

Expériences en psychiatrie et psychothérapie

Je suis heureux d'avoir été invité et de pouvoir m'adresser à vous aujourd'hui.

Remarque préliminaire :

La plupart du temps, j'essaie de parler librement. Pour faciliter la lecture dans les autres langues, j'essaie de rester proche du texte écrit - même si cela limite un peu la spontanéité.

Avant d'entrer dans le vif du sujet, j'aimerais dire quelques mots sur mon lieu de travail particulier, car il est inhabituel, du moins en Allemagne.

0. Où et comment ai-je acquis mon expérience ?

Actuellement, je travaille dans un Würdezentrum (« Centre de la Dignité ») à Francfort, sans contact avec les patients. J'ai beaucoup aimé travailler avec les patients.

Le Würdezentrum est un institut de formation et de recherche. Ses objectifs sont de contribuer à renforcer le sentiment de dignité et la perception de l'autonomie des personnes dans le système de santé allemand [www.wuerdezentrum.de].

Mon poste est en grande partie financé par des dons. Il n'a pas de financement du système de santé ordinaire.

Mon travail se concentre sur la prévention du suicide chez les personnes âgées et les malades. Nous avons développé des idées de projets pilotes que nous pouvons mettre en œuvre à Francfort. Si un tel projet est mis en œuvre avec succès, il doit être intégré dans les soins de routine. Cela a déjà été fait à plusieurs reprises avec d'autres projets.

Depuis avril, les services de la ville de Francfort nous ont annoncé prendre en charge pendant trois ans environ la moitié des coûts d'un premier projet pilote.

En outre, je donne des cours au « Centre de la Dignité » pour les non-médecins sur la gestion des maladies psychiques. Cela s'appelle "Mental Health First Aid", en allemand : www.MHFA-ersthelfer.de ou "Premiers secours pour l'âme". Ce cours de 12 heures forme des profanes à reconnaître les symptômes des maladies psychiques les plus importantes et les plus fréquentes et à y faire face. Le programme vient d'Australie et a déjà été introduit dans 26 pays :

- en GB (<https://mhfainternational.org/united-kingdom-map-of-mhfas/>), très tôt - il n'a pas dû être traduit ;
- en France (<https://pssmfrance.fr/>), il existe déjà un très grand nombre de secouristes formés ;

- en Suisse, il s'appelle ensa (<https://www.ensa.swiss/de/>) et a été introduit presque en même temps qu'en Allemagne en 2019.

Le programme a été évalué scientifiquement dès le début dans chaque pays. Pour la Suisse, il existe déjà une preuve d'efficacité : <https://promentesana.ch/ueber-uns/aktuelles/news/effektivitaet-von-ensa-kursen-nun-auch-in-der-schweiz-wissenschaftlich-nachgewiesen>.

Je recommande la formation aux personnes intéressées, aux proches de malades psychiques, aux responsables de marketing, aux responsables du personnel et aux responsables de groupes, qu'il s'agisse d'une chorale, d'un club de sport ou de groupes religieux. De nombreux employeurs envoient leurs employés aux cours afin de réaliser une prévention de la santé d'égal à égal dans les équipes. Manifestement, les cours sont rentables en tant que gestion de la santé en entreprise.

Les entretiens avec les hommes politiques et les décideurs constituent un autre domaine d'activité. Ainsi, nous avons invité presque tous les sept députés du Bundestag de Francfort à s'entretenir avec nous. Six d'entre eux ont consacré au moins une heure à l'entretien.

Tous ont été très reconnaissants pour les informations issues de la pratique des soins palliatifs et de la psychiatrie sur le thème de la prévention du suicide et le suicide assisté. Une loi en ce sens est en discussion au Bundestag allemand depuis 2021 et depuis longtemps déjà au sein du corps médical et de la société. J'y reviendrai plus tard.

Dans mon exposé, je vais maintenant décrire les situations que j'ai vécues principalement à l'hôpital psychiatrique (2002-2018) et en partie dans le service ambulatoire de l'institut psychiatrique (2019-2022). Ce dernier est une institution pour les malades mentaux qui sont trop malades pour un psychiatre libéral. Ils ont besoin d'une prise en charge multi-professionnelle avec des conseils psycho-sociaux supplémentaires, des offres de groupe ou des visites à domicile, généralement parce qu'elles vivent dans une maison de retraite.

