

Euthanasie et dépression : La Belgique est-elle vraiment un modèle ?

Janvier 2023

Pr Roger GIL

*Directeur du site picto-charentais (Poitiers) de l'Espace de Réflexion éthique
Nouvelle-Aquitaine*

Elle s'appelait Laura ou Emily. Elle était née en 1990. Son histoire est médiatisée en 2015¹. A la journaliste qui l'interrogeait, elle déclara : « *J'ai l'air très calme maintenant, mais probablement que tout à l'heure je me roulerai par terre à cause de la douleur que je m'inflige. Mon combat intérieur n'a jamais de fin* ». Laura est en bonne santé physique, mais elle souffre d'une dépression manifestement résistante aux traitements. Elle dit qu'elle souhaite mourir depuis la maternelle. Elle a fait plusieurs tentatives de suicide. Sa dépression s'accompagne de crises d'angoisse majeures que l'on appelle aussi des attaques de panique. Elle a eu un répit au moment d'une histoire d'amour, mais la rupture a tout précipité, et c'est alors qu'elle a souhaité être internée en hôpital psychiatrique. Elle a demandé à être euthanasiée. Laura n'est pas en fin de vie, mais la loi belge du 28 mai 2002 accepte l'euthanasie pour des souffrances physiques ou psychologiques insupportables dès lors qu'elles sont incurables même si le pronostic vital n'est engagé ni à court ni à moyen ni à long terme dès lors que le sujet est considéré comme « autonome », capable de discernement, exposant une demande « volontaire, réfléchie, répétée ». C'est ainsi qu'après l'avis favorable de trois médecins, elle fut déclarée éligible à l'euthanasie. « *La vie, dit-elle, n'est plus rien pour moi* »². L'euthanasie est programmée pour le courant de l'été. Laura est contactée par un journaliste de l'équipe de « *The Economist* » ; un reportage est tourné, Laura exprime sa détresse ; on voit les médecins consultés expliquer à Laura comment se déroulera l'euthanasie : elle pourra être entourée de sa famille et de ses amis ; elle pourra dire non jusqu'au dernier moment même quand l'aiguille sera en place ; elle recevra alors une première injection qui lui fera perdre conscience³, puis une seconde qui entraînera la mort⁴ qui surviendra en cinq à dix minutes. On voit alors cette toute jeune femme acquiescer à ces explications. Un nouveau rendez-vous est pris avec l'équipe de tournage pour le 24 septembre afin de filmer l'euthanasie. Mais ce jour-là, alors que tout était prêt, Laura déclare « *qu'elle ne peut pas mourir.... les deux semaines précédentes étaient relativement supportables... Il n'y a pas eu de crises. C'est très peu clair pour moi : y a-t-il quelque chose qui a changé en moi, ou quelque chose qui a fait que cela était plus supportable ? J'ai essayé de ne plus penser à ma vérité (c'est-à-dire que je ferai mieux de ne pas exister). Je retiens mon souffle pour*

1 Voir Roger Gil, billet éthique ; « Elle s'appelle Laura » ; 1er juillet 2015.

2 EM. Belgique : Laura, 24 ans, « mal dans sa peau, dépressive », mourra cet été, par euthanasie ; 3 Hauts de France ; 23 juin 2015 ; <https://france3-regions.francetvinfo.fr/hauts-de-france/2015/06/23/belgique-laura-24-ans-mal-dans-sa-peau-depressive-mourra-cet-ete-par-euthanasie-754585.html>

3 Il s'agit donc du barbiturique

4 donc un curarisant destiné à paralyser les muscles respiratoires.

*l'avenir*⁵. L'euthanasie est évitée de justesse. Le documentaire est publié sur YouTube le 10 novembre 2015 sous le titre « *24 and ready to die* »⁶. L'histoire aurait pu s'arrêter là, mais une fin a été ajoutée au film, sans relais médiatique : on y apprend que les deux années suivantes les crises se sont répétées, qu'un nouveau rendez-vous d'euthanasie lui a été proposé et elle mourut le 25 août 2018.

