

# Bulletin des médecins suisses

**171** Editorial  
**L'interprofessionnalité:  
des synergies centrées  
sur le patient**

**188** Horizons  
**«Prevention is better  
than healing»**

**194** «Et encore...»  
par Hans Stalder  
**Assistance au suicide: quel  
rôle pour le médecin?**

6 7.2.2018

**185** Tribune  
**Werkzeuge gegen kognitive  
Verzerrungen im klinischen Alltag**



Offizielles Organ der FMH und der FMH Services [www.saez.ch](http://www.saez.ch)  
Organe officiel de la FMH et de FMH Services [www.bullmed.ch](http://www.bullmed.ch)  
Bollettino ufficiale della FMH e del FMH Services  
Organ uffical da la FMH e da la FMH Services









Séance du 16 novembre 2017

# Nouvelles du Comité central

**Jeanine Glarner**

Spécialiste en communication, division Communication de la FMH

**Peer reviews en psychiatrie** – A l’initiative de l’Alliance Peer Review CH (FMH, H+, Swiss Nurse Leaders), un projet-pilote a été mené en 2014/15 dans le but de promouvoir des peer reviews uniformes et interprofessionnels dans les soins aigus au plan national. Forte des expériences de ce projet-pilote, l’Alliance juge pertinent de standardiser la procédure à l’échelle nationale également dans le domaine de la psychiatrie. Actuellement, aucune initiative nationale ou démarche comparable n’existe dans ce domaine. Des propositions dans ce sens doivent donc être élaborées en collaboration avec des experts issus de la médecine, des soins infirmiers et du secteur thérapeutique. Le Comité central soutient ce projet.

**Profil d’intégration axé sur les ressources (PIR)** – Lors d’une incapacité de travail d’un collaborateur, la coordination et la collaboration entre employeur, médecin traitant et assurances sociales jouent un rôle essentiel dans le succès durable de la réinsertion. Pour cela, l’échange entre médecin, patient et employeur est primordial. L’association Compasso, qui regroupe employeurs, médecins et Confédération, a développé un profil d’intégration axé sur les ressources (PIR) pour favoriser cet échange et permettre une meilleure évaluation de la capacité de travail. A l’aide d’un certificat médical détaillé tenant compte des exigences relatives au poste occupé, le médecin traitant peut évaluer précisément si et dans quelle mesure son patient peut encore exercer, et quelles conditions et mesures de soutien sont nécessaires pour l’intégrer sur son lieu de travail. Idéalement, le médecin devrait connaître les exigences et les conditions cadres de l’employeur, c’est pourquoi un échange soutenu entre médecin, patient et employeur doit être encouragé. Le Comité central soutient cette initiative.

**Prise en charge et traitement des personnes atteintes de démence** – En Suisse, environ 120 000 personnes sont atteintes de démence. La Confédération et les can-

tons ont fixé, dans la stratégie nationale en matière de démence, des objectifs destinés à améliorer la qualité de vie de ce groupe de patients en constante augmentation, de réduire la charge liée à la maladie et d’assurer la qualité de la prise en charge. De son côté, l’Académie suisse des sciences médicales (ASSM) a rédigé des directives médico-éthiques «Prise en charge et traitement des personnes atteintes de démence». Le Comité central propose à la Chambre médicale de mai 2018 de reprendre ces directives dans le Code de déontologie.

**Stratégie Cybersanté Suisse 2.0** – Avec l’adoption de la Stratégie Suisse numérique, le Conseil fédéral a mandaté l’élaboration d’une stratégie Cybersanté Suisse visant à mettre à jour la stratégie existante et à l’élargir en prévision de l’introduction du dossier électronique du patient (DEP). Le projet de stratégie en question entretient cependant la confusion entre stratégie DEP et stratégie de numérisation dans le système de santé suisse. La promotion du DEP ne peut avoir lieu que si tous les médecins sont connectés. Or, le champ d’action «Encourager la numérisation» précise uniquement que la Confédération et les cantons encouragent la numérisation dans le cadre de leurs responsabilités respectives en remplaçant systématiquement les processus papier par des processus numériques. Aucune condition ni mesure apte à favoriser le passage au numérique des médecins dans le secteur ambulatoire n’est précisée. En outre, des éléments centraux font défaut, comme l’accès aux nouvelles technologies et leur utilisation dans le système de santé, l’impact de la numérisation sur la société ou sur les processus et l’organisation du travail dans le secteur de la santé. Une stratégie en matière de cybersanté doit mettre en évidence les risques liés à un tel changement structurel. Dans sa prise de position, le Comité central demande donc un remaniement en profondeur de la stratégie Cybersanté et la distinction entre la stratégie visant à encourager le passage au numérique dans la santé et celle visant à promouvoir et à diffuser le DEP.

Correspondance:

FMH

Jeanine Glarner

Elfenstrasse 18

CH-3000 Berne 15

Tél. 031 359 11 11

Fax 031 359 11 12

kommunikation[at]fmh.ch

# Nouvelles du corps médical

## Todesfälle / Décès / Decessi

Walter Bettschart (1928), † 21.11.2017,  
Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie  
d'enfants et d'adolescents, 1023 Crissier

Walter Greter (1927), † 16.1.2018,  
Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe,  
6006 Luzern

Andreas Peter Roth (1952), † 18.1.2018,  
Facharzt für Allgemeine Innere Medizin,  
2017 Boudry

## Praxiseröffnung / Nouveaux cabinets médicaux / Nuovi studi medici

LU

Christoph Aufder Maur,  
Facharzt für Kardiologie und Facharzt für  
Allgemeine Innere Medizin, Alpenstrasse 1,  
6004 Luzern

## Ärztegesellschaft des Kantons Bern

### Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliche Mitglieder  
haben sich angemeldet:

Andrea Olivia Bärswyl, Fachärztin für  
Ophthalmologie, Marktgasse 6, 3011 Bern

Barbara Fischer, Fachärztin für Kinder-  
und Jugendmedizin, FMH, Hochbühlweg 5,  
3012 Bern

Bettina Marty, Fachärztin für Chirurgie und  
Gefässchirurgie, FMH, Schänzlihalde 1,  
3013 Bern

Einsprachen gegen diese Vorhaben müssen  
innerhalb 14 Tagen seit der Veröffentlichung  
schriftlich und begründet beim Präsidenten  
des Ärztlichen Bezirksvereins Bern Regio  
eingereicht werden. Nach Ablauf der Frist  
entscheidet der Vorstand über die Aufnahme  
der Gesuche und über die allfälligen  
Einsprachen.

## Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft  
Sektion Stadt hat sich gemeldet:

Florian Jordi, Facharzt für Ophthalmologie,  
FMH, ab 1.3.2018: Augenarztpraxis Dr. Peter  
Maloca, Löwenstrasse 9, 6004 Luzern

Einsprachen sind innert 20 Tagen nach der  
Publikation schriftlich und begründet zu  
richten an: Ärztegesellschaft des Kantons  
Luzern, Schwanenplatz 7, 6004 Luzern

## Ärzte-Gesellschaft des Kantons Zug

Zur Aufnahme in die Ärzte-Gesellschaft des  
Kantons Zug als ordentliche Mitglieder  
haben sich angemeldet:

Wang Qi, Fachärztin für Psychiatrie  
und Psychotherapie, TCM Praxis Dr. Ma,  
Luzernerstrasse 25, 6300 Cham

Vasileiadou Kalliopi, Fachärztin für Chirurgie,  
FMH, Luzernerstrasse 72, 6333 Hünenberg See

Einsprachen gegen diese Kandidaturen müs-  
sen innerhalb 14 Tagen seit dieser Veröffent-  
lichung schriftlich und begründet beim Se-  
kretariat der Ärzte-Gesellschaft des Kantons  
Zug eingereicht werden. Nach Ablauf der Ein-  
sprachefrist entscheidet der Vorstand über  
Gesuch und allfällige Einsprachen.

