

Briefe an die SÄZ



«Smartermedicine.ch» [1]

Madame,

Merci pour votre excellent article, mais je suis resté interrogatif sur votre conclusion. Si *Choosing wisely* s'appuie sur les *spécialités* et si les *preuves* sont issues de la «médecine des preuves», ce sera l'échec programmé d'une quelconque évolution positive, un bel empaquetage médiatique pour mieux faire avorter une belle idée.

Concernant l'«Evidence-based Medicine» (EBM): L'EBM se veut une façon de conduire la médecine à partir de «guideline» et de protocole strictement scientifique, basée sur des preuves donc des études. Elle est le credo de la médecine académique. Elle est pourtant très contestée; certains parlent de «fascisme», de «religion». On pourrait résumer son impasse par cette phrase: «la médecine moderne, c'est la rencontre de l'extrême puissance de la technologie et de l'extrême complexité des individus. Il faudra choisir, soit on l'abordera de façon presse people et magazines gratuits, soit on s'engagera vers le difficile. Soit on continuera sur la voie de l'enfermement administratif, soit on créera une nouvelle finesse d'action.» [2]

«De toute façon, les bases scientifiques de l'EBM sont fausses, en ce qu'elles confondent signification statistique et probabilité, cette dernière étant le seul guide de l'action dans les domaines ne comportant pas de certitude, comme la médecine (et les sciences biologiques appliquées en général). Un témoin de cette erreur fondamentale est la notion, dépourvue de sens scientifique, de «niveau de preuve» que l'EBM substitue implicitement et arbitrairement à la probabilité.» [3]

«Ne devrions-nous pas faire appel à une épistémologie constructiviste proche du NBM (Narrative Based Medicine) où le diagnostic devient une co-construction avec le patient?» [4]

Sur un plan philosophique, on pourrait reprendre l'expression de nos confrères (membres de la SMV-GPPV), «un tas de pierres n'a jamais fait une maison» [5], autrement dit, le tas de pierres de l'EBM n'a pas fait la «maison médecine».

On pourrait reprendre la métaphore du mythe de la caverne de Platon où les hommes adulent des images qu'ils croient réelles: les images du fond de la caverne sont celles de l'EBM, alors que la réalité est en dehors de la caverne...

Concernant les spécialités, il n'y a pas de meilleure interrogation que la citation d'Einstein [6]: «La perte de la vue d'ensemble est un im-

mense sacrifice». «Il ne suffit pas d'apprendre à l'homme une spécialité, car il devient ainsi une machine utilisable mais non une personnalité... Les excès du système de compétition et de spécialisation prématurée sous le fallacieux prétexte d'efficacité assassinent l'esprit.»

Ces deux trahisons de la médecine, preuves et spécialisation, sont justement les causes principales des dérives médicales que vous dénoncez très justement. Si l'on veut développer le *Choosing wisely* que la médecine intégrale appelle de ses vœux, laissons chaque médecin, arbitre dans sa propre relation thérapeutique, réguler dans ce colloque singulier hors des pressions des cartels, les interventions aussi inutiles que contre-productives pour la santé.

Voilà Madame, quelques modestes commentaires...

Dr Jacques Gardan, Romainmôtier-Envy

- 1 Hurst S. Smartermedicine.ch. Bull Méd Suisses. 2014;95(34):1252.
- 2 Kiefer B. Bloc-notes: EBM, fascisme et religion. Rev Med Suisse N° 90 du 6. 12. 2006.
- 3 Forcin JF. Bulletin de l'Ordre des médecins français. N°29, 5. 6. 2013)
- 4 Widmer D. Lettre d'un praticien. Bull Méd Suisses. 2011;92(10):364-5.
- 5 Treu A, Hurni M, Gabris G, Pnyotopoulos L, Miller N, Porchet A, «Un tas de pierres n'a jamais fait une maison». Bull Méd Suisses. 2010;91(18):712-3.
- 6 Martin J. Einstein et la marche du monde – idéaliste engagé, parfois prémonitoire. Bull Méd Suisses. 2014;95(34):1250-1.

