

Bulletin des médecins suisses

1205 Editorial
**«Troubles somatoformes
douloureux»: le revirement
du Tribunal fédéral**

1244 Rencontre avec
Pia Coppex
**«Je suis la voix de
la pratique»**

1252 «Et encore...»
par Samia Hurst
Docteur, je veux mourir...



1206 FMH
**Actualisation de la jurisprudence
relative aux troubles douloureux:
point de vue médical**

Rédaction

Dr med. et lic. phil. Bruno Kesseli, Bâle (Rédacteur en chef);
 Annette Eichholtz, M.A. (Managing Editor);
 Isabel Zwyszig, M.A. (Rédactrice coordinatrice);
 Dr med. Werner Bauer; Prof. Dr med. Samia Hurst;
 Dr med. Jean Martin; lic. oec. publ. Anna Sax, MHA;
 Dr med. Jürg Schlup (FMH); Prof. Dr med. Hans Stalder;
 Dr med. Erhard Taverna; lic. phil. Jacqueline Wettstein (FMH)

Rédaction Ethique

Dr theol. Christina Aus der Au, p.-d.; Prof. Dr med. Lazare Benaroyo;
 Dr phil., dipl. biol. Rouven Porz, p.-d.

Rédaction Histoire médicale

Prof. Dr med. et lic. phil. Iris Ritzmann; Dr ès sc. soc. Eberhard Wolff, p.-d.

Rédaction Economie

lic. oec. publ. Anna Sax, MHA

Rédaction Droit

M^e Hanspeter Kuhn (FMH)

FMH

1205



ÉDITORIAL: Christine Romann

«**Troubles somatoformes douloureux**»: le revirement du Tribunal fédéral Les personnes concernées par les troubles somatoformes douloureux n'avaient jusqu'ici pas droit à une rente d'invalidité car leurs douleurs étaient présumées surmontables par un effort de volonté raisonnablement exigible, selon le Tribunal fédéral. Ce dernier a heureusement revu sa jurisprudence. Les trois articles suivants se penchent sur la signification de ce changement.

THÈME: Jörg Jeger

1206 **Point de vue médical concernant les troubles douloureux** Le médecin-chef de MEDAS Zentralschweiz reconnaît que le Tribunal fédéral s'est prononcé plus vite que prévu et de manière assez radicale sur les erreurs commises, auxquelles il a remédié. Il est désormais attendu des sociétés de discipline qu'elles édictent des directives relatives à l'évaluation des troubles psychosomatiques.

THÈME: Hans Georg Kopp

1209 **Le Tribunal fédéral fait dans le «sur-mesure»** L'auteur évalue la nouvelle jurisprudence en sa qualité de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Selon lui, ce changement valorise l'importance de l'expertise psychiatrique différenciée.

THÈME: Ueli Kieser

1212 **Atteintes à la santé non objectivables – Etes-vous au clair?** Le juriste Ueli Kieser présente une grille d'examen concrète pour les atteintes à la santé non objectivables. Selon lui, la nouvelle jurisprudence exige des investigations sensiblement plus approfondies, en particulier en ce qui concerne les éléments de nature non médicale.

1215 **Nouvelles du corps médical**

Autres groupements et institutions

SUVA: Daniel Schriber

1216 **Nach Unfall zurück an den Arbeitsplatz? «Je früher, desto besser!»**

Courrier / Communications

1218 **Examens de spécialiste / Communications**

FMH Services

1220 **Seminare / Séminaires / Seminari**

1226 **Emplois et cabinets médicaux**

Tribune

ÉCONOMIE DE LA SANTÉ: Christian Schmid, Konstantin Beck

1238 **Les franchises élevées entraînent-elles une réduction des coûts?**

Tribune

THÈME: Marcel Bischoff

1240 **Selbstkompetenzen entwickeln**

1243 **Spectrum**

Horizons

RENCONTRE AVEC...: Daniel Lüthi

1244 **«Je suis la voix de la pratique»** En août, Daniel Lüthi présente Pia Coppex, la première infirmière devenue présidente de la Société Suisse d'Éthique Biomédicale. Consciente qu'il est important de prendre en compte d'autres valeurs à une époque où les arguments économiques ont toujours plus de poids, Pia Coppex s'est spécialisée dans les problèmes de l'âge. «Les personnes âgées m'ont toujours énormément apporté», explique-t-elle.



1247 **Sous un autre angle: Urban Pachlatko**
Medizinische Hilfe für die Ärmsten Compte rendu d'un engagement de six semaines auprès des *German Doctors* à Dacca, la capitale du Bangladesh.

Sous un autre angle: Bernhard Gurtner

1249 **Urinöse Geschichten**

NOTES DE LECTURE: Jean Martin

1251 **La mort et nous (par la bande dessinée)**

Et encore...

Samia Hurst

1252 **Docteur, je veux mourir...** Que faire lorsque l'on est confronté à une telle demande? L'éthicienne analyse les étapes que le médecin devrait respecter lorsqu'il doit se prononcer sur le souhait de mourir d'un patient.

ANNA



Impressum

Bulletin des médecins suisses
Organe officiel de la FMH
et de FMH Services
Adresse de la rédaction: Elisa Jaun,
Assistante de rédaction BMS,
EMH Editions médicales suisses SA,
Farnsburgerstrasse 8, 4132 Muttenz,
tél. +41 (0)61 467 85 72,
fax +41 (0)61 467 85 56,
redaktion.saez@emh.ch, www.saez.ch

Editeur: EMH Editions médicales
suisses SA, Farnsburgerstrasse 8,
4132 Muttenz, tél. +41 (0)61 467 85 55,
fax +41 (0)61 467 85 56, www.emh.ch

Marketing EMH / Annonces:
Dr phil. II Karin Würz, responsable
marketing et communication,
tél. +41 (0)61 467 85 49, fax +41
(0)61 467 85 56, kwuerz@emh.ch

**«Offres et demandes d'emploi/Im-
meubles/Divers»:** Matteo Domeniconi,

personne de contact,
tél. +41 (0)61 467 86 08,
fax +41 (0)61 467 85 56,
stellenmarkt@emh.ch

«Office de placement»: FMH Consul-
ting Services, Office de placement,
Case postale 246, 6208 Oberkirch,
tél. +41 (0)41 925 00 77,
fax +41 (0)41 921 05 86,
mail@fmhjob.ch, www.fmhjob.ch

Abonnements membres de la FMH:
FMH Fédération des médecins
suisses, Elfenstrasse 18, 3000 Berne 15,
tél. +41 (0)31 359 11 11,
fax +41 (0)31 359 11 12, dlm@fmh.ch

Autres abonnements: EMH Editions
médicales suisses SA, Abonnements,
Farnsburgerstrasse 8, 4132 Muttenz,
tél. +41 (0)61 467 85 75, fax +41
(0)61 467 85 76, abo@emh.ch

Prix de l'abonnement: abonnement
annuel CHF 320.-, port en sus.

ISSN: version imprimée: 0036-7486 /
version en ligne: 1424-4004
Paraît le mercredi

© **EMH Editions médicales suisses SA (EMH), 2015.** Le Bulletin des médecins suisses est une publication «open-access» de EMH. Sur la base de la licence Creative Commons «Attribution – Pas d'Utilisation Commerciale – Pas de Modification 4.0 International», EMH accorde à tous les utilisateurs le droit, illimité dans le temps, de reproduire, distribuer et communiquer cette création au public, selon les conditions suivantes: (1) citer le nom de l'auteur; (2) ne pas utiliser cette création à des fins commerciales; (3) ne pas modifier, transformer ou adapter cette création. L'utilisation à des fins commerciales peut être possible uniquement après

obtention explicite de l'autorisation de EMH et sur la base d'un accord écrit.

Note: Toutes les données publiées dans ce journal ont été vérifiées avec le plus grand soin. Les publications signées du nom des auteurs reflètent avant tout l'opinion de ces derniers, pas forcément celle de la rédaction du [BMS]. Les doses, indications et formes d'application mentionnées doivent en tous les cas être comparées aux notices des médicaments utilisés, en particulier pour les médicaments récemment autorisés.

Production: Schwabe SA, Muttenz,
www.schwabe.ch

printed in
switzerland

«Troubles somatoformes douloureux»

Le revirement du Tribunal fédéral

Christine Romann

Dr med., membre du Comité central de la FMH, responsable du département Promotion de la santé et prévention



Le diagnostic de «troubles somatoformes douloureux» est devenu tristement célèbre ces dernières années après que le Tribunal fédéral a expressément précisé, dans un arrêt rendu en 2004, que ces troubles ne justifiaient en règle générale pas de limitation durable de la capacité de travail et que les personnes concernées par de tels troubles n'avaient dès lors pas droit à une rente d'invalidité. Selon le Tribunal fédéral, la douleur liée à ces troubles pouvait être surmontée par un effort de volonté raisonnablement exigible de la part des personnes qui en souffraient.

En mars 2011, le législateur a suivi cette jurisprudence et établi un nouveau groupe de maladies psychiques dans les dispositions finales de la 6^e révision de l'AI, à savoir les «syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique» (SPECDO), désormais tous présumés surmontables par un effort de volonté raisonnablement exigible.

Ce faisant, il a créé une catégorie juridique de maladies qui n'existe pas en médecine et dont le traitement spécial sous l'angle de l'assurance-invalidité est dénué de tout fondement médical. Le caractère discuté de cette construction s'est déjà manifesté lors des débats

Les personnes concernées par les troubles somatoformes douloureux n'avaient jusqu'ici pas droit à une rente d'invalidité car leurs douleurs étaient présumées surmontables par un effort de volonté raisonnablement exigible.

parlementaires, lorsque le conseiller fédéral Berset a été contraint de souligner que les diagnostics psychiatriques classiques n'étaient pas concernés, bien que dans l'état actuel des connaissances, les constats organiques fassent très souvent défaut et qu'il règne une grande incertitude en matière de pathogenèse et d'étiologie.

La priorité a manifestement été donnée à l'assainissement financier de l'assurance-invalidité, en dépit des

réserves émises par les milieux médical et juridique, et les conséquences se sont fait sentir dans le quotidien de la pratique médicale. Cela a déstabilisé et angoissé les patientes et les patients, irrité les médecins traitants, et compliqué davantage encore la collaboration pourtant incontournable avec l'assurance-invalidité.

Or, le 3 juin dernier, le Tribunal fédéral a tout aussi souverainement remis en question sa jurisprudence relative aux répercussions invalidantes des syndromes somatoformes douloureux et des troubles psychosomatiques similaires, abandonnant la présomption «du caractère surmontable de ces troubles», notion

Le Tribunal fédéral a heureusement revu sa jurisprudence et abandonné la présomption du caractère surmontable de ces troubles.

centrale de l'ancienne jurisprudence! Nous tenons à saluer cet arrêt historique comme il se doit et à le commenter sous différents angles, en expliquant son sens et ses répercussions. Le Dr Jörg Jeger, rhumatologue et médecin-chef de MEDAS Zentralschweiz, et le Dr Hans Georg Kopp, psychiatre au Zentrum für Begutachtung de la Rehaklinik de Bellikon, tous deux éminents critiques de la première heure à l'égard de l'ancienne jurisprudence, ont examiné l'arrêt du Tribunal fédéral de leur point de vue; le Prof. iur. Ueli Kieser, avocat, nous livre son appréciation juridique de cet arrêt et de ses répercussions probables.

Si ces trois auteurs saluent le changement de jurisprudence du Tribunal fédéral, ils soulignent néanmoins que les médecins seront désormais confrontés à de nouveaux défis d'envergure. Apprenez-en davantage en lisant les trois articles que vous trouverez à partir de la page 1206 de cette édition du *Bulletin des médecins suisses*.

Point de vue médical concernant les troubles douloureux

Jörg Jeger

Dr med., spécialiste en rhumatologie FMH, EMBA, MAS en médecine des assurances, médecin-chef MEDAS Zentralschweiz

Dès les années quatre-vingt, les versements anticipés de rentes ont massivement augmenté. Malheureusement, les sociétés de discipline médicale ont tardé à se pencher sur cette importante question de politique sociale, si bien que le Tribunal fédéral a tranché en 2004 et mis un terme à cette pratique, confirmant ainsi un vieil adage de Swissair dans les années cinquante: «Qui ne vole pas sera survolé.»

L'évaluation de la capacité de travail: une tâche négligée

De toute évidence, la formation médicale néglige encore de façon inexcusable l'évaluation de la capacité de travail. C'est ce qu'a démontré un sondage réalisé auprès des médecins spécialistes récemment diplômés publié il y a peu dans cette revue [1]. En effet, parmi les 23 objectifs de formation faisant l'objet de ce sondage, l'évaluation de la capacité de travail a obtenu les moins bonnes évaluations dans tous les domaines spécialisés. Il existe donc un retard à combler impérativement dans le cadre de la formation pré- et postgraduée.

Inconvénients liés à la jurisprudence rendue jusqu'alors en ce qui concerne les troubles douloureux («Überwindbarkeitspraxis» ou présomption du caractère surmontable des troubles)

- La base de données empiriques sur laquelle repose la présomption du Tribunal fédéral selon laquelle les troubles somatoformes peuvent «être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible» est très peu fournie et la référence à «l'empirie médicale» n'est pas défendable [2].
- Le regroupement des tableaux cliniques mentionnés sous la notion de «*syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique*» s'avère problématique. Il s'agit d'une notion juridique qui ne peut être transposée telle quelle en médecine.
- Le Tribunal fédéral a considérablement modifié les critères liés au pronostic négatif qu'avait définis le psychiatre turginois Klaus Foerster et leur a attribué une portée différente. Il a notamment accordé à

la comorbidité psychiatrique une importance qu'on ne saurait justifier d'un point de vue médical. Celle-ci a effectivement été érigée au rang de critère exclusif de la demande de rente.

- Cette jurisprudence a abouti, en règle générale, à des décisions de type «tout ou rien». Or, la situation médicale des patients présentant des troubles psychosomatiques implique souvent que ceux-ci disposent de ressources résiduelles dont ils pourraient faire un usage judicieux dans la vie active. Ces ressources ne sont toutefois pas suffisantes pour assumer un poste à plein temps sur le marché du travail.
- Le défaut d'objectivation n'est pas corrélé, en soi, avec «*l'effort de volonté qu'on peut raisonnablement exiger pour surmonter*» les troubles concernés.
- L'ancienne jurisprudence relative aux troubles douloureux a été conçue pour des diagnostics déterminés. Cela explique la conception erronée selon laquelle un diagnostic permettrait de tirer des conclusions sur le degré d'incapacité.
- L'ancienne pratique du caractère surmontable des troubles était difficile à communiquer aux assurés et menait à des formulations blessantes et dégradantes. Cette pratique a également fortement contribué au durcissement des positions entre organes de l'assurance-invalidité et médecins, un sujet qui a plusieurs fois été traité dans cette revue.

Le tournant: l'arrêt 9C_492/2014 du 3 juin 2015

L'essentiel en bref:

- La présomption du caractère surmontable de la douleur est abandonnée, faute de fondement scientifique suffisant.

- Le Tribunal fédéral parle désormais de «*syndromes somatoformes douloureux persistants et troubles psychosomatiques analogues*».
- L'ancienne procédure, construite sur le modèle règle/exception, est remplacée par une *procédure probatoire structurée fondée sur des indicateurs prédéfinis*. L'importance de la comorbidité psychiatrique est fortement relativisée et le critère du bénéfice primaire tiré de la maladie complètement abandonné.
- C'est à dessein que ces facteurs sont désignés comme des indicateurs, et non comme des critères. Chaque cas doit être examiné avec le même sérieux et sans *a priori*, indépendamment du diagnostic.
- En se fondant sur les indicateurs, les médecins traitants et les médecins qui procèdent à l'expertise doivent déterminer dans quelle mesure les troubles concernés induisent des limitations fonctionnelles ayant des répercussions sur l'activité et la participation. Les indicateurs concernent le *degré de gravité fonctionnel de la maladie* et la *cohérence de l'incapacité* (limitations identiques du niveau d'activité dans des domaines comparables de la vie, degré de souffrance).
- La nouvelle jurisprudence attache de l'importance au fait de prendre en compte et d'établir non seulement les déficiences (représentation négative des capacités), mais également les ressources (représentation positive des capacités). Cette nouvelle approche s'exprime dans la phrase: «*L'incapacité de travail découle du solde de l'ensemble des handicaps et des ressources.*» (traduction libre).
- Le fardeau de la preuve continue d'incomber au requérant: si celui-ci ne parvient pas à établir la preuve cohérente de l'incapacité, aucune prestation d'assurance (aucune rente, en particulier) n'est due.

