

# Briefe an die SÄZ

## Un prisonnier n'est pas égal à un non prisonnier

Un prisonnier n'est pas un citoyen égal contrairement à ce qui a été exprimé [1]. Dans un Etat de droit, il y a justement des citoyens moins égaux que d'autres: ce sont justement les prisonniers. Ce sont des citoyens à qui une part d'espace humain a été enlevé: c'est un espace de liberté qui leur a été amputé. La notion de liberté est une notion fondamentale de l'être humain. Le prisonnier est donc un Homme à qui une notion fondamentale humaine a été enlevée: une part de liberté. Les prisonniers sont donc fondamentalement des «sous-citoyens».

Ne pas le comprendre, ne pas comprendre cette notion fondamentale «d'amputation de liberté» entraîne une compréhension déviée de ce qu'est ensuite le secret médical d'abord et la notion d'appartenance de ce secret ensuite. Ne pas tenir compte judicieusement de cette logique met la notion de secret médical en danger, en haut danger d'être confondu en dehors des prisons avec ce qui est appelé un secret de fonction. Un secret de fonction est transmissible, interchangeable dans un contrat, un secret médical ne l'est pas, il est affaire de mandat! Dans les deux cas, existe le rapport de confiance.

Deux paradigmes sont discutés [2]:

1. *Les médecins intervenants en prison ou mandatés par la justice sont tenus de respecter les mêmes règles fondamentales avec les patients détenus qu'avec les patients en liberté à moins qu'il n'existe des dispositions légales particulières qui modifient leurs droits et obligations.*

2. *Dès lors que la relation médecin-patient en prison ne relève pas du droit privé, le régime des droits des patients et des obligations professionnelles est fondamentalement différent.*

L'approche de réflexion est différente entre 1 et 2. Il y a, certes, une même obligation générale de respecter les droits des patients dans le secteur public et privé, mais c'est: 1. une obligation générale, 2. une obligation qui touche des patients LIBRES ce qui n'est pas le cas des prisonniers.

## 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/](http://www.saez.ch/autoren/leserbriefe-einreichen/)

Défendre l'équivalence de soins [1, 2] ne signifie en aucune manière défendre le même type de relation médecin-patient. C'est un abus de langage. Il y a, de plus, abus de langage manifeste aussi lorsque l'on discute de secret médical dans: 1. un Mandat demandé à un médecin par la justice, 2. une Thérapie engagée sous un contrat entre un médecin et l'autorité pénitentiaire et que l'on prétend y voir une différence fondamentale [2]. Or dans les deux cas, il y a délégation d'une relation privilégiée, dans les deux cas, il n'existe plus, stricto sensu, la notion de colloque singulier puisque dans les deux cas intervient un troisième larron: l'Institution et ses règles.

Il n'est souvent pas suffisamment explicité que dans la problématique «secret médical et les prisonniers» il est discuté non pas d'un devoir généralisé d'information mais d'un devoir d'information obligatoire en cas de dangerosité. Les médecins de prisons ou d'institution sont des auxiliaires de leur institution et sont à ce titre soumis aux règlements de ces institutions. Un médecin mandaté par un patient dans une relation de colloque singulier n'est pas soumis à un règlement d'institution.

En médecine, il n'y a pas qu'une seule vérité [2]. Et c'est bien dans ce sens aussi que le cadre légal identique à tous est parfois difficile à respecter. Et c'est bien dans ce sens aussi que le médecin reste médecin: astreint à la responsabilité du bien de son patient et des conséquences y découlant.

*Dr Fabienne Gay-Crosier, Carouge/Genève*

1 Gauthey M. Et toujours le secret médical. Bull Méd Suisses. 2015;96(44):1591.

2 Sprumont D, Ducor P. Le secret médical en prison: une fausse polémique. Bull Méd Suisses. 2015;96(44):1592-3.

## Réplique à la contribution «Un prisonnier n'est pas égal à un non prisonnier»

Chère Fabienne, chère collègue, C'est avec plaisir que je vois que tu relances ce débat dans notre journal, car c'est encore aujourd'hui un sujet qui n'est pas sorti de l'agenda politique en particulier dans les cantons romands, même si les articles que tu cites ne sont pas récents. Pourtant, rien ne justifie des atteintes «supplémentaires» au secret médical, dont les limites sont depuis longtemps clairement indiquées. Ce secret est notre outil de travail, en particulier en prison, et rendre les médecins moins efficaces n'est

pourtant pas dans l'intérêt des Etats. L'excellent article de Philippe Ducor et Dominique Sprumont, que tu cites aussi, mérite d'être relu et décrit bien le cadre légal et ses nuances.

*Dr Monique Gauthey, Genève*

## Wir brauchen eine neue Lösung und ein neues Gesetz

Kommentar zu: Stalder H. Werden wir einst gegen unseren Willen behandelt? Schweiz Ärztezeitung. 2016;97(42):1474.

