

Gérard Reach (2013), L'inertie clinique. Une critique de la raison médicale

Springer, Paris, 161 pages
ISBN 978-2-8178-0312-8

L'inertie clinique appartient à la catégorie des omissions: lorsqu'un médecin ne prescrit pas ce qu'il sait qu'il devrait prescrire en fonction des recommandations en vigueur, il se rend «coupable» d'inertie clinique. Comment est-ce possible? C'est la question que se pose Gérard Reach dans cet ouvrage. Par là, il poursuit la réflexion qu'il avait commencée dans des ouvrages précédents, consacrés à l'équivalent de l'inertie clinique que l'on rencontre chez les patients: la non-observance ou non-adhérence thérapeutique, lorsque le patient ne prend pas les médicaments qui lui ont été prescrits, ou abandonne prématurément le traitement (pour d'autres raisons qu'un oubli ou une simple négligence).

Il peut paraître surprenant qu'un médecin ne fasse pas ce qu'il sait qu'il devrait faire. Il y a là une question déontologique ou éthique, mais ce n'est pas elle qui intéresse d'abord Gérard Reach. Il se demande surtout comment cela est possible, ce qui l'amène sur le terrain de la psychologie et de l'épistémologie – d'où le sous-titre du livre: une critique de la raison médicale. Mais avant tout, il lui tient à cœur de documenter le phénomène, et il nous livre une série de données obtenues lors d'études auprès des médecins et des hôpitaux, qui nous convainquent de la réalité de l'inertie clinique. Comme l'auteur est diabétologue, il dispose de nombreuses données liées à cette maladie, mais ne s'y limite pas: l'hypertension artérielle, l'asthme et l'ostéoporose sont aussi mentionnées. Il en conclut que l'inertie clinique constitue un problème majeur de santé publique et qu'il faut trouver des moyens de modifier cette situation.

A cet effet, Gérard Reach examine plusieurs explications du phénomène qui ont été proposées, mettant en lumière ses déterminants variés (du côté du médecin, du patient et du système de soins). Puis il étudie de plus près ce qui motive l'attitude des médecins, passant en revue différents modèles psychologiques et s'étendant sur les exigences de rationalité liées à la pratique d'une médecine basée sur les faits (*evidence-based medicine*), ce nouveau paradigme dont l'utilité se teinte parfois du péché de dogmatisme, au détriment de la prise en compte de la rencontre particulière entre le médecin et son patient. Ne pas agir peut par conséquent, dans certaines situations, se révéler comme le comportement adéquat, rationnel donc. Mais là n'est pas la véritable inertie clinique: celle-ci est en fait la conséquence d'un biais cognitif, nous dit l'auteur, lié à des heuristiques et à des émotions qui peuvent «parasiter» la raison médicale quand il s'agit de décider dans un contexte d'incertitude. Dans ces situations, nous préférons généralement le *statu quo*, et éprouvons donc, si nous sommes médecins, une réticence à modifier un traitement.

Dans le dernier chapitre, l'auteur explore quelques pistes qui devraient permettre de pallier l'inertie clinique. Ce serait un progrès en santé clinique, mais aussi un progrès moral (le médecin n'a-t-il pas une obligation de moyens?). Cet aspect est bien sûr essentiel pour une revue de bioéthique comme la nôtre; toutefois le mérite du livre de Gérard Reach est de nous montrer qu'à cet effet, ce n'est pas d'exhortation ou de directives dont il est d'abord besoin, mais d'une compréhension des mécanismes psychiques et épistémiques mis en œuvre dans la relation entre le patient et son médecin. Ici comme ailleurs, une éthique déconnectée du fonctionnement mental humain est, j'ose dire, inerte.

Bernard Baertschi, Genève

Stefan Huster (2011): Soziale Gesundheitsgerechtigkeit. Sparen, umverteilen, vorsorgen?

Verlag Klaus Wagenbach, Berlin, 94 Seiten
ISBN 978-3-8031-3639-8

In einem kompakten und leserfreundlichen Buch geht der deutsche Jurist Stefan Huster einer zentralen Frage nach: Welche Konsequenzen ergeben sich aus der Forderung, dass Gesundheit nicht vom sozialen Status abhängen dürfe, angesichts der (Finanzierungs-)Probleme moderner Gesundheitssysteme? Huster verbindet zwei oft getrennt agierende Diskussionskulturen: Zum einen die Debatte rund um die Struktur und Finanzierung des Versorgungssystems, die sich um die Begriffe «Krankheit» und «Therapie» organisiert, zum anderen den Public-Health-Diskurs, der den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Sozialstatus betont und damit die Begriffe «Gesundheit» und «Prävention» ins Zentrum rückt.