## Preise / Prix / Premi

### Prix Louis-Jeantet de médecine 2018

Le Prix Louis-Jeantet de médecine 2018 est  
attribué à *Christer Betsholtz*, directeur du  
Centre intégré de cardio-métabolisme de  
l'Institut Karolinska (ICMC) à Huddinge  
(Suède) et Professeur à l'Université de  
Uppsala, et à *Antonio Lanzavecchia*, directeur  
de l'Institut pour la Recherche en Biomédecine  
à Bellinzona affilié à l'Università della  
Svizzera italiana (Suisse). La Fondation  
Louis-Jeantet dote chacun des deux prix  
d'une somme de 700 000 francs suisses, dont  
625 000 francs sont destinés à financer la  
poursuite des travaux des lauréats et 75 000

francs leur sont remis à titre personnel. Les  
lauréats mènent des recherches de biologie  
fondamentale dont sont attendues d'import-  
tantes répercussions en médecine.

### 2018 Louis-Jeantet Prize for Medicine

The 2018 Louis-Jeantet Prize for Medicine is  
awarded to *Christer Betsholtz*, Director of the  
Integrated Cardio Metabolic Centre based at  
Karolinska Institute and Professor at Uppsala  
University in Sweden, and to the immunologist  
*Antonio Lanzavecchia*, Director of the  
Institute for Research in Biomedicine and  
Professor at the Università della Svizzera  
italiana in Switzerland. The Louis-Jeantet  
Foundation grants the sum of CHF 700 000 for  
each of the two prizes, of which CHF 625 000 is  
for the continuation of the prize winner's  
research and CHF 75 000 for their personal use.  
The prize winners are conducting fundamental  
biological research that is expected to be of  
considerable significance for medicine.

# Courrier au BMS

## Geeintes Auftreten der Ärzteschaft ist gefragt!

Brief zu: Igual M. Offener Brief an Bundesrat Berset. Schweiz Ärztezeitung. 2018;99(3):52–3.

Ich danke Ihnen, Herr Kollege Igual, für den sehr gut formulierten Brief, der viele der aktuellen Probleme im Gesundheitswesen anspricht. Leider haben wir die katastrophale Situation auch dem Egoismus der verschiedenen standespolitischen Gruppierungen (Sicherung der eigenen Pfründe) und dem scheinbaren Desinteresse vieler Ärztinnen und Ärzte im Einzelnen (Unwissen, Zeitmangel, Ängste?) zu verdanken, so dass ein geeintes Auftreten der Ärzteschaft verunmöglicht wird. Zusätzlich gibt es Kollegen aus den eigenen Reihen, welche über Jahre vom System profitiert haben und nun nach Pensionierung Breitseiten gegen den eigenen Stand abfeuern. Für mich als «Spezialist» ist es auch fahrlässig, dass die Hausärzte gegen den aktuellen TARMED-Ein-

griff keine eindeutige Position bezogen haben, da auch sie bzw. ihre Patientinnen und Patienten durch die Einschränkung der Minutagen bei der Konsultation und der ärztlichen Leistung in Abwesenheit ganz erheblich eingeschränkt wurden. Der Grund hierfür ist wahrscheinlich darin zu suchen, dass die Hausarztmedizin durch die Politik in den letzten Jahren verdientermassen finanziell bessergestellt wurde (Hausarztzuschlag 2014, höhere Taxpunkte für die Zeitleistungen 2018) und die entsprechenden Verbände nun nach dem Motto «Wes Brot ich ess, des Lied ich sing!» handeln. Bemerkend möchte ich noch meine Zukunftsvision einbringen: Wie bereits von den Krankenkassen im Sinne einer *self-fulfilling prophecy* erwähnt, wird dieser Tarifeingriff zu keinen Einsparungen führen, sondern sogar gegenteilige Anreize auslösen. Das ökonomische Denken des einzelnen Arztes wird auf eine ungesunde Art und Weise angeregt, denn er ist nun gezwungen, jede

früher als «Service» geltende Leistung in allen Einzelheiten zu verrechnen. Vielleicht hat Herr Berset in seinem Regulierungswahn (Stichwort: Umwandlung von Handlungsleistungen in Zeitleistungen) übersehen, dass eine ambulante Arztpraxis mit der Verrechnung von reinen Zeitleistungen nach TARMED gar nicht betrieben werden kann.

Dr. med. Daniel Mahler, Luzern

## 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/)

# Communications

## Fondazione Dr. Ettore Balli

### Premio 2018

La Fondazione Dr. Ettore Balli istituisce un premio di 30 000 CHF a favore di giovani ricercatori nel campo della medicina e della biologia, di nazionalità svizzera e di età inferiore a 40 anni.

I candidati sono invitati a presentare:

- 3 lavori rappresentativi della loro attività di ricerca (lavori pubblicati o in via di pubblicazione) in 4 copie;
- il curriculum vitae;
- un riassunto dell'attività svolta (con lista delle pubblicazioni) e dei progetti futuri a livello di ricerca.

Le domande di partecipazione al premio dovranno pervenire al sottoscritto Presidente entro il 30 marzo 2018.

Prof. Dr. med. Claudio Marone, Presidente Fondazione Dr. Ettore Balli, Via Henri Guisan, CP 1719, 6500 Bellinzona

## Fondation de médecine sociale et préventive, Lausanne

### Prix de la Fondation 2018–2019

Le prix annuel de la *Fondation de médecine sociale et préventive, Lausanne*, récompense l'auteur d'un travail original de recherche scientifique dans l'un des principaux domaines d'activité de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) de Lausanne, i.e. épidémiologie et prévention des maladies, évaluation des services de santé. Le prix est destiné:

- aux assistants réguliers pendant qu'ils occupent une fonction dans un Département, Service ou Institut universitaire ou dans un Hôpital périphérique reconnu pour la formation FMH;
- à tout universitaire effectuant des recherches dans le domaine de la médecine sociale et préventive.

Les candidatures sont examinées par la Commission des Prix et Concours de la

Faculté de Biologie et de Médecine. Le prix est décerné lors de la cérémonie de remise des prix de la Faculté de Biologie et de Médecine de l'Université de Lausanne (septembre 2018).

Le dossier est composé du formulaire de proposition de candidature pour un prix

- une lettre de recommandation du Directeur thèse ou rapporteur ou de l'Ecole doctorale indiquant les forces de travail
- un CV actualisé de la personne candidate
- un exemplaire du travail soumis, thèse et publications.

Les dossiers de candidature (indiquant nom, titres, adresse et emploi actuel du candidat) sont à envoyer par mail à [martine.rosselhouriet\[at\]unil.ch](mailto:martine.rosselhouriet[at]unil.ch) ou [susy.wagnier\[at\]unil.ch](mailto:susy.wagnier[at]unil.ch)

Délai de soumission: 28 février 2018

## Société Suisse de Chirurgie 2018

### Prix 2018

Dans le but de promouvoir la recherche chirurgicale, la Société Suisse de Chirurgie met au concours un prix destiné à récompenser des travaux scientifiques portant sur un projet de la recherche chirurgicale. Les «guidelines» du prix sont publiés sur le site Internet de la SSC.

Les conditions suivantes doivent être remplies:

- le 1<sup>er</sup> auteur doit être un(e) chirurgien(ne) actif(ve) et avoir moins de 40 ans;
- le travail doit être original (accepté pour publication ou récemment publié dans un journal avec politique éditoriale de type peer review) ou correspondre à un travail d'habilitation accepté;
- les études doivent avoir été conduites ou entreprises principalement en Suisse.

