

Briefe an die SÄZ

Qualité de vie

A propos de l'article «Point de vue médical sur le suicide assisté – la bienveillance négligée» [1]

Les soussignés, membres du Comité d'EXIT Suisse romande, ont lu avec une certaine surprise la Tribune du Prof. G. D. Borasio et nous voudrions apporter quelques précisions à ces propos, qui nous semblent en partie inexacts et/ou discutables.

Tout d'abord nous voudrions contester l'opposition entre les notions de bienveillance, dont le Prof. Borasio semble vouloir revendiquer l'exclusivité pour les soins palliatifs, et d'autonomie qui serait trop privilégiée: nous restons convaincus que chaque individu doit être entièrement libre de décider sur l'éventualité de mettre fin à son existence et d'en choisir les modalités (soins palliatifs ou suicide assisté). Chaque membre d'EXIT Suisse romande qui demande l'accompagnement au suicide nous fournit une lettre de son médecin traitant, avec lequel il a donc discuté peut-être plusieurs fois; le médecin nous donne son opinion sur le discernement de son client. Nous pensons donc que le médecin traitant est le premier interlocuteur du patient et non pas EXIT, comme semble croire le Prof. Borasio. EXIT décide d'aller de l'avant sur la base de cette lettre et du dossier clinique, ainsi que, naturellement, de la volonté du patient exprimée par lettre olographe ou notariée. La suggestion du Prof. Borasio de consulter, en plus du médecin traitant, plusieurs spécialistes avant de prendre la décision de demander l'aide d'EXIT nous semble excessive et avait déjà été écartée (Rapport du Conseil fédéral de juin 2011). Nous faisons remarquer que dans les pays qui pratiquent l'euthanasie (pourquoi le Prof. Borasio suggère un nouveau mot, nous dirions révélateur?) et le suicide assisté une proportion non négligeable de patients qui sont soumis à ces pratiques sont envoyés par des services de soins palliatifs, ce qui est loin d'être le cas en Suisse, pourquoi?

La bienveillance, comme le disait le Prof. Borasio lui-même (*Le Temps* du 27 novembre 2014), consiste à placer le patient dans les conditions où il puisse prendre une décision libre et éclairée, sans paternalisme. Pourquoi donc vouloir l'opposer à la notion d'autonomie et proposer des mesures de contrôle dont l'ASSM elle-même n'a pas voulu [2]?

Nous voudrions conclure avec une considération d'intérêt général, qui nous semble importante pour l'appréciation du problème de la fin de vie: notre activité à EXIT nous a convaincu qu'un effet collatéral du succès de

la médecine moderne est d'avoir contribué à produire un groupe de personnes âgées qui jugent leur qualité de vie insuffisante en raison de poly-pathologies invalidantes ainsi qu'un groupe de personnes souffrant de maladies incurables qui estiment leur maintien en vie inutile en raison de leurs souffrances.

Certaines, par altruisme et spontanément, se préoccupent même d'un éventuel gaspillage des ressources dans leur cas au moment où l'on s'indigne de la limitation des ressources chez d'autres malades dont le pronostic est en général favorable (voir le cas des traitements de certaines maladies orphelines et de celui de l'hépatite C chronique). Il nous semble donc que pour ces personnes le paradigme de l'importance de la vie, soutenu par le serment d'Hippocrate, devrait être remplacé par celui de la primauté de la qualité de vie. Une fois accepté, ce nouveau paradigme devrait faciliter la communication entre patient et médecin ainsi que la vision des médecins sur la fin de vie.

*Prof. Honoraire Giulio Gabbiani, Genève
Dr Pierre Beck, Pt-Lancy*

- 1 Borasio GD. Point de vue médical sur le suicide assisté – la bienveillance négligée. Bull Méd Suisses. 2015;96(24):889–91.
- 2 Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM). L'ASSM rejette la réglementation proposée de l'assistance organisée au suicide. Bull Méd Suisses. 2010;91(3):69–70.

Quelle bienveillance?

A propos de l'article «Point de vue médical sur le suicide assisté – la bienveillance négligée» [1]

J'ai lu attentivement cet article et je trouve que mon confrère Gian Domenico Borasio a une critique sévère vis-à-vis du suicide assisté. Il parle d'une certaine bienveillance qui n'existerait pas vis-à-vis de cet acte dans les différentes associations qui pratiquent ce geste. Ce sentiment serait particulièrement développé dans les soins palliatifs et ne ferait pas partie du respect de l'autonomie du patient de la part de ces associations. Bienveillance et autonomie seraient même opposées! Il préconise une législation qui permettrait de ne pas trop insister sur l'autonomie. Si l'on regarde les derniers sondages auprès de la population de différents pays on se rend compte que c'est pourtant le choix de la propre mort qui est important, donc l'autonomie de chaque personne, pour un pourcentage élevé de gens.

