



HAL
open science

Euthanasie pour souffrance psychique : “ schizophrénie ” de la psychiatrie belge ?

Aziliz Le Glaz

► **To cite this version:**

Aziliz Le Glaz. Euthanasie pour souffrance psychique : “ schizophrénie ” de la psychiatrie belge ?. Ethique. 2019. dumas-02352272

HAL Id: dumas-02352272

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02352272>

Submitted on 4 Dec 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'État de master. Il est gratuitement et librement mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie à des fins pédagogiques et de recherche en vue d'améliorer le partage et la diffusion des savoirs.

Ce document est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur conformément aux conditions imposées par la licence et dans le respect des dispositions prévues par le Code de la propriété intellectuelle (CPI, L122-4).

Il est prévu notamment une obligation de référencement et de citation précise du document lorsqu'il est utilisé ou employé comme source. Toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite ou autre contravention au respect du droit d'auteur est susceptible d'entraîner des poursuites (CPI, L 335-2-L 335-10).

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2 - L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

FACULTÉ DE MEDECINE

Année 2019

N° 2019M1REM02

MEMOIRE DE MASTER 1 DE RECHERCHE EN ETHIQUE

Présenté et soutenu publiquement le 26 juin 2019

Par

Aziliz LE GLAZ

Euthanasie pour souffrance psychique : « schizophrénie » de la psychiatrie belge ?

Dirigé par le Docteur Bernard ENNUYER

JURY

Mme le Professeur Marie-France MAMZER, PU-PH

Président

M. Marcel-Louis VIALARD, professeur associé

M. Bernard ENNUYER, chercheur HDR

Mme Caroline DESPRES, chercheuse

Mme Eva SEGURA, PhD ATER

M. Jean-Claude K. DUPONT, chercheur

Mme Charlotte NGO, MCU-PH

Euthanasie pour souffrance psychique : « schizophrénie » de la psychiatrie belge ?

Résumé :

Introduction :

Depuis 2002, la Belgique dépénalise l'acte euthanasique en cas de « souffrance psychique, insupportable qui ne peut être apaisée et qui résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable ». Certains patients atteints de troubles psychiatriques ont pu accéder à l'euthanasie dans ces conditions fixées par la loi et hors contexte de fin vie. Cette possibilité divise les psychiatres en Belgique comme en France.

Objectif :

L'objectif de ce travail est d'étudier les conséquences d'une demande d'euthanasie par un patient atteint de trouble psychiatrique sur la relation avec son thérapeute.

Méthode :

Cette étude s'appuie sur des textes de références concernant l'histoire de la relation médecin-malade en psychiatrie. Puis, concernant le contexte particulier d'euthanasie pour souffrance psychique, sur des témoignages de patients et de médecins concernés et des textes de loi. Enfin, les notions de souffrance psychique et de vulnérabilité sont étudiées selon un éclairage sociologique et psychologique.

Résultats :

A l'origine, la relation médecin-malade en psychiatrie est asymétrique avec un modèle paternaliste prédominant et se définit comme thérapeutique en elle-même. Le mouvement global d'autonomisation du patient a, entre autres, permis l'éclosion de multiples modèles de relation médecin-malade dans lesquels la parole du patient acquiert de l'importance.

La souffrance psychique est une notion plurielle que la société souhaite reconnaître et soulager. La mise en pratique de la loi pour l'euthanasie des personnes atteintes de souffrance psychique, de par le sens de l'acte, peut prendre la forme d'un suicide assisté. De plus, l'organisation autour de cette demande engendre un court-circuit de la relation médecin-malade.

Par cette mort socialement acceptée, le patient quitte son statut de personne vulnérable. Le psychiatre lui, oscille entre éthique de conviction et éthique de responsabilité. Le décès de son patient est une rupture de la relation qui les unit, et vient marquer la défaillance du professionnel.

Conclusion :

Cette situation extrême de l'euthanasie pour les patients atteints de troubles psychiatriques, délie les liens de la relation patient-psychiatre et place ce dernier dans une position de vulnérabilité.

Discipline :

[Éthique]

Mots clés :

[Euthanasie / souffrance psychique / relation médecin-malade / psychiatrie / vulnérabilité]

Remerciements

Au Dr Bernard Ennuyer, pour sa disponibilité et son écoute bienveillante

Au Pr. Marie-France Mamzer et à l'ensemble des intervenants de ce master 1, pour la qualité de leurs cours et l'intérêt qu'ils ont porté à chacun d'entre nous

Au Dr Christophe Lemey, pour sa relecture et ses encouragements indéfectibles

Au Dr Véronique Griner-Abraham, pour sa relecture et pour m'avoir appris que la notion de retard était secondaire

A mes parents, qui acceptent que ces études ne prennent jamais fin

A Svanhilde, Daphné et Jean-Daniel, pour m'avoir accueilli chez eux durant ce master, et pour avoir pris soins de moi dans les moments de doute

A Philippe Ariès, pour sa patience et la fierté qu'il me témoigne.

Table des matières

INTRODUCTION	6
PREMIERE PARTIE: PARADOXES DE LA RELATION MEDECIN MALADE EN PSYCHIATRIE; DU SOIN SOUS CONTRAINTE A LA RELATION THERAPEUTIQUE	7
Chapitre 1 : caractéristiques de la relation médecin-malade en psychiatrie.....	8
Une relation fondée sur le mythe de Pinel : entre main tendue et poing serré	8
Spécificités dues à la pathologie psychiatrique et à l'organisation des soins	9
Chapitre 2 : quand le psychiatre entend la demande, la relation comme thérapie	14
Une relation basée sur la demande	14
La relation thérapeutique structurée par Freud : transfert et contre-transfert	15
La relation d'aide en psychiatrie ou approche rogérienne	15
Chapitre 3 : la psychiatrie au sein des débats médicaux ; vers une autonomisation du patient.....	17
Donner de l'autonomie aux patients : parallèle entre la loi du 4 mars et la loi du 5 juillet 2011.	17
Topologie des médecins psychiatres et construction de modèles de relations médecin-malade	18
Conclusion de la première partie	21
DEUXIEME PARTIE: EUTHANASIE POUR SOUFFRANCE PSYCHIQUE EN BELGIQUE, AUTOPSIE D'UNE PRATIQUE	22
Chapitre 1 : comprendre la souffrance psychique pour mieux l'entendre ; origines de la dépénalisation de l'euthanasie chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques	23
Réflexions sur le concept de souffrance psychique	23
La volonté de prendre en compte la souffrance psychique :	25
Demande d'euthanasie pour souffrance psychique, l'exemple d'Emily	27
Hypothèses sur l'origine de la demande d'euthanasie pour souffrance psychique	28
Chapitre 2 : l'ambiguïté de la législation et sa mise en pratique	31
La rencontre de deux lois : euthanasie pour souffrance psychique et hospitalisation sous contrainte pour risque suicidaire	31
Analyse des cas rapportés à la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie (étude Dierickx)	34
Chapitre 3 : euthanasie ou suicide assisté ? Le vécu des médecins concernés	36
De l'acte euthanasique au sens juridique à la réalisation de suicide assisté au sens moral.....	36
Organisation Belge des demandes d'euthanasie : court-circuit de la relation médecin-malade ?	37
Conclusion de la deuxième partie	40
TROISIEME PARTIE: CONSEQUENCES DE L'EUTHANASIE POUR SOUFFRANCE PSYCHIQUE SUR LA RELATION PATIENT-PSYCHIATRE, LA QUESTION DE LA VULNERABILITE.....	41

Chapitre 1 : conséquences de l'euthanasie chez les patients atteints de troubles mentaux ; la notion de vulnérabilité	42
Différentes approches de la vulnérabilité et lien avec l'euthanasie	42
L'acte de courage du vulnérable, terreau d'une vulnérabilité en devenir ?	44
L'autonomie relationnelle	46
Chapitre 2 : Aide au suicide en psychiatrie, la fragilisation de la personne du psychiatre	48
Médicalisation du suicide ; un sujet pour la psychiatrie	48
Impact psychique du suicide d'un patient chez son psychiatre	49
Entre éthique de conviction et éthique de responsabilité : la vulnérabilité du psychiatre	51
Chapitre 3 : relation d'égalité entre le médecin et son patient ; quand la vulnérabilité change de camp	54
Apport freudien sur l'acte suicidaire, l'agressivité retournée contre soi.....	54
Conséquences de l'euthanasie pour souffrance psychique dans la relation patient-psychiatre, du « Tu ne te tueras point » au « Docteur, je veux mourir »	54
Conclusion de la troisième partie.....	56
DISCUSSION	57
CONCLUSION	61
ANNEXES.....	62
Bibliographie.....	64

INTRODUCTION

Depuis 2002, la Belgique a dépénalisé l'acte euthanasique pour tout patient en état de souffrance psychique « constante et insupportable, ne pouvant être apaisée et résultant d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable » (1). Si l'euthanasie est dépénalisée dans plusieurs pays (Belgique, Canada, Suisse, Pays-Bas, Luxembourg, certains Etats américains) seuls la Belgique et les Pays-Bas l'autorisent pour les patients atteints de troubles psychiatriques.

En Belgique, ces patients peuvent avoir accès à l'euthanasie pour souffrance psychique, y compris en dehors des contextes de fin de vie. Cette démarche nécessite un avis médical supplémentaire, en général celui d'un psychiatre dont la fonction est d'éliminer la présence d'un trouble psychique qui pourrait altérer le discernement au moment de la demande. Plusieurs dossiers ont été médiatisés, parfois à l'initiative des proches des patients et on assiste désormais à une véritable scission au sein de la profession psychiatrique entre les « pour et les contre ». Le Dr Thienpont, psychiatre en Belgique, se déclare « pionnière de l'euthanasie pour souffrance psychique » (2), là où une cinquantaine de professionnels de la santé mentale (psychiatres, psychologues) demandent une révision de la loi dans une carte blanche diffusée sur le site de la radio-télévision belge francophone (RTBF) (3). Ces derniers se retrouvent donc partagés entre reconnaissance de la souffrance des malades et crainte des erreurs voir des abus. Cette demande des patients adressée aux médecins vient questionner le lien qui les unit. Par ailleurs, les psychiatres français pourraient être de plus en plus concernés par ce phénomène au vu du nombre de patients français passant la frontière en vue d'être euthanasier (4).

Quelles sont les conséquences d'une demande d'euthanasie par un patient atteint de trouble psychiatrique sur la relation avec son thérapeute ?

Pour tenter de répondre à cette question nous explorerons plusieurs hypothèses. La première, que le psychiatre dans ce contexte se fait le témoin d'une souffrance qui n'est pas seulement psychiatrique mais aussi sociétale, ce qui le fait sortir de son rôle de médecin. La seconde hypothèse, est celle selon laquelle le modèle de relation médecin-malade ne serait plus uniquement basé sur un savoir mais sur la reconnaissance d'une souffrance. Ce travail a donc pour objectif de retracer les spécificités de la relation médecin-malade en psychiatrie, plus encore dans le domaine du suicide, et ici d'une possible forme assistée, et de dégager les problématiques éthiques en lien avec cette prise de décision.

PREMIERE PARTIE: PARADOXES DE LA RELATION MEDECIN MALADE EN PSYCHIATRIE; DU SOIN SOUS CONTRAINTE A LA RELATION THERAPEUTIQUE

Dans le dictionnaire de l'Académie française, le mot « relation » vient du latin *relatio*, « action de porter de nouveau, rapport, témoignage », lui-même dérivé de *referre* « porter en arrière, rapporter » (5). Il possède plusieurs sens : il s'agit du rapport ou lien qui unit deux ou plusieurs personnes. Par exemple, on peut entretenir de bonnes relations avec quelqu'un, des relations conflictuelles, hiérarchiques, charnelles etc... Mais la relation est aussi l'action de relater, un récit, une narration d'évènements dont l'auteur a le plus souvent été témoin.

Régulièrement utilisé en psychanalyse, le terme de « relation d'objet » désigne le « *mode de relation du sujet avec son monde, relation qui est le résultat complexe et total d'une certaine organisation de la personnalité, d'une appréhension plus ou moins fantasmatique des objets et types privilégiés de défense* » (6) et qui rend compte de l'importance de l'environnement extérieur pour le Moi intérieur.

La relation permet à un sujet de se faire le témoin de la parole de l'autre et de comprendre également son rapport au monde. Elle occupe donc une place primordiale dans le domaine de la pathologie mentale. En effet, l'expression de la souffrance psychique peut s'inscrire dans le corps, mais bien souvent on la retrouve à travers le langage, la parole. Aller au-delà du regard, être compris par autrui et pouvoir confier une partie de sa souffrance au sein d'un lien qui se crée peut-être bienfaisant, voir thérapeutique.

La relation médecin-malade, considérée comme thérapeutique depuis que la psychiatrie est discipline médicale, est soumise aux variations sociétales (image de la folie, considération du malade) et aux découvertes scientifiques (apparition d'un arsenal médicamenteux ou de techniques plus invasives).

Cette première partie, a pour objectif de peindre la relation patient-psychiatre en distinguant chacun de ses composants : des protagonistes, aux caractéristiques du lien qui les unit, à leur environnement et au contenu de leur relation, pour en comprendre les enjeux.

Chapitre 1 : caractéristiques de la relation médecin-malade en psychiatrie

Une relation fondée sur le mythe de Pinel : entre main tendue et poing serré

Dans le chapitre « *De l'événement théorique à la naissance de l'asile (le traitement moral)* » J. Postel et C. Quétel (7) respectivement psychiatre et historien de la psychiatrie décrivent les premiers rapports, teintés d'ambivalence, de la relation médecin-malade en psychiatrie.

La psychiatrie est devenue une spécialité médicale en France, au début du XIX^{ème} siècle, avec la rédaction du *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* (1899) par Philippe Pinel (8), considéré comme le père fondateur de la discipline et connu pour avoir « libéré les aliénés de leurs chaînes ». De par ses écrits, ce médecin psychiatre fait de la maladie mentale une question scientifique et redonne de l'humanité à ceux que l'on nommait jusqu'alors « les insensés ». En considérant que la perte de raison de ses patients n'est que partielle, il donne accès aux malades psychiatriques à une part de subjectivité et à la possibilité d'une thérapeutique. En observant l'attitude bienveillante de Jean-Baptiste Pussin (lui-même considéré comme le père de l'infirmier en psychiatrie) auprès des malades de Bicêtre, P. Pinel élabore un traitement nommé « traitement moral » qui consiste en une écoute bienveillante et en un cadre sécurisant de façon à créer une relation de confiance entre soignant et soigné et à induire chez ce dernier une modification de la pensée. Ainsi, la relation, sous couvert d'attention portée à l'autre, vise à modifier le fonctionnement du patient et à imposer ce que le psychiatre estime plus raisonnable. Cette méthode avait pour effet d'apaiser l'état de tension auquel les patients étaient soumis, en grand partie lié au chaos régnant dans les asiles. Il a permis d'assouplir ce qui se prescrit désormais sur informatique, « les conditions d'hospitalisation ». Le fait de libérer les patients de leurs chaînes n'est pas nouveau, mais le contexte historique de la Révolution pour laquelle le bruit des chaînes était incompatible avec les notions de liberté et d'égalité, associé à la diffusion du récit du psychiatre libérateur par S. Pinel (son fils) et J-E. Esquirol (son élève) est à l'origine d'un mythe du psychiatre émancipateur qui va perdurer à travers les années.

Immortalisé par C. Müller en 1793, Pinel délivrant les aliénés à l'hôpital Bicêtre est représenté la main gauche tendue vers ses patients et la main droite serrée sur son couvre-chef, dans une position de domination. Une droite oblique rejoint les mains des deux protagonistes et vient témoigner de l'asymétrie de cette relation. Le positionnement des mains n'est d'ailleurs pas sans rappeler la peinture de Michel Ange « la création d'Adam », où l'index de Dieu rejoint celui d'Adam sans le toucher et vient symboliser le don de la vie. Le personnage central du médecin contrastant avec ceux des malades tenus dans l'ombre et la périphérie comme s'ils nécessitaient d'être bordés.



Selon C. Quétel et J. Postel « *Le mythe de la libération des chaînes servirait donc en quelque sorte d'alibi à cette relation de violence qui s'instaure entre l'aliéniste et ses malades (...) le traitement moral, tel qu'il l'a conçu pouvait conduire à ce rapport de forces où la persuasion par le raisonnement cède vite le pas à celle qui relève surtout de l'intimidation et de l'invigoration autoritaire* » (7).

La place du psychiatre est alors justifiée par cette conception du traitement médical de la folie, et celui-ci fait à la fois figure d'autorité médicale, administrative, thérapeutique et politique (7). « L'apothéose du personnage médical » selon Foucault (9) structure les soins psychiatriques autour d'un centre décideur qui maîtrise à la fois son sujet (la folie) de par les progrès cliniques et psychopathologiques indéniables, et ses sujets (les patients).

Spécificités dues à la pathologie psychiatrique et à l'organisation des soins

La relation médecin-malade est une relation intersubjective naissant d'une demande de soin de la part du patient, adressée à un médecin qu'il a choisi et à qui il attribue un savoir. Elle est conditionnée par des réactions affectives motrices ou frénatrices du projet thérapeutique. Il s'agit d'une relation asymétrique par définition, tant par la différence des connaissances, que par les statuts des deux protagonistes (10).

Prenons en considération chacun de ces critères dans le cadre de la pathologie psychiatrique.

-La psychiatrie, seule spécialité aux soins sans consentement

Les patients disposent du droit fondamental de consentir à un traitement de façon libre et éclairée et de retirer ce consentement à tout moment. Il s'agit d'un droit reconnu par l'article L. 1111-4 du Code

de la Santé publique (11). Cet article prévoit également la possibilité pour le médecin de décider des soins lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, après recherche des directives anticipées si elles existent ou après avoir concerté la personne de confiance ou l'entourage proche.

En psychiatrie, les soins dit « librement consentis » représentent une grande majorité des situations cliniques. Le dernier rapport de 2009 de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) montre qu'en France, 13% des hospitalisations en psychiatrie ont été réalisées sans le consentement du patient (soit 74 500 entrées) (12). Une tendance à la hausse, puisqu'une seconde étude menée par l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) enregistre une augmentation de 15% du nombre d'hospitalisation sous contrainte entre 2012 et 2015 (soit 92 000 entrées)(13).

Le consentement doit être recherché à plusieurs reprises et la modalité des soins libres doit être privilégiée si elle est possible, mais la pathologie psychiatrique peut venir entraver le jugement de la personne, son rapport à la réalité et sa capacité à consentir aux soins. La loi du 5 juillet 2011, modifiée par la loi du 27 septembre 2013 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet des soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, prévoit donc différentes modalités de soins dits « sous contrainte » (14) (exemple : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers (SPDT classique, ou d'urgence), Soins Psychiatriques en Péril Imminent (SPPI), ou Soins Psychiatriques à la Demande du Représentant de l'Etat (SPDRE) si « *les troubles mentaux dont souffre l'intéressé(e) rendent impossible son consentement et nécessitent des soins psychiatriques immédiats, assortis d'une surveillance médicale justifiant une hospitalisation* ».

-L'impossibilité de pouvoir choisir son médecin dans le secteur public

En France la psychiatrie publique est divisée en secteurs qui correspondent à une zone géographique délimitée au sein de laquelle une équipe multidisciplinaire organise l'offre de soin. Cette structuration a été pensée dans les années 1990 pour que chaque patient puisse bénéficier d'une offre de soin proche de son domicile (15). Dans la pratique, cette disposition est peut-être une entrave à la liberté de choix de son médecin par le patient (16). La liberté de choisir son médecin est inscrite dans la législation : la loi du 4 mars 2002 (relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a donné de la voix aux usagers du système de santé) mais aussi dans la loi du 5 juillet 2011 (relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet des soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge) dans laquelle il est écrit que « *toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques ou sa famille dispose du droit de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale, publique ou privée, de son choix, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence* ».

