



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

Université Claude Bernard  Lyon 1

UFR de MEDECINE LYON-SUD

ANNÉE 2016

N°

***Le mensonge : utilisation dans la pratique médicale actuelle
Enquête qualitative auprès de 21 médecins***

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le 6 Décembre 2016
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

Simon COSENTINO
Né le 28 Juin 1988 à Grenoble
Sous la direction du Dr Karine DI VALENTIN

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

2016-2017

. Président de l'Université	Frédéric FLEURY
. Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	Pierre COCHAT
. Directeur Général des Services	Dominique MARCHAND

SECTEUR SANTE

UFR DE MEDECINE LYON EST	Doyen : Gilles RODE
UFR DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD - CHARLES MERIEUX	Doyen : Carole BURILLON
INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES (ISPB)	Directeur : Christine VINCIGUERRA
UFR D'ODONTOLOGIE	Doyen : Denis BOURGEOIS
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION (ISTR)	Directeur : Xavier Perrot
DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE	Directeur : Anne-Marie SCHOTT

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES	Directeur : Fabien DE MARCHI
UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS)	Directeur : Yannick VANPOULLE
POLYTECH LYON	Directeur : Emmanuel PERRIN
I.U.T. LYON 1	Directeur : Christophe VITON
INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES ET ASSURANCES (ISFA)	Directeur : Nicolas LEBOISNE
OBSERVATOIRE DE LYON	Directeur : Isabelle DANIEL
ECOLE SUPERIEUR DU PROFESSORAT ET DE L'EDUCATION (ESPE)	Directeur : Alain MOUGNIOTTE

U.F.R. FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD-CHARLES MERIEUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle)

BERGERET Alain	Médecine et Santé du Travail
BROUSSOLLE Emmanuel	Neurologie
BURILLON-LEYNAUD Carole	Ophthalmologie
CHIDIAC Christian	Maladies infectieuses ; Tropicales
COIFFIER Bertrand	Hématologie ; Transfusion
DUBREUIL Christian	O.R.L.
FLOURIE Bernard	Gastroentérologie ; Hépatologie
FOUQUE Denis	Néphrologie
GILLY François-Noël	Chirurgie générale
GOLFIER François	Gynécologie Obstétrique ; gynécologie médicale
GUEUGNIAUD Pierre-Yves	Anesthésiologie et Réanimation urgence
LAVILLE Martine	Nutrition
LAVILLE Maurice	Thérapeutique
MALICIER Daniel	Médecine Légale et Droit de la santé
MATILLON Yves	Epidémiologie, Economie Santé et Prévention
MORNEX Françoise	Cancérologie ; Radiothérapie
MOURIQUAND Pierre	Chirurgie infantile
NICOLAS Jean-François	Immunologie
PEIX Jean-Louis	Chirurgie Générale
SALLES Gilles	Hématologie ; Transfusion
SAMARUT Jacques	Biochimie et Biologie moléculaire
SIMON Chantal	Nutrition
THIVOLET Charles	Endocrinologie et Maladies métaboliques
VALETTE Pierre Jean	Radiologie et imagerie médicale
VIGHETTO Alain	Neurologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

ADHAM Mustapha	Chirurgie Digestive
ANDRE Patrice	Bactériologie – Virologie
BERARD Frédéric	Immunologie
BONNEFOY Marc	Médecine Interne, option Gériatrie
BONNEFOY- CUDRAZ Eric	Cardiologie
BROUSSOLLE Christiane	Médecine interne ; Gériatrie et biologie vieillissement
CAILLOT Jean Louis	Chirurgie générale
CERUSE Philippe	O.R.L
DES PORTES DE LA FOSSE Vincent	Pédiatrie
ECOCHARD René	Bio-statistiques
FESSY Michel-Henri	Anatomie
FLANDROIS Jean-Pierre	Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière
FRANCK Nicolas	Psychiatrie Adultes
FREYER Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
GEORGIEFF Nicolas	Pédopsychiatrie
GIAMMARILE Francesco	Biophysique et Médecine nucléaire
GLEHEN Olivier	Chirurgie Générale
JOUANNEAU Emmanuel	Neurochirurgie
KIRKORIAN Gilbert	Cardiologie
LANTELME Pierre	Cardiologie
LEBECQUE Serge	Biologie Cellulaire
LINA Gérard	Bactériologie

LLORCA Guy	Thérapeutique
LONG Anne	Chirurgie vasculaire
LUAUTE Jacques	Médecine physique et Réadaptation
MAGAUD Jean-Pierre	Hématologie ; Transfusion
PEYRON François	Parasitologie et Mycologie
PICAUD Jean-Charles	Pédiatrie
PIRIOU Vincent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
POUTEIL-NOBLE Claire	Néphrologie
PRACROS J. Pierre	Radiologie et Imagerie médicale
RODRIGUEZ-LAFRASSE Claire	Biochimie et Biologie moléculaire
SAURIN Jean-Christophe	Hépatogastroentérologie
TEBIB Jacques	Rhumatologie
THOMAS Luc	Dermato -Vénérologie
TRILLET-LENOIR Véronique	Cancérologie ; Radiothérapie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

BARREY Cédric	Neurochirurgie
BOHE Julien	Réanimation urgence
BOULETREAU Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CHAPET Olivier	Cancérologie, radiothérapie
CHOTEL Franck	Chirurgie Infantile
COTTE Eddy	Chirurgie générale
DAVID Jean Stéphane	Anesthésiologie et Réanimation urgence
DEVOUASSOUX Gilles	Pneumologie
DISSE Emmanuel	Endocrinologie diabète et maladies métaboliques
DORET Muriel	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
DUPUIS Olivier	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
FARHAT Fadi	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FEUGIER Patrick	Chirurgie Vasculaire
FRANCO Patricia	Physiologie
GHESQUIERES Hervé	Hématologie
KASSAI KOUPAI Berhouz	Pharmacologie Fondamentale, Clinique
LASSET Christine	Epidémiologie., éco. santé
LEGER FALANDRY Claire	Médecine interne, gériatrie
LIFANTE Jean-Christophe	Chirurgie Générale
LUSTIG Sébastien	Chirurgie. Orthopédique,
MOJALLAL Alain-Ali	Chirurgie. Plastique.,
NANCEY Stéphane	Gastro Entérologie
PAPAREL Philippe	Urologie
PIALAT Jean-Baptiste	Radiologie et Imagerie médicale
POULET Emmanuel	Psychiatrie Adultes
REIX Philippe	Pédiatrie
RIOUFFOL Gilles	Cardiologie
SALLE Bruno	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
SANLAVILLE Damien	Génétique
SERVIEN Elvire	Chirurgie Orthopédique
SEVE Pascal	Médecine Interne, Gériatrique
TAZAROURTE Karim	Thérapeutique
THAI-VAN Hung	Physiologie
THOBOIS Stéphane	Neurologie
TRAVERSE-GLEHEN Alexandra	Anatomie et cytologie pathologiques
TRINGALI Stéphane	O.R.L.

TRONC François
WALLON Martine
WALTER Thomas

Chirurgie thoracique et cardio.
Parasitologie mycologie
Gastroentérologie – Hépatologie

PROFESSEURS ASSOCIES

FILBET Marilène
LESURTEL Mickaël
SOUQUET Pierre-Jean

Thérapeutique
Chirurgie générale
Pneumologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES - MEDECINE GENERALE

DUBOIS Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES - MEDECINE GENERALE

DUPRAZ Christian
ERPELDINGER Sylvie

PROFESSEURS ASSOCIES SCIENCES ET TECHNOLOGIES - MEDECINE GENERALE

BONIN Olivier

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Hors Classe)

ARDAIL Dominique	Biochimie et Biologie moléculaire
BOUVAGNET Patrice	Génétique
CHARRIE Anne	Biophysique et Médecine nucléaire
DELAUNAY-HOUZARD Claire	Biophysique et Médecine nucléaire
LORNAGE-SANTAMARIA Jacqueline	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
MASSIGNON Denis	Hématologie – Transfusion
RABODONIRINA Méja	Parasitologie et Mycologie
VAN GANSE Eric	Pharmacologie Fondamentale, Clinique
VIART-FERBER Chantal	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

BELOT Alexandre	Pédiatrie
BREVET Marie	Anatomie et Cytologie pathologiques
CALLET-BAUCHU Evelyne	Hématologie ; Transfusion
COURAUD Sébastien	Pneumologie
DECAUSSIN-PETRUCCI Myriam	Anatomie et cytologie pathologiques
DIJOUR Frédéric	Anatomie et Cytologie pathologiques
DUMITRESCU BORNE Oana	Bactériologie Virologie
GISCARD D'ESTAING Sandrine	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
MILLAT Gilles	Biochimie et Biologie moléculaire
PERROT Xavier	Physiologie
PONCET Delphine	Biochimie, Biologie moléculaire
RASIGADE Jean-Philippe	Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

BRUNEL SCHOLTES Caroline	Bactériologie virologie ; Hyg.hosp.
COURY LUCAS Fabienne	Rhumatologie
DESESTRET Virginie	Cytologie – Histologie
FRIGGERI Arnaud	Anesthésiologie
LEGA Jean-Christophe	Thérapeutique
LOPEZ Jonathan	Biochimie Biologie Moléculaire
MAUDUIT Claire	Cytologie – Histologie
MEWTON Nathan	Cardiologie
NOSBAUM Audrey	Immunologie
VUILLEROT Carole	Médecine Physique Réadaptation

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – MEDECINE GENERALE

CHANELIERE Marc
PERDRIX Corinne

PROFESSEURS EMERITES

*Les Professeurs émérites peuvent participer à des jurys de thèse ou d'habilitation.
Ils ne peuvent pas être président du jury.*

ANNAT Guy	Physiologie
BELLON Gabriel	Pédiatrie
BERLAND Michel	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
CARRET Jean-Paul	Anatomie - Chirurgie orthopédique
DALERY Jean	Psychiatrie Adultes
FABRY Jacques	Epidémiologie
MOYEN Bernard	Chirurgie Orthopédique
PACHECO Yves	Pneumologie
PERRIN Paul	Urologie

Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

Remerciements

Au Professeur Tristan Ferry

Pour l'honneur que vous nous faites de présider le jury de cette thèse. Votre intérêt pour ce sujet, ainsi que vos conseils, nous ont permis de perfectionner ce travail. Veuillez recevoir toute notre gratitude et notre profond respect.

Au Professeur Jean-François Guérin

Pour l'honneur que vous nous faites de siéger au sein de ce jury de thèse. Vos conseils avisés ont permis d'enrichir notre réflexion. Veuillez trouver ici l'expression de toute notre gratitude.

Au Professeur Alain Moreau

Pour votre investissement dans la formation des futurs médecins généralistes, et la qualité de vos enseignements. Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Au Docteur Karine Di Valentin

Les mots sont bien dérisoires pour te dire à quel point je te suis reconnaissant. Que ce soit au cours de ce travail de thèse, ou lorsque j'étais ton interne, tu as toujours su me montrer la voie à suivre. Grâce à toi, j'ai perfectionné mes compétences, aussi bien sur le plan médical que sur le plan humain. Merci pour tes conseils, et ta disponibilité.

A mes parents, à qui je dois tout. Merci pour votre soutien durant toutes ces années.

A ma sœur, pour tes goûts musicaux dans les moments difficiles (Edith Piaf).

A toute ma famille, aux Forissier et aux Aymoz.

Au Dr Kévin Seyssel. Que de chemin parcouru depuis les D.S en commun ! Merci infiniment pour ton aide durant ce travail.

A mes amis : Kévin & Mélanie, Vincent & Sonia, Etienne & Sophie, Victor & Hugo, Marine & Hugo, Fabien & Elaine, Julien, Marc, Alexis & Anne-Laure, Luc & Chloé, Cyprien. Pour avoir été là pendant toutes ces années.

A mes co-internes : Charlotte, Soufiane, David, Alice et Alexis. Ces trois années d'internat n'auraient pas été une partie de plaisir sans vous.

Au Dr Sébastien Brugirard : Pour tout ce que tu m'as appris, pour ton humour, et ton penchant communicatif pour l'Europe de l'est. J'espère que tu poursuivras ton combat contre la médiocrité ambiante avec toute la détermination qui te caractérise !

Aux médecins que j'ai côtoyés pendant mon internat, et que je n'oublierai pas : Dr Anne-Evelyne Vallet, Dr Tijani Hascar, Dr Eric Diot, Dr Françoise Badet, Dr Anissa Bouaziz. A l'équipe de gériatrie de la Croix-Rousse, notamment au Dr Marie-France Nguyen et au Dr Sylvain Gaujard. Enfin, au Dr Joël Dannaoui, un praticien qui donne ses lettres de noblesse à la médecine générale.

Aux médecins que j'ai rencontrés lors de ce travail : sans vous, tout ceci n'aurait pu être mené à bien. J'ai beaucoup appris en vous écoutant. Vous m'avez dévoilé votre façon de concevoir l'acte médical, et cela constituera pour moi une influence durable.

A Samia Ben Abbes, pour ton œil expert.

A Karine, pour les citations grecques, et pour m'avoir éveillé à la botanique.

A Marine...

TABLE DES MATIERES

I - INTRODUCTION	12
A - Généralités	13
B - Aspects historiques au sein de la pratique médicale	14
C - Objectifs de recherche	24
II - MATERIELS ET METHODES	25
A - Choix de la méthodologie qualitative	25
B - Méthodologie de la bibliographie	27
C - Population d'étude.....	27
D - Recrutement de la population cible.....	28
E - Guide d'entretien	29
F - Déroulement des entretiens.....	31
G - Retranscription des données	32
H - Analyse des données.....	33
III - RESULTATS	35
A - Réponses au mail de recrutement	35
B - Caractéristiques des médecins interrogés	35
C - Description des entretiens	38
D - Résultats des entretiens.....	59
IV - DISCUSSION	145
A – Forces et faiblesses des aspects méthodologiques.....	145
B - Limites et biais de l'étude	149
C - Synthèse des résultats.....	150
V - CONCLUSION	165
VI - BIBLIOGRAPHIE	168
VII - ANNEXES	171

I - INTRODUCTION

Tout au long de mes études, j'ai effectué ma formation avec l'intime conviction que la communication avec le patient serait un aspect primordial de ma future profession. Que ce soit lors des enseignements théoriques, ou en évoluant au contact de certains médecins, il était évident que la manière d'informer le malade serait aussi importante que le soin lui-même. Contrairement aux générations précédentes, nous avons été formés dans l'optique d'être sur un pied d'égalité avec le patient. Cette alliance thérapeutique était fondée sur notre aptitude à transmettre les informations de façon adéquate, en évitant les zones d'ombre que contenait le discours médical quelques décennies plus tôt. Une conception de la relation soignant-soigné qui m'a parue être une évidence.

Pourtant, cette volonté de transparence allait être remise en question. Un professeur d'oncologie nous avait révélé une anecdote qui allait à contre-courant de ce qu'il nous avait appris jusqu'alors. En préférant taire à un patient la rechute d'un cancer métastatique pour lui permettre de vivre ses derniers jours en toute sérénité, ce praticien nous avait montré qu'un médecin peut ne pas tout dire, tout en respectant la personne qu'il soigne.

Souhaitant communiquer du mieux possible avec les personnes que je prenais en charge, j'allais constater qu'informer le patient de son état de santé était un art difficile. En pratique, ces situations se sont révélées nombreuses. Les diagnostics de cancers, le pronostic de certaines affections neurologiques, ou les incertitudes quant à notre prise en charge par exemple, sont autant de données complexes à transmettre. Elles peuvent être source d'une rétention d'information, temporaire le plus souvent, parfois définitive.

Explorer cette thématique m'intéressait vivement, d'autant que peu de travaux récents avaient été réalisés sur ce sujet. Il s'agissait de comprendre pourquoi, à une époque où l'information du patient est mise au premier plan, des situations de mensonge pouvaient persister dans notre pratique.

Il convient tout d'abord de préciser ce qu'est le mensonge, ses caractéristiques, ainsi que son évolution au sein de la pratique médicale. Nous définirons ensuite le cadre et les objectifs de notre étude.

A – Généralités

Mentir consiste à déformer de manière volontaire une réalité, à la nier, ou à la taire. Pour reprendre les propos du sociologue Michel Fize, mentir, « c'est tromper *intentionnellement* et en *parfaite conscience* quelqu'un en *sachant* ce que l'on cache *sciemment*. Ainsi, le mensonge est une altération intentionnelle du savoir, dans le but de tromper quelqu'un, il est un masque sur la connaissance » ⁽¹⁾.

Nous pouvons décrire deux types de mensonge :

- La falsification, qui revient à déformer un fait que l'on considère comme vrai.
- L'omission, consistant à dissimuler une réalité à son interlocuteur.

Dans les deux cas, il s'agit d'un acte volontaire : Le menteur connaît une vérité, et choisit délibérément de la dénaturer ou de ne pas la dévoiler.

Comme l'explique la psychologue C. Biland dans son ouvrage *Psychologie du menteur*, la fonction du mensonge « est de simuler un état fictif et de dissimuler un état réel » ⁽²⁾. Ainsi, l'objectif du menteur est de convaincre son interlocuteur de l'existence d'un fait qui ne s'est jamais produit, ou de déformer certains éléments d'une situation réelle. Le mensonge peut aussi consister à dévoiler à autrui des sentiments ou des opinions qui ne sont pas les nôtres.

Le mensonge peut avoir différentes finalités, entre autres :

- L'altruisme : Mentir par altruisme revient à préserver un tiers d'une vérité que l'on estime dérangeante pour lui, susceptible de lui faire de la peine. Il s'agit d'une catégorie de mensonges « protecteurs ». Cette intentionnalité transparait à travers le terme « pieux mensonge », aussi appelé « noble lie » par les anglo-saxons.
- La diplomatie : il s'agit alors de mentir pour s'épargner une situation conflictuelle, que ce soit au sein d'un couple, d'une famille, ou dans le cadre d'une activité professionnelle.
- L'égoïsme : Déformer une vérité afin de se mettre en avant, donner une bonne image de soi, afin d'en tirer des avantages
- Léser un tiers : On parle alors de mensonge « prédateur » ⁽³⁾ réalisé pour causer du tort à autrui, lui nuire, ou en tirer un profit personnel à son insu.

Le mensonge est réprouvé par la société, bien qu'il apparaisse extrêmement fréquent. La justice punit certains mensonges, comme les faux témoignages ⁽⁴⁾, la diffamation ⁽⁵⁾, ou l'usage de faux ⁽⁶⁾. Pour les morales philosophiques et religieuses, le mensonge est considéré comme un acte contraire à l'éthique, et comme un péché. Il a été pourtant légitimé par certains philosophes, ce que nous aborderons ultérieurement.

Divers travaux de psychologie sociale s'accordent pour dire que la plupart d'entre nous ment quotidiennement. En témoigne une étude américaine ⁽⁷⁾ où des participants étaient interrogés à propos de leurs interactions sociales. Les sujets ont reconnu mentir jusqu'à deux fois par jour, le plus souvent pour se mettre en valeur, déformer leurs opinions et leurs sentiments, mais aussi pour ne pas heurter leurs interlocuteurs.

Il n'y avait pas de rapport dans cette étude entre le sexe des participants et le nombre de mensonges proférés au cours d'une journée ; ce qui contredit le stéréotype affirmant que les femmes mentent plus que les hommes. Les sujets féminins avaient tendance à dire plus de mensonges protecteurs que les sujets masculins, renforçant l'idée d'une intentionnalité altruiste prédominante chez les femmes.

Enfin, les participants déclaraient ne pas avoir à utiliser de stratégies hors du commun pour mentir, et se disaient peu affectés par leurs mensonges, conférant ainsi à cet acte un caractère anodin.

Bien que ces résultats puissent être affectés par un biais de déclaration, ils suggèrent cependant que le mensonge est un phénomène social quotidien. La pratique médicale n'échappe pas à ce constat, et a longtemps entretenu des rapports ambigus avec ce procédé.

B – Aspects historiques au sein de la pratique médicale

1 / Histoire d'un privilège thérapeutique

Dans un article essentiel intitulé *Vie et déclin du mensonge médical* ⁽⁸⁾, le Pr. B. Hoerni, oncologue, ancien président de l'ordre des médecins, a décrit avec précision l'évolution du mensonge médical à travers l'histoire. On y remarque que depuis la médecine hippocratique, et jusqu'à la seconde moitié du XXème siècle, des médecins, des philosophes, se sont prononcés en faveur de cette pratique.

Il est à ce titre intéressant de citer plusieurs passages de l'article du Pr B. Hoerni, afin de montrer que la réflexion autour du mensonge en médecine n'a cessé d'évoluer depuis l'Antiquité.

Les textes hippocratiques sont porteurs de sens : Le médecin grec affirmait, dans *De la bienséance*, que l'on « fera toute chose avec calme, avec adresse, cachant au malade, pendant qu'on agit, la plupart des choses, lui donnant avec gaieté et sérénité les encouragements qui convient (...) ne lui laissant rien apercevoir de ce qui arrivera ni de ce qui le menace : car plus d'un malade a été mis à toute extrémité par cette cause, c'est-à-dire par un pronostic où on lui annonçait ce qui devait arriver ou ce qui menaçait » ⁽⁹⁾. L'idée d'un mensonge bienveillant était déjà née, visant à apaiser le patient, par crainte de le faire souffrir en lui révélant certains éléments de sa maladie.

A la même période, Platon affirmait dans *La République* que si le mensonge "est utile aux hommes à la manière d'un médicament, il est évident que l'emploi d'un tel médicament doit être réservé aux médecins" ⁽¹⁰⁾. D'où la notion d'un « privilège thérapeutique », offrant aux médecins la possibilité d'omettre certaines informations.

Toujours selon les travaux du Pr B. Hoerni, qui se réfère à un ouvrage sur la médecine gréco-romaine ⁽¹¹⁾ « le souci de ne pas nuire justifie que l'on cache la vérité qui serait traumatisante ; celui d'être bénéfique justifie le "mensonge thérapeutique" cachant la vérité, ainsi que des paroles rassurantes, même fausses, censées ragaillardir ; ajoutons que les malades, tout du moins romains, attendent du médecin des paroles agréables que ce dernier n'a pas de raison

de leur refuser ». Comme si une alliance tacite se formait entre médecins et malades pour ne pas entrevoir une vérité trop difficile à supporter.

Au Moyen-Age, le Pr B. Hoerni écrit que « le mensonge est prohibé, sauf, en médecine ». Le mensonge était alors utilisé « pour rassurer un malade, l'engager à obéir au médecin, alors considéré comme représentant de Dieu, favoriser sa guérison ». Toutefois, d'importantes réserves furent exprimées quant aux situations de fin de vie : « Le pieux mensonge est rejeté s'il empêche, in extremis, la personne de se mettre en règle avec sa foi et l'Eglise interdit à un médecin de continuer à soigner un patient qui n'aurait pas accompli ses derniers devoirs dans ce domaine, faute d'avoir été informé de sa fin prochaine » ⁽⁸⁾.

