

Institut Européen de Bioéthique - Bruxelles

Flash Expert

Septembre 2017

Euthanasie pour troubles psychiatriques ou démence en Belgique : analyse des cas officiellement reportés¹

Introduction

La pratique de l'euthanasie est de plus en plus discutée dans nombre d'Etats et est davantage reconnue comme la solution de dernier recours pour ceux qui souffrent de troubles sévères et irréversibles. Alors que l'aide médicale à mourir est réservée aux patients en phase terminale de maladie et qui ont une faible espérance de vie aux dans certains Etats des Etats-Unis et au [Canada](#), l'euthanasie des personnes qui ne sont pas en phase terminale d'une maladie est légale aux Pays-Bas, Belgique et Luxembourg. Parmi elles, se pose la question des **personnes souffrant d'une maladie psychiatrique ou de démence à un stade précoce**.

En Belgique, la demande d'euthanasie doit être volontaire, délibérée, répétée et ne pas résulter de pressions extérieures. De plus, la personne doit être capable et consciente, au moment de la demande² et doit être dans un état de souffrance physique ou psychologique insupportable, inapaisable, sans aucune alternative raisonnable possible ni aucune perspective thérapeutique.

Pour être capable d'exprimer volontairement et délibérément sa demande d'euthanasie, la personne doit savoir de quelle maladie elle souffre et en connaître le pronostic pour prendre la meilleure décision. Pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques ou de démence, cette capacité à exprimer une volonté claire se trouve diminuée ; **le désir de mourir pouvant parfois être un symptôme du trouble en question**.

Dans la mesure où les patients psychiatriques et déments sont extrêmement vulnérables, l'examen de leur demande d'euthanasie et leur accompagnement sont essentiels. De plus, ces patients sont rarement en situation de fin de vie « *imminente* », si bien qu'en plus de la consultation d'un second médecin indépendant, requis pour toute euthanasie, un **troisième médecin expert** dans les maladies psychiatriques doit être consulté. Un **délai d'un mois** est en outre requis, entre la demande écrite et l'acte d'euthanasie.

¹ [Etude publiée](#) dans Dierickx et al. BMC Psychiatry (2017) 17:203

² Le patient peut également rédiger une déclaration anticipée pour le cas où il ne pourrait plus manifester sa volonté. Cette déclaration est valable 5 ans et ne peut être appliquer que si le patient des dans un état d'inconscience irréversible.

Une étude, publiée dans le *BMC Psychiatry* a pour but d'observer l'évolution du nombre de cas d'euthanasie reportés concernant les patients atteints de maladies psychiatriques ou de démences entre 2002 et 2013. Quelles sont les caractéristiques démographiques et cliniques de ces patients ? Quelles ont été les caractéristiques du processus dans la prise de la décision d'euthanasie chez ces patients ?

L'Etude en question se base pour son analyse sur les rapports de la Commission Fédérale de Contrôle

→ *Combien de personnes atteintes de troubles psychiatriques et de démence ont été euthanasiées de 2002 à 2013 et pour quelles raisons?*

- Entre 2002 et 2013, 179 cas qui ont été reportés, étaient des patients psychiatriques et déments dont :
 - 46,4% de personnes souffrant de dépression uniquement
 - 34,6% de personnes démentes en ce compris la maladie d'Alzheimer
 - 12,3% de patients atteints d' « autres troubles psychiatriques »
 - 6,7% de personnes souffrant de dépression et d'autres problèmes psychiatriques.
- La proportion de personnes euthanasiées pour souffrances psychiques et démence était de **0,5% de 2002 à 2007** et a augmenté progressivement en 2008 pour s'élever à **3% des euthanasies totales en 2013**.
- La majorité des demandes concerne les femmes : 58,1% pour des cas de démence et 77,1% pour des cas de troubles d'humeur.
- **38,6% des patients souffrant de dépression uniquement sont âgés de 80 ans et plus.**
- **83,3% des personnes atteintes de dépression accompagnés d'autres troubles psychiatriques ont moins de 60 ans.**
- Parmi les patients euthanasiés et que le médecin a estimé être en fin de vie :
 - 27,4% étaient des personnes atteintes par la démence.
 - 18,2% des patients souffraient de troubles psychiatriques.
 - 8,4% des patients étaient dépressifs.
- Le médecin a noté une souffrance insupportable :
 - Due à une dépression accompagnée d'autres troubles psychiatriques pour 83,3% des cas
 - Due à des autres troubles psychiatriques pour 77,3%
 - Due à une dépression uniquement pour 72,3% des cas
- Le second médecin consulté était un **médecin généraliste** dans :
 - 68,7% des cas de dépression.
 - 64,5% des cas de démence.
 - 59,1% des autres souffrances psychiatriques.
- Lorsque le patient n'était pas en fin de vie « *imminente* », le troisième médecin consulté était un psychiatre pour tous les cas de dépression avec d'autres souffrances psychiatriques, pour tous ceux de souffrances psychiatriques autres, pour 86,8% des cas de dépression et pour 75,6% des cas de démence.

Cette étude montre que le nombre et la proportion d'euthanasies pour troubles psychiatriques ou démence a progressivement augmenté depuis 2008. Cette augmentation est particulièrement flagrante pour les cas de dépression. L'étude mentionne qu'une large majorité de médecins belges soutient l'euthanasie pour les patients en phase terminale de maladie. Mais aucune donnée ne semble disponible concernant l'attitude des médecins belges envers l'euthanasie des personnes démentes et des malades psychiatriques.

➔ *Trois préoccupations relatives à l'euthanasie des patients atteints de démence et troubles psychiatriques*

- Tout d'abord, les auteurs rappellent combien une demande d'euthanasie basée sur une maladie psychique est délicate. En effet, chez les patients atteints de maladies mentales, il est difficile d'évaluer leurs capacités de décisions. Ces patients sont donc extrêmement vulnérables. Il est donc essentiel de mettre en place des directives cliniques (protocoles) clairs et accessibles à tous comme cela est le cas au Pays-Bas, car des outils d'évaluation sérieux existent mais ne sont pas uniformément utilisés. Des rendez-vous plus espacés, ou plus nombreux peuvent aider à discerner **si le désir de mort est un symptôme de la maladie** ou une véritable volonté.
- Une certaine confusion existe entre la véritable « *dépression pathologique* » et incurable, et **l'humeur dépressive** chez des personnes isolées, accumulant des problèmes de santé dû à l'âge, ou confrontés à la perte de **leur** partenaire. L'euthanasie ne peut pas devenir la seule option face à toute tendance dépressive alors que de nouveaux traitements existent.
- L'étude se demande également **si les exigences légales ont vraiment été respectées**, malgré que la Commission n'a pas jugé utile d'épingler ces manquements. Notamment quant à l'exigence de consulter un psychiatre qui n'est pas toujours rencontrée.