



Texte de réflexion / n°2

« L'aide à mourir » : note sur l'évaluation psychiatrique

Emile Olié¹, Françoise Chastang², Raphaël Gourevitch³

29 mai 2024

Le projet de loi sur la fin de vie débattu en Assemblée Nationale (du 27 mai au 18 juin 2024) introduit pour les personnes volontaires, la possibilité d'avoir recours au suicide assisté ou à l'euthanasie regroupés sous le terme « aide à mourir ». Si cette rupture anthropologique et sociale majeure supprimant l'interdit de donner la mort à autrui ou de la faciliter est adoptée et paradoxalement inscrite dans le code de la santé publique, elle modifiera profondément la relation thérapeutique entre soignants et soignés y compris pour ceux qui n'y auront pas recours. De nombreuses questions et inquiétudes émergent, et notamment en matière de santé mentale, fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une société. À tout le moins si ce projet est adopté, le processus doit permettre de veiller à ce que la demande soit évaluée de manière rigoureuse et appropriée, de prévoir une prise en charge globale des patients, prenant en compte leurs besoins physiques, psychologiques et sociaux, et d'assurer un soutien à leurs proches.

L'évaluation de la qualité du discernement est une question cruciale

Le projet de loi laisse penser qu'il peut rapidement être déterminé au cours d'une seule consultation alors que c'est un processus complexe. Dans des domaines

¹ Professeur de psychiatrie à l'Université de Montpellier, présidente de l'association française de psychiatrie biologique et neuro-psycho-pharmacologique.

² Praticien hospitalier, psychiatre, CHU de Caen Normandie.

³ Psychiatre, délégué de la société médico-psychologique.

médicaux impliquant des décisions moins irrémédiables comme le recours à une chirurgie bariatrique ou à une stimulation cérébrale profonde, une évaluation rigoureuse, étalée dans le temps et multidisciplinaire est exigée avant l'accès à ces actes. Étonnamment, rien de tel n'est prévu pour l'accès à l'aide à mourir (AAM) ! Pourtant prévoir plusieurs entretiens afin d'entendre une demande d'AMM permettrait de mieux cerner les motivations de la personne, la temporalité de sa demande, et une ambivalence (fréquente) vis-à-vis de la mort.

- La prise de décision est sous-tendue par des compétences cognitives (comprendre et évaluer une situation) mais aussi des compétences volitives (capacité à agir en fonction de sa volonté), ce qui renvoie à la possibilité de la personne d'agir en fonction de ses valeurs et intérêts personnels, mais aussi à la capacité à résister à une éventuelle pression externe (y compris sociale, contextuelle ou économique qui n'est pas forcément explicite) ou interne (qui n'est pas forcément « conscientisée »). Dans une démarche de demande d'AAM, ces dimensions cognitives et volitives doivent être considérées et évaluées dans leur ensemble.

- Un entretien avec un professionnel de santé mentale, à l'écoute de la souffrance psychologique et existentielle, formé à la compréhension des dimensions relationnelles complexes, aux discussions sur la mort, au deuil ainsi qu'aux situations d'ambivalence psychique, permettrait d'accompagner la personne vers une meilleure compréhension de sa situation. Cela n'aboutirait pas à une « psychiatrisation » systématique du processus mais permettrait de contextualiser la demande.

L'évaluation d'une éventuelle pathologie psychique sous jacente et/ou crise suicidaire est primordiale

- La situation des personnes vivant avec des troubles psychiques en France est préoccupante. La demande de soins est en augmentation constante notamment pour les troubles anxiodépressifs, les psycho-traumatismes, les troubles du comportement, les addictions. Il est fondamental de dépister parmi les personnes demandant l'AAM ceux qui pourraient bénéficier de soins susceptibles de faire évoluer cette demande.

- Le projet de loi est sous-tendu par l'idée que de nombreuses demandes de mort sont explicables par un contexte de grand âge, de douleur réfractaire ou de maladie incurable, et doivent donc être satisfaites. Mais précisément, les pathologies psychiatriques sont particulièrement fréquentes chez les personnes souffrant de pathologie somatique notamment douloureuse et incurable (20 à 50 % selon les définitions et les situations concernées). Le fait qu'une pathologie psychiatrique ne soit pas connue n'en élimine pas l'existence. Une évaluation psychiatrique permettrait de recueillir l'existence de symptômes psychopathologiques, de faire le bilan d'un possible pathologie psychiatrique, d'en informer le patient et de mettre en place (avec son accord) une prise en charge adaptée ciblant aussi la douleur physique (par ex. la dépression majeure les douleurs physiques), la souffrance psychologique et renforçant l'autonomie décisionnelle.

- La demande de mourir n'est pas systématiquement à considérer comme signe de trouble psychique caractérisé, mais révèle toujours une souffrance nécessitant que l'on porte intérêt à la personne, que l'on considère et écoute sa demande, qu'on la rencontre au sens humain du terme, que l'on puisse tenir compte de la complexité psychique et des situations de crise suicidaire. Le recours à un psychiatre, en tant que médecin expert permettrait d'évaluer l'état clinique de la personne de manière globale, en ayant une connaissance des dimensions somatiques et psychiatriques, et des options thérapeutiques médicales pouvant impacter l'évolution de la souffrance psychologique. Son intervention permettrait de tenir compte de la complexité psychique aussi au niveau des situations de crise suicidaire qui peuvent coexister avec des demandes d'aide à mourir. La demande de mort est souvent une demande de « vivre mieux », hors de la souffrance et de la solitude.