Au XVIII^{ème} siècle, plusieurs philosophes vont se prononcer en faveur de cette pratique : En 1755, le britannique F. Hutcheson affirmait dans le *Système de philosophie morale* qu'il avait "horreur de la moindre apparence de tromperie, en parole ou en action". Cependant, il accordait une exception à la pratique médicale : "Personne ne critique un médecin pour tromper un malade trop abattu en lui disant qu'il a bon espoir à son sujet ou en niant que le traitement a de sérieux inconvénients" ⁽⁸⁾.

Dans un ouvrage écrit en 1792, intitulé *d'Éthique médicale*, et considéré comme le premier code d'éthique dans le domaine de la santé, le Dr T. Percival reconnaissait également l'utilité du mensonge au patient. Le médecin Britannique affirmait que "Les principes d'humanité justifient que le praticien sacrifie la notion délicate de véracité, toutes les fois que l'authenticité serait profondément pénible au patient » ⁽⁸⁾.

Le Professeur B. Hoerni cite également un ouvrage d'histoire de la médecine intitulé *Les médecins et la mort*, où l'historienne A. Carol rapporte plusieurs témoignages de médecins datant des XVIII et XIX^{ème} siècles : « Il est beau de mentir avec assurance, et de faire entrevoir une guérison possible, et nul n'y est plus autorisé que le médecin » ; « Il faut évidemment encourager le sujet, entretenir son espoir de guérison, même si cette guérison paraît impossible » ⁽¹²⁾.

Plus tard, en 1954, le Pr L. Portes, alors Président de l'Ordre des médecins, prendra position en faveur de la dissimulation de la vérité au malade dans son livre *A la recherche d'une éthique médicale*. "Le médecin doit avec prudence "dorer" la vérité, doit, oui, car... qui peut dire que la vérité connue ne va pas déclencher un mécanisme de découragement, de peur, d'affolement, qui a conduit quelquefois le patient au suicide et qui, en tout cas, ne favorise

pas sa guérison". A noter que cet ouvrage a été remis à chaque praticien s'inscrivant à l'Ordre pendant de nombreuses années.

La seconde version du Code de déontologie, datant de 1955, prévoyait d'ailleurs qu'un pronostic grave pouvait « légitimement être dissimulé au malade. Un pronostic fatal ne peut lui être révélé qu'avec la plus grande circonspection » ⁽¹³⁾.

Nous pouvons rapporter les propos d'un autre médecin qui s'est interrogé sur cette thématique : le Dr M. Abiven, considéré comme l'initiateur des soins palliatifs en France. Dans un article intitulé *Mentir pour bien faire ? ou Le mensonge en médecine*, le Dr M. Abiven montre que ce procédé était au cœur de la culture médicale, et ce même jusqu'à une époque récente. Il cite l'ouvrage du Professeur J. Hamburger, *Conseils aux étudiants en médecine de mon service*, publié en 1963 : « Mais que faire si votre conviction est que la maladie est mortelle et que nous serons impuissants à en modifier le cours ? C'est ici l'exception dont je parlais plus haut : il faut mentir dans tous les cas, sans exception aucune ». Le mensonge y est alors utilisé à visée thérapeutique : « Le mensonge que je vous demande a donc une exigence immédiate, indépendante de toute considération sentimentale ou éthique : cette exigence est purement d'ordre thérapeutique. Le mensonge prend place dans les moyens dont vous usez pour soutenir l'état général et la résistance physique du malade » ⁽¹⁴⁾.

Selon le Dr M. Abiven, ce livre « devint la référence pour de nombreux médecins, dans tout le pays et pour des décennies », et décrivait les pratiques de cette époque : « J. Hamburger ne faisait que prendre à son compte et asseoir de son autorité les usages les plus communs de ce temps » ⁽¹⁵⁾.

Le mensonge était aussi l'instrument d'une relation de soin alors foncièrement déséquilibrée, entre un médecin, être de savoir, et un malade réduit à un rôle passif. Comme l'a fait remarquer J. Dumoulin, chercheur au CNRS, le mensonge permettait au médecin d'asseoir son pouvoir sur le patient : « Le secret est un moyen de commandement permettant au médecin d'être obéi dans ses prescriptions, en évitant toute discussion ou en détournant celle-ci sur des fausses pistes. Il permet au médecin de supporter une situation qui lui serait insupportable : affronter la contestation de ses décisions ou une relation avec un patient vivant une situation dramatique » ⁽¹⁶⁾.

Force est de constater que le mensonge resta durablement ancré au sein du corps médical, précieux artifice pour mettre à distance la souffrance du patient et les échecs d'une médecine fatalement imparfaite.

2 / Evolution des mentalités

Progressivement, ce recours quasi-systématique au mensonge, notamment dans les situations de fin de vie, reçut nombre de critiques, amenant ainsi à une évolution profonde des mentalités. La littérature disponible sur le sujet montre qu'un plébiscite en faveur de l'information du patient connut son apogée dans les années 1970 et 1980. Toutefois, ce changement d'attitude vis-à-vis du mensonge médical s'inscrivit au travers de réflexions philosophiques et éthiques qui virent le jour plusieurs décennies auparavant.

Sans faire une analyse approfondie du mensonge médical sous l'angle philosophique, il paraissait intéressant de citer la controverse qui eut lieu à la fin du XVIIIème siècle entre Emmanuel Kant et Benjamin Constant. Dans les *Fondements de la métaphysique des mœurs*, Kant affirmait que le mensonge ne pouvait être justifié. Pour le philosophe allemand, ce procédé jetait le discrédit sur les paroles et les actes, était source de méfiance entre les hommes, et ce en accord avec son principe de généralisation : "Je dois toujours me conduire de telle sorte que je puisse aussi vouloir que ma maxime devienne une loi universelle" ⁽¹⁷⁾.

De son côté, Constant considérait que la vérité pouvait parfois avoir des conséquences néfastes, et dès lors il existait « un droit de mentir, par humanité » ⁽¹⁷⁾, arguant que tout le monde n'avait pas le droit à la vérité. Kant répondra qu'il était impossible de choisir ceux qui ont le droit ou non à la vérité, celle-ci « n'étant pas une propriété sur laquelle on puisse accorder des droits à l'un et en refuser à l'autre » ⁽¹⁷⁾.

Dès lors, si l'on applique cette réflexion à la pratique médicale, de quel droit un médecin peut-il choisir de ne pas révéler certaines informations à un patient ? Le risque ne serait pas, justement, une perte de confiance en la parole du praticien ? Pourquoi le patient, en tant que personne, n'aurait-il pas naturellement droit à la vérité, même si elle est douloureuse ?

A l'opposé, la position de Constant peut être rapprochée de celle des défenseurs du mensonge médical : la vérité serait source de tourment et de souffrance pour le patient, le mensonge permettrait de l'apaiser.

L'argument selon lequel le mensonge était pratiqué dans l'intérêt du patient, pour le préserver de souffrances inutiles qu'il ne saurait endurer, se voit condamné dans *La mort d'Ivan Ilitch*, écrit par Léon Tolstoï en 1886. Le mensonge y est décrit comme un processus dévastateur pour le patient et sa relation aux autres, à l'origine d'une fin de vie passée dans la solitude et l'inconfort : « Le principal tourment d'Ivan Ilitch était le mensonge, ce mensonge admis on ne sait pourquoi par tous, qu'il n'était que malade et non pas mourant, et qu'il n'avait qu'à rester calme et se soigner pour que tout s'arrangeât. (...) Ce mensonge qu'on commettait à son sujet la veille de sa mort, ce mensonge qui rabaissait l'acte solennel et formidable de sa mort au niveau de leur vie sociale, était atrocement pénible à Ivan Ilitch » ⁽¹⁸⁾.

Comme nous le voyons, des points de vue divergents virent le jour, particulièrement au sein de la communauté médicale. Au début du XX^{ème} siècle, R. Cabot, médecin américain, désapprouvait le mensonge pour plusieurs raisons. D'une part, il considérait de par son expérience que les patients avaient les capacités d'entendre une mauvaise nouvelle. D'autre part, le mensonge serait « contagieux », dans le sens où l'entourage du malade, mis au courant de ce subterfuge, accorderait par la suite moins de crédit au médecin qui serait amené à les prendre en charge.

Dans le même esprit, le chirurgien français J.C. Sournia déclarait en 1961 : « Nous devrions communiquer (au malade) son diagnostic exact beaucoup plus souvent. (...) Maintenir systématiquement tous les malades dans l'ignorance ne peut qu'encourager chez eux l'attitude mentale d'infantilisme déjà trop répandue et certainement pas bénéfique » ⁽¹⁹⁾. Ces positions resteront cependant isolées pendant encore plusieurs années.

Un ouvrage emblématique se doit d'être évoqué : *Changer la mort*, écrit par le cancérologue L. Schwartzberg et le journaliste P. Viansson-Ponté en 1977. Les deux auteurs militèrent en faveur de l'information du patient, estimant que « La vérité doit toujours être dite, elle est toujours positive ».

Plusieurs arguments furent avancés contre l'habituelle rétention d'information pratiquée alors par les médecins (Le Pr L. Schwartzberg reconnaissant lui-même avoir agi de la sorte) :

- Le patient n'est pas dupe de son état de santé, et se rend bien compte qu'on tente de le tromper.
- Une information honnête renforce l'adhésion du patient aux traitements proposés.
- En fin de vie, le patient doit être informé, de façon à pouvoir prendre ses dernières dispositions.
- Afin de respecter l'autonomie du patient, il doit être mis au courant de sa maladie : « Le simple respect de l'homme exige qu'on lui dise ce qu'il en est » ⁽²⁰⁾.

Malgré tout, le rapport au mensonge restera ambigu pour certains, y compris chez ses opposants : En atteste la mésentente survenue entre P. Viansson-Ponté et L. Schwartzberg, lorsque ce dernier apprit au journaliste qu'il était atteint d'un cancer au pronostic défavorable ⁽²¹⁾. Dans le même registre, Freud écrivait en 1899 que « L'art de tromper un malade n'est certainement pas souhaitable. (...) J'espère que l'instant venu, il se trouvera quelqu'un pour me traiter avec plus d'égards et pour me dire à quel moment je devrai me tenir prêt. ». Pourtant, quelques années plus tard, au médecin qui lui annoncera un cancer, Freud lui répondra : « De quel droit me dites-vous cela ? » ⁽²²⁾. Réponse qui semble montrer que l'information médicale a aussi les limites que le patient lui fixe, et qu'il est difficile de juger ce qu'il peut en entendre.

3 / Un cadre législatif

Cette volonté de garantir l'information au malade sera consacrée par le droit français à la fin du XXème siècle. A la lecture des premières versions du Code de déontologie médicale, nous pouvons remarquer que cette exigence de transparence envers le patient constitua un long processus avant d'être clairement inscrite dans les principaux textes encadrant la pratique médicale.

En effet, les trois premières versions du Code de déontologie ne s'attardaient guère sur ce qui devait être transmis au patient. Nous pouvons seulement rapporter ici l'article 42 de la troisième version de ce code (1979), qui prévoyait que « Pour des raisons légitimes que le médecin apprécie en conscience, un malade peut être laissé dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave » ⁽²³⁾. Seules les conditions permettant une rétention d'information étaient explicitement formulées.

C'est en 1995 que l'obligation d'informer le patient sera véritablement mise en avant. Ainsi, dans l'article 35, il était désormais mentionné que « le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose » ⁽²⁴⁾. Quelques réserves persistaient néanmoins : en cas de maladie grave ou de pronostic défavorable, le médecin pouvait choisir en conscience de ne pas révéler ces informations au patient, et ce dans son l'intérêt.

Cette restriction, autorisant donc parfois le médecin à omettre certaines données, fut supprimée des dernières versions en date du Code (2012 et 2016). Dorénavant, l'omission est autorisée si le patient l'exprime : « Toutefois, lorsqu'une personne demande à être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, sa volonté doit être respectée, sauf si des tiers sont exposés à un risque de contamination » ⁽²⁵⁾.

Enfin, la loi du 4 Mars 2002 met en exergue le droit du patient à l'information, et détaille les différentes situations dans lesquelles il s'applique. Il est prévu toutefois que « La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission » ⁽²⁶⁾.

Ces différents textes sont l'aboutissement d'une demande forte, aussi bien de la part des médecins que des patients, de donner à ces derniers une plus grande autonomie.

Cette rupture profonde dans la façon d'apporter l'information, conférant moins d'asymétrie à la relation médecin-patient, autorisera le Pr B. Hoerni en 2004 à souhaiter la fin du mensonge dans la pratique du soin : « Nous sommes passé d'un paternalisme franc à une position où est reconnue toute la valeur de l'autonomie du malade. Le temps est venu de prononcer l'oraison funèbre du mensonge médical » ⁽⁸⁾. Ces propos témoignent d'une volonté de renforcer les droits des patients. Malgré cela, déformer certaines informations, ou les omettre sciemment, n'ont pas disparu de l'acte médical.

4 / Un phénomène persistant

Plusieurs études récentes ont cherché à saisir l'importance de ce phénomène dans nos pratiques. L'anthropologue S. Fainzang a montré, dans un ouvrage paru en 2001, l'existence chez certains médecins d'une attitude mensongère, dans le but de favoriser l'adhérence du patient à un traitement. D'après ses investigations, des praticiens allaient jusqu'à omettre les effets secondaires possibles d'un médicament, ou même à infirmer les informations contenues dans les notices de ces médicaments, et ce afin de renforcer la prise d'un traitement ⁽²⁷⁾.

S. Fainzang a également observé que le mensonge associé aux pathologies néoplasiques était encore d'actualité, bien qu'il soit rare désormais qu'un patient soit maintenu dans l'ignorance d'un diagnostic de cancer. Dans une étude réalisée au début des années 2000 dans un service d'oncologie, cette anthropologue a remarqué que la rétention d'information prévalait non pas sur le cancer primitif, comme il était d'usage autrefois, mais sur l'apparition de localisations secondaires : « Les métastases ont aujourd'hui la même image que le cancer autrefois. Le tabou s'est fixé sur un nouvel objet, sur un autre stade de la maladie. Le silence sur l'aggravation de la maladie remplace le silence sur la maladie » ⁽²⁸⁾.

Selon ses constatations, la délivrance de l'information serait en partie conditionnée par l'appartenance socio-culturelle du patient : « Les médecins se révèlent moins prompts à mentir aux patients de milieux socio-culturels supérieurs. Ainsi, de même que l'information sur leur état n'est donnée (...) qu'à ceux qu'ils créditent d'une faculté de comprendre parce qu'ils présentent les signes d'une appartenance sociale et culturelle supérieure, de même, et à l'inverse logique, le mensonge est d'avantage accompli à destination des patients de milieux populaires » ⁽²⁹⁾.

Une autre situation pouvant être à l'origine d'un mensonge par omission correspond à la révélation des erreurs médicales. Une étude réalisée aux Etats-Unis, publiée en 2007, a analysé les attitudes des médecins de plusieurs hôpitaux universitaires lorsque ces derniers commettaient des erreurs ⁽³⁰⁾. Plus de 90% des personnes interrogées ont répondu qu'elles seraient prêtes à révéler une erreur médicale au patient, quelles qu'en soit le retentissement. Cependant, en pratique, seules 41% d'entre elles avaient déjà dévoilé une erreur ayant des conséquences minimales, et seulement 5% des médecins interrogés avaient annoncé une erreur médicale grave au cours de leur carrière. Pour expliquer ces chiffres, les auteurs avançaient l'hypothèse d'une crainte des poursuites judiciaires en cas d'erreur avérée.

En 2015, le site d'information médicale Medscape a publié un sondage sur le thème de l'information donnée aux patients. Dans cette enquête, réalisée auprès d'environ 20 000 médecins européens et américains ⁽³¹⁾, différentes spécialités étaient représentées. Certains résultats étaient révélateurs :

- 43% des médecins français ont répondu par l'affirmative à la proposition « Est-il selon vous acceptable de ne pas révéler une erreur médicale lorsque celle-ci ne nuit pas au patient ? », contre 19% des praticiens américains.

- A la question « Seriez-vous prêt à dissimuler des informations sur un diagnostic en phase terminale ou pré-terminale si vous estimez que cela permettrait de maintenir la motivation du patient », 44% des médecins français se sont montrés favorables, préférant atténuer l'information pour maintenir l'espoir du patient. Seuls 21% des médecins américains acceptaient cette attitude.

Même s'il s'agit de résultats ne correspondant pas forcément à la pratique réelle des médecins interrogés, mais plutôt à des projections par rapport à une situation donnée, la rétention d'information reste toujours une réalité. Une donnée à prendre en compte est

l'aspect culturel de ce phénomène : Aux Etats-Unis, où le mensonge est particulièrement condamné, notamment par la justice, les médecins semblent faire preuve de plus de transparence qu'en France.

C – Objectifs de recherche

Bien que le mensonge reste présent dans nos pratiques, il s'agit d'un sujet que l'on évoque peu, et qui est sévèrement jugé à une époque où l'honnêteté envers le malade est une condition sine qua non à toute relation de soins.

Approfondir les recherches déjà réalisées sur ce thème nous paraissait justifié : nous avons la conviction que le mensonge pouvait concerner d'autres situations que celles décrites dans les études récentes, comme des affections rencontrées en pratique courante. Ainsi, l'objectif principal de notre travail de thèse était de comprendre pourquoi, et dans quelles circonstances, certains médecins mentaient à leurs patients.

Secondairement, nous souhaitions recueillir le vécu des médecins concernés, analyser leur ressenti et leurs réflexions, afin de mieux cerner leur vision de ce phénomène.

Notre hypothèse était que dans certaines circonstances, malgré l'évolution des mentalités, le recours au mensonge médical était justifié, et ce dans l'intérêt du patient.

Ainsi, nous espérions en apprendre plus sur cet aspect de la communication avec le malade, et étudier différentes approches au sein de notre profession.

II – MATERIELS ET METHODES

A - Choix de la méthodologie qualitative

La démarche qualitative permet d'explorer des données non chiffrées (discours, opinions, croyances) afin de comprendre des comportements humains ou des expériences vécues. Cette méthode se démarque de la recherche quantitative, dans le sens où elle ne vise pas à mesurer ou à quantifier un phénomène. Comme il s'agissait de cerner les caractéristiques du mensonge médical et de recueillir le vécu des praticiens concernés, la méthodologie qualitative nous paraissait adaptée pour répondre à nos objectifs de recherche.

Cette façon de mener une étude regroupe différents outils : la recherche documentaire, l'observation, le questionnaire, et l'entretien.

Comme nous l'avons vu précédemment, la littérature disponible sur le sujet du mensonge médical est vaste, et permet de cerner l'évolution de ce phénomène depuis les débuts de la médecine hippocratique. Seulement, l'essentiel des mensonges médicaux décrits dans ces ouvrages est en rapport avec la fin de vie et le cancer, et porte finalement peu sur des aspects plus anodins de notre pratique (pathologies bénignes, traitements). Une thèse basée uniquement sur une recherche documentaire aurait donc été insuffisante.

Les études observationnelles, comme celles réalisées par l'anthropologue S. Fainzang, sont un moyen légitime pour étudier le mensonge médical. Cependant, la présence du chercheur lorsque le praticien interagit avec le patient pourrait l'inciter à modifier son comportement par volonté de ne pas être jugé (biais de bienséance sociale) et ainsi ne pas refléter la réalité des pratiques.

Le questionnaire, bien qu'il soit commode, n'aurait pas été l'outil idéal pour que les médecins puissent partager leurs expériences, leurs opinions. Le récit de situations complexes, la justification de certains points de vue, auraient demandé beaucoup de temps aux personnes interrogées, et au final aurait pu être incomplet.

L'entretien nous paraissait la technique la plus adaptée pour notre étude. Il permettait aux médecins de parler librement, de confier leurs expériences à leur rythme, et ainsi obtenir une grande variété de réponses.

Dans l'optique de recueillir des témoignages à propos d'une pratique par essence masquée, nous avons choisi d'effectuer le recueil des données grâce à des entretiens semi-dirigés. Cette technique d'entretiens impose au chercheur d'adopter deux attitudes complémentaires : D'une part, un comportement d'écoute active, afin de laisser libre cours à l'expression du discours de l'interviewé. D'autre part, une attitude plus directive, lorsqu'il s'agit de demander au sujet d'aborder certains thèmes que le chercheur souhaite explorer. Ainsi, plusieurs aspects du mensonge médical peuvent être abordés, tout en permettant la production d'un discours spontané et personnel.

A l'inverse de l'interrogatoire, les deux protagonistes de l'entretien sont sur un pied d'égalité, autorisant ainsi l'enquêté à produire un discours authentique, afin qu'il « exprime sa vérité »⁽³²⁾ et permettre au final une meilleure compréhension du phénomène étudié.

Couramment utilisée en sciences sociales, cette technique permet la production d'un discours grâce à une série de questions ouvertes. Son emploi nous semblait adapté à la question de recherche. Comme le rappelle la sociologue N. Bertier, les entretiens semi-dirigés permettent aux personnes interrogées de livrer leurs conceptions de la réalité, leur vision du monde, leurs systèmes de valeurs ou de croyances, le sens qu'ils attribuent aux objets ou aux comportements »⁽³³⁾. Ainsi, nous espérons pouvoir explorer différentes situations sources de mensonge, et recueillir le vécu des médecins concernés par cette pratique.

Une autre option aurait été de réaliser des focus groups (ou groupes de discussion) avec plusieurs médecins, mais à notre sens, ceci n'aurait pas permis à ces derniers de se confier et d'exprimer au mieux leur ressenti : la crainte du jugement aurait pu annihiler leur discours. De plus, les focus-group ne permettaient pas de garantir l'anonymat des participants.

B – Méthodologie de la bibliographie

Les recherches bibliographiques ont été réalisées à partir de plusieurs bases de données : CAIRN, PubMed, Google et Google Scholar, Sudoc, BDSPP, puis à partir de bibliographies des articles ou des ouvrages en rapport avec le sujet. Elles ont eu lieu entre Octobre 2015 et Novembre 2016.

La première partie de ces recherches a été réalisée autour des thèmes du mensonge et de la révélation de la vérité. Les mots clés utilisés en Français étaient : mensonge, tromperie, révélation de la vérité, vérité et mensonge. En Anglais : truth telling, lies, disclosing truth, lying behaviour, deception.

La seconde partie a porté sur les ressources bibliographiques en rapport avec la méthodologie qualitative. Les mots clés utilisés étaient : méthodologie qualitative, recherche qualitative, entretiens semi-dirigés, théorie ancrée.

Différents types de documents ont ainsi été obtenus : articles de revues scientifiques, textes législatifs, articles issus de sites Internet, ouvrages de psychologie, de philosophie, et de sociologie.