Je ne vois pas ni comment ni pourquoi cette autonomie ne serait pas accompagnée de bienveillance dans les différentes associations qui pratiquent l'assistance au suicide. Il demande une législation qui soit précédée d'une consultation médicale, ce qui se fait en pratique à EXIT. Jamais une ordonnance de Pentobarbital n'est prescrite sans avoir vu le patient auparavant et avoir consulté un dossier médical complet, obligatoirement délivré par le médecin traitant. La population vieillit et de plus en plus les polyopathologies s'installent qui rendent la vie insupportable pour certaines personnes. Laissons à ces personnes le droit de décider de partir si elles le désirent et ne restreignons pas ce droit par des entraves médicales et juridiques.

*Dr Béatrice Deslarzes,
Médecin-conseil d'EXIT, Vessy*

- 1 Borasio GD. Point de vue médical sur le suicide assisté – la bienveillance négligée. Bull Méd Suisses. 2015;96(24):889–91.

Renforcement de la valeur des directives anticipées

A propos de l'article de Gian Domenico Borasio [1]

De tout médecin Suisse, on peut attendre qu'il reçoive son patient dans la bienveillance (bienveillance – définition selon Wikipédia – c'est la disposition affective d'une volonté qui vise le bien et le bonheur d'autrui). Elle comporte en cas d'accompagnement vers un suicide assisté d'écouter son patient, de le comprendre et de l'aider à parvenir à une décision claire et réfléchie, et ceci surtout dans le respect de son choix. Le médecin s'assure en particulier que le patient exprime sa volonté en dehors de toute pression extérieure.

L'élargissement de l'assistance au suicide aux vieillards souffrant de polyopathologies du grand âge est une décision récente des deux associations suisses pour l'aide au suicide. L'article de G. D. Borasio évoque que cet élargissement pourrait générer des conséquences négatives.

Si un jour la nouvelle loi, comme proposée dans l'article, devait stipuler que le médecin de premier recours, soit-il généraliste ou interniste qui connaît son patient souvent de longue date, devait être tenu de céder sa place à un spécialiste de la «bienveillance», soit à un gériatre, un psychogériatre ou spécialiste en médecine palliative, priverait tout «médecin non-spécialiste» de continuer d'assurer la res-

pensabilité jusqu'à la fin de vie de son patient. Une telle décision le déclasserait clairement dans une catégorie inférieure par rapport aux spécialistes mentionnés. Par contre, rien ne l'empêche de faire appel au spécialiste s'il lui reste un doute sur le désir profond de son patient.

Plus on avance dans le grand âge, plus le risque grandit de devoir terminer sa vie en souffrant de l'une ou l'autre forme de dépendance chronique, physique et surtout psychique. Cette dernière est étroitement liée à une augmentation du risque de perdre son discernement, ce qui équivaut à perdre définitivement sa liberté de choix. Si les progrès de la médecine ont ajouté «de la vie aux années» beaucoup de personnes âgées se sentent exposées au risque de devoir ajouter des années à une vie au cours desquelles elles seront menacées de perdre définitivement la maîtrise ou qui leurs n'apporteront qu'un surplus de souffrances. Si l'Etat doit jouer dans ce processus un rôle on lui demandera de garantir le respect du choix de chaque citoyen, jeune, âgé ou très âgé, ce qui pourrait se concrétiser par un renforcement de la valeur des directives anticipées, à comparer à la valeur d'un testament, surtout en cas de perte de discernement.

Dr med. Pierre Schaefer, Ancien responsable de l'unité de gynécologie oncologique et de sénologie des HUGe

1 Borasio GD. Point de vue médical sur le suicide assisté – la bienveillance négligée. Bull Méd Suisses. 2015;96(24):889–91.