Première appréciation du point de vue médical

Le Tribunal fédéral s'est prononcé plus vite que prévu et de manière assez radicale sur les erreurs commises, auxquelles il a remédié. Avec la nouvelle jurisprudence relative aux symptômes cliniques psychosomatiques, il a franchi une étape importante qui ouvre des perspectives d'avenir et de modernité. En effet, il a remédié d'un seul coup à pratiquement toutes les lacunes rele-

Le Tribunal fédéral s'est prononcé plus vite que prévu et de manière assez radicale sur les erreurs commises.

vées durant les dix dernières années d'un point de vue médical et juridique. Ce faisant, le Tribunal fédéral a fait preuve d'une ouverture d'esprit et d'un sens de l'autocritique étonnants.

- Il faut y voir l'aveu que l'ancienne jurisprudence incitait à considérer la règle générale comme immuable et à la cristalliser. Le Tribunal fédéral parle à cet égard de «*Bias*» (erreur systématique), ce qui donne à réfléchir.
- La procédure probatoire structurée fondée sur des indicateurs ne préjuge pas de l'issue de la requête. Tant les médecins chargés de l'évaluation que les praticiens du droit doivent examiner avec la même diligence, et indépendamment du diagnostic, s'il y a ou non incapacité. Le fait qu'une telle incapacité doive être *cohérente et analogue dans des domaines comparables de la vie* doit aussi être souligné et soutenu du point de vue médical.
- Le praticien du droit exige en outre une *appréciation objective de l'exigibilité*. Cela signifie qu'il n'appartient pas seulement au sujet concerné d'établir que sa capacité de travail est réduite, mais que les divers spécialistes du domaine médical et de la réadaptation professionnelle doivent parvenir à la conclusion qu'il existe une réelle incapacité ayant des répercussions sur la vie professionnelle. Les observations des tentatives de réadaptation encadrées par des professionnels revêtent ainsi une plus grande portée.
- La plus grande modification, et à mes yeux la plus belle, réside dans la *conception de l'être humain* sur laquelle se fonde la nouvelle jurisprudence: toutes les personnes prenant part à la procédure doivent



La nouvelle jurisprudence attache de l'importance au fait de prendre en compte et d'établir non seulement les déficiences, mais également les ressources.

traiter le requérant avec la même diligence et le même respect, indépendamment du diagnostic. Il n'y a plus de «*Geh-uns-sowieso-nichts-an-Diagnosen*» (*GUSNAD*), et les décisions ou les jugements refusant une prestation ne devraient plus non plus contenir de formulations attentatoires à la personnalité.

- En ce qui concerne le diagnostic, la nouvelle jurisprudence met l'accent sur la preuve de l'incapacité (limitations fonctionnelles ayant des répercussions sur l'activité et la participation).
- L'arrêt concerné s'imprègne d'une approche moderne de la médecine et de la réadaptation: l'incapacité résulte de l'interaction entre l'individu, affecté

Le Tribunal fédéral a également clairement précisé qu'il attendait des sociétés de discipline qu'elles édictent des directives relatives à l'évaluation des troubles psychosomatiques.

par une maladie ou un accident, et son environnement. Le fait qu'un être humain puisse assumer ou non ses obligations sociales dépend du rapport entre ses limitations fonctionnelles (déficiences), ses ressources personnelles et les exigences de la vie.

- La nouvelle jurisprudence pose des conditions strictes tant aux médecins chargés de l'évaluation qu'aux praticiens du droit. Il reste à espérer que tous les intéressés soient en mesure de satisfaire à ces exigences. Le monde médical devra approfondir sa formation en matière d'évaluation de la capacité de travail ainsi que la mise en œuvre de la classification ICF. Les sociétés de discipline et la FMH seront particulièrement sollicitées à cet égard. Le Tribunal fédéral a également clairement précisé qu'il attendait des sociétés de discipline qu'elles édictent des directives relatives à l'évaluation des troubles psychosomatiques. Plus la jurisprudence pourra

s'appuyer sur un consensus probant des associations professionnelles, moins il lui sera nécessaire de recourir à ses propres constructions juridiques auxiliaires. Les médecins doivent se le mettre en tête!

- Certaines incertitudes demeureront tant que le praticien du droit ne définira pas le *seuil de la preuve de l'incapacité*. Ce point relève d'un pouvoir d'appréciation exploité par les divers intervenants.
- Il ne faut en aucun cas se méprendre sur la nouvelle jurisprudence et considérer qu'elle ouvre la porte à une allocation libérale des rentes comme dans les années nonante. On ne le soulignera jamais assez: est exigée la *preuve cohérente de l'incapacité*, ni plus, ni moins. Le monde médical doit tirer les enseignements du passé. S'il ne le fait pas, il sera assurément laissé pour compte une prochaine fois (et probablement de manière définitive). Nous devons faire un usage diligent et prudent des responsabilités que nous avons recouvrées!
- Dans une *Jusletter* récemment publiée [3], les juristes Thomas Gächter et Michael Meier ont parlé de «*signes d'une culture judiciaire élevée*». Je ne peux qu'adhérer de manière inconditionnelle à leurs propos. En tant que médecin, mais aussi en tant que citoyen, j'aimerais saluer cette avancée et l'accueillir avec des remerciements sincères. C'est un arrêt moderne qui tient largement compte des progrès de la médecine et de la réadaptation.

Références

- 1 Siegrist M et al. Rétrospective de la formation postgraduée de médecin spécialiste. *Bull Méd Suisses*. 2015; 96(22):758–63.
- 2 Jeger J. Die Entwicklung der «FOERSTER-Kriterien» und ihre Übernahme in die bundesgerichtliche Rechtsprechung: Geschichte einer Evidenz. *Jusletter*. 16 mai 2011. (www.jusletter.ch).
- 3 Gächter T, Meier ME. Schmerzrechtsprechung 2.0. *Jusletter*. 29 juin 2015. (www.jusletter.ch).

Credit photo

Alexander Raths | Dreamstime.com

Correspondance:
Dr Jörg Jeger
MEDAS Zentralschweiz
Hirschengraben 33
CH-6003 Lucerne
[joerg.jeger\[at\]medaslu.ch](mailto:joerg.jeger[at]medaslu.ch)

Le Tribunal fédéral fait dans le «sur-mesure»

Hans Georg Kopp

Dr med., spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, FMH, Centre d'expertises, Clinique de réadaptation de Bellikon

Le Tribunal fédéral a changé fondamentalement sa pratique pour l'évaluation des troubles somatoformes. La capacité de travail réellement exigible des personnes concernées devra désormais être évaluée dans le cadre d'une nouvelle procédure d'instruction structurée à l'aide d'«indicateurs standards». Ce changement de jurisprudence valorise l'importance de l'expertise psychiatrique différenciée.

Contexte

Les patients souffrant de douleurs persistantes non explicables par des causes organiques posent un problème à la médecine. Ils se situent comme dans une zone grise entre le corps et l'esprit. Sur le plan conceptuel, la classification psychiatrique sous le terme de «trouble somatoforme» ne couvre en particulier pas de manière suffisante le large spectre des troubles douloureux chroniques. Leur évaluation en termes de diminution effective de la capacité de travail était, et demeure, difficile.

Face à la forte progression des rentes attribuées dans ce contexte dès la fin des années 90 sur la base du diagnostic de troubles somatoformes douloureux et persistants, le Tribunal fédéral a réagi en 2004 en définissant les critères dits de Foerster. Cette liste de critères destinée aux praticiens du droit a alors été appliquée de manière très schématique. Ce schématisme des assurances sociales et des tribunaux a suscité de nombreuses critiques au cours des années. Dans les milieux psychiatriques, le sentiment d'être incompris dans son argumentation professionnelle était très répandu.

Dans son arrêt du 3 juin 2015, le Tribunal fédéral a désormais modifié sa pratique et défini une procédure d'instruction structurée à l'aide d'indicateurs (et non de critères «à cocher») permettant d'orienter le travail d'évaluation ainsi que l'argumentation. Ces résultats doivent ensuite être présentés dans leur contexte et pondérés de façon convaincante dans le cadre de l'évaluation de l'expert. L'arrêt du Tribunal fédéral montre que le tribunal s'est longuement penché de manière différenciée sur la littérature scientifique existante et sur les avis d'experts concernant les troubles somato-

formes. Certains représentants du Tribunal fédéral ont également assisté avec intérêt aux conférences organisées sur le sujet ces dernières années. L'expertise fondamentale de Peter Henningsen (Université Technique de Munich) a largement contribué au changement de jurisprudence (à consulter sur le site du Cabinet d'avocats «indemnis»).

D'un point de vue psychiatrique, la nouvelle liste d'indices définis par le Tribunal fédéral répond de manière adéquate à la problématique de l'affection psychosomatique et intègre les aspects pertinents de ces troubles, notamment le degré de gravité, ainsi que l'impact de la structure de personnalité sous-jacente et les ressources personnelles et sociales qui en découlent. Elle amène également à évaluer le contexte

L'objectif poursuivi est une plus grande fiabilité, objectivité et transparence dans le processus d'évaluation de l'expertise.

social et son influence sur les symptômes de la douleur. Une attention particulière est accordée à l'appréciation minutieuse de la cohérence de l'expertise.

Cette nouvelle pratique ne change donc pratiquement rien à la procédure d'évaluation, si on la compare aux Lignes directrices de qualité pour les expertises psychiatriques formelles de la SSPP (2012).

Aspect pratique de l'expertise: des problèmes en suspens demeurent

Malgré tous les éléments positifs de cet arrêt du Tribunal fédéral, divers aspects de ces expertises demeurent difficiles. L'auteur se base ici sur sa propre expérience pratique dans l'évaluation interdisciplinaire de tels

troubles dans le cadre du Centre d'expertises de la Clinique de réadaptation de Bellikon.

Même si le Tribunal fédéral définit les principales problématiques qu'il convient d'évaluer et d'apprécier à l'aide de sa grille d'examen structurée et normative, la collecte d'informations pertinentes et de résultats justifiables pour l'expertise demeure dans la pratique un défi majeur. Voici un bref rappel des points délicats:

Phase diagnostique: les critères de la CIM-10 pour définir les troubles somatoformes ainsi que les troubles somatoformes douloureux persistants sont au plan conceptuel parfois problématiques ou flous, et peu pertinents en regard du degré de gravité; l'applicabilité des critères selon le DSM-5 devra d'abord faire ses preuves dans la pratique d'évaluation. Par ailleurs, l'éventail des patients souffrant de douleurs chroniques est vaste et divers, la majorité d'entre eux a subi des processus d'apprentissage dysfonctionnels et importants pour le comportement, et seule une minorité souffre d'un syndrome somatoforme au sens strict du terme. Toutefois, chez les patients souffrant de douleurs dysfonctionnelles ne répondant pas aux critères de la CIM-10 ou du DSM-5, l'expérience montre qu'en règle générale, le degré de gravité fonctionnel requis – selon les critères du Tribunal fédéral – n'est pas rempli. Les situations de patients souffrant de douleurs chroniques avec leur multitude de facteurs d'influence

psychosociaux sont cependant très complexes – une complexité à laquelle des distinctions diagnostiques catégorielles apparemment simples ne sauraient répondre. La phase diagnostique comme critère décisif préalable en vue de l'appréciation juridique ultérieure des réflexions de l'expertise peut ainsi devenir une pierre d'achoppement.

L'évaluation de la *personnalité* est un processus exigeant. En règle générale, les affections psychosomatiques sont plus des anomalies structurelles du «moi» (au sens de *traits* de personnalité accentués) que de véritables *troubles* de la personnalité. Or, le contexte d'une expertise (parfois après des années de litige avec l'assurance) est souvent peu propice à un diagnostic nuancé de la personnalité. Il est au contraire souvent nécessaire de tirer des conclusions sur la structure de la personnalité à partir de l'interaction observée, de la biographie et de l'aménagement de la situation de vie, y compris de la gestion de la symptomatologie douloureuse.

Les conséquences fonctionnelles de l'affection en termes de capacité de travail peuvent être par ex. déduites de manière différenciée d'une procédure selon le Mini-ICF, même si cet instrument n'est pas encore validé pour le contexte des assurances médicales et ne présente pas une fiabilité suffisante selon les résultats de premières études. Des observations comportement-



La charge de travail correspondante pour les experts est certes considérable, tout en restant dans le cadre déjà défini par les Lignes directrices de qualité pour expertises psychiatriques de la SSPP.

tales effectuées dans le cadre d'une instruction interdisciplinaire à l'aide d'évaluations pratiques standardisées par des thérapeutes spécialement formés – comme c'est le cas à Bellikon – sont davantage aptes à fournir, en plus des informations verbales, des résultats objectifs pour évaluer le degré fonctionnel et la cohérence. Pour ce type d'affections, il est courant de supposer des schémas complexes d'incohérences. Parfois spécifiques au trouble, ces incohérences sont parfois aussi le résultat de processus d'apprentissage dysfonctionnels ou résultent d'une déformation volontaire. L'analyse de la cohérence intègre à juste titre davantage d'éléments et d'observations que ceux énumérés par le Tribunal fédéral sous la catégorie «Cohérence». Une vaste

La phase diagnostique comme critère décisif préalable en vue de l'appréciation juridique ultérieure des réflexions de l'expertise peut ainsi devenir une pierre d'achoppement.

expérience de l'appréciation de la cohérence peut être très utile, et une appréciation interdisciplinaire qui intègre, le cas échéant, la neuropsychologie et ses tests de validation des symptômes, soutient une expertise consensuelle et interdisciplinaire de la cohérence. Il faut toutefois éviter de tirer des conclusions générales à partir d'incohérences isolées. Un texte d'appréciation compréhensible, convaincant et largement étayé demeure l'élément central de ces expertises.

Prochaines étapes?

Dans son principe, la nouvelle procédure d'instruction structurée du Tribunal fédéral résulte de l'intérêt grandissant pour les expertises médicales dans ces cas

particuliers, lorsque ces dernières sont élaborées de manière professionnelle. La charge de travail correspondante pour les experts est certes considérable, tout en restant dans le cadre déjà défini par les Lignes directrices de qualité pour expertises psychiatriques de la SSPP. On peut espérer que des expertises différenciées conduiront à une nouvelle différenciation dans l'appréciation de toutes les manifestations psychosomatiques. Toutefois, avec l'appréciation objective des arguments d'expertise, les assurances et les tribunaux seront encore davantage sollicités.

Une exception pour les expertises des affections psychosomatiques et des troubles dits fonctionnels est finalement dépourvue de toute justification rationnelle, puisque presque tous les troubles psychiques ne présentent aucune cause organique; c'est pourquoi les expertises se fondent beaucoup sur les informations des proches dont elles doivent vérifier la plausibilité. Il est donc judicieux de procéder à un aménagement concret des directives pour les expertises en vue d'une évaluation uniforme de l'ensemble des affections psychiques et psychosomatiques, en mettant l'accent sur la déduction logique de conséquences pour la capacité de travail «exigible». L'objectif poursuivi est une plus grande fiabilité, objectivité et transparence dans le processus d'évaluation de l'expertise.

Un tel groupe de travail, composé de représentants des disciplines médicales somatiques compétentes et de la psychiatrie et placé sous la responsabilité de la SSPP, a commencé ses travaux dans ce sens. Les indications correspondantes dans l'arrêt du Tribunal fédéral font office de mandat officiel.

Remerciements

L'auteur remercie les Docteurs H. J. Mosimann et G. Ebner pour leurs précieuses suggestions.

Correspondance:
Dr Hans Georg Kopp
Centre d'expertises de
la Clinique de réadaptation
de Bellikon
CH-5454 Bellikon
Tél. 056 485 54 39
Fax 056 485 54 84
kopp[at]rehabellikon.ch

Atteintes à la santé non objectivables – Etes-vous au clair?

Ueli Kieser

Prof. iur., avocat, vice-directeur de l'Institut de sciences juridiques et de pratique juridique de l'Université de Saint-Gall (IRP-HSG)

Les atteintes à la santé non objectivables sont difficiles à classer, tant du point de vue médical que du point de vue du droit des assurances. Cette problématique a donné du fil à retordre aux offices AI comme aux tribunaux. Récemment, le Tribunal fédéral a rendu un nouvel arrêt de principe à ce sujet: le diagnostic n'a plus une importance prépondérante, et l'accent est davantage mis sur les répercussions de l'atteinte à la santé. Cet arrêt a aussi un impact sur la tâche du médecin.