La logiciel Zotero a permis de gérer les différentes références bibliographiques.

C – Population d'étude

Nous avons décidé d'étudier un échantillon raisonné de médecins, en sélectionnant des participants qui pourraient, a priori, donner une grande variété de réponses. Notre échantillon n'avait pas pour objectif d'être représentatif de la population générale, mais d'être diversifié.

Les critères de sélection ont été choisis selon leur influence potentielle sur le phénomène étudié : L'âge, le sexe, le lieu d'exercice (libéral / hospitalier), la spécialité (médecine générale / autre spécialité médicale / chirurgie).

Concernant les critères d'inclusions, les médecins interrogés devaient avoir terminé leur internat, et exercer dans le Rhône pour des raisons pratiques.

Le fait qu'un médecin déclare ne pas mentir était considéré comme un critère d'exclusion.

L'échantillon nécessaire à la réalisation d'une enquête par entretien est de manière générale de taille plus réduite que celui d'une enquête par questionnaire. En effet, les informations issues des entretiens sont validées par le contexte et n'ont pas besoin de l'être par leur probabilité d'occurrence. Une seule information donnée par l'entretien peut avoir un poids équivalent à une information répétée de nombreuses fois dans des questionnaires. La réduction relative de l'échantillon nécessaire à une enquête par entretien tient donc au statut de l'information obtenue ⁽³⁴⁾.

D – Recrutement de la population cible

Après concertation, il nous a paru important que le sujet de l'étude devait au préalable être expliqué aux participants : leur demander de participer sans leur expliciter notre démarche aurait pu créer chez eux une réaction de rejet. Le mensonge, particulièrement dans le domaine médical (où apporter une information « claire, loyale et appropriée » est une obligation déontologique pour le praticien) aurait pu être ressenti comme un phénomène rétrograde, méprisant pour le patient, source de déshonneur pour le médecin. En leur proposant de participer à notre projet, une de nos craintes était que nos interlocuteurs se sentent accusés de mentir, et nous signifient leur refus de parler de ce sujet.

Ne pas définir le but précis de notre travail nous aurait sûrement amené à interroger des personnes qui ne mentait pas, et ainsi à ne pas répondre à l'objectif de l'étude.

Afin de recruter suffisamment de participants, nous avons estimé que l'utilisation du mail était la meilleure option. Le contenu de ce mail, présenté en annexe, devait répondre à plusieurs objectifs :

- Présenter le chercheur, expliquer le sujet et les objectifs de la recherche.
- Définir les différents types de mensonges, les sujets potentiels n'ayant pas forcément conscience que l'omission est considérée comme du mensonge.

- Faire comprendre au médecin que s'il acceptait de participer, il ne s'agissait en aucun cas d'émettre un jugement sur ces pratiques.
- Expliquer les modalités de réalisation des entretiens.
- Donner les règles d'anonymisation des données.

Dans un premier temps, plusieurs médecins ont été recrutés dans un hôpital de la région Rhône-Alpes (non cité pour respecter l'anonymisation des données). Nous avons d'abord choisi de contacter des médecins côtoyés au cours de stages hospitaliers.

Par la suite, nous avons progressivement essayé de joindre des médecins qui nous étaient inconnus jusqu'alors. Grâce aux conseils des premiers praticiens interrogés, certaines de leurs connaissances ont été interviewées.

De façon à obtenir une grande diversité de spécialistes (psychiatres, oncologues, radiologues), les adresses mails contenues dans les annuaires des Hospices Civils de Lyon ont été utilisées.

D'autre part, il a été nécessaire de modifier légèrement la méthode de recrutement pour contacter des médecins ayant une activité libérale : Devant la difficulté à se procurer leur adresse mail, il a été décidé de leur envoyer un courrier, avec un contenu identique à celui du mail.

Le recrutement des sujets de l'étude a été poursuivi jusqu'à saturation des données, les derniers entretiens ne permettant plus de faire émerger de nouveaux concepts.

E - Guide d'entretien

Le guide d'entretien a été rédigé de façon à pouvoir explorer différents aspects du mensonge médical, et ainsi permettre de répondre aux objectifs de l'étude (Annexe n°2).

Les données de la littérature disponibles sur le sujet ont permis d'élaborer certaines questions, notamment le rapport entre l'information du patient et son niveau social ⁽²⁹⁾, l'éventuel mensonge en rapport avec les effets secondaires des traitements ⁽²⁷⁾, ainsi que les thèmes de l'évolution des pratiques et des erreurs médicales. Afin d'obtenir un discours

spontané, il était prévu que les questions en rapport avec ces thèmes seraient posées uniquement si l'interviewé n'abordait pas le sujet de lui-même.

La première partie de l'entretien avait pour objectif de libérer le discours de l'interviewé en l'amenant à se présenter, et ainsi le mettre à l'aise. Par la suite, il était demandé au sujet de nous confier des situations où il avait été amené à mentir à un patient. Enfin, des questions plus précises en rapport avec le mensonge médical étaient abordées.

Les principales questions du guide étaient les suivantes :

- Phase d'approche : Pouvez-vous me décrire en quelques mots votre activité ?
- Description des mensonges : Pouvez-vous me parler de situations où vous avez menti à un patient ?
- Justification du mensonge : Pour quelle raison avez-vous menti ?
- Vécu : Quel a été votre sentiment lorsque la situation s'est présentée ?
- Information en fonction de la catégorie sociale du patient : Dans une étude que j'ai lue à propos du mensonge, une anthropologue avait assisté à des consultations d'oncologie, et avait remarqué que parmi les médecins qui mentaient, ces derniers le faisaient plus facilement avec des patients issus de milieux défavorisés, par exemple ne parlant pas français, n'ayant pas d'emploi. Sans vouloir parler forcément de mensonge, avez-vous l'impression d'agir différemment avec les patients issus de ces milieux-là ?
- Mensonge et traitement : Vous est-il arrivé de mentir pour favoriser l'observance d'un traitement ?
- Erreur médicale : En cas d'erreur médicale, quelle a été votre attitude avec le patient ou sa famille ?
- Evolution des pratiques : Il y a encore quelques décennies, il était communément admis qu'un diagnostic péjoratif, comme celui d'un cancer, ne devait pas être révélé au patient. Avez-vous vécu ce genre de situation à cette époque ?
- Caractéristiques du mensonge : Pourriez-vous me donner votre définition du mensonge ?

Ce canevas d'entretien a évolué avec la progression des entretiens. Certaines questions qui paraissaient peu pertinentes ont été supprimées. D'autres ont été ajoutées après l'analyse des premières interviews, si bien qu'une seconde version du guide d'entretien a été utilisée à partir du septième entretien.

F - Déroulement des entretiens

Dans le mail de prise de contact, il était expliqué que l'entretien se déroulerait à la convenance des médecins interrogés, à la date et l'horaire de leur choix. Il était indiqué qu'en théorie, l'entretien durerait environ 30 minutes, afin qu'ils prévoient une plage horaire adaptée.

Un premier entretien test a été réalisé au préalable avec un médecin que le chercheur connaissait après avoir été interne dans son service. Cet entretien n'a pas été inclus dans les résultats. L'objectif avoué de cette entrevue était de se familiariser avec le déroulement d'un entretien semi-dirigé, de s'entraîner aux différentes techniques de relance, et de tester l'enregistrement numérique de l'entretien.

Les interviews ont été enregistrées grâce au dictaphone d'un téléphone portable, après avoir demandé l'accord des sujets de l'étude.

Les règles d'anonymisation étaient rappelées en début d'entretien : l'entretien serait retranscrit sans que le nom de l'interviewé soit cité, et les détails biographiques qui auraient permis de l'identifier seraient supprimés. Le fichier audio serait effacé une fois la transcription réalisée.

Il était rappelé en début d'entretien le contexte et l'objectif de notre travail. Encore une fois, afin de faire comprendre que nous ne jugerions pas ses propos, il était expliqué au médecin interrogé que le but de cette étude n'était pas de critiquer les attitudes qu'il avait pu avoir. Le sondage Medscape ⁽³¹⁾ était cité, afin d'introduire la notion que le mensonge médical ne concernait pas qu'une minorité de praticiens. Ainsi, nous espérions mettre en confiance notre interlocuteur, sans qu'il ne se sente stigmatisé.

Le guide d'entretien constituait une trame, et permettait de n'oublier aucun des différents thèmes à aborder. L'ordre des questions n'était pas forcément respecté, mais était adapté au discours des médecins interrogés. Afin que ces derniers puissent laisser libre cours à leurs propos, l'enquêteur adoptait une attitude d'écoute active, utilisant des techniques de relance et de reformulation.

Pendant l'entretien, les notions importantes exprimées par les participants, ainsi que leurs attitudes non-verbales, étaient notées sur un carnet.

A la fin de chaque entretien, il était demandé au médecin participant s'il avait parmi ses confrères des personnes susceptibles de vouloir participer à ce travail de thèse. Plusieurs médecins ont pu être recrutés de cette façon.

Les personnes interrogées se voyaient systématiquement proposer en fin d'interview l'envoi par mail des résultats de ce travail.

Lors de plusieurs entretiens, les personnes interrogées ont déclaré d'emblée qu'elles avaient moins d'une demi-heure à nous consacrer. Certains thèmes n'ont donc pas pu être abordés.

G – Retranscription des données

Par la suite, les entretiens ont été retranscrits sur des fichiers Word, grâce au site Internet oTranscribe, qui permet de ralentir la vitesse des enregistrements, et ainsi de les taper sur un clavier sans interruption. Le corpus (ensemble des retranscriptions d'entretiens) est présent sous forme numérique en annexe (Annexe cd-rom).

Les données permettant d'identifier les différents médecins interrogés ont été supprimées des verbatim (retranscription des entretiens) pour respecter leur confidentialité. Par exemple, certains renseignements trop précis sur le lieu d'exercice des médecins, sur leur parcours professionnel, mais aussi des anecdotes confidentielles ont été écartées afin de ne pas pouvoir identifier ces praticiens.

Dans les verbatim, les échanges sont précédés par les initiales de chaque protagoniste : Les initiales SC pour le chercheur, Dr X pour le médecin interviewé (X correspondant à une lettre : A pour le premier entretien réalisé, B pour le second, etc). Afin de rester parfaitement fidèle à ce qui avait été dit lors des entrevues, les temps d'arrêt, les hésitations, les rires, le langage familier, et les néologismes ont été retranscrits.

H - Analyse des données

L'analyse par théorisation ancrée compte parmi les méthodes les plus employées en recherche qualitative. Elle est issue des travaux de deux sociologues américains, Glaser et Strauss, à la fin des années 1960 ⁽³⁵⁾. En pratique, pour tenter de comprendre un phénomène, le chercheur s'immerge dans un groupe social, sans a priori, sans définir d'hypothèse préexistante au recueil des données : Ce n'est pas le chercheur qui possède l'expertise du sujet, mais le groupe de personnes interrogées ⁽³⁶⁾. C'est à partir des données obtenues sur le terrain qu'une théorie pourra émerger, il s'agit donc d'une méthode inductive. Pour le sociologue P. Paillé, théoriser revient à « dégager le sens d'un événement, (...) renouveler la compréhension d'un phénomène en le mettant différemment en lumière » ⁽³⁷⁾.

Le travail d'analyse des entretiens a été fait selon une approche inductive/déductive, inspirée en partie de la méthode de théorisation ancrée. Ceci nous a été conseillé lors d'un cours sur la méthodologie qualitative.

Cette démarche consistait d'une part à faire émerger des idées et des concepts à partir de propos retenus dans les verbatim (méthode inductive) ; et d'autre part à définir des thèmes a priori (obtenus dans la recherche bibliographique, ou déjà présents dans certains entretiens), et à retrouver tous les propos s'y rattachant dans les entretiens restants (méthode déductive).

L'analyse du contenu des verbatim a été effectuée en plusieurs étapes : L'entretien était lu une première fois pour s'imprégner des propos retranscrits, et identifier les idées directrices qui seraient analysées ultérieurement.

C'est ensuite qu'avait lieu la codification : Le verbatim était examiné dans son ensemble, et chaque élément ayant un lien avec le phénomène étudié était retenu. Les éléments porteurs d'un sens commun étaient regroupés sous un terme générique correspondant au code.

Ces codes étaient regroupés en catégories, elles-mêmes assemblées par thème, constituant ainsi le dictionnaire des codes (Annexe cd-rom). Dans ce tableau, chaque code était assorti d'une définition et de l'ensemble des citations s'y rapportant.

Une même partie du verbatim pouvait correspondre à plusieurs codes. Un code était le plus souvent déterminé par le chercheur, mais il pouvait également provenir du vocabulaire propre aux participants : on parle alors de code in vivo.

Les différentes catégories de codes étaient classées de façon à pouvoir caractériser au mieux le sujet étudié.

Cette analyse a été réalisée en parallèle par le chercheur et la directrice de thèse, permettant ainsi de faire émerger une grande variété de codes et de thèmes à analyser. Ce travail effectué à partir de deux points de vues différents correspond à la triangulation des données.

III – RESULTATS

A – Réponses au mail de recrutement

Au total, 70 praticiens ont été contactés. Le taux de réponse au mail de recrutement a été de l'ordre de 40%. 21 médecins ont ainsi accepté de participer.

Parmi les médecins ayant répondu, plusieurs l'ont fait par la négative. Il est intéressant de rapporter les différents motifs invoqués compromettant leur participation aux entretiens :

- Manque de temps ou éloignement géographique
- Médecins gênés d'évoquer ce sujet en face à face
- Plusieurs médecins ont répondu qu'ils ne se sentaient pas concernés par le sujet du mensonge médical. Différents arguments étaient avancés : aspect médico-légal ; nécessité pour un chirurgien que ses patients aient conscience des risques d'une intervention chirurgicale, d'où une information parfaitement transparente ; mensonge limité par le plan Cancer et les RCP pour un oncologue ; Personnalité incompatible avec le mensonge, pour un autre praticien
- Un médecin nous a fait part de sa difficulté à identifier clairement des situations de mensonge dans sa pratique, bien qu'il considère que l'omission était un phénomène courant. Il n'a donc pas participé aux entretiens.

B – Caractéristiques des médecins interrogés

9 femmes et 12 hommes ont été interrogés. La moyenne d'âge des médecins était de 46 ans. Le plus jeune des médecins était âgé de 32 ans, le plus âgé de 67 ans.

Plusieurs spécialités furent représentées :

- Neurologie (2)
- Médecine polyvalente (1)
- Chirurgie viscérale (1)
- Soins palliatifs (2)
- Médecine générale (6)

- Urgences (2)
- Gériatrie (3)
- Oncologie (2)
- Psychiatrie (2)

Parmi les sujets de l'étude, 15 médecins exerçaient en milieu hospitalier, et 6 en libéral (2 en ville, 4 en milieu semi-rural)

Le tableau suivant montre les caractéristiques des médecins interrogés :

Médecin	Sexe	Age	Spécialité	Lieu d'exercice	Durée de l'entretien
Dr A	Homme	62 ans	Neurologie	Hospitalier	46 minutes
Dr B	Femme	55 ans	Médecine polyvalente / Urgences	Hospitalier	40 minutes
Dr C	Homme	43 ans	Chirurgie viscérale	Hospitalier	11 minutes
Dr D	Homme	54 ans	Soins palliatifs	Hospitalier	61 minutes
Dr E	Femme	35 ans	Soins palliatifs	Hospitalier	43 minutes
Dr F	Femme	32 ans	Médecine générale	Libéral	47 minutes
Dr G	Homme	57 ans	Urgences	Hospitalier	30 minutes
Dr H	Homme	37 ans	Urgences	Hospitalier	47 minutes
Dr I	Femme	38 ans	Médecine générale	Libéral	31 minutes
Dr J	Femme	67 ans	Gériatrie	Hospitalier	37 minutes
Dr K	Femme	38 ans	Neurologie	Hospitalier	45 minutes

Dr L	Femme	46 ans	Oncologie	Hospitalier	47 minutes
Dr M	Homme	58 ans	Oncologie	Hospitalier	77 minutes
Dr N	Homme	58 ans	Médecine générale	Libéral	30 minutes
Dr O	Homme	39 ans	Psychiatrie	Hospitalier	28 minutes
Dr P	Femme	46 ans	Gériatrie	Hospitalier	26 minutes
Dr Q	Femme	40 ans	Médecine générale	Libéral	51 minutes
Dr R	Homme	34 ans	Médecine générale	Libéral	50 minutes
Dr S	Homme	36 ans	Gériatrie	Hospitalier	25 minutes
Dr T	Homme	35 ans	Psychiatrie	Hospitalier	35 minutes
Dr U	Homme	58 ans	Médecine générale	Libéral	39 minutes

C – Description des entretiens

Les entretiens se sont déroulés entre le 19 Avril 2016 et le 1^{er} Octobre 2016, et ont duré entre 11 et 77 minutes. Il y a eu une période commune entre la réalisation des entretiens et le début de l'analyse.

Entretien n°1 – Dr A

La première personne à avoir été interrogée fut un neurologue que j'avais déjà côtoyé par le passé. L'entretien a duré 46 minutes, mon interlocuteur se montrant particulièrement loquace. Plusieurs thèmes ont ainsi pu émerger de cet entretien :

Le Dr A n'avait pas de cas concret de mensonge à proprement parler. Néanmoins, il a reconnu mentir parfois à propos du **pronostic** de certaines pathologies : *« j'élude le pronostic, parce que je pense que c'est quelque chose d'assez gravissime le pronostic, surtout en neurologie »*.

Un autre thème source de mensonge pouvait être en rapport avec la **prescription médicamenteuse** : *« Nous avons peut-être des arguments un peu fallacieux, pour les amener vers ce traitement, ce qui est quand même effectivement une forme d'enfumage, une forme d'influence »*.

Ce neurologue a aussi évoqué **l'aspect culturel du mensonge**. Pour lui, il existe une réelle différence entre les pratiques des médecins français, et celles des médecins anglo-saxons, notamment pour *« convaincre d'une intervention »* ou *« convaincre d'un traitement »* : *« Je crois que nous, les Français, sommes vraiment typiques là-dessus, lorsqu'on a besoin de convaincre pour prendre un traitement ou faire accepter une opération. Nous sommes prêts quand même à utiliser des arguments un peu fallacieux, qui sont pas loin du mensonge »*. Alors que pour le Dr A, les Américains semblent donner des informations plus objectives.

Entretien n°2 – Dr B

Le second entretien a été réalisé avec une médecin travaillant dans un service de médecine polyvalente. Je n'avais jusqu'alors jamais eu de contact avec elle. Tout au long de l'entrevue, qui a duré 40 minutes, elle n'a manifesté aucune réserve vis à vis des thèmes abordés, et s'est montrée très franche, n'hésitant pas à parler de situations qui auraient pu être jugées inconvenantes.

Le Dr B a pu évoquer plusieurs situations où elle a été amenée à mentir à un patient :

Une concernant **une pathologie bénigne** : « *la maladie de Gilbert. La bilirubine élevée, et en fait ce n'est rien du tout. Si je commence à expliquer ça aux gens, ils vont baliser, ils ne comprennent rien. Donc « Tout va bien, c'est normal ».*

Une autre situation correspondant à **la découverte d'un cancer métastatique** : « *on a découvert le cancer du poumon, avec les métastases pleurales, osseuses, médiastinales, et hépatiques. Heureusement elle avait une hypercalcémie... Donc j'ai pu lui dire qu'elle avait un problème de calcémie (...) je ne sais même plus si on lui a dit qu'il y avait des anomalies au scan. Donc ça, c'est un gros mensonge. »*

Concernant les sentiments qui l'animent dans certaines de ces situations, le Dr B a été assez catégorique : « *Alors ça ne me pose AUCUN problème. Mais alors, aucun. De cacher le diagnostic au patient. Alors là, je mens, hein ! "Voilà tout va bien, vous allez pouvoir rentrer chez vous". Sans éprouver aucune culpabilité ».* En fin d'entretien, le Dr B va même confier qu'elle peut ressentir des **sentiments positifs** dans certains cas : « *Mais tu vois, pour moi, c'est comme un plaisir intellectuel. De faire le tri, de choisir ce que je vais dire ou ne pas dire ».*

Entretien n°3 – Dr C

Ce troisième entretien s'est déroulé auprès d'un chirurgien viscéral, à qui il m'était déjà arrivé de demander des avis. Notre entrevue s'est déroulée dans une atmosphère particulièrement froide, mon interlocuteur étant visiblement embarrassé d'aborder des situations de mensonges.

Ce chirurgien a décrit une situation où il avait été amené à mentir, correspondant à **une erreur de diagnostic à propos d'une appendicite** : « *dans un certain nombre de cas, on se retrouve au bloc avec des appendices qui ne sont pas... enfin... ce que l'on pensait, quoi* ». Dans ces cas-là, le Dr C « *fait un mensonge* » arguant que « *C'est indicible quelque part* » et que « *le patient ne pose même pas la question* ».

Toutefois, cette attitude a été **réprouvée** par le praticien : « *c'est pas satisfaisant du tout hein... Je n'aime pas du tout cette situation* ». Le Dr C a admis qu'en **communiquant autrement** avec le patient, il n'aurait peut-être pas été amené à mentir : « *Si on lui avait dit au départ, je pense que peut-être qu'il n'y aurait rien, effectivement on serait moins gêné pour après* ». Ce qui constitue donc une **alternative au mensonge**. Le praticien a semblé prendre conscience de la nécessité d'un **changement dans ces pratiques** : « *Peut-être qu'il faut que l'on change nos pratiques effectivement, qu'on essaye de travailler sur ça, de plus communiquer avant peut être* ».

Au final, l'entrevue n'a duré que 11 minutes. Néanmoins, cette expérience a été enrichissante, et m'a forcé à me remettre en question. Plusieurs résolutions quant à la façon de mener les entretiens ont été prises par la suite.

Entretien n°4 – Dr D

Mon interlocuteur, avec qui j'avais été régulièrement en contact dans le service où j'étais interne, faisait partie d'une équipe de soins palliatifs. Pendant environ une heure, ce médecin a émis plusieurs réflexions à propos de sa façon d'informer les patients.

Ce praticien était parfois amené à mentir sur **sa véritable identité**, par prudence : « *Il y a très régulièrement un mensonge par omission que je fais, quand je rencontre un patient pour la première fois, c'est que je ne lui dis pas que je suis médecin de soins palliatifs* ». Ce mensonge a été justifié par **la méconnaissance des représentations du patient** à propos de cette spécialité.

Le Dr D a rapporté un autre mensonge, portant sur **les effets secondaires** de certains traitements : « *Moi je suis obligé de reconnaître que je ne vais pas forcément nommer les effets indésirables par crainte que le malade ne prenne pas le traitement, ou se mette à développer des effets indésirables...* ». Une omission réalisée dans l'intérêt du patient, pour **favoriser son observance du traitement**.