Das Buch zeigt in vier Teilen Verbindungslinien zwischen diesen Zugängen auf. In einem nur sehr kurzen, prägnanten ersten Teil verweist Huster auf die moralischen Intuitionen, aufgrund derer sich Gesundheit gegen eine soziale Differenzierung sperrt. Ohne diese Intuitionen näher zu analysieren, führt er drei Fragen ein, die die heutige gesundheitspolitische Debatte prägen: Wie lässt sich die Idee der sozialen Gerechtigkeit mit Leistungsbeschränkungen im Versorgungssystem verbinden? Wie soll mit Gesundheitsungleichheiten jenseits der medizinischen Versorgung (also z.B. der Tatsache, dass Männer früher sterben als Frauen) umgegangen werden? Und welche Balance zwischen Versorgung und Vorsorge soll der Sozialstaat finden? Antworten auf diese drei Fragen geben die weiteren Teile des Buches.

Der zweite Teil ist hinsichtlich Argumentation und Originalität am überzeugendsten. Er gibt der Leserschaft nicht nur Einblicke in die Besonderheiten der Situation in Deutschland, sondern er liefert auch Einsichten

und Vorschläge, die an sich bedenkenswert sind. Wichtig für die Botschaft des Buches ist dabei insbesondere die Warnung, dass diejenigen, welche die heiklen Fragen rund um Kosten-Nutzen-Verhältnisse und Altersgrenzen scheuen, eine soziale Differenzierung der Gesundheitsversorgung indirekt fördern, ohne das zu wollen.

Im dritten und vierten Teil aber, wo es um die für Huster zentralen Zusammenhänge zwischen Sozialstatus und Gesundheit geht, wird die Argumentation angreifbarer bzw. weniger überzeugend. Dies hängt vorab damit zusammen, dass es zwar verhältnismässig einfach ist, Korrelationen zwischen Sozial- und Gesundheitsstatus zu messen, die kausalen Zusammenhänge aufgrund der Rückkopplungsdynamik der zahlreichen Einflussfaktoren (genetische Ausgangslage, Umwelteinflüsse etc.) jedoch ungleich schwerer zu ermitteln sind. Das ist nicht einfach nur ein Gemeinplatz, sondern rührt an den Kern des Problems, weil z.B. der Effekt von Interventionen auf eine «Zielgrösse Gesundheit» kausal nur schwer zurechenbar und damit im politischen Diskurs angreifbar ist. Zudem ist der analytische Blick auf die Sozialstruktur der Gesellschaft statisch, und die Frage, inwieweit Gesellschaften sozialen Aufstieg ermöglichen (oder eben nicht) und welche Rolle der Wunsch nach Gesundheit dabei spielt, wird ausgeklammert. Angesichts der Komplexität der sich stellenden Probleme sind diese Auslassungen aber gewiss zu verschmerzen. Stefan Husters Buch bietet eine konzise Darstellung einer Problemlage, der sich die heutige Gesundheitspolitik nicht (mehr) verschliessen kann.

Markus Christen, ■■■ Biel

Luzius Müller (2010), Grenzen der Medizin im Alter? Sozialethische und individuellethische Diskussion

TVZ, Zürich, 456 Seiten

ISBN: 978-3-290-17553-5

Eigentlich ist der «demographische Wandel» ein bekanntes Phänomen. Die Menschen in den westlichen Industrienationen werden immer älter. Natürlich haben wir keine grenzenlosen Mittel und die Medizin ist nicht mehr in der Lage, alles Machbare zu finanzieren, was offensichtlich zur Praxis der Altersrationierung führt. Hinter diesen vermeintlichen Klarheiten verbergen sich aber existenzielle Problemfelder. Wie können und sollen wir mit diesen Entwicklungen sinnvoll umgehen?

In den Kontext dieser Fragen bettet sich das Buch von Luzius Müller ein. Feinfühlig und präzise geschrieben, führt uns Müller durch ein Sammelsurium an Problembereichen, stets bereit, die Sinnhaftigkeit medizini-

schen Handels zu hinterfragen, immer ernsthaft bemüht, den konsensorientierten Dialog zwischen Menschen in den Vordergrund seiner Überlegungen zu stellen. Der Verfasser zeigt auf, dass eigentlich unklar ist, was unter «Alter» verstanden werden soll. Er schaut auf den einzelnen Patienten und versucht zu klären, wie eine «autonome» Entscheidung eines Patienten überhaupt ermöglicht werden kann, und rekonstruiert den Begriff der «Würde» als «Schutzargument für Leben und Selbstbestimmung» (S. 25). Dies sind Beispiele aus dem ersten Teil des Buches, der unter dem Titel «Konstruktion und Fundierung der Begriffe Würde und Alter» steht. Es folgen drei weitere Buchteile: «Konstruktion des Begriffs Altersrationierung», «Zwei Konzepte der Altersrationierung» (Bezug nehmend auf die Thesen von Daniel Callahan und Norman Daniels) und «Alternative Umgangsweisen mit der Frage nach den Grenzen der Medizin im Alter». Müller schlägt vor, den Prozess der Einverständniserklärung im Kontext schwieriger Therapieentscheide am Lebensende stärker als bisher an der regulativen Idee des herrschaftsfreien Diskurses nach Jürgen Habermas auszurichten. Ob ein solcher Diskurs gelingt, ist für Müller interessanterweise unabhängig vom Alter des Patienten zu sehen. Der Verfasser präzisiert seinen eigenen normativen Standpunkt, wenn er ausführt, dass der «alte Patient keinesfalls unter moralischen Druck» geraten darf angesichts knapper Ressourcen und dass das chronologische Alter keine Rolle spielen dürfe (S. 439).