En juin 2015, dans son arrêt 9C_492/2014 [1], le Tribunal fédéral a reconsidéré sa jurisprudence relative aux «atteintes à la santé non objectivables», une notion controversée. Etaient réputées «non objectivables» au sens de l'ancienne pratique les atteintes à la santé n'étant pas susceptibles de faire l'objet d'une étude objective et ne permettant pas de dresser un tableau clinique. En faisaient partie les troubles somatoformes douloureux et la fibromyalgie. Désormais, le Tribunal fédéral a fondamentalement modifié sa pratique. Il a abandonné la présomption selon laquelle les atteintes à la santé non objectivables peuvent être surmontées par un effort de volonté raisonnablement exigible de la part de la personne qui en souffre. Le Tribunal fédéral a remplacé l'ancienne règle construite sur le modèle «règle/exception» par une grille d'examen structurée et normative. Dans ce cadre, un catalogue d'indicateurs permet de procéder à une évaluation ouverte et symétrique des performances que la personne concernée peut effectivement fournir. Qu'implique ce jargon juridique pour la pratique médicale?

Contexte – augmentation du nombre de rentes d'invalidité pour troubles psychiques

La personne qui devient invalide en Suisse reçoit une rente de l'AI. Si l'intéressé est salarié, il perçoit également une rente d'invalidité de la caisse de pension; si l'invalidité est due à un accident, l'assurance-accident verse en outre une rente. Est invalide la personne qui ne peut plus prendre part à la vie active en raison d'une atteinte à sa santé. Il s'agit en réalité de principes

simples. Et à l'origine, il n'était pas trop difficile d'établir une invalidité. Cela a toutefois changé fondamentalement au fur et à mesure qu'un nombre croissant de troubles psychiques entraînant une incapacité de travail sont apparus.

Dans quelle mesure un employé administratif dépressif est-il invalide? La capacité de gain d'une sage-femme atteinte d'un trouble de stress post-traumatique est-elle restreinte? Dès les années 90, le nombre de rentes AI versées pour des troubles psychiques a sensible-

Le Tribunal fédéral a renoncé à l'ancienne présomption du caractère surmontable des troubles, une étape importante.

ment augmenté. C'est ainsi que le nombre des bénéficiaires de rente a augmenté de 27% entre le mois de décembre 2000 et le mois de décembre 2005 (voir à ce sujet Office fédéral des assurances sociales, Statistiques de l'AI 2013, Berne 2014, p. 21 s.).

Première réponse du Tribunal fédéral: présomption du caractère surmontable du trouble

Le Tribunal fédéral a observé d'un œil critique la forte augmentation du nombre de rentes AI pour causes psychiques et y a réagi en modifiant sa jurisprudence. Il a eu recours à la notion d'«atteintes à la santé non objectivables». Etaient réputés «non objectivables» les syndromes ne permettant pas d'établir un tableau clinique. En font partie les troubles suivants:

- les syndromes somatoformes douloureux persistants (ATF 130 V 352)

- la fibromyalgie (maladie chronique douloureuse) (ATF 132 V 65)
- les troubles dissociés de la sensibilité et de la réceptivité (SVR 2007 IV n 45, I 9/07)
- la distorsion de la colonne cervicale («coup du lapin») sans déficits fonctionnels d'origine organique démontrable (ATF 136 V 279)
- l'hypersomnie non organique (ATF 137 V 64)
- la neurasthénie (SVR 2001 IV n 17, arrêt TF 9C_98/2010; SVR 2011 IV n 26, arrêt TF 9C_662/2009)
- le syndrome de fatigue chronique, à l'exception de la fatigue due au cancer (à ce sujet, voir ATF 139 V 346).

Le Tribunal fédéral est parti du principe que de tels troubles pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible de la part de la personne qui en souffrait. Il ne s'est écarté de cette présomption qu'à titre exceptionnel; à cet égard, les critères dits de Foerster (établis par le Prof. Klaus Foerster, de Tübingen) permettaient de déterminer si le caractère surmontable devait être réfuté dans des cas exceptionnels. Dans la pratique, une telle exception n'a presque jamais été admise.

Critique du point de vue médical et juridique

La jurisprudence du Tribunal fédéral relative aux atteintes à la santé non objectivables a largement contribué à endiguer l'augmentation du nombre de rentes AI. Néanmoins, elle a rapidement fait l'objet de critiques. Du point de vue médical, il lui a été reproché, en particulier par le Dr Jörg Jeger, que la présomption du caractère surmontable du trouble était dénuée de tout fondement médical [2]. Durant l'été 2014, le Prof. Peter Henningsen (Munich) a présenté une expertise démontrant les lacunes médicales du raisonnement avancé par le Tribunal fédéral [3]. Du point de vue juridique, c'est l'absence de facteurs empiriques fondant une telle présomption qui a été critiquée.

Seconde réponse du Tribunal fédéral: nécessité d'un examen approfondi

Le Tribunal fédéral a pris au sérieux les critiques formulées à l'encontre sa jurisprudence de l'époque, ce qui est tout à son honneur. Dans un arrêt de principe, aux considérants détaillés et bien motivés, il a fondamentalement modifié sa pratique en juin 2015 et a renoncé à l'ancienne présomption du caractère surmontable des troubles, une étape importante. La délimitation entre droit à la rente et refus de verser

une rente se fonde désormais sur d'autres critères: les offices AI (et les assurances-accident) doivent procéder à un examen minutieux afin de déterminer s'il existe une atteinte à la santé suffisante. Cet examen tient compte des aspects médicaux, des ressources personnelles et des ressources relevant du contexte social. Si une atteinte à la santé suffisante est établie, il convient de procéder, dans un second temps, à un contrôle de plausibilité des conclusions. On examine alors les aspects liés au comportement général de l'assuré (notamment la manière dont sont organisés ses loisirs).

L'ancienne présomption du caractère surmontable des troubles est dès lors remplacée par une grille d'examen structurée et normative. Dans ce cadre, un catalogue d'indicateurs permet de procéder à une évaluation ouverte et symétrique des performances que la personne concernée peut effectivement fournir. Il s'agit là d'une tâche complexe et délicate.

En quoi cet arrêt concerne-t-il les médecins?

La question de savoir si une personne est invalide se pose lorsque celle-ci est atteinte dans sa santé. D'où l'importance de l'examen médical. Fréquemment, d'autres examens ne sont entrepris que si un diagnostic clair peut être posé d'un point de vue médical. Mais le diagnostic n'est pas déterminant à lui seul. Pour les assurances, il est plus important de déterminer si

1. le diagnostic implique une limitation notable de la capacité de travail;
2. la personne concernée dispose des ressources nécessaires pour réduire, voire surmonter, une telle limitation.

Dans son nouvel arrêt de principe, le Tribunal fédéral a jugé que ces autres facteurs devaient être analysés sur la base d'une «grille d'examen». A cet égard, il mentionne de nombreux points ne relevant pas typique-

Les offices AI devront tenir compte de l'extension de la tâche du médecin sous l'angle du droit tarifaire.

ment de l'activité médicale (à ce sujet, voir cons. 4.1.3. de l'arrêt; voir aussi les encadrés ci-dessous). Il s'agit des ressources personnelles de la personne concernée, ou des ressources relevant du contexte social dans lequel cette personne évolue. Cette personne n'est-elle limitée que dans les tâches «désagréables» ou dans des domaines de la vie «désagréables»? Comment organise-t-elle sa vie privée et ses loisirs?

Grille d'examen en cas d'atteintes à la santé non objectivables

Remarque: il existe désormais deux catégories d'examen distinctes (voir ci-après ch. 1 et ch. 2). Au sein de chacune de ces deux «catégories», on distingue différents «complexes».

1. Catégorie «Degré de gravité fonctionnelle»

1.1. Complexe «Atteinte à la santé»

1.1.1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic: il s'agit des constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée.

1.1.2. Succès des traitements et de la réadaptation ou résistance à ces derniers (exemple: l'échec définitif d'une thérapie médicalement indiquée et réalisée selon les règles de l'art, avec une coopération optimale de l'assuré, implique un pronostic négatif).

1.1.3. Comorbidités: les comorbidités constituent des indicateurs pour déterminer si l'atteinte à la santé prive l'assuré de ses ressources.

1.2. Complexe «Personnalité» (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles): ce «complexe» permet de déterminer si et dans quelle mesure la personne concernée dispose des ressources nécessaires pour exercer une activité professionnelle malgré l'atteinte à sa santé; il s'agit d'émettre des conclusions sur la capacité de travail de la personne concernée. Le diagnostic de la personnalité dépendant dans une plus forte mesure du médecin qui procède à l'examen que d'autres indicateurs (relevant par ex. des symptômes et du comportement), les exigences de motivation devront être particulièrement élevées. Il conviendra d'édicter des directives médicales afin de définir ces exigences.

1.3. Complexe «Contexte social»: celui-ci peut révéler des ressources qui déterminent la productivité de la personne concernée ou y contribuent.

2. Catégorie «Cohérence» (indicateurs liés au comportement de l'assuré)

2.1. La limitation du niveau d'activité doit être uniforme dans tous les domaines comparables de la vie: il s'agit d'examiner si l'atteinte en question se manifeste de la même manière dans la profession ou l'activité rémunérée (ou, pour les personnes sans activité lucrative, dans les activités habituelles de la vie) d'une part, et dans les autres domaines de la vie (par ex. l'organisation des loisirs) d'autre part.

2.2. L'intensité des douleurs révélée par l'anamnèse établie en vue des traitements médicaux et de la réadaptation: un comportement incohérent constitue un indice indiquant que la limitation invoquée repose sur un autre motif que l'atteinte à la santé assurée.

Il sera dès lors considérablement plus délicat et plus complexe de déterminer s'il y a invalidité. Il n'a pas encore été spécifié qui évaluera les éléments factuels déterminants. S'agit-il d'une tâche incombant au médecin? Des organismes spécialisés seront-ils créés? Qui se chargera de cette tâche en cas d'expertise? Et comment sera rémunéré ce travail qui nécessite beaucoup de temps? L'arrêt ne répond pas à ces questions.

A l'avenir, il sera important pour les médecins de communiquer aux assurances, et avant tout aux offices AI, toutes les observations devant être prises en compte dans le cadre de la «grille d'examen», sans quoi il est hautement vraisemblable que ces éléments ne seront pas pris en considération, les assurances n'en ayant pas connaissance. Les offices AI devront tenir compte de l'extension de la tâche du médecin sous l'angle du droit tarifaire. Les rapports médicaux renseignant sur de tels éléments complémentaires devront être mieux rémunérés.

Conclusion

La nouvelle jurisprudence exige des investigations sensiblement plus approfondies, en particulier en ce qui concerne les éléments de nature non médicale. Or, les médecins sont souvent les spécialistes les mieux informés des éléments en question. Cela implique dès lors pour eux une nouvelle tâche qui ne correspondra pas forcément à leur formation, leurs intérêts, leurs aptitudes ou leurs inclinations.

Références

- 1 Le texte intégral de l'arrêt peut être consulté sur le site www.bger.ch. L'Office fédéral des assurances sociales a rapidement réagi à ce nouvel arrêt; la lettre circulaire AI n° 334 du 7 juillet 2015 indique comment procéder en cas d'expertise à la lumière du nouvel arrêt.
- 2 Voir notamment Jeger J. Somatoforme Schmerzstörung und Arbeitsunfähigkeit: Differenzen oder Konsens zwischen Medizin und Rechtsprechung? In: Schaffhauser R, Schlauri F (éd.). Medizin und Sozialversicherung im Gespräch, Schriftenreihe des Instituts für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis, t. 35. St. Gallen; 2006. pp. 155 ss.
- 3 L'expertise peut être consultée dans la *Revue suisse des assurances sociales et de la prévoyance professionnelle* (RSAS); 2014. pp. 535 ss.

Correspondance:
Prof. iur. Ueli Kieser
Université de St. Gall
Bodanstrasse 4
CH-9000 St. Gall
Tél. 044 388 57 57
[ueli.kieser\[at\]unisg.ch](mailto:ueli.kieser[at]unisg.ch)

Nouvelles du corps médical

Todesfälle / Décès / Decessi

Hans-Rudolf Walter Jann (1944), † 17.7.2015,
Facharzt für Chirurgie, 8193 Eglisau

Anita Agatha Kurmann (1976), † 7.8.2015,
Fachärztin für Chirurgie, 4123 Allschwil

Fritz Hansruedi Roth (1923), † 10.7.2015,
Facharzt für Kardiologie und Facharzt für
Allgemeine Innere Medizin, 2560 Nidau

Praxiseröffnung / Nouveaux cabinets médicaux / Nuovi studi medici

BE

Joanna Monigatti,
Fachärztin für Kardiologie,
Neumarktstrasse 27, 2503 Biel/Bienne

SG

Britta Semmler,
Praktische Ärztin, Ärztezentrum Benken AG,
Dorfstrasse 46, 8717 Benken SG

TI

Marianne Zollinger,
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie und Fachärztin für
Psychiatrie und Psychotherapie,
viale dei Faggi 19, 6900 Lugano

ZH

Alexander Krafft,
Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe,
Dufourstrasse 50, 8702 Zollikon

Ärzte-Gesellschaft des Kantons Zug

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

Thomas Fricker, Facharzt für Allgemeine
Innere Medizin und Arbeitsmedizin, Roche
Diagnostics International AG, 6343 Rotkreuz

Hendrikje Posch, Fachärztin für Psychiatrie
und Psychotherapie, Poststrasse 2,
6330 Cham

Einsprachen gegen diese Kandidaturen
müssen innerhalb 14 Tagen seit dieser
Veröffentlichung schriftlich und begründet
beim Sekretariat der Ärzte-Gesellschaft des
Kantons Zug eingereicht werden. Nach Ablauf
der Einsprachefrist entscheidet der Vorstand
über Gesuch und allfällige Einsprachen.

Nach Unfall zurück an den Arbeitsplatz? «Je früher, desto besser!»

Daniel Schriber

Abteilung Kommunikation und Marketing Suva

Die Suva und die Hausärzteorganisation Argomed setzen sich gemeinsam dafür ein, dass Patienten nach einem Unfall möglichst rasch an ihren Arbeitsplatz zurückkehren können. Entscheidend ist dabei die Kommunikation zwischen Suva, Arbeitgeber und Arzt.

Von 0 auf 100: Dies ist oft die Realität, wenn Menschen nach einem Unfall ausfallen und dann wieder zu arbeiten beginnen. «Ein sofortiger Wiedereinstieg ist vor allem bei längeren Abwesenheiten schwierig», weiss Wolfgang Czerwenka, Geschäftsleitungsmitglied der Hausärzteorganisation Argomed in Lenzburg. Czerwenka, der als Hausarzt selber eine Praxis in Wettlingen führt, ist überzeugt, dass eine rasche Wiedereingliederung für den Patienten und seine Genesung sinnvoll ist – und das auch dann, wenn der Wiedereinstieg zu Beginn nur in einem Teilzeitpensum möglich ist. «Wer nach einem Unfall bald an den Arbeitsplatz zurückkehrt, wird bestätigen, dass die tägliche Arbeit oftmals die beste Therapie ist.» Entscheidend sei weiter, dass der Verunfallte sein soziales Umfeld und die alltägliche Struktur nicht verliere. Für Czerwenka ist klar: «Je ungewisser und langwieriger eine Situation, desto schlechter.» Im Umkehrschluss heisst das: Je früher die berufliche Wiedereingliederung, desto besser. Für die Verunfallten ist es auf diese Art schonender, an den Arbeitsplatz zurückzukehren, ebenso verläuft die komplette Heilung oft angenehmer, wenn der Verunfallte wieder im gewohnten Umfeld sein kann. Ein Teilpensum lässt sich auch leicht mit ambulanten Rehabilitationsmassnahmen kombinieren.

Oftmals fehlen wichtige Informationen

Damit die möglichst rasche Wiedereingliederung klappt, sind alle Involvierten gefordert: «Entscheidend ist, dass zwischen Arzt und Patient ein gesundes Vertrauensverhältnis besteht», weiss Wolfgang Czerwenka. Ausserdem sei es für den Arzt wichtig zu wissen, wie die Arbeitsplatzsituation des Patienten konkret aussieht. Bei letzterem Punkt hapert es in der Praxis jedoch noch regelmässig.

Laut Czerwenka wissen viele Ärzte zum Beispiel, dass ihr Patient «auf dem Bau oder im Lager» arbeitet. Was

dies aber konkret bedeutet, bleibt oftmals unklar. Übt der Patient seine Arbeit stehend oder sitzend aus? Muss er schwere Gewichte heben, oder ist besonderes Feingefühl gefragt? «Solche Informationen sind entscheidend, damit ein Arzt die Wiedereingliederungsmöglichkeiten beurteilen sowie das Pensum festlegen kann.» Das Arbeitsplatzbeschreibungs-Formular der Suva sei hierfür ein optimales Instrument. Anhand dieses Formulars können Firmen mit einem minimalen Aufwand den Arbeitsplatz und die Tätigkeiten des Verunfallten beschreiben und diese Informationen dem zuständigen Arzt zur Verfügung stellen.