Ainsi, le principe de liberté de choix de son médecin est une liberté fondamentale inscrite dans la loi et l'élément essentiel d'une relation médecin-malade thérapeutique. Hormis les situations d'urgences, elle devrait être respectée pour que la sectorisation géographique ne devienne pas le paravent d'un refus de traiter (17).

-Le savoir en psychiatrie

Le savoir psychiatrique est largement remis en question, y compris au sein de la profession. Si certains phénomènes psychopathologiques sont connus comme la déplétion monoaminergique dans le cadre de la dépression, aucune des pathologies psychiatriques n'est expliquée dans sa totalité et la psychopharmacologie avance par tâtonnement. A titre d'exemple, les traitements médicamenteux de la schizophrénie (les antipsychotiques ou neuroleptiques) ont d'abord été introduits à visée sédatrice en anesthésie, avant de constater leur efficacité sur les symptômes dits positifs (délire ou hallucination). Ces résultats cliniques, associés à la découverte de l'action anti-dopaminergique des neuroleptiques ont conduit à l'hypothèse d'un dysfonctionnement de la voie dopaminergique dans le cadre de la schizophrénie.

Les diagnostics psychiatriques eux-mêmes diffèrent dans le temps et dans l'espace. Le Manuel de Diagnostic et Statistique des Troubles mentaux (DSM), considéré comme la référence nosographique des pathologies mentales dans la société occidentale, est régulièrement révisé et ce qui était pathologique ne l'est plus forcément au fil des éditions (18,19). C'est le cas de l'homosexualité, retirée du DSM en 1974 après des années de manifestations d'associations représentant les homosexuels.

-Une relation médecin-malade en grande partie basée sur le discours

L'examen clinique en psychiatrie se résume à un entretien avec le patient. Dans la pratique, l'examen physique initial est d'ailleurs délégué aux somaticiens travaillant en psychiatrie. Le rapport au corps n'intervient pas, ou peu. Bien souvent les praticiens incitent leurs internes à ne pas pratiquer l'examen clinique physique sur les patients qu'ils sont amenés à recevoir en entretien, pour justement ne pas interférer sur la relation médecin-malade. Le psychiatre recherche une proximité psychologique pour comprendre son patient au mieux et maintient une distance corporelle pour éviter toute confusion quant à la nature des relations. La pathologie mentale passe par un éventail de présentations cliniques, de la plus « bruyante » (l'agitation, le délire, le discours incompréhensible) à la plus discrète. Dans ce dernier cas, il s'agit souvent d'une souffrance isolée, rapportée par le patient, qui peut être mis en doute devant l'impossibilité de l'objectiver matériellement, corporellement. Les équipes parlent d'un discours qui paraît « inauthentique ». La psychiatrie basée sur le discours du patient, est une discipline qui laisse place au doute, ou à la fabulation.

-Influence des troubles affectifs sur la relation médecin-malade

Les premières nosographies des pathologies mentales (*Dementia Praecox ou Groupes des schizophrénies*, Bleuler 1911) prenaient comme critère principal la modification des affects et une tendance au repli sur soi décrit sous le nom de symptôme autistique (20). A. Grimaldi a décrit les influences des différents troubles de la personnalité sur la relation médecin-malade (10). Il prend l'exemple de la personnalité obsessionnelle qui tend à favoriser une « bonne » relation médecin-malade par l'observance des soins, la description scrupuleuse et le souci d'objectivation des symptômes dont le patient pourrait faire preuve, tout en y associant une certaine rigidité et une limitation des échanges relationnels circonscrits au domaine médical. Un patient présentant une personnalité paranoïaque exige quant à lui, une attitude loyale de la part de son psychiatre qui inspirera la confiance, d'avantage qu'une démonstration scientifique qui pourrait être déjouée par une pensée interprétative et amène le thérapeute à troquer sa blouse contre une tenue de diplomate.

-Des diagnostics qui sonnent comme des insultes

En psychiatrie, peut-être plus que dans les autres disciplines médicales, il existe un tabou des mots notamment en termes de diagnostic. Bien qu'il s'agisse d'une recommandation de bonne pratique (21), les diagnostics sont peu communiqués, parfois parce que le psychiatre n'en est pas certain, parfois par crainte de la réaction du patient et de ses conséquences sur la relation médecin-malade. Les médecins ont conscience du poids des mots qu'ils emploient. Au même titre que l'annonce du mot « cancer » fait peur, le terme de « schizophrénie » renvoie à un imaginaire collectif chargé de sens. Une étude commandée par la Fondation Pierre Deniker s'est intéressée à l'utilisation du terme « schizophrénie » sur le web social. Trois espaces de discussion ont été identifiés. L'espace politique, recouvrant 26% des publications concernées et emploie le mot schizophrénie comme une insulte dans 90% des cas, pour disqualifier l'adversaire politique en tant que personne et son discours (22). Les diagnostics de maladie psychiatrique résonnent dans le vocabulaire courant comme des insultes (« autiste », « schizo », anciennement « débile », « idiot ») et peuvent contribuer à une distension du lien médecin-malade, voir à sa rupture.

Ainsi, la relation patient-psychiatre présente des similitudes avec la relation médecin-malade des spécialités somatiques puisqu'elle est asymétrique, évolutive, basée sur la confiance et sur le souhait de venir en aide. Elle passe notamment par une communication verbale qui enjoint le soignant à adapter son discours et à s'assurer de sa bonne compréhension pour obtenir un consentement libre et éclairé. Elle est empreinte d'empathie et répond à un devoir déontologique envers ces patients atteints de pathologies chroniques pour la plupart.

Cependant dans le cas où le trouble psychiatrique engendre une altération plus ou moins sévère du discernement, la possibilité de soins sans consentement dispensés par un psychiatre imposé, est à l'origine d'une rencontre singulière marquée par une intersubjectivité majorée par l'obédience du psychiatre et la spécificité des troubles psychiatriques présentés.

Conclusion du chapitre 1 :

L'histoire de la relation médecin-malade en psychiatrie avec notamment le mythe de Pinel, les spécificités de la discipline liées à son organisation et à la pathologie mentale en elle-même, ont orienté la relation patient-psychiatre vers un modèle paternaliste. Attachons-nous maintenant à la structure interne de cette relation.

Chapitre 2 : quand le psychiatre entend la demande, la relation comme thérapie

Une relation basée sur la demande

Selon Postel et Quétel, le XVII^{ème} siècle a été marqué par l'augmentation des mendiants (23). Parmi eux les chômeurs valides ou invalides, les prostituées, les enfants abandonnés et les personnes atteintes de troubles mentaux. Cette mendicité trop importante a conduit à la rédaction de plusieurs édits visant l'enfermement de ces personnes et à la création d'hôpitaux dédiés (« Hôpitaux des pauvres enfermés » à Paris en 1611). Philippe Gutton, psychiatre et docteur en sciences humaines, dira que « *l'idéologie nouvelle de l'enfermement s'oppose à la théologie ancienne de l'aumône* » (24). Par la suite, les différents groupes de mendiants sont séparés et les malades mentaux sont placés dans des asiles ; « la demande d'assistance est devenue une demande de soins » (25).

Le mot « demande » revient fréquemment lors des hospitalisations en psychiatrie : demandes de permissions, de visites, de révision des conditions d'hospitalisation, demande d'avoir son portable, ses vêtements etc. Dans la 9^{ème} édition du dictionnaire de l'Académie Française, la demande est « *l'action de demander, de faire connaître à quelqu'un ce qu'on désire obtenir de lui* ». Le Grand Dictionnaire de Psychologie insiste sur l'importance de l'adresse à l'autre et souligne la distinction de la demande, du besoin et du désir, il s'agit alors de la « *forme ordinaire que prend l'expression d'un souhait, dans le cas où il s'agit d'obtenir quelque chose de quelqu'un, et à partir de laquelle le désir se distingue du besoin* » (26). La demande comprend le besoin, celui de guérir et d'être accompagné dans cette guérison, et aussi le désir, celui d'être entendu et reconnu par l'autre. Elle inscrit l'individu dans la relation à l'autre par le langage. Selon Freud dans le cadre de la souffrance psychologique et de la relation médecin-malade, le patient est « *quelqu'un, par ailleurs maître de soi, souffre d'un conflit interne auquel il ne peut mettre fin tout seul, si bien qu'il finit par venir chez le psychanalyste à qui il se plaint et demande de l'aide* » (27).

Bien que la demande soit variable selon l'état psychique du patient, et puisse émaner de lui de façon directe ou indirecte, influencée par la société dans laquelle il se trouve ; elle traduit bien souvent une souffrance psychique qu'il s'agit d'explorer, de traduire. Robert Neuburger, psychiatre et psychothérapeute familial dira que la demande est constituée de trois éléments : le symptôme, la souffrance et l'allégation (28). Le symptôme est le témoin d'un conflit interne, la souffrance découle du symptôme, et l'allégation et le fait que la demande d'aide n'implique pas forcément une demande de changement.

La relation thérapeutique structurée par Freud : transfert et contre-transfert

Dans le chapitre 1 nous avons vu que la relation patient-psychiatre a été pensée comme thérapeutique dès le début de la discipline. Le mouvement philanthropique (1774-1791) mettait en lumière la bienfaisance d'une écoute attentive sur l'amélioration et l'apaisement psychique des malades mentaux (29). Au XXème siècle, cette théorie prend un nouveau tournant avec l'essor de la psychanalyse et la structuration des échanges et des rôles entre le patient et son thérapeute par S. Freud. Freud et Bleuler entretiennent une correspondance au sujet de l'analyse d'Anna O, qu'elle-même appelle la « *talking-cure* » ou traitement par la parole. Selon Freud, la relation qui les lie « *comporte une certaine dose de respect, de confiance, de reconnaissance et de sympathie humaine* ». Ces caractéristiques sont nécessaires mais insuffisantes, il persiste un caractère étrange « *de l'ordre du sentiment amoureux* » (30). Cet amour devient essentiel car il marque la projection inconsciente que le patient fait d'un rapport relationnel sur son thérapeute. Le transfert se définit donc ainsi « *processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établi avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique. Il s'agit là d'une répétition de prototypes infantiles vécue avec un sentiment d'actualité marqué.* » (6).

Dans *Etudes sur l'hystérie*, Freud s'intéresse à l'impact du transfert chez le médecin en disant qu'il est « *fatigant pour le médecin, lui prend un temps considérable et présuppose chez lui un grand intérêt pour les faits psychologiques et beaucoup de sympathie personnelle pour les malades qu'il traite* ». Il décrit le contre-transfert, c'est-à-dire la posture adoptée par le médecin envers son patient. Cette disposition varie selon la réaction affective que suscite la personnalité de ce dernier chez le soignant, l'image de son malade, des facteurs personnels, subjectifs, et ses propres représentations. Qu'il soit positif au risque d'un surinvestissement du malade par le médecin, ou négatif pouvant conduire à des contre-attitudes, le contre-transfert vient témoigner des difficultés pouvant être rencontrées par le soignant dans cette relation dont il n'est pas l'initiateur.

La relation d'aide en psychiatrie ou approche rogérienne

La relation d'aide est une approche psycho-socio-thérapeutique, développée aux Etats-Unis par le psychologue Carl Rogers dans les années 1950, qui vise à « *aider les personnes à mieux vivre leur quotidien* » par la relation thérapeutique. Cette approche considère celui qui demande de l'aide comme une personne et non un patient. Elle adopte une vision holistique de l'individu en prenant en compte son environnement et ne le perçoit pas uniquement comme porteur d'une maladie. Il s'agit avant tout d'un accompagnement, afin que la personne puisse s'exprimer et trouver les ressources

internes ou externes à ses difficultés. Il ne s'agit donc pas d'imposer un point de vue mais de respecter l'autonomie et la subjectivité de chacun (33).

C. Rogers a identifié trois conditions nécessaires et suffisantes pour rendre la relation thérapeutique (34) : l'empathie, la congruence, et le regard positif inconditionnel. La notion d'empathie, inhérente à celle de la relation, consiste à comprendre le vécu de la personne et à pouvoir le retranscrire pour s'assurer de sa bonne compréhension. L'objectif étant d'amener le sujet à comprendre et à mettre des mots sur ce qu'il ressent sans influencer son récit, par une approche phénoménologique. La congruence est la capacité d'être réellement soi-même par des méthodes d'acceptation du soi ; ce qui permet la rencontre réelle avec le praticien. Enfin, le regard positif inconditionnel est une attitude respectueuse, bienveillante et inconditionnelle. Il s'agit peut-être de l'attitude la plus soignante car elle amorce la levée du jugement de la personne sur elle-même. Celle-ci est considérée comme experte de soi, ce qui modifie l'axe de la relation médecin-malade : la personne n'est pas consommatrice de soin mais actrice de ses soins.

Conclusion du chapitre 2 :

En dehors des soins sous contrainte, le patient s'adresse au psychiatre avec une demande qui vient sceller la relation médecin-malade. Peu importe l'objet de la demande, il s'agit avant tout de faire du lien. Le lien est l'amorce de la thérapeutique. Il est traversé par des mouvements affectifs, positifs ou négatifs. La relation médecin-malade est pensée en psychiatrie de façon à l'améliorer, à la rendre plus thérapeutique, en prenant en considération la parole du patient.

Chapitre 3 : la psychiatrie au sein des débats médicaux ; vers une autonomisation du patient

Donner de l'autonomie aux patients : parallèle entre la loi du 4 mars et la loi du 5 juillet 2011

La loi du 4 mars 2002 (35), ou loi Kouchner, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a donné de la voix aux usagers du système de santé en France. Le titre 2, relatif aux droits des patients, place ce dernier au centre des décisions prises concernant sa santé et caractérise également le rôle de ses proches et de la personne de confiance dans le cas où il serait dans l'incapacité d'exprimer sa volonté. Elle s'inscrit dans un mouvement de démocratie sanitaire, définie par les Agences Régionales de Santé comme « *l'ensemble de démarches visant à associer l'ensemble des acteurs du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation* ». La démocratie sanitaire a différentes origines : la modernisation des politiques publiques, l'inscription légale des droits des patients et les actions menées par différentes associations de patients (36). La loi du 4 mars 2002 est considérée comme l'inscription légale d'un droit du malade venant s'associer au devoir déontologique du médecin, qui seul, a pu s'avérer insuffisant.

En psychiatrie, peut-être plus que dans les autres spécialités, l'expression de la volonté du patient a tardé à être prise en compte. L'histoire de l'asile nous apprend comment, au XIXème siècle, l'on considérait le travail des patients comme thérapeutique. Scipion Pinel écrivait à ce propos « *un travail constant change la chaîne vicieuse des idées, fixe les facultés de l'entendement en leur donnant de l'exercice, entretient seul l'ordre dans un rassemblement d'aliénés* » (37). Si la maladie mentale vient entraver l'autonomie et le discernement, les dérives paternalistes ont montré la nécessité d'encadrer la pratique psychiatrique par des lois. La législation concernant les soins psychiatriques sous contrainte continue d'évoluer en faveur d'une autonomisation du patient. La loi du 5 juillet 2011, modifiée par la loi du 27 septembre 2013, réduit la durée légale de présentation du patient devant le Juge des Libertés et de la Détention (JLD) à 8 jours et a conduit à la mise en place de « programmes de soins ». Le programme de soins peut comprendre des hospitalisations à temps partiel, programmées, des soins ambulatoires ou à domicile, ou la prise de traitement médicamenteux. Il est spécifié que « *l'élaboration du programme et ses modifications, devront être précédées par un entretien au cours duquel le psychiatre recueille l'avis du patient* ». Le directeur de l'établissement ou le représentant de l'Etat (selon les modalités initiales d'hospitalisation) doivent être informés des modifications du programme de soins ». La mise en place de ces programmes a suscité de nombreux débats chez les psychiatres, tant

sur les difficultés d'application que sur le principe sous-tendu de « *soins sous contrainte en ambulatoire* ». Paradoxalement, ces soins sous contrainte en ambulatoire ont pu être défendu au nom d'un surcroît de liberté car ils éloignent le patient d'une institution hospitalière stigmatisante et permettent une libre circulation (38).

Autres pratiques émergentes en psychiatrie visant à favoriser l'autonomie : la décision médicale partagée et la rédaction de directives anticipées en cas de décompensation psychique. Recommandée par la Haute Autorité de Santé (39), la décision médicale partagée devient progressivement la norme dans les services de soins somatiques et le gage d'une relation médecin-malade de qualité. De la même façon, la rédaction de directives anticipées concernant la conduite à tenir en cas de rechute de la maladie témoigne de la préoccupation des soignants pour associer les patients à l'élaboration de leur prise en charge de façon partenariale (40,41).

Topologie des médecins psychiatres et construction de modèles de relations médecin-malade

La psychiatrie est une discipline médicale centrée sur l'humain mais pouvant s'exercer contre la volonté du patient. Comme nous l'avons vu, la naissance de cette spécialité et son organisation ont favorisé l'essor d'une relation médecin-psychiatre de type paternaliste.

Mais les modèles relationnels anglo-saxons et nord-américains, basés sur la prééminence de l'autonomie, et la pluralité de modèles explicatifs de la maladie mentale, ont permis l'élaboration de différents modèles de relation médecin-psychiatre. Une étude de sociologie qualitative parut en 2016 montre que le modèle traditionnel paternaliste, bien que toujours présent, est concurrencé par les modèles médical, humaniste, de contrôle social, ou encore le modèle de promotion des droits des patients (42). Selon Guibet-Lafaye, ces différents modèles psychiatriques se distinguent selon quatre facteurs principaux : la conception de la pathologie en psychiatrie, l'attitude à l'égard de la contrainte, l'interprétation des missions de la psychiatrie et le modèle conceptuel interprétatif de la psychiatrie (Voir ANNEXE Tableau 1)

1) Le modèle médical ou diagnostico-centré :

Il est centré sur une explication biologique de la pathologie mentale et la recherche de symptômes médicaux. Les praticiens du modèle médical utilisent un vocabulaire scientifique associé à l'évaluation des troubles. Le soin sous contrainte est perçu comme une réponse médicale à un diagnostic. Néanmoins au sein même de ce modèle on retrouve différentes sous catégories de praticiens ; certains d'entre eux revendiquant volontiers une culture psychanalytique lors du premier contact avec leur

patient, là ou d'autres rejettent totalement ce courant et se positionnent parfois même du côté de l'antipsychiatrie.

2) Le modèle paternaliste :

Basé sur une relation asymétrique, selon une complémentarité entre personnes inégales. Il s'agit d'un modèle hiérarchisé dont la pratique fluctue avec la sévérité de la pathologie psychiatrique, et qui tend à reculer. Le modèle paternaliste découle d'un devoir médical voir d'une obligation morale envers le patient. L'un des psychiatres interrogés dit « *Le devoir médical oblige le praticien, et le rend totalement responsable de la personne qu'il prend en charge. C'est une question de conscience et de dévouement avant que d'être une question d'efficacité* ». La contrainte est perçue comme provenant du souci de l'autre et est légitimé par le principe de non-assistance à personne en danger. De la même façon que pour le modèle médical, on observe des sous-catégories du paternalisme en psychiatrie :

1- le paternalisme interventionniste tend à défendre la nécessité de l'intervention et de l'action, en se justifiant des inconséquences d'une position libertaire. Il assoit sa position sur un argumentaire conférant une priorité au bien public sur le bien du patient

2- le paternalisme tempéré place davantage en balance les intérêts du patient et ceux de la collectivité

3- le paternalisme empathique ou humaniste constitue une figure de transition entre les types 2 et 3.

Le souci de l'humain et de l'autonomisation des patients s'y montre plus présent.

3) Le modèle humaniste :

En psychiatrie, le modèle humaniste provient d'une volonté de réintégration du malade au sein de la société. Il apparaît avec la psychothérapie institutionnelle, après la Seconde Guerre Mondiale, dans une volonté d'humanisation de l'institution psychiatrique, de valorisation de l'individu et d'un effacement de la hiérarchie. Il se distingue du modèle médical en se concentrant sur la personne plutôt que la maladie ou le symptôme et en négligeant la nosographie psychiatrique telle qu'élaborée par le DSM ; et du modèle paternaliste en redonnant au malade son statut d'humain et de sujet désirant, acteur et décideur de ses soins et en gommant l'asymétrie de la relation. Selon un psychiatre interrogé « *le malade est appréhendé comme un autre même et la maladie comme une forme d'être au monde* ». Il s'agit d'un modèle contemporain, prédominant, composé d'une majorité de jeunes psychiatres.