Réponse aux lettres concernant l'article «Point de vue médical sur le suicide assisté – la bienveillance négligée» [1]

D'abord merci à mes collègues de s'être penchés sur mon article et de l'avoir critiqué de façon constructive. Je voudrais toutefois maintenir la distinction entre autonomie et bienveillance décrite dans l'article, ainsi que le fait que les associations d'aide au suicide ne sont pas, à mon humble avis, en mesure d'honorer ce devoir de bienveillance, car elles n'en ont ni le mandat ni les compétences. En ce qui concerne les médecins traitants et les médecins-conseils d'EXIT, je suis convaincu de l'importance de leur rôle et de la qualité de leur attitude professionnelle. Je me permets juste de noter que très peu d'entre eux ont reçu une formation adéquate, par exemple en soins palliatifs, gériatrie ou psychiatrie de l'âge avancé. Or, implémenter la bienveillance médicale envers les personnes qui souhaitent une aide au suicide requiert des compétences spécifiques, et ne peut certainement pas se

limiter à la certification du diagnostic et de la capacité de discernement.

Ce qu'il nous faut pour progresser, c'est un cadre légal clair, qui pourrait être façonné sur l'exemple de la loi en vigueur depuis 2013 dans le canton de Vaud, qui a été largement adoptée par la population. Pour bien agir dans ce contexte très sensible, la connaissance du cadre légal est évidemment indispensable. A ce propos, je me permets de noter que la loi sur les directives anticipées, justement préconisée par le Dr Schaefer, existe déjà en Suisse: il s'agit de la nouvelle loi sur la protection de l'adulte, promulguée le 19 décembre 2008 et entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2013 [2].

Finalement, je rebondis sur le propos du Prof. Gabbiani et du Dr Beck concernant la nécessité d'un changement de l'objectif thérapeutique en fin de vie. En effet, la seule certitude que nous avons est que pour tous nos patients et pour nous tous il y aura un moment dans notre parcours où ce changement sera inévitable. Notre seul espoir est d'être traités par des collègues qui ne vont pas rater ce moment. La question de l'acharnement thérapeutique en fin de vie est cruciale pour le futur de notre système de santé. Attaquer et bien résoudre cette problématique pourrait contribuer à désamorcer des craintes qui font parfois partie des motivations pour un recours au suicide assisté.

Prof. Dr Gian Domenico Borasio, Lausanne

- 1 Borasio GD. Point de vue médical sur le suicide assisté – la bienveillance négligée. Bull Méd Suisses. 2015;96(24):889–91.
2. Borasio GD. Mourir. Ce que l'on sait, ce que l'on peut faire, comment s'y préparer. Presses polytechniques et universitaires romandes, Lausanne 2014, pp. 111–122.

Die Bürde des Krankseins (mit Hilfe von Palliative Care) in Würde tragen

Zum Beitrag von Prof. Borasio [1]

Wenn man sich die Bemerkung erlauben darf: Prof. G.D. Borasio bleibt angesichts der ihm offenbar bekannten Verfänglichkeiten (z.B. des Begriffs Autonomie) sachlich-exakt. Als «unfreiwilliger Experte», wenn man sich mit diesen Lebensfragen bei scheinbar nur entwürdigendem Kranksein über längere Zeit befasst hat (bis des «Experten» diesbezügliche Leserbeiträge zuletzt nur noch etwas unsorgfältig lektoriert wurden), hat man auf diesen «Fürsorge-Beitrag mit dem Kernsatz lang gewartet: «[...] dass in jedem Fall die Beratung über mögliche lebensorientierte Alternativen zum Suizid eine ur-ärztliche Aufgabe ist [...]». Vielleicht insofern eine ur-menschliche solche, als die genannte Beratung beim Patienten in dessen persönliche Lebensauffassung und

persönliche Auseinandersetzung hinein gewagt werden sollte, was einerseits die menschliche Autonomie des Kranken tangiert und andererseits den Mediziner von der ärztlichen Instanzperson zum quasi stellvertretenden beratenden Mitmenschen werden lässt, mit der einzigen Rechtfertigung, dass es um's Leben, also per Definition etwas Lebenswichtiges geht und allenfalls auch der «autonomste» Mensch angesichts der das eigne Lebensende betreffenden Dinge verständlicherweise ratlos ist. Zynisch formuliert: So oft kommt der Mensch in seinem Leben nicht um, dass er darin schon Erfahrung hätte: Nur «Der Feige stirbt tausend Tode».

Med. pract. Peter Süssstrunk, Seewis

- 1 Borasio GD. Suizidhilfe aus ärztlicher Sicht – die vernachlässigte Fürsorge. Schweiz Ärztezeitung. 2015;96(24):889–91.