Das Problem: Das Formular wird derzeit nur selten von Seiten des Arbeitgebers ausgefüllt. Dieser spiele jedoch ebenfalls eine grosse und wichtige Rolle bei der Wiedereingliederung, betont Czerwenka. «Ich bin deshalb der Meinung, dass man die Arbeitgeber durchaus noch etwas mehr in die Pflicht nehmen sollte.»

Tatsache ist aber auch: Manche Unternehmen sind je nach wirtschaftlicher Situation sogar froh, wenn ein Mitarbeiter aufgrund Krankheit oder Unfall für eine gewisse Zeit ausfällt. So muss die Person nicht beschäftigt werden und die Taggeldversicherung übernimmt den Lohn. Das ist laut Wolfgang Czerwenka ein Problem. «Ziel muss es sein, dass die Möglichkeit zur Teil-

Vorgehen zahlt sich langfristig aus

Klar ist, dass die berufliche Wiedereingliederung nach einem Unfall oftmals für alle Involvierten eine grosse Herausforderung darstellt. «Es bedeutet in einer ersten Phase eher einen Mehraufwand», sagt auch Peter Diermann, Bereichsleiter der Abteilung Versicherungsleistungen bei der Suva. So müsse der Arbeitgeber dem betroffenen Mitarbeiter beispielsweise einen Schonarbeitsplatz zur Verfügung stellen – darüber hinaus sei beim Umgang mit den Betroffenen oftmals grosse Rücksicht gefordert. Auch die Produktivität des Mitarbeiters sei in der Anfangsphase eher unbedeutend. Trotz allem ist Peter Diermann überzeugt: «Langfristig gesehen zahlt sich eine rasche berufliche Wiedereingliederung aus.»

Arbeitsplatz-Beschreibung		für die Beurteilung der Wiedereingliederungsmöglichkeiten im Betrieb und die Festlegung des Grades der Arbeitsfähigkeit	
→ Jobprofil für den Arzt			
Betrieb:		Kontaktperson im Betrieb:	
		Telefonnummer:	
Name und Vorname der verunfallten Person:		Geburtsdatum:	
Strasse, PLZ, Ort:		Schaden-Nr.	
Berufliche Ausbildung: Haupttätigkeiten der versicherten Person im Betrieb vor dem Unfall:			
Arbeitszeit:		Stunden je Woche:	Betriebsübliche Voll- arbeitszeit:
oder Beschäftigungsgrad in %:		Bemerkungen:	
Spezielle Anforderungen / Rahmenbedingungen			
<input type="checkbox"/> Sitzarbeitsplatz	<input type="checkbox"/> Lärm	<input type="checkbox"/> Heben < 5kg	
<input type="checkbox"/> Steharbeitsplatz	<input type="checkbox"/> Wärme, Kälte, Dämpfe	<input type="checkbox"/> Heben > 5kg	
<input type="checkbox"/> Sitz-Stecharbeitsplatz	<input type="checkbox"/> Geruch	<input type="checkbox"/> Heben > 10kg	
<input type="checkbox"/> Bildschirmarbeitsplatz	<input type="checkbox"/> Staubbelastung	<input type="checkbox"/> Heben > 15kg (teilweise)	
<input type="checkbox"/> Visuelle Kontrolltätigkeit	<input type="checkbox"/> Häufige Haltung in verdrehter Stellung	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Kundenkontakt	<input type="checkbox"/> Präziser Handeinsatz mit erhöhtem Kraftaufwand	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Teamarbeit	<input type="checkbox"/> Erhöhtes Unfallrisiko für beeinträchtigte Mitarbeiter	<input type="checkbox"/>	
Arbeitszeit:			
<input type="checkbox"/> Tagesbetrieb fix	<input type="checkbox"/> Nachtschichten notwendig	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Tagesbetrieb gleitend	<input type="checkbox"/> Ausschliesslich Nachtschichten	<input type="checkbox"/>	
Schonarbeitsplatz:			
Beschreibung des möglichen Schonarbeitsplatzes:		<input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> nur temporär möglich
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Kontaktaufnahme: durch den Arzt <input type="checkbox"/> erwünscht mit Versicherung <input type="checkbox"/> erfolgt am			

Von Arbeitgebern noch zu selten ausgefüllt: die Arbeitsplatz-Beschreibung zur Beurteilung der Wiedereingliederungsmöglichkeit und Festlegung des Grads der Arbeitsfähigkeit.

arbeit zur Selbstverständlichkeit wird. Die Unternehmen müssen bereit sein, ihre Mitarbeitenden nach einem Ereignis so früh wie möglich wieder zu integrieren.» Dies käme am Ende allen Involvierten zugute.

Positiver Einfluss auf den Heilungsverlauf

Auch für Peter Diermann, Bereichsleiter Versicherungsleistungen bei der Suva, ist klar: «Liesse sich diese Absenzdauer der Verunfallten am Arbeitsplatz senken, könnten substantiell Kosten gespart werden», so Peter Diermann. Denn mehr als ein Drittel der von der Suva betreuten Verunfallten sind für eine kürzere oder längere Zeit arbeitsunfähig. Sie alle erhalten für ihren Einkommensausfall ein Taggeld in der Höhe von 80 Prozent des versicherten Verdienstes. Rund 1,29 Mil-

liarden Franken zahlte die Suva im Jahr 2014 dafür aus. Dies ist mehr, als die Suva für die gesamten Heilkosten für die medizinische Behandlung und Rehabilitation der Versicherten aufwendet. Auch Diermann ist überzeugt, dass eine baldige Rückkehr an den Arbeitsplatz nach einem Unfall sinnvoll ist: «Von Verunfallten, die längere Zeit arbeitsunfähig sind, hören wir, dass ihnen die ›Decke auf den Kopf falle‹.» Eine frühe Rückkehr an den Arbeitsplatz gebe den Verunfallten wieder eine Tagesstruktur. «Sie erfahren Anerkennung durch das berufliche Umfeld, was sich wiederum auf das Selbstwertgefühl auswirkt.» In den meisten Fällen habe eine rasche Rückkehr denn auch einen positiven Einfluss auf den Heilungsverlauf, so Diermann.

Um die berufliche Wiedereingliederung von Verunfallten zu fördern, haben die Hausärzteorganisation Argomed Ärzte AG sowie die Suva 2009 das Projekt «KIMSA» lanciert. KIMSA verfolgt das Ziel, dass Patienten nach einem Unfall möglichst rasch behandelt und reintegriert werden können. «In der Theorie funktioniert dies sehr gut», sagt Wolfgang Czerwenka. Probleme gebe es jedoch bei der Umsetzung im Praxisalltag. «Die Erfahrung zeigt, dass das Volumen der Unfälle in den Hausarztpraxen sehr klein ist. Und wenn ein Prozess nicht jeden Tag, sondern nur ein paarmal pro Jahr zum Zug kommt, geht er halt leider oftmals vergessen.» Trotzdem seien die Suva und Argomed daran, die Zusammenarbeit weiter zu intensivieren.

Wer Freude am Job hat, will rasch zurück an die Arbeit

Und wie sieht es aus bei den Patienten? Wollen diese nach einem Unfall überhaupt möglichst rasch zurück in den Arbeitsalltag, oder ist dieser Wille vielleicht gar nicht vorhanden? «Für manche dient der Unfall tatsächlich als Exit-Strategie, um endlich aus dem verhassten Job herauszukommen», weiss Czerwenka. So gebe es tatsächlich Leute, für die ein Unfall oder eine Krankheit etwas Positives sei. «In solchen Fällen wird es schwieriger mit der Wiedereingliederung.» In ganz vielen Fällen sieht es jedoch anders aus: «Wer einen Beruf ausübt, der ihm Freude bereitet, findet darin Erfüllung und Sinn.» Umso grösser sei die Motivation, nach einem Unfall baldmöglichst wieder einzusteigen – auch wenn dies zu Beginn vielleicht nur in einem kleinen Pensum oder gar in einer anderen Funktion möglich ist. «Der Wiedereinstieg in den Berufsalltag gibt den Betroffenen ein Stück der Lebensqualität zurück und schliesst sie wieder in den Kreis der Kolleginnen und Kollegen ein.»

Korrespondenz:
Suva
Daniel Schriber
Fluhmattstrasse 1
Postfach 4358
CH-6004 Luzern
gast.daniel.schriber[at]
suva.ch

Communications

Attestation de formation complémentaire

Examen pour l'obtention de l'attestation de formation complémentaire en phlébologie

Partie écrite (Part 1)

Date: Vendredi, 30 octobre 2015

Lieu: Berne, lors du 16^e Congrès de l'Union des Sociétés Suisses des Maladies Vasculaires

Délai d'inscription: 20 septembre 2015

Inscription: Dr Jürg Traber, Venenklinik
Kreuzlingen, Brückenstrasse 9,
8280 Kreuzlingen,
tél. 071 678 22 66, fax 071 678 23 81,
e-mail: j.traber[at]venenklinik.ch

Informations: voir sous www.phlebology.ch,
lien Certificat de compétence

Société Suisse de Neurologie

Prix de la Fondation Mogens et Wilhelm Ellermann

En septembre 2015, la Société Suisse de Neurologie attribuera pour la treizième fois le prix de la Fondation Mogens et Wilhelm Ellermann, d'un montant de 20 000 francs qui est destiné à récompenser

- un travail scientifique dans le domaine neurologique, qui a été publié lors des deux dernières années ou qui a été accepté pour publication par une revue reconnue sur le plan international,
- une monographie qui n'a pas les caractéristiques d'un traité ni celles d'une revue de la littérature, ou encore
- l'ensemble d'une œuvre scientifique dans le domaine des sciences neurologiques.

Ce travail doit avoir été rédigé par un ou plusieurs chercheurs suisses ou par des chercheurs étrangers en activité dans une clinique ou un institut helvétique. La préférence sera donnée à des auteurs jeunes qui ne sont pas agrégés ou ne le sont que depuis peu.

Les lettres de candidature accompagnées d'un CV et d'une liste des publications (seulement travaux qui sont peer-reviewed)

en 5 exemplaires y compris les articles doivent être adressées *jusqu'au 31 octobre 2015* au Prof. Dr med. C. L. Bassetti, Chef de service, Clinique et Policlinique neurologique, Hôpital Universitaire de Berne, Inselspital, 3010 Berne.

Terre des hommes

Santé materno-infantile dans les crises humanitaires – offre d'une formation certifiée

La santé materno-infantile recouvre la santé des femmes enceintes, des femmes qui accouchent, des nouveau-nés et des petits enfants de moins de cinq ans. Elle est par essence fragile et davantage encore lors de crises humanitaires. Dans de tels contextes, plus des deux tiers des victimes nécessitant des soins et des mesures de protection appartiennent à ces groupes vulnérables.

Afin de développer les compétences du personnel de pays dits développés en santé materno-infantile dans des contextes d'urgence humanitaire, la Haute Ecole de Santé Vaud (HESAV) et la Fondation Terre des

Sujets actuels de forum

Joignez la discussion en ligne sur www.saez.ch



Dr med. Tarzis Jung
Président de la Société Suisse de Radiologie (SGR-SSR)
Médecin-chef de l'Institut de Radiologie et de Médecine nucléaire, Stadtspital Waid, Zurich

«Non, une IRM n'est pas toujours nécessaire.»

Réponse à la contribution sur les examens spéciaux



Dr med. Max Giger, président de FMH Services, conseiller scientifique de Dialog Ethik, Winterthour

Serment des médecins

Nous avons besoin d'un nouveau serment obligatoire pour les médecins

hommes (Tdh), à Lausanne, lancent en 2016 un certificat de formation continue (Certificate of Advanced Studies [CAS]) en cours d'emploi.

L'accès à l'eau, à la nourriture (y compris à l'allaitement maternel), aux soins médicaux, à un abri devient problématique lors de catastrophes humanitaires et ceci avec des effets dévastateurs sur la santé des petits enfants: malnutrition aiguë, diarrhée, infection respiratoire, paludisme. Les nouveau-nés sont particulièrement vulnérables avec une nette augmentation de leur mortalité. La santé des femmes enceintes et des femmes qui accouchent est aussi fortement péjorée. En plus des lourdes menaces sur leur santé, les victimes survivantes sont souvent à haut risque de viol, enlèvement et exploitation.

Aujourd'hui, les crises humanitaires à travers le monde sont multiples et, malheureusement, rien ne laisse supposer qu'il en sera différent demain. Quatre-vingt millions de personnes ont besoin d'assistance humanitaire. Les trois quarts d'entre elles sont des femmes et des enfants.

Sauver le plus grand nombre possible de vies de mères et d'enfants avec des moyens cliniques et paracliniques limités, soutenir les autorités sanitaires locales, faciliter la réhabilitation des centres de santé communautaire: tels sont les trois grands principes qui régissent la formation proposée par HESAV et Tdh.

Au terme de leur cursus, les étudiant-e-s auront acquis les connaissances nécessaires pour identifier les besoins en santé materno-infantile et mettre en œuvre des interventions appropriées, efficaces et efficientes destinées aux mères, aux nouveau-nés et aux jeunes enfants en situation de crises humanitaires complexes.

Le CAS débute en janvier 2016 et se termine en novembre. Il comprend 120 heures d'enseignement frontal (dix-sept jours répartis sur un an), à Lausanne. En plus, quelque 200 heures de travail à domicile sont à prévoir. En fin de cours, un examen est prévu. Sa réussite donne droit à 10 crédits européens ECTS et à 37 crédits de la Société Suisse de Pédiatrie. D'autres crédits FMH sont en cours de demande.

A qui s'adresse ce CAS? Aux médecins, aux infirmier-ère-s et aux sages-femmes diplômés provenant des pays dits développés et prévoyant d'intervenir, ou intervenant déjà, dans le domaine de la santé materno-infantile en situation humanitaire. Le délai d'inscription court jusqu'à fin novembre 2015. Son coût est de 4300 CHF. Sous certaines conditions des bourses d'étude sont à disposition.

Pour plus d'informations générales: www.hesav.ch/postgrade/formation/cas-hesav/cas-en-sant%C3%A9-materno-infantile-dans-les-crisis-humanitaires

Pour davantage de renseignements personnalisés: [michel.roulet\[at\]tdh.ch](mailto:michel.roulet[at]tdh.ch)

Krankenkassen-Rahmenverträge für Ärzte



Profitieren Sie bereits von den Rabatten der FMH Insurance Services Rahmenverträge, welche wir mit verschiedenen Krankenversicherern abgeschlossen haben? Falls nein, bestellen Sie kostenlos und unverbindlich ein persönliches Angebot. Von diesen Spezialkonditionen profitieren alle FMH Services Mitglieder sowie im gleichen Haushalt wohnende Familienangehörige und Lebenspartner. Ein Beitritt ist bis Alter 65 möglich. Gerne beraten wir Sie auch bei der Wahl des für Sie am besten geeigneten Grundversicherungsmodells oder bei der Zusammenstellung der Zusatzversicherungen. Wir verfügen über Rahmenverträge bei folgenden Krankenversicherern:



KRANKENKASSEN-RAHMENVERTRÄGE FÜR ÄRZTE

- Ich möchte eine kostenlose und unverbindliche Vergleichsofferte zu meiner bestehenden Krankenkasse. (Bitte legen Sie eine aktuelle Policenkopie bei, damit wir die Deckungen dementsprechend zusammenstellen können.)
 - Bitte suchen Sie für mich das beste Angebot aus.
 - Ich möchte eine Offerte der folgenden Kassen (max. 2 Offerten):

<input type="checkbox"/> CSS-Gruppe	<input type="checkbox"/> Helsana-Gruppe
<input type="checkbox"/> Innova	<input type="checkbox"/> KPT
 - Ich bin mit einer Trennung der Grund- und Zusatzversicherung einverstanden, sofern ein grösseres Einsparpotential resultiert.
- Ich wünsche eine persönliche Beratung. Bitte rufen Sie mich an.
- Ich interessiere mich für weitere Produkte und Dienstleistungen:

<input type="checkbox"/> Berufshaftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> Rechtsschutzversicherung	<input type="checkbox"/> Hausratversicherung
<input type="checkbox"/> Taggeld	<input type="checkbox"/> Säule 3a	<input type="checkbox"/> Kapitalanlage
<input type="checkbox"/> Finanzplanung	<input type="checkbox"/> Pensionsplanung	<input type="checkbox"/> _____

Vorname / Name _____
 Adresse _____
 PLZ / Ort _____
 Geburtsdatum _____
 Telefon Privat / Geschäft _____
 Beste Zeit für einen Anruf _____
 E-Mail-Adresse _____

Bitte Antworttalon einsenden oder per Fax an 031 959 50 10



Roth Gyax & Partner AG - Koordinationsstelle
 Moosstrasse 2, 3073 Gümligen
 Tel. 031 959 50 00 - Fax 031 959 50 10
 mail@fmhinsurance.ch - www.fmhinsurance.ch

Seit Jahren bin ich jeden Tag pünktlich.
Warum dürfen meine
Zahlungseingänge nicht auch
mal pünktlich sein?