La relation médecin-malade est perçue comme thérapeutique et se situe au premier plan de l'exercice médical. Différentes sous-catégories ont été mises à jour, que l'on pourrait classer selon leur degré de sollicitude : humaniste, très empathique, care. Le concept du « care » en psychiatrie n'est pas sans rappeler l'attitude de Jean-Baptiste Pussin (infirmier auprès de P. Pinel) envers les patients de Bicêtre qui marque aussi la naissance de la psychiatrie française (43).

4) Le modèle de contrôle social :

Il est issu du mouvement antipsychiatrie des années 1960-70 qui prône une certaine valorisation de la folie. Porté par les critiques de Foucault à l'égard de l'institution disciplinaire qu'est l'hôpital psychiatrique au même titre que la maison d'arrêt : secteurs fermés, chambres d'isolement, encadrement des visites, et qui participe à « l'enfermement du monde de la misère et la condamnation morale de la déraison » (23). La maladie psychiatrique a une origine multifactorielle et la part sociétale du désordre psychique est dénoncée.

Pour les psychiatres du modèle de contrôle social, la contrainte est perçue comme un outil de contrôle. Ceux-ci sont principalement des psychiatres travaillant à l'hôpital public et aux urgences, confrontés aux situations de décompensation (de crise) considérant que la contention est un outil lors de ces périodes aiguës et transitoires d'anosognosie liées au trouble mental, et dénoncent bien souvent la protocolisation des soins et la rigidité des pratiques. Ainsi, ils dissocient les soins médicaux des obligations sociales. De la même façon que le patient est clivé lors d'une phase aiguë de décompensation, « *la psychiatrie est appréhendée dans sa double fonction de protection sociale et de protection du malade* » (42).

5) Le modèle de promotion des droits des patients :

Il est porté par la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Les psychiatres issus de ce modèle souhaitent redonner de l'autonomie à leurs patients, et une liberté de choix et d'action plutôt qu'un sentiment d'égalité que la pathologie annule de fait. Pour accroître cette autonomie, les praticiens favorisent l'éducation à la santé et l'essor des patients experts. Il est moins question de symptômes que de caractéristiques individuelles et parfois précieuses, venant interroger la notion de norme. Le modèle de promotion des droits des patients est proche du courant humaniste mais considère que la privation de liberté devrait rester du domaine de la Justice uniquement.

Conclusion du chapitre 3 :

La psychiatrie, en tant que discipline médicale, est prise dans un mouvement global d'autonomisation du patient. D'une théorie unique sur la pathologie mentale conduisant à un modèle unique de relation médecin-malade type paternaliste, l'autonomisation du patient et les différentes approches psychologiques ont conduit à une pluralité de modèles de relation médecin-malade en psychiatrie plus respectueux des droits des patients.

Conclusion de la première partie

Dans cette première partie nous avons vu comment la relation médecin-malade en psychiatrie se situe entre respect des libertés et soins imposés. L'origine de cette ambivalence réside en la spécificité de la pathologie psychiatrique d'un côté et le devoir déontologique de respect de l'individu de l'autre. Le modèle paternaliste prédominant au XXème siècle, perd progressivement sa place au profit de modèles plus humanistes et respectueux des droits des patients, percevant le malade dans sa globalité. La psychiatrie a mis à profit la pluralité de ses approches théoriques pour penser la relation médecin-malade comme thérapeutique de première intention. Cependant, il s'agit d'un lien fragile, tant du fait de la maladie mentale que du poids de l'institution psychiatrique. Les dispositions légales et les pratiques émergentes (décision médicale partagée et directives anticipées) favorisent l'autonomie du patient et tendent à gommer l'asymétrie initiale du lien médecin-malade. La demande que le patient adresse au psychiatre semble rechercher un avis neutre, dans laquelle le psychiatre aurait un rôle d'observateur et de garant du discernement de son malade, mais conserve malgré tout un pouvoir de décision non négligeable.

Que penser alors du rôle du psychiatre dans des demandes concernant des choix de vie importants voir face à la demande ultime de la mort ?

Nous aborderons cette question en regard des demandes d'euthanasie pour souffrance psychique, pratiquée en Belgique chez des patients atteints de troubles psychiatriques.

DEUXIEME PARTIE: EUTHANASIE POUR SOUFFRANCE PSYCHIQUE EN BELGIQUE, AUTOPSIE D'UNE PRATIQUE

En 1991, le Dr Boudewijn Chabot, psychiatre aux Pays-Bas fait face à une première demande d'euthanasie pour souffrance psychique hors contexte de fin de vie. Sa patiente, une femme de 50 ans, a perdu ses deux fils alors qu'ils avaient une vingtaine d'années, l'un par suicide, l'autre d'un cancer. Après plusieurs entretiens il conclut que sa patiente ne souffre pas d'une maladie psychiatrique (dépression, trouble de la personnalité, trouble psychotique), que son discernement n'est pas altéré, et qu'elle est déterminée à mourir car sa vie n'a plus de sens depuis le décès de ses fils il y a deux ans. Dans son livre *Zelf Beschikt* (traduction : *Choisir son Destin*) le Dr Chabot explique alors comment il s'est retrouvé face à un dilemme devant cette patiente dont il trouvait l'attitude parfaitement adaptée : continuer le suivi avec la crainte que sa patiente ne mette fin à ses jours, ou l'aider à se suicider. La patiente refuse à deux reprises les traitements antidépresseurs que le Dr Chabot lui propose et celui-ci finit par acquiescer la conviction qu'elle allait mettre fin à ses jours dans un délai proche. Il a choisi de l'accompagner dans son suicide, après avoir pris l'avis de six collègues psychiatres et médecins généralistes. En 1994 la Cour Suprême des Pays-Bas a reconnu le Dr Chabot coupable de ne pas avoir respecté les conditions d'accès à l'euthanasie (dans la mesure où sa patiente ne se trouvait pas en phase terminale et où il n'a pas été contraint d'agir dans l'urgence) mais non condamné (car la souffrance de sa patiente a été reconnue comme une souffrance insupportable telle que décrite dans la loi, que le Dr Chabot avait tenté à plusieurs reprises de la dissuader de commettre cet acte suicidaire et qu'il avait finalement accédé à sa demande après avoir pris l'avis de plusieurs collègues médecins)(44). L'affaire très médiatisée, a été à l'origine de l'amendement Chabot aux Pays-Bas qui définit l'euthanasie pour les personnes ne se trouvant pas en situation de fin de vie (considérée ici comme équivalent d'une phase terminale d'une maladie somatique), ainsi qu'à des recommandations de bonnes pratiques par l'Académie Royale de Médecine des Pays-Bas. Son principal opposant, le Dr Frank Koerselman, également psychiatre aux Pays-Bas commentera l'affaire en disant « *Derrière une apparence de compassion héroïque se cache en fait une naïveté professionnelle mortifère* » (45).

L'affaire Chabot est donc à l'origine des premiers débats éthiques dans les pays du Benelux concernant l'accès à l'euthanasie pour souffrance psychique, qui continue de scinder la psychiatrie en deux camps, notamment en Belgique où la souffrance psychique a été reconnue lors de la dépenalisation de l'euthanasie en 2002.

Chapitre 1 : comprendre la souffrance psychique pour mieux l'entendre ; origines de la dépenalisation de l'euthanasie chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques

Réflexions sur le concept de souffrance psychique

Souffrance existentielle, psycho-existentielle, souffrance morale, souffrance sociale etc... Que signifie cette multitude d'appellations ? Dans cette première partie nous allons tenter de comprendre à quoi le terme de « souffrance » fait référence.

La souffrance psychique est souvent confondue avec la maladie psychiatrique. Pourtant, elle peut aussi bien être la conséquence d'une pathologie somatique que d'une pathologie psychiatrique. La réciproque est également vraie, une pathologie psychiatrique peut également conduire à une souffrance physique (par exemple l'anorexie mentale). La notion de souffrance est à percevoir comme un phénomène plus global qui rassemble différentes composantes. Pour comprendre les différents aspects de la souffrance, nous nous sommes appuyé sur le concept de souffrance totale tel qu'il a été développé par Saunders et Baines (St Christopher's Hospice de Londres) dans les services de soins palliatifs (46) :

-la souffrance physique : la douleur

-la souffrance spirituelle : questionnement sur le sens de la vie, l'existence, l'épreuve de la maladie. Elle peut prendre la forme d'une angoisse, de peur ou de regrets.

-la souffrance sociale : se joue dans les liens entre le patient, sa famille, son environnement. Au sein de la souffrance sociale on retrouve des peurs liées aux conséquences de la maladie sur l'individu au sein de sa société : peur de perdre sa dignité, d'être un fardeau pour ses proches, de ne pas pouvoir participer aux décisions.

-la souffrance mentale : décrite par Elisabeth Kübler-Ross comme le déroulement de différentes phases : déni, colère, marchandage, tristesse, acceptation. Phases d'exacerbation de la demande relationnelle envers les familles, les soignants, les bénévoles.

A distinguer de la dépression.

-la souffrance de l'équipe soignante : difficultés à faire face à des moments douloureux et déconcertants.

-Distinction souffrance sociale et souffrance psychique :

Raymond Massé, invite à se méfier de la réification de la souffrance psychique et d'une catégorisation rigide qui occulteraient les fondements sociaux, politiques et culturels de la souffrance (47).

Concernant les patients atteints de troubles mentaux, il est impossible de séparer la souffrance psychique, existentielle (interpersonnelle et intersubjective) de la souffrance collective, sociale, conditionnée par les mesures politiques et économiques et partagée par les membres les personnes les plus vulnérables. Le risque étant de psychiatriser une souffrance qui n'est pas uniquement médicale et de ne pas la prendre en compte dans les études gouvernementales sur la souffrance sociale.

-Distinction souffrance physique et souffrance psychique :

Selon Alexandre Klein la séparation entre la souffrance psychique et la douleur physique est liée à l'amélioration des techniques de prise en charge de la douleur physique et la compréhension de ses mécanismes physiologiques. La médecine aurait associée douleur expérimentale et douleur clinique, créant un décalage avec la souffrance psychique qu'elle comprend moins. Dans le langage courant les mots douleur et souffrance peuvent s'employer comme synonyme, il s'agit pourtant de deux notions différentes, « *la douleur est une sensation, une donnée perçue par le sujet comme réalité de fait, tandis que la souffrance ainsi que le rapporte son étymologie se rapporte à la manière dont le sujet vit, tolère, supporte la douleur* ». La souffrance est une donnée subjective qui ne peut s'appréhender que dans l'échange, la rencontre intersubjective. Au cours d'une conférence de novembre, le Dr Monique Schneider, psychanalyste et ancienne directrice du CNRS, propose une définition et une analyse de la souffrance psychique (48). Elle dit « *le propre de la souffrance psychique est bien souvent de provoquer une anesthésie* » en prenant l'exemple d'une de ces patientes qui lui confiait son désarroi de ne même plus ressentir de tristesse, ce qui lui aurait permis de se faire comprendre, de pouvoir expliquer sa souffrance. La souffrance psychique se manifeste bien souvent par une extinction de soi, phénomène protecteur d'atténuation radicale des affects, ou une délocalisation, une projection de la douleur qui peut être corporelle par exemple. Elle la caractérise également comme transférentielle : la souffrance existe parce qu'elle est perçue par autrui, elle a besoin de ce lien d'adresse à l'autre pour exister. M. Schneider reprend le concept du refoulement exposé par Freud (49) pour qui il existait différents niveaux de mécanismes de défense inconscients : la fuite automatique, ou non inscription mémorielle de ce qui a été à l'origine de souffrance est la première tendance psychique ; et un second niveau permettant la mémorisation d'une situation à l'origine d'une souffrance chez le sujet de façon à ce qu'il ne la reproduise pas. Cette inscription mémorielle serait permise par autrui, par « *l'espoir qu'un autre va être alerté, il s'agit d'un phénomène de réverbération* ». De telle sorte que souffrir c'est à la fois avoir mal et postuler une écoute.

Alexandre Klein, docteur en philosophie à Nancy, vient justement interroger la douleur du point de vue de la relation entre le médecin et son patient (50). S'il apparaît évident que le rôle de la médecine est de soulager la douleur, celle-ci est noue la relation médecin-malade et donne une indication à l'un sur le vécu de l'autre. La souffrance est une notion universelle, opposable à la multitude d'expression

de la douleur (variable selon l'époque, la société, les caractéristiques individuelles). Ainsi la douleur hippocratique est un indice qui guide le médecin et non un ennemi à combattre. David Le Breton souligne également cette dimension que l'on pourrait qualifier de « positive » de la douleur : « *Loïn d'être destructrice ou annonciatrice de lésion, elle assure une fonction de sauvegarde. Elle diminue paradoxalement la souffrance propre à l'histoire personnelle. La douleur chronique est l'expression d'une souffrance qui se joue sur une autre scène* » (51). La souffrance serait une douleur psychique venant alerter de l'urgence de créer du lien avec l'autre.

La volonté de prendre en compte la souffrance psychique :

En Belgique, le débat sur l'accès à l'euthanasie pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques fait l'objet de dissensions au sein de la profession. Les arguments contre étant que l'euthanasie hors contexte de fin de vie n'est pas acceptable car assimilée à un droit de vie ou de mort exercé par le médecin et éloigné du principe de bienfaisance et de la notion de soin ; mais aussi parce que la prévention du suicide est l'un des axes principaux des soins psychiatriques et occupe une place primordiale dans la formation des étudiants en psychiatrie (52). L'euthanasie pour souffrance psychique est alors perçue à la fois comme une façon de se détourner des principes fondamentaux de la médecine, mais aussi de la psychiatrie ; un renoncement double.

A l'inverse le principal argument des psychiatres favorables au droit à la demande d'euthanasie pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques est la reconnaissance de la souffrance psychique au même titre que celle de la souffrance physique ou somatique (2). Dans les statistiques basées sur les documents des médecins pratiquant l'euthanasie, la souffrance physique reste plus présente, puisqu'elle est mentionnée un peu plus fréquemment (une fois et demie) que la souffrance psychique (4). Cette proportion reste plus ou moins constante à travers les rapports bisannuels. Une étude de Broeckart et al. nous éclaire sur l'importance de la souffrance psychique aux yeux des médecins palliatifs en Belgique. A l'affirmation « la portée de la loi relative à l'euthanasie devrait être limitée à l'euthanasie motivée par une souffrance physique insupportable », 55% d'entre eux ont répondu qu'il n'était pas d'accord (contre 26% d'accord et 19% d'abstention) (53). Une courte majorité considère donc que la loi ne s'applique pas uniquement à des souffrances physiques insupportables.

Dans la discussion publique on remarque une évolution vers plus d'attention pour la souffrance psychique, avec des périodes d'intérêt successives pour des objets spécifiques de souffrance psychique. Les Cellules d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP) se sont mis en place en France à partir de 1995 après l'attentat du RER B, et montre la préoccupation des autorités publiques de

prendre en charge les conséquences psychiques d'un traumatisme et la souffrance qui peut en découler. Le relai médiatique des cas de suicide chez EDF illustre de façon tragique le concept de souffrance au travail, qui s'est vulgarisé dans les années 90 également. Désormais, « *le fait de harceler autrui par des agissements répétés ayant pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel, est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 EUR d'amende.* » (54). La souffrance psychologique au sein d'un couple a également été reconnu par la loi comme un délit (55).

On tend également à sensibiliser les professionnels de santé à la souffrance psychique : en témoigne, les recommandations de l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux (ANESM) qui préconise d'organiser régulièrement des temps d'échange dédiés aux professionnels de santé pour qu'ils expriment leurs difficultés. La souffrance psychique est analysée, évaluée, comptabilisée (à titre d'exemple échelle Zarit 27 pour mesurer la souffrance des aidants, échelle de dépression gériatrique GDS pour mesurer la souffrance des personnes âgées). La souffrance peut même être cotée directement par la personne qui souffre, de chez elle, avec l'Outil Dépression du programme MobiQual.

L'inquiétude sociétale vis-à-vis de la souffrance psychique est entendu par les politiques successives. Le terme de souffrance psychique est cité 26 fois dans le programme national d'actions contre le suicide (2011-2014). Différentes mesures visent à améliorer le repérage et la prise en charge de la souffrance liée au travail ou encore renforcer les actions de sensibilisation et de formation sur la souffrance psychique particulièrement chez les enfants et les adolescents. Le plan « Psychiatrie et santé mentale 2005-2008 » a d'ailleurs initié des formations au repérage précoce des signes de souffrance psychique et des troubles du développement des enfants et adolescents. En ce qui concerne les personnes en souffrance psychique, des mesures de prévention sont proposées : lutte contre l'isolement social, le développement des dispositifs d'aide à distance ainsi que des actions dans certaines institutions et populations à risques.

Il apparaît donc que la souffrance psychique est de plus en plus recherchée et combattue dans notre société actuelle. L'axe des mesures développées pour la combattre est essentiellement préventif, mais cette reconnaissance a également conduit à l'idée qu'il puisse exister différents degrés de souffrance psychique, et notamment un niveau qu'on pourrait qualifier de « dépassé » pour lequel la société et la médecine s'estiment impuissantes. Cette souffrance psychique dépassée mais reconnue par autrui, génère en nous des mouvements affectifs comme la compassion envers celui qui exprime le souhait de mourir.

Demande d'euthanasie pour souffrance psychique, l'exemple d'Emily

Cette souffrance psychique intolérable aux yeux de la société a pris différents visages. L'un d'entre eux est celui d'Emily, une jeune brugoise de 24 ans, filmée dans sa démarche de demande d'euthanasie dans un reportage intitulé « 24 & Ready to die », disponible en ligne depuis le 10 novembre 2015, sur le site du journal The Economist.

Face caméra, Emily expose le mal-être auquel elle fait face depuis l'enfance, le sentiment de « vide » qui l'habite et la sensation « d'être déjà morte à l'intérieur ». Son t-shirt manches courtes laisse découvrir de multiples cicatrices sur les avant-bras, conséquences des scarifications qu'elle s'inflige lors « de ses crises ». Elle parle de ses antécédents, de son suivi en psychiatrie depuis l'âge de 12 ans, des multiples traitements qu'elle a pu avoir et des différents psychothérapeutes qui se sont succéder auprès d'elle. La jeune fille a fait une tentative de suicide deux ans auparavant, et exprime son impossibilité à « se projeter dans un quelconque futur ».

La psychiatre qui l'accompagne dans cette démarche, le Dr Thienpont est connu pour ses prises de positions dans les médias en faveur de l'accès à l'euthanasie pour souffrance psychique chez les patients atteints de troubles psychiatriques. Elle revient sur les différents critères de la loi du 28 mai 2002 : selon le Dr Thienpont, dans un cas comme celui d'Emily, la notion d'incurabilité s'applique. Même si le terme de pathologie terminale ne s'applique pas (car on ne retrouve pas le critère de décès à brève échéance), elle considère qu'il s'agit d'une situation médicale sans issue pour laquelle de nombreuses tentatives thérapeutiques ont été tentées. Dans un article elle écrit que si la notion de souffrance psychique insupportable est une notion subjective, ce n'est pas le cas de l'incurabilité pour laquelle on dispose une définition claire, écrite par l'Association Psychiatrique des Pays-Bas (The Dutch Psychiatric Association, NVvP) selon laquelle, une option thérapeutique doit respecter trois conditions : elle doit offrir un espoir réel d'amélioration (1), elle doit pouvoir être administrer de façon adéquate dans un délai de temps raisonnable (2) ; et elle doit permettre un rapport bénéfice/risque raisonnable pour le patient (56). Elle rappelle que les patients faisant cette demande ont tous de nombreux antécédents psychiatriques, notamment sur le plan médicamenteux, puisque « *les options thérapeutiques en psychiatrie sont quasiment illimitées. Le rôle du psychiatre est de s'assurer que la douleur psychique n'est pas contextuelle, réactionnelle à un évènement difficile à la suite duquel des mécanismes de résilience pourraient se mettre en place, mais plutôt qu'il s'agit d'une souffrance psychique pour laquelle il n'y a pas de réelle perspective de se sentir mieux* ».

