

Le respect du malade face au progrès de la médecine

Autor(en): **Durand, Charles**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Bulletin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften = Bulletin de l'Académie Suisse des Sciences Medicales = Bollettino dell' Accademia Svizzera delle Scienze Mediche**

Band (Jahr): **36 (1980)**

PDF erstellt am: **22.06.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-308243>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern. Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

LE RESPECT DU MALADE FACE AU PROGRES DE LA MEDECINE

Ethique et Médecine

Aspect psychologique

CHARLES DURAND

Résumé

Les aspects psychologiques de l'éthique médicale sont décrits et analysés dans la relation médecin-malade.

A partir d'une élaboration de la demande du patient le médecin renonce à traiter son malade comme un "objet" de diagnostic et de traitement. Il l'introduit comme "sujet" ce qui implique le respect de sa personne et de ses droits.

C'est dans cette perspective à la fois psychologique et éthique que sont évoquées les questions de l'information du patient, du secret professionnel, des phénomènes transférentiels, du "pouvoir médical".

La psychiatrie pose des problèmes spécifiques que ce soit dans sa pratique (hospitalisation d'un malade qui ne peut donner son accord du fait de sa maladie) ou dans ses conceptions doctrinales (la maladie mentale est-elle une réalité?).

Les problèmes d'éthique renvoient le médecin à une réflexion sur sa conception de l'homme et à ses options sur la liberté.

Summary

The psychological aspects of medical ethics are described and analysed in terms of the doctor-patient relationship.

Analysing the patient's needs, the doctor ceases to regard him as an "object" for his diagnostic and therapeutic procedures and makes him the "subject"; this implies respect for his person and his rights.

From this psychological and ethical perspective, questions of patient information, professional secrecy, therapy transfer and the doctor's authority are discussed.

Psychiatry poses specific problems both in practice (admission of patients to hospital although their illness prevents them from giving their consent) and in its theory (is mental illness real?). Ethical problems force the practitioner to reconsider his concept of man and his options in respect of freedom.

L'éthique médicale implique une appréciation distinguant dans la pratique les actes qualifiés de "bons" ou "mauvais". C'est pourquoi elle découle naturellement de concepts juridiques ou moraux. La psychologie, dans laquelle notre époque voit souvent un ferment laxiste, lui serait-elle étrangère?

Pour répondre à cette question nous nous proposons de décrire les aspects psychologiques qui, dans la relation médecin-malade, nous semblent à la base de l'éthique médicale.

Le médecin est titulaire d'un diplôme et d'une autorisation légale lui donnant le droit de soigner. Cette potentialité - reconnue par la loi et les règlements - devient effective dans la pratique à partir du moment où il est l'objet d'une demande de la part d'une personne qui, s'estimant malade, croit devoir recourir à lui. C'est dans la réponse à cette demande que va s'établir entre le sujet et le médecin une relation spécifique. Dans le dialogue qui va s'engager et à condition qu'il s'engage, le médecin renoncera à réduire le patient au rôle d'objet de diagnostic et de traitement. Il le reconnaîtra comme "sujet" et c'est au médecin de devenir progressivement pour chacun de ses malades "l'objet thérapeutique personnellement au point" (Gendrot).

Dès l'entrée en jeu, le médecin sait qu'il n'est pas là pour lui mais pour l'autre, que soigner le patient, éventuellement le guérir, ne sera pas la conséquence unique de son propre désir mais d'une réponse à un appel qu'il a entendu parce qu'il a été qualifié pour cela.

Certains "acharnements thérapeutiques" ne sont-ils pas le résultat direct de la poursuite d'une satisfaction personnelle du médecin où la demande a été oubliée, et où le soignant n'entend plus que son désir de tenter encore un nouvel essai? Le secret professionnel qui nous est demandé par la loi repose lui aussi sur cette base éthique et psychologique. Il est évident, en effet, que ce que nous apprend le malade, demandeur de soins, ce n'est pas à notre personne qu'il le dit mais à l'instrument thérapeutique que nous sommes devenus du fait de sa demande. Il y aurait un contre-sens complet dans le fait que nous puissions utiliser ces informations pour toute autre fin que celles impliquées dans la demande.