On peut aussi rappeler le cas de Madame Godelieve De Troyer, âgée de 64 ans, atteinte de dépression chronique qui est euthanasiée à l'insu de ses deux enfants adultes. Elle a eu une enfance difficile en raison de la mésentente de ses parents ; les premières manifestations dépressives surviennent vers l'âge de 19 ans. L'horizon s'éclaire après son mariage. Mais quelques années plus tard, le couple divorce alors qu'ils ont deux enfants, un garçon, Tom âgé de trois ans et une fille de sept ans. Deux ans plus tard, son mari se suicide. Elle a un suivi psychologique et elle élève ses enfants. Des versions différentes de son histoire on peut retenir une ou deux embellies liées à une relation amoureuse puis une rechute à partir de 2010 dans un état dépressif associé à plusieurs événements de vie : rupture d'une relation amoureuse, étiolement des relations avec ses enfants et ses petits-enfants, sentiment d'isolement... Elle pense alors à l'euthanasie, mais ni son médecin traitant ni son psychiatre ne souhaitent l'accompagner dans cette voie. Elle contacte en 2011 un oncologue bruxellois, professeur d'université, président de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie (CFCEE), fondateur de la formation LEIF⁷ destinée aux soignants impliqués dans la fin de vie et d'une clinique nommée *Ulteam* spécialisée dans l'euthanasie des personnes dont la « *demande n'a pas été assez entendue* » par d'autres institutions⁸ tout en s'estimant conforme à la loi belge. Il l'oriente vers un autre psychiatre qui constate que la dépression a des hauts et des bas et estime qu'une euthanasie est prématurée. L'oncologue bruxellois lui suggéra en janvier 2012 de voir un autre psychiatre et d'informer ses enfants de son désir d'être euthanasiée. Elle aurait envoyé un courriel à sa fille qui déclara respecter la liberté de sa mère et à son fils qui n'aurait pas répondu. En avril 2012 elle déclara qu'elle ne voulait pas voir ses enfants craignant que cela complique sa demande d'euthanasie qui fut acceptée par l'oncologue bruxellois après que plusieurs psychiatres aient déclaré n'avoir pas de possibilités thérapeutiques. Il faut remarquer qu'elle n'avait plus de suivi psychiatrique régulier. Elle déclara que « *son bilan de vie était négatif* », que les médicaments n'avaient plus d'effet depuis deux ans. Elle fut euthanasiée le 19 avril 2012, dans un hôpital public, en présence de quelques amis, mais sans ses enfants. Son fils Tom Mortier n'est averti que le lendemain. Profondément bouleversé, il intentera un procès qui ne conclut en Belgique à aucun vice de procédure. Le litige fut porté devant la Cour européenne des droits de l'Homme après quelque dix ans de procédure. Tom Mortier accusait l'État belge de ne pas avoir été informé ni impliqué dans le processus décisionnel ayant abouti à l'euthanasie de sa mère. Il accusa aussi l'État de ne pas avoir protégé la vie de sa mère. Il souligna que l'euthanasie d'un proche n'est

5 Institut européen de bioéthique ; Belgique : Laura-Emily, geste euthanasique évité de justesse ; Bulletin du 13 novembre 2015. <https://www.ieb-eib.org/fr/actualite/fin-de-vie/euthanasie-et-suicide-assiste/belgique-laura-emily-geste-euthanasique-evite-de-justesse-1019.html?backto=bulletin>

6 Il totalisera alors 2 millions de vue. Il peut encore être visionné : <https://www.youtube.com/watch?v=SWWkUzkfJ4M&feature=youtu.be>