Encath AG - Koordinationsstelle
Postfach 624, 2501 Biel
Tel. 032 344 39 69 - Fax 032 344 39 66
mail@fmhinkasso.ch - www.fmhinkasso.ch

Inkassodienstleistungen für Ärzte



Encath AG - Koordinationsstelle
Neuengasse 5, 2502 Biel
Tel. 032 560 39 10 - Fax 032 560 39 11
mail@fmhfactoring.ch - www.fmhfactoring.ch

Honorarabrechnung für Ärzte inklusive
Zahlungsgarantie und Übernahme des
Verlustrisikos



INKASSODIENSTLEISTUNGEN & HONORARABRECHNUNG FÜR ÄRZTE

- Bitte senden Sie mir unverbindlich und kostenlos Unterlagen über das komplette Leistungspaket von:
 - FMH Inkasso Services
 - FMH Factoring Services
- Ich wünsche eine persönliche Beratung. Bitte rufen Sie an:
Telefon _____
Beste Anrufzeit _____
Name der Praxis _____
Ansprechpartner _____
Adresse/Stempel _____

Bitte Antworttalon einsenden oder per Fax an 032 560 39 11

Les franchises élevées entraînent-elles une réduction des coûts?

Christian Schmid^a, Konstantin Beck^b

^a PhD, CSS Institut de recherche empirique en économie de la santé, Lucerne

^b Prof. Dr, CSS Institut de recherche empirique en économie de la santé, Lucerne, et Université de Zurich

L'Office fédéral de la santé publique envisage d'ajuster les niveaux de franchise. Il s'agit en apparence de réduire le nombre important de primes uniques. En réalité, l'OFSP cherche plutôt à supprimer les franchises les plus élevées afin de renforcer la solidarité dans l'assurance-maladie sociale. Nous démontrons cependant qu'une réduction des franchises à option est également dommageable à ceux qui devraient bénéficier d'une plus forte solidarité.

Introduction

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a récemment annoncé qu'un ajustement des franchises serait envisagé. Il s'agit en apparence de simplifier le système de l'assurance maladie, à savoir de réduire le nombre important de primes uniques. En réalité, l'OFSP cherche plutôt à supprimer les franchises les plus élevées. On redoute en effet que les assurés en bonne santé utilisent les franchises à option principalement pour économiser des primes et que cela n'entraîne qu'en partie de véritables économies résultant d'une renonciation aux prestations. Cet état de fait pourrait affaiblir la solidarité dans l'assurance-maladie sociale [1]*. Par conséquent, nous allons examiner les deux principaux effets des franchises à option en expliquant pourquoi les diminuer ne constitue pas un moyen approprié de renforcer la solidarité dans l'assurance-maladie sociale.

Les franchises à option entraînent un effet de sélection...

Les franchises à option entraînent une autosélection des personnes bien portantes, qui optent pour une franchise élevée. Le changement de comportement des personnes qui avaient une franchise de 230 francs en 1995 en est un bon exemple [2]: alors que les assurés qui n'avaient pas augmenté leur franchise pour l'année 1996 représentaient en moyenne un coût de 2200 francs l'année précédant un possible changement, les coûts comparables étaient de 1377 francs seulement pour les assurés qui avaient modifié leur franchise. Les études

menées par la suite indiquent également sans exception un effet d'autosélection. En principe, la différence de coût résultant de l'autosélection observée dans les franchises élevées ne devrait pas engendrer une baisse des primes, étant donné que la prime ne doit précisément pas dépendre de l'état de santé. Par conséquent, le législateur agit de deux façons contre une possible désolidarisation: d'une part en limitant le rabais sur la prime et en fixant un rabais maximal et, d'autre part, par le fait que la compensation des risques corrige en partie l'effet de sélection. Concrètement, à travers la compensation des risques, quelque 3,2 milliards de francs sont redistribués des franchises à partir de 1000 francs vers les deux niveaux de franchise les plus bas. La compensation des risques neutralise ainsi l'effet de sélection et limite la possibilité d'accorder aux assurés des rabais injustifiés sur les franchises à option. Concernant la neutralisation des effets de sélection, il convient d'ajouter que les autorités politiques et l'OFSP font et continueront à faire des progrès conséquents en la matière. Grâce à la décision claire du Parlement fédéral concernant la révision de la loi, la compensation des risques sera encore renforcée dans les années à venir [3, 4], ce qui devrait contribuer à réduire davantage les effets de sélection indésirables.

... et la réduction de la demande en prestations

Une question demeure toutefois: les franchises à option permettent-elles de faire de vraies économies, c'est-à-dire, l'aléa moral joue-t-il réellement un rôle? De pre-

* Les références se trouvent sous www.bullmed.ch → Numéro actuel ou → Archives → 2015 → 35.

** En l'occurrence, on entend par «aléa moral» le fait que, étant assurées, les personnes consomment plus de prestations de soins qu'elles n'en consommeraient si elles devaient assumer la totalité des coûts.

Tableau 1: Economies réalisées grâce aux franchises à option.

Franchise	Pourcentage 2013	Nombre d'adultes	Réduction des coûts/personne	Réduction des coûts (en milliers)
300	43,7%	2 853 426	0	-
500	23,7%	1 547 630	250	386 908
1000	4,0%	261 203	322	84 107
1500	11,7%	764 020	322	246 014
2000	1,8%	117 542	322	37 849
2500	15,1%	986 043	322	317 506
Total		6529864		1072384

Remarques: calcul des économies réelles (aléa moral) résultant des franchises à option basé sur la répartition des assurés de 2013 et les chiffres de Trottman, Zweifel et Beck [7].

miers éléments de réponse peuvent être tirés des résultats du RAND Health Insurance Experiment, une étude menée aux Etats-Unis qui indique que l'effet d'économie se situe entre 25 et 30%. Etant donné que la participation aux coûts pour les preneurs d'assurance était aléatoire dans cette étude, les effets de sélection sont pratiquement exclus [5]. Par conséquent, les résultats ont une valeur indicative, mais ne peuvent pas être sans autre transposés à d'autres pays.

Dix études scientifiques (au moins) portant sur l'effet de l'aléa moral ont été menées dans le contexte suisse. Neuf d'entre elles concluent qu'il existe un réel effet d'économie. Wilhelm [6] indique par exemple un effet de 12% pour les franchises à option de niveau moyen et de 27% pour les franchises à option élevées. Ces résultats sont confirmés par Gardiol, Geoffard et Grandchamp [7] ainsi que par Van Kleef, Beck et Buchner [8] qui, selon la franchise à option, font état d'économies annuelles allant jusqu'à 697 francs, respectivement 443 francs. Les analyses effectuées après la dernière augmentation de la franchise maximale présentent des conclusions similaires. Trottman, Zweifel et Beck [9] font état d'économies de 250 francs pour la franchise de 500 francs et de 322 francs à partir de la franchise de 1000 francs alors que Gerfin, Kaiser et Schmid [10] estiment l'effet de l'aléa moral pour les trois franchises à option les plus élevées à plus de 25%. La seule étude qui n'indique aucun effet a été rejetée peu après par ce même auteur [11, 12]. En résumé, on peut donc affirmer qu'en Suisse, les franchises à option engendrent de vraies économies. Il apparaît en particulier que les franchises les plus élevées permettent de réduire l'effet d'aléa moral, dans la mesure où son existence est avérée.

Effet global sur les coûts et les primes

Puisque l'aléa moral est manifestement une réalité, une réduction des franchises à option aurait pour consé-

quence une hausse de la demande en prestations influant sur les coûts et donc sur les primes. L'effet de sélection, au contraire, n'a pas d'incidence sur les coûts. Il ne fait qu'entraîner une redistribution de la charge financière que représentent les primes. Lors de l'évaluation de l'effet global, il faut donc tenir compte uniquement de l'effet d'aléa moral. En appliquant la répartition des assurés de 2013 et les économies calculées par Trottman, Zweifel et Beck [9], on obtient un effet d'économie de 1,1 milliard de francs (voir tab. 1), soit 5% des prestations nettes des adultes. Autrement dit, une réduction des franchises à option n'entraîne pas une baisse des primes, mais au contraire une hausse d'environ 5% en moyenne. Etant donné que l'on suppose des valeurs faibles en ce qui concerne l'aléa moral, celui-ci est estimé avec prudence.

Conclusion

Le fait que les franchises à option influent sur les coûts est incontesté dans les analyses portant sur la Suisse. Seule l'ampleur de l'effet diffère selon les différentes études. On observe également un effet de sélection indésirable. Celui-ci n'a cependant pas d'incidence sur les coûts et peut être réduit par des mesures appropriées.

Une réduction des franchises à option est également dommageable pour ceux qui devraient bénéficier d'une plus forte solidarité.

Dans ce contexte, la compensation des risques constitue un mécanisme particulièrement efficace pour éviter les rabais injustifiés sur les primes et neutraliser les effets de sélection. Une réduction, voire la suppression des franchises à option ne fait toutefois pas partie de ces mesures, étant donné qu'elle pourrait induire une hausse des coûts, et donc des primes, d'environ 1,1 milliard de francs, soit 5%. Si les primes revues à la hausse de ceux dont la franchise était élevée auparavant ne couvrent qu'en partie l'augmentation des coûts, les autres assurés devraient alors payer le reste. Une réduction des franchises à option est également dommageable pour ceux qui devraient bénéficier d'une plus forte solidarité. Par conséquent, elle ne constitue pas un moyen adéquat de renforcer la solidarité dans l'assurance-maladie sociale.

Disclosure statement

Les auteurs remercient la CSS Assurance SA d'avoir soutenu cette analyse. Le texte exprime l'opinion des auteurs et ne reflète pas nécessairement le point de vue du Groupe CSS.

Correspondance:
Christian Schmid
Institut de recherche
empirique en économie
de la santé
Tribtschenstrasse 21
CH-6002 Lucerne
christian.schmid[at]
css-institut.ch

Mit Coaching Menschen fördern und das Gesundheitswesen entlasten

Selbstkompetenzen entwickeln

Marcel Bischoff

Dr. Sportwiss., Coach bso (Berufsverband für Coaching, Supervision, Organisationsberatung)

Der Hausärztemangel ist eine Tatsache, er wird sich weiter verschärfen. Damit steigt die Bedeutung der interprofessionellen Zusammenarbeit. Coaching bietet sich als Möglichkeit an, Menschen in schwierigen Lebenskonstellationen zu helfen, für die eine Hausarztpraxis nicht das optimale Setting bietet. Idealerweise arbeiten Coach und Hausarzt dabei zusammen.

Fallbeispiel, 1. Teil

Herr B. meldet sich bei Ihnen als Hausarzt in der Praxis. Er wirkt nervös, leicht fahrig, ängstlich, deprimiert. Auf Ihre Frage, wie es ihm gehe, antwortet er, dass er starkes Herzklopfen habe und nicht mehr gut schlafe. Bei der Komplettierung der Anamnese erfahren Sie, dass er in im Beruf als Projektleiter in einer Grossfirma hohem Druck ausgesetzt sei und dass eine Reorganisation anstehe, in deren Zug er trotz guter Leistung vielleicht «über die Klippen springen müsse».

Sie untersuchen ihn sorgfältig, erheben gezielt einige Laborparameter und machen auch eine kurze Depressionsabklärung. Zu einer eindeutigen medizinischen Diagnose gelangen Sie nicht. Differentialdiagnostisch gehen Ihre Überlegungen in Richtung einer Reaktion auf eine berufliche Belastungssituation mit psychovegetativer Symptomatik.

Jetzt würde das Gespräch interessant werden, aber Sie schauen innerlich schon auf die Uhr, weil der nächste Patient wartet. Vielleicht sind Sie auch unsicher, wie Sie den Patienten gut betreuen sollen. Ein klar definiertes Krankheitsbild liegt nicht vor, das Setting Ihrer Praxis ist für Fälle dieser Art nicht optimal, und es widerstrebt Ihnen, mit einem Tranquilizer oder einem Antidepressivum lediglich die vordergründige Symptomatik des Patienten «wegzuthrapieren».

Arbeitswelt heute

Unsere Leistungsgesellschaft entwickelt sich sehr rasch zur fast reinen Wissensgesellschaft mit dramatischen Auswirkungen auf Berufe in der freien Marktwirtschaft. Jeder muss sich dauernd anpassen, flexible Arbeitsinhalte, -zeiten und -orte auf sich nehmen, ja sie sogar fördern und fordern.

Auch wenn wir in einer der reichsten und gemäss Umfragen auch glücklichsten Gesellschaften leben, wirken

viele Menschen unruhig, unsicher und unter Druck. Leistungsgesellschaft heisst ja: Es ist nie genug. Arbeiten gleicht Hochleistungssport. Andreas Krause definierte dazu den Begriff «Interessierte Selbstgefährdung». Aus der Ausbeutung des Arbeitnehmers ist die Selbstausschöpfung des Selbstunternehmers geworden [1]*.

Kommt dazu, dass es in diesem Rennen unter Mitkonkurrenten wenig Vertrauen und damit Austausch zu eigenen Schwächen oder Schwierigkeiten gibt. Wohin also bei Schlafstörungen, Panikgefühlen und Niedergeschlagenheit? Zum Arzt – vielleicht weiss er ja weiter?

Wann ist Coaching die Methode der Wahl?

Ein somatisierender Patient der Leistungsgesellschaft braucht das offene Ohr einer Fachperson, einen begleiteten Gesprächsprozess, damit er durch gleichzeitige Beruhigung und Motivierung wieder zu sich, auf die eigenen Beine und in Bewegung kommt.

Coaching ist ein motivationspsychologisches Verfahren, in dem Patienten – nein, jetzt sind es Kunden – durch das Gestalten eines sichernden und gleichzeitig motivierenden Beziehungs- und Lernraums wieder in Kontakt mit ihren eigenen Ressourcen kommen und wieder eigene Ziele verfolgen können (Selbstwirksamkeits-Erwartung). Oberstes Ziel ist es, die Kunden zu befähigen, wieder Kontrolle über ihr Leben zu gewinnen durch Verstehen des eigenen Denkens, Fühlens und Handelns, durch Perspektivenerweiterung darin und durch Eintrainieren von Alternativen mit imaginativen Verfahren, Körperarbeit und in der realen Welt. Bei berufsbezogenem Stress muss gleichzeitig immer auch die systemische Komponente mitberücksichtigt werden und auf individueller Ebene der gesamte Berufsweg, insbesondere unter dem Aspekt der eigenen Identität und Sinnhaftigkeit des eigenen Tuns (salutogenes Kohärenzmodell nach Antonovsky 1979 [2]).

* Die Literatur findet sich unter www.saez.ch → Aktuelle Ausgabe oder → Archiv → 2015 → 35.

Zum Autor: Marcel Bischoff war u.a. als Bewegungstherapeut in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachklinik und als Coach und Seminartrainer in einem präventivmedizinischen Beratungsunternehmen tätig, ist Mitglied im Swiss Expert Network on Burnout SEB und im Netzwerk der Privatklinik Hohenegg Meilen, wo er auch in einer interdisziplinären Interventionsgruppe engagiert ist.

Wie funktioniert Coaching?

Coaching wird heute inflationär verwendet und ist als Berufsbezeichnung ähnlich ungeschützt, wie es früher «Psychologe» war. Auch Apotheken werben mit dem Slogan «Ihr Gesundheits-Coach». Das Qualitätslabel «Coach» vergibt in der Schweiz der bso (s. Box).

Coaching ist weder Beratung noch Schulung oder Training. In der Beratung erhält man einen Rat, im Coaching gibt man sich den Rat selbst. Schulung heisst, sich einen Stoff (z.B. Sprache) verfügbar zu machen, Coaching heisst «inwendig lernen», d.h. sich personale Kompetenzen anzueignen (Selbst-Management). Training heisst, schon vorhandene Fähigkeiten auszubauen durch repetitives Üben, Coaching heisst eher, sich Neues anzueignen.

Oberstes Ziel ist es, die Kunden zu befähigen, wieder Kontrolle über ihr Leben zu gewinnen.

Coaching ist ein intensiver Reflexionsprozess ähnlich wie Psychotherapie, aber ohne Diagnose einer psychischen Störung und eher auf Arbeitsplatz-Situationen ausgerichtet. Dabei stehen die Bewusstseinsbildung und verhaltensorientierte Entwicklung eigener Kompetenzen und Fähigkeiten im Zentrum; zugleich die systemische Abklärung der Rollen, Aufgaben, Verantwortung am Arbeitsplatz mit der Arbeitsorganisation und deren Rahmenbedingungen.