Le montant attribué peut atteindre 10 000 CHF, somme qui pourra éventuellement être partagée suite à une décision du jury.

Les candidat(e)s sont prié(e)s d'envoyer leur dossier avec toutes les informations utiles concernant la revue et son «impact factor» dans laquelle le travail a été publié, *jusqu'au 16 février 2018 avec une annexe PDF* à l'adresse e-mail du bureau de la SSC: [info\[at\]sgc-ssc.ch](mailto:info[at]sgc-ssc.ch)

ont déjà été distingués ou qui sont soutenus par le Fonds National Suisse (FNS) seront exclus.

Les participants sont des chercheuses et chercheurs âgés au maximum de 45 ans et actifs en Suisse. La lauréate ou le lauréat sera élu par le comité scientifique de l'USSMV. Le prix sera attribué à l'occasion du congrès annuel de l'USSMV le 25 octobre 2018.

La lauréate/le lauréat s'engage à présenter son projet lors d'un congrès annuel de l'USSMV.

*Dossier de candidature:* Les dossiers de candidatures rédigés soit en allemand, français ou anglais sont à soumettre *par mail jusqu'au 18.8.2018* au plus tard avec les documents suivants:

1. Description du projet et premiers résultats (5 pages A4 maximum)
2. Bibliographie
3. Curriculum vitae (1 page A4 maximum)
4. Lettre d'accompagnement écrite du/de la requérant(e)

La candidature est à envoyer par mail à:

Prof. L. Gürke, Chefarzt Gefässchirurgie, Universitätsspital Basel, mail: [lorenz.guerke\[at\]usb.ch](mailto:lorenz.guerke[at]usb.ch)

Professeur Daniel Hayoz, Clinique de Médecine, HFR-Hôpital Cantonal Fribourg, Ch. des Pensionnats 2–6, 1708 Fribourg

ou à l'adresse e-mail: [daniel.hayoz\[at\]h-fr.ch](mailto:daniel.hayoz[at]h-fr.ch)

Le prix sera remis lors du 19<sup>e</sup> congrès de l'Union des Sociétés Suisses de Maladies Vasculaires à Lugano, du 24 au 26 octobre 2018.

## Hilfskasse für Schweizer Ärzte

### Eingegangene Spenden vom 1.10.2017 bis 31.12.2017

Vom 1. Oktober bis 31. Dezember 2017 sind 301 Spenden im Gesamtbetrag von 45 409.20 CHF eingegangen.

Der Stiftungsrat der Hilfskasse für Schweizer Ärzte freut sich sehr, diese Gaben bekanntgeben zu dürfen, und dankt allen Spendern recht herzlich.

Damit die Spenden in voller Höhe den Destinatären zukommen, haben wir uns entschlossen, für Spenden unter 500 CHF auf den Versand von persönlichen Dankschreiben zu verzichten. Wir hoffen sehr, dass diese Massnahme bei allen Spendern auf Verständnis stösst.

*Für die Hilfskasse für Schweizer Ärzte:  
Der Kassier des Stiftungsrates*

## Union des Sociétés Suisses des Maladies Vasculaires

### Prix d'encouragement de la recherche USSMV 2018

L'USSMV attribue 2018 également un «prix d'encouragement de la recherche» d'un montant de 10 000 CHF. Il a pour but de soutenir la recherche dans le domaine des maladies vasculaires. Ne seront pris en compte que des projets commencés et conduits en Suisse. La même année, un protocole ne peut être soumis qu'à l'une des sociétés de l'Union des Sociétés Suisses des Maladies Vasculaires (USSMV). Les projets qui

## Société Suisse d'Angiologie

### Prix Suisse d'Angiologie 2018

La Société Suisse d'Angiologie décerne chaque année un prix de 10 000 CHF pour un travail scientifique dans le domaine des maladies vasculaires, publié ou accepté pour publication dans un journal à politique éditoriale. Sont éligibles, les candidats suisses ayant effectué leurs travaux de recherche en Suisse ou à l'étranger de même que les candidats étrangers ayant effectué leurs travaux en Suisse.

Les publications accompagnées d'une lettre de candidature et curriculum vitae sont à adresser *jusqu'au 10 septembre 2018* au



# Werkzeuge gegen kognitive Verzerrungen im klinischen Alltag

**Marko Kovic**

Dr. phil., Publizistik- und Kommunikationswissenschaft, CEO der ars cognitionis GmbH, Zürich

## Denkfehler und ihre Folgen

Der klinische Alltag ist anspruchsvoll. Unter oftmals schwierigen Bedingungen (zu wenig Personal, zu wenig Zeit, zu wenig Schlaf) müssen Ärztinnen und Ärzte wie auch das gesamte medizinische Fachpersonal viele und weitreichende Entscheidungen treffen. Wo Men-

### Wo Menschen unter widrigen Bedingungen Entscheidungen treffen müssen, passieren auch Fehler.

schen unter widrigen Bedingungen Entscheidungen treffen müssen, passieren auch Fehler. Gemäss Schätzungen der OECD etwa sind rund 10% der gesamten Spalkosten auf vermeidbare diagnostische oder therapeutische Fehler zurückzuführen [1]. Wenn in der klinischen Praxis Fehler passieren, bedeutet das nicht, dass die betroffenen Ärztinnen und Ärzte über zu wenig Fachkompetenz verfügen. Die Quelle des Grossteils von Fehlern im klinischen Alltag ist nämlich nicht mangelnde Fachkompetenz, sondern die allgemeine menschliche Anfälligkeit für kognitive Verzerrungen.

Kognitive Verzerrungen sind Denkfehler, welche unmerkelt auftreten, weil wir einen grossen Teil unserer

Denkarbeit in einem automatisierten Modus abspulen [2, 3]: Wir treffen Entscheidungen meistens nicht nach ausführlichem und langsamen Überlegen, sondern eher möglichst rasch und effizient. Wenn wir uns in diesem eher raschen Denkmodus befinden, bedienen wir uns ganz automatisch kognitiver Abkürzungen, sogenannter Heuristiken. Kognitive Heuristiken sind in vielen Situationen gut genug, um rationale, also zielführende Entscheidungen treffen. In komplexeren Entscheidungssituationen können uns Heuristiken aber auch zu Schlussfolgerungen und Entscheidungen führen, die weit davon entfernt sind, rational zu sein. In solchen Situationen haben Heuristiken also einen verzerrenden Effekt auf unsere Entscheidungsfindung, weswegen sie pejorativ als kognitive Verzerrungen bezeichnet werden. Kognitive Verzerrungen treten auch

### Wir treffen Entscheidungen meistens nicht nach ausführlichem und langsamem Überlegen, sondern eher möglichst rasch und effizient.

im klinischen Alltag auf [4–6], weil der menschliche Denkapparat ohne Heuristiken nicht auskommt – überall und immer, wenn Menschen Entscheidungen treffen, treten kognitiven Verzerrungen auf.

