ailleurs pas uniquement de la pathologie en tant que telle, disons au sens des catégories du [Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux](#) dans lesquelles un patient est classé, mais aussi de beaucoup de facteurs de bien-être externes comme le logement et le travail, l'argent et les relations, l'acceptation sociale, la solitude, l'intégration sociale et surtout la stigmatisation. Beaucoup de patients psychiatriques ressentent encore tous les jours cette stigmatisation lancinante de notre société matérialiste à outrance comme un dénigrement persistant qui accentue encore davantage leur souffrance. Dès lors que la société leur propose ou leur facilite l'euthanasie comme une solution à leur souffrance, il semble qu'il y ait quelque chose de foncièrement - ou peut-on dire paradoxalement? - erroné dans le raisonnement.

Qui a droit à l'absolutisme?

La dignité de la vie, ne peut-elle donc plus être considérée comme un absolu à présent? « Non », répondent le Dr Distelmans et Cie, car l'autonomie du patient est la seule valeur absolue qui compte dans leur vision à eux de la société et qu'ils estiment que cette vision devrait être partagée par tout le monde. Il n'y a guère de place dans ce discours pour d'autres visions. *Imperator dixit.*

« Non », disent encore d'autres, car la relation thérapeutique est la seule valeur absolue qui compte dans une société moderne, et donc nous demandons l'abolition de la loi sur l'euthanasie et que l'euthanasie soit légalement reconnue comme un droit des patients (ce qui implique donc l'obligation légale de la pratiquer). C'est donc encore un grand pas en avant. Où commence l'euthanasie et où commence le suicide assisté? Double message : d'une part il faut tout faire pour éviter le suicide. Mais en même temps, il faut apparemment s'obliger à accompagner le désir de mort du patient. De tels paradoxes et inconsistances ne rendent pas le débat plus facile.

L'église au milieu du village ?

Cette initiative inattendue du Conseil d'Administration n'est-elle alors pas une sage tentative en vue de trouver une voie du juste milieu pour envisager, entre ces visions contradictoires de la société, une perspective équilibrée et sereine? Ne semble-t-il pas que les rédacteurs du texte d'orientation en question, aient cherché à dissocier, dans l'intérêt du patient, d'éventuels conflits potentiels, en y intégrant, comme dans un filet, des critères de prudence et de procédures sur le modèle néerlandais? L'on peut observer l'exploration de la même piste de réflexion dans le cadre de la VVP (Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie). Nous laissons la question ouverte et leur laissons le soin d'y répondre eux-mêmes, mais voulons quand même indiquer dès à présent que ce filet de sécurité n'est pas le parachute qui garantit un atterrissage en toute sécurité.

De la vie et de la mort, deux chevaux, un seul attelage?

Cette double voie, qui consiste à vouloir intégrer en parallèle, et d'ailleurs a posteriori, en même temps la vie et la mort, ressemble surtout assez nettement à un échafaudage intellectuel qui n'est pas dénué d'une certaine ambition et d'un brin de profondeur shakespearienne, mais qui témoigne hélas aussi d'une présomption (ou naïveté, si vous préférez) si l'on imagine que cela garantit un parcours sans fautes et parfaitement balancé. Car celui qui pense pouvoir, en même temps et de manière infallible, servir aussi bien deux maîtres (la vie et la mort), ne contracte pas un emprunt sans intérêts: cela finit, tôt ou tard, en catastrophe. Cocher des règles, critères et procédures n'est possible que dans un formalisme éthique administratif, mais ne pourra jamais garantir l'absence d'abus ou d'erreur fatale. Cela ne peut tout simplement pas fonctionner. Les règles et les procédures

peuvent toujours être contournées (cf. la débâcle des abattoirs), mais penser que le papier garantit la sécurité, c'est faire preuve d'une naïveté inimaginable. C'est d'ailleurs un des points bizarres de législation sur l'euthanasie actuellement en vigueur: la demande est examinée par la commission après l'exécution. Quand le cheval s'est sauvé, on ne ferme même plus l'écurie. Dans le contexte de soins médicaux privés, régis toujours davantage par des procédures impersonnelles qui génèrent chez les membres passionnés et pleins d'idéalisme du personnel médical plus de burn out qu'elles ne génèrent de guérisons chez les patients, l'illusion d'un contrôle et d'une sécurité ultimes n'est qu'une hallucination pour laquelle les directeurs des systèmes de soins de santé modernes ne veulent pas se laisser soigner.