Voici donc en place le sujet et l'objet, la demande et la réponse, la relation est établie.

Comme le médecin va-t-il maintenant traiter la demande qu'il a acceptée? D'abord en donnant une information qui repose sur son savoir. On a beaucoup parlé du "droit" à l'information du malade, d'une "déontologie de l'information". Tout cela est certainement

exact mais, peut-être, serait-il plus important de comprendre que seule une information donnée au patient peut permettre la poursuite légitime et efficace de la relation. C'est en informant le patient de ce que nous cherchons et de ce que nous trouvons que nous pouvons poursuivre avec lui un dialogue fécond. Le malade qui ne reçoit pas une information adaptée à sa personne, à son niveau socio-culturel perd sa qualité de sujet, il devient objet passif entre les mains de son médecin qui, sans le savoir, risque d'abuser de son pouvoir et interdira par cela même la coopération du patient. Informer le malade nous paraît ainsi non pas seulement comme un devoir mais comme une nécessité psychologique impérieuse et indispensable à la poursuite d'une relation dynamique. Une information claire et parfaitement compréhensible pour le patient est non seulement un problème d'éthique et de droit mais une implication psychologique indispensable à observer dans l'intérêt de la formulation d'un diagnostic et la participation du malade à son propre traitement.

Cette information trouve ses limites dans ce qui est appelé "l'autonomie du patient" et qui peut conduire à des comportements paradoxaux: lequel des traitements possibles choisissez-vous? Faire ainsi appel au libre choix n'est pas respecter la liberté du patient, c'est le placer dans une contrainte qui augmente son angoisse et ne facilite en rien l'évolution du dialogue et du traitement. Dans son ouvrage récent (1) JEAN DELACRÉTAZ a souligné cet aspect où "s'il est vrai que l'individu est responsable de sa santé et que tout ce qui tend à le soustraire à cette responsabilité est néfaste, il est tout aussi vrai que l'individu ne peut pas prendre seul la charge de sa maladie". Le médecin ne peut ainsi se dégager, sous prétexte d'information et de liberté, de sa responsabilité personnelle qui est à la fois "l'honneur et la servitude de sa profession".

Signalons enfin les difficultés auxquelles se heurte cette information:

- la nécessité de trouver un langage commun;
- l'obstacle dressé par une sur-information de vulgarisation médicale, qui est en fait souvent une sous-information ou une contre-information, les mass média ayant tendance à privilégier le sensationnel au détriment de notions médicales élémentaires, simples et dédramatisantes;
- la peur de savoir d'un côté, la peur de trop dire de l'autre (même si la demande en est faite)
- le facteur "temps" trop souvent utilisé comme écran en face d'un malade anxieux et qui sert d'alibi à la crainte d'aborder les vrais problèmes.

L'information communiquée, le malade sera motivé pour accepter la réponse du médecin à sa demande. Cette réponse sera souvent directe: poser le diagnostic, prescrire et exécuter le traitement. Mais parfois aussi il y aura lieu de procéder à une élaboration de la demande

dans laquelle s'exprime le désir obscur du patient. "Donnez-moi un médicament pour dormir". Sommes-nous là pour satisfaire sans autre réflexion ce désir ou pour le comprendre dans une situation plus globale? Tel est un point d'éthique médicale qui mérite discussion et qui est lourd d'implications psychologiques et sociales. Il est simple d'obéir au désir exprimé et de délivrer l'ordonnance ou le certificat de congé de maladie demandés. Mais en exécutant ainsi "l'ordonnance du malade" le médecin peut-il encore penser qu'il fait un acte médical valable? Nous savons qu'il s'engage dans une voie où sans doute une "bonne relation" sera maintenue ("le Docteur est gentil!") mais où la déviation vers la maladie iatrogène commence. La véritable question qui se pose au praticien n'est pas de refuser l'expression de la demande désidérative mais de lui permettre de s'explicitier. Au nom de l'éthique médicale nous ne pouvons pas accorder un congé de maladie simplement parce qu'on nous le demande. Mais il est important aussi, plutôt que d'infliger un refus brutal et rigide de faire des efforts pour savoir ce qui est occulté dans une telle demande. Le malade dans ce cas n'est pas obligatoirement un simulateur, même si son comportement peut le laisser entendre. Une investigation psychologique plus poussée de la part du praticien lui permettra souvent de mettre en évidence des raisons médicales précises (exemple, les dépressions masquées). Ici, l'éthique médicale, à condition qu'elle soit bien comprise dans son aspect psychologique confirme la notion de respect de la personne et accroît l'efficacité du soignant.