Kognitive Verzerrungen machen sich im klinischen Alltag auf ganz unterschiedliche Art und Weise bemerkbar [7, 8]. Sie sind dabei kein Randphänomen, sondern ein sehr zentrales und folgenreiches Problem. So sind einige prominente Verzerrungen wie etwa Anchoring (die erste Information, welche wir erhalten, beeinflusst, wie wir weitere Informationen bewerten), Confirmation Bias (wir versuchen das, woran wir bereits glauben, zu bestätigen), Overconfidence (wir haben ein zu hohes Vertrauen in die Qualität unserer Entscheidungen) oder Availability Bias (wir orientieren uns bei Schlussfolgerung zu sehr an einprägsamen Bildern und Beispielen, die wir gerade im Kopf haben) bei der Mehrheit aller Ärztinnen und Ärzte zu beobachten [9]. Kognitive Verzerrungen als alltägliches Problem nimmt noch grössere Dimensionen an, wenn wir bedenken, dass im klinischen Alltag nicht nur Ärztinnen und Ärzte Entscheidungen treffen: Das weitere medi-

## Résumé

Les erreurs de raisonnement routinières, appelées biais cognitifs, influencent la qualité de la prise de décision dans tous les domaines sociaux, y compris la médecine. Dans le quotidien clinique, elles sont à l'origine de nombreuses erreurs diagnostiques et thérapeutiques. Il existe deux stratégies pour réduire l'impact négatif des biais cognitifs: le debiasing et le nudging. Le debiasing a pour but de réduire de manière ciblée la tendance individuelle aux biais cognitifs. Le nudging vise à adapter le contexte d'action aux biais cognitifs en sorte que le comportement souhaité devienne plus probable. En tant que mesures de gestion de la qualité, le debiasing et le nudging peuvent avoir des effets positifs durables. Et cela d'autant plus que ces méthodes permettent d'améliorer la prise de décision du personnel médical, mais aussi le comportement des patients ou des visiteurs de l'hôpital, par exemple.

zinische Fachpersonal, nicht-medizinisches Personal (z.B. das Spitalmanagement), Besucherinnen und Besucher und nicht zuletzt auch Patientinnen und Patienten sind von kognitiven Verzerrungen betroffen. Kognitive Verzerrungen haben also einen beträchtlichen negativen Impact im klinischen Alltag. Dieser negative Impact kann aber reduziert werden: Es gibt Strategien, um kognitiven Verzerrungen entgegenzuwirken.

### Gegen Denkfehler vorgehen: Debiasing und Nudging

Kognitive Verzerrungen sind der normale Modus Operandi unseres menschlichen Denkapparates. Die Forschung zu kognitiven Verzerrungen zeigt aber auch, dass es möglich ist, etwas gegen sie zu unternehmen. Es gibt es zwei erfolgversprechende evidenzbasierte Strategien, welche als Werkzeuge gegen kognitive Verzerrungen eingesetzt werden können: Debiasing und Nudging.

#### Debiasing

Debiasing bedeutet ganz allgemein, dass versucht wird, die individuelle Anfälligkeit für kognitive Verzerrungen zu reduzieren. Im medizinischen Kontext wird Debiasing bisweilen unter dem Stichwort «Cognitive Forcing» diskutiert [10]. Cognitive Forcing, zu Deutsch so viel wie kognitives Erzwingen, meint die

### Es gibt Strategien, um kognitiven Verzerrungen entgegenzuwirken.

Anstrengung, in Entscheidungssituationen aktiv über das eigene Denken zu denken. Debiasing im Sinne von Cognitive Forcing ist also eine sogenannte metakognitive Aktivität, welche zum Ziel hat, aus dem automatisierten Denkmodus in einen bedachteren und begründeten Denkmodus zu wechseln. Cognitive Forcing bedeutet in erster Linie, dass Know-how rund um kognitive Verzerrungen hilft, weniger anfällig auf kognitive Verzerrungen zu sein [11]: Je besser z.B. Ärztinnen und Ärzte über kognitive Verzerrungen Bescheid wissen, desto weniger anfällig werden sie dafür. Debiasing-Strategien im klinischen Kontext können aber auch in Richtung kognitiver Hilfsmittel gehen [12]: In konkreten Entscheidungssituationen helfen kognitive Hilfsmittel, das schnelle, routinisierte Denken zu einem überlegteren Denken zu wandeln. Wirksame kognitive Hilfsmittel sind beispielsweise die «erwäge das Gegenteil»-Strategie (aktiv überlegen, was für das Gegenteil der Schlussfolgerung z.B. bei einer Diagnose spricht) oder das gezielte Verlangsamen von Entscheidungsprozessen (z.B. im Voraus geplante

Pausen, um den Denk- und Entscheidungsprozess zu verlangsamen). Eines der effektivsten kognitiven Hilfsmittel sind Checklisten. Checklisten können als unmittelbares Kontrollmittel in komplexen Prozessen eingesetzt werden, um Fehler zu vermeiden. Checklisten können aber auch als übergeordnetes Debiasing-Werkzeug eingesetzt werden, um einzelne kognitive Hilfsmittel wie etwa die «erwäge das Gegenteil»-Strategie oder Verlangsamungsstrategien bewusst einzusetzen [13].

#### Nudging

Nudging ist das englische Wort für Stupser. Während Debiasing zum Ziel hat, die Anfälligkeit für kognitive Verzerrungen zu senken, bedeutet Nudging, dass kognitive Verzerrungen bewusst ausgenutzt werden. Wenn wir einschätzen können, in welchen Entscheidungssituationen Menschen im klinischen Kontext für kognitive Verzerrungen anfällig sind, dann können wir den Entscheidungskontext so anpassen, dass sich Menschen eher so verhalten, wie wir es wollen. Nudging senkt also kognitive Verzerrungen nicht, sondern nutzt sie aus, damit das Verhalten insgesamt besser wird. Ein berühmtes Beispiel für Nudging ist die aufgemalte Fliege im Pissoir, welche dazu führt, dass Herren beim Urinieren genauer zielen und dadurch den Boden weniger verunreinigen. Nudging wird in zahlreichen Kontexten verwendet und zeitigt mit wenig Aufwand grossen Impact [14, 15]. Im klinischen Kontext ist Nudging bisher noch weniger erprobt als Debiasing. Das Potenzial von Nudging im klinischen Kontext liegt nicht zuletzt darin, dass damit auch das Verhalten von Patientinnen und Patienten sowie von Besucherinnen und Besuchern optimiert werden kann (Debiasing zielt in erster Linie auf das medizinische Fachpersonal ab). Ein möglicher Einsatzbereich für Nudging ist Spitalhygiene. Nudging-Massnahmen könnten helfen, hygienisch wünschenswertes Verhalten wie die Hände-Desinfektion bei Spitalbesuchern mit leichten Anpassungen des Handlungskontextes zu verbessern. Zum Beispiel können auf dem Boden subtile Markierungen angebracht werden, welche die

### Debiasing bedeutet ganz allgemein, dass versucht wird, die individuelle Anfälligkeit für kognitive Verzerrungen zu reduzieren.

Besucher sanft in Richtung Desinfektions-Stationen lenken. Auf der Patientenseite ist ein möglicher Einsatzbereich das Problem der Patientenadhärenz [16]. Therapeutische Anweisungen diszipliniert und vollständig einzuhalten und umzusetzen, ist für Patienten oftmals nicht einfach. Nudging-Strategien wie z.B. Ga-

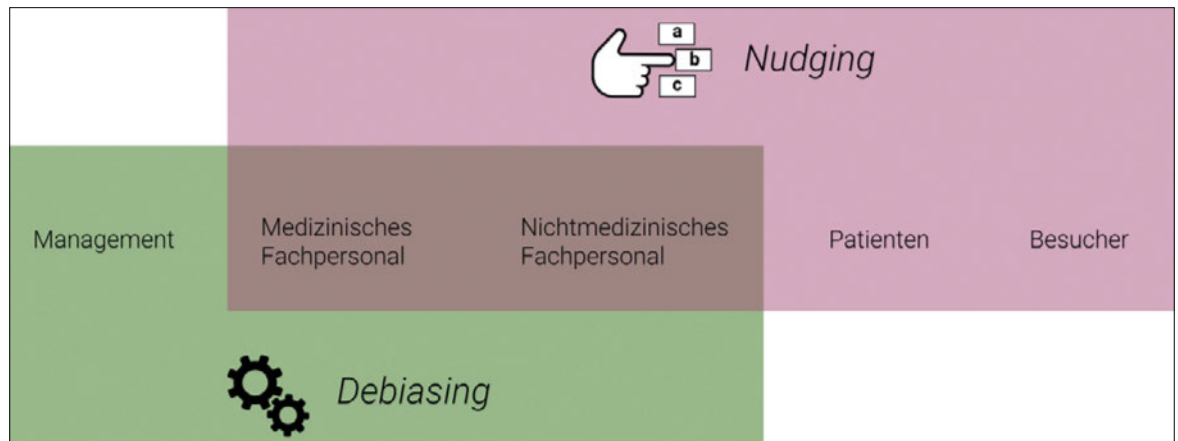


Abbildung 1: Anwendungsbereiche von Debiasing und Nudging im klinischen Kontext.

mification mit einer Smartphone-App können potenziell helfen, die Adhärenz zu verbessern, indem Patienten spielerisch an die notwendigen Schritte erinnert werden und für ihre Durchführung belohnt werden.