S'il y a un facteur qui joue un rôle catalyseur primordial dans le rétablissement en psychiatrie, c'est bien l'espoir. Cet espoir est alimenté par le soutien thérapeutique et l'empathie des soignants, par leur présence inconditionnelle. Mais quand le patient se rendra compte que son thérapeute ou l'équipe soignante envisage activement de travailler aussi sur le scénario de l'euthanasie, il perdra toute confiance dans le caractère inconditionnel de cet espoir de guérison. Car le thérapeute aura beau prétendre que les chances de guérison existent, s'il envisage, ouvertement ou secrètement, un scénario d'euthanasie, ce sera pour le patient la preuve que l'espoir de guérison n'est pas réel et inconditionnel. En réalité, cela aura pour effet d'anéantir tout espoir, ce qui hypothéquera drastiquement ses chances de guérison. Le fait simplement d'envisager activement l'euthanasie devient une prophétie autoréalisatrice.

Pourquoi alors?

On ne comprend pas ce qui pourrait justifier ce changement de cap, et pourquoi ses auteurs persistent à dire que c'est une décision bonne et nécessaire. Car les motivations sont occultées. Nous voulons bien croire que l'intention est bonne, mais, comme le dit le proverbe, l'enfer est plutôt solidement pavé de bonnes intentions.

Sous prétexte d'être plus démocratiques que les autres, et en s'écartant du principe du respect absolu de la vie, ces auteurs se donnent l'air de laisser aux autres le soin de prêcher leur point de vue absolu de façon autoritaire.

Pourquoi la protection de la dignité de la vie doit être et rester un principe absolu?

Indépendamment du fait que cela dégénère rapidement, par-dessus de la tête du patient, dans un débat acharné entre deux visions de la vie, l'abandon du principe du caractère absolu de la vie n'est pas néfaste uniquement sur le plan individuel, mais aussi au niveau de la société tout entière.

Nous vivons en effet dans une société au sein de laquelle le caractère absolu de la protection de la vie occupe une place centrale dans la vision de la société de culture occidentale. C'est une société qui accorde à ses citoyens le droit à l'intégrité physique et qui assume le devoir de la préserver. Nous considérons que chaque vie doit être préservée, y compris celle du bourreau le plus horrible de l'EI, du terroriste, du tueur en série, du pédophile, de celui-là même qui, égoïstement, de manière préméditée et sans aucune repentance, prive d'autres de ce droit essentiel à la protection de la vie. Nous ne tuons pas ces gens, même si nous avons horreur de leurs méfaits. Nous ne nous laissons pas aveugler par le désir de vengeance et ne leur ôtons pas la vie, précisément parce que nous sommes convaincus que chaque vie implique une dignité intrinsèque. Ils méritent de rester en vie, et nous ne les privons pas non plus de tout soin essentiel, soins médicaux et bien-être élémentaire.

Nous nous opposons en termes absolus à la peine de mort effective, quelque monstrueuses qu'aient été les méfaits commis.

Vous ne commettrez pas de meurtre

En effet, le législateur persiste à considérer que tuer son prochain est un crime. Mais il admet que le médecin puisse, sous certaines conditions juridiquement bien déterminées, exécuter un acte de mise à mort. Si ceci est correctement accompli dans un cadre légal, le médecin n'est pas poursuivi pour meurtre ou pour homicide volontaire. L'euthanasie n'est donc pas un droit, car cela entraînerait une obligation correspondante de la pratiquer, ce qui conduirait à encore davantage de paradoxes. Ceux qui plaident pour l'obligation pour le médecin de pratiquer l'euthanasie ne sont manifestement pas au courant ni de l'esprit, ni de la lettre de la loi. L'euthanasie n'est donc certainement pas un acte médical qui peut être intégré dans une extension d'un arsenal thérapeutique.

De la protection absolue à la protection relative de la vie?

Quand on abandonne le principe de la protection absolue de la vie, la clé de voûte de notre société, on aboutit à une protection relative, sans doute fondamentale, mais à peser en fonction de certaines normes de dignité. Ces normes sont néanmoins très variables en fonction de la mentalité de la société, et peuvent conduire rapidement à des interprétations variables selon la subjectivité correspondante (Professeur De Dijn).

Pourquoi ne puis-je pas décider de ma propre mort?