Le projet de loi actuel est en contradiction avec la prévention du suicide

- Les objectifs de la stratégie nationale de santé intègrent une feuille de route « santé mentale et psychiatrie » dont l'un des 3 axes est la promotion du bien être mental, la prévention et le repérage précoce de la souffrance psychique, et la prévention du suicide. Le projet de loi sur l'AAM est en parfaite contradiction avec les objectifs de la stratégie nationale de santé. Selon la Haute Autorité de Santé l'expression d'une intentionnalité de mourir (avec ou sans passage à l'acte suicidaire) est une indication à une évaluation médicale psychiatrique systématique. Celle-ci vise à prévenir un geste ou un décès par suicide mais aussi à dépister une pathologie psychiatrique sous-jacente justifiant d'une prise en charge spécialisée. Faire obligation aux soignants de donner les moyens aux personnes qui en expriment la demande, d'accéder à une substance létale constitue un paradoxe mettant à mal les valeurs du soin.

- Le projet de loi sur l'AAM est justifié aux yeux de ses promoteurs par la nécessité d'élargir les droits des citoyens, et notamment de renforcer le respect du principe d'autonomie. Pour les soignants prenant en charge des personnes souffrant d'une pathologie psychiatrique, cela imposera une position paradoxale impossible à tenir, selon laquelle il faudra aussi bien prévenir leur décès par suicide que veiller -au nom de la non stigmatisation- au respect de leur droit à accéder à l'AAM ; en somme prévenir les gestes suicidaires mais faciliter le suicide assisté.

- Ce projet de loi met à disposition un moyen létal et fait une promotion sociale de l'aide à mourir comme "solution" à la souffrance avec un risque réel de contagion suicidaire. Ce texte pourrait faire entendre aux personnes fragiles ou vulnérables qu'il pourrait exister des moyens "plus dignes" que les soins habituels pour limiter et stopper leurs souffrances. La suppression de la souffrance serait abandonnée au profit de la suppression du souffrant. Le recours au suicide serait ainsi facilité voire valorisé. Ce phénomène de facilitation ou contagion suicidaire est documenté par la littérature scientifique.

- La littérature scientifique montre aussi que l'euthanasie ne permet pas de réduire la fréquence du suicide « standard ». Elle est même en faveur d'une facilitation d'accès au suicide à une population qui est moins touchée par le suicide standard (i.e. femmes, jeunes).

Le « délit d'entrave » entre en contradiction avec la mise en place de soins notamment psychiatriques

- Le délit d'entrave est en parfaite contradiction avec les dispositifs de prévention du suicide. Il est frein à l'accès aux soins psychiatriques Il condamne patients, familles, médecins et soignants à la résignation.
- Cette loi renforce l'inégalité de l'accès aux soins psychiatriques en favorisant leur nonaccès du fait du délit d'entrave. Devrons-nous dans un avenir proche proposer des soins pour réduire le risque suicidaire mais pas à ceux qui ont fait une demande d'AAM ?
- Que faire dans le cas de personnes ayant fait une tentative de suicide mais ayant laissé des directives anticipées avec une demande explicite d'AAM ?

Risque d'élargissement aux motifs psychiatriques

- Ce projet de loi, contrairement aux intentions affichées initialement, n'exclut aucunement les patients porteurs de troubles psychiques de l'AAM. Au contraire, il ouvre la porte à toute interprétation ... Les critères d'éligibilité " Affection grave et incurable en phase avancée" et " souffrance psychologique réfractaire ou insupportable lorsqu'une personne ne reçoit pas de traitement ou a arrêté d'en recevoir" sont applicables à des personnes souffrant de troubles psychiques.
- Il existe un risque d'élargissement rapide d'AAM aux motifs psychiatriques comme cela a été observé dans d'autres pays. Le rôle des soignants est de prévenir le suicide, et non pas de le banaliser, de le favoriser, et encore moins de la considérer comme un « soin » qu'il ne saurait être.

Inquiétude au regard d'une absence de prise en considération des proches

- L'absence d'accès systématique à l'évaluation et aux soins psychiatriques pour les patients demandant l'AAM limite la prévention des expériences de deuil douloureuses chez les aidants familiaux.
- Le projet de loi renforce la vulnérabilité des proches en ne les incluant pas dans la décision d'AAM mais en les positionnant comme potentiel acteur de l'acte légal. Ce point peut avoir de lourdes conséquences psycho-traumatiques.

Au total, dans le champ psychiatrique comme dans le champ palliatif mais aussi plus globalement dans celui des maladies chroniques, il est primordial d'écouter toutes les demandes y compris celles qui nous mettent en difficulté ou nous confrontent à nos limites soignantes. La réponse devrait prioritairement rester dans le domaine du soin et non dans la mise en œuvre d'une demande de mort. Cette dernière est toujours une demande d'être soulagé, y compris au plan psychique. Supprimer la souffrance plutôt que les souffrants et permettre l'accès aux soins pour tous, tant physiques que psychiques, nécessite des moyens actuellement trop peu disponibles notamment pour les soins psychiques.