Une autre situation évoquée a été en rapport avec le mensonge **à la demande de l'entourage du patient**. Le Dr D a estimé que dans certaines circonstances, cette omission pouvait se justifier : « *J'accepte de le faire, donc de transgresser ma déontologie, mais parce que après discernement en équipe, et avec cette famille, on a vu que c'était le plus approprié de faire comme ça avec cette patiente* ».

Entretien n°5 – Dr E

Le Dr E faisait partie de la même équipe de soins palliatifs que le Dr D. J'étais donc régulièrement en contact avec elle. Cette entrevue a duré 43 minutes, et plusieurs points essentiels ont pu être retenus :

Mon interlocutrice a également évoqué le mensonge à propos de **sa véritable identité**, lorsqu'elle rencontrait certains patients pour la première fois. Cette situation d'omission revêtait un **caractère négatif** pour elle : « *C'était limite plus inconfortable d'être dans une*

sorte de mensonge sur mon identité, parce qu'après, cela nous mettait en difficulté pour expliquer tout ce qu'on pouvait offrir au patient ». Sur le moment, le mensonge semblait être utilisé pour ne pas brusquer le patient, mais à long terme, il pouvait s'avérer **pénalisant pour la relation médecin-patient**.

Concernant les situations relatives à la fin de vie, le Dr E a admis omettre certaines informations, notamment celles concernant **les symptômes terminaux** : « *Je n'ai pas parlé du gasp, je ne vois pas l'intérêt de lui dire : « Vous allez être comateuse, et puis après vous allez gasper, et après vous allez mourir ». Donc c'est sur de l'omission, parce que je ne juge pas l'information utile pour la patiente* ». Ce type d'information pourrait potentiellement plonger le patient dans un état d'anxiété, selon ce médecin. Ainsi, dans certaines circonstances, la rétention d'information pourrait s'intégrer dans un concept « **d'omission thérapeutique** » : « *Toute information n'est pas forcément bonne à dire. (...) Donc c'est de l'omission thérapeutique* ».

Autre point important : arrivant en seconde ligne, le Dr E a été amenée à mentir à **la demande des médecins du service** dans lequel elle intervenait : « *souvent c'est nos collègues qui vont nous demander d'omettre ! (...) on va nous préconiser de ne pas... de suivre en fait le... d'aller dans la même direction que nos collègues, mentir ou omettre* ».

Entretien n°6 – Dr F

Cette jeune médecin généraliste m'a reçu pour un entretien de 47 minutes. C'était la première fois que nous nous rencontrions, et le Dr F est revenue en toute franchise sur plusieurs de ses expériences en rapport avec le mensonge médical :

Une première situation tout à fait banale, relative à **une atteinte des paupières**, où elle a annoncé à un patient un diagnostic de chalazion, pour ensuite se rendre compte qu'il s'agissait d'un orgelet, sans toutefois lui en faire part : « *Je dis au patient : « Oui, oui, c'est un chalazion ». En me disant « Mais ce n'est pas du tout un chalazion ». Et puis je finis la consultation* ». Pourquoi ne pas avoir annoncé cette erreur d'appréciation ? A cause de « **la peur de perdre une crédibilité** ». Il s'agissait de mentir pour que le patient ne remarque pas son indécision.

Autre mensonge, cette fois-ci en rapport avec **une suspicion de pathologie maligne** chez un enfant : « *je pensais peut-être qu'il avait un cancer hématologique, qu'il y avait un cancer solide derrière ça (...). Mais, à ce moment-là, évidemment que je n'en ai pas fait part à la mère...* ». Le Dr F a estimé que l'omission était ce qu'il y avait de plus **adapté** dans ce contexte, car elle a pensé que la mère du jeune patient ne pouvait entendre son hypothèse.

Pour mon interlocutrice, ces expériences de falsification ou d'omission devaient être l'occasion d'effectuer **un travail de réflexion** : « *Il faut travailler sur tout ça. Mais par contre, ce n'est pas grave quand on le fait, tant qu'on reste dans une attitude d'analyse aussi... D'essayer de changer...* ». Ce travail pouvait être l'occasion **d'améliorer ses pratiques** : « *j'ai envie que ça me serve pour plus tard* ».

Entretien n°7 – Dr G

Le Dr G était un urgentiste que je connaissais bien, puisque j'avais été interne dans le service où il travaillait. Au cours de cet entretien d'une demi-heure, il a affirmé d'emblée qu'il ne mentait pas à ses patients. Il a plutôt évoqué sa façon de concevoir la transmission de l'information médicale, les techniques de communication qu'il employait, afin d'éviter d'être amené à mentir.

Mon interlocuteur m'a fait part d'attitudes mensongères qu'il avait vécu lorsqu'il était en début de carrière : « *Il y avait des situations où on ne donnait pas le diagnostic de cancer à un patient. Parce que le praticien qui était responsable du patient, à ce moment-là, jugeait que le patient était inapte à recevoir l'information* ». Pour lui, ce comportement avait pour effet **d'infantiliser le patient** : « *on voyait bien quand même que ces patients n'étaient pas dupes, ils comprenaient bien ce qui était en train de se passer. Ils n'allaient pas bien, ils maigrissaient, et on continuait à leur dire que tout allait bien, et que ça allait de mieux en mieux* ». Le Dr G portait un regard critique sur cette manière de communiquer, exprimant son **rejet** de cette façon d'agir : « *Moi ça ne m'a jamais convenu ce genre de situations* ».

Lorsque nous avons abordé le thème de **l'erreur médicale**, cet urgentiste a reconnu que « *Si il n'y a pas de préjudice, je ne le dis pas, je n'en parle pas* ».

Entretien n°8 – Dr H

Cet urgentiste a pu être rencontré pour la première fois à son domicile, grâce à l'intervention d'un ami commun. Nous avons pu discuter sur un ton libéré, ce médecin m'ayant déclaré d'office dans le mail d'approche qu'il considérait « *que l'on fait ça tous les jours...* ».

Un des premiers cas de mensonge rapporté par le Dr H était en rapport avec **les modalités de réalisation de certains gestes techniques** : « *on est amené à cacher des choses au patient, dans ce qu'on fait, et dans la façon dont on le fait. Concernant la durée du geste technique éventuellement, concernant éventuellement les préjudices qui peuvent apparaître à la suite du geste, ou au décours du geste.* ». Il a pris notamment l'exemple **des points de suture** : « *on dit : "Non non, ça va pas faire mal". Bon, finalement, on sait que même l'anesthésie locale au départ peut être douloureuse* ».

Autre situation rencontrée dans le cadre de son activité d'urgentiste, **la découverte d'une atteinte néoplasique** : « *on tombe sur quelque chose qui ressemble à une tumeur, on sait que c'est une tumeur, on a la certitude que c'est une tumeur. (...) Eh bien on ne va pas le dire au patient* ». Malgré le fait que le Dr H prenne en charge des patients sur une période assez courte, il considérait tout de même avoir eu une attitude d'omission. C'est également le cas pour les questions de **pronostic** liés à ce type d'affection : « *On connaît les médianes de survie de ce genre de truc, eh bien c'est pareil, on va mentir aussi en sachant très bien que le type en a pas pour très longtemps, quoi* ».

A la question de savoir s'il lui était déjà arrivé de mentir pour **favoriser l'observance d'un traitement**, le Dr H a répondu par l'affirmative : « *Clairement. J'insiste sur le fait que c'est un médicament extraordinaire, qu'il faut absolument le prendre* ». Mon interlocuteur a également été amené à inventer **des conditions de prise de laxatifs** pour les patients atteints de colopathie fonctionnelle, afin de **favoriser leur adhérence au traitement** : « *il y a aussi une grande partie de désorganisation alimentaire dans ce genre de pathologie, eh bien avoir un cadre, même si il est inventé, et qu'on sait que c'est un cadre qui n'est pas quelque chose de grave pour le patient, ben tu vois... Il va s'accrocher à ce genre de trucs* ».

« *Je pars du principe qu'on ne pas tout dire* » a été l'une de ses conclusions de l'entretien.

Entretien n°9 – Dr I

Le neuvième entretien a été réalisé auprès d'une jeune généraliste, installée depuis quelques années en milieu semi-rural. Cette demi-heure a été l'occasion d'aborder plusieurs cas de mensonges associés à sa pratique :

La prescription de médicaments homéopathiques a été considérée comme un acte mensonger par le Dr I. Elle ne croyait pas à l'efficacité de ces traitements, mais les présentait tout de même comme un élément pouvant avoir des effets intéressants : *« Quand je le prescris, je ne le dis pas au patient que pour moi c'est un placebo. Je leur dis : "Ah ça va vous aider, vous allez voir » (...) C'est falsifié, parce que moi je le prescris comme un traitement... Enfin je le présente comme un traitement qui va être efficace, alors que je n'y crois pas ».*

La suspicion d'une souffrance psychologique a pu également occasionner une omission de la part du praticien : chez une patiente dont les symptômes étaient plutôt en faveur d'une asthénie psychogène, le Dr I a préféré ne pas lui faire part de sa véritable opinion : *« je lui ai un petit peu menti, parce que pour moi, je pense qu'elle n'a rien, et en fait c'est dans sa tête ! Mais je ne lui ai pas dit ».* La raison invoquée pour expliquer cette attitude était la crainte d'une **altération de la relation médecin-patient**, mon interlocutrice estimant que la patiente n'était pas prête à entendre le caractère psychologique de ces troubles : *« On se dit qu'au niveau de l'alliance thérapeutique, ça ne va pas aller, si on dit au patient réellement ce qu'on pense. Ça peut être préjudiciable pour les relations futures ».*

Selon le Dr I, la pratique de l'omission pouvait être influencée par le fait de bien connaître une de ses patientes. Un certain temps lui a été nécessaire pour annoncer un cancer gynécologique à une patiente avec qui elle entretenait des liens forts. L'idée de **la blesser**, et également de **se sentir mal à l'aise**, a poussé mon interlocutrice à différer l'annonce diagnostique : *« Un peu de la tristesse, pas envie d'aborder ce sujet-là. Parce que voilà, un jour on n'est pas très en forme, on se dit... (rires) " Si je lui en parle, je vais éclater en sanglots " ! ».*

Entretien n°10 – Dr J

Cette entrevue a eu lieu avec une médecin gériatre, qui était à la retraite depuis peu. Notre discussion a duré 37 minutes, et nous avons pu nous concentrer sur plusieurs situations spécifiques à la gériatrie, sources de mensonge :

Le Dr J a notamment abordé un cas s'étant produit plusieurs fois lors de sa carrière : **le décès d'un enfant d'une patiente**. Le reste de la famille, ainsi que l'équipe médicale, souhaitaient alors maintenir la patiente dans l'ignorance de cet événement : « *Moi je trouvais ça insensé. Mais je pense que c'était vraiment tellement le début pour moi, donc je n'ai pas osé demander à mon patron pourquoi on faisait ça* ». Il s'agissait d'une expérience relativement **inconfortable** pour mon interlocutrice : « *ça m'a énormément gênée, quoi. Cette femme n'était pas bien du tout, et je pense qu'elle aurait été trois fois mieux si on lui avait dit* ».

Un autre exemple de mensonge qui est ressorti de cet entretien était en rapport avec **l'annonce d'une maladie d'Alzheimer** : « *On ne dit pas aux gens : (...) "Vous avez une maladie d'Alzheimer, au revoir Madame". C'est un peu de l'omission, c'est à dire qu'on leur dit : "Oui votre mémoire est malade, mais voilà..."* ». Pour le Dr J, plusieurs motifs justifient ce type de mensonge : « *Quand on analyse a posteriori, je pense que c'est à la fois pour ménager le patient, mais aussi pour se ménager soi... Moi j'avoue que pour moi, c'était VRAIMENT... euh... faire ses consultations, vous voyez le malade qui ne peut pas faire son MMS, etc. Je trouvais ça vraiment difficile à supporter* ».

Les situations d'incertitude ont également amené le Dr J à mentir : « *Je me disais : (...) je ne sais pas, je ne peux pas leur dire que je ne sais pas, donc je vais leur dire des trucs pour les rassurer quand même". Voilà, mais c'est du mensonge, effectivement* ». Néanmoins, ceci a été mal vécu, et l'a poussé à modifier son discours par la suite de sa carrière : « *c'est quelque chose que j'ai appris à dire. A dire aux gens : "On est dans l'incertitude"* ».

Entretien n°11 – Dr K

Le Dr K était une neurologue que je connaissais avant de débiter ce travail. Notre bonne entente a probablement permis à mon interlocutrice de s'exprimer en toute franchise et de me parler de mensonges qui auraient pu être jugés sévèrement par certains.

Lorsqu'elle était chef de clinique, cette neurologue avait été obligée de mentir à une patiente, **à la demande de sa supérieur hiérarchique** : « *c'était un bilan de SLA (...) et le chef qui l'a prise en charge (...) a respecté le souhait de la famille qu'on ne dise pas à la dame ce qu'elle avait* ». Mon interlocutrice a **très mal vécu** cette situation : « *je n'ai pas du tout dit ce que j'aurais dû dire, et ça m'a mis hyper mal à l'aise* ». Son opinion était que dans ces situations, où le pronostic vital pouvait être engagé à très court terme, l'honnêteté envers le patient n'était pas quelque chose de négociable : « *la moindre des choses c'est d'expliquer aux gens qu'ils ont quelque chose de très grave* ».

La sclérose latérale amyotrophique ayant un pronostic effroyable, le Dr K devait parfois répondre aux questions des patients à propos **des symptômes terminaux** de cette affection. Là aussi, cette demande a pu occasionner un mensonge de sa part : « *Ils me disent : "Est ce que je vais m'étouffer, est-ce que je vais mourir asphyxié ?". Je leur dis que c'est très rare. A mon avis, de mon expérience, c'est 50-50 quoi. Et tu te vois leur dire : "Il y a 1 chance sur 2 de mourir asphyxié" ? (...) Donc je leur dis que ça va bien se passer, ce qui est faux* ».

Plusieurs réflexions de la part du Dr K à propos du mensonge ont pu voir le jour, notamment sur les différences de perception que peuvent avoir deux médecins sur une même situation : « *j'en parlais à mon mec, il me disait qu'il ne mentait jamais aux patients. En fait, il ment comme moi, tu vois ? Pour moi ça c'est mentir, pour lui ça ne l'est pas, c'est marrant* ». Il peut donc exister une **variabilité individuelle** dans l'identification d'un mensonge.

Entretien n°12 – Dr L

Cette oncologue a pu me recevoir pendant 47 minutes. La personne qui nous avait mis en relation m'avait confié que le Dr L était sensible aux questions en rapport avec le mensonge médical, ce qui lui a probablement permis ce jour-là de se confier sans réserve.

Son **vécu du mensonge** était pour le moins **négatif**, et ce depuis le début de sa carrière. En effet, une remarque qu'un réanimateur lui avait faite lorsqu'elle était interne l'avait marquée : « *"Vous, les oncologues, vous êtes gentils, mais vous êtes des menteurs". Et c'est quelque chose qui m'a suivi toute ma... enfin, ça ne me poursuit plus, mais je l'ai toujours en tête, parce que je trouve que c'est particulièrement injuste* ». Ce que ce médecin sous-entendait était que le mensonge consistait alors à ne présenter que le côté positif de la maladie néoplasique, et à **occulter certains éléments défavorables du pronostic**. Le Dr L n'a pas trouvé cela « *extrêmement juste comme façon de voir les choses* ».

Malgré le fait qu'elle considérait le mensonge comme un élément qui était proche de « *la trahison* », mon interlocutrice m'a fait part d'une situation d'omission qu'elle a jugée légitime. Pour un patient grabataire, à qui il venait d'être diagnostiqué un cancer multi-métastatique, le Dr L a **accepté la demande de sa famille** de ne rien lui dire. « *Je me suis dit : "Quel sens ça a de lui dire que je ne vais pas lui faire de chimiothérapie ? Qu'il va mourir de son cancer..." (...)* je pense que c'était le plus adapté dans cette situation-là ». Pour elle, cette attitude était clairement justifiée : « *là je ne regrette pas du tout, parce que j'ai pas l'impression d'avoir nui du tout au patient, je pense que c'était vraiment dans son intérêt* ».

Il est également arrivé au Dr L d'omettre certaines informations à un patient, **à la demande d'un de ses confrères** : « *le médecin des soins palliatifs m'a supplié de ne pas lui donner les résultats du scanner. Parce que ça allait compromettre le retour à domicile de la patiente* ». La cancérologue avait alors affirmé à la patiente que son scanner était stable, alors qu'il montrait des signes de progression. « *J'ai vraiment menti, et en même temps je n'étais pas d'accord avec cette façon de faire* ». Cette situation lui a inspiré des **regrets**, et lui a été utile pour la suite de sa carrière.

Entretien n°13 – Dr M

Le Dr M était cancérologue, spécialisé en oncologie gynécologique. Il s'agissait de notre première rencontre, et ce médecin s'est montré intarissable au sujet du mensonge médical : notre entrevue a duré en effet plus d'une heure. Cet entretien a contrasté avec ceux précédemment réalisés, puisque le Dr M a pris la parole d'emblée, et je n'ai pas eu l'occasion de lui poser les questions habituelles. Néanmoins, plusieurs de ses réflexions méritent d'être rapportées :

Cet oncologue a estimé qu'il existait un mensonge assez spécifique à sa spécialité, en rapport avec **le pronostic** des atteintes néoplasiques : « *Il me semble que le pronostic, nous l'enjolivons... C'est là qu'on ment. Nous l'enjolivons souvent* ». Le Dr M a assimilé le mensonge sur le pronostic à une façon de mettre en avant les exemples de guérisons, et à **occulter les échecs thérapeutiques**, ce qui revient à laisser entendre au patient que son pronostic est meilleur qu'il n'y paraît : « *je mens, parce que je ne dis pas qu'il y a un certain nombre de malheureux qui ont des cancers du sein, avec des récepteurs hormonaux, mais qui sont des formes qu'on appelle luminales B, qui sont très peu hormonosensibles, et qui 4 ans après sont mortes, hein. Et sont mortes en ayant rapetissé de 20cm, en ayant souffert, etc* ».

Un autre type de mensonge a été décrit au cours de cet entretien, en rapport avec **les effets secondaires des chimiothérapies**. Par exemple, le Dr M pouvait être amené à taire le caractère plus ou moins alopéçiant de certaines molécules, afin que ses patientes fassent le choix de leur chimiothérapie sur d'autres critères : « *je ne le dis pas avant que les malades aient choisi. Forme de mensonge, parce que les malades pourraient en faire un argument. (...) je ne voudrais pas que le malade se précipite sur cette espérance pour en faire un critère de choix* ».

Un des facteurs limitant le mensonge médical selon le Dr M était **la nécessaire connaissance des effets secondaires** des chimiothérapies par le patient. En étant correctement informé, le patient connaît la conduite à tenir en cas d'effets indésirables : « *c'est aussi une question de sécurité de dire : "attention, ce traitement peut entraîner derrière une aplasie fébrile", enfin etc, c'est absolument fondamental pour que les malades sachent*

que si il y a de la fièvre, c'est que les globules blancs sont très bas, donc il faut faire ceci, faire cela, prévenir, etc ».

Un autre intérêt de ne pas omettre les effets secondaires des molécules anti-cancéreuses était de pouvoir **favoriser l'adhérence du patient à ce type de traitement** : *« Nous disons les effets secondaires. Alors, nous les disons, parce que les dire, c'est aussi parfois permettre une implication de la malade dans les traitements ».*

Entretien n°14 – Dr N

J'ai eu l'occasion de rencontrer le Dr N par l'intermédiaire du Dr I, ces deux médecins généralistes exerçant dans le même cabinet. Au cours de cette entrevue d'une demi-heure, ce praticien m'a déclaré d'office qu'il n'avait pas de cas de mensonge à propos duquel discuter, du moins il ne s'en souvenait pas. Néanmoins, il a pu évoquer quelques points dignes d'intérêt en rapport avec cette thématique :

En début de carrière, mais également lorsqu'il était interne, le Dr N a reconnu que le mensonge médical était **une pratique extrêmement fréquente**. Le mot cancer par exemple, n'était pas prononcé. *« Dans les diagnostics graves, à mon avis, assez souvent ce n'était pas dit. Clairement. Enfin on disait que c'était grave, mais on ne disait pas grave comment, ni grave pourquoi. Clairement. L'information était très succincte, quand elle existait ».*

Mon interlocuteur ne s'est pas senti en mesure de juger ces pratiques-là : *« on n'a pas les mêmes regards, on n'a pas la même culture, les choses ont évolué, il y a plein de choses qui ont évolué dans la connaissance ».* Il a estimé que le mensonge était favorisé à l'époque par **le rôle passif attribué aux patients** : *« on prenait les gens pour des enfants qui étaient incapables de... qui étaient un peu décérébrés, qui n'étaient pas capables de raisonner ».* L'information n'était pas donnée de manière naturelle, et peut-être que les patients étaient alors dans l'acceptation de cette façon d'agir : *« les gens aussi ne posaient pas les questions. Soit n'osaient pas, soit ne voulaient pas, soit pensaient que ça ne se faisait pas, parce que l'autorité du médecin était telle qu'ils avaient la bénédiction de... ».*

Pour le Dr N, **le développement d'Internet** a été l'occasion de partager les connaissances médicales, et par la même, de favoriser l'accès du patient aux informations qui le concerne : « *Alors, très probablement Internet qui a fait que les gens ont peut-être commencé à poser plus de questions* ». Il s'agissait donc pour lui d'un facteur pouvant expliquer le déclin du mensonge médical.

Entretien n°15 – Dr O

Le Dr O était psychiatre hospitalier, et cet entretien de 28 minutes a été l'occasion de le rencontrer pour la première fois.

Dans le cadre de son activité, il lui arrivait d'être amené à mentir à ses patients, essentiellement dans les situations **d'hospitalisations sous contrainte** : « *je ne dis pas au patient ce qu'il va advenir de lui dans la journée* ». Pour justifier cette omission, mon interlocuteur a invoqué **l'état psychologique du patient**, arguant que dans ces conditions, ce dernier n'avait pas forcément les ressources pour comprendre la nécessité d'une hospitalisation en secteur psychiatrique : « *ils ne veulent pas forcément tout entendre, et puis on ne peut pas forcément tout leur dire* ». L'information n'était pas donnée, afin que la situation ne dérape pas : « *Pourquoi ne pas leur dire, parce que ça risque de faire monter la pression, et rendre la gestion du temps avant la mutation très compliquée* ».

Dans ces cas-là, la décision de ne pas révéler l'information au patient était prise avec d'autres médecins en charge du patient : « *le mensonge par omission, il est toujours finalement avec l'accord du médecin responsable de l'unité, ou du médecin responsable du patient* ». L'omission était donc le fruit d'un **travail de concertation**.