7 <https://www.reseau-sam.be/fr/prestataires/levenseinde-informatieforum>

8 Source De Morgen 13/ 12/ 2012, in Institut européen de bioéthique, <https://www.ieb-eib.org/fr/actualite/fin-de-vie/euthanasie-et-suicide-assiste/33-personnes-euthanasiees-en-1-an-par-ulteam-une-equipe-de-medecins-et-infirmieres-348.html>

pas sans conséquences sur la vie familiale et que, sa mère souffrant de sa solitude, il aurait fallu avant de déclencher l'euthanasie, faire les efforts nécessaires pour rétablir les liens familiaux avant de se résigner au refus de contact exprimé par sa mère. Il considérait ainsi que sa mère n'aurait pas été dans une situation médicale sans issue et ses souffrances n'auraient pas été telles qu'elles ne pouvaient être soulagées. Ainsi selon Tom Mortier les manquements de l'État à protéger la vie de sa mère se sont accompagnés d'une violation du droit au respect de la vie familiale et sociale. La Cour européenne des droits de l'Homme⁹ releva des défaillances dans le contrôle a posteriori prévu par la loi et confié à une Commission spécifique¹⁰ : l'oncologue bruxellois qui a mené la procédure euthanasique est en même temps président de cette Commission et ne s'est pas récusé et nul ne sait s'il est resté silencieux. La Cour pointe ainsi une insuffisance de la loi belge quant à la protection de la vie par ce contrôle a posteriori qui ne permet pas un encadrement efficace des décisions d'euthanasie: en effet, la commission se prononce sur un document anonyme alors que le médecin pratiquant l'euthanasie peut siéger dans la Commission avec comme seule restriction de garder le silence, ce que la Cour considère comme une protection insuffisante pour s'assurer de l'indépendance de la Commission.

Reste à évoquer le troisième cas d'euthanasie pour dépression qui a franchi la barrière de l'anonymat. Il s'agit d'une jeune femme de 23 ans, Shanti de Corte¹¹. Elle est étudiante, en partance pour Rome pour un voyage universitaire, quand, ce 22 mars 2016, dans le hall de l'aéroport de Zaventem, près de Bruxelles, une bombe explose : l'attentat terroriste fait plus de trois cents blessés et plus de trente morts. Elle est physiquement indemne, mais elle développera un syndrome de stress post-traumatique qui de manière lancinante lui fait revivre par le souvenir les bouleversements émotionnels de ce terrible événement que sa mémoire lui impose. « *Parfois, je crie comme si j'étais de retour à Zaventem* ». Elle avait eu certes auparavant des troubles psychologiques, mais il ne s'agit pas là d'une condition nécessaire à l'écllosion d'un syndrome de stress post-traumatique. Elle est suivie sur le plan psychiatrique. Elle semble aller mieux dans le courant de 2018, mais ce répit est de faible durée. Manifestement, le syndrome de stress résiste. Elle fait une tentative de suicide puis elle envisage l'euthanasie ; plusieurs demandes sont refusées. Alertée par d'autres victimes de l'attentat, une spécialiste d'Ostende propose une prise en charge : la psychiatre traitante déclare alors que Shanti ne souhaite pas donner suite à cette proposition¹². Shanti se renseigne auprès de LEIF ; elle est vue par deux psychiatres qui concluent au caractère inapaisable de ses souffrances et elle est euthanasiée le 7 mai 2022 donc avant que ne s'ouvre le procès des terroristes. Elle écrit sur Facebook avant de mourir¹³ « *J'ai ri et j'ai pleuré. Jusqu'au tout*

9 Cour européenne des droits de l'homme. Troisième section. Affaire Mortier c. Belgique ; requête n° 78017/17. Strasbourg, 4 octobre 2022.

10 Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie

11 Violaine Jaussent. Procès des attentats de 2016 à Bruxelles : derrière l'euthanasie de Shanti De Corte à 23 ans, la souffrance et l'isolement des victimes. France info ; 20 novembre 2022.

https://www.francetvinfo.fr/monde/europe/attentats-de-bruxelles/proces-des-attentats-de-2016-a-bruxelles-derriere-l-euthanasie-de-shanti-de-corte-a-23-ans-la-souffrance-et-l-isolement-des-victimes_5469159.html

12 Le Parisien ; Belgique : Shanti, victime des attentats de Bruxelles, a été euthanasiée à 23 ans ; 6 octobre 2022 ; <https://www.leparisien.fr/societe/sante/belgique-shanti-victime-des-attentats-de-bruxelles-a-ete-euthanasiee-a-23-ans-06-10-2022-4KD2MBNCE5EKRG7OSJTXF2CBXE.php>