Coaching verläuft in der Regel wie folgt:

1. Abklärungsgespräch mit Entscheid für/gegen ein Coaching.
2. Klare Zielsetzung.
3. Arbeit an den Zielen.
4. Abschluss mit Evaluation.

Üblich sind 4 bis 10 Meetings à 1 bis 2 Stunden. Dazwischen liegen «Hausaufgaben» und «Trainings».

Hausärzte als Coaches?

An dieser Stelle taucht evtl. die Frage auf, ob nicht die Hausärzte selbst Coachings machen sollten. Stefan Neuner-Jehle u.a. beschreiben einen Pilottest mit 20 Ärzten und 1045 Patienten [3]. Die Ärzte wurden speziell in kommunikativen Fertigkeiten trainiert und erreichten mit einer Vier-Schritte-Beratung gute Resultate. Gründe, die für die befragten Ärzte gegen ein eigenes Coaching sprachen, waren: fehlende Motivation für eine langfristige, erfolgsunsichere Beratung, Zeitmangel, mangelhafte Vergütung und fehlende Skills. Externe Coaches hingegen sind sich gewohnt, mit diesen Fragen umzugehen, und könnten in der Versorgung solcher Patienten Partner der Hausärzte werden.

Fallbeispiel, 2. Teil

In unserem Beispiel wusste der Hausarzt um die Möglichkeit eines externen Coachings für einen solchen Fall. Noch in der Sprechstunde empfahl er dem Patienten, Kontakt mit einem Coach aufzunehmen, und klärte Herrn B. darüber auf, dass er in Stadium I eines Burnout-Prozesses stehe und es hier weder um eine medizinische noch eine psychotherapeutische Behandlung ginge, sondern um eine persönliche Begleitung bei arbeitsbezogenem Stress. Ziel sei es, mit einem persönlichen Coaching eine weitere Verstärkung der Stressbelastungsstörung zu verhindern und wieder zurück zu altem Selbstvertrauen und Selbstkontrolle (Selbstwirksamkeitserleben) zu gelangen.

Herr B. hätte direkt in der Praxis einen Coach kontaktieren können, wollte aber zuerst darüber schlafen. Kurze Zeit später meldete er sich beim Coach für ein Abklärungsgespräch. Dabei zeigte sich eine psychische Vulnerabilität (v.a. Verausgabungstendenz) gepaart mit organisationalen Faktoren (zu wenig personale Ressourcen bei zu dichter Terminierung des Projekts). Herr B. wurde mit einem Balance-Modell («Gratifikationskrise» nach Siegrist 2004 [4]) aufgezeigt, dass er selbst aktiv werden sollte, im Sinne des Ausgleichs zum Stress und im Sinne des Für-sich-Einstehens gegenüber den Vorgesetzten, da er die Arbeitsbelastung unter diesen Rahmenbedingungen nicht erfüllen könnte. Er erhielt die Hausaufgabe, sich für das nächste Meeting mögliche Ziele zu überlegen und im Alltag darauf zu achten, wie und wo er sich schon auf dem Weg zur Zielerfüllung befinde.

Ziele der Intervention

Eine solche Intervention verfolgt drei Ziele: Erstens erlebt sich der Kunde als aktiv und wirksam, zweitens trainiert er durch Fokussierung auf kleine Ereignisse in seinem Denken, Fühlen und Handeln seine Selbstwahrnehmung und drittens entwickelt er durch Fokussierung auf Positives mehr emotionale Stabilität.

bso

Das Kürzel «bso» steht für «Berufsverband für Coaching, Supervision und Organisationsberatung». Coaching, Supervision und Organisationsberatung dienen der Optimierung von Verhalten und Verhältnissen in der Arbeitswelt – im Dienste von Mensch und Organisation. Der bso und seine Mitglieder stehen für höchste Qualität in diesen Beratungsformaten (www.bso.ch).

Gute Beratung heisst:

- Ethischer Kodex
- Verbindliche Vereinbarungen
- Systematisches Vorgehen
- Regelmässige Evaluationen
- Überprüfbare Ergebnisse



Coaching: Anregung zu einem intensiven Reflexionsprozess, meist auf Arbeitsplatz-Situationen ausgerichtet.

In der dritten Phase des Coachings, der Arbeit an den Zielen, lernte Herr B. seine Verausgabungsbereitschaft zu justieren, indem er über kognitiv-behaviorale Interventionen Distanz zu seinen Automatismen erarbeitete. Zum Beispiel realisierte er, dass er für sein «Ja-Sagen-und-Nein-Meinen» einen hohen Preis im Sinne der Erschöpfung bezahlt. Zweitens lernte er, körperlich-emotionale Zeichen im Alltag, «Druck auf dem Herzen» und «gelähmte Beine», früher und differenzierter zu erkennen. Drittens trainierte er Fähigkeiten, um aus solchen Situationen wieder herauszukommen, z.B. «tief durchatmen und sich vom Stressor räumlich entfernen». Viertens übte er in Rollenspielen in den Coaching-Sitzungen Situationen ein, in denen er präventiv für sich einstand und z.B. gegenüber dem Vorgesetzten eine Ressourcenaufstockung für sein Projekt beantragte. Dabei spielte der Coach die Rolle des Vorgesetzten und konnte Herrn B. ein direktes Feedback dazu geben, wie sein Auftritt bei ihm ankam.

Neben kognitiv-behavioralen Interventionen übte Herr B. einen ausgeglicheneren Lebensstil ein, indem er täglich 30 Minuten flott spazierte, vor dem Schlafen ein Entspannungsverfahren einsetzte, seine Arbeitszeit strikt von 60 auf 50 Stunden pro Woche reduzierte und ein Lerntagebuch mit gelungenen Tätigkeiten schrieb. Dazu kam noch je ein Dreiergespräch mit seiner Ehefrau und gegen Ende des Coachings mit seinem Vorgesetzten vor Ort in der Firma. In beiden Situationen zeigte sich, dass – entgegen der Angst von Herrn B. – beide grosses Verständnis für seine Situation zeigten. Sowohl die Ehefrau als auch der Chef waren bereit, als Feedback-Geber in einem Frühwarnsystem für Herrn B. mitzumachen und ihre eigene Haltung betreffend «Nutzen» der Verausgabungsbereitschaft von Herrn B. kritisch zu hinterfragen.

Insgesamt gelang es Herrn B. in diesem Fall exemplarisch, seine Selbstfürsorge und eine erhöhte Kompetenz betreffend Stressbewältigung nachhaltig zu entwickeln und die wichtigsten Partner seines sozialen Systems einzubeziehen.

In welchen Bereichen nützt Coaching am meisten?

Coaching ist dann geeignet, wenn bei einem Patienten oder Kunden durch aktive Führung und Begleitung eine nachhaltige Verhaltens- und Haltungsänderung in einem zeitlich begrenzten Prozess von Wochen oder Monaten erreicht werden soll und dazu auch eine Trainingsphase nötig ist.

Für Patienten in Hausarztpraxen kann ein professionelles Coaching insbesondere dann von Nutzen sein und erwogen werden, wenn einer der folgenden Themenbereiche im Vordergrund steht:

- arbeitsbezogener Stress / Konflikte / Laufbahnfragen / Burnout;
- metabolisches Syndrom / Abhängigkeit als Sekundärdiagnose;
- psychische Störungen, bei denen Patienten (noch) nicht therapiebereit sind oder die belastend, aber schwierig zu diagnostizieren sind.

Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und Coach

Coaching ist ein Produkt der modernen Arbeitswelt und macht wie vieles dann Sinn, wenn es professionell und situativ richtig eingesetzt wird. Beispielsweise dann, wenn Patienten die Hausarztpraxis aufsuchen und nach Ausschluss medizinischer Indikationen durch den Hausarzt nicht optimal behandelt bzw. begleitet werden können. Es dürfte ein Ziel der Hausärzte sein, solche Patienten – wie bei der Diabetes- oder Ernährungsberatung – an die richtige Stelle zu schicken, um sie optimal versorgt zu wissen und selbst von solchen Fällen entlastet zu sein. Dieses Dreiersetting Arzt-Patient-Coach kann optimal gestärkt werden, wenn Arzt und Coach mit Wissen der Patienten in regelmäßigen Abständen, beispielsweise alle 2–4 Wochen, mögliche Patientenfälle vorbesprechen.

Da die Krankenkassen für Coachings keine Beiträge übernehmen, ist klar, dass ein Coaching nur Zahlungsfähigen und -willigen vorbehalten ist. Wenn man die Rechnung eines jährlichen Autoservices anschaut, könnte man sich bei einem gewissen Leidensdruck oder Interesse an der Entwicklung der eigenen Person motivieren, in einen intensiven Lernprozess wie Coaching einzusteigen. Hier kann der Hausarzt einen wichtigen Erstmotivationsimpuls geben, weil er die erste externe Vertrauensperson ist.

Disclosure statement

Der Autor führt ein Coachingunternehmen mit Spezialgebiet Führung, Gesundheit, Selbstmanagement bzw. Stressbewältigung, Burnoutprävention und Job-Re-Integration.

Korrespondenz:
Dr. Marcel Bischoff
Chrätzacher 27
CH-8908 Hedingen
info[at]bischoffcoaching.ch

Grands Prix Suisse: «Santé-Entreprise 2016»

L'Association Européenne pour la Promotion de la Santé «AEPS», Section suisse, met au concours trois prix d'une valeur totale de 25000 francs pour un programme de promotion de la santé ou de prévention dans une entreprise, une administration ou toute autre institution. La cérémonie de remise des Prix aura lieu à Berne au début 2016. Le 1^{er} prix est doté de 15000 francs, le 2^e prix de 7500 francs et le 3^e prix de 2500 francs. La priorité sera ac-

cordée à des interventions qui peuvent engendrer un impact positif sur la santé des personnes cibles. La sélection des travaux sera effectuée par un jury. Les entreprises intéressées trouveront des recommandations pour le dépôt du dossier de candidature sur le site web de l'AEPS: www.aeps.eu/ch. Le délai est le 5 octobre 2015.

(Promotion Santé Suisse)

Österreichische Spitäler: Zusammenlegung von Abteilungen

«Wenn es Leistungsreduktionen geben muss, dann sollen die Verantwortlichen das auch sagen», fordert Harald Mayer, Obmann der Spitalsärzte der Österreichischen Ärztekammer. Infolge der Gesundheitsreform würden immer mehr Spitalabteilungen verschiedener Standorte zusammengelegt, oft hielten Konsiliarärztinnen und -ärzte eine Mindestversorgung aufrecht, wo bisher ganze Abteilungen die Versorgung rund um die Uhr sicherge-

stellt hätten. «Der Ausdruck 'Standortgarantie' ist ein Unwort, mit dem man uns Versorgungsgarantie und -qualität vorgaukelt», kritisiert Mayer, «dort, wo Krankenhaus draufsteht, muss auch Krankenhaus drin sein!» Zudem erschwerten diese 'reduzierten' Spitäler Ärztinnen und Ärzte einen späteren Wechsel in ein Spital mit vollem Leistungsspektrum erheblich.

(ÖÄK)



Nach der Gesundheitsreform werden in Österreich immer mehr Spitalabteilungen verschiedener Standorte zusammengelegt.

Ambulante Suchtberatung wirkt

In der Schweiz nehmen jährlich knapp zehntausend Personen eine ambulante Beratung aufgrund ihrer Alkoholprobleme in Anspruch. Erstmals weisen nun Forschende nach, dass 60 Prozent der Klienten/-innen nach einer ambulanten Beratung weniger Alkohol konsumieren. In einer Studie, an der sich fünf Beratungsfachstellen beteiligten, konnten 858 Klienten/-innen befragt werden. Die Resultate sprechen für die mittel- und längerfristige Wirksamkeit ambulanter Alkoholberatung. Diese fördert einen nicht-problematischen Alkoholkonsum und verbessert Gesundheit und Lebenszufriedenheit.

(Beratungszentrum Bezirk Baden / suchthilfe ags)



Ambulante Suchtberatung hilft: 60 Prozent der Betroffenen konsumieren danach weniger Alkohol.

Mit Verspätung für Rollstuhlfahrende zugänglich



Endlich hindernisfrei: Die Ausstellung «Swiss Chocolate Adventure» im Verkehrshaus Luzern.

Ein Jahr nach der Eröffnung ist die Ausstellung «Swiss Chocolate Adventure» endlich auch für Personen im Rollstuhl zugänglich. Der Gleichstellungsrat.ch ist erstaunt, dass das Verkehrshaus der Schweiz als Sinnbild für technischen Fortschritt so lange gebraucht hat, um die seit der Eröffnung bestehende Benachteiligung für Personen im Rollstuhl zu beseitigen. Es ist eines der Ziele des Gleichstellungsrats.ch, dass Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen im Sinne des verfassungsrechtlichen Verbots der Diskriminierung wegen einer Behinderung abgebaut werden oder gar nicht erst entstehen. Entsprechend fordert der Rat alle Verantwortlichen öffentlicher Museen und Ausstellungen in der Schweiz auf, sich konkret und aktiv für die Hindernisfreiheit ihrer Einrichtungen einzusetzen.

(AGILE)

Film documentaire sur l'OdASanté

Qui est l'OdASanté, l'organisation nationale faitière du monde du travail en santé? Que fait-elle? Telles sont certaines des questions qu'abordera le court documentaire qui peut être visionné dès maintenant sur le site youtube de l'OdASanté (www.odasante.ch). Comme l'OdASanté représente les intérêts du secteur sanitaire pour les questions de formation aux professions de la santé de toute la Suisse, ce film est disponible en trois langues. En tenant compte de la diversité de la branche de la santé, des représentants et représentantes de tous les domaines des soins et des trois régions linguistiques y prennent la parole.

(OdASanté)

... Pia Coppex, infirmière et nouvelle présidente de la Société Suisse d'Éthique Biomédicale

«Je suis la voix de la pratique»

Daniel Lüthi

Journaliste indépendant et photographe, conseiller médiatique, Berne

L'image est tout un symbole: une infirmière – peut-être encore une élève – traverse d'un pas sûr et décidé la pelouse devant l'école. Pia Coppex porte au monument un regard presque admiratif: «Oui», dit l'enseignante, «nous pouvons être fières de notre métier.» La sculpture de Denis Perret-Gentil lui plaît surtout pour le message qu'elle véhicule.

L'infirmière devenue présidente

À l'Institut et Haute Ecole de la Santé «La Source» à Lausanne, Pia Coppex est non seulement enseignante, mais aussi responsable du plan d'études DAS «Santé

des populations vieillissantes» depuis presque une année. Au niveau national, c'est une autre fonction qui l'a fait connaître du public: elle est en effet la première infirmière à être devenue présidente de la Société Suisse d'Éthique Biomédicale (SSEB). Elue en avril à la tête de cette organisation de plus de 20 membres, elle se retrouve entourée de nombreux porteurs de titres académiques: Prof. Dr med., Prof. Dr théol., Dr phil., dipl. psych., Dr iur., etc.

Pia Coppex n'a pas de doctorat, mais une solide formation et beaucoup d'expérience. Elle insiste sur le fait qu'elle est toujours restée proche de la base, des gens «du terrain» et de leurs préoccupations dans sa car-



rière professionnelle. «Je suis la voix de la pratique», dit-elle, «et j'ai été très honorée que l'on ait pensé à moi pour cette élection.» Pourquoi aspirait-elle à cette fonction qui implique davantage de responsabilités? «Le système de santé est devenu complexe et il est important pour moi de réunir les différents acteurs. De plus, à une époque où les arguments économiques ont toujours plus de poids, il est important que l'on prenne en compte d'autres valeurs.» La responsabilité, les droits humains, la dignité et le respect, voilà les valeurs qu'elle défend quand elle parle d'éthique. Des valeurs qu'elle a toujours défendues comme prioritaires, y compris au lit du malade.

Où est la bonne solution?

Pia Coppex cite un exemple: une femme qui vivait chez elle, mais souffrait d'une démence progressive. Elle était de moins en moins capable de prendre soin d'elle-même et ne cuisinait presque plus. Elle a fait une chute et s'est blessée en s'ébouillantant avec du café. «Sa nièce a donné l'alerte, mais la femme voulait rester chez elle.» Une décision s'imposait, qui devait être prise d'entente avec toutes les personnes impliquées: le médecin de famille, le personnel infirmier, la nièce – et la femme concernée. «Dans un tel cas, pas question de se limiter à des aspects formalistes, ni surtout de laisser tomber une personne et ses proches.» Qu'est-ce qui donne du sens à ce que vit cette personne en ce moment-même? Quel est le bien véritable? Toute la question est là.

«Il s'agit d'opérer une synthèse entre différents angles de vision.»

