

# Courrier au BMS

## Assistance au suicide: perception au «ras des coquillages»

A la question de savoir «quelle est la longueur du littoral de la Bretagne», des réponses très diverses peuvent être données, dépendant de la précision désirée mais surtout du point de vue choisi. Un satellite géo-stationnaire l'estimerait à environ 2700 km alors qu'un promeneur arpenteant ce même rivage, avec ses aspérités et irrégularités, pourra éprouver une valeur beaucoup plus grande.

Depuis la parution des Directives de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) concernant la fin de vie, beaucoup a été écrit aussi bien dans les publications professionnelles que dans la presse grand public. Très judicieusement, Samia Hurst [1] nous convie à une «pause café», arrêt sur image mais également «zoom arrière», prise de distance et de hauteur vis-à-vis de cette problématique déroutante, en particulier pour les soignants. Avec sa finesse habituelle, elle précise et restitue les grands principes de ces directives, insistant sur le rôle privilégié du médecin traitant (et de sa liberté propre de refuser la demande...), sur l'importance d'une souffrance qualifiée «insupportable» en tant que critère déterminant et d'une capacité de discernement formellement attestée.

Fin octobre, la FMH décide de ne pas reprendre les directives de l'ASSM dans son code de déontologie. Michel Matter, vice-président, explique que souffrance insupportable «renvoie à une notion juridiquement indéterminée qui apporte beaucoup d'incertitude pour le corps médical» [2]. La «précision des normes», déjà citée par Michael Barnikol du service juridique de la FMH [3], exige qu'une disposition soit formulée de manière suffisamment précise afin que le citoyen puisse s'y conformer avec un degré de certitude correspondant aux circonstances. Ce principe s'adresse évidemment au contexte d'une décision extrêmement lourde de conséquence telle que l'assistance au suicide. C'est donc à propos de la notion de subjectivité (et même

d'intersubjectivité...), qualifiant dans ce cas la souffrance «insupportable», que semble apparaître l'impossibilité de concilier les pratiques médicale et juridique.

La perspective du médecin pratiquant en cabinet ou en établissements médico-sociaux (EMS), quotidiennement en contact avec les patients et leurs familles, se rapproche bien davantage de celle du promeneur – «zoom avant» – sur le rivage du littoral. Sans prétention d'exhaustivité, certaines «aspérités et irrégularités» de ce sujet, qui méritent d'être discutées.

La demande d'assistance au suicide (même répétée et justifiée «par une souffrance insupportable...») peut être l'expression de la colère et de la révolte, notamment chez des patients avec trouble de personnalité – de type «borderline» – dont la gestion en EMS est souvent un défi de taille pour les soignants. Il s'agit alors d'une véritable instrumentalisation de la demande, expression d'une souffrance psychique certes, mais également agressive adressée aux proches de la famille ou au système de soins. Il s'agit alors d'éviter d'accepter la décision du patient en «désespoir de cause» ou en contre-attitude symétrique également agressive, en justifiant d'une capacité de discernement apparemment conservée.

A propos de la capacité de discernement, Samia Hurst semble éprouver une grande confiance en la compétence des psychiatres, jugés aptes à trancher dans les cas difficiles. Cependant, force est de constater que la psychiatrie est la discipline médicale la plus dépourvue de marqueurs biologiques et d'indicateurs valides. Dans sa mise en consultation des futures directives concernant le discernement, l'ASSM qui insiste sur une évaluation répondant à des «standards de qualité élevés» propose l'utilisation de l'outil «U-kit». Cet instrument permet la documentation détaillée de la situation et contient un arbre décisionnel très utile. Cependant, le diable se cache souvent dans les détails, la proposition de justification «cohérente» de la décision du patient s'avère problématique. En effet, cette justification cruciale peut être soutenue par une argumentation «rationnelle et analytique» ou simplement basée sur «l'intuition». Quel raisonnement peut-on (doit-on...) estimer adéquat dans le contexte de l'assistance au suicide? L'intuition est le mécanisme central de l'intelligence «intuitive» – appelée également «pensée magique» – dans laquelle la simple affirmation prend valeur de vérité et preuve irréfutable, au détriment de la «démonstration» de l'intelligence «hypothéti-

co-déductive». L'intuition du patient peut-elle être jugée suffisante?