13 Mailis Rey-Bethbeder. Shanti de Corte, survivante des attentats de Bruxelles, a été euthanasiée à 23 ans. Terra femina ; 7 octobre 2022. https://www.terrafemina.com/article/euthanasie-shanti-de-corte-survivante-des-attentats-de-bruxelles-euthanasiee-pour-depression_a366302/1

dernier jour. J'ai aimé et j'ai eu le droit de ressentir ce qu'était le véritable amour. Je vais maintenant partir en paix. Sachez que vous me manquez déjà ». L'émotion en Belgique est intense, mais la Commission de contrôle ne fait aucune remarque particulière, déclare sa présidente qui est aussi présidente de l'Association pour le Droit de mourir dans la dignité.

Peut-on considérer que ces trois cas ne posent pas de problème éthique ou encore que le légal suffit à définir le moral ? Peut-on se consoler en ajoutant que les euthanasies pour troubles psychiatriques (troubles cognitifs non compris) n'ont représenté *que* 0,9% des indications d'euthanasies, soit 45 pour la période 2020-2021 et demeurent au-dessous de 50 depuis 2019¹⁴.

En effet se pose d'abord le problème majeur de la prise en charge thérapeutique d'affections psychiatriques qui n'engagent pas le pronostic vital, qui sont au centre de campagnes de prévention et de recherches thérapeutiques. Peut-on dans le même temps dans un même pays s'inquiéter de la santé mentale des populations et notamment des jeunes, s'inquiéter de la prévention du suicide, et en même temps aider ces mêmes personnes à mourir. La résistance aux traitements « standards » des dépressions et des syndromes de stress post-traumatiques ne devrait-elle pas entraîner comme exigence éthique d'adresser ces malades à des équipes spécialisées œuvrant dans des centres experts dont la liste dans nos pays d'Europe est facilement accessible et dont les travaux sont publiés dans la littérature scientifique ? Comment peut-on dans une procédure euthanasique de type belge se contenter d'avis psychiatriques qui ne procèdent pas d'un collège d'experts aptes à orienter les malades vers des collègues spécialisés. Comment accepter que deux psychiatres déclarent que les souffrances dépressives d'une personne sont incurables alors même que d'autres psychiatres ont déclaré le contraire ? Comment accepter qu'une jeune femme de 23 ans, victime d'un syndrome de stress post-traumatique, voit sa demande d'euthanasie acceptée alors qu'une proposition de prise en charge spécialisée avait été faite et s'était heurtée à une fin de non-recevoir transmise par des tiers (famille, médecins) sans que l'équipe chargée de l'euthanasie n'ait cherché à en savoir plus. Des voix autorisées se sont élevées en Belgique pour dire que tout ce qui pouvait être fait n'avait pas été fait¹⁵.

Le danger éthique est précisément de se contenter d'opinions qui n'ont pas été suffisamment documentées et qui sont livrées à la subjectivité. On voit bien dans au moins deux des trois cas rapportés ci-dessus que des demandes sont rejetées jusqu'à ce que les personnes malades contactent des médecins particulièrement investis dans l'euthanasie ou même militants comme le cas de Madame Godelieve De Troyer : peut-on présider une commission de contrôle, pratiquer soi-même un acte euthanasique dont on jugera ensuite de la conformité à la loi et en même temps animer une équipe dont la vocation affichée est de faire aboutir des demandes antérieurement refusées ? Le respect de procédures légales ne garantit pas leur acceptabilité éthique et en dépit du souci de la CEDH de ne pas s'ingérer dans les philosophies politiques nationales en considérant que la loi belge n'est pas incompatible avec

14 Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie . Dixième rapport aux Chambres législatives (années 2020-2021)

15 Ainsi le Pr Paul Deltenre, neurologue, qui est intervenu dans le dossier, a le sentiment que tout n'a pas été tenté. « *Il y a eu une proposition de l'équipe thérapeutique qui avait pris cette jeune fille en charge, d'avoir une intervention de l'équipe française spécialisée dans le syndrome post-traumatique, pour dire là, il y a peut-être quelque chose à gagner. (...) Cette offre n'a pas été acceptée* », déplore-t-il face à la caméra de la RTBF (Violaine Jaussent, citée dans une note précédente).

le droit à la vie, le même organisme a néanmoins souligné à propos de l'affaire Tom Mortier les défaillances des procédures de contrôle sur la conformité des décisions euthanasiques à la législation belge.