Ich interpretiere die Frage von Herrn Prof. Hans Stalder «... ob jemand eine Lösung habe für den unlösbaren Konflikt im Zusammenhang mit assistiertem Suizid und Demenz?» als Aufruf zur Suche nach einer besseren zukünftigen Lösung in der Schweiz betreffend passive und aktive Sterbehilfe.

Diese Diskussion wird immer lauter werden. Wir brauchen eine neue Lösung und ein neues Gesetz, in dem ein Patienten-Testament einem normalen Testament gleichgestellt wird. Damit kann der Patient sicher sein, dass sein Wille juristisch legitimiert umgesetzt wird.

Jeder Mensch kann am Ende seines Lebens in eine sehr schwierige Situation geraten, gefangen in den aktuellen juristischen und ethischen Regeln, die nicht einmal Experten auflösen können!

Verschiedene Situationen können untragbar und entwürdigend sein. Ebenso unwürdig sind die aktuellen Massnahmen bei einem geplanten, assistierten Suizid, wie Notarzt, Polizei-Einsatz und alle Begleit-Formalitäten.

Ich kenne Beispiele von verzweifelten Menschen, die sich in einer «unlösbaren» Situation am Lebensende mit einer Pistole das Leben genommen haben, weil sie im aktuellen System keinen anderen Ausweg mehr finden konnten.

Dies gilt es zu verhindern. Diese Menschen haben einen würdigen und von der Gesellschaft akzeptierten Tod nach ihren eigenen Vorstellungen verdient.

Ein assistierter Suizid oder eine testamentarisch gewünschte aktive Sterbehilfe für den persönlich festgelegten Fall X würde dies ermöglichen. Dies ist auch für das Umfeld viel weniger traumatisierend.

Wenn sich jeder Mensch ein Leben lang jederzeit selbst töten kann, dann sollte auch sein Sterbe-Wunsch am Lebensende wie gewünscht umsetzbar sein.

Ich habe grosses Verständnis für Menschen, die sagen, dass ihr Tod de facto eingetreten ist, falls sie bei fortgeschrittener Demenz

ihren Lebenspartner nicht mehr kennen. Und so gibt es noch sehr viele andere berechnete Gründe, sein Leben beenden zu wollen.

Ich plädiere für grösstmögliche Selbstbestimmung und Selbstverantwortung in dieser Frage und ich wünsche mir, dass alle Menschen für ihren Tod am Lebensende volle Selbstverantwortung übernehmen können. Auch für den Fall, dass die Urteilsfähigkeit zum gewünschten Todeszeitpunkt nicht mehr gegeben ist.

Mündige Menschen mit Lebenserfahrung ändern ihre Meinung nicht mehr. Sie sind es gewohnt, die Konsequenzen ihres Handelns selber zu tragen.

Ich befürworte passive und aktive Sterbehilfe im vom Patienten für sich selbst festgelegten Fall X. Eine neue Regelung sollte im Interesse des leidenden Menschen rasch und einfach umsetzbar sein. Menschen haben ein Recht auf den eigenen Tod.

Im besten und natürlichsten Fall in Absprache und im Einverständnis mit dem eigenen Hausarzt. Hier werden die Hausärzte mehr gefordert sein, ihre Patienten bis zum Tod in deren Interesse zu unterstützen.

Dann werden auch Notarzt, Polizei und die heutigen Formalitäten unnötig.

*Dr. med. Paul Steinmann, Worb*

### Passive Sterbehilfe

Brief zu: Stalder H. Werden wir einst gegen unseren Willen behandelt? Schweiz Ärztezeitung. 2016;97(42):1474.

Sehr geehrter Herr Professor Stalder In Ihrem Artikel akzeptieren Sie den Wunsch, «nicht zur Last fallen», als Grund für aktive Sterbehilfe. Ich vermute, nicht alle werden damit einverstanden sein. Ich gehe noch weiter und betrachte den Wunsch, die eigenen finanziellen Mittel nicht für die (sinnlose) Verlängerung des Leidens zu verbrauchen, sondern den Nachkommen zu überlassen, auch als legitim. Selbstverständlich haben wir «im fortgeschrittenen Alter» eine andere Einstellung zu dieser Problematik als die Jüngeren. Es geht zwar auch um sie, aber vor allem um uns, um unser Recht auf Selbstbestimmung.

Auf Ihre am Ende des Artikels gestellte Herausforderung «... aber vielleicht haben Sie ... eine Lösung?» habe ich zwar keine direkte Antwort, aber doch eine für (manche, viele) Betroffene akzeptable Möglichkeit – die passive Sterbehilfe. Man sollte beim entsprechenden Wunsch auf alle lebensverlängernden Massnahmen wie gewaltsame Verabreichung der Nahrung, Sondenernährung, Infusionen wie auch auf alle kurativen verzichten und rein palliativ pflegen. Wir haben

es bei unseren betagten Eltern bereits vor Jahrzehnten praktiziert, nur eine Person davon war dement. Zwei weilten in Heimen, zwei bei uns zu Hause. So wünschen wir es auch für uns. Es steht in unseren Verfügungen und die Kinder sind darüber informiert.