Réponse

Un des buts d'une initiative comme la campagne *Choosing wisely* est de faire réfléchir sur les raisons pour lesquelles une prise en charge est justifiée. Il est donc positif qu'elle soulève le débat sur précisément ce genre de questions.

A la lecture de votre lettre je vois que nous sommes d'accord sur les fondements et puis ensuite, peut-être plus. Je vais donc partir de ces fondements. Lorsqu'il s'agit de décider ce qui est justifié ou non, on doit effectivement commencer par se demander ce qui est efficace. Efficace à quel point, pour faire quoi? Ces questions sont importantes. Mais avant toute autre chose, ça doit marcher. Comment sait-on qu'une prise en charge, justement, marche? Voilà la question à laquelle aucune démarche médicale ne doit échapper.

A ses débuts, l'*Evidence-based medicine* s'est construite quasi exclusivement à partir de cette question. Si tel patron me dit que oui, et tel autre patron me dit que non (cela m'est bien

sûr arrivé comme à tant d'autres), comment sait-on que ça marche? C'est une question légitime, à laquelle on est en droit d'attendre une réponse. Le but premier de l'EBM était de remplacer la voix de l'autorité par la description des faits.

Comme toute idée influente, l'EBM a cependant subi des dérives et a parfois été appliquée sans être bien comprise. Vous citez une critique de ce genre de malentendu: «(...) les bases scientifiques de l'EBM sont fausses en ce qu'elles confondent signification statistique et probabilité.» Il y a en fait non pas deux mais trois notions qu'il importe de ne pas confondre. La signification statistique, la probabilité que l'effet survienne chez un individu donné et la taille de l'effet. Si la signification statistique n'est pas atteinte, on doit douter que l'effet soit réellement là. Si la probabilité de l'effet chez un individu est faible, ou si la taille de l'effet est petite, alors l'effet est réellement là mais on doit douter qu'il soit suffisant pour être cliniquement pertinent.

Parfois, un petit effet sera malgré tout pertinent: chez un patient qui estime que cet effet, réel mais faible, est néanmoins suffisant. C'est ici que la co-construction, parfois appelée en bon français *shared decision-making*, a toute sa place. Mais en amont on n'échappe pas: comment sait-on que ça marche?

Ah mais, diront certains, comment sait-on que ça ne marche pas? Les philosophes nous le rappellent, on ne peut pas prouver une négative. Mais il ne s'agit pas d'une question strictement philosophique. Dès lors que l'on va proposer un fardeau, voire des risques, à un patient; dès lors que nous sommes des médecins et non des vendeurs d'espoir; dès lors que l'on va demander à la collectivité de payer, il est justifié de demander des preuves. Ces preuves peuvent prendre plusieurs formes. C'est malheureusement exact que l'EBM est trop souvent réduite à une sorte de culte de l'essai randomisé contrôlé. Si ce type d'essai est souvent le meilleur pour faire la différence entre ce qui marche et ce qui ne marche pas, il est cependant rarement le seul moyen et parfois il n'est pas applicable. Ce qui devrait importer n'est en fait pas tant d'avoir un essai randomisé contrôlé, que d'avoir, oui, une preuve que la prise en charge est efficace. Lorsqu'elle est bien comprise, l'EBM met la première brique à la «maison médecine». Elle doit nous permettre de trier les faits dans l'avalanche de marketing dont nous faisons souvent l'objet; de continuer à proposer à nos patients des interventions efficaces et pertinentes, comme vous le dites, «hors des pressions des cartels».