Voilà pour mes antécédents et ma situation professionnelle actuelle.

Lorsque l'équipe de préparation m'a présenté le thème de la conférence : « Défi pour la médecine - Pouvons-nous concilier les attentes de nos patients avec ce que nous pouvons offrir ? », un grand « NON ! » m'a traversé l'esprit. Je me suis surtout souvenu des situations dans lesquelles nous ne pouvions ou ne voulions pas répondre aux attentes des patients. C'est ce que je souhaite évoquer aujourd'hui et donner ainsi un aperçu des défis posés à la psychiatrie et la psychothérapie.

Dans ce qui suit, je parlerai d'une minorité de situations difficiles et problématiques.

C'est pourquoi je tiens à réaffirmer clairement que, dans la majorité des cas, les nombreuses attentes des patients, et en partie aussi de leurs proches, peuvent être satisfaites grâce aux possibilités de traitement de la clinique ou du système de santé existant. Malheureusement, cela devient plus difficile avec le nombre croissant de patients. Mais dans l'ensemble, j'ai l'impression que c'était possible.

Pour les deux maladies les plus fréquentes si l'on considère les durées de traitement et les admissions, c'est-à-dire la dépression ou la dépendance à l'alcool, les changements étaient très clairs, démontrés par les résultats chiffrés (valeurs de laboratoire, valeurs des échelles d'auto-évaluation et d'évaluation par des tiers), la transformation extérieure avec un langage corporel

modifié, des activités, des vêtements, une apparence soignée, etc., ainsi que par les changements intérieurs : amélioration de l'humeur et de la motivation, nouvel espoir et planification de l'avenir ... Les attentes des patients dépressifs en particulier ont été dépassées : ils étaient - en raison de leur maladie - sans espoir. Grâce au traitement, ils ont retrouvé un état satisfaisant ; après le traitement ambulatoire qui a suivi, ils sont généralement non seulement de nouveau "aptes au travail", mais atteignent un "rétablissement" ou une "guérison". Cela signifie que les personnes vivent subjectivement satisfaites et en bonne santé dans leurs relations quotidiennes : c'est-à-dire l'environnement social, le lieu de travail, les relations de couple ...

Malheureusement, l'environnement social de nombreuses personnes n'est pas aussi positif et solide que le souhaitent les patients et les thérapeutes. De même, le "traitement" n'agit pas aussi rapidement que les patients et leurs proches l'attendent. Il faut plus de temps et de patience.

Je souhaite que vous et moi gardions à l'esprit cette image positive de la psychiatrie avec des possibilités pleines d'espoir et que vous puissiez la transmettre aux patients.

Gardez-la également à l'esprit lorsque j'évoquerai trois situations peu fréquentes, mais stimulantes, dans lesquelles nous n'avons pas pu répondre aux attentes de nos patients.

1. "Je suis un homme libre" - "Je ne veux pas de ces médicaments".

Traitement contre la volonté : hospitalisation sans consentement, médication forcée, placement en milieu fermé.

Regardons à nouveau la majorité des "traitements" :

- environ 90% des patients soit sont admis volontairement en traitement hospitalier, soit peuvent accepter le traitement avec des restrictions.

Dans ce cas, le traitement est conforme aux directives, avec l'accord du patient. C'est le "travail principal". En se basant sur sa personnalité, ses compétences, son expérience, son empathie et sa propre position religieuse, le patient est considéré dans sa globalité :

- en tant que psychothérapeutes (psychiatres et psychologues), thérapeutes spécialisés (ergothérapie, thérapie sportive, danse, zoothérapie), nous nous occupons des maladies et de des problèmes psychiques et psychiatriques.
- en collaboration avec des travailleurs sociaux, nous essayons de résoudre les problèmes liés à la couverture d'assurance, aux prestations sociales, à l'employeur, etc.
- dans le meilleur des cas, il existe une bonne communication avec le personnel soignant, ce qui a été utile pour le traitement.
- les proches sont non seulement informés des changements, dans le respect du secret professionnel, mais aussi activement impliqués dans le traitement, dans l'intérêt et avec le souhait du patient.
- parfois, dans cet environnement dense et confiant, le patient n'exprime pas seulement ses questions spirituelles, il reçoit plus qu'une écoute attentive et une recherche commune valorisante.