Tout le monde sait et répète que la "confiance est la condition même du consentement du malade à l'acte médical".

LAIN ENTRALGO (2) nous a parlé remarquablement de cette "amitié" (philia) qui lie malade et médecin et que déjà Hippocrate dans ses Préceptes mettait en évidence dans une formule à laquelle nous ne pouvons que souscrire aujourd'hui "Où il y a "philantropia" (amour de l'homme en tant qu'être humain) il y a aussi "philoteknia" (amour de l'art de guérir)".

Cette confiance se manifeste dans ce que la psychanalyse nous a aidé à comprendre: le phénomène de transfert. Il existe dans toute action médicale "qui exige une étroite collaboration avec le malade et qui tend vers une modification psychique". A ce transfert du patient correspondent les contre-attitudes du médecin. Celles-ci doivent lui être connues s'il veut maintenir la relation thérapeutique avec son patient à une bonne distance. Un des pièges de la projection transférentielle est l'investissement abusif que le patient fait sur la science, ou le "pouvoir" du médecin. Ce pouvoir fantasmatique qui nous est ainsi accordé est à la fois une arme thérapeutique efficace mais aussi un piège si le médecin s'abandonne avec complaisance au désir de son malade. Devant la dépendance accrue du patient, sa passivité admirative, le médecin devra s'interroger sur sa fonction véritable. Le pouvoir qui lui est

prêté n'est, en fait, qu'une "délégation" qui lui a été confiée pour un objet déterminé. Le médecin n'agit qu'en tant que technicien qui a reçu un mandat pour accomplir un acte précis, même si nous savons combien la demande pouvait être floue et ambiguë. Dans cette perspective, ce qui est si fréquemment dénoncé comme "pouvoir du médecin" doit être ramené à sa réalité psychologique :

- le malade dans sa quête anxieuse de la guérison a besoin effectivement de prêter cette omnipotence à son médecin;
- le médecin doit être conscient que dans l'acte médical il n'est qu'un mandataire, le porteur d'un pouvoir que seul son patient lui a confié. Ce n'est pas à son savoir qu'il doit cette puissance, mais au fait qu'il a répondu à une demande et établi une relation spécifique avec le demandeur.

Les problèmes éthiques que nous venons d'examiner dans le cadre de la relation médecin-malade mettent en évidence sur le plan psychologique le respect de la personne que ce soit au niveau de la demande qui est formulée, de l'information qui est fournie, du "pouvoir médical" qui est sollicité.

Un cas particulier dans la pratique médicale est celui que pose l'exercice de la psychiatrie et les difficultés spécifiques devant lesquelles se trouve placé le psychiatre.

La maladie mentale dans ses formes les plus graves est un obstacle à l'expression de la liberté intérieure de la personne.

La demande faite par le sujet pourra ainsi être frappée "d'aliénation" du fait de l'état psychopathologique. Le médecin devra donc ici donner une réponse qui sera fonction de différents facteurs :

- quelles sont les motivations psychopathologiques qui conditionnent la demande ?
- Comment apprécier la personnalité réelle du patient à travers le trouble qu'introduit la pathologie ?
- Quel peut être son intérêt véritable derrière un comportement qui peut s'opposer à sa liberté et au sens qu'il entend donner à son existence ?

Questions difficiles à résoudre où le médecin peut être encore confronté avec un autre problème : celui des responsabilités du sujet face à son environnement social (familial en particulier).

Autrement dit, le psychiatre peut-il être guidé dans ses interventions par autre chose que par le seul intérêt direct du patient ?