Nous vivons dans une société qui évolue à grands pas vers une désolidarisation croissante et le solipsisme. La confrontation avec la souffrance, le déclin, la mort, l'inévitable caractère éphémère de la vie, n'y trouvent plus leur place. L'homme moderne est manipulante à souhait, capable de prendre son destin en main, et où l'argent, la puissance et le succès sont les sommets à conquérir pour y suspendre les guirlandes du parfait bonheur. Il n'y a pas de place pour le handicap, le défaut, la dégénérescence, l'addiction, la dépression, l'incontinence ou la pauvreté. On ne laisse pas le naufragé se noyer, mais c'est tout. On le laisse dériver jusqu'à ce qu'il en ait marre et se jette lui-même à l'eau pour se noyer. Et celui qui, au bout d'une vie, productive ou non, veut, par peur d'une grosse vague, quitter le bateau de lui-même, est acclamé dans la presse comme un héros responsable, de quelque bord qu'il soit, du coureur cycliste Mieleken au Prix Nobel De Duve, ou encore l'écrivain Hugo Claus. Des héros, on préfère chanter les éloges posthumes. On refuse de regarder en face sa finitude et ses angoisses, ce qui rend l'homme extrêmement fragile. Cela finit par exercer une pression invisible mais non moins réelle pour imiter de tels modèles. Le film culte 'Soylent Green' est tellement plus proche de la mentalité actuelle que ce qu'il aurait pu laisser présager à l'époque. Celui qui avait annoncé une pente glissante et une boîte de Pandore ouverte finit par avoir raison.

N'est-ce alors pas une bonne société dans laquelle chacun poursuit de son côté la course à l'argent, au pouvoir, à la renommée, et au succès, et où l'on quitte la bateau dès que le succès n'est plus de la partie, ou quand l'on en a simplement l'impression? La société doit-elle continuer de porter à bout de bras de tels exemplaires improductifs? C'est la question que l'on se posait déjà en Allemagne en 1933, et apparemment il y a encore des philosophes influents aujourd'hui qui ne tolèrent aucune imperfection.

La meilleure manière de se représenter une société, c'est de la considérer comme un réseau, constitués pas des *nœuds* (*nodes*) individuels. Chacun de nous est un de ces nœuds. Les nœuds sont reliés par des chaînages (*arêtes*). Certains nœuds sont importants: ils ont de nombreux chaînages entrants et sortants, jusqu'à constituer de véritables *hubs*. Mais la somme de la force d'un réseau - sa *résilience* - dépend de l'architecture, de la structure et de la plasticité de ses connexions. Si chaque *nœud* veut atteindre un maximum de puissance individuelle, cela entraîne un appauvrissement du réseau, avec, il est vrai, de nombreuses connexions individuelles équivalentes

dans la mare qui s'accordent, mais très peu de réseaux longue distance à travers et entre les couches.

Cela entraîne un manque de *résilience* et une moindre résistance aux dégradations. Le danger est alors que la texture d'un tel réseau effiloché peut rapidement se détériorer sous l'action de forces externes qui, elles, présentent une grande cohésion et solidarité. Quand la ville de Mossoul, la deuxième ville d'Irak, fut attaquée par l'EI, il s'agissait d'une attaque d'à peine 300 jihadistes... qui ont pourtant réussi à conquérir, occuper et finalement mutiler de manière si atroce cette mégapole.

Pourquoi, oh mon frère, pourquoi m'as-tu abandonné ?

Il n'y avait donc pour le Conseil d'Administration des Frères de la Charité, auquel participent tout de même encore quelques religieux, absolument aucune raison décisive pour mettre en œuvre une nouvelle vision poussant à des changements de point de vue aussi fondamentaux sur le plan social auxquels personne ne s'attendait, sauf peut-être les partisans de l'élargissement de la loi sur l'euthanasie, qui, sans doute n'en crurent pas leurs oreilles.