Pour Emily, la décision concernant la demande d'euthanasie est acceptée par le médecin, « *ses proches vont devoir accepter qu'elle ne sera bientôt plus là* » entend-t-on en commentaire. Sa mère, qui

témoigne à face cachée, dit qu'elle ne peut qu'être présente auprès de sa fille et accepte son choix, bien qu'elle lui ait conseillé de consulter d'autres spécialistes. Dans la scène suivante, Emily réunit également deux de ses amies proches pour « *planifier ses funérailles* », et souhaiterait que ses amies puissent dire un mot à son enterrement. L'une d'entre elle lui demande si elle traverse des moments de doute, avant de s'effondrer en larmes. Chez elle, Emily fait la liste des objets qu'elle va léguer et des souvenirs qu'ils lui évoquent, confiant un certain apaisement (est-il lié à l'acceptation de sa demande ? A la reconnaissance de sa souffrance par des médecins, ou à sa légitimité aux yeux de la société ?). Le journaliste lui demande alors ce qui se serait passé si l'euthanasie avait été refusée : « J'aurais traversé une mort horrible et solitaire. Je me serais suicidée ».

Enfin, on apprend qu'au moment prévu pour son euthanasie, Emily a refusé de recevoir l'injection létale, justement du fait de cet apaisement qu'elle avait pu ressentir durant les deux dernières semaines. Un effet thérapeutique de l'acceptation de la mort par autrui ? Le Dr Thienpont explique qu'il s'agit d'une réaction fréquente chez les patients à l'approche de la mort, rassurés par la possibilité que « tout peut s'arrêter ».

Le reportage se termine par cette phrase « Emily est décédée en 2018, à la suite d'une deuxième demande d'euthanasie, qui avait également été acceptée ».

Hypothèses sur l'origine de la demande d'euthanasie pour souffrance psychique

Nous avons vu précédemment que la demande exprimée peut être la traduction d'un besoin ou d'un désir exprimé à autrui. Quels mécanismes sous-tendent la demande d'euthanasie pour souffrance psychique hors contexte de fin de vie ? Au-delà des critères subjectifs et des histoires singulières, différentes hypothèses peuvent être émises, qui prennent en compte à la fois des difficultés liées à la pathologie psychiatrique, mais aussi à la simple possibilité de l'acte induite par la loi.

-De la pathologie psychiatrique elle-même ?

Les études d'autopsie psychologique montrent que près de 90 % des suicides présentaient au moins un trouble psychiatrique au moment du passage à l'acte suicidaire, au premier rang desquels on retrouve la dépression (21). Des études ont montré que la dépression entraînait des distorsions cognitives comme des troubles mnésiques conduisant au maintien des souvenirs douloureux au profit des bons moments créant ainsi une spirale négative qui participe à l'entretien de la dépression, dont les patients n'ont pas conscience on parle de « mauvais insight » (difficulté pour le patient à attribuer ses symptômes à la maladie) (57). Qu'en est-il de l'insight du praticien ? Si certaines présentations

cliniques de la dépression permettent de poser rapidement un diagnostic, d'autres plus discrètes peuvent prendre la forme d'un discours cohérent, orienté, empreint d'un discernement élevé car leurs discours nous renvoient à un contexte qui pourrait également nous faire souffrir, à une compréhension mutuelle.

-D'une impossibilité de bien vivre ?

La pathologie psychiatrique est imprévisible, c'est une perte de maîtrise de soi dans ce que la personne a de plus intime, son esprit, sa pensée, qui est difficile à accepter pour les patients lorsque la phase de décompensation psychique est résolue. Une étude qualitative de Sandhu et al. permet par exemple de mieux appréhender le vécu des patients qui développent des symptômes dépressifs après un premier épisode psychotique (58). Les patients rapportent des difficultés d'assimilation des symptômes à la maladie psychotique, avec une remise en question de l'état antérieur (« depuis quand mes pensées n'étaient-elles pas inscrites dans la réalité ? »). On retrouve alors un sentiment de confusion, de doute, parfois de déni, associé à l'humiliation et la honte. Parallèlement les patients rapportent une appréhension de la rechute, avec des conduites d'évitement des situations stressantes perçues comme potentiellement génératrices de rechute, pouvant entraîner un retrait social, un isolement. Ce sentiment de vulnérabilité et de perte de contrôle de la pensée, renvoie à un deuil du moi psychique d'autant plus intense qu'il peut également être associé à des modifications corporelles induites par les traitements (prise de poids, fatigabilité). Parallèlement, le thème de la dépression est marqué par une remise en question du Moi : sentiment d'être diminué, d'être l'ombre de soi-même, voir une dénégation de soi. Cette perte d'identité et associé à un sentiment de solitude, manque de compréhension de la part des équipes soignantes concentrées sur les symptômes psychotiques, et manque d'empathie de la part des familles, favorisant une tendance à l'isolement. Les patients se sentent accablés par la maladie et la tristesse de l'humeur s'installe progressivement avec souvent l'apparition d'idées suicidaires. A cela peut s'ajouter une perte d'autonomie, qui associée au repli sur soi, forme un handicap favorisant la mise au ban de notre société actuelle. Marc Desmet, dans Euthanasie de la personne vulnérable, se questionne « *Comment concevoir un acte libre dans le contexte d'une pression sociale d'exigence à la performance et de l'insupportable de la souffrance ?* » (4). Raymond Massé ajoute « *une culture fortement influencée par l'individualité, l'autonomie et la responsabilisation individuelle a favorisé, chez les individus vivant une souffrance psychique, le développement d'un langage de la détresse centré sur le repli sur soi, le retrait des activités sociales que l'on ne se sent plus en mesure d'assumer et un profond sentiment de culpabilité et d'incompétence personnelle* » (47).

Els van Winjngaarden, chargée de cours et chercheur à l'université des Sciences Humaines d'Utrecht aux Pays-Bas, a mené une étude qualitative auprès de 25 personnes âgées (âge moyen 82 ans) qui

considèrent que « leur vie est terminée et ne vaut plus la peine d'être vécue ». Elles expriment trois choses : le sentiment de perte d'identité, la peur de la dépendance, la solitude. Cette étude est importante car elle donne un éclairage sur les demandes d'euthanasie pour « fatigue de vivre » qui font actuellement débat aux Pays-Bas et en Belgique. Le sentiment dont témoigne ces personnes, c'est un vécu de déconnexion de la vie, plus qu'un désir d'en finir avec la vie. Derrière le « je veux mourir » se cache en réalité un « je ne veux pas vivre de cette façon » (59).

-De la proposition de loi elle-même

Le fait même que la possibilité d'euthanasie pour souffrance psychique soit inscrite dans la loi reflète l'image que la société s'en fait : une condition invivable, insupportable. Dès lors, comment trouver les ressources intérieures suffisantes pour continuer à vivre ? S'il ne s'agit pas d'une proposition directe, ce texte de loi peut être perçu comme une invitation indirecte. Il vient justifier ce qui est à l'origine un dilemme sociétal et fait du trouble psychique une indication médicale à mourir. Simone Bateman Novaes, directrice de recherche au CNRS et sociologue explique « *La notion d'indication médicalement justifiée n'est pas une notion strictement technique mais une construction normative où logique médicale et logique sociale sont imbriquées* » (60).

-D'un besoin de parler de la mort :

Nous avons vu dans le témoignage d'Emily (page 28) que la jeune fille a traversé une période d'accalmie, d'apaisement, à la suite de l'acceptation de sa demande d'euthanasie. Sa psychiatre, le Dr Thienpond souligne d'ailleurs que le phénomène n'est pas rare chez ces patients. Cette période a effectivement été étudiée dans le domaine des soins palliatifs. Le fait d'accepter la conversation sur la mort, le fait qu'une personne autre puisse nous faire témoin et réceptacle de sa souffrance provoque un soulagement chez le patient. Bien que ce moment soit parfois redouté par les soignants, il est à l'origine de la différence entre le nombre de demande d'euthanasie et le nombre d'euthanasie effectivement réalisées (61).

Conclusion du chapitre 1 :

Notre société, dans un souci normatif, souhaite reconnaître la souffrance psychique au même titre que la souffrance physique. Pour autant, la souffrance psychique n'est pas uniquement médicale, elle est aussi sociétale. De la même façon, la demande d'euthanasie pour souffrance psychique ne signifie pas uniquement demande de mort et doit être décodée.

Chapitre 2 : l'ambiguïté de la législation et sa mise en pratique

La rencontre de deux lois : euthanasie pour souffrance psychique et hospitalisation sous contrainte pour risque suicidaire

- En Belgique, la loi du 28 mai 2002, relative à l'euthanasie la définit comme « *l'acte pratiqué par un tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci* » (62).

L'article 3 dépénalise l'euthanasie aux conditions 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**.

Il s'agit d'une loi hybride qui définit le droit médical au sein du code civil, et qui ôte à l'euthanasie son caractère infractionnel prévu dans le droit pénal. Le législateur a par ailleurs fait le choix de ne pas faire la liste des maladies considérées comme incurable, ce qui est sujet à controverse dans le cadre de la pathologie psychiatrique.

Dans tous les cas (situation de fin de vie ou non), le médecin doit préalablement :

-informer le patient de son état de santé et de son espérance de vie,
-se concerter avec le patient sur sa demande d'euthanasie et évoquer avec lui les possibilités thérapeutiques encore envisageables ainsi que les possibilités qu'offrent les soins palliatifs et leurs conséquences.

-arriver, avec le patient, à la conviction qu'il n'y a aucune autre solution raisonnable dans sa situation et que la demande du patient est entièrement volontaire.

-s'assurer de la persistance de la souffrance physique ou psychique du patient et de sa volonté réitérée. A cette fin, il mène avec le patient plusieurs entretiens, espacés d'un délai raisonnable au regard de l'évolution de l'état du patient.

-consulter un autre médecin quant au caractère grave et incurable de l'affection, en précisant les raisons de la consultation. Le médecin consulté doit être indépendant tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin traitant et du premier médecin consulté et être compétent quant à la pathologie concernée.

-prendre en compte l'avis d'une équipe soignante, si elle existe, qui est en contact régulier avec le patient. S'entretenir avec celle-ci à la demande du patient.

-s'entretenir avec les proches du patient à la demande de celui-ci.

-s'assurer que le patient a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'il souhaitait rencontrer.

Dans le cas où le médecin est d'avis que le décès n'interviendra manifestement pas à brève échéance (article 3 chapitre 3), il doit, en outre :

-consulter un deuxième médecin, psychiatre ou spécialiste de la pathologie concernée (NB il s'agit donc du troisième intervenant). Le médecin consulté doit être indépendant tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin traitant et du premier médecin consulté.

-laisser s'écouler au moins un mois entre la demande écrite du patient et l'euthanasie éventuelle.

Deux constats importants à la lecture de cette loi concernant à la fois le rôle du psychiatre et l'aspect relationnel de son intervention :

Premièrement, il est important de noter que l'avis du psychiatre est purement consultatif et qu'il ne s'impose pas. Le fait même de prendre l'avis d'un psychiatre n'est pas obligatoire puisque l'on peut également prendre conseil auprès d'un « spécialiste de la pathologie concernée » (par exemple : gériatre dans le cadre de l'euthanasie dite « pour fatigue de vivre » concernant les personnes âgées). Par contre, la loi modifiant la loi du 28 mai 2002, en vue d'étendre l'euthanasie aux mineurs (63) oblige à prendre l'avis d'un pédopsychiatre, qui se doit de vérifier si « *le mineur est doté de la capacité de discernement* ». Néanmoins dans le contexte des personnes mineures, l'euthanasie ne peut être pratiquée que dans le cas d'une situation médicale sans issue de souffrance physique et non psychique.

Deuxièmement, il est précisé que le psychiatre concerné doit être indépendant à l'égard du patient et à l'égard des autres médecins consultés. Par souci d'objectivité on recherche donc un tiers, dont l'implication émotionnelle ne serait pas trop forte dans la prise de décision. Ce dernier devant interroger le caractère incurable de la souffrance psychique du patient, il en vient finalement à juger la qualité de la relation médecin-malade que l'on considère comme thérapeutique si elle est de bonne qualité.

- En parallèle la Belgique dispose comme la France, d'une loi relative à la protection de la personne du malade mentale ou loi du 26 juin 1990, qui établit les modalités d'une hospitalisation sous contrainte si les caractéristiques suivantes sont toutes présentes (64):

- patient atteint d'une maladie mentale

- mettant gravement en péril sa santé et sa sécurité et/ou constituant une menace grave pour la vie et l'intégrité d'autrui

- aucun autre traitement approprié n'est possible, aucune autre alternative n'est possible (sous-entend le refus de soins de la part du patient).

La Belgique distingue l'admission forcée de l'internement, deux procédures qui se distinguent respectivement par l'absence ou la présence d'un fait criminel.

Cette hospitalisation se déroule en deux phases : la mise en observation et le maintien de l'hospitalisation. La mise en observation est demandée par le juge de paix ou par le procureur du Roi s'il s'agit d'une mesure d'urgence, qui désigne le service psychiatrique dans lequel le patient sera admis. La période d'observation ne peut dépasser 40 jours (article 11 de la loi) et peut prendre fin avant l'expiration de ce délai sur décision du juge de paix ou du procureur du roi après avis du médecin chef de service.

Un récent rapport de la Direction générale de l'Organisation des Etablissements de Soins à Bruxelles (65) fait état d'une hausse constante du nombre d'admissions forcées depuis 2009 (entre 5 et 6% du nombre total d'admission), et précise les diagnostics fixés par ordre d'importance : schizophrénie, toxicomanie, trouble de l'humeur et trouble de l'adaptation. Il aurait été intéressant de distinguer les admissions forcées pour mises en danger d'autrui ou du malade lui-même (notamment du risque de décès).

Ainsi, les psychiatres belges font face à deux lois, dont l'une peut conduire au décès du patient par euthanasie (ou suicide assisté, nous reviendrons sur l'équivalence de ces termes ultérieurement) si le patient demande à mourir et l'autre à une hospitalisation sous contrainte si le patient se met dans une situation de danger pouvant amener à son décès. La seule distinction possible étant la stabilisation de la pathologie mentale ou non. Par exemple, un patient atteint de schizophrénie venant demander l'euthanasie car il considère que cette pathologie est cause de multiples handicaps, le stigmatise au quotidien, est incurable et le rend à risque de rechutes imprévisibles, ou que les traitements qu'on lui donne pour le stabiliser entraînent de multiples effets secondaires et que cette situation est à l'origine d'une souffrance psychique insupportable ; pourrait accéder à l'euthanasie si le psychiatre estime qu'il a tout son discernement et que ses arguments sont entendables. Ce même patient, au cours d'un épisode de décompensation (c'est-à-dire de majoration des troubles) qui préférerait ce que l'on

appellerait alors « des menaces suicidaires » pourrait être hospitalisé sous contrainte pour une durée d'observation de 40 jours maximum, là où le délai pour évaluer la persistance dans le temps d'une demande d'euthanasie est fixée à un mois. Dans les deux cas le patient souffre psychologiquement, et rien ne permet d'affirmer que la première situation n'est pas une forme de décompensation de la maladie schizophrénique, dont l'expression serait différente, moins bruyante.

Donc, le souhait de mourir peut-être à la fois :

- issue d'une souffrance psychique liée une affection somatique médicalement diagnosticable
- l'expression symptomatique d'une pathologie psychiatrique (exemple : la dépression selon le DSM V)
- ou la réflexion aboutie d'une volonté indépendante de toute pathologie identifiable

Certains considèrent que la limite entre pathologie psychiatrique et volonté indépendante est floue, d'autres comme l'Association néerlandaise de psychiatrie émettent la possibilité que la tendance suicidaire « *dans des cas exceptionnels (...) soit le résultat d'un processus de pondération rigoureux. Bien qu'un grand nombre des souhaits de mourir exprimés par des patients psychiatriques présentent un caractère temporaire, et donc passager, la commission n'exclut pas que, dans certains cas, une volonté de mourir puisse avoir un caractère durable et reste finalement présente.* » (56).

Analyse des cas rapportés à la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie (étude Dierickx)

Une première revue de la littérature concernant les cas d'euthanasie déclarés à la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie (CFCEE) en Belgique entre septembre 2002 et décembre 2013, des patients dits « psychiatriques » a été publiée en 2017 par Dierricks et al. Elle rapporte 179 cas de patients ayant accédé à l'euthanasie du fait d'un trouble mental. Par trouble mental, les chercheurs ont précisé qu'il s'agissait de la catégorie « trouble neuropsychiatrique » cochée par les médecins déclarants, qui comprend les maladies mentales décrites dans le DSM V (troubles de l'humeur telle que la bipolarité ou la dépression, schizophrénie, trouble de la personnalité etc.) et la démence (classée dans les maladies mentales d'après la Classification Internationale des Maladies (CIM 10, équivalent du DSM V à l'échelle européenne). Les dossiers de patients présentant à la fois un trouble psychiatrique et une maladie somatique ont été exclus.

On retient que ces 179 patients représentaient 0.5% des euthanasies pratiquées en Belgique entre 2002 et 2007 contre 3% entre 2008 et 2013, ce qui constitue une nette augmentation (voir figure 1 en

ANNEXE). Après 2013, une seconde étude montre également une augmentation de la proportion d'euthanasie en séparant « troubles mentaux et du comportement » 3.1% et « maladies du système nerveux » (6.9%) (66). Cette augmentation est à pondérer car la catégorie « maladie neuropsychiatrique » ne figurait pas sur les imprimés déclaratifs avant 2004. D'autres hypothèses sont également évoquées pour expliquer cette inflation : les progrès des médecins pour remplir la déclaration grâce à une meilleure formation, ou encore une augmentation des demandes d'un phénomène mieux connu du grand public.

Les troubles les plus représentés sont les troubles de l'humeur (associés ou non à un autre trouble psychiatrique) (46.4%) et la démence (34.6%) (voir tableau 2 en ANNEXE). Parmi les autres troubles psychiatriques on retrouve : l'autisme, la personnalité borderline, le stress post-traumatique, l'anorexie mentale, les troubles dissociatifs, la personnalité immature (qui figure dans la CIM 10), la psychose, le trouble anxieux, le trouble obsessionnel compulsif, la schizophrénie paranoïde, et deux cas de trouble mentaux non étiquetés.

Une large majorité des cas rapportés ont moins de 60 ans (86.4%).

Les patients concernés par la fin de vie ou « *forseeable future* » sont peu représentés : 27.4% pour les patients souffrant de démence, 18.4% pour la catégorie « autre trouble psychiatrique » et 8.4% pour les troubles de l'humeur.

Le principal symptôme rapporté justifiant l'accès à la demande d'euthanasie était « une souffrance psychique insupportable » : 72.3% des patients atteints de troubles de l'humeur, 83.3% des autres troubles psychiatriques.

Ces chiffres sont congruents avec ceux des revues de la littérature ayant été rédigées sur ce même sujet aux Pays-Bas (67).

Conclusion du chapitre 2 :

L'état des lieux de l'euthanasie des patients atteints de troubles mentaux en Belgique montre l'ambiguïté de la loi. La volonté de mourir peut aussi bien être l'expression symptomatique d'une pathologie psychiatrique et conduire à la mise en place de soins sous contrainte. Elle peut également être le fruit d'une réflexion aboutie indépendante de toute pathologie mentale, menant à la réalisation de l'acte euthanasique. La première revue de la littérature fait état de 179 patients décédés de cette façon, tous les troubles psychiatriques sont représentés.

Chapitre 3 : euthanasie ou suicide assisté ? Le vécu des médecins concernés

De l'acte euthanasique au sens juridique à la réalisation de suicide assisté au sens moral

En Belgique, la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie la définit comme « *l'acte pratiqué par un tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci* » et n'évoque pas le cas du suicide assisté. Dans la pratique, le patient doit décider de la technique avec laquelle il sera euthanasié : potion lytique ou injection faite par le médecin. La juridiction belge fait donc référence à une mort, plutôt qu'à la façon de la donner.