Prof. Dr Samia Hurst, Genève



Don d'organes

Merci au Dr Martin d'avoir proposé ce livre [1]. Sera-t-il lu par nos médecins-chefs d'hôpitaux, et surtout nos décideurs politiques, médecins cantonaux et leur conseiller d'Etat, et M. le conseiller fédéral Berset bien sûr? Infirmier coordinateur, structure en place depuis longtemps en Espagne au moins, avec des résultats probants; 300, un nombre hautement enviable. Pourquoi donc s'échiner à vouloir imposer légalement le défaut de refus du consentement au prélèvement d'organes, en butte aux difficultés juridiques, et de coûteuses campagnes d'affichage type machine à écrire, de nouvelles cartes de donneur à remplir avant un nouvel accident, alors que la fonction créée fait merveille? Certains moyens sont certes complémentaires, mais en fait ce doit être les mêmes qui répondent présents. Donneur de sang depuis mes 20 ans, et ex-donneur de moelle exclu par l'âge, j'avais demandé il y a une douzaine d'années pourquoi à l'époque deux organisations en Suisse, quand on se plaignait de leur peu de succès. D'un ton embarrassé, on avait essayé de m'expliquer que cela n'était pas là le problème, et que tout allait bien (sic). Mais cela ne va pas mieux hélas, et mal dans notre Suisse nantie. Donc quand se décidera-t-on enfin, avec quelques sous (que l'on a) à imiter l'Espagne, pour le bien du don d'organes. Le déni, et son corollaire l'inaction, et de multiples excuses, a toujours été le mécanisme psychologique le plus puissant. La FMH pourrait-elle donner un avis clair, et faire pression?

Dr Virgile Woringer, Lausanne

- 1 Martin J. Don d'organes, consentement et déchirement des proches. Bull Méd Suisses. 2014;95(40):1513.

Antwort

PD Jean Martin und Dr. Woringer greifen ein wichtiges Thema auf. Der FMH-Zentralvorstand hat an seiner September-Sitzung die Revision des Transplantationsgesetzes diskutiert. Da in der Schweiz im Kanton Tessin die Spendenbereitschaft vor Einführung des gesamtschweizerischen Transplantationsgesetzes trotz der dort geltenden Zustimmungslösung am höchsten war, hat er davon abgesehen, sich explizit für die Einführung der Widerspruchslösung auszusprechen. Verschiedene Faktoren dürften eine Rolle für die Organspendenbereitschaft spielen, wie dies u.a. die Nationale Ethikkommission in ihrer Stellungnahme im Jahr 2012 festgehalten hat [1]. Die optimale Information und Betreuung der Spender und ihrer Angehörigen durch die behandelnden Ärzte und/oder durch *infirmiers coordinateurs* wie in Frankreich

ist mitentscheidend. Dafür müssen die nötigen Ressourcen freigestellt werden.

Hanspeter Kuhn, *Fürsprecher,*
Leiter Abteilung Rechtsdienst FMH

- 1 NEK Zur Widerspruchslösung im Bereich der Organspende, Ethische Erwägungen, Stellungnahme Nr. 19/2012, Bern, Oktober 2012, S. 6; (www.nek-cne.ch/de/themen/stellungnahmen/index.html)



Sexuelle Übergriffe dürfen nicht verharmlost werden

Zum Artikel «Sexuelle Übergriffe: ReMed verurteilt nicht» [1]

Frau Tanner beschreibt einen Fall und das Vorgehen von ReMed. Was mir fehlt ist die klare Stellungnahme gegenüber dem «fehlbaren» Kollegen. In einer Sexualstraftätertherapie würde ich einem solchen Täter klar zur Selbstanzeige raten. Es ist ein Übergriff und das darf aus meiner Sicht in keiner Weise verharmlost werden, und falls die Person nicht bereit ist, ihr Verhalten konstruktiv zu hinterfragen, sollte auch eine Anzeige erfolgen. Hier geht es um Opferschutz und nicht um Kollegenschutz, um sich nicht dem Vorwurf auszusetzen, «eine Krähe hackt der anderen kein Auge aus». Grenzverletzendes Verhalten ist grenzverletzend. In diesem Beispiel sollte auch der Vorgesetzte der Kollegin instruiert werden.

Dr. med. Christoph Burz, *Summaprada*

- 1 Tanner M. Sexuelle Übergriffe: ReMed verurteilt nicht. Schweiz Ärztzeitung. 2014;95(42):1561-2.