Voilà pour ma rétrospective - peut-être enjolivée - de certains souvenirs d'heures de gloire du service de soins aigus.

Ces dernières années, le manque de temps, de personnel soignant, de médecins parlant suffisamment bien l'allemand ainsi que la pression des patients devant être admis en urgence et les considérations économiques ont augmenté.

Le défi réside dans les 5 à 10 % qui ne veulent/ne peuvent pas s'intégrer dans le "schéma" - en raison de leur maladie / personnalité / passé / ...

En voici quelques exemples :

- ✓ Un jeune homme souffrant de troubles psychotiques récurrents induits par la drogue. Il entend les voix de milliers d'enfants qui souffrent et il pense avoir été choisi par un gouvernement mondial cosmique pour les sauver. En raison de son délire, il n'est pas coopératif avec sa mère, puis devient agressif, d'abord contre les objets, puis contre son entourage. Il est emmené à l'hôpital par la police.
- ✓ Une patiente psychotique a cessé de prendre ses médicaments, ce qui lui permet de développer à nouveau des contenus délirants : des appareils de surveillance se trouvent dans le tableau électrique. C'est pourquoi elle tente, à l'aide d'un tournevis et de ses doigts nus, de découvrir et d'enlever des appareils d'écoute dans l'installation électrique des lignes à haute tension. Le mari emmène sa femme à l'hôpital à l'aide d'un prétexte. En raison de la mise en danger importante de sa propre personne, une "demande de placement en clinique, même contre son gré", est déposée et approuvée selon la procédure.
La patiente soupçonne alors le mari d'avoir une maîtresse et de vouloir la faire interner en psychiatrie pour cette raison.
- ✓ Une femme démente qui ne se sent pas chez elle dans la maison de retraite et qui, au lieu de cela, se rend à plusieurs reprises "à la maison" pour s'occuper de ses parents décédés depuis longtemps. Après que le tuteur institué par le tribunal de district a donné son accord, l'institution appelle une ambulance qui l'amène chez nous.
- ✓ Un homme alcoolique qui, en état d'ébriété, a frappé sa compagne, est amené chez nous par la police. Après s'être montré irritable, peu coopératif et d'humeur changeante, il se couche et "cuve son vin".

C'est un défi mental que d'expliquer toujours avec bienveillance au patient récalcitrant qu'il est nécessaire qu'il reste à l'hôpital, même contre sa volonté. Cela prend du temps de créer les conditions avec les tribunaux et les assistants juridiques pour qu'il puisse rester hospitalisé contre sa volonté. Des exigences accrues en matière de justification sont parfois également nécessaires.

Dans les unités semi-ouvertes, l'équipe a dû faire face à un surcroît de travail en raison de patients non compliant, par exemple les quatre susmentionnés. La porte de sortie et d'entrée, qui est normalement ouverte, doit rester fermée en raison du risque de fugue, c'est-à-dire qu'il faut veiller à ce que personne ne s'échappe lors de chaque visite.

Comment ces patients pris en exemple ont-ils évolué ?

- ✓ Le jeune homme souffrant de psychose due à la drogue a fait l'objet de nombreux autres séjours. Il faut toujours plus de temps pour que ses pensées délirantes diminuent sous l'effet d'une médication appropriée. Il n'est pas possible de le motiver ou de lui donner les moyens de mener une vie sans drogue. Un placement dans une institution protégée semble être la seule solution pour mettre fin à ses rechutes constantes et aux conflits qui en résultent avec sa mère.

Malheureusement, les places dans les institutions de longue durée ont été réduites et les conditions juridiques ont été durcies. C'est-à-dire que son agressivité envers les biens et les personnes ne suffit pas jusqu'à présent pour obtenir le placement de longue durée correspondant, prévu non pas pour un traitement mais pour un internement.