Le Dr Marc Desmet, médecin belge et co-auteur du livre *Euthanasie de la personne vulnérable*, témoigne « *Je constate aussi une évolution vers des euthanasies que je considère comme relevant plutôt du suicide assisté. Ici je ne parle pas de l'aide au suicide au sens juridique et technique (la potion lytique et pas la piqûre) mais plutôt au sens moral. Je songe à certaines euthanasies où la situation médicale sans issue est moins claire, comme dans les cas neuropsychiatriques : quand une dépression est-elle vraiment incurable ? Cela est encore plus vrai dans les fatigues de vie. Le fait qu'il s'agisse de personnes qui pourraient encore vivre de longues années augmente encore le caractère de suicide.* » (4).

Comment expliquer que l'acte euthanasique donne aux psychiatres le sentiment de participer à un suicide assisté ?

L'étymologie des termes « suicide » et « euthanasie » peut nous éclairer sur cette question. Le mot suicide vient du latin *suicidium*, terme composé du préfixe *sui*, « soi », et du verbe *caedere*, « tuer », il a longtemps été traduit comme « le meurtre de soi-même ». La réprobation du suicide par les différentes religions a contribué à en faire un tabou. Il s'agit d'un acte solitaire, désapprouvé, et chargé de sens négatif. L'euthanasie au contraire est « la belle mort », la mort apaisée aux yeux des autres. Elle ne renvoie pas du tout au même vocable. De plus, l'euthanasie vient pour abrégé des souffrances, c'est une solution par défaut, issue d'une réflexion médicale. Alors que le suicide provient d'une réflexion morale que l'individu est amené à mener sur la valeur de sa vie, et relève moins d'un débat médical.

Surtout, le mort décédé par suicide et le mort ayant demandé l'euthanasie, n'ont absolument pas la même représentation aux yeux d'autrui. Finalement, cette différence de perception nous renvoie à ce qu'aurait pu faire le psychiatre face à cette situation : le suicide reste le décès évitable. L'euthanasie de la souffrance psychique reste évitable dans l'inconscient du praticien. On sait pertinemment qu'on

n'a pas tout essayé pour l'apaiser. Puisque même les psychiatres pro-euthanasie, dans ce cas précis, reconnaissent qu'il existe une infinité de traitements, et de combinaison de traitement possible.

Organisation Belge des demandes d'euthanasie : court-circuit de la relation médecin-malade ?

Quel sera le parcours effectué par un patient lorsqu'il demande l'euthanasie pour souffrance psychique alors qu'il ne se trouve pas dans une situation de fin de vie ?

Il lui faut d'abord faire la demande auprès d'un médecin formé (formation EOL End Of Life, fin de vie), qui peut être son propre médecin généraliste ou un médecin qu'il ne connaît pas jusqu'ici. Dans tous les cas, ce médecin devra prendre avis auprès de deux autres confrères dont l'un serait psychiatre ou comme il est écrit dans la loi « spécialiste de la pathologie concernée ». Dans la pratique, la plupart des médecins belges font appels à plus de deux autres médecins pour évaluer ces demandes d'euthanasie (4).

L'article 14 de la loi précise qu'aucun médecin n'est tenu de pratiquer une euthanasie et qu'aucune personne n'est tenue de participer à une euthanasie. : « *Si le médecin consulté refuse de pratiquer une euthanasie, il est tenu d'en informer en temps utile le patient ou la personne de confiance éventuelle, en en précisant les raisons. Dans le cas où son refus est justifié par une raison médicale, celle-ci est consignée dans le dossier médical du patient. Le médecin qui refuse de donner suite à une requête d'euthanasie est tenu, à la demande du patient ou de la personne de confiance, de communiquer le dossier médical du patient au médecin désigné par ce dernier ou par la personne de confiance.* »

Certains médecins formés à la question de la fin de vie, se regroupent au sein de cabinet « spécialisé » comme le centre Vonkel (Volonté en Néerlandais) fondé par le Dr Thienpond.

Le Dr Wils Distelmans est le créateur du Levens Einde Informatie Forum (LEIF) un collectif de médecins qui apportent leur soutien aux collègues confrontés à des demandes d'euthanasie ou qui peuvent pratiquer l'euthanasie si le médecin traitant refuse de le faire. Sur leur site, il est écrit qu'un médecin peut solliciter leurs avis pour « *les demandes délicates comme pour la souffrance psychique intolérable* ». LEIF s'adresse également aux patients et a créé la **Uitklaring Levensindevragen Team** (UL-Team), pour l'élucidation de demandes ayant été refusées jusque-là. LEIF recherche le respect absolu de la volonté du malade, et demande un droit à l'euthanasie au même titre que les soins palliatifs.

Dans un article retraçant ses réflexions sur le sujet de l'euthanasie pour les patients de psychiatries, le Dr Claes, médecin en Belgique, explique certes les affections psychiatriques peuvent déboucher sur un

diagnostic objectif, mais la nature de la relation thérapeutique entre le médecin psychiatre et son patient exige des précautions particulières pour conclure à la demande d'euthanasie. « Dans notre pays, certains psychiatres, mais aussi certains médecins ayant une expertise différente et certains éthiciens se demandent de plus en plus si la législation actuellement en vigueur prévoit des verrous juridiques suffisants pour éviter qu'une demande d'euthanasie soit honorée trop vite suite à des souffrances insupportables résultant d'une affection psychiatrique » (68).

Là encore, la loi ne se prononce pas et laisse place à l'interprétation. Elle n'exige pas que le médecin connaisse le patient qui demande à être euthanasié. Elle n'exige pas qu'une relation thérapeutique se soit nouée entre les deux acteurs. Le même Dr Chabot qui avait été reconnu coupable d'une euthanasie pour souffrance psychique aux Pays-Bas (voir page 23) regrette ce manque de lien entre le patient et le médecin à qui il fait la demande d'euthanasie. « *A l'origine, beaucoup de médecins et d'hommes politiques ont cru que ces deux exigences seraient automatiques et naturelles, sans qu'il faille forcément l'inscrire dans le texte de loi. En réalité aujourd'hui, ces précautions de bon sens sont volontairement ignorées. Elles permettent d'élargir les concepts tels que celui de « souffrance insupportable sans perspective d'amélioration ».* Il précise « *l'absence, voire le rejet, d'une relation thérapeutique entre le patient et son médecin, ne permet donc pas à celui-ci de proposer les moyens qui allègeraient la souffrance, celle-ci restant dès lors toujours insupportable aux yeux du patient* ». (69)

Si finalement l'euthanasie a été acceptée et que le patient est décédé, le médecin doit dans les quatre jours suivant l'acte, faire une déclaration par un formulaire officiel qui sera examiné par la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie (CFCEE). La déclaration et l'évaluation de la conformité du dossier se font de façon anonyme. Différentes options sont possibles pour la CFCEE :

1. la commission décide que la déclaration satisfait aux exigences légales et l'anonymat de toutes les personnes concernées est préservé ;
2. en cas de doute, la commission peut suspendre la décision : après un vote à la majorité simple, la CFCEE peut décider de lever l'anonymat et demander au médecin des informations supplémentaires et ensuite, approuver la déclaration. La commission peut demander au médecin traitant tout élément du dossier médical ayant trait à l'euthanasie ;
3. si la commission estime, par un vote à la majorité des deux tiers, que les conditions définies dans la loi ne sont pas respectées, elle envoie le dossier au Procureur du Roi du lieu du décès du patient.

Le Washington Times a récemment dénoncé les échanges entre le Dr Thienpond, dont ses collègues estiment qu'elle serait impliquée dans environ 40% des dossiers d'euthanasie pour la période de 2007 à 2011, avec le Dr Distelmans président de la CFCEE et fondateur de LEIF, dans lesquels il explique que

certain patients auraient reçu la « promesse » de la part du Dr Thienpond que leur demande serait acceptée, mettant en difficulté les autres praticiens impliqués dans ces dossiers et que par conséquent l'équipe UL-Team ne souhaite plus recevoir les patients venant du centre Vonkel (70). Dans une lettre ouverte diffusée par la VRT news le 31 octobre 2017, 42 médecins, psychologues, psychiatres et universitaires dénoncent les négligences de la part de certains médecins et des failles importantes de la loi de 2002 et appellent à une réflexion sérieuse sur le sujet (3).

Parallèlement, la démission du Dr Ludo Vanopdenbosch, membre de la CFCEE jusqu'en mars 2018 renforce les inquiétudes des soignants. Dans sa lettre de démission publiée dans le Journal du Médecin (71) il évoque le cas d'un patient souffrant de démence à un stade avancée liée à une maladie de Parkinson ayant été euthanasiée à la demande de sa famille, et le fait que la CFCEE n'ait pas envoyé ce dossier devant la justice pour un examen approfondi. Il explique : « *Lorsque des déclarations d'euthanasie sont détectées non conformes à la loi, la CFCEE ne les renvoie pas au Parquet pour examen, comme le prescrit pourtant la loi, mais elle prend elle-même le rôle de juge.* ».

L'analyse de la mise en pratique de cette loi et du parcours des patients présentant une demande d'euthanasie pour souffrance psychique met en lumière deux aspects :

- l'organisation d'un réseau structuré de professionnels de santé, dont certains sont profondément engagés dans un processus de reconnaissance du droit du patient laissant planer le doute sur l'objectivité de leur évaluation médicale.
- et l'interrogation quant à l'indépendance d'une commission de contrôle, dont les membres sont à la fois juge et parti.

Il apparaît alors légitime de se demander si cette organisation n'entraîne pas un court-circuit de la relation médecin-malade ? Car finalement le patient ne cherche pas un thérapeute qui va se pencher sur sa souffrance, il cherche (et c'est légitime) la personne qui va accéder à sa demande. L'organisation actuelle des structures disponibles semble baliser le chemin du patient vers un décideur (potentiellement acquis à sa cause) plutôt qu'un thérapeute.

Conclusion du chapitre 3 :

Le texte de loi concernant l'euthanasie dans le contexte de la souffrance psychique et son application, engendre chez une partie des médecins psychiatres le sentiment d'assister à un suicide plutôt qu'à une euthanasie.

Conclusion de la deuxième partie

La loi relative à l'euthanasie hors contexte de fin de vie, a rendu possible cet acte pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques que la médecine actuelle n'arrive pas à soulager. Les demandes de plus en plus nombreuses témoignent du niveau de souffrance psychique atteint par cette population. Souffrance psychique dont la définition est complexe et tend vers une psychiatrisation des symptômes, négligeant l'origine relationnelle, sociétale de la souffrance de ses personnes souvent marginalisées. L'extension de la pratique aux maladies neuropsychiatriques, puis aux mineurs en 2014, et l'extension désirée par certains pour les personnes en stade de démence évolué vont dans le sens d'un accès à l'euthanasie pour les personnes vulnérables (4). L'offre qui s'est créée autour de la demande d'euthanasie semble être organisée de façon à aboutir plutôt qu'à recréer du lien. Sans renier l'intérêt de cette loi, une partie des psychiatres et soignants en santé mentale demandent à repenser la démarche en profondeur créant ainsi une fracture au sein de la profession. La commission des médecins spécialistes belges appelle également à la plus grande prudence de la part des praticiens, pour ne pas sombrer dans une banalisation du geste euthanasique (72). Dans cette confusion, se font face deux possibilités antinomiques ou l'état suicidaire peut être considéré comme pathologique sous-tendu par des troubles psychiatriques, ou au contraire issu d'une réflexion aboutie et sans trouble du jugement, sorte de « suicide bilan » qui conduit le soignant à effectuer ce qui s'apparente plus à un suicide assisté qu'à un acte d'euthanasie.

TROISIEME PARTIE: CONSEQUENCES DE L'EUTHANASIE POUR SOUFFRANCE PSYCHIQUE SUR LA RELATION PATIENT- PSYCHIATRE, LA QUESTION DE LA VULNERABILITE

La distinction euthanasie – suicide assisté est importante pour une spécialité dont l'une des missions fondamentales reste la prévention du suicide. En Belgique, la pratique de l'euthanasie pour souffrance psychique en dehors du contexte de fin de vie, avec la possibilité pour le patient de mourir en prenant lui-même une potion lytique, amènent les psychiatres à se positionner pour ou contre le suicide de leur patient. Se pose alors la question de l'équilibre entre obligations professionnelles, presque réflexes, de protection du patient contre lui-même et des convictions personnelles parfois divergentes pouvant conduire à une fragilité du praticien. Les philosophes grecs de l'Antiquité se posaient déjà la question du suicide et chaque école se positionnaient, de l'opposition catégorique des pythagoriciens jusqu'à l'approbation bienveillante des épicuriens et stoïciens. Pour ces derniers, la vie ne mérite d'être conservée que si elle est un bien conforme à la raison, à la dignité humaine et si elle apporte plus de satisfaction que de maux (73). A. Camus écrivait « Il n'y a qu'un problème philosophique vraiment sérieux : c'est le suicide. Juger que la vie vaut ou ne vaut pas la peine d'être vécue, c'est répondre à la question fondamentale de la philosophie »(74). La société actuelle en aurait-elle fait la question fondamentale de la médecine ?

Cette troisième partie vise à explorer la question de l'euthanasie à la lumière du concept de vulnérabilité tant du côté du patient, et plus généralement de la pathologie mentale, que du psychiatre, et de ses conséquences sur la relation qui les unit.

Chapitre 1 : conséquences de l'euthanasie chez les patients atteints de troubles mentaux ; la notion de vulnérabilité.

Différentes approches de la vulnérabilité et lien avec l'euthanasie

Le mot vulnérable vient du latin *vulnerabilis*, « qui peut être blessé ». Est vulnérable ce qui est exposé aux blessures, aux coups, à la douleur physique ou à la maladie. Se dit également en parlant d'un aspect de la personnalité d'une personne qui serait très sensible aux attaques morales, aux agressions extérieures. On dit aussi d'une chose qu'elle est vulnérable si elle est discutable par ses imperfections ou ses insuffisances (exemple « un point vulnérable ») (75). Le mot vulnérable a donc un sens double : d'un côté la sensibilité, la fragilité, le vulnérable induit de la compassion, on veut le protéger ; de l'autre, il évoque la souffrance, la maladie, la dépendance, dans une vision plus négative et stigmatisante. Dans le Petit Robert, le vulnérable est aussi celui qui se défend mal.

-Approche juridique :

Il n'existe pas de définition juridique de la vulnérabilité, d'aucun concède qu'il s'agit d'un concept flou, mais qui sait se faire reconnaître, « la vulnérabilité est indiscutable lorsqu'on se retrouve face à elle ». On l'approche dans le droit pénal où la vulnérabilité est un critère aggravant qui apparaît à l'auteur de l'agression ou qui est connu de lui. On peut être vulnérable du fait « de son âge, d'une maladie, à une infirmité, une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse (...) d'une personne en état de sujétion psychologique ou physique résultant de l'exercice de pressions graves ou réitérées ou de techniques propres à altérer son jugement » (76).

-Approche sociologique et vulnérabilité de langage :

Le sociologue Jean Yves Barreyre définit la vulnérabilité sociale comme « ce qui relève de la disparition sociale quelqu'en soit le degré » (77). Selon Bernard Ennuyer « *la vulnérabilité sociale, c'est « la hantise d'être débarqué » qui renvoie de fait au sentiment d'être exclu ou au fait de ne pas avoir de place et de ne pas avoir de possibilité de parole » (76).*

Le vulnérable est aussi celui qui socialement n'a pas de parole, ou plutôt à qui on prête une parole. C'est l'autre, celui dont l'existence est reconnue, celui qui a le pouvoir, qui exprime la pensée de la personne vulnérable. Paul Ricoeur a décrit les trois dimensions éthiques fondamentales de la personne comme « *le pouvoir de dire, d'agir, et de rassembler sa propre vie dans un récit intelligible et acceptable » (78).* Généralement, cet autre qui prend la parole, apparaît aux yeux des plus grand nombre animé de bon sentiment, comme par exemple les ministres de la Santé, de la Sécurité et de la Justice néerlandais qui, dans une lettre adressée au Parlement en octobre 2016, demandent

l'euthanasie pour les personnes estimant que leur vie était accomplie, par « compassion » pour ces personnes âgées que l'on dit « fatiguées de vivre » (4). L'Etat protecteur, pourrait donner la mort par compassion, pour préserver la dignité de ses sujets vulnérables.

-Approche temporelle :

A la lecture du livre « *Euthanasie de la personne vulnérable* » dirigé par Bernard N. Schumacher, il nous est apparue une autre définition de la vulnérabilité, selon laquelle la personne vulnérable serait celle pour qui on ne prend pas le temps. Puisqu'en effet cette personne fragile, qui nécessite des soins, de l'écoute, de l'attention, ne requière pas seulement notre sollicitude, mais bien un investissement qu'il soit sociétal ou individuel. Quel retour sur investissement peut-on espérer d'une personne fragile ?

A propos de l'euthanasie de la personne vulnérable, Laurence Henry dit « *La vulnérabilité est liée à la confiance, et la confiance à la vulnérabilité, l'une n'allant pas sans l'autre dans cette relation si particulière, qui défie la raison parce qu'elle entraîne l'un des protagonistes à porter de l'intérêt à la faiblesse de l'autre et à s'arrêter pour le secourir comme le fait le bon Samaritain qui porte assistance à son ennemi, perd du temps et de l'argent à ses soins mais gagne certainement en humanité* » (79). Dès lors, comment comprendre l'acte d'euthanasie hors contexte de fin de vie, si ce n'est comme le souhait de ne pas perdre son temps ? Ne cherche-t-on pas à le diminuer ce temps auprès d'un autre qui peut nous faire souffrir en le regardant, voir même qui nous renvoie à notre propre mort ?

-Approche psychologique et relationnelle :

La vulnérabilité psychique, qui se traduit par un esprit toujours en prise avec un sentiment de négation, est associée au fait que l'esprit est en haute précarité. Pour Corine Pelluchon, « *la fragilité du vivant impose de renverser le sujet, de penser son identité comme étant caractérisée par le rapport à l'autre que soi et aux autres* » (80).

Laurence Henry, en fait le corollaire de la relation médecin-malade : « *La confiance prend place entre le médecin et son patient, entre le soignant et son patient, de façon prioritaire ; Il n'y a pas de relation soignante sans vulnérabilité. Parce qu'il y a faiblesse, il y a relation soignante. Nous concevons la relation soignante comme une relation de confiance pour que celle-ci soit vraie, soit humaine, empathique, révélatrice du souci, mais pour que cette relation soit, il faut nécessairement cette vulnérabilité, au moins potentielle.* »

L'acte de courage du vulnérable, terreau d'une vulnérabilité en devenir ?

Dans un précédent paragraphe (page 37), nous avons vu que le terme d'euthanasie oscille entre deux significations, celle de la mort douce ou bonne mort, et celle du suicide comme acte ou la mort est jugée préférable, dans laquelle elle serait bonne sans être douce.

Cette idée d'une mort préférable, qui vient déjouer le destin, nous vient de la pensée grecque qui reconnaît la valeur de l'individu « *dont la liberté réside dans le pouvoir de décider lui-même de sa vie et de sa mort* » (73). Ainsi, le sujet peut décider de mourir pour un idéal qu'il place au-dessus de sa propre vie (par exemple la patrie pour Ménécée, l'honneur pour Cléomène, la chasteté d'Hippo), par conviction voir par provocation (Socrate), pour échapper aux conséquences d'un âge avancé (Démocrite). Le suicide et l'euthanasie peuvent se rejoindre dans une dimension d'honneur, de mort qui vient glorifier la vie.