Anmerkung der Redaktion: Ein Artikel von ReMed, in dem auf die im Brief von Dr. Burz angesprochenen Fragen eingegangen wird, ist in Vorbereitung und wird in einer der nächsten Ausgaben der SÄZ erscheinen.



Questions très actuelles

A propos de l'article d'Erika Preisig: «Bei uns kann Sterben unerträglich sein» [1].

Cet article nous interpelle pour plusieurs raisons: les trois cas présentés touchent à des questions très actuelles qui ne sont que trop rarement évoquées, même dans le milieu médical. Nous saluons au même temps l'initiative

du BMS de le publier dans le cadre des «Articles interactifs».

On ne peut pas imposer les soins palliatifs à la personne de 96 ans qui a encore son discernement et qui désire obtenir une mort assistée, en lui collant l'étiquette d'une dépression. Erika Preisig argumente dans son appréciation du cas, qu'une dépression ne prive pas cette femme de sa capacité de discernement; de plus, elle était membre d'Exit bien avant son infarctus récent.

La situation de la femme âgée de 86 ans s'avère par contre bien plus complexe, car plusieurs critères tant l'évaluation que le traitement ne tiennent pas la route. À cause d'une gangrène avancée, l'amputation de la jambe a été indiquée, mais la patiente refusait cette intervention et demandait une mort assistée. Par la suite plusieurs incohérences se sont cumulées et la patiente n'avait finalement accès ni à une mort assistée, ni à une sédation terminale suffisante. Ce cas nous rappelle que les démarches pour une fin de vie digne commencent avec l'établissement des directives anticipées, et même une adhésion à une association d'aide au suicide si une telle fin de vie est envisagée. Ce document facilitera les décisions médicales pour la conduite de la fin de vie et assure au patient le suivi de ses directives et d'être écouté.

Le troisième cas nous confirme que la perte de la capacité de discernement peut nous priver à n'importe quel moment d'une mort assistée souhaitée. Une démence progressive, un accident vasculaire cérébral ou un traumatisme central peuvent brusquement interrompre notre capacité de discernement. Ils ne restent que les directives anticipées (si elles étaient formulées) qui, selon le nouveau droit de l'adulte, laissent une marge importante dans l'interprétation à l'entourage, tant aux soignants qu'à la famille, et une mort assistée n'est plus possible selon la loi!

Ceci signifie que la personne qui envisage une mort assistée doit formuler ce vœu suffisamment tôt et son entourage doit accepter cette situation et soutenir le patient dans sa démarche sans tarder.

- Que faire si cette démarche arrive trop tard et que la capacité de discernement n'est plus assurée?
- Peut-on envisager aujourd'hui une évolution vers une autre attitude plus proche du désir des personnes ayant perdu leur discernement?
- Faudrait-il donner plus de valeur aux directives anticipées, assimilables à un véritable testament?

Dr Pierre Schaefer, *ancien onco-gynéco, Vessy*
Dr Béatrice Deslarzes, *accompagnatrice*
et *médecin conseil à Exit Suisse Romande, Vessy*

- 1 Preisig E. Bei uns kann Sterben unerträglich sein. Bull Méd Suisses. 2014;95(40):1506-8.



Der Schöpfergott als aktives Zentrum der Palliativmedizin

Zum Beitrag «Bei uns kann Sterben unerträglich sein» [1]

Wir Ärzte beschäftigen uns wohl alle mit unserem eigenen Sterben. Wir erleben dabei vielleicht eine ähnliche Angst wie jemand, der vor der Eiger-Nordwand steht, mit der unausweichlichen Verpflichtung, diese ohne alpinistische Erfahrung besteigen zu müssen. Als Ärzte haben wir wohl schon alle einige Patienten mit dem Massstab unseres persönlichen Gutdünkens in den Tod begleitet und dabei einige lehrreiche, vielleicht zum Teil auch uns beglückende Erfahrungen gemacht. Wir waren bei dieser wohlgemeinten ärztlichen Tätigkeit jedoch immer nur die Zuschauer, die unsere Patienten mit dem im Universitätsstudium bezogenen

Feldstecher weit oben in der Felswand bei ihrem teilweise mühsamen Klettern beobachteten.