Au vu de la grande difficulté des soignants à se déterminer, à propos de l'assistance au suicide, entre le respect de l'autonomie du patient et leur devoir d'assistance à son égard, il y a fort à parier que le sujet sera encore largement débattu.

Affaire donc à suivre et vastes débats en perspective...

*Dr Jean-Luc Boss, Genève*

- 1 Hurst S. «Docteur, je veux mourir...». Bull Med Suisses. 2018;99(42):1476.
- 2 Zuercher C. La FMH refuse d'élargir l'assistance au suicide. Tribune de Genève, 25.10.2018.
- 3 Barnikol M. L'assistance au suicide dans les nouvelles directives de l'ASSM. Bull Med Suisses. 2018;99(41):1392-6.

## Sich für ein weniger leidvolles Dasein einsetzen

Brief zu: Stalder H. Ist Leiden nicht Sache der Medizin? Schweiz Ärztzeitg. 2019;100(3):66.

Braucht es Mut, Lebenden etwas wie einen Bären dienst zu erweisen, indem man wie Dignitasgründer L. Minelli Partei für den lebensfeindlichen und vielleicht doch von der (un-?)gesunden gesellschaftlichen Tendenz, das immerhin zumutbare Joch der Solidarität abzuschütteln, mitverursachten Wunsch Betroffener (nach «assistiertem Ableben») ergreift im Sinne von «Wer könnte etwas dagegen haben, einem kranken Mitmenschen einen letzten Wunsch erfüllen zu helfen?»? 9 von 10 Betroffenen, die den Wunsch äussern, sich zu dieser Art von Ableben verhelfen zu lassen, geben an, dass sie sich seitens der Gesellschaft vernachlässigt, ja «abgeschoben» fühlen. Dies bedeutet, dass man ihnen nicht im Sinne eines etwas naseweisen, hinsichtlich Lebenserhaltung falschen Mitleids «zu Willen sein» müsste, sondern dass die Gesellschaft wieder solidarischer zu werden hat – wenn ihr tatsächlich etwas an ihren Betroffenen, Leidenden und Betagten liegt –, statt sich zunehmend nur noch um sich selbst kümmern zu wollen. Gemäss einem japanischen Sprichwort ist eine Gesellschaft, die nicht mehr zu ihren Betagten schaut, selbst nicht gesund. Wenn man sich jedoch für die Lebensqualität Betagter/Betroffener einsetzen und sich bemühen will, schwer Erträgliches erträglicher zu machen, kann ihnen ihr Dasein wenigstens annehmbarer werden, sie gewinnen den Eindruck, ihr Dasein sei der Gesellschaft doch

## Lettres de lecteurs

Envoyez vos lettres de lecteur de manière simple et rapide. Sur notre site Internet, vous trouverez un outil spécifique pour le faire. Votre lettre de lecteur pourra ainsi être traitée et publiée rapidement. Vous trouverez toutes les informations sous: [www.bullmed.ch/publier/remettre-un-courrier-des-lecteurs-remettre/](http://www.bullmed.ch/publier/remettre-un-courrier-des-lecteurs-remettre/)

noch etwas wert, diese schiebe sie nicht an den Rand, lasse sie nicht allein, sei solidarisch usw.