La personne vulnérable d'aujourd'hui est-elle le Cléomène d'hier ? Celui dont le plan militaire a échoué et dont le sort vient faire écho à celle d'aujourd'hui qui n'a pas su s'adapter, s'intégrer aux codes sociaux en vigueur. Cet individu qu'on regarde avec incompréhension si tenté qu'on le regarde, qui demande des soins, de l'attention, qui a besoin de l'autre, summum de la honte : avoir besoin de l'autre. Cléomène lui, a trouvé la mort belle et honorable, l'« *euthanatesai* » en se sectionnant les veines. Emily 24 ans, demande l'euthanasie plutôt que le suicide solitaire qu'on pourrait qualifier d'égoïste. L'euthanasie, ou suicide socialement accepté, parce qu'il faut du courage pour exposer à l'autre sa souffrance, pour laisser l'autre jugé de la véracité de sa souffrance, pour affronter cette question répétitive avant l'injection finale « *voulez-vous mourir ?* », pour boire la solution lytique, pour soutenir le regard de ses proches au moment de leur annoncer qu'on a pris la décision de les quitter. Le courage de demander l'euthanasie vient alors sortir le vulnérable de sa condition.

Ainsi à propos de Gustave, l'un de ses patients âgés dont on sait plus comment s'occuper, Laurence Henry nous dit : « *La vulnérabilité rend faible. On ne veut pas gêner, pas déranger, alors pour ne pas indisposer les invulnérables, on part par la petite porte. La petite porte qui nous permet malgré tout de partir la tête haute. Nous aurons fait l'effort de demander à partir, de solliciter l'euthanasie. Notre comportement exemplaire sera mis en avant parce que socialement nous avons rendu un grand service.* »

Quelles conséquences peut bien avoir l'euthanasie d'Emily, ou de celles et ceux comme elle, dont la démarche vers l'euthanasie a été médiatisée, sur d'autres personnes ?

Deux phénomènes semblent importants à décrire : l'influence du récit de l'euthanasie sur les demandes ultérieures, et le déplacement de la vulnérabilité.

-Influence du récit de l'euthanasie sur les demandes ultérieures :

L'effet Werther est un phénomène connu en suicidologie, de hausse du nombre de suicides suivant la parution dans les médias d'un cas de suicide. Il tire son nom du personnage du roman de Goethe, Les souffrances du jeune Werther, qui se suicide par déception amoureuse. Durant les mois qui ont suivi la parution de ce livre, on a constaté une vague de suicide respectant les modalités de celui du héros (c'est-à-dire par arme à feu) au point que l'Eglise a demandé l'interdiction du livre en Europe. L'effet Werther est par la suite nommé par le sociologue américain David Philipps qui démontre une corrélation entre publication dans la presse de cas de suicide et hausse des suicides immédiatement après. Le taux de suicide a par exemple augmenté de 12% aux Etats-Unis à la suite du suicide très médiatisé de Marilyn Monroe. L'effet Werther s'explique la saillance du sujet c'est-à-dire sa visibilité : nombre d'articles sur le sujet, vidéo sur des plateformes accessibles, style de présentation favorisant l'identification avec le protagoniste. Il est prouvé que l'effet est d'autant plus fort que le lecteur ou le spectateur est prédisposé à s'identifier au sujet suicidaire/suicidé.

A l'inverse l'effet Papageno, du nom du personnage de Mozart dans « La flûte enchantée » qui envisage le suicide avant d'y renoncer, est utilisé pour faire diminuer le taux de suicide. Il consiste par exemple à limiter la médiatisation des cas de suicide, à utiliser un ton moins émotionnel, et à diffuser parallèlement à ses annonces des ressources d'aide vers qui les personnes pourraient se tourner.

Au cours de ce mémoire, nous avons volontairement assimilé l'euthanasie pour souffrance psychique et hors contexte de fin de vie, à une forme de suicide plus ou moins assisté selon les modalités d'exécution choisi par le patient. Considérant cette équivalence, il serait intéressant de mesurer l'impact sur les demandes d'euthanasie de celles ayant été médiatisées ; et si cet impact est réel, faut-il chercher à le limiter et de quelle façon ?

-Déplacement de la vulnérabilité :

Entre 2002 et 2007 en Belgique, 179 personnes atteintes d'une pathologie psychiatrique sont décédées à la suite d'une euthanasie hors contexte de fin de vie. Les médecins avec qui ils se sont entretenus, ont estimé que leur souffrance psychique revêtait un caractère insupportable et que leur pathologie était incurable. Patients atteints d'autisme, de schizophrénie, de troubles bipolaires, dont on sait qu'ils appartiennent à cette catégorie de personnes vulnérables. Vulnérabilité langagière car ne possédant pas toujours les codes ni la capacité de s'exprimer, vulnérabilité psychique du fait même de la pathologie mentale, vulnérabilité sociale car souvent marginalisés et jugés « hors norme ».

Le risque, en considérant leur souffrance comme insupportable, « hors norme » est de conduire au raccourci qu'une vie avec un trouble mental ne vaut pas la peine d'être vécu car trop difficile. Ainsi, le vulnérable pourrait également se définir comme celui dont la société estime légitime qu'il souhaite mourir. Laurence Henry nous alerte, « *Si le soignant conforte la demande d'euthanasie, la réalise, il récuse cette normalité (la vulnérabilité), la rend a-normale, marginale. La mort ne règle pas ce problème, elle le déplace sur une autre personne, sur une autre forme de vulnérabilité sans cesse moins vulnérable parce que le regard n'est plus habitué à la forme normale de la vulnérabilité.* » On assisterait, dans un mouvement de fuite devant la souffrance psychique, à une tentative d'uniformisation du bien être psychique, qui conduirait dans la pratique à un déplacement de la vulnérabilité, avec la désignation de groupes à chaque fois nouveaux (transgenres, psychopathes...) (4).

L'autonomie relationnelle

L'autonomie est définie par la capacité à se gouverner soi-même. Elle présuppose la capacité de jugement, c'est-à-dire la capacité de prévoir et de choisir, et la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son jugement. Cette liberté doit s'exercer dans le respect des lois et des usages communs. L'autonomie d'une personne relève donc à la fois de la capacité et de la liberté.

A propos du sujet de l'euthanasie pour souffrance psychique et de ses implications sur la relation médecin-malade, il nous semblait important de préciser la notion d'autonomie relationnelle (ou autonomie de relation). Il s'agit de la capacité de gérer ses relations pour pouvoir négocier une liberté avec son environnement afin de décider et d'agir selon sa propre loi, et de gérer l'influence reçue de l'extérieur pour décider en toute liberté et responsabilité. Elle est à différencier de l'autonomie stratégique ou autonomie d'action qui est à la capacité à choisir et atteindre les objectifs que la personne s'est elle-même fixés. Dans le concept d'autonomie relationnelle, le sujet n'est pas isolé, c'est un être social qui se définit en interaction avec autrui. D'après Agata Zielinsky, l'autonomie relationnelle « *renvoie à la dignité de la personne, qui vise la reconnaissance de la personne pour ce qu'elle est avec son histoire, sa culture, son entourage, ses goûts. . . tout cela pouvant déboucher sur un « projet de vie ». La personne ne se réduit donc pas à un seul aspect de son existence (sa souffrance, son âge ou son handicap, par exemple). Il s'agit de reconnaître ce qui contribue à la faire exister pour ce qu'elle est, ce qui lui donne goût à la vie. On est alors dans une dynamique d'accompagnement, une dynamique relationnelle* »(81).

Or il pourrait s'agir d'une dimension sous-estimée de l'autonomie dans l'évaluation de ces patients, qui fait sens dans notre réflexion concernant la dimension relationnelle de la demande, l'apaisement

suscité par l'acceptation de la demande ou encore l'influence de la souffrance sociale (gestion de l'influence reçue de l'extérieur). Actuellement, quelle évaluation est faite de l'autonomie relationnelle des patients demandant l'euthanasie ? Quels moyens peuvent-être mis en œuvre pour la renforcer ? Quelle influence l'amélioration de cette autonomie aurait-elle sur leur demande d'euthanasie ?

Cette perspective s'applique également au psychiatre concerné par la demande. L'autonomie d'action dont il fait preuve consiste : en l'application de son savoir médical afin de détecter une pathologie mentale et d'évaluer le discernement de son patient, à pouvoir faire des choix de manière à élaborer une prise en charge. Alors que, l'autonomie relationnelle du psychiatre dans ce contexte, pose la question de sa capacité à gérer la relation qu'il a avec le patient, de manière à l'orienter vers le choix qu'il estime le meilleur pour lui, mais issu de sa réflexion personnelle et de ses idéaux (médicaux, religieux, politique etc) ; ainsi que l'influence de l'environnement (les proches, la société, les autres soignants). Si l'on considère cette définition, peut-on dire que le psychiatre est autonome dans ce choix ?

Conclusion du chapitre 1 :

Ce chapitre nous permet de reconsidérer l'euthanasie pour souffrance psychique, comme un acte socialement accepté (et reconnu par la loi) contrairement au suicide qui reste perçu comme un acte violent et solitaire. L'euthanasie comme suicide courageux entraîne le déplacement de la vulnérabilité sur d'autres populations. La notion d'autonomie relationnelle montre comment le patient est pris dans des enjeux de groupe au moment de prendre sa décision. En est-il de même pour le psychiatre ?

Chapitre 2 : Aide au suicide en psychiatrie, la fragilisation de la personne du psychiatre

Médicalisation du suicide ; un sujet pour la psychiatrie

C'est au siècle des Lumières que naît l'idée d'une explication médicale au suicide. Avant cette période, le pouvoir religieux considère cet acte comme une hérésie et les cadavres des suicidés sont exclus des rituels de mort et du cimetière.

Au XVIIIème siècle donc, on cherche à comprendre les mécanismes conduisant au suicide. Son origine n'est plus interne (faiblesse de l'individu) mais externe. Nous prendrons pour exemple, l'explication climatique (pour laquelle on mène encore des études de recherche) qui incrimine la météo océanique, fraîche, humide, dont les gouttelettes d'eau pénètrent dans les fibres du corps humain et prédisposent à l'envie suicidaire. On décrit toutes sortes de phénomènes passionnelles venant perturber le cerveau et engendrer tristesse, mélancolie ou accès de manie. Toutes sortes de théories voient le jour : l'excès de travail intellectuel durcit le cerveau et peut entraîner un fléchissement thymique...

En parallèle de ces hypothèses physiologiques du suicide, on assiste aussi à l'époque à une multiplication des établissements asilaires. Cette explosion du nombre de pensionnaires et leur observation clinique a progressivement contribué à l'idée d'une association entre folie et suicide dans le corps médical. William Black estimait que 15% de ces patients étaient des gens qui avaient tenté de se tuer au moins une fois (73). L'historien George Minois reprend à ce sujet les propos de William Rowley en 1788 « *celui qui se suicide est indubitablement non compos mentis, et le suicide devrait donc toujours être considéré comme un acte de folie* ».

Il est intéressant de noter que l'origine médicale du suicide a permis sa dépénalisation, et que l'on dépénalise aujourd'hui l'acte médical du suicide assisté.

Ce mouvement idéologique a progressivement dépossédé le suicide de son caractère « immoral » pour lui donner celui de « pathologique » et médical. Ainsi, le suicide est l'affaire du psychiatre, il se place au premier rang de l'enseignement des internes et se trouve au centre des préoccupations pratiques quotidiennes. Et cette tendance s'accroît puisque le DSM V a récemment introduit au sein de sa classification le terme de « trouble de conduite suicidaire » dans le but de favoriser l'émergence d'études cliniques testant les stratégies thérapeutiques anti-suicide spécifiques (21).

Impact psychique du suicide d'un patient chez son psychiatre

Des auteurs comme Chemtob, Hamada et Bauer se sont intéressés à la fin des années 1980, aux conséquences psychiques chez les psychiatres des décès de leurs patients par suicide. Les premières statistiques relevaient qu'aux Etats Unis la moitié des psychiatres était concerné par ce sujet au cours de leur carrière et dans un tiers des cas le décès survenait au cours de l'équivalent de l'internat (82). Il s'agit d'un sujet peu traité en recherche, et pour lequel nous ne disposons pas de chiffre pour la France ou la Belgique.

Une des difficultés de l'évaluation de l'impact psychique chez les psychiatres du suicide d'un patient, est essentiellement qualitative, puisque certains auteurs se sont intéressés aux réactions de deuil, d'autres au stress aigu ou chronique, avec des définitions différentes. Néanmoins toutes les études concluent que les professionnels concernés ont subi un stress d'intensité et de durée variable. McAdams et Foster ont même rapporté des réactions d'intensité comparable à celles rapportées par un groupe de personnes ayant vécu le décès récent d'un parent (83).

Une étude canadienne, a interrogé 71 psychologues, 56 infirmiers de psychiatries, et 14 psychiatres ayant vécu le décès par suicide d'au moins un de leur patient (84). Ils rapportent essentiellement des manifestations de stress dans le premier mois, allant jusqu'au stade de stress aigu (c'est-à-dire intrusion d'idées, images, souvenir, sentiments liés à l'évènement traumatique, évitement de ces mêmes composantes) pour 44% d'entre eux. Une seconde analyse est dédiée aux répercussions de cet évènement sur leur pratique professionnelle :

- une sensibilité accrue aux indices du risque suicidaire (95 %)
- des inquiétudes accrues concernant sa compétence pour évaluer ou traiter des patients suicidaires (89 %)
- une anxiété accrue lors de l'évaluation ou du traitement de tels patients (88 %)
- des pensées récurrentes quant au décès (82 %)
- un sentiment de culpabilité (78 %) et de responsabilité (74 %) en regard du suicide du patient
- une tendance accrue à hospitaliser des patients suicidaires ou à faire preuve de précautions accrues dans le traitement (75 %)
- un intérêt accru par rapport à la problématique du suicide (73 %)
- une diminution de la perception de l'efficacité de la thérapie (71 %)
- des pratiques de tenue de dossier plus conservatrices (68 %).

Les résultats révèlent que les professionnels en santé mentale réagissent au décès de leur patient par une combinaison des dimensions suivantes synthétisables dans le tableau suivant :

Dimension cognitive	Quête de sens générale, réflexion philosophique, recherche de sens quant au suicide du patient, recherche d'un coupable, apprentissage des limites personnelles en tant que thérapeute, remise en question de soi en tant que professionnel et des interventions, remise en question du système de santé
Dimension affective	Ressenti dans la vie affective personnelle, sentiment de responsabilité, désillusion de la toute-puissance thérapeutique, révision de l'idéal professionnel et des attentes quant au traitement, insécurité professionnelle, doute de soi, blâme d'autrui, attribution externe de la responsabilité, peur du jugement, des reproches et des accusations de la part des collègues ou des proches du patient décédé
Dimension comportementale	Vigilance accrue quant au risque suicidaire, perfectionnement quant à la problématique du suicide et un investissement professionnel dans la prévention du suicide, un évitement du risque d'être réexposé au décès par suicide du patient.

Il aurait été intéressant de connaître le nombre de psychiatres sollicités pour cette étude afin de connaître la proportion de répondant. Il est en effet étonnant que cette catégorie soit la moins représentée en comparaison avec les psychologues ou les infirmiers. Est-ce un sujet sensible, voir tabou pour la profession, dont l'image courante est plutôt celle du psychiatre impassible ?

Une étude plus récente de 2015, a distingué différents sous types de professionnels de santé (n = 666, dont 27% de psychiatres) en fonction de l'impact psychique provoqué chez eux par le suicide d'un patient, pour établir des profil de susceptibilité au stress (85).

-impact psychique bas : 55.8% des professionnels, groupe caractérisé par un bon étayage professionnel, un travail de préparation au risque, une distance émotionnelle voulue par le praticien au sein de la relation médecin-malade, l'absence de contact avec le patient au moment de la mort.

-impact psychique moyen : 36.6% des professionnels, relation médecin-malade investie, sentiment de responsabilité vis-à-vis du malade.

-impact psychique fort : 7.7% des professionnels, rapprochement émotionnel avec le patient, vécu d'isolement professionnel.

Chez les psychiatres, les deux sous-groupes les plus représentés sont les extrêmes, impact bas et fort, avec pour origines hypothétiques respectives une formation approfondie au risque suicidaire et une relation médecin-malade s'inscrivant dans la durée.

Ainsi, lors du décès par suicide de son patient, le psychiatre expérimente diverses réactions émotionnelles (choc, deuil, culpabilité, peur d'être accusé, perte de confiance en soi, honte, colère, trahison (86)), d'autant plus fortes que la relation médecin-malade est ancienne (87), et qui ont des conséquences importantes sur leur pratique professionnelle comme le fait de refuser des patients suicidaires. Cet évitement, que l'on pourrait percevoir comme un mécanisme de défense, témoigne de ce report de la souffrance psychique auquel faisait face le patient sur le thérapeute qui a été dans l'incapacité de l'aider. Qu'elle soit de l'ordre de la faille narcissique professionnelle ou de la blessure intime, la volonté de mourir et l'aboutissement de cette volonté par l'acte suicidaire réussi fragilise la personne du psychiatre.

Nous avons vu précédemment qu'une partie importante des médecins confrontés à l'euthanasie pour souffrance psychique la perçoit davantage comme une aide au suicide sur le plan moral qu'à un véritable acte euthanasique. Or lorsqu'on s'attache à l'impact du suicide chez les professionnels et aux stratégies mises en place pour l'éviter, on doit s'interroger sur la fonction de l'acceptation de ce choix par le psychiatre. Le fait de participer à la prise de décision avec le patient, de lui en exposer la démarche, d'y assister, d'être pris en compte dans cette démarche de suicide, n'est-ce pas également un moyen de défense plus ou moins conscient ?

Entre éthique de conviction et éthique de responsabilité : la vulnérabilité du psychiatre

Le sujet de ce mémoire nous a amené à recueillir la parole des médecins et psychiatres concernés par ces demandes d'euthanasie pour des pathologies qui ne causent pas la mort, mais qui font souffrir au quotidien et peuvent conduire à une mort sociale, plus lente. L'angoisse, la détresse, la perte d'autonomie, l'épuisement lié au traitement, sont autant de symptômes rapportés par les patients qu'il peut être difficile d'accueillir, d'entendre. Cette communication de la souffrance peut venir ébranler le fonctionnement professionnel du psychiatre en le ramenant à sa condition de sujet possédant ses propres convictions.

Dans notre problématique, la responsabilité du psychiatre en tant que médecin lui incombe de rechercher une origine psychiatrique à la demande de mort, d'évaluer le discernement du patient et de conclure sur le lien de causalité entre la souffrance psychique et la maladie. Cet examen permet au psychiatre de donner son avis sur le fait que cette demande réponde ou non aux critères de la loi. C'est justement cette réflexion, objective, presque froide, que semble exiger la loi par le critère d'indépendance du psychiatre par rapport au patient et au premier médecin à qui il a fait la demande.

Néanmoins, la question de la mort provoquée, précipitée, et à laquelle il peut venir assister voire participer vient donner un rôle différent au psychiatre, à l'opposé de celui auquel il est habitué qui est de prévenir le suicide.

Dans son livre *Le savant et le politique*, le sociologue allemand Max Weber expose sa réflexion concernant la profession du politique qu'il décrit comme déchiré entre éthique de conviction et éthique de responsabilité. Selon Weber, ces deux maximes ne sont pas contradictoires mais s'opposent par l'attitude du sujet en réflexion (88). L'éthique de conviction conduit à poursuivre une action selon ses croyances sans se soucier de son résultat, alors que l'éthique de responsabilité traduit un engagement de la personne dans son acte qui devrait « *répondre aux conséquences prévisibles* » de celui-ci (88, page 206).