Sur le plan du vécu, le Dr O a confié qu'il était plutôt **mécontent** de cette façon d'agir : « *je n'aime pas bien, parce que j'estime qu'on doit la vérité au patient* ». Toutefois, selon ce psychiatre, mentir pouvait être **adapté** dans certaines circonstances : « *je pense que si on ment, même si on se trompe, dans l'intérêt du patient, ça peut s'entendre, et ça peut s'accepter* ».

Entretien n°16 – Dr P

Cet entretien de 26 minutes s'est déroulé avec une gériatre, qui avait été urgentiste quelques années auparavant. Je l'avais déjà rencontrée à quelques reprises, au cours de gardes dans l'hôpital où elle exerçait.

Le Dr P m'a annoncé d'office qu'elle n'avait pas de situation de mensonge à me raconter, mais en réfléchissant, elle a tout de même reconnu avoir menti à la famille d'un patient qu'elle avait pris en charge, dont **le décès était d'origine inconnue** : « *Ils m'avaient dit "Vous ne signez pas d'obstacle médico-légal", et j'avais tellement toute la famille sur le dos que j'avais dit "Écoutez..."*. Je ne sais même plus ce que j'avais dit, je leur ai dit « D'accord » je pense, ce jour-là, et j'ai quand même coché la case obstacle médico-légal ». Elle a justifié ce mensonge par le fait que la famille du patient s'était montrée agressive.

Selon cette gériatre, le mensonge, notamment celui portant sur les erreurs médicales, était limité par **l'informatisation des dossiers médicaux** : « *Moi je pense plus à l'erreur médicale. Au mensonge sur l'erreur médicale. C'était peut-être plus facile de déchirer un papier, maintenant c'est informatisé, donc une fois que c'est écrit, c'est écrit* ». Pour le Dr P, l'évolution des pratiques incitait les médecins à plus de transparence avec leurs patients : « *Avant, tu posais un drain, ils ne te posaient pas de question. Maintenant, tu poses un drain, tu dis « Je peux vous faire ci, ça peut donner ça* ». Tu es plus dans l'explication des choses ».

Entretien n°17 – Dr Q

J'avais déjà rencontré cette médecin généraliste à plusieurs reprises au cours de formations. Le Dr Q exerçait en milieu semi-rural depuis une dizaine d'années, et avait également une activité au sein d'un centre d'orthogénie, où elle réalisait des interruptions volontaires de grossesse.

C'est d'ailleurs à cette occasion qu'elle avait déjà été amenée à mentir : Ayant pris un traitement abortif, une patiente avait choisi par la suite de poursuivre malgré tout sa grossesse. Mon interlocutrice avait préféré lui taire le pourcentage de risque de malformation

foetale, alors que la patiente le lui demandait : « *Elle me dit : "Mais c'est quoi le risque ? » Et quelque part, alors que j'avais cette information du Vidal, je ne lui ai pas donné les statistiques, parce que quelque part, pour moi, c'est pas ça qui doit influencer sur sa décision* ». Il s'agissait donc d'une omission portant sur **les effets secondaires d'un médicament**, information que le Dr Q jugeait **inutile** pour la patiente. De plus, cette médecin généraliste a reconnu avoir agi ainsi car la patiente l'avait sérieusement énervée tout au long de la prise en charge : « *je pense qu'il y a eu une partie qui est quelque part, tu me fais chier, je me venge, je te donnerai pas l'information* ». L'omission était donc justifiée par **le conflit qui existait entre les deux protagonistes**, et a servi au Dr Q à **asseoir son rôle de médecin** : « *ça été une façon d'exercer mon contrôle de médecin* ».

Au cours de l'entretien, il a également été évoqué **l'aspect culturel du mensonge médical**. A une patiente pour qui le Dr Q avait émis l'hypothèse (peu probable) d'une tumeur osseuse, elle avait préféré ne rien lui dire, agissant ainsi à l'opposé du modèle anglo-saxon : « *si j'avais vraiment du me la jouer à l'américaine, et dire tout, absolument tout, j'aurais pu lui dire : "Eh bien oui, il y a peut-être 0.5% de chance qu'on trouve une tumeur osseuse"*. Mon interlocutrice a préféré agir de la sorte, pour ne pas placer la patiente dans un état de stress.

Selon le Dr Q, ses omissions pouvaient parfois être justifiées par **une barrière de langue**, ou même par **un manque de temps** : « *moi je dirais des fois le mensonge un peu de lassitude, où comme on a pas les moyens de langage pour vraiment leur expliquer les choses complètement, eh bien voilà, on va faire des omissions, on ne dira pas, parce qu'à un moment donné, ça fait 3 heures qu'on rame en essayant d'expliquer un truc, ça ne passe pas, et à un moment donné...* »

Quoi qu'il en soit, le mensonge pouvait revêtir pour cette généraliste un caractère négatif, dans le sens où il **compromettait l'autonomie du patient** et l'empêchait de **prendre des décisions éclairées** : « *Ce qui m'embête un petit peu dans le fait de mentir malgré tout, c'est que même si on le fait pour des raisons qui nous semblent bonnes, dans l'intérêt du patient, ça veut dire forcément qu'on se substitue au patient pour savoir quel est son intérêt à lui. C'est qu'on a décidé sans lui que c'était mieux pour lui qu'il ne sache pas, ou qu'il n'en sache pas autant... Qui sommes-nous pour décider que c'est ce qu'il y a de mieux pour lui ?* »

Entretien n°18 – Dr R

Le Dr R était un jeune médecin généraliste qui effectuait des remplacements au moment de l'entretien. Nous avons effectué une partie de nos études ensemble. Cette proximité a permis à mon interlocuteur de se livrer sans retenue pendant 50 minutes, et d'évoquer des mensonges qu'il a qualifiés de « *pas très glorieux* » :

Ce praticien a rapporté une falsification en rapport avec la **maladie de Lyme** : A des patients qui demandaient des examens que mon interlocuteur jugeait excessifs, et qui donnaient l'impression de **douter de ces compétences médicales**, le Dr R leur a déclaré qu'il avait discuté du sujet avec un professeur d'infectiologie : « *ce professeur certifiait que le bilan de Lyme qu'on prescrivait était tout à fait fiable, et qu'il n'y avait aucune raison de s'inquiéter* ». Pourquoi une telle histoire ? « *Ne me sentant pas assez légitime, ou ayant l'impression que mes paroles de simple médecin généraliste ne seraient pas suffisantes, j'ai menti* ». Dans ce cas précis, le sentiment qui l'emportait était « *une petite honte d'avoir fait une chose inutile, bête, qui ne m'a rien apporté* ».

Les valeurs de **tension artérielle** ont été sources de mensonge pour le Dr R : au sujet d'une patiente qui avait des chiffres de tension légèrement au-dessus de la normale, ce praticien a avoué que c'était « *quand même beaucoup plus simple de dire qu'elle a une tension à 13, alors qu'on l'a trouvé à 15* ». Deux raisons ont été avancées pour expliquer ce mensonge : D'une part, la volonté de **ne pas inquiéter la patiente, de la ménager** : « *La patiente va partir rassurée, elle pourra dire à son mari qu'elle a une bonne tension...* ». D'autre part, mentir pour ne pas avoir à fournir **des explications** que le Dr R jugeait **inutiles**, et qui pouvaient lui faire **perdre du temps** : « *s'engager dans cette discussion-là, c'est perdre son temps* ». Comme l'a expliqué ce médecin, **la contrainte temporelle** liée à l'enchaînement des consultations favorisait le mensonge : « *du fait notamment de certains impératifs de temps, on sait qu'on ne dit pas tout, qu'on simplifie, qu'on va à l'essentiel* ».

Autre situation intéressante, un mensonge à propos d'une **suspicion d'hémopathie**. Le Dr R a effectivement ressenti comme une omission le fait de ne pas parler de sa suspicion de lymphome devant l'apparition d'une masse axillaire chez un de ses patients. Le mensonge avait là encore un double intérêt : **ménager le médecin** (« *c'est s'épargner une annonce un peu pénible* »), mais aussi **le patient** (« *C'est toujours ça de pris, si les patients peuvent vivre* »).

*une semaine de plus sans connaissance du diagnostic »). Pour ce praticien, cette omission était **légitime**. Une attitude contraire lui aurait semblé inappropriée : « *je me dis que c'est ce qu'il faut faire. Ça me semblerait... la vérité balancée comme ça au patient, c'est très brutal et violent. Donc en l'occurrence je n'ai aucun scrupule à mentir* ».*

Le Dr R a conclu l'entretien en affirmant que l'apport de l'information devait être fait **dans l'intérêt du patient**, et non pour lui causer une souffrance : « *Quand on a l'impression que l'information, la vérité, vient plutôt nuire au patient que le servir, là c'est une situation où c'est légitime de mentir* ».

Entretien n°19 – Dr S

J'avais été interne dans le service de gériatrie où officiait le Dr S, qui a témoigné d'un intérêt sincère pour le sujet. N'ayant pas l'impression d'avoir eu recours fréquemment au mensonge depuis le début de sa carrière, ce médecin a plutôt évoqué ce qui constituait pour lui une manière inadaptée de communiquer avec le patient.

Le Dr S a notamment abordé les effets parfois délétères d'une information apportée de manière brutale, témoignant d'une exigence de vérité qu'il jugeait excessive. Il a pris pour exemple le cas d'un patient atteint d'une néoplasie colique, à qui il avait été annoncé dans les moindres détails les caractéristiques de son cancer : « *là, on n'est vraiment pas dans le mensonge, on est vraiment dans l'hyper-transparence, qui est pour moi semblable à de la pornographie* ». Les termes employés étaient forts, mais pour ce gériatre, **la vérité pouvait avoir des effets négatifs**, voire pervers : « *ça eu pour effet de développer chez cet homme un trouble anxieux absolument massif. Voilà, il ne vit plus, il ne dort plus, il reste couché* ».

Mon interlocuteur a décrit un comportement plus acceptable selon lui, qui consistait à **adapter l'information** à la disposition psychique du patient : « *je n'appelle pas ça du mensonge, mais adapter l'information médicale délivrée à l'interlocuteur. A ce que le patient peut recevoir. Et je pense là à la temporalité psychique des patients, qui est souvent pas la même que celle du médecin. Et que on doit (en tant que médecin c'est un devoir) respecter cette temporalité psychique* ». Ainsi, le Dr S a pu être amené à mentir, car il a estimé que **tout ne pouvait pas être dit au patient** : « *je serai un ordinateur si je lui délivrais tout ça*.

D'ailleurs c'est tout à fait le principe du soignant, c'est de filtrer ce qu'il transmet comme information au patient ».

Certaines informations peuvent ne pas avoir de signification pour le patient, et c'est pour cette raison que le Dr S a déjà eu recours à l'omission dans le cadre des consultations mémoire : *« peut-être que de lui dire qu'elle a une Maladie d'Alzheimer, ça n'aura jamais de sens. Donc si ça ne fait pas sens, eh bien je ne le dis pas. Donc en cela, oui, je suis exposé à des situations de mensonge »*. Là encore, il s'agissait d'un mensonge mesuré, fait pour servir le patient.

Entretien n°20 – Dr T

Le Dr T a été rencontré pour la première fois dans le service d'urgence où il intervenait régulièrement. De manière générale, ce psychiatre considérait que **certaines choses ne pouvaient être dites** : *« Tout n'est pas bon à dire, et c'est très important de pouvoir garder certaines choses pour soi. Donc le mensonge, dans le lien social, il est hyper important »*. En revanche, cet interlocuteur a été **critique** envers l'utilisation du mensonge par falsification en médecine, prenant l'exemple des médicaments placebo : *« Je ne suis pas pour tout dire, je pense que le mensonge c'est essentiel dans toute communication. Ce qui me dérange plus c'est le fait de tromper intentionnellement l'autre, en tant que médecin »*.

Le Dr T avait déjà été amené à mentir à des patients ayant effectué une **tentative de suicide**, en concertation avec ces collègues urgentistes. Afin de les garder hospitalisés pour surveillance, le psychiatre affirmait alors que c'était pour faire le point sur le plan somatique : *« dire à des gens qu'on les garde pour motif somatique, alors qu'on les garde plutôt pour motif psychiatrique (...) on leur dit que c'est important de les surveiller, même si en fait, on n'est pas inquiets au niveau somatique »*. Dans cette situation, ce praticien craignait que le patient **ne soit pas prêt à entendre** que son geste nécessitait une surveillance psychiatrique, d'où le mensonge : *« on sent qu'ils ne seraient pas prêts à accepter de rester si c'est pour prendre le temps de mettre du sens et d'élaborer, notamment en ce qui concerne la tentative de suicide »*.

Un autre mensonge a été évoqué, là aussi pour pouvoir **garder une patiente en hospitalisation pour évaluation psychiatrique**, alors qu'elle amenait son enfant pour une brûlure des mains. Ce mensonge par falsification a été établi avec ses confrères du service des personnes brûlées : « *on a fait une hospitalisation soi-disant pour l'enfant, et les brûlés ont joué le jeu de faire des soins... Ils faisaient des pansements tous les jours, et tout, alors que ça cicatrisait super bien (...). Pour qu'on puisse voir la mère* ». En effet, le Dr T était inquiet à propos de l'état psychologique de la patiente, et cette hospitalisation a eu **plusieurs bénéfiques** : « *c'était aussi une manière de protéger l'enfant. Et ça nous a permis de mieux évaluer, et de mettre en place un soin pour la mère* ». Ce psychiatre **n'a pas regretté** cette attitude : « *alors là, on a eu aucun scrupule, parce que c'était vraiment dans l'intérêt de l'enfant et de la mère* ».

Entretien n°21 – Dr U

Cet ultime entretien a été réalisé auprès d'un médecin généraliste que je connaissais depuis de nombreuses années. Nous avons pu revenir sur plusieurs événements de sa carrière en rapport avec le mensonge, notamment lorsqu'il était étudiant ou jeune médecin.

Le Dr U s'est souvenu de situations précises qu'il avait vécues il y a une trentaine d'années. Selon lui, le mensonge était alors monnaie courante, entre autre à cause d'un **manque de formation** des médecins : « *les gens n'étaient pas formés, ne se posaient pas la question de savoir s'il fallait informer ou pas le patient* ». Une attitude favorisée par le **paternalisme** qui régnait alors : « *à l'époque il y avait une relative toute puissance des médecins par rapport aux patients* ». Bien qu'il ait salué l'évolution des mentalités, ce praticien a estimé que malgré leurs mensonges, les médecins de l'époque « *soignaient du mieux qu'ils pouvaient, utilisaient les thérapeutiques adaptées de l'époque* ».

Ce généraliste avait déjà été amené à mentir à propos de certains **arrêts de travail** : « *il m'est arrivé dans des arrêts de travail qui ne paraissaient pas justifiés, de dire au patient que dans ces situations-là, je n'avais pas forcément le droit de faire un arrêt de travail (...) je dis au patient qu'il peut être rapidement contrôlé par le médecin conseil, et que nous sommes extrêmement surveillés, ce qui n'est pas tout à fait vrai, je le reconnais* ». Selon mon

interlocuteur, l'objectif était alors de **limiter certains abus** : « *J'ai l'impression d'agir pour le bien de la société ! (...) C'est aussi pour protéger notre système de santé* »

Autre exemple intéressant, celui d'un patient à qui le Dr U n'avait pas annoncé un diagnostic de carcinome bronchique, à la fois par **manque de temps**, mais aussi parce qu'il s'était créée **une certaine proximité entre ce médecin et son patient**, au fil des années : « *Peut-être que je me cache derrière le mot temps pour dire que je n'avais pas le courage de lui annoncer cette mauvaise nouvelle, d'autant que je le connais très bien* ».

Même s'il a reconnu que l'information du patient était un élément essentiel de la prise en charge thérapeutique, le Dr U a admis que **toute vérité n'était pas forcément bonne à dire** : « *je serais atteint d'une SLA, je le vivrais probablement beaucoup plus mal que le patient lambda qui n'est pas au courant de toute l'évolution. (...) quelques fois, il vaut mieux ne pas tout savoir, ça peut être pas mal non plus* ».

D – Résultats des entretiens

1 - Caractéristiques du mensonge pour les médecins interrogés

1.1 - Représentations autour du mensonge

Contre-vérité	Mauvaise foi
Transformation de la vérité	Discordance entre le discours du médecin et ses actes
Cacher	Arguments fallacieux
Rétention d'information	Enfumage
Edulcoration de l'information	Camouflage
Esquive	

Cette catégorie regroupe le vocabulaire (mots, expressions, ou synonymes) employé par les médecins interrogés pour définir le mensonge ou en parler. Le concept de **contre-vérité** a notamment été fréquemment utilisé :

- Dr E : « *le mensonge pour moi c'est vraiment dire **l'inverse d'une vérité*** »
- Dr J : « *c'est dire quelque chose **qui n'est pas vrai*** »

Certains médecins ont comparé le mensonge à une **transformation** de la vérité :

- Dr D : « ***transformer** une information* »
- Dr F : « *partir d'un fait réel, et en donner **une version modifiée*** »

Le mensonge pouvait également correspondre à l'idée de **cacher** ce que le médecin savait :

- Dr F : « ***cacher** l'information que l'on connaît, volontairement* »
- Dr H : « *Pour moi ce serait juste le fait de **cacher** la vérité. **Cacher** derrière un truc qu'on peut forcément retrouver* »

Pour certains, l'omission était comparable à une **rétenction d'information** :

- Dr A : « *une certaine **rétenction d'information** parfois* »
- Dr P : « *Pour moi, le mensonge, c'est de **pas faire passer l'information*** »

L'omission a également été assimilée à une **édulcoration de l'information** :

- Dr D : « *ça va peut-être me mettre en position (...) d'être dans de l'omission, ou dans une **information édulcorée*** »
- Dr E : « *Si on sent que les gens n'ont pas les capacités de comprendre l'information, **on l'allège, on l'épure**. Oui c'est peut-être plus ça, c'est de l'omission* »

Mentir pouvait revenir à **ne pas dire totalement ce que le médecin pensait**, à ne pas faire preuve de sincérité :

- Dr S : « *Là où je mentirais, c'est **si j'ai une conviction, et que je dis autre chose*** »
- Dr I : « *C'est donner une information (...) qui n'est pas la réalité, soit scientifique, **soit de ce qu'on pense*** »

Cette médecin généraliste a également comparé l'omission à une **esquive** :

- Dr I : « *Mais après quand elle m'a posé la question derrière, **j'esquivais en fait*** »

Le mensonge a pu être assimilé à de la **mauvaise foi** :

- Dr N : « *on peut se tromper sur un diagnostic, et puis **être de mauvaise foi**, entre guillemets, et ne rien dire* »

Le mensonge pouvait correspondre à une **discordance entre le discours du médecin et ses actes** :

- Dr O : « ***j'annonce un truc, et je mets en place exactement l'inverse**, pour moi c'est une vraie définition du mensonge* »

Certains termes utilisés faisaient partie du champ lexical de la tromperie, renvoyant à la dimension négative du mensonge :

Le Dr A a utilisé l'expression « **arguments fallacieux** » lorsqu'il évoquait certains mensonges pour convaincre le patient de prendre un médicament : « *nous avons peut-être des arguments un peu fallacieux, pour les amener vers ce traitement* »

Ce médecin a également cité le terme d'**enfumage**, ce qui correspond en quelque sorte à de la désinformation : « *ce qui est quand même effectivement une forme d'enfumage* »

Deux médecins ont eu recours à l'idée de **camouflage**, dans le sens où mentir revenait à masquer ou à travestir une information :

- Dr A : « *D'avoir vraiment **camouflé** une situation, un diagnostic* »
- Dr O : « *Un processus linguistique qui vise à **travestir** la vérité* »

1.2 - Spécificités du mensonge

<i>Caractère universel</i>	<i>Élément d'une démarche</i>
<i>Fréquent</i>	<i>Connotation sociale négative</i>
<i>Rare</i>	<i>Acte contraire aux règles</i>
<i>Intentionnel</i>	<i>Facteur de lien social</i>

Les spécificités du mensonge sont regroupées dans cette partie. L'acte mensonger n'est pas propre à la relation médecin-patient, et a donc un **caractère universel** :

- Dr F : « *cette attitude qu'on a, je pense qu'elle se retrouve **dans tous les corps de métier, quoi. Elle se retrouve dans notre vie quotidienne, dans nos rapports aux autres*** »
- Dr L : « ***ce n'est pas propre à la médecine, je trouve*** »

Plusieurs médecins ont aussi exprimé l'idée que le mensonge était un phénomène **fréquent** :

- Dr H : « *je considère que l'on fait ça **tous les jours** » ; « *Il y a **toujours** le spectre du mensonge autour de l'entretien qu'on fait* »*

- Dr M : « *oui, **on passe notre temps à mentir. On passe notre temps à mentir, mais on passe aussi notre temps à ne pas mentir*** »

- Dr U : « *je constate aussi que **l'ensemble des médecins, de temps en temps, préfère éluder certaines questions*** »

A contrario, cette dernière citation du Dr M montre qu'il lui a été difficile d'estimer si le mensonge était aussi courant qu'on pourrait le penser. Mentir serait un phénomène relativement **rare** selon lui : « *je pense qu'on ment **pas tant que ça*** »

Autre aspect important du mensonge, son caractère **intentionnel**, basé sur une volonté de cacher ou de modifier une information :

- Dr K : « *Un mensonge, voyons, c'est une information **volontairement** erronée. Je pense que le truc important, c'est **volontaire*** »

- Dr R : « *C'est le fait de dire **délibérément** une chose que l'on sait être fausse* »

En médecine, le mensonge peut s'intégrer au sein d'une **démarche** visant à apporter une information au patient de manière progressive :

- Dr K : « *c'est **un élément d'un parcours**, enfin tu vois pour moi, le mensonge, c'est vraiment quand tu ne dis pas tout en attendant d'être sûre de pouvoir annoncer dans de bonnes conditions* » ; « *ça fait partie d'une **démarche** que tu vas avoir avec ton patient aussi* »

Dans notre société, mentir serait communément admis comme un acte qui a une dimension négative (**connotation socio-culturelle négative**) :

- Dr B : « *Le mensonge a une toute petite **connotation péjorative, dans l'esprit collectif*** »

- Dr N : « *on est dans **une culture** qui nous a dit : "Attention, il ne faut pas mentir aux malades"* »

Dans la très grande majorité des cas, le mensonge n'est pas autorisé par les textes régissant la pratique médicale. Ainsi, le Dr O a perçu l'omission comme **un acte contraire aux règles**, si elle est utilisée à mauvais escient :

- Dr O : « *si on agit pour son confort, ce n'est pas éthiquement et déontologiquement très défendable* »

Pourtant, comme l'a expliqué le Dr T, le mensonge est un **facteur de lien social**, nécessaire à toute relation entre individus ;

- Dr T : « *Tout n'est pas bon à dire, et c'est très important de pouvoir garder certaines choses pour soi. Donc le mensonge, dans le lien social, il est hyper important* »

1.3 - Elaboration du mensonge

<i>Temps de réflexion</i>	<i>Intuition</i>
<i>Concertation</i>	<i>Involontaire</i>

Une autre caractéristique notable du mensonge médical est la façon dont il a été construit par les différents médecins rencontrés. Par exemple, il a pu nécessiter un **temps de réflexion**, être issu d'un travail visant à élaborer différents arguments permettant de le justifier :

- Dr B : « *c'est **sciemment** après une **longue réflexion**...C'est un choix philosophique quasiment* »

- Dr F : « *au moment même de la consultation, on **pèse toujours le pour et le contre** de la façon de dire les choses* »

Le mensonge pouvait être le fruit d'un travail de **concertation**, d'une réflexion entre plusieurs individus :

- Dr D : « *c'est après une **démarche collégiale**, après en avoir parlé en équipe, avec cette famille* »

- Dr O : « *en fait, le mensonge par omission, il est toujours finalement **avec l'accord du médecin responsable de l'unité, ou du médecin responsable du patient*** »

Le Dr T a rapporté un mensonge qui avait été **organisé par plusieurs médecins**, afin de pouvoir garder une patiente hospitalisée, et ainsi l'évaluer sur le plan psychiatrique :

- Dr T : « ***avec l'accord des brûlés**, on a organisé une hospitalisation mère-enfant pour l'enfant. Et les brûlés ont joué le jeu de lui faire des pansements, et de s'occuper de la brûlure beaucoup plus qu'il ne le fallait. (...) Dans le seul but qu'on ait la mère, pour laquelle on était très inquiet, pour qu'on puisse la voir* »

A l'inverse, le mensonge pouvait parfois s'apparenter à un phénomène relevant de **l'intuition**, ne faisant pas recours au raisonnement du médecin concerné :

- Dr A : « *Je pense avoir eu des techniques de soins, d'informations, qui ne sont pas de choses que j'ai apprises, mais plutôt des choses que je ressens **intuitivement**, et qui sont effectivement une certaine rétention d'information parfois* ».