La dépression n'est pas la tristesse et n'est pas la souffrance existentielle et il est même probable que bien des souffrances dites existentielles correspondent à des états dépressifs. Or le symptôme clé de la dépression est bien la « douleur morale » : elle procède d'un manque de goût à la vie, voire d'un dégoût de la vie dont le malade souffre intensément comme il souffre d'une perte d'intérêt, de plaisir d'un émoussement de l'affection à l'égard des proches, de son travail, de ses études, de ses loisirs. ; elle procède aussi d'un manque d'espoir, d'une vision péjorative de l'avenir, de soi-même, d'un sentiment d'inutilité, d'une mésestime de soi, de la douloureuse conviction de « ne pas être à la hauteur » qui apparaissent comme des distorsions cognitives. La dépression entraîne un allongement du temps vécu : les journées n'en finissent pas d'en finir. Elle peut s'accompagner d'une anxiété, ce sentiment « obscur et pénible d'attente¹⁶ », qui peut déferler en crises d'angoisse avec striction de la gorge, du thorax, accélération des rythmes respiratoire et cardiaque. La dépression peut conduire au suicide soit organisé, soit par raptus et à ce titre la dépression constitue un problème de santé publique. Or la dépression comme cela est illustré dans les deux cas est fluctuante spontanément ou sous l'effet des thérapeutiques. On a vu Laura surseoir à l'euthanasie, car à la date fixée, elle était en rémission. Deux ans plus tard, elle est néanmoins euthanasiée, car la date, cette fois, ne correspondait pas à une rémission. Si on peut admettre que ces souffrances étaient insupportables, comment avoir admis cette autre condition de la loi belge, à savoir que son état était sans perspective d'amélioration alors que son histoire démontrait le contraire ? Comment se contenter de demandes considérées comme valides, car « répétées » dans des délais qui ne correspondent pas à la temporalité des dépressions ?

La dépression peut aussi surgir, s'aggraver à l'occasion d'évènements de vie dont beaucoup convergent pour produire un sentiment d'isolement social. Ce constat est flagrant dans les trois cas décrits ci-dessus. Or des travaux neuroscientifiques ont montré les situations perçues comme des exclusions sociales activent sur le plan cérébral, des zones qui chevauchent largement les zones impliquées dans les dimensions affectivo-émotionnelles des douleurs physiques¹⁷. Il faut dire que, en plongeant dans la nuit des temps, dans l'histoire de l'évolution, la vie en groupe et donc les liens sociaux protégeaient les individus et accroissaient les chances de survie¹⁸. La douleur physique et la douleur de l'exclusion sociale partagent ainsi le même déclenchement : la mise en danger de l'intégrité biopsychosociale de l'être humain. Comment alors comprendre qu'en cas d'isolement social, manifeste dans le cas de Madame Godelieve de Troyer, on puisse euthanasier quelqu'un en se contentant d'un refus de revoir ses proches sans mesurer l'importance cruciale de l'isolement dans les souffrances et la demande d'euthanasie. Exciper de l'autonomie de cette dame procède d'une vision mécanique de l'autonomie sans prendre en compte une interrogation fondamentale : la dépression enchaîne la personne dans un processus de déconsidération et de destruction de Soi. C'est à juste titre que la juge Eloséqui, membre de la CEDH siégeant dans la chambre

16 selon l'expression de Lévy-Valensi

17 NI Eisenberger, MD Liebermann, et KD Williams, « Does Rejection Hurt? An fMRI Study of Social Exclusion », *Science* 302, n° 5643 (2003): 290-92.