Prof. H. Stalder scheint anzunehmen, die «Palliative Care»-Spezialisten seien nicht in der Lage, das Leiden der Betroffenen zu verstehen, dabei darf man doch (hoffentlich!) davon ausgehen, dass sie – die Palliative Care-Mediziner – legitimerweise andere Grundsätze als er haben, wie z.B.: «Je unerträglicher das Leiden, umso dringender soll man sich um Verbesserung der Lebensqualität bemühen.» Gehört es denn tatsächlich zur Medizin, angesichts eines Leidenszustands eines Betroffenen sozusagen den Mut zu verlieren und die Aufgabe, Leiden zu lindern, in diesem Fall, weil besonderer Einsatz nötig, nicht mehr als Herausforderung zu betrachten? Beim Versuch, den Schweregrad des Leidens mittels Empathie zu ermessen, ist Vorsicht nötig, damit man sich nicht z.B. durch den Defätismus eines Betroffenen, der vielleicht schon zu Zeiten, als er gesund war, als Mensch nicht gerade der Zuversichtlichste war, irritieren lässt. Umso mehr, als die Tendenz, eine «Negativsicht» als glaubhafter (als eine positive) zu beurteilen, weit verbreitet ist. Prof. K. Ernst, ehemaliger ärztlicher Leiter der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich in der SÄZ vom 30.11.1994, Seite 1902: «Dass depressive Stimmungen und Urteile auf die Meinung der Umgebungspersonen ausstrahlen, beobachtet man nicht nur bei Angehörigen und Freunden Depressiver, sondern auch bei behandelnden Ärzten und sich selbst.»

*Peter Süssstrunk, Arzt i.R., Seewis*

### Wie verunsichere ich meine Patienten?

Dies kann in mehreren Stufen geschehen und beginnt meist mit der Unsicherheit des Arztes oder der Ärztin. Ergeben Anamnese und erste Befunde wie häufig nur ein vages Bild, kann zwar eine gravierende Erkrankung weitgehend, aber eben nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Früher war die ärztliche Beurteilung am Schluss eines Patienten-Gesprächs gültig und eine Zeitlang wegweisend. Heute wird bereits üblich der Goldstandard im MRI und CT gesucht. Das geht so: Der Patient glaubt die Unsicherheit des Arztes zu spüren, möchte Gewissheit. Die Ärztin wiederum möchte nichts verpassen und verordnet Labor, CT und MRI. Dies ergibt leider in den meisten Fällen kaum eine klare Diagnose. Vielmehr bringen die Untersuchungsbefunde häufig Resultate hervor, zu denen der Patient gar keine Beschwerden angegeben hat. Nun wird der Arzt selber noch unsicherer, weil er

sich die Frage stellt, ob die neuen Apparate-Befunde ohne Beschwerden beim Patienten wichtig sind oder nicht. Sucht er jetzt damit das Gespräch mit dem Patienten, der mit diesen Befunden ohne Beschwerden gar nichts anfangen kann, löst er eine grosse Verunsicherung aus. Die Folgen sind jetzt häufig Arztwechsel, regelmässige Kontrollen und die Überwachung von Befunden, meist mit grossem Aufwand und fraglichem Nutzen. Gibt es gute Studien, die die Frage beantworten, wie häufig eine relevante Krankheit diagnostiziert wurde, ohne dass der Patient Beschwerden hatte? Gibt es gute Hinweise, dass die Therapie dann einen Krankheitsverlauf wesentlich zum Bessern gewandelt hat?

Mit zwei Beispielen aus dem Praxisalltag möchte ich nun auf die zweite Stufe der Verunsicherung der Patienten hinweisen: Eine junge Mutter wollte bei mir eine Zweitmeinung zu ihrer Asthmatherapie. Mit grossem Engagement wurde ihr von der Lungenärztin eine lebenslange Cortisontherapie mit regelmässigen Kontrollen verschrieben. Man erkenne ein Emphysem gut auf dem CT und man müsse jetzt sehr aufpassen, dass sich das nicht verschlimmere. Auf meine Nachfrage hatte die Patientin gar nie irgendwelche Atemprobleme. Sie arbeitet Teilzeit, wandert gern und führt ein normales Leben. Zur Lungenärztin wurde sie von einem Call-Center überwiesen, das darauf bestand, eine Abklärung vornehmen zu lassen, wenn der nächtliche Husten weiterhin bestehen bleibe. Dieser war nach Ende der Erkältung, aber eben erst nach der ärztlichen Konsultation auch spontan verschwunden.