Il a pu arriver que l'acte mensonger soit **involontaire**, le médecin n'ayant pas conscience de son attitude :

- Dr D : « ***inconsciemment**, il peut y avoir une part de mensonge, parce que on est dans une posture où nous ne sommes pas à l'aise, et on veut se protéger* »

- Dr M : « *Alors quelques fois **on ne ment pas sciemment*** »

- Dr N : « *ça reste éventuellement un mensonge, mais qui est parfois un peu **involontaire*** »

1.4 - Identification du mensonge

Réflexion	Refoulement
Difficultés d'identification	Variabilité individuelle
Absence d'identification	Attitudes non-verbales
Mémorisation altérée	

Dernière caractéristique à être abordée, la façon dont le mensonge est porté à la connaissance du médecin. L'identification du mensonge a pu parfois nécessiter un temps de **réflexion** pour le médecin concerné, afin de s'assurer qu'il s'agissait bien d'une falsification ou d'une omission :

- Dr I : « *au premier abord, on se dit : "Non, mais je ne mens pas, pas du tout...". Et puis après **en réfléchissant**, on se dit : "Ah bah oui, peut-être que des fois, effectivement, il y a des situations où on omet de dire les choses, où on falsifie un petit peu" »*

Certains médecins ont pu avoir des **difficultés** pour établir que leur attitude relevait du mensonge :

- Dr D : « ***ce n'est pas si simple que ça, ce n'est pas si binaire que ça** »*

- Dr M : « *je crois qu'**une des grandes difficultés, c'est que la réponse à cette question n'est pas binaire**. N'est pas "J'ai menti" ou "Je n'ai pas menti". Enfin, c'est comme ça que je le perçois »*

Dans certaines situations, le mensonge pouvait être involontaire. Dans ce cas, le médecin ne se rendait pas compte qu'il mentait, et dès lors, il y avait une **absence d'identification** du mensonge de sa part :

- Dr I : « *C'est vrai que c'est pas évident, parce que je pense que on en dit plus que ça des mensonges, mais **on s'en rend pas forcément compte tout le temps** »*

- Dr J : « *c'est du mensonge, effectivement. Je pense qu'à l'époque, **je ne me disais pas : "Je mens" »***

Au cours de ces entretiens, des praticiens ont avoué avoir des difficultés pour se remémorer leurs mensonges. Ainsi, l'identification de ces situations était compromise par une **mémorisation altérée** :

- Dr J : « **je n'arrive pas très bien à me rappeler comment je me dépatouillais** »

- Dr K : « "Est ce que tu mens pour couvrir tes conneries ? ", je suis persuadée que oui ! Mais sauf que **je ne me rappelle pas !** »

A l'extrême, le mensonge pouvait également être **refoulé**, volontairement oublié par les médecins concernés, ce qui empêchait clairement son identification :

- Dr F : « **Moi j'ai l'impression quand même qu'il y a des situations qu'on balaye (...)** Je pense que clairement, même si j'ai l'impression d'aller vers un exercice transparent (...) je pense que c'est des situations auxquelles on est confronté, et j'ai l'impression qu'il y a **des choses qu'on met de côté. Nous aussi, on omet des choses** »

- Dr K : « "Est ce que tu mens pour couvrir tes conneries ? ", je suis persuadée que oui ! Mais sauf que je ne me rappelle pas ! En ce qui me concerne, j'ai dû bien les **enterrer ! Et je préfère que ça ne remonte pas...** »

D'autre part, un mensonge n'était pas forcément reconnu et identifié de la même façon par deux médecins différents. Il pouvait donc exister une **variabilité individuelle** :

-Dr K : « **j'en parlais à mon mec, il me disait qu'il ne mentait jamais aux patients. En fait, il ment comme moi, tu vois ? Pour moi ça c'est mentir, pour lui ça ne l'est pas, c'est marrant** »

Enfin, le mensonge pouvait aussi être reconnu par des **attitudes non-verbales** que le médecin laissait percevoir :

-Dr L : « **son fils m'a dit : "Vous avez dit qu'il était stable. Mais on sentait très bien en infra-verbal que la maladie progressait, et maman l'a compris"** »

2 - Contexte du mensonge

Dans cette partie, nous décrivons l'ensemble des circonstances dans lesquelles se sont produits les mensonges rapportés par les médecins interrogés. Le recours au mensonge pouvait être influencé par divers facteurs, en rapport avec le médecin, son patient, ou des éléments extérieurs.

2.1 - Facteurs relatifs au médecin

L'utilisation du mensonge pouvait être liée au praticien, à sa personnalité, ou à ses actes. Ainsi, le mensonge a pu se produire dans un contexte social spécifique, être influencé par la **culture du médecin**. Selon le Dr A, les médecins français auraient tendance à donner des informations moins objectives que leurs confrères anglo-saxons :

*« Je crois que nous, **les Français**, sommes vraiment typiques là-dessus (...) Nous sommes prêt quand même à utiliser des arguments un peu fallacieux, qui sont pas loin du mensonge (...) Alors que **les Américains** (...) ont plus tendance à faire carte sur table » ; « c'est vrai qu'on a peut-être parfois tendance à élaborer des informations qui sont peut-être un peu plus légères, ou **qui ne sont pas à l'américaine** »*

C'est également l'avis du Dr Q, qui dans une situation d'incertitude diagnostique, a préféré ne pas révéler les hypothèses péjoratives à sa patiente. Pour elle, un médecin **américain** n'aurait peut-être pas agi de la sorte dans ce cas de figure :

*« Au lieu de lui dire : "Ecoutez, je n'en sais rien, je n'en ai aucune idée", si j'avais vraiment du me la jouer **à l'américaine**, et dire tout, absolument tout, j'aurais pu lui dire : "Eh bien oui, il y a peut-être 0.5% de chance qu'on trouve sur une tumeur osseuse" »*

2.2 - Facteurs relatifs au patient

Ignorance du diagnostic

Suspicion de troubles psychiatriques

Fragilité psychologique du patient

Troubles cognitifs

Il arrive que le recours à l'omission ou à la falsification soit déterminé par la personnalité du patient, ou ses ressources psychologiques. Le fait par exemple qu'un malade ne se doute pas qu'il est atteint d'une pathologie grave, son **ignorance** du diagnostic, ont pu favoriser l'utilisation du mensonge pour le Dr B :

« *effectivement il faut fractionner. Les gens ils arrivent comme ça, **vierges**, et "au fait vous avez un cancer, vous allez bientôt mourir, au revoir" » ; « *Il y a des gens qui sont **vierges de toute maladie**, qui ne sont pas encore entrés dans la maladie cancéreuse (...) Donc là, ce sont des éléments qui alourdissent une discussion avec le patient, donc **une éventuelle annonce** »**

La **fragilité psychologique du patient**, l'existence d'une **souffrance morale** perçue par le médecin, pouvait également influencer l'utilisation du mensonge :

- Dr O : « *Par exemple, tous les patients qui ont fait une **tentative de suicide**, ils n'ont pas le choix, il faut qu'ils voient le psychiatre. Donc ils ne veulent pas forcément tout entendre (...) Et c'est dans ce cadre-là, comme je le disais, que ça arrive de mentir par omission »*

Une **suspicion de troubles psychiatriques** chez un patient a pu amener le Dr T à mentir, dans le but de le garder hospitalisé et de pouvoir l'évaluer :

« *Ma collègue qui intervient dans le service des brûlés est par contre hyper inquiète pour la mère, **qui est complètement délirante**. Et donc avec l'accord des brûlés, on a organisé une hospitalisation mère-enfant pour l'enfant (...) Dans le seul but qu'on ait la mère, pour laquelle on était très inquiets, pour qu'on puisse la voir »*

L'existence de **troubles cognitifs** chez un patient, et donc le fait qu'il ait des difficultés de compréhension, sont des éléments contextuels qui ont poussé certains médecins à mentir :

- Dr I : « *J'ai une patiente que je suis à domicile, j'ai mis du temps avant de pouvoir poser le mot, et dire qu'elle avait une maladie, **une démence**, et que c'était pour ça que je la soignais* »

Le Dr O a par exemple évoqué l'utilisation de sédatifs dissimulés dans des boissons pour lutter contre l'agitation des patients déments : « *Alors le seul patient avec qui ça peut se faire, les jus de fruits, les yaourts, etc, c'est **les patients déments*** »

2.3 - Facteurs relatifs à la relation médecin-patient

Prémices d'une relation de soin

Différence socio-culturelle

L'état de la relation entre le praticien et son patient a pu influencer l'emploi du mensonge. Ainsi, aux **prémices d'une relation de soins**, le médecin pouvait parfois être amené à mentir :

- Dr B : « *Nous n'avons **pas eu le temps de tisser des liens avec le patient**, on est donc peut-être plus à même, ou on se sent plus obligé de lui mentir...* »

- Dr D : « *avant de donner des informations qui sont quand même chargées de sens, ça me paraît important d'être dans **une vraie relation**, dans une relation de confiance, qui doit **s'établir dans le temps*** » ; « *Il y a très régulièrement un mensonge par omission que je fais, quand je rencontre un patient **pour la première fois*** »

De même, une **différence socio-culturelle** entre le médecin et le patient pouvait être propice au mensonge :

- Dr D : « *vu qu'on est **différents**, eh bien on a des **codes différents**, on a un **vocabulaire différent**. Du coup (...) ça va rendre plus prudent, et du coup ça va rendre d'autant plus progressif, et forcément induire initialement une information très parcellaire, pour ne pas dire dans l'omission, mais parcellaire, et donc dans une forme de rétention quand même* »

- Dr E : « *On doit plus omettre avec des personnes qui ont **moins de capacités intellectuelles, ou une barrière de la langue*** »

2.4 - Facteurs relatifs à l'entourage du patient

La famille du patient, ou ses proches, pouvaient peser sur le recours au mensonge médical. Notamment lorsque le mensonge émanait d'une **demande de la famille du patient**, dans le but de préserver leur proche :

- Dr J : « *son autre fils arrive en disant : "**Je ne veux pas qu'on dise à ma mère que mon petit frère est mort, parce que ça va la faire mourir, et moi je ne le supporterai pas...**". Donc on a accepté* »

- Dr K : « *le chef qui l'a prise en charge (...) a respecté **le souhait de la famille qu'on ne dise pas à la dame ce qu'elle avait*** »

2.5 - Facteurs relatifs à la pathologie prise en charge

<i>Pathologie bénigne</i>	<i>Décès d'origine inconnue</i>
<i>Découverte d'une affection potentiellement létale</i>	<i>Abondance d'information à donner</i>
<i>Soins palliatifs</i>	

L'emploi du mensonge était utilisé quel que soit le type de pathologie prise en charge. Cet acte a pu se produire dans lors de l'apparition d'une **pathologie bénigne** :

- Dr F : « *C'était un mensonge, là, une falsification. J'ai vu un patient en fait, qui avait **un orgelet*** »

A l'opposé, la **découverte d'une affection potentiellement létale**, comme le cancer, a pu mener des médecins à mentir :

- Dr H : « *on tombe sur **quelque chose qui ressemble à une tumeur**, on sait que c'est une tumeur, on a la certitude que c'est une tumeur. (...) Eh bien on ne va pas le dire au patient* »

Certaines situations de **soins palliatifs** pouvaient favoriser l'utilisation de l'omission :

- Dr L : « *cette dame était en **soins palliatifs**. Et le médecin des soins palliatifs m'a supplié de ne pas lui donner les résultats du scanner* » ; « *C'était un patient qui avait une tumeur de vessie métastatique, et qui venait pour une proposition de **chimiothérapie palliative** (...) Et là, je me suis dit : "Quel sens ça a de lui dire que je ne vais pas lui faire de chimiothérapie ?* »

Le praticien pouvait également être amené à mentir en cas de **décès d'origine inconnue** :

- Dr P : « *moi je crois que la seule chose où j'ai vraiment menti (...) il est arrivé, **on ne savait pas si il était empoisonné, ou autre*** »

Lorsqu'un patient présentait plusieurs atteintes simultanées, et donc que la **quantité d'information à lui transmettre était relativement importante**, le médecin pouvait choisir de taire certaines données :

- Dr B : « *On a découvert le cancer du poumon, avec les métastases pleurales, osseuses, médiastinales, et hépatiques. Heureusement elle avait une hypercalcémie... Donc j'ai pu lui dire qu'elle avait un problème de calcémie. (...) Je ne sais même plus **si on lui a dit qu'il y avait des anomalies au scan**. Donc ça, c'est un gros mensonge* »

2.6 - Facteurs relatifs à l'environnement de travail

Surcharge de travail

Horaire tardif

Une **surcharge de travail**, avoir à s'occuper de plusieurs patients simultanément, sont des éléments ayant amené certains médecins à mentir :

- Dr H : « *il est clair que parfois, les entretiens, les annonces de diagnostic, les choses un peu difficiles sont un peu écourtées, **de par la quantité de travail*** »

- Dr U : « *C'était un lundi matin, **le téléphone n'arrêtait pas de sonner, je n'avais pas trop de temps** pendant cette consultation pour lui annoncer cette mauvaise nouvelle, et l'accompagner, bien entendu. Donc je n'ai rien dit* »

Certains médecins ont rapporté ne pas avoir délivré un diagnostic, étant donné que l'annonce aurait été faite à la fin de leur journée de travail, à **un horaire tardif**. Dans ces cas-là, ils préféreraient temporiser et reporter l'entrevue avec le patient :

- Dr B : « *C'est un peu un mensonge quand même, parce que je savais que cette dame avait une leucémie. Mais... Donc c'est un mensonge, mais pour lui asséner à **21h** "Madame vous avez une leucémie, allez dormir, ça ira mieux demain". Je crois qu'il faut fractionner* »

- Dr D : « *C'est nous, qui, je sais pas, n'avons pas envie d'assumer parce que **il est 18h** et "Ouh là, dans quoi ça va m'embarquer derrière, j'ai une famille à retrouver, si il faut que je reste là parce que il faut encore en discuter..."* »

Ce fut également le cas du Dr Q, qui a choisi de mentir à propos d'un traitement, et ce en partie car la consultation se déroulait en **fin de journée** :

« *c'était ma dernière patiente **vendredi à 20h**, et à un moment donné j'avais envie de rentrer chez moi, je pense que c'est humain, c'est légitime (...). Là pour le coup, je ne me flagelle pas d'avoir menti !* »

2.7 - Facteurs relatifs à la prise en charge du patient

Situation de premier recours	Situation inattendue
Début de la prise en charge diagnostique	Incertitude diagnostique
Seconde ligne	Certitude du diagnostic

Le recours au mensonge était parfois influencé par l'avancement de la prise en charge diagnostique ou thérapeutique du patient. Notamment en **situation de premier recours**, lorsque le praticien concerné par le mensonge était celui qui initiait le parcours de soins du patient :

- Dr B : « *On est amené souvent à voir des choses **en première ligne** (...) on est donc peut-être plus à même, ou on se sent plus obligé de lui mentir...* »

Dans le même ordre d'idée, lorsqu'il s'agissait du **début de la prise en charge diagnostique** :

- Dr K : « ***Au début**, ouais, **quand on est dans le cheminement**. Ça fait des mensonges par omission* »

Autre élément entourant la naissance d'un mensonge, le fait qu'un praticien arrive **en seconde ligne** dans la prise en charge. Dans ce cas-là, certains ont pu être amenés à omettre des données, car le médecin référent n'avait pas encore tout révélé au patient :

- Dr D : « *Je suis toujours un peu obligé de tenir compte, de me poser la question de ce qu'a pu dire **en amont** mon collègue (...) Et du coup ça va peut-être me mettre en position (...) d'être dans de l'omission, ou dans une information édulcorée, ou partielle, parce que je ne veux pas empiéter sur **la relation médecin-patient sous-jacente** qu'il y a dans le service* »

- Dr O : « *souvent c'est nos collègues qui vont nous demander d'omettre ! Parce que comme on arrive **en seconde ligne**, on va nous préconiser de ne pas.... de suivre en fait le... d'aller dans la même direction que nos collègues, mentir ou omettre* »

Un autre contexte favorisant l'émergence du mensonge médical était l'apparition d'une **situation inattendue**, le médecin n'ayant pas prévu d'y être confronté :

- Dr C : « *dans un certain nombre de cas, on se retrouve au bloc avec des appendices qui ne sont pas... enfin... ce que l'on pensait (...) On fait un mensonge !* »

Les situations **d'incertitude**, lorsque le médecin ne pouvait pas affirmer avec conviction qu'un **diagnostic** était totalement certain, furent un cadre favorable au mensonge :

- Dr B : « *On a rarement la vérité éprouvée. C'est parfois de fortes suspicion, mais comme nous sommes au début de la prise en charge, nous n'avons pas tous les examens (...) Donc là, je ne vais pas dire qu'on est amenés à mentir, mais presque...* »

- Dr Q : « *"C'est peut-être une merde quelque part. Une tumeur osseuse, un truc qui vient lui comprimer au niveau médullaire". Et je ne lui ai pas dit. Parce que pour l'instant, de toute façon, j'estime que **ma certitude diagnostique** à ce sujet-là, elle est quand même **proche de 0*** »

A l'opposé, et pour clore cette partie consacrée au contexte entourant le mensonge, certains médecins pouvaient s'orienter vers l'omission ou la falsification, bien que les preuves soient suffisantes pour affirmer un **diagnostic avec certitude** :

- Dr E : « *On répondait à la famille ou au patient qu'on ne savait pas, qu'on attendait. Alors qu'en fait, **on savait tous**. Certes, il n'y avait pas l'anapath, mais **c'était évident** au vu des images que c'était un cancer* »

- Dr H : « *on a **la certitude** que c'est une tumeur. (...) Eh bien on ne va pas le dire au patient* »

3 - Thématique du mensonge

Comme nous allons le voir, l'objet du mensonge peut être extrêmement varié, allant de situations anodines jusqu'à des cas impliquant des enjeux plus complexes.