Ich versuche nun die harte Schale des «frommen» und «wissenschaftlichen» Dogmatismus zu knacken, in der Hoffnung, dabei auf den heilsamen, essbaren Kern der christlichen Wahrheit zu stossen – auf die Kreuzigung und leibliche Auferstehung Christi aus dem Tod. Christus hat sich am Kreuz mit der von Frau Kollegin Preisig anschaulich dargestellten Situation eines von einer unheilbaren, schmerzhaften Krankheit geschlagenen Patienten solidarisiert. Die Tatsache der materiellen Auferstehung Christi aus dem Tod kann uns die Hoffnung geben, dass die göttliche Schöpferkraft auch in unseren, von nicht aushaltbaren Schmerzen gequälten Körpern wunderbar materiell wandelnd eingreifen kann und uns so nicht nur eine Schmerzerleichterung, sondern auch ein Gefühl von absoluter Geborgenheit schenken kann. Der Zugang zu dieser helfenden Wahrheit kann uns Ärzten möglich werden, wenn wir uns aufgrund der Forschungsergebnisse der Atomphysiker für den Gedanken offen halten, dass im subatomaren Teil der Materie Vorgänge ablaufen, die nicht von einer weltlichen Ursache angestossen werden.

Wenn ich so durch Beobachten und Nachdenken, aber auch durch gute und schlechte Erfahrungen mit mir selbst zur Bescheidenheit und nicht zur Selbstbestimmung gedrängt werde, kann die Aufforderung von Frau Preisig, die Suizidhilfe in den Katalog der ärztlichen Leistungen aufzunehmen, keinen heilsamen, mich motivierenden Widerhall in mir finden.

Unser früherer Lehrer, der Mediziner Profes-

sor Löffler, hat formuliert: «Die Krankheit hat vergessen im Lehrbuch nachzuschauen.» Zu unserer Erleichterung dürfen wir diese Aussage variieren und ergänzen: «Unser Sterben hat glücklicherweise vergessen im Lehrbuch nachzuschauen.»

Dr. med. Eduard Dolder, Wald

- 1 Preisig E. Bei uns kann Sterben unerträglich sein. Schweiz Ärztezeitung. 2014;95(40):1506–8.



Es ist nicht alles Gold, was glänzt ...

Der Artikel von G. Kocher zu den Kosten des Gesundheitswesens [1] in der Schweiz und anderswo ist tendenziös und illustriert geradezu lehrbuchmässig den Satz: «Lügen, gemeine Lügen, Statistiken!»

Aufgrund der zitierten Zahlen könnte man ebenso gut zu folgendem Schluss kommen: «Die Schweiz als reiches Land leistet sich ein teures Gesundheitssystem und ist sehr zufrieden damit.» Was so ziemlich das Gegenteil von dem ist, was G. Kocher insinuiert.

Als reiches Land leisten wir uns auch eine Kritik- und Besserwisser-Industrie – aber zum Glück vergolden wir sie nicht auch noch ...

Dr. med. Reto Gross, Altstätten SG

- 1 Kocher G. Leistungen und Kosten der Gesundheitssysteme – grosse nationale Unterschiede. Schweiz Ärztezeitung. 2014;95(8):303–6.

Leserbriefe



Reichen Sie Ihre Leserbriefe rasch und bequem ein. Auf unserer neuen Homepage steht Ihnen dazu ein spezielles Eingabefeld zur Verfügung. Damit kann Ihr Leserbrief rascher bearbeitet und publiziert werden – damit Ihre Meinung nicht untergeht. Alle Infos unter: www.saez.ch/autoren/leserbriefe-einreichen/

Mitteilungen

Kollegium für Hausarztmedizin KHM

KHM Forschungspreis Hausarztmedizin 2015*

Fachgebiet: Hausarztmedizin

Arbeiten/Kriterien: Abgeschlossene wissenschaftliche Arbeiten aus der Schweiz oder von im Ausland tätigen SchweizerInnen, die wichtige Aspekte hausärztlicher Grundversorgung thematisieren, insbesondere:

- die Qualität der Behandlung und der Betreuung hausärztlicher PatientInnen
- die praktische Arbeit des hausärztlichen Grundversorgers (valid, relevant, umsetzbar im Rahmen der Praxis)
- die Sicherstellung der hausärztlichen Grundversorgung (Erforschung der Grundlagen, Arbeitsbedingungen, Ressourcenlage und Versorgungssituation)

Preissumme: 30 000 CHF

Es können eine oder mehrere Arbeiten ausgezeichnet werden. Bei der Preisvergabe an mehrere Arbeiten wird die Preissumme aufgeteilt. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

Teilnehmer/innen: Autorinnen und Autoren aus der Schweiz oder im Ausland tätige SchweizerInnen, die in den vergangenen drei Jahren eine bedeutende hausärztliche Arbeit abgeschlossen haben.

Eingabetermin: 1. Dezember 2014

Preisverleihung: 25. Juni 2015 anlässlich KHM Fortbildungskongress Luzern (25./26. 6. 2015) und am 10. September 2015 bei den Journées de formation CMPR in Lausanne (10. 9. 2015)

Preiskomitee: eine unabhängige Jury, eingesetzt vom Stiftungsrat KHM

Teilnahmebedingungen: Einzureichen sind in elektronischer Form per E-Mail oder CD (keine Disketten) und auf Papier:

- Anmeldeformular (www.kollegium.ch/rd/d.html)
- Curriculum vitae des Hauptautors
- Manuskript
- Begleitschreiben «Bedeutung der eingereichten Arbeit für die Hausarztmedizin»

Schon einmal unterbreitete Arbeiten können nicht berücksichtigt werden und über die Preisnominierung wird keine Korrespondenz geführt.

Auskunft: Kollegium für Hausarztmedizin KHM, Sekretariat Forschung Hausarztmedizin, Landhausweg 26, 3007 Bern, [foham\[at\]kollegium.ch](mailto:foham[at]kollegium.ch); www.kollegium.ch/rd/d.html

*Gestiftet von Mepha Pharma AG

Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie SGC / SSC

Vorstand 2014–2015

Präsident

Prof. Dr. med. Raffaele Rosso, Lugano

Vize-Präsident

Prof. Dr. med. Marcel Jakob, Basel

Past-Präsident

Prof. Dr. Ralph A. Schmid, Bern

Vorstandsmitglieder

PD Dr. Igor Langer, Bern

Dr. med. Mario Bonaccio, Frauenfeld

PD Dr. med. Stefan Breitenstein, Winterthur

Prof. Dr. med. Léo Bühler, Genève

Dr. med. Roland Chautems, Neuchâtel

Prof. Dr. med. Nicolas Demartines, Lausanne

Prof. Dr. med. Bernhard Egger, Fribourg

Prof. Dr. med. Markus Furrer, Chur

Dr. med. Minoa Karin Jung, Genève

Dr. med. Philipp M. Lenzlinger, Schlieren

PD Dr. med. Bettina Marty, Fribourg

Dr. med. Phaedra Müller, Zürich

Prof. Dr. med. Bruno Schmied, St. Gallen

Generalsekretär

Dr. med. Frédéric Dubas, Sion

SGC / SSC – Geschäftsstelle

Bahnhofstrasse 55, CH-5001 Aarau, Tel. 062 836 20 98, [info\[at\]sgc-ssc.ch](mailto:info[at]sgc-ssc.ch), www.sgc-ssc.ch

Aktuelle Forumthemen

Jetzt online mitdiskutieren auf www.saez.ch



Dr. dipl. pharm. Isabelle Arnet, Pharmaceutical Care Research Group, Universität Basel

Optimales Einhalten des Therapieplans

Wie lässt sich die Adhärenz konkret und sofort verbessern?



Adrian Schmid, Leiter «eHealth Suisse», Koordinationsorgan Bund-Kantone

Der Umgang mit relevanten Informationen ist veraltet

Dem elektronischen Patientendossier gehört die Zukunft