18 Naomi I. Eisenberger, « The neural bases of social pain: Evidence for shared representations with physical pain », *Psychosomatic Medicine* 74, n° 2 (février 2012): 126-35, <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3182464dd1>.

ayant à juger de l'affaire Mortier pose la question de savoir si Madame Godelieve de Troyer jouissait, en raison de sa dépression, de l'autonomie nécessaire pour consentir de manière éclairée à une procédure d'euthanasie. Le dépressif, en proie à un raptus suicidaire, ou le dépressif qui organise son suicide en raison d'une vision de lui-même déformée par sa maladie peut-il être considéré comme autonome alors que son passage à l'acte témoigne d'une souffrance dépressive qui, une fois guérie, lui fera abandonner ce projet ? Il s'agit selon la juge Eloséqui d'une « fausse autonomie », mais on pourrait aussi dire que le malade n'est plus autonome, mais hétéronome, car ses décisions ne sont plus mues par sa propre volonté, mais par une volonté assiégée, aliénée par la souffrance dépressive. Le comportement médical d'acquiescement relève alors d'un acharnement autonome s'emparant de toute demande de la personne malade sans prendre en compte la « contrainte » qu'exerce la dépression sur la volonté du malade¹⁹. Cet acharnement autonome consiste, dans cette acception, à se contenter de la verbalisation d'un souhait pour s'y conformer mécaniquement quitte à prendre « la paille des mots pour le grain des choses ». En outre l'acharnement autonome procède d'une vision tunnelaire du discernement éthique qui ne procéderait que du respect d'un seul principe sans rechercher les tensions entre principes moraux et en l'occurrence les tensions entre le principe d'autonomie et le principe de bienfaisance. Les dérives autoritaires dites paternalistes du principe de bienfaisance ne suffisent pas à considérer qu'il doit être écarté de l'exercice de discernement éthique. Car le principe de bienfaisance est aussi cette projection empathique sur autrui pour considérer ce qui est bon pour lui. En l'occurrence dans la dépression en général et dans les trois cas rapportés ci-dessus en particulier le bien d'autrui n'exige-t-il pas de faire tout ce qui est possible pour qu'il soit délivré, guéri de son état dépressif ? Dans les trois cas rapportés ci-dessus, il est manifeste que tout n'a pas été tenté, qu'il s'agisse pour Emily-Laura de lui proposer de recourir à un centre expert dans les dépressions résistantes, pour Madame Godelieve de Troyer de faire des efforts substantiels pour lui permettre de renouer avec sa famille sans se contenter d'acquiescer mécaniquement à son refus dépressif de revoir ses enfants. Quant à Shanti n'aurait-il pas fallu lui expliquer clairement les possibilités thérapeutiques propres au stress post-traumatique pour lui donner toutes ses chances de guérison ? Au sujet de Shanti, la présidente de *Life4Brussels*, une association de victimes des attentats terroristes, pointe le sentiment d'abandon de nombre de victimes de l'attentat de 2016 ; trois autres victimes se sont suicidées, beaucoup étaient en détresse et c'est l'une des victimes de l'attentat qui connaissait Shanti, et qui avait alerté la psychiatre spécialisée en victimologie qui la suivait pour lui demander d'écrire au psychiatre traitant de Shanti. Ce geste qui lui relève d'une authentique fraternité n'avait suscité qu'une fin de non-recevoir²⁰.

Les décisions euthanasiques prises dans ces trois cas conduisent paradoxalement à constater qu'en croyant procéder d'une autonomie factice, elle procède de fait d'une « bienfaisance normative » qui fait prévaloir la vision qu'ont du Bien des décideurs qui considèrent que le bien de ces malades demande de leur ôter la vie pour supprimer leurs souffrances. Cette bienfaisance normative est un avatar du paternalisme et est aux antipodes d'une bienfaisance empathique, attentive au bien supérieur d'Autrui et dont la visée dans la relation de soins est de donner à la personne malade toutes ses chances de guérison.