### Eine Frage der Evidenz

Fehler und Fehlverhalten im klinischen Kontext können durch Debiasing und Nudging nicht komplett

### Im medizinischen Kontext müssen sowohl Debiasing wie auch Nudging explizit evidenzbasiert sein.

eliminiert werden. Debiasing und Nudging als Werkzeuge können aber mit verhältnismässig geringem Aufwand potenziell grossen und nachhaltigen positiven Impact haben. Nicht zuletzt, weil die Einsatzbereiche von Debiasing und Nudging nicht auf das medizinische Fachpersonal beschränkt sind, sondern auf weitere Beteiligte im klinischen Alltag ausgeweitet werden können, wie in Abbildung 1 zusammengefasst ist. Debiasing und Nudging bergen grosses Potenzial für den klinischen Kontext, aber gleichzeitig ist auch Vorsicht geboten. Die Thematik der Biases und des Nudging (sowie in geringerem Masse auch des Debiasing), ein ursprünglich angelsächsischer Trend, wird von immer mehr Akteuren in Kontinentaleuropa aufgegriffen, was grundsätzlich begrüssenswert ist. Wissenschaftliche Evidenz und ein wissenschaftlich fundiertes Vorgehen bleiben dabei allerdings allzu oft auf der Strecke, nicht zuletzt in der Beratungsbranche. Im medizinischen Kontext müssen sowohl Debiasing wie auch Nudging explizit evidenzbasiert sein und bei eher experimentellen Massnahmen muss der Impact der Massnahmen auch wissenschaftlich evaluiert werden. Dann, und nur dann, können Debiasing und

Nudging einen wirklich nachhaltigen positiven Impact haben und ein Teil des klinischen Qualitätsmanagements werden.

#### Bildnachweis

Grafik Marko Kovic

#### Literatur

- 1 Tackling Wasteful Spending on Health. OECD Publishing, Paris, January 2017. DOI: 10.1787/9789264266414-en.
- 2 Amos Tversky and Daniel Kahneman. Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases. In Utility, Probability, and Human Decision Making, Theory and Decision Library, pages 141–62. Springer, Dordrecht, 1975. DOI: 10.1007/978-94-010-1834-0\_8.
- 3 Thierry Pelaccia, Jacques Tardif, Emmanuel Triby, and Bernard Charlin. An analysis of clinical reasoning through a recent and comprehensive approach: the dual-process theory. Medical Education Online. 2011;16(1):5890.
- 4 Geoffrey R. Norman and Kevin W. Eva. Diagnostic error and clinical reasoning. Medical Education. 2010;44(1):94–100.
- 5 Shyam S. Kothari. Clinical errors. Ann Pediatr Cardiol. 2012;5(1):1–2.
- 6 Ian A. Scott. Errors in clinical reasoning: causes and remedial strategies. BMJ. 2009;338:b1860.
- 7 Scott O. Lilienfeld and Steven Jay Lynn. Errors/Biases in Clinical Decision Making. In The Encyclopedia of Clinical Psychology. John Wiley & Sons, Inc., 2014. DOI: 10.1002/9781118625392.wbecp567.
- 8 Arthur S. Elstein. Heuristics and biases: selected errors in clinical reasoning. Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges. 1999;74(7):791–4.
- 9 Gustavo Saposnik, Donald Redelmeier, Christian C. Ruff, and Philippe N. Tobler. Cognitive biases associated with medical decisions: a systematic review. BMC Medical Informatics and Decision Making, 16, November 2016.
- 10 Pat Croskerry. Cognitive forcing strategies in clinical decisionmaking. Ann Emerg Med. 2003;41(1):110–20.
- 11 Pat Croskerry. From Mindless to Mindful Practice – Cognitive Bias and Clinical Decision Making. N Engl J Med. 2013;368(26):2445–8.
- 12 Pat Croskerry, Geeta Singhal, and Silvia Mamede. Cognitive debiasing 2: impediments to and strategies for change. BMJ Quality & Safety, pages bmjqs–2012–001713, August 2013.
- 13 John W. Ely, Mark L. Graber, and Pat Croskerry. Checklists to Reduce Diagnostic Errors. Acad Med. 2011;86(3):307.
- 14 Richard H. Thaler and Cass R. Sunstein. Nudge: Improving Decisions About Health, Wealth, and Happiness. Penguin Books, New York, revised & expanded edition, February 2009.
- 15 On Amir and Orly Lobel. Stumble, Predict, Nudge: How Behavioral Economics Informs Law and Policy. Columbia Law Review. 2008;108(8):2098–137.
- 16 Leslie R. Martin, Summer L. Williams, Kelly B. Haskard, M. Robin DiMatteo. The challenge of patient adherence. Ther Clin Risk Manag. 2005;1(3):189–99.

Korrespondenz:  
Marko Kovic  
ars cognitionis GmbH  
Buckhauserstrasse 34  
CH-8048 Zürich

## Die SITEMSH gastiert 2018 mit ihrem Kongress wieder einmal in der Schweiz

## «Prevention is better than healing»

**Dominik Heim**

PD Dr. med., Kompetenzzentrum für Versicherungsmedizin, Suva, Luzern

Die SITEMSH, Société Internationale de Traumatologie du Ski et de Médecine des Sports d'Hiver, wurde in den 50er Jahren aus dem Bedürfnis heraus gegründet, sich dem zunehmenden Problem von Wintersportverletzungen zu stellen. Sie hatte grossen Zulauf in den Alpenländern. Man gehörte einfach dazu! Trotz zunehmender Spezialisierung in der Traumatologie blieb sie bestehen, weil sie sich dem Wintersportunfall als Ganzem mit all seinen Aspekten von Rettung, Transport, Therapie und Prävention widmet. Jetzt kommt der SITEMSH-Kongress nach vielen Jahren wieder in die Schweiz.

Ein wichtiger Vertreter aus der Schweiz in der SITEMSH war Prof. Hans-Ulrich Buff (1913–2004), der Chefarzt der Chirurgischen Klinik für Traumatologie und Wiederherstellungschirurgie am Zürcher Universitätsspital. Er erwarb sich mit seiner breiten chirurgischen und akademischen Tätigkeit international grosse Anerkennung und erhielt zahlreiche nationale und internationale Ehrungen (u.a. Mitglied der Académie de Chirurgie de Paris). Er war auch ein begeisterter Ski- und Ferrari-Fahrer. Er wurde nach Robert Merle d'Aubingé (1900–1989), dem weltberühmten französischen Orthopäden, der zweite Präsident der SITEMSH. «Buff war der Meinung, kein Englisch, sondern man vertraue auf das gegenseitige Sprachverständnis der Alpenländer. In Wirklichkeit setzte er seine Fähigkeit ein, die Referate prägnant zusammenzufassen und

in die jeweils andere Sprache zu übersetzen», erzählt Klaus Herwig. Herwig seinerseits war ab 1971 der internationale Sekretär der SITEMSH und Nachfolger von Franz Jakob, Chefarzt des Spitals Davos.