- ✓ Lors de ces séjours comme des suivants, la femme atteinte de psychose ne peut que très difficilement accepter la médication. Grâce à différentes initiatives du mari, du personnel soignant et des thérapeutes, un système de récompense (facilités les jours où elle prend sa médication) permet d'obtenir la disparition des contenus délirants.

Malheureusement, après quelques mois, elle a de nouveau arrêté sa médication et d'autres séjours ont eu lieu. Elle a également arrêté le médicament retard après un certain temps. L'administration d'un médicament à libération prolongée contre la volonté du patient ne nous a pas (plus) été autorisée. Les obstacles juridiques sont devenus nettement plus importants.

- ✓ Chez la femme démente qui a fugué à plusieurs reprises, un médicament contre la démence est utilisé, cela diminue un peu l'agitation intérieure. Elle est libérée après quelques jours avec la recommandation d'un emploi du temps clairement structuré avec des promenades, beaucoup de lumière du jour et, le cas échéant, de l'ergothérapie.

- ✓ L'homme qui a frappé sa femme en état d'ébriété ne se souvient pas de l'incident le lendemain matin. Il a un trou de mémoire pour la soirée précédente. Il se souvient avoir bu deux bouteilles de bière. Il s'agit manifestement d'une ivresse pathologique, c'est-à-dire qu'après une consommation moyenne d'alcool, la personnalité de l'individu change massivement et il a un trou de mémoire.

Comme il ne veut pas perdre son emploi, il insiste pour sortir immédiatement. Il n'y a pas de motifs de le garder. Il lui est vivement recommandé de se rendre dans un centre de consultation d'addictologie.

L'épouse, qui n'était pas notre patiente, est informée par téléphone de la situation et de la sortie. (Ce qui est déjà limite en termes de secret professionnel). À cette occasion, elle est également informée qu'elle devrait se faire conseiller pour sa protection. En outre, elle peut porter plainte pour violence domestique.

Comment parvient-on à supporter ce refus permanent ?

1. Le fait de garder l'espoir que le patient finisse par accepter le traitement m'a aidé.
2. J'avais l'espoir que l'effet des médicaments antipsychotiques, des soins attentifs et des mesures de mise en confiance permettraient d'établir une relation. C'est ainsi que certains accords ou compromis ont pu être trouvés.
3. Bien sûr, il est utile de répondre aux souhaits du patient. (Appels téléphoniques, visites de personnes de confiance, sorties accompagnées, ergothérapie, thérapie sportive ou zoothérapie, ou autres expériences qui ont été agréables pour les patients).
4. Il vaut la peine de se mettre à la recherche des "bons côtés" de la personne malade : bien que de nombreux aspects de la personnalité soient clairement altérés, il est possible de découvrir des côtés sympathiques, des mouvements humains, même chez des personnes atteintes de psychose grave.

C'était le premier groupe de patients, dont je n'ai pas pu satisfaire les attentes.

Voici maintenant un deuxième groupe :

2. "Je voudrais pouvoir oublier cet événement terrible". "Je ne veux plus avoir ça dans ma tête".

Il n'est pas possible de répondre aux attentes du patient.

Je pense ici à différents groupes de patients :

- La psychothérapie a mis en évidence certains schémas de jugement (par ex. des exigences de performance élevées). Ceux-ci sont gênants au quotidien, car ils rendent les changements difficiles. Pour ces patients, il est difficile de changer ces convictions intériorisées depuis de nombreuses années, généralement depuis l'enfance.
- Les patients traumatisés souhaitent que tous les souvenirs de leur terrible passé soient effacés.
- Les patients obsessionnels veulent se débarrasser de leurs symptômes pénibles. J'en ai rarement vu des formes graves. Il est probable que beaucoup ne soient pas détectés, n'aient pas de groupe d'entraide et continuent à avoir mauvaise conscience et/ou des problèmes dans leur entourage.

Pour ces groupes cités en exemple, un changement aussi rapide et simple qu'ils le souhaiteraient n'est pas possible. Le chemin passe par un traitement de longue durée qui exige beaucoup de persévérance et d'engagement de la part des thérapeutes et des patients.