Au Congrès Mondial de Psychiatrie en 1977 une Déclaration sur l'Éthique en psychiatrie (dite Déclaration d'Hawaï) a été adoptée. Elle proclame dans son alinéa 5 "qu'aucun traitement ne devrait être mis en oeuvre contre la volonté propre du sujet ou indépendamment de celle-ci, à moins que le sujet n'ait pas la capacité d'exprimer ses propres souhaits ou bien, compte tenu de la maladie psychiatrique, ne puisse pas discerner ce qui va dans le sens de son propre intérêt ou, pour la même raison, représente une menace sévère pour d'autres". Certains psychiatres (en particulier G. DAUMEZON (3)) ont trouvé ce point particulièrement critiquable estimant que "la relation doit être exclusivement entre le médecin et le malade et la société n'a rien à voir avec cela". Cette remarque ne paraît pas tenir compte de l'avenir même du malade. Celui-ci après l'amélioration, ou la guérison, de son trouble serait en droit de reprocher au médecin de ne pas avoir apprécié, dans son propre intérêt, l'incidence et le préjudice affectif ou matériel que son comportement pouvait avoir sur son environnement. Et, comme le montre l'expérience clinique, un "consentement éclairé et rétroactif doit être raisonnablement espéré".

Le médecin ici, comme ailleurs, ne peut favoriser la pathologie de son patient. Le problème d'éthique, centré sur la demande et l'intérêt réel du malade, doit savoir s'élargir avec prudence à la relation du sujet au monde. Ne pas médicaliser abusivement est notre règle.

Mais trop limiter notre action médicale serait aussi restreindre notre efficacité au détriment du malade et tomber ainsi dans une faute d'appréciation par rapport aux règles de l'éthique. C'est encore à la psychiatrie que nous nous adressons pour illustrer l'importance du "savoir médical" dont on a souvent dit qu'il ne faisait pas partie de l'éthique. (Il est cependant évident que le médecin qui se refuserait à un approfondissement de son savoir ne serait plus en mesure d'assurer à son patient les soins auxquels celui-ci a droit.) Mais il existe des prises de position psychologique face au savoir qui engagent d'une manière plus subtile l'éthique de la profession. On sait que certains psychiatres par idéologie doctrinale refusent le concept même de "maladie mentale" (tout en continuant dans leur pratique à donner des soins à des "malades"). Ce paradoxe engage une double et redoutable conséquence :

- le refus d'hospitaliser dans des services appropriés des patients qui ne peuvent être vraiment traités efficacement qu'en milieu hospitalier;
- et, à l'inverse, le fait de conclure à la nécessité d'interner un sujet sur la simple constatation d'une anomalie du comportement social, et ceci sans procéder à un examen psychiatrique qui visera à déceler si ce comportement est lié ou non à une maladie mentale.

C'est ainsi qu'un déviant social ou un dissident politique est déclaré atteint d'une maladie mentale et envoyé dans un hôpital psychiatrique sur la simple observation d'un comportement non conforme à la norme. Nous connaissons les résultats de cette pratique perverse qui détourne la médecine de son objet.

Dans certains pays totalitaires la médecine place son "pseudo-savoir" au service du pouvoir politique. Ce danger signalé au nom de l'éthique, à des autorités cantonales, a permis de faire inscrire en préambule à une nouvelle loi sur les établissements psychiatriques cette recommandation: "Aucun comportement ne suffit à justifier une admission dans un établissement psychiatrique. Seule la constatation d'une maladie mentale établie par un examen psychiatrique expliquant et motivant ce comportement peut justifier l'admission. L'acte psychiatrique est et doit rester de nature purement médicale (4). Soulignons au passage la sagesse du législateur cantonal qui vient rejoindre les principes de l'éthique médicale.

Au terme de cette étude nous pouvons proposer quelques conclusions:

1. Il est difficile dans la pratique médicale de se référer seulement, en matière d'éthique, à des prescriptions codifiées, même si le code est nécessaire.
2. Le médecin est souvent seul en face de sa responsabilité, son sens de l'éthique peut être soutenu par une réflexion approfondie sur les valeurs psychologiques engagées dans la relation avec le patient comme dans l'utilisation de son savoir.
3. Cette réflexion doit l'amener à des options fondamentales sur l'idée qu'il se fait de l'homme. Selon qu'il récuse ou qu'il approuve la notion de liberté les règles éthiques resteront contraignantes, restrictives, stériles ou deviendront, au contraire, vivantes, dynamiques et fécondes.