Eidgenossen und ziviler Ungehorsam

Zum Beitrag «Ein Eid für heutige Ärztinnen und Ärzte» [1]

Den hippokratischen Eid mussten wir Studienabgänger in Zürich schon 1961 nicht mehr gottesfürchtig schwören oder autoritätsgläubig geloben. Der griechische Urtext und das ihm folgende Genfer Gelöbnis des Weltärztebundes (1948) waren selten oder nie in einer Vorlesung erwähnt worden. Das Berufsethos hatte der Hausarzt vorgelebt, später gab es bei den medizinischen Vorgesetzten leuchtende und abschreckende Beispiele, die uns formten. Heute retten wenigstens die Médecins sans Frontières und andere ärztliche Nothelfer das bedrohte Selbstvertrauen einer verunsicherten Zunft.

Die nun zu erwartende Diskussion einer zeitgemässen bindenden Verpflichtung könnte wieder einmal zu überdenken. Sind aber Eid und Schwur nicht zu sinnentleerten Zeremonien verkommen? Falls keine höhere Instanz anerkannt wird, fehlt als Garant der Dritte im Bunde. Wenn schon Eid, dürfte er keine an sich wünschenswerten, aber nicht einlösbaren Versprechen verlangen: Wer denn verhält sich im beruflichen Alltag immer freundlich und gesprächsbereit? Und selbst Hippokrates hat

Briefe

Reichen Sie Ihre Leserbriefe rasch und bequem ein. Auf unserer neuen Homepage steht Ihnen dazu ein spezielles Eingabetool zur Verfügung. Damit kann Ihr Brief rascher bearbeitet und publiziert werden – damit Ihre Meinung nicht untergeht. Alle Infos unter:

www.saez.ch/autoren/leserbriefe-einreichen/

in seinen Fallberichten Namen und Adresse der Kranken genannt und so das von ihm beschworene Arztgeheimnis genauso verletzt wie die heute einverlangten Auskünfte an die Versicherungen.

Realitätsfremd wäre es zu erwarten, dass der Eid ohne die Androhung unumgänglicher Sanktionen von jenen eingehalten würde, die sich ein abweichendes Berufsverständnis leisten. Doch wer dürfte ihnen die gelbe oder rote Karte zeigen? Ausschlüsse könnten juristische und publizistische Wirbel auslösen und dem ärztlichen Image zusätzlich schaden. Unrealistisch wirkt auch die Idee, das Gelöbnis bei jedem Stellenwechsel als Bestandteil des Arbeitsvertrages neu einzufordern. Blaue Eidgenossen?

Historisch gesehen war das berufliche Ethos periodischen Schwankungen des Zeitgeistes unterworfen; Idealisten und Numismatiker hat es immer gegeben [2]. Wird eine künftige, mutige Generation durch *zivilen Ungehorsam* eine Re-Professionalisierung [3] erzwingen? Gestützt auf eine präziser formulierte FMH-Standesordnung könnte sie berufsfremde Aufgaben und Zumutungen konsequent verweigern. We shall overcome?

Dr. med. Bernhard Gurtner, Wetzikon

- 1 Giger M. Ein Eid für heutige Ärztinnen und Ärzte. Schweiz Ärztezeitung. 2015;96(25):930–4.
- 2 Bergdolt K. Das Gewissen der Medizin – Ärztliche Moral von der Antike bis heute. München: Verlag C.H.Beck; 2004.
- 3 Unschuld PU. Der Arzt als Fremdling in der Medizin? Germering: W. Zuckschwerdt Verlag; 2005.

Ein Eid für die heutigen Ärztinnen und Ärzte?

Zur aufgeworfenen Frage und Diskussion über einen aktualisierten Eid für Ärztinnen und Ärzte [1] möchte ich doch kurz einige Gedanken anfügen.

Ethisches Verhalten gründet hauptsächlich auf der persönlichen Lebens- und Werthaltung, welche aus der Erziehung und Erfahrung vor dem Hintergrund des gesellschaftlichen Wertesystems resultiert. Insofern wird ethisches Verhalten durch einen offiziellen Eid um kein Haar besser oder schlechter. Vielmehr ist es ein Akt, der letztlich lediglich eine Pseudogarantie für eine Verhaltensweise vorgaukelt, die dadurch nicht gewährleistet werden kann. Somit bringt ein Eid in Ergänzung

zu den bestehenden Verhaltensregeln und Kontrollen keinen zusätzlichen Nutzen und ist daher hinfällig. Das Argument, mit einem Eid einen expliziten Akzent einer ethisch verantwortungsvollen Verhaltensweise zu setzen, scheint in einem ersten Gedankengang verführerisch, vermag aber einer kritischen Betrachtungsweise nicht zu genügen.