Pour que le traitement soit efficace, il est nécessaire de créer une atmosphère de confiance et d'espoir dans laquelle le patient peut s'ouvrir et s'attendre à ce que ses efforts soient récompensés.

- La thérapie des traumatismes exige de la persévérance et un ré-apprentissage. Il est nécessaire de donner aux patients l'espoir que le traitement en vaut la peine.

- Pour les personnes qui ont vécu pendant des décennies avec des habitudes et des schémas de pensée pénibles dans leur quotidien, il est très difficile de les changer. C'est parfois si difficile qu'elles interrompent la psychothérapie, car cela leur semble trop fastidieux, voire sans espoir.

Certains préféreraient de loin avaler une pilule pour que leur comportement change de manière simple. Beaucoup d'entre nous savent à quel point il est difficile de changer ses habitudes ou ses schémas de pensée. C'est encore plus difficile pour les personnes qui sont manifestement malades à cause de ces schémas de pensée.

Il vaut la peine d'entamer un dialogue sur les attentes du patient, d'expliquer ce qui est possible et ce qui ne l'est pas. Et de fixer ainsi des objectifs thérapeutiques réalisables.

3. Mes obstacles (professionnels, moraux, personnels, ...) à la réalisation du souhait du patient : "j'ai besoin d'aide dans ma vie" - "j'ai besoin d'aide pour mourir".

J'ai eu quelques exemples à ce sujet dans mon quotidien professionnel :

- Une dame âgée, seule, avait tenté de se suicider. Les voisins ont remarqué que les volets n'étaient pas relevés et ont appelé les services de secours. Ceux-ci ont fait ouvrir la porte pour cause de danger imminent. On la découvre somnolente, avec des boîtes de comprimés vides et une lettre d'adieu. Après un examen et une stabilisation physique en soins intensifs, elle est venue nous voir : la raison qu'elle a donnée pour son acte de désespoir était le chauffage défectueux - elle n'a pas d'argent pour en acheter un nouveau : Comment pouvons-nous

l'aider ? Doit-elle vendre sa maison et vivre en location à la place ou aller directement dans une maison de retraite ? Elle ne le voudra pas et le produit de la vente ne suffira pas longtemps. En l'absence d'enfants, d'héritiers potentiels ou de personnes de confiance, le conseil médico-social était difficile pour la vieille femme : elle semblait solitaire, avait honte de ce qu'elle avait fait et était dépassée par le quotidien d'un service de psychiatrie aiguë. Et nous ne pouvions pas la garder longtemps à l'hôpital aux frais de l'assurance maladie si nous ne pouvions pas établir un diagnostic clair : la pauvreté (liée à l'âge) n'est pas un diagnostic CIM-10.

Malheureusement, je ne peux pas indiquer avec certitude ce qu'il est advenu d'elle. Elle a probablement bénéficié d'un tuteur judiciaire (celui-ci peut se faire une idée des finances, des différentes possibilités et restrictions et prendre ensuite d'autres décisions - si possible dans l'intérêt de la patiente). Il est probable qu'elle ait ainsi été transférée en soins de suites (place en maison de repos limitée à 6 semaines). Pendant cette période, on examine si une place permanente est nécessaire ou si un autre lieu de vie et de soins est possible.

- Un homme avait réussi à obtenir un rendez-vous d'urgence au service ambulatoire de psychiatrie - la secrétaire examine minutieusement l'urgence et l'indication médicale - raison de sa présentation en urgence : le fait qu'il ne savait pas pour quelle femme se décider : « Est-ce que je reste avec ma femme ou est-ce que j'emménage chez ma copine ? » Je lui ai dit clairement, mais fermement, qu'il ne s'agissait pas d'une maladie psychiatrique et qu'il n'était pas à sa place chez moi. Même en tant que psychothérapeute, je ne voulais et ne pouvais pas prendre la décision à sa place. (Il serait professionnellement erroné de prendre la décision à sa place, car il n'assumerait pas lui-même la responsabilité, mais se la verrait retirer de l'extérieur). Comme il était visiblement dépassé par cette tâche, nous avons brièvement rassemblé ensemble des critères selon lesquels il pourrait décider. Il n'est pas revenu.
- Une femme mariée qui attend de moi que je fasse revenir son conjoint qui l'a quittée. Cela non plus, je ne le voulais pas et ne le pouvais pas.
Dans la mesure où il y avait une volonté de le faire, j'ai essayé, face à de telles attentes, de rendre accessible ma propre part de responsabilité dans l'échec de la relation : le membre du couple absent n'est pas responsable à 100 % de l'échec de la relation. Au conjoint assis à mes côtés, j'ai dit qu'il/elle portait au moins 1 % de responsabilité. Nous avons pu entamer une discussion à ce sujet.
Mon impression est que peu de personnes ont pu ou voulu s'engager dans une réflexion dans cette situation - peut-être avaient-elles simplement besoin de plus de temps pour changer leurs attentes : elle voulait encore retrouver son compagnon.