Das zweite Beispiel erscheint mir noch gravierender. Ein ca. 60-jähriger pflichtbewusster Mann geht beschwerdefrei seit zwei Jahren regelmässig zum Urologen und lässt dort seine Gesundheit gut überwachen. Der PSA-Wert wird regelmässig gemessen und bildgebende Verfahren werden als Sicherheitsmassnahme durchgeführt. Beim letzten Besuch war nichts Beunruhigendes zu erkennen und es wurde eine Kontrolle in einem Jahr vereinbart. Gut zwei Monate später erreicht den gesunden Sportler, gerade mitten im Aufbautraining zu einem Marathonlauf, ein Telefon aus der Urologen-Praxis, er solle doch bitte zurückrufen. Die beunruhigte Ehefrau ermahnt ihn, dies noch möglichst vor der wichtigen Sitzung am nächsten Tag zu tun. Bereits am Telefon erklärte ihm der Arzt, man hätte eben gerade jetzt (sic) seine CT/MRI-Bilder nochmal kritisch angeschaut und festgestellt, dass die Prostata-Hyperplasie sich Richtung Schliessmuskel bewege und er, der Urologe, sei der Ansicht, dass man das doch besser noch vor den Feiertagen operieren solle. Die Teilnahme am Marathonlauf wurde sofort abgesagt.

In der ersten Stufe der Verunsicherung möchte der Patient ganz sicher wissen, ob er gesund ist und verlangt Untersuchungen, die das bestätigen sollten. Leider mit den bereits erwähnten unangenehmen Folgen. In der zweiten Stufe nun spielen Ärztin und Arzt bewusst mit der Verunsicherung des Patienten. Es ist vermutlich eine Unterstellung zu behaupten, das werde getan, um die Praxis rentabel zu gestalten, das werde getan, um die durch die Spitäler vorgegebenen Operationssaal-Kapazitäten zu erreichen, und das werde getan, um die von der Politik geforderten Mindestfallzahlen zum Erhalt von Bewilligungen zu erfüllen. Quo vadis Medizin heute?

*Dr. med. Walter Stamm, Aarau*

### Juristerei ohne Berufsethos

Kesselring J. Arbeitszeugnis – Arztgewissen auf der Anklagebank. Schweiz Ärztez. 2019;100(3):62–3.

Prof. Kesselring berichtet über seine Erfahrungen nach der Verfassung eines korrekten Arbeitszeugnisses über einen miserabel qualifizierten Assistenten. Prof. Kesselring hat die schwerwiegenden Defizite dieses Arztes klar aufgezeigt. Nun erhielt er Post von einem Juristen mit unhaltbaren Vorwürfen und der Forderung nach Korrekturen dieses Arbeitszeugnisses, wodurch dasselbe deutlich verfälscht würde. Dass die Forderungen noch mit erheblichen Drohungen untermalt werden, schlägt dem Fass den Boden heraus! Prof. Kesselring hat die richtigen Schlussfolgerungen gezogen. Denen ist eigentlich nichts mehr beizufügen.

Dieses Beispiel zeigt zweierlei: Es gibt Juristen, die ihren Beruf ohne ethisches und moralisches Empfinden ausüben, und man gewinnt den Eindruck, dass dieser Berufszweig über keinen Ehrenkodex verfügt. Es erstaunt mich immer wieder, wie Advokaten das Mandat eines Klienten annehmen, ohne den Wahrheitsgehalt der Sachlage zu überprüfen. Ich durfte selbst eine derartige Erfahrung erleben. Zum zweiten ist ersichtlich, mit welcher Arroganz dieser Jurist tätig wurde. Als betroffener Arzt würde ich mir überlegen, diese unerfreuliche Angelegenheit vor die Anwaltskammer zu bringen. Im Falle eines gerichtlichen Nachspiels hätte Prof. Kesselring bestimmt mehrere Mitarbeiter, die das gravierende und unärztliche Verhalten dieses Arztes bezeugen könnten.

*Dr. med. Max Schreier, Hausarzt im Ruhestand, Kriegstetten*

## Il est déjà trop tard

Lettre concernant: Bloch R. Cauchemar ou réalité.  
Bull Med Suisses. 2018;99(50):1804.

Chardon G. Sur le «front du climat» et de la problématique climatique en général. Bull Med Suisses. 2019;100(3):42.