- 1 Jean Delacrétaz: La Médecine entre deux barbaries. Cahiers de la Renaissance vaudoise - Lausanne 1979.
- 2 Lain Entralgo: Le médecin et le malade - Hachette 1969.
- 3 G. Daumezon: Ethique et psychiatrie - in Psychiatrie Française, No 3, 1979, page 12.
- 4 Mémorial des séances du Grand Conseil de Genève No 41 - Décembre 1979 (page 3877).

Adresse de l'auteur: Prof. Dr Ch. Durand, Mafroi 10, CH-1260 Nyon (Suisse)

Diskussion:

JEANNE HERSCH (Genève) à H. Schultz:

Je voudrais vous poser une question: dans les cas extrêmes, quelles devraient être selon vous les conséquences pénales?

H. BERGER (Innsbruck) an H. Schultz:

Eine Frage der Verantwortlichkeit des Arztes: Die Verantwortlichkeit des einzelnen Arztes im ethisch-rechtlichen Sinne ist relativ klar. Wie aber ist seine Verantwortlichkeit in einem Rechtsstreit, wenn die Entscheidung über eine ärztliche Handlung, Eingriff oder Untersuchung ein Kollektiv trifft, das den handelnden Arzt einer solchen Handlung verpflichtet? Wie ist diese Verantwortlichkeit, wenn dieses Kollektiv, z.B. eine "Ethische Kommission", ihre Entscheidung einstimmig trifft, wie, wenn sie sie nur mehrheitlich beschliesst? Wie verpflichtend ist die Entscheidung überhaupt für den dann handelnden Arzt? Ich frage dies, weil man glaubt, mehr und mehr von der Einzelverantwortung in eine, gelegentlich anonyme, Kollektivverantwortung gehen zu müssen; dies gilt auch für Entscheidungen staatlicher oder international wirksamer Organe, die mit Verbindlichkeiten verbunden sind. Das Problem lautet kurz: Eigenverantwortung gegenüber Fremdverantwortung.

G. RITZEL (Basel) an H. Schultz:

Die Aktivitäten der Massenmedien im gesundheitlichen Bereich sollten m.E. nicht mit der Bezeichnung "Ueberfütterung" diskriminiert werden. Gute Zeitungsartikel oder TV-Sendungen können wertvoll sein, indem sie das Gesundheitsverhalten der Zielpopulation im guten Sinn verändern.

Was hingegen die Massenmedien tun, ist nicht "Ueberfütterung", sondern Fehlernährung; denn sie liefern sehr häufig anstelle von Information nur Sensation.

Im Übrigen sollten deshalb nicht ausschliesslich die Massenmedien kritisiert werden, sondern auch die Aerzte, dürfte doch kaum eine medizinische Sendung ohne Aerzte zustandekommen - als Beispiel Sendung über Herztransplantation ... Sensationsmache mit Aerzten.

E. SEIDLER (Freiburg i.Br.) an H. Schultz:

Es könnte der Eindruck entstanden sein, dass wir Aerzte rechtsverbindlich auf den sog. Eid des Hippokrates bzw. die hippokratischen Schriften verpflichtet seien. Dies ist historisch aufgrund der besonderen Entstehungs- und Tradierungsgeschichte des Eides nicht haltbar. Jedoch weisen auch diese Texte auf die anthropologische Grundsituation hin, die immer dann entsteht, wenn ein Hilfesuchender und ein Hilfebringer zusammenkommen. Ein Vergleich vieler ethischer Texte vieler Kulturen und Epochen zeigt, dass hieraus offenbar in elementarer Weise folgende Verpflichtungen des Arztes resultieren: Das Leben zu schützen, Wille und Wohl des Patienten voranzustellen, nicht schaden, die Würde des Menschen wahren, selber vertrauenswürdig sein. In diesen Herausforderungen steht jeder Arzt, wenn ein Mitmensch in Schmerz und Unwissenheit seinen Körper, seine Affektivität und seine Scham darbietet. Alle Versuche, ethische Normierungen zu entwerfen, bauen auf diesen Elementen, dieser "Grundfigur von Not und Hilfe" (v. Weizsäcker) auf. Für diese gilt es, Sensibilität und Gewissensfähigkeit wieder zu entwickeln.