Une attente fondamentale et en même temps problématique des patients est le désir de suicide assisté ou d'euthanasie.

L'euthanasie signifie que le médecin (ou une autre personne) administre une dose létale d'une substance (sous forme de gaz ou par voie intraveineuse). Ceci n'est pas autorisé en Allemagne, ni dans la plupart des pays. Les Pays-Bas font exception, mais seulement sous certaines conditions.

Le grand sujet des éthiciens médicaux, des médecins, des théologiens et des disciplines voisines est le suicide assisté. (Le processus est également appelé aide au suicide ou assistance au suicide). Le médecin met la préparation à la disposition du suicidant, qui doit se l'administrer lui-même.

Ici, jusqu'en 2020, je pouvais dire que cela pourrait me mettre en difficulté en tant que médecin et le refuser clairement. Depuis février 2020, la décision de la Cour constitutionnelle fédérale a changé la donne : je pourrais prescrire des produits à quelqu'un pour qu'il se suicide. Actuellement, cela est possible en Allemagne indépendamment des maladies antérieures, des attestations ou autres. L'âge joue également un rôle mineur, selon les cas même les mineurs peuvent avoir recours à l'assistance au suicide. La seule chose qu'un médecin doit vérifier est la libre responsabilité, ce qui signifie qu'aucune influence extérieure (p. ex. pauvreté, proches) ou intérieure (p. ex. maladie psychique grave) n'est décelable.

Quelle est la situation juridico-politique concernant l'assistance au suicide en Allemagne ?

En février 2020, la Cour constitutionnelle fédérale a supprimé sans le remplacer le §217 (interdiction de l'assistance au suicide à titre professionnel) qui était en vigueur jusqu'alors. Il est donc (à nouveau) possible pour les organisations d'euthanasie de proposer leurs services en Allemagne et de mettre à disposition des personnes et des suicidants les moyens ou les méthodes correspondants, qu'ils doivent toutefois utiliser de manière autonome.

Depuis lors, tout le monde peut proposer une assistance au suicide : "professionnels", associations, personnes individuelles, proches. Il n'existe actuellement (juin 2023) aucune documentation, obligation de déclaration ou conditions minimales pour le prestataire. Le marché est actuellement totalement non réglementé : L'Allemagne a la réglementation la plus libérale en matière d'assistance au suicide. L'année dernière, lors du congrès de la Médecine de la Personne, j'ai parlé avec une psychiatre des Pays-Bas. Elle était complètement horrifiée de voir qu'il existait en Allemagne une réglementation aussi libérale.

Même les partisans d'une réglementation libérale en matière d'assistance au suicide n'étaient pas à l'aise avec le "marché des fournisseurs" d'aide au suicide, totalement non réglementé. C'est pourquoi, depuis environ deux ans, le Bundestag et la société ont débattu de trois projets de loi, tous groupes politiques confondus. En juin, les deux réglementations liberticides ont été fusionnées en une seule proposition.

Pour cette décision de conscience très fondamentale, il est courant que la contrainte des groupes soit levée au Bundestag, c'est-à-dire que les différents représentants du peuple ne sont pas tenus par les directives de leurs partis ou groupes. Cela s'est produit dernièrement le plus souvent pour des sujets d'éthique médicale (une fois au cours des trois dernières années : en 2021 pour l'obligation de vaccination).