Les Drs René Bloch et Gilles Chardon ont exprimé récemment dans le *BMS* leurs légitimes inquiétudes en lien avec le réchauffement climatique et l'effondrement des écosystèmes. Ils laissent encore entendre que des mesures immédiates permettraient d'éviter la catastrophe qui vient.

Dans les faits il est déjà trop tard quoiqu'on fasse pour éviter l'effondrement de la civilisation thermo-énergétique. Sur ce sujet je ne peux que recommander la lecture de l'excellent livre de Pablo Servigne et Raphaël Stevens intitulé *Comment tout peut s'effondrer*. Il est intéressant de constater que dans le rapport Meadows de 1972, intitulé *Halte à la croissance*, les auteurs avaient modélisé l'impact de la croissance démographique sur les ressources environnementales. Si aucune mesure n'était prise, un décrochement de l'économie et de l'agriculture était envisagé entre 2021 et 2025, et un effondrement total avant la fin du 21<sup>e</sup> siècle. A l'époque cette prévision

était faite sans prise en compte du réchauffement climatique que nous connaissons, facteur aggravant.

L'effondrement a d'ailleurs déjà commencé. La crise est systémique, climatique, biologique, financière, politique, sociale et morale. L'extinction des espèces est massive avec pollutions multiples et généralisées. L'épuisement des principales ressources est en cours, y compris celles qui seraient censées être utilisées pour des technologies substitutives dites propres. Compte tenu de l'inertie du système et des boucles de rétroaction, l'extinction des espèces comme le réchauffement climatique ne peuvent plus être freinés, et vont au contraire s'accélérer.

L'élévation de la température ne pourra pas être limitée à 1,5°C comme espéré et on s'achemine vers les projections les plus pessimistes du GIEC, +3, 4, 5 voire +7°C d'ici 2100. Dans un rapport interne de 2017, les sociétés BP et Shell prévoyaient des changements de l'ordre de +5°C de moyenne en 2050.

Joachim Schellnhuber, spécialiste du climat, indique qu'au-delà d'une augmentation de 2 degrés de température moyenne globale apparaissent des changements de type qualitatif imprévisibles. On entre alors dans un monde qu'il appelle la terra quasi incognita. La terre

va se transformer en une étuve impropre à l'agriculture et probablement hostile à toute vie humaine. Voilà notre horizon d'ici une à deux générations.

Ce constat sombre ne doit pas nous empêcher de nous mobiliser, au contraire. Se mobiliser c'est s'informer et informer, essayer de lutter contre le déni massif protecteur contre l'angoisse. Selon les historiens, une très grande majorité de la population ne pensait pas possible un conflit à la veille de la déclaration de la 2<sup>e</sup> Guerre mondiale.

Se mobiliser, c'est aussi se préparer moralement et spirituellement pour les temps difficiles à venir, en particulier en intégrant/développant au maximum des réseaux de solidarité et de partage. Comme médecins, nous serons amenés à accompagner dans la souffrance des milliers de personnes qui auront besoin de déposer leur vérité, faire preuve avec elles d'empathie, d'endurance et de résilience. Comme l'écrit Servigne, les crises peuvent nous détruire ou nous faire grandir. Pour grandir, nous devons regarder la mort en face. Apprendre à mourir non pas en tant qu'individus mais en tant que civilisation.

Dr Arnaud Janin, Saint-Légier

## Sujets d'actualité en ligne

[www.bullmed.ch/fr/tour-dhorizon](http://www.bullmed.ch/fr/tour-dhorizon)



Interview de David Bosshart, directeur de l'Institut Gottlieb Duttweiler

### «Nous avons besoin de gens capables que des je-sais-tout»

Seul un changement culturel profond peut mettre un terme à l'explosion des coûts de santé.



Entretien avec Bernhard Keller, médecin de famille retraité et exploitant de la plateforme Rent-A-Senior-Doc

### «Arrêtons de geindre»

L'évolution du marché du travail, comme la recherche d'un équilibre entre vie professionnelle et vie privée, n'épargne pas non plus la médecine. Au lieu de critiquer ces tendances, on peut aussi y répondre par des concepts innovants.