3.1 - Pathologies bénignes

<i>Maladie de Gilbert</i>	<i>Trouble fonctionnel</i>
<i>Thrombopénie</i>	<i>Maladie de Lyme</i>
<i>Asthénie</i>	<i>Hypertension artérielle</i>
<i>Pathologie des paupières</i>	<i>Infection sexuellement transmissible</i>
<i>Fibromyalgie</i>	<i>Appendicite</i>

Les médecins interrogés ont été susceptibles de mentir à propos d'affections n'entraînant pas de conséquences notables pour le patient. Le Dr B a cité l'exemple de **la maladie de Gilbert**, pathologie sans retentissement important pour le patient : « *La maladie de Gilbert. La bilirubine élevée, et en fait ce n'est rien du tout. Si je commence à expliquer ça aux gens, ils vont baliser, ils ne comprennent rien. Donc "Tout va bien, c'est normal" »*

Cette urgentiste a également été amenée à mentir à propos d'une **thrombopénie** : « *"Tout va bien pour vous. Je recontrôle dans 15 jours pour m'assurer que tout va toujours bien". Alors qu'en fait c'est pour contrôler la **thrombopénie** un peu limite... »*

L'asthénie a été une affection pour laquelle le Dr I a menti à une patiente, considérant que cette dernière n'était pas prête à entendre son véritable diagnostic : « *elle vient me voir, parce que vraiment elle est **fatiguée** (...) là je lui ai un petit peu menti, parce que pour moi, je pense qu'elle n'a rien, et en fait c'est dans sa tête ! »*

Les pathologies des paupières (orgelet, chalazion) ont été des atteintes pour lesquelles une autre médecin généraliste interrogée a menti à un patient :

- Dr F : « *je dis au patient : « Oui, oui, c'est un **chalazion** ». En me disant « Mais ce n'est pas du tout un **chalazion** ». Et puis je finis la consultation »*

Pour le Dr K, le terme même de **fibromyalgie** est un mensonge à l'encontre du patient :

« *C'est là qu'on fait de brillants diagnostics de **fibromyalgie**, que je n'aime pas du tout. Parce que je trouve que c'est juste coller un mot pour ne pas dire aux gens qu'ils sont voilà... qu'ils ont un trouble fonctionnel »*

Cette neurologue a reconnu qu'il lui arrivait de ne pas dire à certains patients qu'ils présentaient des symptômes en rapport avec **un trouble fonctionnel**, estimant qu'ils n'étaient pas capables d'intégrer cette information :

- Dr K : « *Mais il y a des gens chez qui je n'essaye même pas de dire que c'est **fonctionnel** »*

Le Dr R a rapporté avoir inventé de toute pièce une histoire concernant **la maladie de Lyme** :

« *j'ai dit aux patients que j'avais discuté du sujet assez récemment avec un grand professeur. Et que ce professeur certifiait que le bilan de **Lyme** qu'on prescrivait était tout à fait fiable, et qu'il n'y avait aucune raison de s'inquiéter. J'en ai appelé à un mensonge un peu bête »*

L'hypertension artérielle a pu être source de mensonge :

- Dr R : « *C'est quand même beaucoup plus simple de dire qu'elle a une **tension** à 13, alors qu'on l'a trouvé à 15 »*

- Dr U : « *chez un patient vite angoissé par des chiffres tensionnels élevés, je vais lui annoncer **des chiffres tensionnels vraiment près de ce qu'il attend** »*

Le Dr U a également été amené à émettre un mensonge en rapport avec un diagnostic d'**urétrite**. Selon lui, la révélation des modes de transmissions de cette **infection sexuellement transmissible** aurait pu avoir des conséquences désastreuses pour le couple qui le consultait : « *on peut effectivement être amenés à mentir un peu par falsification, par*

exemple pour les **infections sexuellement transmissibles**. Les gens qui viennent en couple en consultation, alors que le patient a **une urétrite**. (...) Donc je ne vais pas dire au patient qu'il a attrapé une urétrite parce qu'il est allé voir ailleurs. Il y a certaines personnes qui sont convaincues qu'on peut attraper des maladies sur la cuvette des W.C. De temps en temps, on n'approfondie pas trop la situation, et on ne répond ni oui, ni non »

La pathologie chirurgicale n'échappe pas non plus au mensonge :

- Dr C : « dans un certain nombre de cas, on se retrouve au bloc avec des **appendices** qui ne sont pas... enfin... ce que l'on pensait, quoi (...) On fait un mensonge ! »

3.2 - Pathologies graves

Cancer	Infarctus du myocarde
Métastases	Sclérose latérale amyotrophique
Hémopathies malignes	

La sphère des maladies néoplasiques, et de leurs localisations secondaires, ont été sources d'omission, essentiellement dans les premiers temps de la suspicion diagnostique. Plusieurs médecins interrogés ont estimé avoir menti à propos de ces affections potentiellement létales, comme le **cancer** :

- Dr H : « on tombe sur quelque chose qui ressemble à **une tumeur**, on sait que c'est **une tumeur**, on a la certitude que c'est **une tumeur** (...) Eh bien on ne va pas le dire au patient »

- Dr I : « C'est vrai que si les gens ne me posent pas la question, je ne vais pas leur dire qu'ils ont un **cancer** »

Le Dr M a estimé avoir menti à propos d'une **néoplasie mammaire**. Il n'a pas révélé certaines informations sur le type de **cancer** dont souffrait une patiente, afin de lui présenter son affection sous un meilleur jour :

*« je mens, parce que je ne dis pas qu'il y a certain nombre de malheureux qui ont des **cancers du sein**, avec des récepteurs hormonaux, mais qui sont des formes qu'on appelle **luminales B**, qui sont très peu hormonosensibles, et qui 4 ans après sont mortes, hein. Et sont mortes en ayant rapetissé de 20 cm, en ayant souffert, etc »*

D'autre part, les **métastases** associées au cancer primitif ont été également l'objet de certains mensonges rapportés au cours des entretiens :

- Dr B : *« on a découvert le cancer du poumon, avec **les métastases pleurales, osseuses, médiastinales, et hépatiques** (...) je ne sais même plus si on lui a dit qu'il y avait des anomalies au scan. Donc ça, c'est un gros mensonge »*

- Dr L : *« une omission quand un scanner très catastrophique, et que je sais que par exemple, je vais pouvoir annoncer qu'il progresse, que la maladie progresse, mais la connotation d'une **localisation**.. Par exemple, l'apparition d'une **localisation hépatique** alors qu'il y en a déjà plein dans les poumons... »*

Le Dr B a rapporté le cas d'une patiente atteinte d'une **leucémie**, à qui elle ne voulait pas révéler son diagnostic, du moins dans un premier temps. Une omission temporaire donc, à propos d'une **hémopathie maligne** :

*« C'est un peu un mensonge quand même, parce que je savais que cette dame avait une **leucémie**. Mais... Donc c'est un mensonge, mais pour lui asséner à 21h "Madame vous avez une **leucémie**, allez dormir, ça ira mieux demain". Je crois qu'il faut fractionner »*

Le Dr R a reconnu avoir menti, alors qu'après examen d'un patient, il avait d'une forte suspicion de **lymphome** :

*« Je me rappelle que c'est un patient qui est venu consulter pour **une masse** qu'il a découvert lui-même au niveau du **creux axillaire**. Et après examen, cette masse était fortement suspecte. Il s'est avéré d'ailleurs que c'était **un lymphome**. (...) Et n'empêche que je ne lui*

ai clairement pas dit tout ce que je savais. C'est à dire que je n'avais pas de certitude, je n'avais pas d'anapath, mais j'avais quand même clairement une suspicion très forte »

Dans un autre registre, le Dr H a été amené à mentir à propos de la prise en charge d'un **infarctus du myocarde** :

*« Pour des choses comme **l'infarctus** : "Ok, on va vous soigner, etc.". Bon ben on sait que ce qu'on va injecter au patient, ça va pouvoir lui faire plus de mal que de bien (...) On le dit rarement »*

Autre affection au pronostic sombre, la **sclérose latérale amyotrophique**. Le Dr K s'est souvenue ne pas avoir dévoilé ce diagnostic à une de ses patientes, à la demande de la famille et de sa supérieure :

*« il y a eu une dame, c'était un bilan de **SLA** (...) le chef qui l'a prise en charge (donc c'était pas moi, moi j'étais la chef de clinique) a respecté le souhait de la famille qu'on ne dise pas à la dame ce qu'elle avait »*

3.3 – Troubles cognitifs

Une médecin généraliste a rapporté avoir été dans l'omission à propos d'un diagnostic **d'atteinte cognitive** :

Dr I : *« J'ai une patiente que je suis à domicile, j'ai mis du temps avant de pouvoir poser le mot, et dire qu'elle avait une maladie, **une démence**, et que c'était pour ça que je la soignais »*

Dans le même esprit, deux des gériatres interrogés ont reconnu avoir menti à propos du diagnostic de **maladie d'Alzheimer** :

- Dr J : *« je trouve ça vraiment dur d'annoncer des **maladies d'Alzheimer** aux gens (...) Je leur disais : "Non non, là, votre mémoire elle est malade, on va voir ce que c'est comme maladie » (...) C'est plutôt ce style de mensonge »*

- Dr S : « *peut-être que de lui dire qu'elle a une **Maladie d'Alzheimer**, ça n'aura jamais de sens. Donc si ça ne fait pas sens, eh bien je ne le dis pas. Donc en cela, oui, je suis exposé à des situations de mensonge* »

3.4 - Le pronostic

Le mensonge pouvait porter sur l'évolution et l'aboutissement d'une pathologie. Ainsi, plusieurs médecins ont déclaré avoir déjà menti à propos du **pronostic** d'une affection :

- Dr A : « *je mens probablement plus facilement sur le **pronostic**, c'est à dire que j'élude le **pronostic**, parce que je pense que c'est quelque chose d'assez gravissime le **pronostic**, surtout en neurologie* »

- Dr H : « *On connaît les **médianes de survie** de ce genre de truc, eh bien c'est pareil, on va mentir aussi en sachant très bien que le type **en a pas pour très longtemps**, quoi* »

- Dr U : « *si je sais qu'un patient a un **carcinome anaplasique à petites cellules métastasé**, que le pronostic est quand même assez redoutable, je ne vais pas lui dire d'emblée **que les choses risquent de se terminer rapidement**. Je reste quand même relativement évasif* »

Pour certains, mentir à propos du pronostic pouvait consister à **occulter les échecs thérapeutiques**. Pour un patient atteint d'un certain type de cancer, à ne parler uniquement des cas de survie, et omettre les décès. Ce qui revient à laisser entendre que le pronostic est plus favorable qu'il ne l'est vraiment.

Le Dr L est revenue sur les propos que lui avait tenu un réanimateur : « *Vous, les oncologues, vous êtes gentils, mais vous êtes des menteurs* ». La cancérologue a explicité cette citation : « *il nous accusait (c'est un mot fort) de **ne dire que le côté positif, et de ne pas vraiment parler quand il fallait de la progression*** »

Cette manière de présenter le pronostic a aussi concerné le Dr M :

« *Je mens, parce que je ne dis pas qu'il y a certain nombre de malheureux qui ont des cancers du sein (...) et qui **4 ans après sont mortes**, hein. Et **sont mortes en ayant rapetissé de 20cm, en ayant souffert, etc*** »

3.5 - Fin de vie

Symptômes terminaux

Décès du patient

Dans un contexte sensible à la fois pour le patient, son entourage, et le médecin, les informations à transmettre sur la **fin de vie** étaient tellement symboliques que le praticien pouvait avoir recours au mensonge :

- Dr K : « *Leur ajouter une anxiété supplémentaire sur la **fin de vie**, je ne vois pas ce que ça apporte. Donc ça, je mens beaucoup là-dessus* »

- Dr R : « *je ne lui ai pas dit toute la vérité. C'est à dire que j'ai présenté les choses en évitant de reprendre ses mots, **en évitant de lui dire qu'il allait mourir*** »

Les **symptômes terminaux** pouvaient être présentés au patient d'une façon qui n'était pas exactement celle qui se produisait en pratique. C'est ce que certains médecins ont rapportés :

- Dr E : « *je n'ai pas parlé du **gasp**, je ne vois pas l'intérêt de lui dire : « Vous allez être **comateuse**, et puis après vous allez **gasper**, et après vous allez mourir ». Donc c'est sur de l'omission, parce que je ne juge pas l'information utile pour la patiente* »

- Dr K : « *Ils me disent : "Est ce que je vais **m'étouffer**, est-ce que je vais mourir **asphyxié** ?". Je leur dis que c'est très rare. A mon avis, de mon expérience, c'est 50-50 quoi. Et tu te vois leur dire : "Il y a 1 chance sur 2 de mourir **asphyxié**" (...) Donc je leur dis que ça va bien se passer, ce qui est faux* »

Pour cette neurologue, le mensonge sur la fin de vie pouvait porter sur la façon dont ces **symptômes terminaux** allaient être soulagés :

- Dr K : « *Quand tu leur dis : "On va soulager vos **symptômes**". Eh bien on va faire du mieux qu'on peut... Mais tu ne leur dis pas : "On va faire du mieux qu'on peut". Tu leur dis : "On va soulager vos **symptômes**" (...) Donc ça, je mens beaucoup là-dessus* »

Le décès du patient, lorsqu'il doit être annoncé à ses proches, ne peut se faire que dans des conditions optimales, surtout s'il n'était pas attendu. C'est dans ce sens que le Dr U n'a pas annoncé un décès par téléphone :

- Dr U : « *j'ai dû appeler sa femme pour lui annoncer la nouvelle. (...) Et je ne lui ai pas dit que son mari était décédé. J'étais en tout début d'activité, je ne me sentais pas de lui dire quoi que ce soit par téléphone, d'autant que ce monsieur allait très bien les jours précédents* »

3.6 - Traitements

Traitements médicamenteux	Effet placebo
Homéopathie	Effets indésirables
Chimiothérapies	Acupuncture
Opération chirurgicale	

L'étude de S. Fainzang ⁽²⁷⁾ l'avait déjà souligné, et nous en avons eu la confirmation lors des différentes entrevues, le mensonge peut également porter sur les traitements en rapport avec l'affection dont souffre le patient. En premier lieu, **les traitements médicamenteux** :

- Dr H : « *le **traitement** de la colopathie, il y a des milliards de **traitements** actuellement qui sont disponibles. Bon ben voilà, nous on insiste sur le fait qu'il faut absolument les prendre à heures régulières, machin, quitte à inventer même des choses pour les **prises de laxatifs**, etc* »

- Dr R : « *quand des patients nous parlent de **certains traitements**, soit qu'on ne connaît pas, soit qu'on connaît, mais dont on ne se rappelle pas très bien **l'indication, la famille thérapeutique**... Et le plus souvent, c'est comme tu disais, un mensonge par omission, on ne dit rien, on opine du chef, on prend un air entendu* »

L'un des psychiatres interrogés a évoqué le **traitement** des épisodes d'agitation des patients déments :

- Dr O : « *Si plusieurs fois par jour il faut les maintenir, les contenir, pour leur faire une injection (...), je pense qu'on est plus délétère que lorsqu'on dissimule l'administration du **médicament** » ; « *c'est de la tromperie, parce qu'on leur donne un jus de fruit sans leur dire qu'il y a des **médicaments** dedans. Ce n'est pas être complètement franc non plus* »*

La prescription de **médicaments homéopathiques**, substances dépourvues de principe actif, a été considérée comme un acte mensonger par le Dr I :

« *C'est falsifié, parce que moi je le prescris comme un **traitement**... Enfin je le présente comme un **traitement** qui va être efficace, alors que je n'y crois pas* »

Autre catégorie de traitement ayant pu amener certains à mentir, les **chimiothérapies**. Le Dr E avait connu un médecin qui apportait une information falsifiée au moment d'introduire cette thérapeutique anti-cancéreuse :

« *Le médecin dont je te parlais, il disait qu'il faisait des perfusions d'anti-inflammatoires quand il faisait des **chimiothérapies**. Pour moi, c'est le mensonge* »

Comme nous l'avons déjà vu, le mensonge à propos de la nature d'une **opération chirurgicale** a pu exister. Le chirurgien viscéral interrogé a décrit son expérience à propos d'une **appendicite « blanche »**, et a rapporté ne jamais avoir révélé au patient le véritable diagnostic constaté en per-opératoire :

- Dr C : « *reconnaître qu'on a fait **un geste sur un truc qui ne le nécessite pas**, c'est plus du soin quoi, c'est de la mutilation quelque part. Donc c'est compliqué à expliquer au patient quoi. C'est indicible quelque part* »

A la question de savoir s'il lui était déjà arrivé de mentir pour favoriser l'observance d'un traitement, le Dr D a répondu par l'affirmative, en reconnaissant qu'il pouvait utiliser des arguments pour les moins subjectifs, en vue de renforcer **l'effet placebo** :

« *Ne serait-ce parce qu'on sait que **l'effet placebo** est renforcé par la conviction que met le médecin dans le traitement. Donc c'est évident que ça peut ressortir dans une manière de présenter un traitement, en se disant que cela va renforcer les effets thérapeutiques* »

Le mensonge médical pouvait également concerner l'omission des **effets indésirables** :

- Dr D : « *Moi je suis obligé de reconnaître que je ne vais pas forcément nommer les **effets indésirables** par crainte que le malade ne prenne pas le traitement, ou se mette à développer des **effets indésirables**... Il y a des études qui ont montré ça, l'effet nocebo* »

- Dr K : « *Mais quand c'est un **effet secondaire rare**, et que c'est le seul dont ils ont peur, ouais, ça m'arrive ça. Je leur dis : "Non non, mais celui-là, il est très bien toléré" » ; « *Mais sur les **effets secondaires** très fréquents, tu ne peux pas faire de l'omission. Que sur les **rares*** »*

Ce fut également le cas du Dr Q, qui a préféré taire le pourcentage de risque d'**effet tératogène** d'un médicament à une patiente enceinte :

« *Donc je regarde ce qu'ils mettent dans le Vidal, et ils estiment le taux de malformations à peu près à 2% (...) Elle me dit : "Mais c'est quoi le risque ?" » Et quelque part, alors que j'avais cette information du Vidal, **je ne lui ai pas donné les statistiques*** »

Le Dr E, pratiquant l'**acupuncture**, a parfois été amenée à mentir dans le cadre de cette activité :

« *Alors ça m'arrive en **acupuncture** ! De me planter de point, de ne pas piquer le bon point. Eh bien je ne le dis jamais* » ; « *je ne dis pas au patient : "En fait, je vous ai **piqué avec une aiguille**, mais pas au bon endroit* »

3.7 - Le médecin

Identité du médecin	Erreur médicale
Sentiments / Opinions	Diagnostic erroné
Indécision	Compétences techniques

Une partie des praticiens interrogés a déclaré avoir menti sur des informations les concernant, comme par exemple leur **véritable identité**. Ce fut le cas des deux médecins de soins palliatifs rencontrés dans le cadre des entretiens, qui lors d'une première entrevue avec un patient, ont omis de parler de **leur spécialité** :

- Dr D : « *Il y a très régulièrement un mensonge par omission que je fais, quand je rencontre un patient pour la première fois, c'est que je ne lui dis pas que je suis **médecin de soins palliatifs*** »

- Dr E : « *Indirectement, même parfois directement, on nous demande de ne pas nous présenter en tant qu'**équipe de soins palliatifs*** »

Certains ont considéré qu'il était possible de mentir à propos de leurs **sentiments** ou de leur **opinion** à propos d'un patient :

- Dr M : « *Et je ne lui ai pas dit **ma peur**. Et je pense que si on s'interrogeait sur le mensonge, c'était plus ça. C'est que **les médecins ne disent pas leur peur...*** »

- Dr K : « *quand tu veux te débarrasser d'un patient. Quand tu veux lui dire : "Mais vous serez nettement mieux pris en charge à tel endroit". **Alors que ce que tu penses**, c'est : "Dégagez de ma consultation" » ; « *Quand t'envoie les gens en consultation de la douleur (...) Ce que tu dis au patient, c'est : "Une prise en charge machin peut être bénéfique". Et **ce que tu penses**, c'est : "Putain, vous me faites chiez, j'en peux plus quoi". C'est un mensonge* »*

Le mensonge pouvait porter sur le ressenti du praticien à propos de symptômes, d'un diagnostic, d'un pronostic, et ce notamment dans les **situations d'incertitude**. Le médecin mentait alors pour ne pas dévoiler son **indécision** :

- Dr H : « *J'ai plus souvent vu des gens mentir...ne pas savoir avouer leur **incertitude*** »

- Dr J : « *Au début, je pense que je ne donnais pas tout, et que je devais raconter je ne sais pas quoi... (rires) non mais voilà, je suis certaine qu'en début de carrière, je ne disais pas "**je ne sais pas**" »*

Quelques praticiens ont reconnu mentir à propos des actes qu'ils avaient réalisé, notamment s'il en résultait une **erreur médicale**, avec des conséquences diverses pour le patient :

- Dr F : « *Non, je ne vais pas le dire que **je me suis trompée**, tout de façon cela n'a pas d'impact* »

- Dr N : « *Des fois c'est pas forcément des **erreurs graves**, mais bon, on peut **se tromper sur un diagnostic**, et puis être de mauvaise foi, entre guillemets, et ne rien dire* »

Par analogie, nous pouvons donner à nouveau l'exemple du Dr F, qui a proposé un **diagnostic erroné** au patient, et qui par la suite n'a pas révélé cette erreur :

« *je me dis : « Ah, ça, c'est un chalazion en fait ». Et je dis au patient « C'est un chalazion ». Au moment où je finis de l'examiner, je m'aperçois que ce n'était pas un chalazion, j'ai fait une connerie, **c'était moi qui m'étais trompée**. Et je sais pas pourquoi, je reste là-dessus. Et je dis au patient : « Oui, oui, c'est un chalazion »*

Lorsqu'elle était interne, cette jeune médecin généraliste avait estimé qu'il était préférable qu'elle ne dévoile pas ses lacunes en échographie à une patiente qu'elle prenait en charge. Le mensonge pouvait donc également être en rapport avec les **compétences techniques** du praticien :

- Dr F : « ***Je n'avais jamais fait d'échographie**, on m'avait à peine montré. Et là, **je ne savais même pas ce que je faisais**, quoi (...) Et je me souviens avoir dit : « Ah non, mais la machine ne marche pas, je vais chercher mon collègue »*

3.8 - L'hospitalisation

Motif d'hospitalisation

Hospitalisation sous contrainte

Nous avons relevé dans les propos des deux psychiatres interrogés des mensonges portant sur des informations en rapport avec l'hospitalisation du patient.

Il est arrivé que le Dr T mente à propos du **motif d'hospitalisation** réel de certains patients : « *Alors là c'est quasiment de la falsification, d'ailleurs. C'est à dire de garder, de dire à des gens qu'on les garde pour motif somatique, alors qu'on les garde plutôt pour motif psychiatrique. (...) on leur dit que c'est important de les surveiller, même si en fait, on n'est pas inquiets au niveau somatique* »

Le Dr O a reconnu qu'il ne révélait pas systématiquement à certains patients qu'il allait les faire **hospitaliser sous contrainte** en secteur psychiatrique :

« *je ne dis pas au patient ce qu'il va advenir de lui dans la journée, et ça sera au médecin qui va organiser le transfert, au moment où les ambulanciers sont là, qui va annoncer que finalement il est muté et hospitalisé sous contrainte* » ; « *je ne retourne pas dans la chambre pour dire : "Eh bien finalement, vous allez partir à l'hôpital psychiatrique"* »

3.9 - Geste technique

La réalisation d'un **geste technique**, les conséquences qu'il pouvait induire, ont parfois été source de mensonge pour certains des participants, comme le Dr H :

« *Quelquefois, on est amené à cacher des choses au patient, dans ce qu'on fait, et dans la façon dont on le fait. Concernant la durée du geste technique éventuellement, concernant éventuellement les préjudices qui peuvent apparaître à la suite du geste* » ; « *le point de suture par exemple : Où finalement, on dit : "Non non, ça va pas faire mal". Bon, finalement, on sait que même l'anesthésie locale au départ peut être douloureuse* »

3.10 - Evènements de vie du patient

Bien qu'il connaisse certains **évènements de vie du patient**, un praticien peut être amené à le garder pour lui et ne pas le révéler au patient, alors que cet élément a une importance dans sa prise en charge. Le Dr K a agi de la sorte au moment de voir une patiente chez qui elle suspectait des troubles fonctionnels, et l'a ressenti comme un mensonge :

« *je ne lui ai pas dit. Je ne lui ai pas dit que je venais d'apprendre que **son mari la battait*** »

Autre évènement notable dans la vie d'une femme ou d'un homme, **le décès d'un proche**. Il est arrivé que le médecin en charge du patient le tienne dans l'ignorance de ce fait marquant, bien souvent à la demande de la famille du malade :

-Dr J : « *on nous a dit : "Ah au fait, vous savez, **son petit-fils est mort**, et on ne lui a jamais dit* » ; « *son autre fils arrive en disant : "**Je ne veux pas qu'on dise à ma mère que mon petit frère est mort**, parce que ça va la faire mourir, et moi je ne le supporterai pas...". Donc on a accepté* »

3.11 - Résultats d'examens complémentaires

Les données d'un scanner par exemple, ou de tout autre **examen complémentaire**, ont pu être dissimulées au patient, ce qui constituait un mensonge par omission :

- Dr L : « *Elle m'a questionné sur **le scanner**, je lui ai dit que c'était à peu près **stable**, alors que... Donc là, je lui ai menti, j'ai vraiment menti* »

- Dr U : « *J'avais reçu **l'anapath d'un prélèvement** d'une fibro bronchique. On avait découvert de manière fortuite sur un scanner une plage d'atélectasie sur un lobe pulmonaire, alors qu'on faisait ce scanner pour un problème urologique. **Les résultats** nous faisaient diagnostiquer un carcinome épidermoïde du poumon. (...) je n'ai rien dit* »

3.12 - Données administratives

Obstacle médico-légal

Arrêt de travail

En présence d'éléments ne permettant pas d'affirmer avec certitude quelle est l'origine d'un décès, un médecin se doit de signaler un **obstacle médico-légal**. Un praticien a pu être amené à mentir sur ce point, ce fut le cas du Dr P avec la famille d'un patient :

*« ils m'avaient dit "Vous ne signez pas d'obstacle médico-légal" (...) Je ne sais même plus ce que j'avais dit, je leur ai dit oui je pense, ce jour-là, et j'ai coché la case **obstacle médico-légal** »*

La réalisation d'un **arrêt de travail** a également été source de mensonge pour le Dr U :

*« Quelques fois, il m'est arrivé dans des **arrêts de travail** qui ne paraissaient pas justifiés, de dire au patient que dans ces situations-là, je n'avais pas forcément le droit de faire un arrêt de travail. Ou j'avais le droit de faire un **arrêt de travail** très court dans le temps. (...) je dis au patient qu'il peut être rapidement contrôlé par le médecin conseil, et que nous sommes extrêmement surveillés, ce qui n'est pas tout à fait vrai, je le reconnais »*

3.13 - Visites à domicile

Le Dr U, médecin généraliste, a rapporté avoir menti à un patient à propos d'une **visite à domicile** qu'il ne pouvait effectuer :

*« Quelquefois, on est hyper sollicités pour des patients qui peuvent faire par exemple l'effort de venir en consultation au cabinet, et ils exigent **une visite à domicile**. Je leur dis : "Ecoutez, c'est absolument impossible, je suis débordé, j'ai déjà 5 visites cet après-midi. Je ne pourrais pas venir, donc venez". Et finalement, les patients viennent, et ça se passe très bien. Donc j'utilise le mensonge »*

4 - Justification du mensonge

Après avoir détaillé les différents mensonges qui nous ont été confiés durant ces entretiens, nous allons aborder les raisons invoquées pour justifier leur emploi. Les médecins ont utilisé plusieurs types d'arguments, qui peuvent concerner le patient, le médecin lui-même, leur relation, ou des facteurs externes.