Le vote doit avoir lieu le 7 juillet 2023.

L'association professionnelle des psychiatres (dgppn.de) a constaté que le suicide assisté n'est pas une tâche du médecin, mais qu'il peut être réalisé par ce dernier dans certains cas. Ils demandent deux rendez-vous d'examen par un psychiatre (pour exclure une maladie psychiatrique grave limitant le libre arbitre) et un rendez-vous de conseil auprès d'un centre de conseil à rencontrer en fonction de la problématique du patient. Les conditions correctes doivent être vérifiées par un tribunal d'instance. Ce n'est qu'alors qu'un poison ou une méthode correspondante pourra être mis à disposition en toute impunité.

Actuellement, l'incertitude est grande chez les médecins, le personnel soignant et les institutions :

- Ai-je le droit de proposer une assistance au suicide ? - Oui, dans la mesure où la personne a une volonté librement assumée. Cela est difficile à établir. Après l'adoption d'une loi, il y aura des restrictions plus ou moins importantes.
- Dois-je fournir une assistance au suicide à la demande de l'employeur ou du résident ? - Non ! Personne ne peut être contraint d'offrir ou de fournir une assistance au suicide.
- Les maisons de retraite peuvent-elles interdire l'offre d'assistance au suicide ? Probablement en partie seulement :
 - * par le biais du droit du travail : pas d'assistance au suicide pendant les heures de travail ;
 - * par le droit interne : pas de publicité dans l'établissement, pas d'accès pour les organisations d'assistance au suicide. Est-il judicieux de pousser cela vers le secret ?
- Quelle est une attitude sensée : aborder ouvertement les impulsions suicidaires, la lassitude de la vie et la fatigue de la vie / apprécier les pensées exprimées honnêtement qui nient la vie / essayer de soulager par la discussion et, si possible, les problèmes sous-jacents : dépression, douleurs, troubles du sommeil, solitude, disputes, soucis financiers, peur de la maladie, de la mort ou de la perte d'autonomie et autres...

Il y aurait ici encore beaucoup à réfléchir sur le suicide assisté, sur notre propre attitude entre polarisation ("défenseurs chrétiens de la vie" et "accompagnement miséricordieux du suicide"), etc. Parmi les dangers d'une réglementation permissive en matière de suicide assisté, il faut mentionner la "compassion toxique" : L'entourage d'une personne souffrante (les proches ou le personnel soignant) ne peut plus supporter la souffrance elle-même et propose donc très généreusement une aide au suicide.

N'hésitez pas à discuter de ces sujets dans les petits groupes.

Enfin, un dernier aspect concernant les attentes des patients :

Certains patients psychiatriques gravement malades n'ont pas d'attentes ou/et ne sont pas conscients de leur maladie : ils ne vont pas chez le médecin ou dans un centre de consultation.

Que devrions-nous proposer (en tant que société, dans le secteur de la santé, médiateurs dans les associations/l'église/le voisinage/la famille, ...) pour que davantage de personnes reçoivent (plus tôt) un traitement (et une guérison) ?

Même si je trouve les cours MHFA (Mental Health - First Aid / Premiers secours en Santé Mentale) très utiles, il ne suffit pas, à mon avis, de les faire connaître et d'avoir plus de secouristes.

Que peut-on faire de plus ?

Il y a toute une série d'acteurs en Allemagne qui n'ont aucune attente dans le domaine de la prévention du suicide :

- Les caisses d'assurance maladie doivent verser chaque année un certain montant pour chaque assuré dans un fonds de prévention. Il y a là des millions d'euros qui ne sont guère utilisés. La prévention du suicide ne fait malheureusement pas partie des critères de financement. Il est évident que l'on attend peu ou rien de ce côté-là.
- Le système de santé encourage certes les prestations de prévention, notamment les cours de désaccoutumance à la nicotine, l'école du dos et la relaxation. Il n'y a que de petites incitations financières pour les assurés pour les vaccinations complètes, la participation au dépistage du cancer, l'adhésion à un club de sport, en partie un meilleur IMC, l'abstinence de la nicotine. Mais cela me semble si faible et si compliqué qu'à mon avis personne ne change de comportement de cette façon.