Mit besten Grüssen

*Dr. med. Peter Marko, St. Gallen*

### Jenseits des Narzissmus

Brief zu: Stalder H. Werden wir einst gegen unseren Willen behandelt? Schweiz Ärztezeitung. 2016;97(42):1474.

Den assistierten Suizid empfehlen, wenn ein *mild cognitive impairment* festgestellt wird, mag Kollege Stalder nun auch nicht gerade. Es könnte ja eventuell wieder besser werden. Doch was, wenn sich daraus eine Demenz entwickelt und man den Zeitpunkt verpasst, im urteilsfähigen Zustand einen assistierten Suizid zu organisieren? – Dann würde man bis zum natürlichen Ableben «gegen seinen Willen» behandelt, so seine Befürchtung. Wirklich? Von aussen gesehen, sind Demente «blöd». Verblödung, hiess es jedenfalls zu Beginn meines Studiums noch, wenn man von Alzheimer sprach. Doch in diesem Zustand ändern sich die Werte und die Wahrnehmungen. Vielleicht sind Demente gar einer für uns «So-gar-nicht-Blöde» unverständlichen und als lächerlich empfundenen unsichtbaren Welt näher. Fälle von terminaler Geistesklarheit oder Sterbebettsvisionen sprechen jedenfalls dafür. Vielleicht dient die Demenz sogar dazu, den Narzissmus zu überwinden. Für diesen nämlich ist die Vorstellung, hilflos zu werden und «den Angehörigen und Pflegenden zur Last zu fallen», ganz und gar unerträglich. Der Demente lebt in einer anderen Welt. Zu denken, «wenn ich dement bin, möchte ich auf keinen Fall am Leben erhalten werden», ist ein problematischer Vorentscheid. Denn «unwürdig» ist dement und auf Hilfe angewiesen sein nur aus der Sicht eines überheblichen Denkens, das dann nicht mehr ist.

*Dr. med. Walter Meili, Basel*

### Sortie du nucléaire: dire oui MAINTENANT, par bon sens médical!

La sortie du nucléaire en tant que telle n'est plus guère contestée en Suisse. Après la catastrophe de Fukushima, le Conseil fédéral, le Parlement et la population n'ont pas tardé à reconnaître que cette technologie, même en mains expertes, comportait de gros risques économiques et sanitaires. A l'instar de Tchernobyl en 1986, la catastrophe japonaise a démontré

qu'il n'était pas possible de maîtriser une énergie dont la puissance dépasse toutes les capacités de l'homme. Les risques ne se limitent pas à un seul pays, mais dépassent les continents. Ce sont des dizaines et des dizaines de générations qui porteront le fardeau, pour un temps incalculable.

En médecine, nous connaissons bien les dangers du rayonnement ionisant, que celui-ci soit puissant ou de faible intensité. Même une centrale nucléaire fonctionnant normalement irradie les populations avoisinantes. Pensons aux populations contaminées par l'exploitation de l'uranium, aux ouvriers du nucléaire, et aux enfants et aux bébés, particulièrement sensibles, qui vivent à proximité des installations nucléaires: tous portent le fardeau d'un risque accru de cancer.

Dans l'optique médicale, les dangers liés au nucléaire l'emportent sur les bénéfices. La seule question est de savoir selon quel rythme le parc nucléaire suisse sera démantelé. Il faut une échéance contraignante. Sans échéance, la sortie sera repoussée à la «Saint-Glinglin» comme le démonte le triste exemple de la Suède qui attend la sortie depuis 1980.

Comme médecins, nous avons l'habitude de réfléchir aux sanctions thérapeutiques qui doivent raisonnablement découler d'un diagnostic. Comment conseiller un fumeur en pleine poussée de bronchite chronique? Nous lui disons: il faut arrêter MAINTENANT, pas dans quelques années. Que faire d'un patient qui présente des troubles circulatoires cérébraux sur une hypertension artérielle d'apparition récente? Instaurer IMMÉDIATEMENT un traitement hypotenseur.

Si, en tant que médecins, nous voulons assumer une responsabilité dans le domaine social – comme nous le faisons au quotidien avec nos patients – nous devons approuver la sortie programmée du nucléaire soumise à la votation du 27 novembre 2016.

Nous savons qu'en Suisse, en combinant les économies d'énergie dans les bâtiments avec une utilisation intelligente des énergies hydraulique, solaire et éolienne, nous pouvons arrêter le nucléaire sans que personne ne se retrouve dans l'obscurité, ni ne gèle de froid.

Pour le Comité PSR/IPPNW Suisse  
Médecins pour une Responsabilité Sociale/  
pour la Prévention de la Guerre Nucléaire

*Dr Jean-Jacques Fasnacht, Président*

*Dr Claudio Knüsli*

*Dr Martin Walter*

*Dresse Bettina Wölnerhanssen*