Statt die Energie und Ressourcen für die Aktualisierung eines Eids zu verwenden, halte ich es für viel bedeutsamer, dass wir uns wieder vermehrt auf die ärztlichen Kernkompetenzen, nämlich das ärztliche Gespräch und den «einfachen» klinischen Untersuchen, besinnen. Nur über klinisch orientiert abwägendes Denken vermögen wir zu einer sinnvollen diagnostischen Beurteilung als Voraussetzung für ein gezieltes Einsetzen evtl. erforderlicher Zusatzuntersuchungen und einer patientengerechten und ressourcenbewussten Behandlung zu gelangen. Aktuell liegen in unserem Gesundheitswesen aber die Anreize komplett falsch, denn im Vergleich zu den technischen Leistungen «kostet» die intellektuelle ärztliche Leistung bekanntlich herzlich wenig. Ein gängiges Sprichwort hierzu besagt: «Was nichts kostet, ist nichts wert»; und findet daher wohl auch nicht die gebührende Beachtung. Insofern ist die Höherbewertung der zeitintensiven, meist mühsamen ärztlichen Denkarbeit gegenüber den überbewerteten technischen Leistungen mehr als überfällig, was ursprünglich noch bei Einführung des TARMED eigentlich versprochen wurde. Meines Erachtens vermögen wir nur über diese Korrektur längerfristig eine bezahlbare und sinnvolle Medizin zu gewährleisten. Abschliessend sei ein diesbezüglich treffendes Wort von Sir William Osler in Erinnerung gerufen: «Listen to your patient, he is telling you the diagnosis.» Deshalb sollten sich unsere Bemühungen gerade auch im Hinblick auf die anstehende TARMED-Revision darauf fokussieren, dass dieser «Patientenruf» nicht im Wald technischer Leistungen infolge finanziell falscher Anreize ungehört verhallt. Hierzu bedarf es aber keines Eids, sondern des gezielten Förderns der klinischen Denkarbeit, nicht zuletzt auch in finanzieller Hinsicht als steuerndes Element.

Dr. med. Walter Dinner, Wetzikon

- 1 Giger M. Ein Eid für die heutigen Ärztinnen und Ärzte. Schweiz Ärztezeitung. 2015;96(25):930–4.

Wissen ist Macht

Zum Leserbrief «Redaktionelle Arbeit ungenügend» [1]

Der Leserbrief von Daniel Bracher zeigt ein grundlegendes Problem der Ärzteschaft auf: mangelndes statistisch-mathematisches Wissen. Dass diese Unkenntnis in der Ärzteschaft weit verbreitet ist und sich bis hinauf in die Führung der FMH zieht, zeigt das Faktum, dass diese Einsitz im Swiss Medical Board hat und in dieser Funktion den Statinbericht des SMB durchgewinkt hat, obwohl er medizinischer Evidenz komplett zuwiderläuft. Der VEMS hat aufgezeigt und bekanntgemacht, wo hier die statistisch-mathematischen Mängel liegen – unter Beizug eines ausgewiesenen Experten aus Deutschland notabene. Die FMH hat dies versäumt. Spätestens die Replik des SMB, in welcher die Autoren behauptet haben, das relative Risiko sei nicht relevant, sollte die FMH nun aber doch aufhorchen lassen, denn diese Aussage heisst mit anderen Worten: Die Medizin, die immer auch relative, nie nur absolute Risiken behandelt, ist nicht relevant. Wer dies hinnimmt, gibt den Arztberuf preis und überlässt medizinische Entscheidungen den Gesundheitsökonom. Was dringend nottut, ist eine Arbeitsgruppe Statistik der FMH, denn das Problem der Akzeptanz des Inakzeptablen aufgrund statistisch-mathematischer Lücken zeigt sich auch bei den Wirtschaftlichkeitsverfahren, die unwissenschaftlich und deshalb unfair und kontraproduktiv sind. Und mit diesem Unwissen lässt sie sich nun schon vor den nächsten Karren der Utilitaristen spannen: Smarter Medicine. Als wäre die Medizin ohne nicht smart genug. Vergessen wir nie: Wissen ist Macht, nicht wissen ist Ohnmacht.

Dr. med. Michel Romanens, Olten

- 1 Bracher D. Redaktionelle Arbeit ungenügend. Schweiz Ärztezeitung. 2015;96(26):953.
- 2 www.docfind.ch/QALY.pdf