Considérons un psychiatre convaincu du bien-fondé d'accorder l'euthanasie à des patients atteints de troubles mentaux qui engendrent une souffrance insupportable. Ce psychiatre se prononcera en faveur de l'euthanasie par compassion pour ce patient, qui est un argument entendable au vu du désespoir suscité par certaines situations psychiatriques. Il obéit à une éthique de conviction, celle que cette vie de souffrance ne vaut pas la peine d'être vécue, et que la médecine se doit d'abrégier les souffrances si elle en a les moyens et que la maladie évoquée est incurable. Il est dans l'action, le « mettre fin » et non dans l'anticipation des conséquences de l'action. Weber poursuit, « *Lorsque les conséquences d'un acte fait par pure conviction sont fâcheuses, le partisan de cette éthique n'attribuera pas la responsabilité à l'agent, mais au monde* ». Ici le premier psychiatre, renverrait cette responsabilité à la société (et aux médecins palliatifs) qui se prononcent en faveur de ce type d'euthanasie. Le partisan de l'éthique de conviction obéit à une doctrine, dans notre cas, se pourrait être l'injustice de la maladie psychiatrique, stigmatisante, pénible, handicapante. Et le fait que, à la différence d'une liaison corporelle qui elle est objectivable, on puisse ne pas la prendre en considération. La conviction portée haut serait la revendication d'une souffrance réelle bien que non visible. A l'inverse le partisan d'une éthique de responsabilité « *estimera ne pas pouvoir se décharger sur les autres des conséquences de sa propre action pour autant qu'il aura pu les prévoir* ».

Cette réflexion nous sert d'éclairage sur le sujet de l'euthanasie pour souffrance psychique : la question de la mort pour cause de souffrance psychique liée à une maladie mentale ne peut aboutir à une certitude scientifique, car elle répond de l'action bonne et non de l'action démontrée comme véridique. Le médecin et particulièrement le psychiatre, se trouve entre éthique de responsabilité et éthique de conviction, sans pouvoir trancher entre l'une ou l'autre. Car « *Quant à savoir si l'on doit agir selon l'éthique de la conviction ou selon l'éthique de la responsabilité, et quand l'on doit se régler*

sur l'une ou l'autre, il est impossible de donner des prescriptions à quiconque à cet égard » (88, page 204).

Un médecin de soins palliatif belge nous fait part de son ressenti : *« En tant que médecin belge, je me vois placé devant la situation concrète d'une loi qui permet ce que veut clairement une majorité de la population. En tant que médecin, j'ai à prendre au sérieux la demande d'euthanasie du patient et j'ai à décider de ma position par rapport à une pratique éventuelle. En tant que catholique, je dois prendre au sérieux, d'une part, l'interdit général de tuer, et d'autre part, une tradition qui prône un grand respect pour la conscience individuelle du malade et de moi-même » (4).* Il vient nous rappeler que les convictions personnelles peuvent également se heurter aux convictions du plus grand nombre légitimées par le pouvoir en place. La conviction acquise par la société, qu'un individu peut souffrir d'une pathologie psychiatrique au point qu'il est de sa responsabilité de le soulager en mettant un terme à sa vie, s'impose au médecin puisque inscrite dans la loi.

Ainsi, « Le psychiatre est-il libre de sa décision ? « Liberté intérieure » : la capacité de distinguer en tant que soignant ses propres principes et le problème de l'autre, ses propres sentiments et « résonances émotionnelles », et ceux de l'autre. Celui qui est contre l'euthanasie devra veiller à ne pas agir comme si ses principes et ses résistances étaient plus importants que le problème du malade, qui est tellement désespéré qu'il demande la mort ; le médecin qui milite pour l'euthanasie, par contre, devra être très attentif aux véritables motivations d'une demande d'euthanasie, et donc à ne pas y accéder trop rapidement. » (4).

Conclusion du chapitre 2 :

Le psychiatre est en proie au doute, entre éthique de responsabilité (protéger le patient d'un geste auto-destructeur) et éthique de conviction (ne pas laisser son patient souffrir, opinions personnelles sur le suicide et le rôle du médecin).

Chapitre 3 : relation d'égalité entre le médecin et son patient ; quand la vulnérabilité change de camp

Apport freudien sur l'acte suicidaire, l'agressivité retournée contre soi

Le suicide du latin *suicidium*, terme composé du préfixe *sui*, « soi », et du verbe *caedere*, « tuer » ; est donc l'acte délibéré de mettre fin à sa propre vie. Il apparaît en France dans la gazette de l'abbé Prévost en 1734 et il est repris par Voltaire dans *Du suicide ou de l'homicide de soi-même* (1739). Ce néologisme vient justement remplacer le mot « homicide » jusque-là employé.

Sigmund Freud, qui a peu écrit sur le suicide, a tout de même élaboré une hypothèse sur les mécanismes de cet acte. Il s'agirait selon lui, d'un retournement de l'agressivité contre le moi. C'est parce que l'agressivité ressentie par le sujet ne peut s'exprimer au sein de la société, qu'il la retourne contre lui-même. D'après George Minois, historien de la médecine « le taux de suicide est amené à augmenter dans les sociétés les plus structurées, celles où la violence extérieure est la plus réglementée » (73).

On pourrait faire le parallèle entre l'hôpital psychiatrique et cette société structurée dont parle George Minois. La violence y est omniprésente : violence des locaux tant ils sont délabrés, violence des soignants qui manquent de moyens et de disponibilité, violence des patients qui leur rappellent régulièrement qu'ils « ne peuvent rien faire pour eux ».

C'est dans cette atmosphère que vient s'inscrire la demande d'euthanasie pour souffrance psychique. Elle est autant de preuve de l'insuffisance de la relation médecin-malade (dont nous avons vu précédemment qu'elle peut avoir des vertus thérapeutiques) et de l'inefficacité des soins proposés.

Conséquences de l'euthanasie pour souffrance psychique dans la relation patient-psychiatre, du « Tu ne te tueras point » au « Docteur, je veux mourir »

Nous avons vu dans la première partie de notre réflexion, que le psychiatre possédait un pouvoir important sur son patient, notamment au sein du modèle paternaliste. La mort étant devenue le souci de la psychiatrie, les patients suicidaires ont trouvé leur place dans les asiles, et maintenant à l'hôpital. Pendant des siècles, le médecin a cherché à soigner l'envie de mourir de son patient. On oblige toujours certains patients pour lesquels on craint un passage à l'acte imminent à être hospitalisé et à accepter les soins. Le psychiatre s'était positionné comme porteur de l'injonction du « Tu ne te tueras point ». Il avait acquis un pouvoir par légitimité traditionnelle et pour certain charismatique. Il a

progressivement acquis la conviction que l'envie suicidaire est l'expression d'une folie qu'il convient de raisonner. Pour reprendre la pensée de Weber, l'exercice de sa profession est un ensemble d'actions rationnelles en valeur, obéissant à l'idée qu'un patient doit être protégé de son auto-agressivité, peu importe les moyens mis en œuvre pour l'en empêcher.

Le changement de statut du patient, son autonomisation, au sein d'une société aseptisée qui ne sait plus accueillir la souffrance, a conduit à la mise en place d'une solution alternative à l'hospitalisation sous contrainte : l'euthanasie. Pour certains elle est envisagée comme un soin. Peut-être est-elle un pansement pour cette société qui n'a plus à regarder la souffrance du malade. Soins pour le patient, cela reste à démontrer. Mais pour autant, cette offre est socialement acceptée et constitue pour certains une action rationnelle en finalité. Afin de ne pas déposséder le psychiatre de ces droits initiaux, on lui confie l'évaluation de la demande. Il poursuit alors sa mission de détection d'une folie mais avec quel moyen ? Car enfin, l'injonction ne vient plus de lui mais du patient. « *Docteur je veux mourir* », et d'ajouter comme Emily « si ce n'est pas accepté je me suiciderais ». N'est-ce pas là un semblant d'autorité que celle du psychiatre ?

Précédemment nous avons défini la personne vulnérable comme celle qui peut être blessée, ou encore celle qui est discutable par ses imperfections, son insuffisance (76). Le fait de proposer une loi dépénalisant l'euthanasie en cas de souffrance psychique liée à une pathologie psychiatrique, vient pointer l'insuffisance de la psychiatrie à traiter ses malades. Et du psychiatre à établir une relation thérapeutique avec eux. Peut-on se mettre à la place d'un psychiatre qui suit un patient depuis dix ans, lorsque ce dernier demande la mort et consulte un confrère « indépendant » qui jugera de l'insuffisance de sa pratique.

Conclusion du chapitre 3 :

Le suicide est perçu en psychanalyse comme un acte auto-agressif visant autrui. La demande d'euthanasie pour souffrance psychique vient montrer au psychiatre son impuissance à pouvoir soigner son patient, en tant que professionnel mais aussi comme être humain. La loi et son application viennent révéler la vulnérabilité du professionnel de santé.

Conclusion de la troisième partie

Ce travail sur la définition de la vulnérabilité montre qu'elle est au cœur de la relation médecin-malade. Pour certains auteurs, elle est même nécessaire à la rencontre entre les deux acteurs du soin : « *si être avec est une disposition qui demande à s'exercer, c'est sans doute à partir de la commune vulnérabilité : attention à celle de l'autre, mais aussi à ma propre vulnérabilité comme moyen de rencontre authentique d'autrui* » (81).

Avec cette loi, qui rend possible l'euthanasie pour souffrance psychique, c'est la possibilité d'une « belle mort » au sens étymologique du terme, qui s'offre au patient à défaut d'une belle vie. L'euthanasie vient transcender la personne vulnérable comme celui qu'on a reconnu et qui a su faire valoir ses droits.

Après avoir exploré l'impact du suicide d'un patient chez son psychiatre, nous avons tenté de comprendre l'état d'esprit de celui-ci face à sa forme assistée. Car enfin, cette volonté de mourir, exprimée par le patient, parfois jusque sur la toile, n'est-elle pas l'expression d'une colère envers cette relation supposée thérapeutique mais inefficace ? Cette agressivité inversée, ajoutée à l'indécision entre éthique de conviction et éthique de responsabilité, laisse le psychiatre dans une position de vulnérabilité. Cette situation exceptionnelle : mettre fin à ses jours en dehors de la fin de vie, participe à remettre de l'égalité au cœur de la relation médecin-malade. En se retirant de la relation, le patient dépossède le psychiatre de son pouvoir.

DISCUSSION

Cette étude avait pour objectif d'évaluer les conséquences d'une demande d'euthanasie par un patient atteint de trouble psychiatrique sur la relation avec son thérapeute. Pour répondre à cette question, nous avons avancé plusieurs hypothèses. D'abord, que le psychiatre dans ce contexte se fait le témoin d'une souffrance qui n'est pas seulement psychiatrique mais aussi sociétale, ce qui le fait sortir de son rôle de médecin. Puis, que le modèle de relation médecin-malade ne serait plus uniquement basé sur un savoir mais sur la reconnaissance d'une souffrance.

Nous nous sommes donc appliqués à dresser le portrait de la relation patient-psychiatre, depuis les origines de la discipline en nous aidant essentiellement d'un livre qui fait référence sur l'histoire de la psychiatrie (*Nouvelle histoire de la psychiatrie*, J. Postel, C. Quétel). Puis nous avons confronté cette relation au réel de la psychiatrie et à ses spécificités (comme la remise en cause du savoir, les soins sans consentement) qui viennent sans cesse questionner la relation médecin-malade. Cette démonstration s'appuie sur des rapports officiels des pratiques actuelles et sur leurs remises en question par les professionnels eux-mêmes dans des écrits disponibles sur Pubmed. L'exploration de cette dynamique thérapeutique nous a amené à détailler les mouvements affectifs qui la sous-tendent, grâce aux théories freudiennes et rogéiennes et à revoir la définition de cette demande qui vient sceller la relation.

Afin d'inscrire cette relation dans la médecine contemporaine, nous avons comparé les législations encadrant les droits des patients et des patients de psychiatrie via les textes de loi, pour constater que la tendance générale allait vers une autonomisation du patient. Cet affranchissement du patient envers son médecin, voulu par la société, a participé à l'élaboration de différents modèles de relation médecin-malade en psychiatrie. Mutation du personnage du psychiatre que nous avons exploré à par l'étude sociologique qualitative de C. Guibet-Lafaye. Néanmoins cette étude concerne les psychiatres français et non les médecins belges. Il conviendrait d'explorer les autres phénomènes à l'origine de cet éventail de modèles relationnels.

Dans la seconde partie, nous avons voulu mettre cette relation à l'épreuve de la demande très particulière de l'euthanasie pour souffrance psychique des patients de psychiatrie. Il nous est apparu nécessaire de définir la souffrance psychique pour en révéler les aspects relationnels. Cette partie s'appuie essentiellement sur les écrits de sociologues, anthropologues (R. Massé, D. Le Breton, S. Bateman Novaes) et psychanalystes (S. Freud, Klülber-Ross, M. Schneider). Ce concept, éminemment subjectif, reste difficile à appréhender. Il en ressort qu'il existe une confusion entre souffrance psychique et souffrance psychiatrique. La première aurait des origines multiples (sociétale, religieuse

etc...) la seconde ne serait due qu'à la pathologie psychiatrique. Que penser de la souffrance engendrée par les conséquences sociétales de la maladie mentale comme l'exclusion et la solitude ? Il nous semble que ce serait une erreur de chercher à la catégoriser. Néanmoins cette souffrance existe, s'expose, et la société ne peut pas faire comme si elle n'existait pas ; les médecins non plus d'ailleurs. Cette reconnaissance de la souffrance psychique, bien que nébuleuse et subjective, au même titre que la souffrance physique a conduit le législateur belge à les considérer sur un pied d'égalité lors de la rédaction de la loi. Pour mesurer la pression exercée par la population sur le législateur, il aurait été intéressant d'évaluer l'impact de témoignages de patient, tel que celui d'Emily diffusé sur le site The Economist dont nous avons retracé le contenu. D'autres vidéos de ce type sont disponibles sur Youtube et l'on peut voir des appels à l'aide de jeunes demandant l'euthanasie plutôt que d'être contraint au suicide. Les commentaires de ces vidéos sont en général désactivés mais la prise en compte du « nombre de vue » pourrait avoir un intérêt. Après avoir exploré le concept de souffrance psychique, nous avons pointé l'ambiguïté de la loi du 28 mai 2002 en regard de la pratique des soins sous contrainte en psychiatrie, également en vigueur en Belgique. Dans ce chevauchement juridique, la demande de mort peut être considérée à la fois comme symptôme pathologique de la maladie mentale ou comme réflexion aboutie d'une personne au discernement conservé. Seulement, les formes « peu bruyantes » de pathologie mentale laissent supposer une frontière floue entre normal et pathologique. Cette réflexion se voit renforcée par la première revue de la littérature sur le sujet (étude Dierrickx) qui rapporte que les troubles de l'humeur dont la dépression sont les premiers motifs d'euthanasie pour souffrance psychique en Belgique.

Face aux décès de leurs patients, le ressenti des médecins semble être celui d'assister à leur suicide plutôt que de participer à un acte euthanasique. L'explication de ce sentiment tient peut-être à l'étymologie de ces deux mots. Le livre référence *Histoire du suicide, La société occidentale face à la mort volontaire*, de George Minois, nous a servi pour l'éclairage de cette question. Si le terme « suicide » signifie « meurtre de soi » avec toute la connotation négative qu'il véhicule, l'euthanasie elle est associée à la « belle mort », qui vient redonner à l'individu la maîtrise de son destin et qui est socialement acceptée. Au-delà des mots, c'est bien la question du sens de l'acte qui est posée : décès volontaire d'une personne qui ne se trouve pas en situation de fin de vie, dont on sait pertinemment qu'on n'a pas tout essayé pour l'apaiser (puisque les psychiatres pro-euthanasie eux-mêmes, reconnaissent qu'il existe une infinité de traitements, et de combinaisons de traitement possibles). Finalement, l'application stricto-sensu de la loi s'avère impossible tant la condition d'incurabilité est discutable, et que la souffrance reste subjective dans le cadre de la pathologie mentale. La pratique exercée dans les cabinets comme *Vonkel* est affaire de conviction plutôt que de réflexion, et leur organisation semble chercher à faire aboutir une demande plutôt qu'à la comprendre et à recréer du lien. Les témoignages d'anciens membres de la CFCEE indiquent que la commission se fait à la fois juge

et partie de cette question de l'accès à l'euthanasie pour les patients souffrant de trouble mental. Ce manque de neutralité au sein de l'organisme de contrôle nous montre une fois encore que la conviction prime.

Face à cette pratique, que beaucoup considère comme une dérive de la loi (en France (89) comme en Belgique), nous nous sommes intéressés au vécu de chacun des protagonistes afin d'en déduire les conséquences sur la relation médecin-malade. Cette troisième partie se concentre sur la notion de vulnérabilité à l'aide de réflexions de sociologues comme J-Y. Barreyre, B. Ennuyer, et C. Pelluchon, ainsi que sur le livre *Euthanasie de la personne vulnérable* dirigé par B-N. Schumacher. Les différentes approches de la vulnérabilité, démontrent justement l'importance du relationnel ; on est vulnérable à travers le regard de l'autre, et pour certains la vulnérabilité est le pendant de la rencontre vraie (81). Ainsi, la personne vulnérable dont on suppose qu'il s'agit du patient, vient transcender sa propre condition par l'euthanasie, acte de courage socialement accepté. L'euthanasie pour souffrance psychique des patients de psychiatrie entraînerait donc un déplacement du critère de vulnérabilité sur d'autres populations dont on aura défini au préalable la vulnérabilité.

Du côté du psychiatre, on assiste également à un déplacement du rôle du praticien. Celui à qui on avait attribué le rôle de déterminer si la demande de mort est folie ou résultat d'une réflexion aboutie, se retrouve pris en étau entre des convictions (quelles qu'elles soient : religieuses, humaines etc) et cette responsabilité de donner son avis sur l'intérêt de prolonger la vie d'une personne. Or en psychiatrie, l'engagement du praticien est nécessaire pour établir une relation qu'il souhaite thérapeutique, et nous avons vu les conséquences sur le psychiatre d'un suicide parmi ses patients. La mort vient rompre la relation, en même temps qu'elle désavoue le psychiatre dans ses capacités à soigner, et l'amène à une condition de vulnérabilité.

Ainsi, à la question des conséquences d'une demande d'euthanasie par un patient atteint de troubles psychiatriques sur la relation avec son thérapeute, nous avons déduit une modification nette des rapports de force, avec une inversion de la vulnérabilité aux dépens du psychiatre.

Nous avons choisi de traiter ce sujet en s'intéressant à la Belgique, bien que l'acte euthanasique auprès des patients atteints de troubles psychiatriques se pratique également aux Pays-Bas. Néanmoins, pour ce pays, les textes de lois, rapports d'experts, et témoignages sont peu traduits y compris en anglais, ce qui explique qu'ils n'aient pas été pris en compte. De plus, la proximité géographique entre la France et la Belgique a suscité notre intérêt, au vu du nombre de patients traversant la frontière (4).

Les législations française et belge ne sont pas transposables, mais ce qui nous importait dans ce travail, était de pointer une situation extrême puisque touchant à la vie d'autrui, dans laquelle le psychiatre

se voit attribuer un rôle qui le dépasse. Ceci constitue un rapprochement entre les professionnels qu'ils soient belges ou français. En France, le psychiatre, notamment de liaison, est régulièrement sollicité pour évaluer le discernement d'un patient (souvent âgé) suite à un refus de soin. Parfois il peut également être confronté à la demande de mort. D'autres confrères nous ont également confié leur désarroi quant aux demandes d'évaluation psychiatriques pour changement de sexe. Cette vulnérabilité du psychiatre vient de ces situations où il se retrouve à émettre un avis, un jugement, sur la vie ou l'identité d'autrui. Est-il possible d'admettre que le psychiatre ne puisse pas savoir ? Au cours d'un prochain travail dans le cadre d'un master 2 d'éthique médicale, il serait intéressant de mener une étude qualitative auprès des psychiatres sur ce sujet, notamment à l'aide de vignettes cliniques.

CONCLUSION

Ainsi, pour tenter de comprendre les conséquences de la demande d'euthanasie des patients atteints de troubles psychiatriques sur la relation médecin-malade, nous avons exploré plusieurs hypothèses. D'abord, que le psychiatre dans ce contexte se fait le témoin d'une souffrance qui n'est pas seulement psychiatrique mais aussi sociétale, ce qui le fait sortir de son rôle de médecin. Puis que le modèle de relation induit par cet acte ne serait plus uniquement basé sur un savoir mais sur la reconnaissance d'une souffrance.