Die in diesem Buch aufgezeigten Grenzen der Medizin im Alter werfen die Frage nach einem sinnvollen und gerechten Umgang mit den medizinischen Möglichkeiten auf. Diese Frage kann nicht frei von Emotionen gestellt werden. Die Diskussion der Problematik läuft parallel zur existenziellen Konfrontation mit den Erfahrungen im Umgang mit Alter (sei es als eigene Erfahrung mit dem Alter oder als die eines *Health Care Professional* mit alternden Patienten). Wut, Trauer, Hoffnung, Ohnmacht und Angst sind Gefühle, die in der modernen Medizin nicht selten verleugnet werden. Der Autor geht auf diese Bereiche ein, seine vorsichtige, rationale und ernsthafte Vorgehensweise dabei hat mich persönlich an diesem Buch am meisten beeindruckt. Es bleibt Raum für «Hoffnung» und für «Glauben». Ich möchte dieses Buch all jenen Lesern ans Herz legen, die die Augen nicht verschliessen vor den existenziellen Dimensionen der Grenzen der Medizin im Alter. Allerdings verlangt einem der Umgang mit diesen Themen einen gewissen Mut ab: Die Konfrontation mit der eigenen Sterblichkeit ist unumgänglich. Das aber muss nichts Schlimmes sein. Ein hervorragendes Buch.

Rouven Porz, Bern

Julien Deonna, Raffaele Rodogno et Fabrice Teroni (2012), *In Defense of Shame. The Faces of an Emotion*

**Oxford University Press, Oxford, 268 pages
ISBN 978-0-19-979353-2**

La honte est une émotion morale qui, chez la plupart des psychologues moraux et des éthiciens, a mauvaise presse. Non seulement elle manifeste une hétéronomie, puisqu'elle est suscitée par le regard réprobateur d'un tiers qui impose par-là ses valeurs (celui qui a honte adopte sur lui-même la perspective d'un tiers au détriment de la sienne), mais elle motive encore un comportement immoral et est corrélée, dans les études empiriques, avec plusieurs tendances antisociales, comme l'agressivité, la diminution de l'empathie et l'égoïsme. Sous cet aspect, la honte se différencie fortement du sentiment de culpabilité qui, lui, implique une reconnaissance de ses torts, une volonté de s'amender et de réparer.

Les auteurs de cet ouvrage sont en total désaccord avec ce jugement, comme en témoigne le titre de leur livre. Ils reconnaissent qu'il existe certes des différences importantes entre la honte et le sentiment de culpabilité, mais aucune qui motiverait une évaluation opposée de ces deux émotions. Le sentiment de culpabilité concerne d'abord nos actions (il ne touche donc qu'une partie périphérique du moi) et les violations de normes, alors que la honte est focalisée sur le moi et concerne le non-respect de valeurs; par-là, on voit qu'il s'agit d'émotions en quelque sorte complémentaires, qui se rapportent à deux facettes différentes de notre vie morale. En définitive, la honte se présente comme une émotion négative que nous éprouvons lorsque nous échouons à honorer, même de façon minimale, une valeur que nous chérissons; par-là, elle mine la confiance en soi,

et on comprend qu'elle puisse susciter des attitudes de repli ou qui sont moralement inappropriées. Mais il n'y a aucune nécessité à cela, car cet échec peut aussi – et devrait – être l'occasion d'une réforme; c'est alors, disent les auteurs, une route privilégiée vers le progrès moral.

Pourquoi donc la honte est-elle si souvent décriée? Il y a deux raisons principales à cela. D'abord, elle est souvent confondue avec une autre émotion, le sentiment d'humiliation qui, lui, engendre colère, agressivité et dépression. Ensuite, on peut ressentir la honte de façon inadéquate (la honte peut être éprouvée de manière irrationnelle), soit parce que la situation ne révèle aucun défaut de notre part (on est honteux d'avoir manqué de générosité dans une situation qui n'en exigeait pas), soit parce que cette incapacité est légère (on est honteux de ne pas être un saint: le péché des perfectionnistes moraux), soit parce que nous sommes honteux de traits de notre personne qui ne sont pas modifiables, comme une disgrâce physique ou un travers psychologique sans conséquence.

Dans une dernière partie du livre, les auteurs examinent quelques conséquences morales de leur thèse pour l'application des peines infâmantes, la justice restauratrice, la conception de la sexualité et la stigmatisation. J'aimerais pour ma part souligner un autre effet moral de leur étude: la honte et le sentiment de culpabilité sont deux émotions qui jouent un rôle fondamental dans la morale occidentale, et dont la compréhension a souvent été offusquée par des préconceptions variées. Il est temps de l'aborder de manière plus détachée, grâce aux outils de l'éthique analytique, ce qu'ont parfaitement fait les auteurs de ce livre. Par là, ils contribuent à une clarification conceptuelle qui a évidemment des conséquences morales.

Bernard Baertschi, Genève