**Die Geschichte**

Gegründet wurde die Gesellschaft am 29. Dezember 1956: «Sous le nom de SITEMSH, Société Internationale de Traumatologie du Ski et de Médecine des Sports d'hiver, une association a été constituée selon l'article 60 et suivants du Code Civil Suisse à la date du 29 Décembre 1956», steht in der Statuten-Version vom 13. April 1991, die in Andorra von den damaligen nationalen Sekretären unterzeichnet wurde. Wobei Statuten eigentlich als unwichtig angesehen worden seien, wie Klaus Herwig präzisiert. Es sei darum gegangen, alle zwei Jahre einen wissenschaftlichen Kongress zum Wintersport durchzuführen.

Und diese Kongresse fanden denn auch regelmässig statt: 1954 in Courchevel, 1956 in Sestrière, 1958 in Davos, und so ging es alle zwei Jahre weiter. 112 Teilnehmer waren es 1978 beim 13. Kongress in Arosa. Die SITEMSH gilt damit als die älteste europäische medizinische Gesellschaft, die sich mit den Wintersportverletzungen, ihren Behandlungen und ihrer Prävention befasst. Im historischen Rückblick der SITEMSH 2014 liest man dazu «In the '50s a group of experts of the Alpine Countries (Austria, France, Germany, Italy and Switzerland) began to observe, collect and study the injuries coming from ski practice. They decided to meet themselves every two years» (Abb. 1).

Unumstritten war diese Gesellschaft nicht. Fritz Lechner sagte in seiner Eröffnungsansprache am 9. Inter-



**Abbildung 1:** Die nationalen Sekretäre der 1956 gegründeten SITEMSH an einem Treffen 1955.



nationalen Kongress in Garmisch-Partenkirchen 1970: «Bei der Flut der heutigen Kongresse und Tagungen könnte mit Recht die Frage nach dem Sinn und der Berechtigung dieser Veranstaltung gestellt werden. Themen der Unfallchirurgie wurden in den letzten Jahren regelmässig auf den Kongressen der internationalen und nationalen Gesellschaften für Chirurgie und Unfallchirurgie behandelt. Die Probleme der Skitraumatologie und Wintersportmedizin sind aber von besonderer Art. Sie beginnen bei der Bergung und beim Abtransport der Skiverletzten und enden mit der Diagnostik und Behandlung in der Klinik ... Zudem ist die Gesellschaft eine internationale Familie von Chirurgen, die sich zum grossen Teil bereits persönlich kennen und freundschaftlich miteinander verbunden sind.» Dies betont auch Franz Jakob in seinem Übergabebrief an Klaus Herwig: «Wie Sie wissen, herrscht immer ein sehr offener, freundschaftlicher Ton.» Und er fügt bei: «Als internationaler Sekretär werden von Ihnen keine grossen oratorischen Künste erwartet!»

### Das Skirennen

Und da gab es noch etwas Spezielles: das traditionelle Skirennen der Kongressteilnehmer, die sogenannte «Coupe du président» – 1974 im Val d'Isère waren es 130 Teilnehmer aus ganz Europa. Im 2. Rang war ein gewisser Maurice E. Müller (AO-Gründungsmitglied

und ehemaliger Ordinarius am Inselspital), gefolgt von Hans Ulrich Buff vor Martin Allgöwer (AO-Gründungsmitglied und ehemaliger Ordinarius am Universitäts-spital Basel sowie «Erfinder» der Donati-Allgöwer-Hautnaht-Technik)! Selbstverständlich nahmen an den Rennen auch die Damen der Kongressteilnehmer teil. Herwig sagt dazu: «Des öfteren wurden gar keine Kongressberichte erstellt. Statt Teilnehmerlisten existierten Ranglisten von Skirennen.» Und noch etwas war speziell: Geld hatte die Gesellschaft nie: 1967 berichtet Franz Jakob an der Vorstandssitzung von 1380.93 Franken, «so dass eine Beihilfe an die Finanzierung des Kongresses in St. Moritz nicht möglich sein wird». Das ist heute nicht anders!

### Die Gegenwart

1974 wurde dann eine weitere Gesellschaft, die ISSS (International society for skiing safety), gegründet. An den Kongressen der jeweiligen Gesellschaft nehmen häufig Mitglieder beider Gesellschaften teil.

Und die SITEMSH wurde immer internationaler, aber auch immer kleiner. Neben den erwähnten Gründerländern stiessen Andorra (1990), Spanien (1993), Chile (2007), Griechenland (2008), Argentinien, die USA, Schottland, Tschechien und Ungarn dazu. Ganz neu sind nationale Sekretäre aus Japan, Iran, Kasachstan und China. Heute zählt die SITEMSH 18 Mitgliederlän-



Abbildung 2: Die «Coupe du président» 2016 in Inawashiro, Japan.



Abbildung 3: Das Ankündigungssplakat des Kongresses 1958 in Davos.

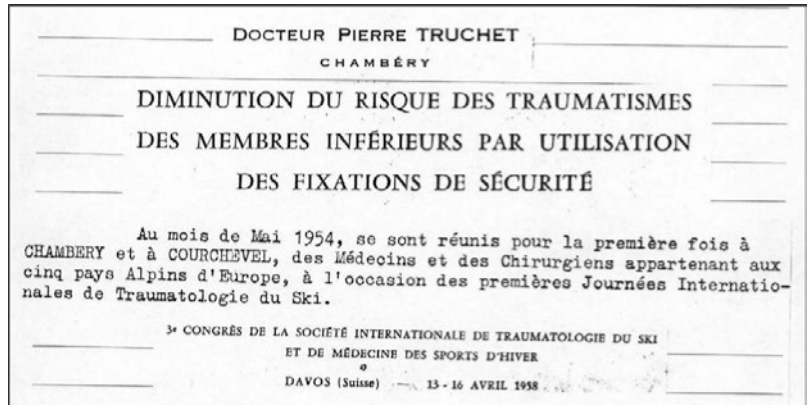


Abbildung 4: Das Thema der Sicherheitsbindung am Kongress 1958 in Davos.

der und nennt sich International Society for Snowsports Medicine. Und die Skirennen finden immer noch statt (Abb. 2).

35 Kongresse wurden bis heute in verschiedenen Ländern durchgeführt. In der Schweiz war dies zum letzten Mal 1998 in Zermatt der Fall.

Durch diese lange Zeit ihrer Aktivität verfügt die SITEMSH über einen umfassenden Überblick über die Wintersporttraumatologie. Ihre Kongresse und Kongressthemen in den letzten rund 60 Jahren reflektieren die Entwicklung im Schneesport, im Verletzungsmuster und in der Prävention. In Davos 1958 (Abb. 3) war das grosse Thema die neue Sicherheitsbindung (Abb. 4).

Die weitere, neuere Geschichte kennen wir: Die Unterschenkelfrakturen nahmen dank der Sicherheitsbindung rasant ab, und die Knieverletzungen nahmen rasant zu. Es folgte die Verlagerung der Verletzungen von der unteren Extremität [1] zur oberen Extremität. Die Snowboardverletzungen kamen hinzu und trugen zu dieser Verschiebung bei. In den letzten Jahren erlebte der Schlittelsport ein Comeback und brachte ein neues Verletzungsmuster mit sich, das eher wieder die untere Extremität «bevorzugt». Vor allem zeigen diese Verletzungen einen ziemlichen Schweregrad [2]. Das Neurotrauma wurde ein grosses Thema. Die Kniefrakturen werden immer komplizierter, und angesichts der gut präparierten Pisten spricht man von einem eigentlichen Geschwindigkeitsrausch. Kollisionen machen im heutigen Wintersport sieben bis zehn Prozent der Unfallursachen aus. Verschiedene nationale Präventionskampagnen finden/fanden statt: Der Helm ist überall

präsent, man trägt beim Freestylen einen Rückenpanzer, man schützt sein Handgelenk mit Manschetten und Schonern, und spezielle Vorrichtungen sollen bei Lawinenunfällen helfen. Aber bei all diesen Bemühungen ist das Problem des Knies mit seinen desaströsen Binnenläsionen weiterhin ungelöst. Vielleicht gelingt es am 36. SITEMSH-Kongress in Arosa, neue biomechanische Ansätze zu erarbeiten. Ganz neue Erkenntnisse aus den USA lassen dies erhoffen, und damit würde dieser Kongress 2018 fast nahtlos an jenen in Davos vor 60 Jahren anschliessen.