Prenons un deuxième exemple: une femme avait besoin de séances de physiothérapie pour réapprendre à marcher convenablement, renforcer ses muscles, en un mot s'exercer. Une collègue de Pia Coppex a assis la dame dans un fauteuil roulant pour l'amener à sa séance de physiothérapie. «C'est un non-sens total», s'emporte Coppex, «ma collègue ici n'a tout simplement pas réfléchi! Il ne suffit pas de dire 'je fais ça pour ton bien'. La bonne solution se trouve parfois dans des comportements évidents dans la vie quotidienne.»

L'importance du travail d'équipe

Bien sûr, il n'est pas toujours facile de trouver la manière idéale; les acteurs du système de santé sont régulièrement confrontés à des situations humainement difficiles qui n'ont pas de solutions toutes faites. C'est

Pia Coppex-Gasche

Pia Coppex-Gasche est née en 1961 à Soleure. A l'âge de six ans, elle a déménagé avec sa famille à Monthey, dans le Bas-Valais, où elle a fait ses écoles et suivi sa formation d'infirmière en psychiatrie. Diplômée en 1983, elle a ensuite travaillé pendant trois ans au service des urgences de l'hôpital psychiatrique de Monthey, avant de suivre plusieurs formations postgrades, notamment en gérontologie, en psychologie du vieillissement, en droit de la santé, en pédagogie et en éthique. De 2011 à 2014, elle a été cheffe de projet à la Conférence des directeurs de la santé CDS à Berne. Depuis septembre 2014, elle est enseignante et responsable du plan d'études «Santé des populations vieillissantes» à la Haute Ecole Spécialisée «La Source» à Lausanne. En avril 2015, elle a été la première infirmière élue présidente de la Société Suisse d'Éthique Biomédicale. Pia Coppex est mariée et mère de deux filles adultes. Elle vit avec son époux à Choëx-sur-Monthey.



ce qui rend le travail d'équipe si essentiel: «Une équipe qui a appris à travailler ensemble est en meilleure position pour prendre la décision suivante.» Elle-même n'a jamais buté sur des obstacles hiérarchiques entre les corps infirmier et médical, ni ressenti des attitudes suffisantes de la part des médecins. «En psychiatrie, la collaboration interdisciplinaire était quelque chose qui allait de soi, je l'ai su dès ma formation.» C'est ce qui explique qu'elle ne regarde pas les médecins comme des dieux, «nous sommes collègues». Comme le sont tous les autres qui prennent à cœur le bien-être des patients. «J'ai toujours fait de belles rencontres et beaucoup sont devenus des amis», raconte Pia Coppex. La nouvelle présidente de la SSEB a prévu de prendre le temps de rencontrer et faire plus ample connaissance de chaque membre du comité, fidèle en cela à la devise de la société. Celle-ci a été fondée en 1989, écrit-elle, dans le but de chercher «la concordance par delà les frontières des différentes disciplines», ce qui, de toute évidence, ne va pas de soi.

«Il s'agit d'opérer une synthèse entre différents angles de vision, de créer le dialogue – dans le but de se comprendre et de se mettre d'accord, donc de trouver un consensus.» Un compromis n'est pas toujours possible ni nécessaire, explique Pia Coppex, qui illustre ses déclarations abstraites par un exemple concret. La question était: devons-nous approuver ou non un avortement chez une jeune femme? «Mon avis initial était à l'opposé de la décision finalement prise. Mais je m'y suis ralliée parce que nous l'avions prise en équipe dans une attitude solidaire.»

La déferlante grise...

Pia Coppex est spécialisée dans les problèmes de l'âge, dont la démence et les soins palliatifs. Des thèmes qui, soit dit en passant, nous rappellent en permanence nos propres limites et la fugacité de notre existence. Pourquoi a-t-elle fait précisément ce choix dans sa jeunesse? «Notre démographie est ce qu'elle est; la 'déferlante grise' est une réalité et un défi», répond-elle après un instant de réflexion. «Nous devons apprendre à utiliser très efficacement nos ressources si nous voulons que notre système de santé réponde encore aux besoins de la population dans les années à venir.»

Comme presque toujours dans un moment pareil, elle

«Je serais heureuse de travailler pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).»

porte alors au loin un regard éloquent, cherche ses pensées et choisit spontanément de les formuler en suisse-allemand ou en français. Puis elle respire profondément et se tourne en souriant vers son interlocuteur: «Les personnes âgées m'ont toujours énormément apporté», dit-elle avec passion. «Même celles qui sont démentes. Elles n'ont peut-être plus de mots – mais ces regards! Avec notre regard et notre façon de leur parler, nous pouvons faire en sorte qu'elles restent des personnes à part entière, des êtres humains avec une histoire, une destinée et une exigence d'autonomie – et qu'elles ne deviennent pas des objets.» On retrouve ici le concept de la dignité humaine, et avec lui la thématique souvent si abstraite et insaisissable de l'éthique.

... et le problème du temps

Avoir le temps, se prendre le temps d'écouter – cela devrait faire partie de notre métier. Cela devrait même en être un élément central. Seulement voilà: toutes celles et tous ceux qui travaillent dans le domaine de la santé se plaignent de manquer de temps. Pia Coppex: «Dès lors que la performance et les exigences administratives sont en jeu, les infirmiers et infirmières et les médecins sont souvent amenés à trahir leurs propres valeurs et convictions – avec le risque de se perdre.» Elle ajoute cependant: «Le problème du temps est relatif. Le temps n'est pas une question de quantité mais de qualité, de présence et de disponibilité. Il suffit parfois d'un regard, de quelques paroles succinctes mais sincères.»

Ce qui compte pour l'infirmier comme pour le médecin, c'est de ne pas s'effacer mais de rester soi-même.

Il est légitime de se défendre, dit Coppex, mais cela ne fait nullement d'elle une révolutionnaire. Elle reste aimable et joyeuse tout en affichant sa détermination. Et elle dit: «Le patient est au centre de notre action. Il appartient à tous les membres d'une équipe interprofessionnelle de s'en occuper le mieux possible. Pour cela, il faut le dialogue.»

Le Valais et le monde

Dans le petit bureau qu'elle partage, une affiche promotionnelle pour le Valais figure bien en vue sur la paroi. Elle le dit et le répète, le Valais est le lieu de son cœur. Elle y est chez elle et fait la navette pour se rendre à Berne et à Lausanne. Sa famille, ses amis, le jardin et la montagne comptent beaucoup pour elle, «tout comme le fait qu'en Valais, on ose se dire les choses franchement». Son ancrage professionnel et géographique y est très fort.

Dans ses loisirs, elle compose des vitraux en assemblant des morceaux de verre coloré avec du plomb. La multiplicité des couleurs a valeur de symbole pour cette femme, y compris dans sa vie professionnelle. Elle passe son temps à réunir des gens de différents métiers; en ce moment, elle est en train de mettre sur pied un congrès intercantonal à Lausanne sur un thème qui lui est cher, «Vieillir en Suisse». Pia Coppex est femme de réseaux et voyage beaucoup à partir de ses bases, y compris en pensées.

Elle n'est donc pas du genre à tenir en place. Elle veut aller toujours plus loin, avancer fièrement comme la sculpture de l'école «La Source» à Lausanne.

Quel est son prochain objectif? Coppex rit: «J'ai travaillé dans plusieurs institutions cantonales et nationales. Maintenant, je me verrais bien entrer dans une structure politique internationale. S'il m'est permis de rêver un peu, je serais heureuse de travailler pour l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).»

Soyons certains que même là-bas, elle ne voudrait pas perdre le contact avec sa base, avec la pratique du métier.

La prochaine «Rencontre avec...»

A la fin de chaque mois, le *Bulletin des médecins suisses* présente une personnalité qui s'implique dans la santé publique. En septembre, Daniel Lüthi parlera de sa rencontre avec Daniel Hell, professeur émérite en psychiatrie.

Einsatz in Dhaka, Bangladesch

Medizinische Hilfe für die Ärmsten

Urban Pachlatko

Von Ende Februar bis Mitte April hatte ich die Möglichkeit, mit einer deutschen Hilfsorganisation in Dhaka – der Hauptstadt von Bangladesch – einen sechswöchigen medizinischen Einsatz zu machen.

Die *German Doctors*, wie die Organisation heisst, arbeiten weltweit in verschiedenen Armutsgemeinden und versuchen dort für die Ärmsten eine gewisse Basismedizin zu betreiben. Es sind Deutsch sprechende Ärzte, die jeweils für etwa sechs Wochen im Einsatz sind.

In Dhaka wohnen wir in einem Haus, in dem, neben einer Klinik, auch eine Schule für «Slumkinder» untergebracht ist. Etwa 600 Kinder, in zwei Gruppen hintereinander, erhalten dort eine Ausbildung und eine warme Mahlzeit pro Tag. Wir fahren vormittags mit einem Minibus in unterschiedliche Slums und arme Wohngebiete, nachmittags arbeiten wir in einer Ambulanz in dem Haus, wo wir auch wohnen. Wir kümmern uns sozusagen um die hausärztliche Versorgung der Ärmsten, die sich das Geld für einen Arzt- oder Krankenhausbesuch nicht leisten können. Wir, das sind zwei deutsch sprechende Ärzte und ein Team aus Einheimischen, die für uns übersetzen, die Patienten aufnehmen, sich um die Medikamente kümmern und uns hin- und herfahren.

Uns begegnen sehr oft die gleichen Beschwerden, die man auch hier in einer Hausarztpraxis findet, nämlich

Husten, Erkältungen, Fieber, Rückenschmerzen, verschiedenste Verdauungsbeschwerden und «all over body pain», was eher als ein allgemeines Unwohlsein zu verstehen ist. Viele der Beschwerden sind auch Folgen der oft harten körperlichen Arbeiten, denen die Slumbewohner nachgehen. Dass die Rikschafahrer und die Leute, die mit Hämmern Backsteine zerkleinern, an Überlastungsschmerzen leiden, wundert keinen, aber wirksame Therapien dagegen stehen nicht zur Verfügung. Eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit bleibt Wunschdenken. Die sozialen Probleme kommen dann gerade bei den Armen noch zur gesundheitlichen Situation dazu und lassen die Lage oft eher hoffnungslos aussehen. Trotz allem sind die Menschen nicht unglücklicher als bei uns und tragen ihr Schicksal oft auf bewundernswerte Art.

Ein paar Einblicke in Patientengeschichten:

– Alte Frau, die nicht mehr arbeiten kann (75-jährig). Schwäche und Appetitlosigkeit, Magenschmerzen (Hunger?) und verschiedene Gelenkschmerzen sind ihr heutiges Leiden. Bei weiterem Nachfragen kommt heraus, dass sie nun bei ihrer Tochter lebt, die aber selber eher am Existenzminimum ist. Die Tochter ist als Textilarbeiterin tätig, das heisst, sie muss den ganzen Tag nähen oder zuschneiden oder bügeln oder ... Sie verdient zwar genug für sich und vielleicht ein Kind, aber



Das «Wartezimmer».



Eine Patientin der *German Doctors* wird aufgenommen.



Oft haben Patienten ganz ähnliche Beschwerden wie bei uns.

für die Mutter reicht es einfach nicht mehr. So sagt die Mutter einfach, sie habe keinen Appetit, damit sie den andern nichts wegisst, selber aber verhungert sie langsam ...

– Mann, alt, beidseitige Hüftarthrose, ist instabil auf den Beinen und fällt oft hin. Heute kommt er mit einer Verletzung des rechten Knies, einer offenen Wunde, weil er vor ein paar Tagen wieder einmal gefallen ist. Durch Schmerzen geschwächt, dadurch kaum mehr erwerbstätig, dreht sich die Armutsspirale weiter. Er wird schwächer werden, noch häufiger fallen, bis er dann nicht mehr aufstehen wird ...

– Eine ausgemergelte 85-jährige Grossmutter kommt. Ihre Tochter begleitet sie, da sie bei ihr wohnt. Die

Tochter selber hatte einen Schlaganfall und nun eine Fazialisparese, das heisst, die Gesichtsmuskeln sind auf einer Seite gelähmt. Die Tochter muss neben ihrer Mutter auch noch für ihre eigene Tochter schauen, da ihr Mann drogenabhängig ist und alles, was er mit dem Rikschafahren verdient, sofort für seine Sucht verbraucht.

– Ein persönliches «Highlight» für mich war eine alte Frau, die vier Tage vorher bei einem Sturz ihren Vorderarm an typischer Stelle gebrochen hatte. Wir machten eine lokale Anästhesie in den Bruchspalt und gipsten dann den reponierten Arm mit «richtigen» Gipsbinden ein, und das ohne Röntgen, einfach nach Gefühl! Mir kam zugute, dass ich in Valbella vor 30 Jahren viele Radiusfrakturen reponieren und gipsen musste. Es war wie ein Lächeln von Gott, dass Er das, was ich gelernt habe, auch hier wieder gebrauchen konnte. Die Frau kam dann am nächsten Tag zur Gipskontrolle und war begeistert, dass sie keine Schmerzen mehr hatte.

Die Regierung hat in den letzten Jahren mehrere Spitäler aufgemacht, die auch die Ärmsten behandeln, und so können wir in komplizierteren Fällen die Leute auch dorthin schicken. Es gibt lange Wartezeiten, aber wenn wir die Patienten gezielt zuweisen, erhalten sie eine recht gute Diagnostik. Medikamente bekommen sie dann aber meist nur für einen Tag und dazu ein Rezept in die Hand gedrückt, mit dem sie ihre weitere Medikation kaufen sollten. Auch wenn Medikamente nicht sonderlich teuer sind und praktisch alle im Land selber hergestellt werden, haben die Ärmsten oft nicht genug Geld, um sich eine längere Behandlung zu leisten, und hören dann einfach damit auf.

Die Behandlung der Tuberkulose ist hier eine Ausnahme, da erhalten die Patienten regelmässig ihre Medikation, und es wird auch gut kontrolliert. Für unsere Therapien haben wir ein beschränktes, der Situation gut angepasstes Medikamentensortiment, das wir den Patienten fast gratis abgeben. Diese Arbeit, die ich in Dhaka machen durfte, hat mir grosse Freude gebracht. Die Patienten sind dankbar, dass jemand sie wirklich untersucht und ihnen zum Teil einfach auch nur mit einem offenen Ohr begegnet. Manchmal fühlte ich mich aber auch so hilflos, wenn das eigentliche Übel gar nicht angegangen werden kann, da wir ja fast «nur» medizinisch helfen können. Die Armut, die kaum vorhandenen staatlichen sozialen Strukturen und der schiere Bevölkerungsdruck lasten auf dem Buckel und der Gesundheit ebendieser Bevölkerung. In Anbetracht der 160 Millionen Einwohner erscheint der Einsatz wirklich nur als Tropfen auf einen sehr heissen Stein, aber ich denke, dass die paar hundert Menschen, denen wir helfen konnten, trotzdem dankbar sind.

Korrespondenz:
Dr. med. Urban Pachlatko
Leecherstrasse 21
CH-8123 Ebmatingen
pachlatko[at]ggaweb.ch

Urinöse Geschichten

Bernhard Gurtner

«Pipi mache, bisle, brünzle, pisse, säiche, schiffe» ... Die Mundart kennt zahlreiche kräftige Ausdrücke für den erleichternden physiologischen Akt, den Mediziner mit dem mickrigen Fachausdruck «Miktion» benennen. Schon als kleine Buben haben wir gelernt, unseren Wasserhahn wie der Brüsseler Manneken Pis zielgenau zu steuern. Bei den Pfadi löschten wir gemeinsam «brünzelnd» die aufzischende Glut des Lagerfeuers, sprayten mit gelbem Strahl Graffiti in den Schnee und übten uns im Bogenpinkeln auf Distanz. Selber schuld, wer am Waldrand gegen den Wind urinierte und so vom Herbststurm geduscht wurde. Nur einer wagte es, seine Pinkelparabel gegen einen elektrisch geladenen Weidedraht zu richten, blieb aber verschont von dem angedrohten Stromschlag in die Lenden.

Sigmund Freud hat in *Das Unbehagen in der Kultur* der infantilen Lust, ein Feuer mit dem Harnstrahl auszulöschen, eine ausführliche Fussnote gewidmet und diesen archaischen Brauch als sexuelles Impotiergehabede gedeutet. Doch hätte Freud wohl auch Carigiets Schellenursli so interpretiert, der die grösste Kuhglocke bammeln lassen wollte.

Wie ein Mannbarkeitsritual: der erste Besuch mit dem Vater in einem Pissoir.

Einem Mannbarkeitsritual nahe kam der erste Besuch mit dem Vater in einem Pissoir. Die dunkelgrün lackierten, blechernen Jugendstil-Rondellen an öffentlichen Plätzen durften unentgeltlich benutzt werden. Der Sichtschutz reichte nur bis Wadenmitte, weshalb die Schuhe und Hosenstösse der spreizbeinig anstehenden Männer von aussen erkennbar blieben. Weil



Er hat es mit seinem Strahl zu Weltruhm gebracht: der Manneken Pis in Brüssel.

nur Schalen für Erwachsene angebracht waren, mussten die Väter ihre Buben zum Pipimachen hochheben. Im Sichtschlitz verschwanden die Kinderbeine zapplend nach oben, entschwebten wie Peter Pan.