Au cours de notre cheminement, nous avons constaté que, bien que la souffrance psychique soit multiple et non uniquement médicale, le psychiatre ne quitte pas pour autant son rôle de médecin. Au contraire c'est cette volonté de maintenir le soin et le côté « thérapeutique » de la relation qui va le mener à préserver ce lien avec son patient jusque dans la mort. Néanmoins, le contexte est tellement particulier voir extrême, qu'il engage sa propre personne dans cette prise de décision. Ce n'est pas le psychiatre qui est concerné c'est l'humain. Cette constatation nous mène à prolonger notre deuxième hypothèse. Effectivement en se positionnant comme humain, le médecin reconnaît la souffrance, mais dévoile également sa vulnérabilité. Les conséquences sur la relation médecin-malade tendent vers plus d'égalité entre les deux protagonistes, voir vers une inversion des statuts. La distance jusqu'alors imposée par l'image du psychiatre, lointain et inaccessible, est annihilée au cours de cette confrontation à la mort de l'autre qu'il ne peut oublier. Comme le dit Laurent Gaudé dans *La porte des Enfers* :

« Vous n'avez pas l'impression que les morts vivent en nous ? Qu'ils ont déposé en vous quelque chose qui ne disparaîtra que lorsque vous mourrez vous-mêmes ? Des gestes, une façon de parler ou de penser ».

ANNEXES

Tableau 1: Synthèse des caractéristiques de chaque type de psychiatres, étude Guibet-Lafaye.

	Pathologies (q.9)	Contrainte	Missions de la psychiatrie	Modèle interprétatif de la psychiatrie
Type 1 médical	Description symptomatique identification des facteurs étiologiques	Un outil de la psychiatrie bordé par un protocole	Répondre à la souffrance du patient, et aux obligations imposées à la psychiatrie par la société	Modèle médical somatique
Type 2 paternaliste	Modèle de l'aliénation, pathologie de la liberté	Un outil de la psychiatrie utilisé pour le bien du patient et dont on ne peut se passer ; le problème réside dans la levée de la contrainte	Protéger la personne malade et assister les individus les plus en souffrance, quels que soient les moyens requis	Spécificité de la psychiatrie dans le champ de la médecine
Type 3 humaniste	Une forme d'être au monde, une solution psychique trouvée par le sujet pour se préserver	Aversion à l'égard de la contrainte en raison de la violence qu'elle implique	Non interprétées à la lumière du modèle médical mais s'inspirant des sciences humaines	La psychothérapie institutionnelle
Type 4 contrôle social	Le sujet ne perçoit pas la réalité de façon adaptée, il est détaché de la réalité anosognosie	Un outil nécessaire de la psychiatrie. La contrainte est utilisée dans la diversité de ses formes	Fonction de protection sociale et du malade	Approche médicosociale de la psychiatrie
Type 5 défense des droits	Un accident dans un parcours de vie, une souffrance	Aversion à l'égard de la contrainte du fait du souci pour les libertés individuelles des patients	Promotion de la santé publique, accès de tous à des soins de la meilleure qualité	Un modèle antithétique de celui de la médecine biologique

Tableau 2: Cas reportés d'euthanasie pour troubles psychiatriques ou démence, étude Dierickx

	2002-2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
	No. (%)	No. (%)	No. (%)	No. (%)	No. (%)	No. (%)	No. (%)
No. (% of all reported cases)	10 (0.5)	9 (1.3)	16 (1.9)	19 (2.0)	29 (2.6)	42 (2.9)	54 (3.0)
Mood disorder	4 (40.0)	4 (44.4)	3 (18.8)	7 (36.8)	13 (44.8)	22 (52.4)	30 (55.6)
Mood disorder accompanied by another psychiatric disorder ^a	1 (10.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (5.3)	1 (3.4)	4 (9.5)	5 (9.3)
Other psychiatric disorder ^b	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (37.5)	3 (15.8)	2 (6.9)	6 (14.3)	5 (9.1)
Dementia	5 (50.0)	5 (55.6)	7 (43.8)	8 (42.1)	13 (44.8)	10 (23.8)	14 (25.9)

Data presented are column percentages

^aMood disorder accompanied by unspecified personality disorder (5), borderline personality disorder (4), autism (1), anorexia nervosa (1), psychotic personality (1)

^bOther psychiatric disorders were autism (6), borderline (3), posttraumatic stress disorder (2), anorexia nervosa (3), dissociative disorder (1), immature personality disorder (1), psychosis (1), anxiety disorder (1), compulsive disorder (1), paranoid schizophrenia (1), unspecified personality disorder (1), unspecified psychiatric disorder (1)

Figure 1: Cas reportés d'euthanasie pour troubles psychiatriques ou démence entre 2002 et 2013, étude Dierickx

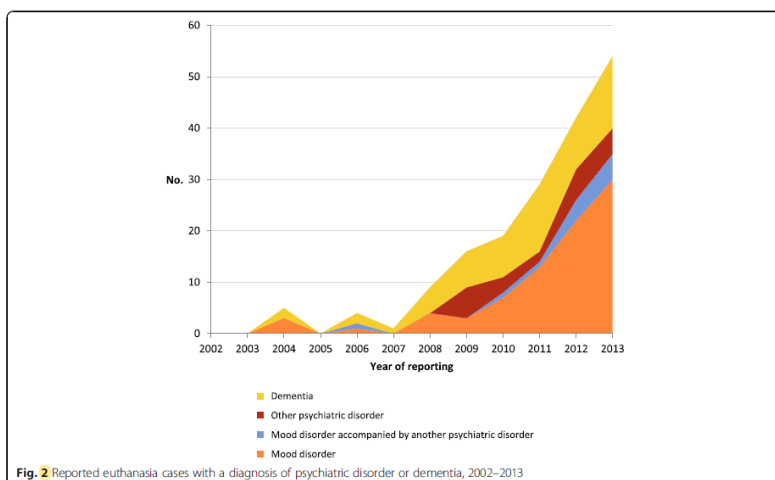


Tableau 3: Euthanasie de la personne vulnérable, chapitre: euthanasie en Belgique, évolution, solidarité, défis multiples

Euthanasies enregistrées en Belgique	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Totalité	24	235	349	393	429	495	704	822	953	1133	1432	1807	1928	2022
Flamand	17	199	304	332	340	412	578	656	809	918	1156	1454	1523	1629
Français	7	36	45	61	89	83	126	166	144	215	276	353	405	393

Bibliographie

1. Loi du 28 mai 2002, relative à l'euthanasie. Disponible sur:
http://www.ejustice.just.fgov.be/doc/rech_f.htm
2. Thienpont L, Verhofstadt M, Van Loon T, Distelmans W, Audenaert K, De Deyn PP. Euthanasia requests, procedures and outcomes for 100 Belgian patients suffering from psychiatric disorders: a retrospective, descriptive study. *BMJ Open*. 27 juill 2015;5(7):e007454.
3. Bazan A. L'euthanasie pour souffrance psychique: un cadre légal discutable et des dommages sociétaux. *Le Soir*. 10 sept 2015;
4. Schumacher B, Henry L, Le Breton D, Desmet M, Ricot J, Aumonier N. L'euthanasie de la personne vulnérable. Sous la direction de Bernard N. Schumacher. Eres. 2017. 232 p. (Poche - Espace éthique).
5. Dictionnaire de l'Académie Française. In: 9ème édition. Disponible sur:
<https://academie.atilf.fr/9/consulter/relation?page=1>
6. Laplanche J, Pontalis J-B. Vocabulaire de la psychanalyse. 3ème édition. Presse Universitaire de France; 1967.
7. Postel J, Quétel C. De l'évènement théorique à la naissance de l'asile (le traitement moral). In: *Nouvelle histoire de la psychiatrie*. Dunod. 2008.
8. Pinel P. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. 1889.
9. Foucault M. *Histoire de la folie à l'âge classique*. Gallimard. 1972.
10. Grimaldi A, Cosserat J. *La relation médecin-malade*. Paris: Elsevier; 2004. (EMC référence).
11. Code de la santé publique - Article L1111-4. Code de la santé publique.
12. Organisation de l'offre de soins en psychiatrie et santé mentale. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2014 avr. Report No.: 129.
13. Communiqué de presse : Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en oeuvre de la loi du 5 juillet 2011 - RDES. Disponible sur:
<https://www.irdes.fr/presse/communiques/157-les-soins-sans-consentement-en-psychiatrie.html>
14. LOI n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. 2013-869 sept 27, 2013.
15. Code de la santé publique - Article L3221-1. Code de la santé publique.
16. Panfili J-M. Le libre choix du médecin en psychiatrie. Condition indispensable du consentement aux soins. *VST - Vie sociale et traitements*. 6 déc 2012;n° 116(4):103-6.

17. Bulletin officiel du ministère chargé de la santé n° 91/24, p. 19-35.
18. Chapiro F. Le DSM et comment s'en libérer. *Topique*. 19 août 2013;n° 123(2):71-84.
19. Psychiatrie : DSM-5, le manuel qui rend fou. 13 mai 2013; Disponible sur:
https://www.lemonde.fr/sciences/article/2013/05/13/dsm-5-le-manuel-qui-rend-fou_3176452_1650684.html
20. Bleuler. *Dementia Praecox ou Groupes des schizophrénies*. 1911.
21. *Référentiel de Psychiatrie et d'Addictologie*. 2016.
22. Schizophrénie, schizo, skizo : la maladie, l'insulte, l'étrangeté.... *Santé Mentale*. Disponible sur:
<https://www.santementale.fr/actualites/schizophrenie-schizo-skizo-la-maladie-l-insulte-l-etrangete.html>
23. Postel J, Quétel C. *Nouvelle histoire de la psychiatrie*. Dunod; 2012. 647 p.
24. Gutton P. *La société des pauvres en Europe (XVI et XVIIème siècle)*. Presse Universitaire de France. Paris; 1974.
25. Massé G, Barreteau C, Vezzoli R. La demande du patient et les réponses. 15 juin 1996;23.
26. Bloch H. *Le grand dictionnaire de la psychologie*. Larousse; 1999. 1062 p.
27. Freud S. Sur la psychogenèse d'un cas d'homosexualité féminine. 1920.
28. Neuburger R. *L'autre demande - Psychanalyse et thérapie familiale*. Payot; 2003.
29. Postel J, Quétel C. Philantropie et folie (1774-1791). In: *Nouvelle histoire de la psychiatrie*. Dunod. p. 116-20.
30. Natanson J. L'évolution du concept de transfert chez Freud. *Imaginaire Inconscient*. 2001;no 2(2):7-19.
31. Racamier PC, Diatkine, Lebovici, Paumelle. *Le psychanalyste sans divan - la psychanalyse et les institutions de soins psychiatriques*. Payot; (Science de l'Homme).
32. Geissman P, Geissman C. *Quand l'institution devient un asile*.
33. Schneider-Harris J. *Counselling centré sur la personne et non directif et la relation soignant.e-soigné.e*. *Recherche en soins infirmiers*. 2007;N° 89(2):52-7.
34. Rogers C. *La relation d'aide et la psychothérapie*. Esf. 1942. (Art de la psychothérapie).
35. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
36. Alain Letourmy, Michel Naïditch. L'émergence de la démocratie sanitaire en France. *Santé, Société et Solidarité*. 2009;(2):15.
37. Postel J, Quétel C. La vie quotidienne d'un asile d'aliénés à la fin du XIXème siècle. In: *Nouvelle histoire de la psychiatrie*. Dunod. p. 327-33.

38. Guibet-Lafaye C. Au cœur du débat sur les soins sans consentement en ambulatoire. L'information psychiatrique. 2 oct 2014;Volume 90(7):575-82.
39. Haute Autorité de Santé - Éléments pour élaborer une aide à la prise de décision partagée entre patient et professionnel de santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2838959/fr/elements-pour-elaborer-une-aide-a-la-prise-de-decision-partagee-entre-patient-et-professionnel-de-sante
40. Pachoud B. La décision médicale partagée et les paradigmes médicaux contemporains : la médecine centrée sur la personne, la médecine fondée sur des preuves, le paradigme du rétablissement. *European Psychiatry*. 1 nov 2015;30(8, Supplement):S39.
41. Salmona I. Décision médicale partagée en psychiatrie : intérêt des méthodologies mixtes et qualitatives. *European Psychiatry*. 1 nov 2015;30(8, Supplement):S40.
42. Guibet-Lafaye C. Pour une typologie des médecins psychiatres. L'information psychiatrique. 26 juill 2016;Volume 92(6):453-65.
43. Morvillers J-M. Le care, le caring, le cure et le soignant. *Recherche en soins infirmiers*. 15 oct 2015;N° 122(3):77-81.
44. Griffiths J. Assisted Suicide in the Netherlands: The Chabot Case. *The Modern Law Review*. mars 1995;58(2):232-48.
45. The doctor who prescribed suicide: Was the Dutch psychiatrist Dr. The Independent. 1994. Disponible sur: <http://www.independent.co.uk/life-style/the-doctor-who-prescribed-suicide-was-the-dutch-psychiatrist-dr-boudewijn-chabot-right-to-help-a-1425973.html>
46. Baines M, Saunders C, Dunlop R. LA VIE AIDANT LA MORT. Thérapeutiques antalgiques et soins palliatifs en phase terminale, 2ème édition. 2e éd. Paris: Arnette Blackwell; 1998. 80 p.
47. Massé R. Souffrance psychique et détresse existentielle: la question du sens de la détresse au défi des mesures épidémiologiques. 2008;(4):26-9.
48. Schneider M. La souffrance psychique. Canal-U.tv, Université de tous les savoirs;
49. Freud S, Robert F. L'interprétation du rêve. 2e édition. Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 2012. 756 p.
50. Klein A. Approches philosophiques de la douleur : pour une éthique du sujet. 27 mars 2008 ; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/131278>
51. Le Breton D. Anthropologie de la douleur. Editions Métailié; 1995. 238 p. (Traversées).
52. Delbeke E. Legal aspects of care at the end of life. 2012;
53. Broeckeaert B, Gielen J, Van Iersel T, Van den Branden S. Palliative care physicians' religious / world view and attitude towards euthanasia: a quantitative study among flemish palliative care physicians. *Indian J Palliat Care*. janv 2009;15(1):41-50.
54. LOI n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale. 2002-73 janv 17, 2002.

55. LOI n° 2010-769 du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants. 2010-769 juill 9, 2010.
56. Association néerlandaise de psychiatrie. Directive relative à l'approche à adopter face aux demandes d'assistance au suicide introduites par des patients psychiatriques. 2009.
57. Akiskal HS, Bourgeois ML, Angst J, Post R, Möller H-J, Hirschfeld R. Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *Journal of Affective Disorders*. 1 sept 2000;59:S5-30.
58. Sandhu A, Ives J, Birchwood M, Upthegrove R. The subjective experience and phenomenology of depression following first episode psychosis: a qualitative study using photo-elicitation. *J Affect Disord*. juill 2013;149(1-3):166-74.
59. Atlas Contact *Voltooid leven* - Els van Wijngaarden : Atlas Contact. Disponible sur: <https://www.atlascontact.nl/boek/voltooid-leven/>
60. Bateman S. De l'expérimentation comme norme thérapeutique. Presses Universitaires de France; 2007. Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-gouvernance-des-innovations-medicales--9782130562627-page-97.htm>
61. Norwood F. *The maintenance of life: preventing social death through euthanasia talk and end-of-life care: lessons from the Netherlands*. Durham, N.C: Carolina Academic Press; 2009. 293 p. (Ethnographic studies in medical anthropology series).
62. Loi du 28 Mai 2002 Relative à l'euthanasie. 2002- 09590 mai 28, 2002.
63. Loi modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, en vue d'étendre l'euthanasie aux mineurs. mars 22, 2014 p. 21053.
64. 26 juin 1990 - Loi relative à la protection de la personne des malades mentaux. juill 27, 1991 p. 14806.
65. Direction générale de l'Organisation des Etablissements de Soins. Avis relatif aux admissions forcées. Bruxelles; 2002 déc. Report No.: CNEH/D/PSY/220-1*.
66. Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie. 7ème rapport aux chambres législatives (Années 2014-2015). Disponible sur : <http://www.ieb-eib.org/en/pdf/rapporteuthanasie-2012-2013.pdf>
67. Kim SYH, Conwell Y, Caine ED. Suicide and Physician-Assisted Death for Persons With Psychiatric Disorders: How Much Overlap? *JAMA Psychiatry*. 1 nov 2018;75(11):1099-100.
68. Claes S, Lepeleire JD, Calmeyn M, Bazane A, Lemmens W. Euthanasia for psychiatric patients: ethical and legal concerns about the Belgian practice. :4.
69. Dr Chabot. La Loi Euthanasie n'assure pas la protection des personnes souffrant de démence et de troubles psychiatriques. Disponible sur: <https://www.ieb-eib.org/ancien-site/pdf/20170705-opinion-chabot-euthanasie.pdf>
70. <http://www.washingtontimes.com> TWT. AP Exclusive: Doctors clash over euthanasia for mentally ill. The Washington Times. Disponible sur:

<https://www.washingtontimes.com/news/2017/oct/26/ap-exclusive-doctors-clash-over-euthanasia-for-men/>

71. Pourquoi j'ai démissionné de la commission euthanasie. 2018. Disponible sur: <https://www.lejournaldumedecin.com/actualite/pourquoi-j-ai-demissionne-de-la-commission-euthanasie/article-column-33411.html>
72. Dr Moens M. Rapport annuel de la Commission des spécialistes belges. Bruxelles; 2018 févr. (Chantiers inachevés).
73. Minois G. Histoire du suicide: la société occidentale face à la mort volontaire. Fayard. 1995.
74. Camus A. Le Mythe de Sisyphe. Gallimard; 1948. 200 p.
75. Dictionnaire de l'Académie française. Disponible sur: <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9D1106>
76. Ennuyer B. La vulnérabilité en question ? Ethics, Medicine and Public Health. juill 2017;3(3):365-73.
77. BARREYRE J-Y. Éloge de l'insuffisance: Les configurations sociales de la vulnérabilité. Eres; 2014. 351 p.
78. Ricoeur P. Soi-même comme un autre. Le Seuil; 2015. 398 p.
79. Henry L aurence. Confiance et vulnérabilité dans la relation soignante. In: Euthanasie de la personne vulnérable. Eres. 2017. p. page 78.
80. Pelluchon: Eléments pour une éthique de la vulnérabilité. Disponible sur: https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=El%C3%A9ments%20pour%20une%20%C3%A9thique%20de%20la%20vuln%C3%A9rabilit%C3%A9&author=C.%20Pelluchon&publication_year=2011
81. Zielinski A. Avec l'autre. La vulnérabilité en partage. 2009; Disponible sur: www.cnsa.fr/les_publications.
82. Chemtob CM, Hamada RS, Bauer G, Kinney B, Torigoe RY. Patients' suicides: frequency and impact on psychiatrists. Am J Psychiatry. févr 1988;145(2):224-8.
83. Foster VA, McAdams III CR. The impact of client suicide in counselor training: Implications for counselor education and supervision. Counselor Education and Supervision. 1999;39(1):22-33.
84. Henry M, Séguin M, Drouin M-S. Les réactions des professionnels en santé mentale au décès par suicide d'un patient. Revue québécoise de psychologie. 2004;17.
85. Dransart DAC, Heeb J-L, Gulfi A, Gutjahr EM. Stress reactions after a patient suicide and their relations to the profile of mental health professionals. BMC Psychiatry.. 2015;15. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4624606/>
86. Wurst FM, Kunz I, Skipper G, Wolfersdorf M, Beine KH, Thon N. The therapist's reaction to a patient's suicide: results of a survey and implications for health care professionals' well-being. Crisis. 2011;32(2):99-105.

87. Chemtob C, Bauer G, Hamada R, Pelowski S, Muraoka M. Patient Suicide: Occupational Hazard for Psychologists and Psychiatrists. *Professional Psychology, Research and Practice*. 1989;20(5):294-300.
88. Weber M. *Le savant et le politique*. Plon. 1959. 222 p. (Bibliothèques 10/18).
89. Louis Puybasset. *Euthanasie: la nausée des soignants*. Espace éthique Ile de France; 2016 juill.