#### Dank

Ich danke Herrn Dr. med. Klaus Herwig, Arosa, für seine wichtigen Informationen und für das Überlassen der frühen Dokumente.

#### Bildnachweis

Abdruck des Gruppenbilds 2016 (Inawashiro, Japan) mit freundlicher Genehmigung von Dominik Heim / Yukio Urabe.

Abdruck der übrigen Fotos/Abbildungen mit freundlicher Genehmigung der SITEMSH.

#### Literatur

- 1 Heim D. Tendenzen im Verletzungsmuster des alpinen Wintersports. Praxis. 1997;86:1931–3.
- 2 Heim D, Altgeld K, Hasler RM, et al. A 13-year analysis from Switzerland of non-fatal sledging (sledging or tobogganing) injuries. Injury, Int. J. Care Injured. 2014;45:338–41.

## Der SITEMSH-Kongress 2018 in Arosa

Der 36. SITEMSH-Kongress findet vom 13.–15. März 2018 im Kongresszentrum Arosa statt. Weitere Hinweise und das Kongressprogramm sind auf der Website der SITEMSH [www.sitemsh.org](http://www.sitemsh.org) einzusehen.

Kongressregistrierung in der Schweiz: [edithrubin\[at\]bluewin.ch](mailto:edithrubin[at]bluewin.ch)

Korrespondenz:  
Dominik Heim  
[heim.dominik\[at\]bluewin.ch](mailto:heim.dominik[at]bluewin.ch)

Un nouvel ouvrage français sur le sujet

# Penser la fin de vie

Jean Martin

Dr méd., membre de la rédaction



Jacques Ricot  
**Penser la fin de vie**

Rennes: Presses de l'EHESP (Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique); 2017.  
347 p. 29.60 CHF.

Jacques Ricot a enseigné la philosophie à l'Université de Nantes et est aussi impliqué dans la formation de professionnels de santé. Il a écrit plusieurs livres en rapport avec la fin de vie, l'euthanasie, le suicide. Son dernier ouvrage est une somme différenciée, sur des thèmes qui vont de la condition humaine à la déontologie et la pratique médicales – y compris obstination déraisonnable, lutte contre la douleur, soins palliatifs, tension entre bienveillance du soignant et droits du patient. Décrivant entre autres les modèles français et britannique de l'autonomie. Ses derniers chapitres traitent de la «tentation de l'euthanasie» et de la notion débattue et polysémique de dignité. A ces sujets, on laisse entendre de manière à vrai dire discutable que ceux qui admettent l'euthanasie voudraient en faire un droit opposable (à savoir qu'on pourrait exiger de l'Etat qu'il s'engage à la rendre possible, dans chaque situation – ce qui n'est évidemment pas le cas: cela resterait un accord entre «partenaires» d'accord d'y procéder).

## La France et d'autres pays

Le propos de Ricot reste marqué par les positions majoritairement (ré)affirmées ces dernières décennies en France, mais on doit apprécier le réel intérêt et le respect qu'il montre (bien qu'il ne puisse s'y rallier et qu'elles le laissent perplexe) pour les opinions et déterminations différentes dans d'autres pays et cultures – généralement considérés comme civilisés et/mais qui acceptent l'assistance au suicide – Suisse – et même l'euthanasie – Benelux. A noter que l'auteur s'éloigne dans une large mesure de ce qui peut rester paterna-

liste dans la pratique médicale, en se ralliant à la déontologie renouvelée maintenant fermement établie dans les textes. Ricot rappelle que le secret médical n'est – bien sûr – jamais opposable au patient. Il faut aussi affirmer que «mentir n'est jamais justifié ni éthiquement, ni thérapeutiquement» – dans un passé encore récent toutefois, on prenait des libertés avec ces règles majeures... Est évoqué dans ce contexte un texte connu de 1950 de Louis Portes, alors président de l'Ordre national des médecins, dont Ricot dit: «Le paternalisme qui suinte à travers les expressions utilisées nous est devenu inaudible, l'inégalité qui s'affiche sans fard, au prix d'une infantilisation du malade...» Dans un autre registre et sous le titre «Les méfaits du dolorisme», il écrit: «Les médecins ont parfois pensé que l'héroïsme du patient face à la douleur lui octroyait une énergie efficace [...] Ces théories, jamais validées, ont vécu.»

## Autonomie(s)

«La France offre un modèle, presque chimiquement pur, d'une préférence pour un régime de protection des individus contre les dérives éventuellement nuisibles de l'exercice de leurs libertés.» Citant Suzanne Rameix: «L'Etat protège contre eux-mêmes les citoyens qui porteraient atteinte à l'intégrité de leur corps ou à leur vie.»

**Son dernier ouvrage est une somme différenciée, sur des thèmes qui vont de la condition humaine à la déontologie et la pratique médicales.**

Ricot: «L'autonomie est la soumission à une loi rationnelle universalisable» (chassez le paternalisme, il revient au galop, diront certains hors de France). Plus loin: «Pour l'essentiel, dans le contexte culturel anglo-saxon, on privilégie l'indépendance de l'individu par rapport à la soumission à une loi [...], une auto-détermination dont la seule limite serait la non-malfaisance.» Aussi: «La logique de la relation médicale peut alors se décliner de façon contractuelle», contrairement à la vue française des devoirs fondamentaux du soignant, parfois contre l'avis du malade.

«En dernière instance, qui juge du caractère utile du traitement? C'est le patient, dont la volonté doit être

respectée [...] Le législateur a voulu ajouter deux clauses: d'une part, l'arrêt des traitements ne signe pas la fin du pacte de soin; d'autre part, le médecin doit vérifier que la décision du patient a bien été réitérée, en raison des conséquences éventuellement irrémédiables.»

### **Consentement et directives anticipées vs bienveillance**

«L'insistance sur le recueil du consentement et l'irruption des notions de personne de confiance et de directives anticipées dans la législation sont des indices très éloquents de la modification de la relation qui voit le devoir de bienfaisance du médecin reculer devant le respect de l'autonomie du patient.» Correct. Toutefois, Ricot reste ambivalent: «Le soignant pourrait devenir

### **Ricot rappelle que le secret médical n'est – bien sûr – jamais opposable au patient.**

l'instrument passif d'une volonté toute-puissante, celle du malade.» Plus loin: «La question aiguë posée par le mouvement impétueux de la modernité est ailleurs. C'est celle de la liberté de quitter la relation de soin pour anticiper la mort qui s'annonce.» Des craintes donc. Frilosités?

Pourtant, dans la préface de l'ouvrage, le Dr Jean Leonetti, rapporteur de la loi qui porte son nom, écrit: «Les auteurs et les témoins du soin ne peuvent que souscrire à cette phrase [de Ricot dans un autre livre]: 'La compassion, dissociée de l'exercice rationnel, ne saurait être promue au rang de repère éthique, en particulier pour les situations de fin de vie.'»