H.-U. BUFF (Zürich) an H. Schultz:

Es war sehr interessant, die juristischen Überlegungen zu hören, nach welchen die ärztliche Tätigkeit in einem Prozess beurteilt wird.

Es wäre aber falsch, ja verheerend, die juristische Denkweise unserem ärztlichen Handeln zu Grunde zu legen.

Arzt und Jurist gehören zwei verschiedenen Welten an. Sogar das ärztliche Geheimnis ist für den Arzt und den Juristen nicht dasselbe. Der Arzt verschweigt viele Dinge, die er vom juristischen Standpunkt durchaus erzählen könnte, und umgekehrt verletzt er jeden Tag die juristische Auslegung.

Die klaren Richtlinien der medizinischen Ethik und die moralische Verantwortung können nicht durch eine juristische Verantwortung ersetzt werden. Das Eingehen auf eine juristische Denkweise kommt allein schon einer Teil-Kapitulation gleich. Die Entwicklung geht leider in dieser Richtung. Das Eindringen von Begriffen wie "Recht auf" und ihre juristische Auslegung ist sehr zu bedauern.

Noch eine allgemeine Bemerkung zu allen Vorträgen des heutigen Nachmittags: Alle Redner sind vom direkten Arzt-Patient-Verhältnis ausgegangen. Dies trifft jedoch nur für die ärztliche Tätigkeit ausserhalb eines Spitals zu. In einem Spital hingegen steht der Patient einer Mehrzahl von Aerzten und Schwestern gegenüber, von denen keiner die volle Verantwortung übernehmen kann. Dieser besonderen Spital-Situation muss bei der Ausarbeitung von Richtlinien besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden.

HANS SCHULTZ (Thun) an H.-U. Buff:

Es berührt merkwürdig zu vernehmen, dass die Beziehung des Arztes zu seinen Patienten ausschliesslich der ärztlichen Ethik unterstehen soll. Allein diese Äusserung erstaunt mich nicht. Ich weiss nicht, ob die Juristen schwierige Patienten sind, hingegen ist mir bekannt, dass Aerzte schwierige Klienten sind. Doch wenn jemand beruflich zu einem anderen Menschen in Beziehung tritt, dann untersteht er in dieser Hinsicht dem Recht. Das gilt für den Arzt wie für alle anderen Menschen. Für die dem Recht abholde Weltsicht des Arztes lassen sich Erklärungen finden. Der Arzt übt seinen Beruf Tag für Tag in der höchstpersönlichen Beziehung zu seinen Patienten aus und fühlt sich in dieser Tätigkeit dem Anspruch höchster Verantwortung unterworfen. Demgegenüber ist die Weltsicht des Juristen unpersönlich, er urteilt über das, was jedermann jedermann gegenüber verpflichtet ist oder von jedermann erwarten kann. Genügt aber ein Arzt den hohen Anforderungen, welche die ärztliche Ethik hinsichtlich des Könnens und dessen gewissenhafter Anwendung an ihn stellt, dann erfüllt er zugleich alle Ansprüche, die das Recht an ihn richten könnte, und er hat vom Recht nichts zu befürchten. Die Bedenken der Aerzte gegenüber rechtlicher Regelung ihrer beruflichen Tätigkeit erscheinen jedoch begründet, wenn an die Bestrebungen gedacht wird, die Rechte des Patienten genauer zu fassen. Gegen diese Bemühungen ist zwar nichts einzuwenden, wenn es um die Abwehr von Missbräuchen oder um den gebotenen Schutz bestimmter Patientengruppen, wie die Geisteskranken, geht. Anders steht es, wenn, wie ich dies in meinem Vortrag andeutete, zu befürchten ist, dass sie dazu führen, die Grundlage jeder wirksamen ärztlichen Behandlung, das Vertrauen des Patienten in den Arzt, zu erschüttern.

JEANNE HERSCH à Ch. Durand:

Je voudrais vous poser une question: est-il possible d'établir des critères de la maladie mentale (puisque vous avez dit qu'aucun comportement ne suffit à lui seul)? Ou s'agit-il d'un diagnostic qui reste en partie dépendant de la subjectivité du psychiatre?