Soulager la souffrance psychique non pas par la mort mais par une meilleure qualité de vie

L'euthanasie en psychiatrie n'est pas un traitement médical pour soulager la souffrance d'un patient incurable. Seul celui qui vit sans douleur est capable de se rendre compte qu'une guérison, une consolation, une atténuation, un baume sont possibles. Celui qui est mort ne se rend plus compte de rien. 'Soulager' la douleur en tuant est donc un dangereux sophisme. Cela ne soulage que la douleur des soignants qui sont confrontés à leur impuissance, l'impuissance thérapeutique du médecin et de son équipe. C'est implicitement, mais non moins réellement, un marais dans lequel une existence peut s'enliser inconsciemment dans un contre-transfert. Le 'discours' est connu et se décline comme suit: *« Malgré des tentatives intenses de soins des médecins et de leurs équipes pendant de longues années, le patient ne va toujours pas mieux. Tout a été essayé. Nous compatissons aux souffrances du malade. Ne vaudrait-il pas mieux qu'il meure, qu'il soit débarrassé pour toujours de sa souffrance? Celui qui est contre l'euthanasie se montre insensible aux souffrances du malade et fait preuve d'un manque d'empathie envers ceux qui souffrent. C'est tendancieux. Quelle honte! »*

Le contre-transfert peut être très subtil, et cela requiert une bonne dose d'introspection pour reconnaître que ce phénomène est bien davantage qu'une simple frivolité freudienne. Le fait que la libération de l'impuissance thérapeutique peut être un psychostimulant est souvent vertueusement occulté, même en psychiatrie, où l'autoanalyse devrait être la règle, mais où le refoulement semble bien être présent aussi. Il s'agit d'un piège extrêmement dangereux et souvent caché dans le domaine de l'euthanasie.

Le nouveau texte d'orientation ouvre une porte interdite. La souffrance psychique ne doit pas pousser à une course à l'euthanasie, mais bien au contraire nous inciter à redoubler d'efforts dans la recherche et l'investissement pour trouver des traitements novateurs meilleurs et plus efficaces en psychiatrie. Cela demande beaucoup plus d'investissements, d'enthousiasme et d'énergie pour agir aussi sur les facteurs contextuels du bien-être.

Nous citons le Prof. A. Bazan:

« Ici également je m'étonne d'une attitude non critique répandue: "si chaque psychiatre, chaque traitement ne connaît aucun succès, alors nous sommes impuissants", semble être l'idée de fond. Quelle naïveté! Que nous sommes stupides en tant que soignants! Comme

soignants nous savons qu'en présence de 'ce genre de découragement' (en fait lors de chaque sérieux découragement mental), tout est voué à l'échec, quoi que l'on fasse: nous le savons quasi d'avance. L'engagement de l'aide médicale n'est pas de 'résoudre les problèmes', mais bien de 'persévérer, garder espoir', quoi qu'il arrive!! La relation d'aide psychique suppose réellement un engagement autre que l'aide médicale: ce qui est efficace, c'est un engagement permanent dans la relation d'aide, quoi qu'il arrive par ailleurs au patient que l'on suit. Si celui-ci va d'échec en échec en échec, cela ne diminue en rien l'engagement du soignant, et c'est cela même qui est efficace, ce qui, en première instance, apporte un soulagement, aussi minime soit-il. 'je lui rends la vie impossible, et malgré tout, il/elle ne baisse pas les bras, il y a quelqu'un pour qui je suis supportable', voilà l'idée, souvent inconsciemment sous-entendue par cette autre idée: 'il y a quelqu'un pour qui je suis supportable, même si je ne me supporte pas moi-même'. Voilà ce qui est efficace! La relation d'aide psychique ne consiste pas dans le fait de résoudre les problèmes, mais dans un investissement à toute épreuve, en cultivant et en surveillant cette relation: c'est cela qui donne au patient la force (et l'espoir) pour se supporter lui-même, et également pour s'engager lui-même.

Prof. Dr. Ariane Bazan

Conclusion

Bien que nous ne mettions pas en doute les bonnes intentions qui ont fondé ce nouveau texte d'orientation des Frères de la Charité en Belgique, nous considérons que le fait de renoncer au statut absolu de la protection de la vie constitue un signal négatif, défaitiste, typiquement postmoderne et donc erroné envoyé aux malades, aux soignants, à la congrégation et à la société tout entière. Non seulement cela est en contradiction avec les principes religieux de base de la congrégation, mais cela envoie à toute la société un dangereux message ambivalent.

En tant que tels, et nonobstant le respect dû aux rédacteurs de ce texte, leurs points de vue demeurent incompatibles, et nous considérons que le texte d'orientation revu et corrigé est une regrettable erreur historique.

« Les erreurs ne cessent pas d'être des erreurs quand elles sont ratifiées par la loi. »

E.A. Bucchianeri

Dr. G. Otte