### **Intentionnalité**

Sur cette question, jugée fondamentale en France, Ricot cite J.-C. Fondras et S. Rameix: «Comment juger si une sédation profonde, continue jusqu'au décès, est sédative ou euthanasique? [...] Devant des effets secon-

dares problématiques (abrégé la vie du patient ou porter atteinte à son autonomie), la détermination de la véritable intention et de sa légitimité reste un point crucial.» C'est là qu'on peut ou même doit diverger. En effet, si la remarque ci-dessus est impeccable théoriquement, il est illusoire pratiquement/cliniquement de vouloir en faire un critère déterminant aujourd'hui dans les décisions prises au lit du malade en fin de vie – qu'on rappelle par exemple que plus de trois quarts des décès survenant en service de soins intensifs font suite à une décision médicale. Dans de nombreuses situations, se fixer sur une appréciation de l'intentionnalité n'est pas vraiment pertinent, en tout cas terriblement subjectif – qu'il s'agisse de l'acteur ou de l'observateur; et dite appréciation n'est pas possible de la manière précise que voudraient les tenants de ce critère. De plus, on a le droit ici de mettre en relation les déclarations de principes présentés comme absolument non négociables et le fait que personne ne conteste qu'il y a en France, bon an, mal an, un nombre certain d'euthanasies qui ne disent pas leur nom. L'auteur de cette recension dit sa difficulté devant des positions qui décident d'occulter une partie de la réalité pourtant tolérée, pour ne pas dire admise, par la société.

### **L'auteur de cette recension dit sa difficulté devant des positions qui décident d'occulter une partie de la réalité pourtant tolérée, pour ne pas dire admise, par la société.**

Ricot ne souhaite pas qu'une confrontation stérile perde entre ces attitudes françaises (dont il reconnaît au reste qu'elles sont actuellement indéniablement bousculées, y compris parmi la population) et celles de pays libéraux (anglo-saxons, d'autres aussi). Il préférerait qu'on aille vers un dialogue; s'il se fait sur des bases objectives, c'est une direction qu'on peut certainement saluer.

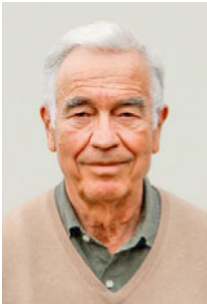
[jean.martin\[at\]saez.ch](mailto:jean.martin[at]saez.ch)



# Assistance au suicide: quel rôle pour le médecin?

Hans Stalder

Prof. Dr méd., membre de la rédaction



**Scénario 1:** J'ai un ami qui veut se suicider et me demande de l'aider. «Peux-tu me passer ton pistolet d'ordonnance?» me demande-t-il et il ajoute que je n'aurai aucun ennui, car la loi ne poursuit l'aide au suicide que s'il y a un motif égoïste [1]. Comme médecin j'aurais un moyen beaucoup moins violent, mais je n'ose pas lui en parler.

**Scénario 2:** Mon patient de 80 ans est fatigué de vivre. Sa femme étant décédée, ses enfants quasi absents, il refuse d'aller dans un EMS. Je lui réponds que selon la déontologie médicale actuelle, je ne puis l'aider que si son décès est proche, mais que selon les nouvelles directives [2], je devrais m'assurer que ses souffrances sont insupportables, en cas de doute appeler un spécialiste pour évaluer sa capacité de discernement et consulter une tierce personne pour confirmer que son désir de mourir est mûrement réfléchi. Mon patient me répond: «Pourquoi toutes ces conditions? Vous me connaissez de longue date et j'ai pleine confiance en vous.»

**Scénario 3:** Cette patiente souffre d'un cancer avec métastases et des douleurs intenses. Elle me demande de l'aider à mourir. Je lui réponds qu'on peut traiter les douleurs d'une manière efficace. Je pourrais augmenter les antidouleurs et les psychotropes même si elle en meurt. Elle me répond: «Je préfère mourir avec votre aide, réveillée et en présence de mes proches.»

Ces vignettes servent à discuter trois points qui à mon avis n'ont pas ou pas suffisamment été traités dans les nouvelles directives de l'ASSM «Attitude face à la fin de vie et à la mort» [2]. Certes, elles constituent un pas en avant comparées aux anciennes, qui ne permettaient l'assistance au suicide qu'en cas de mort imminente.

Le scénario 1 montre qu'il y a divergence entre la déontologie médicale concernant l'assistance au suicide et la loi, qui ne poursuit qu'en cas de motif égoïste. La prescription de pentobarbital est sans doute la façon la plus humaine d'aider à mourir, pas seulement pour la personne, mais aussi pour les proches. Seuls les médecins peuvent le prescrire et le procurer. L'aide au suicide est donc par défaut bel et bien devenue une «nouvelle tâche» et ne relève pas «de la compétence d'autres acteurs sociaux» [3]. Nous sommes ici dans une situation similaire à celle qui prévalait il y a quelques décennies pour l'avortement: bien plus humain fait par un gynécologue plutôt qu'avec des moyens artisanaux. Il

est évident que, comme pour l'avortement, l'assistance au suicide ne doit être pratiquée qu'après une discussion approfondie et empathique.

Le scénario 2 concerne l'autonomie du patient. Qui décide que les souffrances sont insupportables? N'est-ce pas une attitude patriarcale d'en faire une décision médicale visant plutôt à rassurer le médecin qu'à aider le patient? De plus ces directives risquent de prolonger la souffrance inutilement, surtout en cas d'issue fatale proche, car elles exigent même pour le médecin de famille connaissant bien son patient, que la capacité de discernement soit évaluée en cas de doute par un spécialiste et que le désir de mort soit durable et confirmé après des entretiens répétés et par une tierce personne.

Le scénario 3 montre comment nous évitons avec hypocrisie d'appeler euthanasie certains de nos actes. Extuber un patient en cas d'issue fatale ou appliquer une «sédation continue jusqu'à la mort» [2] dans une situation désespérée – des actes que nous avons tous pratiqués lors de nos stages à l'hôpital – causent activement la mort. Que faire si le patient désire mourir en pleine conscience entouré par ses proches plutôt que dans un coma dû au surdosage médicamenteux? Pour un changement de la loi sur l'euthanasie [1] il y a des pour et des contre [4], mais nous aurions aimé que ce sujet sensible soit approfondi d'abord par l'éthique avant d'être discuté par des parlementaires (ce qui va certainement arriver).

Les progrès médicaux dans la prolongation et la maintenance de la vie ainsi que les changements sociétaux ne permettant plus une attitude patriarcale posent des défis nouveaux aux médecins. Le succès d'Exit et l'attrait de Dignitas doivent nous faire réfléchir si nos règles déontologiques datant de l'aire hippocratique sont encore adaptées. D'autres pays l'ont fait: pourquoi pas la Suisse? Nous aurions aimé que la Commission d'éthique de l'ASSM aille un peu plus loin et aborde ces points délicats.

## Références

- 1 Voir Code pénal suisse, Art. 114 et 115.
- 2 Attitude face à la fin de vie et à la mort. Académie Suisse des Sciences médicales. <https://www.assm.ch/fr/Ethique/Ethique-en-fin-de-vie/Directives-Fin-de-vie.html>
- 3 Kind C. Directives révisées «Attitude face à la fin de vie et la mort». Bull Méd Suisses. 2017;98:49–50.
- 4 Kolatte E, Bonvallat F, Deslarzes B, et al. Euthanasie: réflexion et essai de clarification. Cahier d'uni3 12. Genève 2013. <https://www.unige.ch/uni3/qui-sommes-nous/commission/publications/>

[hans.stalder\[at\]saez.ch](mailto:hans.stalder[at]saez.ch)

JE VOUS PRESCRIS UN MÉDICAMENT CONTRE LE STRESS —  
METTEZ CHAQUE MATIN 2 CACHETS  
DANS LE CAFÉ DE VOTRE CHEF !