19 Le Centre européen pour le droit et la justice rappelle d'ailleurs que selon le Comité belge des droits des personnes handicapées, les idées suicidaires d'une personne dépressive sont une conséquence de son handicap, et non une expression libre de sa volonté. Voir l'arrêt de la CEDH (affaire Mortier c. Belgique, op. cit. ;)

20 Violaine Jaussent, citée dans une note précédente).

Les autres cas de personnes dépressives euthanasiées en Belgique et dont les dossiers sont restés anonymes ne peuvent procéder que de situations semblables au moins sur un point : faire de l'euthanasie la réponse à des dépressions résistantes. Quant à la Commission de contrôle « a posteriori », force est de constater que son « encadrement » présent de graves défaillances pointées par la CEDH : anonymat des dossiers, présence dans la Commission de médecins ayant participé à la démarche euthanasique des cas présentés et pourtant considérés comme anonymes, constatation mécanique du simple respect de la loi à savoir l'avis de deux psychiatres, sans s'inquiéter des avis divergents émis par d'autres psychiatres sur le caractère « incurable » des troubles. Mais reste les interrogations fondamentales : est-il acceptable d'euthanasier des malades pour des affections psychiatriques qui ne menacent pas en elles-mêmes le pronostic vital au nom d'un acharnement autonome aveugle à l'hétéronomie exercée par la maladie et altérant l'expression de sa volonté. Les Pays-Bas, qui certes pratiquent des euthanasies chez des personnes dépressives²¹, ont vu l'Association néerlandaise de psychiatrie mettre en place une vaste réflexion sur le concept d'incurabilité, sur la fluctuation décisionnelle et donc sur l'autonomie en allant jusqu'à stipuler que les patients ont évidemment le droit absolu de refuser un traitement, mais que « par conséquent, normalement, dans de tels cas, les critères d'incurabilité ne peuvent pas être démontrés et l'euthanasie est donc impossible »²². Ces directives seront-elles suivies d'effets ? Elles constituent un pas vers la remise en question de l'euthanasie des personnes atteintes d'affections psychiatriques aux Pays-Bas, mais un tout petit pas qui n'a pas encore entraîné la Belgique.

Le mot « modèle » qui a en langue française, une connotation positive ne peut pas s'appliquer à la loi belge, à ses indications euthanasiques, à ses procédures d'encadrement dont les défaillances ont été pointées par la CDEH. Sauf à penser que le droit à mourir doive un jour supplanter en toutes circonstances le droit à la vie.

21 En 2016, une jeune femme d'une vingtaine d'années, victime d'abus sexuels dans l'enfance (entre 5 et 15 ans) présentait une dépression chronique dans un contexte de stress post-traumatique. Sa demande fut acceptée et elle reçut l'injection létale en dépit d'une amélioration de son état deux ans plus tôt grâce à une thérapie « intensive ». Ses souffrances furent déclarées insupportables et sans espoir et les médecins qui instruisirent la procédure affirmèrent même que la jeune femme était totalement apte à exprimer sa volonté « malgré sa dépression et des fluctuations de l'humeur ». L'affaire fit grande émotion, notamment en Grande Bretagne dont le Parlement avait voté en 2016 contre un projet de loi sur l'aide active à mourir. Il faut ajouter qu'en mars 2022 la Chambre des Lords de Grande-Bretagne a voté le rejet d'un amendement visant à autoriser le suicide assisté. C'est ainsi la douzième fois en 25 ans que le Parlement britannique refusait de légiférer sur l'aide active à mourir. Voir Steve Doughty. Sex abuse victim in her 20s allowed to choose euthanasia in Holland after doctors decided her post-traumatic stress and other conditions were incurable. Daily Mail online; 10 et 11 mai 2016. <https://www.dailymail.co.uk/news/article-3583783/Sex-abuse-victim-20s-allowed-choose-euthanasia-Holland-doctors-decided-post-traumatic-stress-conditions-uncurable.html> Voir aussi Royaume-Uni. LA Chambre des Lords rejette le suicide assisté. Génétique, 21 mars 2022. <https://www.genethique.org/royaume-uni-la-chambre-des-lords-rejette-le-suicide-assiste/>

22 Kasper Raus, Bert Vanderhaegen, et Sigrid Sterckx, « Euthanasia in Belgium: Shortcomings of the Law and Its Application and of the Monitoring of Practice », *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine* 46, n° 1 (25 janvier 2021): 80-107, <https://doi.org/10.1093/jmp/jhaa031>.