In der Vorklinik mussten wir den eigenen Urin untersuchen. Kochprobe, Fehling I und II, Sediment; Test-

streifen gab es noch nicht. Ein Professor demonstrierte, wie die Harnschau seit der Antike bis in neuere Zeit ablief: Zuerst roch er mit geschlossenen Augen am Glas, dann prüfte er die Farbe des Urins, schüttelte ihn energisch und verfolgte die Bahn einiger Sedimente im Gegenlicht einer Kerze. Dann tauchte er seinen Mittelfinger tief bis zum Anschlag in den Urin und schleckte sich sofort genüsslich den gestreckten Zeigefinger ab: «Schmeckt gut, honigsüßer Durchlauf, Diabetes mellitus!» Weil keiner von uns den Taschenspielertrick bemerkt hatte, jaulten wir angewidert auf – und wurden vom Dozenten

als schlechte Beobachter gerügt, die noch viel lernen müssten, um gute Ärzte zu werden.

Mit blossen Augen und einer guten Nase hat ein Assistenzarzt in einer Höhenklinik bei einer Patientin mit rezidivierenden massiven Pleuraergüssen den wichtigsten Befund erhoben, der zuvor bei mehrmaligen Hospitalisationen in bestens ausgerüsteten medizinischen Zentren verpasst worden war. Der Assistent bemerkte, dass der mit einer Rotandaspritze entnommene Pleuraerguss wie Urin aussah, leicht schäumte und urinös roch. Das notierte er präzise in der Krankengeschichte. Er beschrieb so einen *Urinothorax*, ohne zu wissen, dass sich aus einem retroperitoneal gelegenen Leck der Harnwege grosse Urinmengen in den Pleuraum verschieben können. Das würde häufiger er-

kannt, wenn in Pleuraergüssen ungeklärter Genese routinemässig die Kreatininkonzentration gemessen würde, wie es bei der folgenden Hospitalisation im Nachbarspital geschah [1].

Mit zitternd abgezählten 8 Tropfen ihres frisch gelösten Urins, eingebracht in 5 ml Benedictlösung, prüften insulinbedürftige Diabetiker mehrmals täglich auf indirektem Weg ihren Blutzucker. Ein blauer Benedict zeigt, dass keine Glucose im Urin vorhanden ist. Glucosurie hingegen führt mit steigender Konzentration zu einem Farbumschlag des Kupfersulfats zu grün, gelb oder rot, was die Patienten gewissenhaft in ihrem Kontrollheft eintrugen. Die Länge der Farbstifte, die am häufigsten nachgespitzt werden mussten, bot einen Hinweis auf die durchschnittliche BZ-Einstellung in den letzten Monaten, lange bevor hierfür die Messung der karamelisierten Erythrozyten (HbA_{1c}) üblich wurde.

Fliegen Wespen oder Bienen zum uringefüllten Glas vor dem Fenster, ist der Fall klar.

Tabletten vereinfachten den chemischen Ablauf so sehr, dass sogar Weinbauern den Zuckergehalt ihres unausgegorenen Produkts mit *Clinitest* zu prüfen begannen. Einfach machte es sich auch ein zuckerkranker Bauer, der jeweils im Stall urinierte und wegen Phimose seinen Urin wie mit einer Giesskanne versprühte. Eine schlechte Einstellung erkannte er an den weissen Ringen, welche die Zuckerkristalle auf seinen Stiefeln hinterliessen. Sein Vater sei auch Diabetiker gewesen und habe jeweils ein uringefülltes Glas vor ein Fenster gestellt. Kamen Wespen oder Bienen angefliegen, war die Sachlage klar. Im Zürcher Oberland war es auch noch Brauch, Wunden mit Urin oder verschimmelten Spinnennetzen zu desinfizieren. Die Ende des letzten Jahrhunderts aufgekommene Mode, zu Heilzwecken frischen eigenen Urin zu trinken, machten hier nur wenige Erleuchtete mit. Nicht alle sind sich aber bewusst, dass viele Hautpflegemittel Harnstoff enthalten, der als Urea deklariert jede Anruchigkeit verliert. Teststreifen ersetzen schliesslich das Köcheln mit Benedict oder Clinitest. Sogar die Schweizer Armee rüstete ihre Sanität mit teuren Combustrestreifen aus. Aber, oha lätz:

Als Schularzt wollte ich bei der sanitarischen Eintrittsmusterung in der Kaserne Genf jedem Rekruten einen kleinen Plastikbecher abgeben, um seinen Urin ein-

zeln zu testen. Da intervenierte mit lauter Stimme der Berufs-Adj. Uof., der das Krankenzimmer autoritär befehligte. Er liess die Rekruten auf 10 nummerieren und teilte jeder Gruppe eine «Urinbombe» zu, in die jeweils 10 Mann einen Sprutz beizusteuern hatten. Das eidgenössische Sammelprodukt wurde dann von «General Tellenbach» persönlich und sparsam mit nur einem einzigen Teststreifen geprüft.

Haben junge Profis auf Ölplattformen ähnliche Glücksgefühle, wenn es nach einer Probebohrung kräftig sprudelt?

Alle verfügbaren Sammelgefässe benötigten wir in einem Landspital, nachdem der berühmte Nephrologe spätabends von Bern zu einem Konsilium angereist war. Er brachte eine nur mit Kennzahlen beschriftete Ampulle eines in klinischer Erprobung befindlichen neuartigen Diuretikums mit, das er einem Privatpatienten mit therapieresistenten nephrotischen Ödemen intravenös injizierte. Weisung an das Pflegepersonal: «Kein Tropfen Urin darf weggeschüttet werden!» Leicht gesagt, wenn ein Patient in einer Nacht 12 Liter entleert. Das offensichtlich überdosierte Furosemid hat wenigstens nicht alle 90 Liter Primärharn nach aussen laufen lassen, die die Nieren gleichzeitig produzierten.

Eine urinöse Story liefert auch jene Patientin, die mit heftigen Koliken Blasensteine gebar, sich jedoch grauste, die Konkremente aus der WC-Schüssel zu klauben. Stattdessen brachte sie aus ihrem Garten einige Kieselsteine mit und gestand erst nach Insistieren, dass sie bloss Beweisstücke für ihr Leiden gesucht habe.

Erinnern Sie sich noch an die allererste Erlaubnis zur Einlage eines Blasenkatheters nach genauer Instruktion durch einen Anästhesiepfleger? An die erste suprapubische Punktion, die Montage eines Cystofix? Haben junge Profis auf Ölplattformen ähnliche Glücksgefühle, wenn es nach einer Probebohrung kräftig sprudelt? Dumme Fragen und banale Geschichten? Vielleicht doch amüsanter als das Altherrengeklöne über imperativen Harndrang – initiales Warten – schwaches Rinnsal – Nachträufeln und grenzwertige PSA-Befunde.

Der Astrologe glaubt, der Astronom weiss. Wieso heisst der Urologe nicht Uronom?

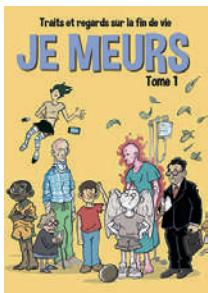
1 Gurtner B. Urin auf Abwegen. Urine in the wrong place. Schweiz Rundsch Med Prax. 1994;83(2):30–5.

Korrespondenz:
Dr. med. Bernhard Gurtner
Eggstrasse 76
CH-8620 Wetzikon
gurtner.bernhard[at]
bluewin.ch

La mort et nous (par la bande dessinée)

Jean Martin

Dr med., membre de la rédaction



Je meurs

Traits et regards sur la fin de vie – tome 1

Vevey: Fondation La Chrysalide et Hélice Hélas Editeur; 2015.
60 pages. 28 CHF.
ISBN 978-2-940522-29-7

La Fondation *La Chrysalide* est un centre de soins palliatifs ouvert à La Chaux-de-Fonds en 1998 et qui depuis 2006 fait partie de l'Hôpital neuchâtelois. Elle a pour mission de promouvoir la qualité de l'accompagnement en fin de vie dans les lieux de soins (domicile, institutions, hôpitaux).

Dans une démarche originale, la fondation a publié en 2012 une brochure qui a retenu l'attention, *A la vie... à la mort!*, rassemblant des contributions sur «l'avant», «l'autour de» et «l'après» la mort – avec témoignages, textes de professionnels, informations pratiques. Publication qui à l'époque a été incluse comme supplément des 40 000 exemplaires des principaux journaux de la région [1]. Dans un esprit semblable de communication avec le public, elle publie en 2015 une série de trois bandes dessinées, en touchant les mêmes thématiques.

Je meurs est la première, qui vient de sortir: treize histoires courtes, par des auteurs de bandes dessinées de notre pays. Elle met l'accent prioritairement sur les sentiments de la personne qui meurt mais ceux des proches apparaissent aussi; la deuxième, *Tu meurs*, évoquera ceux des personnes qui perdent un être cher tandis que la troisième, *Il meurt*, abordera les rapports à la mort en général. *Je meurs* est un album de 60 pages. Le Dr Ph. Babando, président de la fondation, en signe la préface dans laquelle il raconte la trajectoire d'un cancéreux telle qu'il a pu en suivre dans sa pratique – souhaitant que cette BD ait valeur de «remerciement pour toutes les personnes qui de près ou de loin accompagnent un être dans sa dernière trajectoire».

Les contributions sont de styles divers et se passent dans des endroits et contextes divers. Certaines décrivent/incluent le milieu médical et hospitalier. La première, touchante, illustre le dialogue de petits-enfants avec un grand-père dont la santé décline. Il y a celle de l'adolescent victime d'un grave AVC, de ses parents à son chevet et des soignantes dont les efforts n'éviteront pas l'issue fatale. Une femme jeune mourante qui pense aux rapports avec ses proches, à leur douleur, à sa colère («de n'avoir pas su guérir, qu'on me parle de tout et de rien comme si tout allait bien, contre moi même d'exiger que vous acceptiez l'inacceptable»). Des

dialogues entre le patient et son corps qui a mal, qui cache des choses, qui ne veut plus bouger (est absent), qui s'affaiblit, qui «m'attire vers les grands fonds». Une BD évoque le chagrin amoureux d'une jeune fille, ses pulsions suicidaires puis, comme des clips télévisuels dont on parle en ce moment, la voit écrasée par une voiture alors qu'elle consulte son iPhone. Une est située en Afrique dans un contexte d'exactions violentes. Des grands-mères sont à plusieurs reprises au centre du récit; ainsi, fille et petite-fille visitant dans son EMS une patiente qui glisse dans un état de type Alzheimer. Des processus de deuil. Enfin, dernière BD de la plaquette, évocation d'un patient «mort durant quelques minutes» après un accident de voiture et qu'on parvient à réanimer sans séquelle neurologique – «J'étais [à nouveau] vivant.»

La plupart de ces histoires sont réalistes. Certaines ont une dimension plus ou moins onirique, fantasmée: rencontre avec la Mort faucheuse ou pincée de science-fiction, avec survenue d'engins spatiaux et d'animaux fantastiques... On trouve aussi le fameux tunnel au bout duquel luit la lumière. Le dessin va du «bien propre sur soi», si je peux dire, à des styles très originaux, parfois poétiques, parfois côtoyant le trash.

On retrouve, explicitement ou entre les lignes, les stades popularisés par Elisabeth Kübler Ross dans la confrontation à la maladie grave: surprise/dénégation, colère, marchandage, dépression, acceptation. Ce qui va rendre plus fructueux à mon sens l'usage pédagogique possible de ces histoires.

Parmi les publications qui fleurissent autour de la fin de vie, *Je meurs* retiendra l'attention du public familier/adepte de bandes dessinées, mais pas seulement. Cet album se prêtera bien à utilisation/animation dans des groupes de jeunes ou dans les écoles, en stimulant réactions, réflexions, discussions, compositions écrites. Je veux croire qu'elle rencontrera le succès et que sera insuffisant le premier tirage de 1500 exemplaires. Et je me réjouis de voir les deux BD qui suivront.

Référence

- 1 Martin J. «A la vie... à la mort!» (la Chrysalide dissémine un document). *Revue médicale suisse*. 2013;9:291.

jean.martin[at]saez.ch

Docteur, je veux mourir...

Samia Hurst

Prof. Dr med., Institut Ethique Histoire Humanités (iEH2), Faculté de médecine, Genève



Vous est-il jamais arrivé qu'un patient vous demande de l'aider à mourir? Si c'est le cas vous le savez: à plus d'un titre, c'est un moment de vérité. Que faire dans ces cas? La question est d'abord personnelle, morale. En Suisse, en l'absence de mobile égoïste et chez un patient capable de discernement, le droit laisse la décision de procéder ou non à la conscience personnelle. Que faire, donc, dans un tel cas? Souvent, on ne sait en fait pas. Que faire, aussi, en tant que médecin? Là encore, on hésite. Face à tout cela, la demande d'une personne en chair et en os nous met au pied du mur. La difficulté de cette question et son caractère personnel sont réels. Il ne faut cependant pas perdre de vue que nous avons aussi quelques devoirs envers ces patients qui sont, eux, très clairement les nôtres. Même si les controverses et les émotions qui entourent l'assistance au suicide peuvent rendre cela difficile, nous devons commencer par écouter attentivement la demande du patient sans le juger. Nous ne pourrions lui offrir aucune aide si nous trahissons la confiance qu'il nous montre en nous en parlant. La souffrance du patient doit être évaluée selon les modèles employés en soins palliatifs. La dépression doit être recherchée, et traitée si elle est présente. Une collaboration avec des services de soins palliatifs doit être offerte là où elle est disponible. Cette expertise dans la gestion des symptômes ne se limite pas aux derniers stades de la vie et peut donc être utile chez tout patient qui présente une souffrance difficile à gérer.

Lorsque la demande d'aide au suicide persiste après ces étapes, une deuxième phase s'ouvre.

Si la demande persiste et que le patient est capable de discernement, une discussion structurée doit avoir lieu sur la suite de ses soins [1]. La possibilité de rédiger des directives anticipées doit être offerte. Si le patient fait déjà l'objet de mesures de maintien en vie et qu'il en refuse la poursuite, elles devront être interrompues. Si le patient est incapable de discernement, cette discussion devra inclure ses proches. La planification de la suite des soins restera essentielle même si dans ces cas, bien sûr, l'assistance au suicide ne sera plus une possibilité.

samia.hurst[at]junige.ch

Lorsque la demande d'aide au suicide persiste après ces étapes, une deuxième phase s'ouvre. Ici, la décision est laissée à chacun de procéder ou non. Les directives de l'Académie Suisse des Sciences Médicales offrent un guide pour la pratique des professionnels de la santé [2], mais n'imposent en aucun cas d'entrer en matière. Prendre conscience qu'il s'agit d'une deuxième phase est cela dit important, car nous ne devons pas nous laisser détourner des premières étapes par notre hésitation face à cette autre part de l'histoire.

Comprendre notre réponse en deux temps, c'est aussi pour certains d'entre nous revisiter nos rapports avec ces institutions très helvétiques que sont les associations d'aide au suicide. Il leur est parfois reproché de la hâte, un soin insuffisant à réaliser les explorations qui devraient précéder une assistance au suicide. En l'absence de données fiables et devant une multitude

Ici, la décision est laissée à chacun de procéder ou non.

d'acteurs, il est difficile de savoir dans quelle mesure ces reproches sont justifiées ou non. Ce qui est sûr, cependant, c'est que ces étapes censées être incomplètement remplies par les associations sont précisément celles auxquelles nous devrions le plus clairement prendre part. Entendre sérieusement la demande du patient, chercher d'autres moyens de l'aider, clarifier sa capacité de discernement, apprendre ce qu'il souhaite et ce qu'il craint pour la fin de sa vie, voilà des tâches qui font partie de notre responsabilité. Peu importe, ici, que nous soyons «pour» ou «contre» l'assistance au suicide. Les entreprendre, même lorsque cela implique une mise en réseau avec les associations d'aide au suicide, ne fait pas de nous des participants à l'assistance au suicide elle-même.

Références

- 1 Bernacki RE, Block SD, American College of Physicians High Value Care Task F. Communication about serious illness care goals: a review and synthesis of best practices. *JAMA internal medicine*. 2014;174(12):1994–2003. PubMed PMID: 25330167.
- 2 Académie Suisse des Sciences Médicales. Directives médico-éthiques pour la prise en charge des patientes et patients en fin de vie. 2004.