Je ne connais pas non plus d'incitations pour les professionnels de la santé qui améliorent les actions ou les résultats durables de la prévention.

- L'État n'a guère d'activités sur le thème de la prévention du suicide. Le contrat de coalition de l'actuel gouvernement fédéral mentionne pour la première fois la "prévention du suicide".
- A Francfort-sur-le-Main - la "Mecque de la prévention du suicide en Allemagne" - le thème figure également dans le contrat de coalition du conseil municipal. C'est pourquoi il y a 1,5 poste pour ce domaine. C'est sans doute plus que ce que d'autres villes ont, mais cela suffit-il pour répondre aux attentes ?

Qu'attendons-nous de qui pour prévenir le suicide assisté et le suicide "solitaire" en cas de maladie mentale ? Certains ont l'impression que la tendance est d'éliminer les personnes qui souffrent plutôt que de s'attaquer à la souffrance.

Une enquête représentative menée par l'INFAS (Institute For Applied Social Sciences à Bonn) a montré que les personnes en bonne santé n'étaient que peu favorables à l'aide au suicide.

Pour les personnes atteintes d'une maladie mortelle, le suicide assisté est nettement plus souvent approuvé (avec 80,5 %) que pour les personnes atteintes "seulement" d'une maladie grave, mais non mortelle (avec 37,6 %). Pour les personnes en crise existentielle (sans maladie), le soutien est nettement plus faible et augmente avec l'âge de la personne : de 2,7 % pour les jeunes à 4,1 % pour les personnes d'âge moyen... jusqu'à 10,3 % chez les personnes âgées.

De nombreuses églises et groupes chrétiens s'inquiètent du fait que l'assistance au suicide devienne de plus en plus courante dans notre société.

Qu'aurait dit Paul Tournier des défis actuels de la psychiatrie et de la société ? À l'époque, il avait complété la pensée psychosomatique par une dimension spirituelle. Cela concernait surtout le patient individuel, peut-être aussi son entourage direct.

Ma pensée - ou mon souhait - est qu'aujourd'hui, il élargirait à nouveau son regard au-delà du patient individuel et de son environnement, à ceux qui ne font pas partie de l'environnement direct de nos patients. Nous tous - que ce soit dans le secteur de la santé, l'Église ou les individus - nous sommes mis au défi de regarder ceux qui ne sont pas tournés vers nous. Nous sommes également mis au défi de regarder ceux qui se sont détournés, ceux qui n'ont plus d'attentes.

Peut-être que certaines personnes de notre entourage sont dans la même situation que le paralytique de la piscine de Béthesda (Jn, chap. 5) : il a été malade pendant 38 ans. Cela a considérablement limité ses activités physiques, sociales, culturelles et probablement spirituelles. Pour diverses raisons, son réseau social était probablement réduit à ses compagnons d'infortune. Il n'avait plus d'espoir - ou, pour reprendre le thème de la conférence : il n'avait plus d'attentes.

Combien y a-t-il de personnes dans nos pays prospères qui n'ont plus d'attentes ? A-t-on aussi besoin ici de personnes qui suivent l'exemple de Jésus : Il est allé vers elles, qui n'avaient pas de groupe de pression, ni groupe d'entraide, ni représentant légal, et Il leur a apporté plus que ce qu'elles-mêmes attendaient de lui.

Mon souhait/mon espoir est que nous puissions

- * vivre tous en relation, prendre des mesures contre la solitude ;
- * en tant que société, encourager les bonnes initiatives : assistance téléphonique, centres de conseil, directives pour la formation, recherche ;

- * en tant que médecins, professionnels de la santé (PP, thérapeutes spécialisés) ;
- * en tant qu'églises et chrétiens : culture de l'estime, de l'amour de proximité, par exemple "Extra-Mile", qui offre un accompagnement même sur les chemins les plus difficiles.

Je suis naturellement intéressé par les expériences de vos pays. N'hésitez pas à m'en parler plus tard.

Comment traitez-vous ceux qui n'ont plus aucune attente ? Est-ce qu'ils font partie de votre système (société, système de santé, églises, associations, voisinage) et de votre pensée ?