4.1 - Arguments relatifs au patient

<i>Difficultés de compréhension</i>	<i>Niveau intellectuel ou socio-culturel</i>
<i>Ménager le patient</i>	<i>Demande du patient</i>
<i>Protéger un couple de patients</i>	<i>Comportement insupportable</i>
<i>Manque de confiance du patient</i>	<i>Eduquer le patient</i>
<i>Volonté de ne pas savoir</i>	<i>Omission thérapeutique</i>

Des médecins ont estimé que dans certaines circonstances, les patients pouvaient avoir des **difficultés de compréhension**. Le patient aurait pu ne pas assimiler correctement l'information, ce qui a conduit le praticien à mentir :

- Dr B : « *la maladie de Gilbert. La bilirubine élevée, et en fait ce n'est rien du tout. Si je commence à expliquer ça aux gens, ils vont baliser, ils ne comprennent rien. Donc "Tout va bien, c'est normal" ».*

Une autre raison invoquée pour justifier le mensonge est liée à **l'état psychologique du patient**. Ce dernier n'avait pas les ressources psychologiques pour comprendre une information, il était parfois dans **un état de déni** de sa pathologie, ce qui poussait le médecin à mentir :

- Dr E : « *Je ne lui ai pas dit parce que je pense qu'elle ne peut pas l'entendre...* »

- Dr O : « *Par exemple, tous les patients qui ont fait une tentative de suicide, ils n'ont pas le choix, il faut qu'ils voient le psychiatre. Donc ils ne veulent pas forcément tout entendre, et puis on ne peut pas forcément tout leur dire (...) Et c'est dans ce cadre-là, comme je le disais, que ça arrive de mentir par omission* »

- Dr T : « *L'omission, il y a parfois des patients, je repense au cancer, etc. Qui sont dans une part de déni, où vraiment le médecin sent qu'ils ne sont pas prêts, et ne veulent pas qu'on leur dise. Et quasiment le message "ne me dites pas, Docteur". Et finalement c'est le médecin qui porte ça* »

L'information que le médecin souhaite communiquer pourrait induire chez le patient un stress jugé inutile, voire même délétère. Dans ces cas, la raison qui a été donnée par de nombreux médecins interrogés pour expliquer leur mensonge est de vouloir **ménager le patient** :

- Dr J : « *Quand on analyse a posteriori, je pense que c'est à la fois pour ménager le patient, mais aussi pour se ménager soi* »

- Dr K : « *Leur ajouter une anxiété supplémentaire sur la fin de vie, je ne vois pas ce que ça apporte. Donc ça, je mens beaucoup là-dessus* »

- Dr T : « *Parfois le mensonge a une vocation un peu protectrice vis à vis des patients : on ne dit pas tout tout de suite, on y va doucement* »

Dans le même ordre d'idée, certains médecins ont rapporté avoir utilisé le mensonge pour **rassurer le patient** :

- Dr E : « *on ment un peu, on dit : « Oui, on va vous sédater, ne vous inquiétez pas. On fera tout ce qui est en notre pouvoir* »

- Dr J : « *Je me disais : "Je les fais patienter. Je ne sais pas, je ne peux pas leur dire que je ne sais pas, donc je vais leur dire des trucs pour les rassurer quand même". Voilà, mais c'est du mensonge, effectivement.* »

Dans le cas des infections sexuellement transmissibles, le Dr U a estimé avoir eu recours au mensonge pour **protéger le couple du patient** :

*« c'est ma façon à moi de **protéger certains couples** » ; « au fond c'était **pour protéger les patients**, parce que si j'avais annoncé la vérité directement (...) ça aurait pu avoir **des conséquences assez désastreuses** »*

Le Dr R a reconnu avoir menti car il avait le sentiment qu'un couple de patients remettait en cause ses compétences médicales, et exprimaient ainsi un **manque de confiance** en sa personne :

*« je sentais très bien que ces patients **ne me faisaient pas confiance...** » ; « ayant l'impression que **mes paroles de simple médecin généraliste ne seraient pas suffisantes**, j'ai menti »*

Le praticien pouvait également omettre certaines informations car selon lui, le patient ne lui en avait pas fait la requête. **L'absence de demande du patient** justifiait alors le mensonge :

- Dr I : *« C'est vrai que si les gens **ne me posent pas la question**, je ne vais pas leur dire qu'ils ont un cancer »*

- Dr T : *« je peux utiliser le mensonge par omission, au moins temporairement, **quand le patient ne demande pas quelque chose** »*

Pour un des médecins généralistes interrogés, certains patients **ne voulaient pas connaître** la nature d'un diagnostic, ce qui pouvait conduire au mensonge par omission :

-Dr U : *« **tout le monde ne souhaite pas connaître la vérité**, et jamais je force la volonté des gens »*

Dans le cadre de ces entretiens, nous avons remarqué qu'il arrivait parfois que le médecin choisisse d'informer un patient en fonction de son **niveau intellectuel** ou **socio-culturel**.

Ce qui pouvait, dans certains cas, conduire au mensonge :

- Dr B : « *Si c'est un **paysan**, tu n'as pas besoin de te justifier, parce qu'il ne te demande rien, voilà... Mais si c'est un **avocat**... (soupir)... là il va falloir se justifier, et donc, quelque part, il va falloir lui dire vite, parce que sinon il va vite t'accuser de lui mentir* »

- Dr E : « *Si on sent que les gens n'ont pas **les capacités de comprendre l'information**, on l'allège, on l'épure. Oui c'est peut-être plus ça, c'est de l'omission* » ; « *On doit plus omettre avec des personnes qui ont **moins de capacités intellectuelles**, ou une **barrière de la langue*** »

Effectivement, l'existence d'une **barrière de langue** pouvait amener le médecin à omettre certaines informations, selon le Dr Q :

« *je dirais des fois le mensonge un peu de lassitude, où comme **on a pas les moyens de langage** pour vraiment leur expliquer les choses complètement, eh bien voilà, on va faire des omissions, on ne dira pas, parce qu'à un moment donné, ça fait trois heures qu'on rame en essayant d'expliquer un truc, **ça ne passe pas*** »

En nous rapportant les cas d'appendicites « blanches », le Dr C a justifié son omission à propos du véritable diagnostic par le fait que le patient n'allait pas remettre en cause, ni chercher à savoir la véritable nature de l'opération. Le mensonge était ainsi permis par la **confiance** que **le patient** avait dans les propos du médecin :

« *A la limite le patient ne pose même pas la question, donc... Il nous fait **confiance*** »

Comme l'autorisent la loi et le code de déontologie, le patient peut être maintenu dans l'ignorance d'un diagnostic s'il le souhaite. Ainsi, l'omission pouvait être justifiée par le fait que **le patient en faisait la demande** et désirait ne pas être informé :

- Dr E : « *Des fois ils vont dire : « **Parce que je n'ai pas eu le souhait de savoir*** »

L'un des psychiatres interrogés a justifié le fait qu'il ne disait pas au patient qu'il allait être hospitalisé en milieu psychiatrique, afin de réduire son **risque d'agitation** :

- Dr O : « *pourquoi ne pas leur dire, parce que ça risque de faire **monter la pression**, et rendre la gestion du temps avant la mutation très compliquée* »

Au cours d'une interruption volontaire de grossesse, le Dr Q a reconnu avoir omis certaines informations car elle jugeait **le comportement de sa patiente insupportable** :

« *Je crois aussi parce que **elle commençait tellement à me gonfler...*** » ; « *j'ai choisi de ne pas lui dire. Effectivement, je pense qu'il y a eu une partie qui est quelque part, **tu me fais chier**, je me venge, je te donnerai pas l'information* »

Le Dr T, psychiatre, a reconnu utiliser parfois le mensonge afin de pouvoir **garder un patient hospitalisé**, afin de le surveiller, de l'évaluer sur le plan psychiatrique, et éventuellement de le traiter :

« *je préfère quand les gens **acceptent de rester vraiment pour travailler et mettre du sens sur la prise en charge*** »

Pour le Dr U, le mensonge à propos des visites à domiciles pouvait servir selon lui à **éduquer le patient** :

« *j'utilise le mensonge, mais là, c'est **un mensonge à visée éducative** je dirais. C'est pour montrer au patient qu'il peut se déplacer, qu'il peut faire l'effort* »

Un concept essentiel, **l'omission thérapeutique**, a été développé par deux médecins. Pour reprendre leurs propos, l'omission aurait une vertu thérapeutique pour le patient justifiant son emploi :

- Dr E : « *Toute information n'est pas forcément bonne à dire. Ou le patient, comme je dis, ne souhaite pas l'avoir. Donc c'est de **l'omission thérapeutique**, j'ai envie de dire* »

- Dr L : « *je l'ai vécu comme une **omission**, mais là c'est vraiment à **visée thérapeutique*** » ; « ***l'omission** (puisque'il y a le mensonge par omission) c'est quelque chose qu'on pratique des fois à **visée thérapeutique*** »

4.2 - Arguments relatifs au médecin

<i>Absence de suivi</i>	<i>Manque de courage</i>
<i>Ménager le médecin</i>	<i>Manque de connaissance</i>
<i>Manque de temps</i>	<i>Manque d'expérience</i>
<i>Manque de volonté</i>	<i>Peur de perdre la confiance du patient</i>

Il est indéniable que les médecins rencontrés ont aussi été amenés à mentir dans leur intérêt. Concernant par exemple le mensonge sur l'hospitalisation sous contrainte en psychiatrie :
- Dr O : « *J'espère le faire le plus souvent pour le bien du patient et de l'équipe, mais bon, je ne suis pas non plus l'Abbé Pierre. C'est probablement aussi des aménagements un peu égocentriques* »

Le Dr B par exemple, étant souvent amenée à initier l'orientation du patient, a déclaré avoir omis certaines données car elle n'effectuait qu'une intervention ponctuelle dans la prise en charge du patient, et qu'elle n'allait pas le suivre par la suite. **L'absence de suivi** était donc la raison de son mensonge :

« *je pense qu'on est amené souvent à voir des choses en première ligne, (...) et que l'on sait que l'on va passer la main à quelqu'un d'autre, (...) on est donc peut-être plus à même, ou on se sent plus obligé de lui mentir...* »

Une autre raison expliquant le mensonge réside dans le fait que certains praticiens, comme le Dr D, ne savaient pas ce que représentaient les informations à donner aux yeux du patient. **La méconnaissance des représentations du patient** justifiait alors l'omission :

« *c'est un mensonge par omission (...) mon souci est de se dire que je ne sais pas où je mets les pieds, je ne connais pas ce malade, je ne sais pas ce que, pour lui, "soins palliatifs" peut pouvoir dire* » ; « *Mais c'est dans ce premier contact, par prudence, que je préfère ne pas dire le terme de palliatif. Parce que je ne sais pas quelle représentation le patient a dans l'instant* »

Il était possible également que l'information à apporter au patient soit anxiogène, et occasionne un vécu difficile pour le médecin. Le mensonge était alors utilisé par ce dernier pour **se ménager** :

- Dr D : « *Je pense beaucoup parce qu'on a peur. On a peur de ce qu'on va induire, de ce que ça va induire chez le malade. Le prétexte, c'est le malade, mais en fait c'est nous qui avons peur, **c'est nous qui peut être du coup nous cachons derrière ça*** »

- Dr R : « *Alors là, le mensonge, pour dire quelle est sa fonction... D'une part, la fonction, il faut peut-être se l'avouer, c'est **s'épargner une annonce un peu pénible*** »

En ce qui concerne l'annonce de mauvaise nouvelle, le médecin pouvait être dans un **état émotionnel** tel qu'il ne se sentait pas prêt à révéler une information cruciale pour le patient :

- Dr I : « *Un peu de la **tristesse**, pas envie d'aborder ce sujet-là. Parce que voilà, un jour on est **pas très en forme**, on se dit... (rires) "**Si je lui en parle, je vais éclater en sanglots**" ! » ; « *c'est moi qui n'était pas prête **peut être** !* »*

- Dr N : « *ça reste éventuellement un mensonge, mais qui est parfois un peu involontaire. Soit parce que **ça nous fait mal au ventre**, parce que... je sais pas, des gens qu'on aime bien* » ; « *ça dépend, si on est bien, **si on est mal, psychologiquement**, il y a plein de facteurs qui jouent sur les mots qu'on utilise* »

A noter que cet argument a été employé par deux médecins généralistes, pour des patients avec qui ils avaient établis un lien de longue date, ou qu'ils appréciaient.

Ne pouvant apporter suffisamment d'informations à leurs patients, quelques médecins ont aussi menti par **manque de temps** :

- Dr Q : « *c'est souvent l'obstacle que l'on rencontre en médecine générale effectivement, **le temps que ça prend**. Des fois, le facteur qui fait qu'on ment par omission ou autre, c'est qu'à un moment donné, on se dit : "**Faut que j'avance, quoi. Faut que je vois les autres patients, et je ne peux plus consacrer autant de temps**"* »

- Dr U : « *Mais c'est à mon sens un mensonge qui est sans conséquence, et qui est juste effectivement **dû au fait qu'on dispose de peu de temps pour la consultation*** »

Le Dr F a également utilisé l'omission, car elle estimait que la mère d'un jeune patient ne voulait pas entendre une suspicion diagnostique difficile à accepter. Le mensonge avait lieu par **projection du médecin**, par empathie :

« Elle me demandait ce à quoi je pensais, elle ne voulait pas que je lui dise, c'est une certitude (...) **C'est ce que je ressentais**. C'est à dire qu'elle ne voulait pas que je lui dise »

Des médecins ont reconnu ne pas avoir informé un patient **par manque de volonté**. Ainsi, le Dr B par exemple, a reconnu avoir dissimulé un diagnostic de maladie de Gilbert pour cette raison :

« un mélange de **flemme**, sur quelqu'un dont tu sais que c'est perdu d'avance »

Le Dr I était également concerné :

« Parce que j'avais peut-être **pas forcément envie** d'évoquer le sujet avec elle »

Le Dr U a avancé un **manque de courage** pour expliquer certains de ces mensonges :

« Voilà, donc j'ai menti probablement par manque d'expérience, **par manque de courage** » ;
« Peut-être que je me cache derrière le mot temps pour dire que je n'avais **pas le courage** de lui annoncer cette mauvaise nouvelle »

Un **manque de connaissance** dans un domaine particulier a été une raison pour omettre certaines informations. Ceci est illustré par les propos du Dr B, qui pour rappel, est urgentiste :

« J'ai encore plus envie de pas leur dire qu'ils ont un cancer, parce que sinon ils vont me demander "Ah bon, mais **c'est quoi la statistique, la première ligne de chimio, la deuxième la troisième...**" »

Le Dr R a également reconnu avoir menti pour **masquer son manque de connaissance** à propos de certains médicaments :

« quand des patients nous parlent de certains traitements, soit **qu'on ne connaît pas**, soit qu'on connaît, mais dont **on ne se rappelle pas très bien l'indication, la famille thérapeutique...** Et le plus souvent, c'est comme tu disais, un mensonge par omission, on

*ne dit rien, on opine du chef, on prend un air entendu », « c'est qu'on parle à des patients qui (...) n'imaginent pas ce qu'est exactement le soin. N'imaginent pas que des médicaments, il en existe des milliers. **Aucun médecin ne les connaît tous.** Et plutôt que leur expliquer, ce qui prendrait du temps, qu'ils ne comprendraient peut-être pas, là aussi le mensonge est une option »*

L'emploi du mensonge pouvait également être influencé par un **manque d'expérience** du médecin :

- Dr F : « *ça me fait penser (...) à des situations de mensonge hospitalier, qui sont **liés au manque d'expérience** »*

- Dr U : « *je ne lui ai pas dit que son mari était décédé. J'étais **en tout début d'activité**, je ne me sentais pas de lui dire quoi que ce soit par téléphone. (...) Voilà, donc j'ai menti probablement **par manque d'expérience** »*

Le recours au mensonge pouvait être justifié par la crainte du médecin de **perdre tout crédibilité** auprès du patient s'il était amené à lui montrer un point faible :

- Dr F : « *Je n'avais jamais fait d'échographie, on m'avait à peine montré. Et là, je ne savais même pas ce que je faisais, quoi (...) Et je me souviens avoir dit : « Ah non, mais la machine ne marche pas, je vais chercher mon collègue ». Parce que, là encore une fois, c'est de **la crédibilité** »*

- Dr R : « *on ment aussi pour **sauver** en quelque sorte **sa crédibilité** »*

Le Dr R a insisté sur le fait qu'il lui arrivait de ne pas avouer son manque de connaissance à propos de certains traitements, **par crainte de perdre la confiance du patient** :

« *on a peur de **perdre cette confiance** pour de mauvaises raisons. (...) **perdre la confiance des patients sur des choses anodines, c'est un peu bête, et on ment...** »*

Ce jeune médecin généraliste a également reconnu avoir menti à propos du bilan diagnostique de la maladie de Lyme, car il avait l'impression que **des patients ne lui faisaient pas confiance** :

- Dr R : « *je sentais très bien que **ces patients ne me faisaient pas confiance...** (...) Et ne me sentant pas assez légitime, ou ayant l'impression que mes paroles de simple médecin généraliste ne seraient pas suffisantes, j'ai menti* »

Dernière raison relative au médecin, le mensonge par volonté **d'arrêter d'avoir à prendre en charge un patient** :

- Dr K : « *quand tu veux **te débarrasser d'un patient**. Quand tu veux lui dire : "Mais vous serez nettement mieux pris en charge à tel endroit". Alors que ce que tu penses, c'est : "**Dégagez de ma consultation**"* » ; « *quand je demande des avis au CHU, il y a 2 types de cas où je demande des avis : Il y a les fois où j'ai vraiment besoin d'un avis, et il y a les fois où je me dis qu'avec un peu de chance, le patient sera plus content avec son professeur, et **il ne reviendra pas me voir !*** »

4.3 - Arguments relatifs à la relation médecin-patient

<p>Préserver la relation</p> <p>Respect de la relation entre le médecin référent et son patient</p>	<p>Proximité entre le médecin et son patient</p>
---	---

Le mensonge a pu être utilisé par nécessité de **préserver la relation entre le praticien et son patient**. Cet élément permettait alors de maintenir un lien entre ces deux protagonistes :

- Dr E : « *Je ne lui ai pas dit parce que je pense qu'elle ne peut pas l'entendre... Que ce serait un risque de rupture dans la relation médecin-malade* »

- Dr I : « *On se dit qu'au niveau de l'alliance thérapeutique, ça ne va pas aller, si on dit au patient réellement ce qu'on pense. Ça peut être préjudiciable pour les relations futures* »

Dans le même esprit, le Dr D s'est senti contraint d'utiliser l'omission afin de **ne pas altérer la relation entre le médecin référent** du service dans lequel il intervenait ponctuellement, **et son patient** :

« *Et du coup ça va peut-être me mettre en position (...) d'être dans de l'omission, ou dans une information édulcorée, ou partielle, parce que je ne veux pas empiéter sur la relation médecin-patient sous-jacente qu'il y a dans le service* »

Il pouvait exister **une certaine proximité entre un médecin et son patient**, qui a pu être un obstacle à la révélation d'informations difficiles à entendre :

- Dr N : « *Et alors ça reste éventuellement un mensonge, mais qui est parfois un peu involontaire. Soit parce que ça nous fait mal au ventre, parce que... je sais pas, des gens qu'on aime bien* »

- Dr U : « *Voilà, alors c'est un mensonge, je dirais par omission, dû au fait que je n'ai pas trouvé le temps. Peut-être que je me cache derrière le mot temps pour dire que je n'avais pas le courage de lui annoncer cette mauvaise nouvelle, d'autant que je le connais très bien* »

4.4 - Arguments concernant l'entourage du patient

Demande de la famille

Ménager l'entourage du patient

Certains médecins ont été amenés à mentir, afin de respecter la **demande d'une famille** de ne pas révéler un diagnostic à leur proche :

- Dr J : « *son autre fils arrive en disant : "Je ne veux pas qu'on dise à ma mère que mon petit frère est mort (...)". Donc on a accepté* »

- Dr K : « *le chef qui l'a prise en charge (...) a respecté le souhait de la famille qu'on ne dise pas à la dame ce qu'elle avait* »

L'omission ou la falsification ont aussi été utilisées pour **ménager l'entourage du patient** :

- Dr J : « *son autre fils arrive en disant : "Je ne veux pas qu'on dise à ma mère que mon petit frère est mort, parce que ça va la faire mourir, et moi je ne le supporterai pas...". Donc on a accepté* » ; « *En tout cas, on n'était pas d'accord, mais on avait accepté pendant un certain temps en se disant que le fils n'était pas du tout mûr pour ça* »

- Dr L : « *Ce sont les proches qui cherchent à se protéger plutôt que de protéger la personne concernée* »

4.5 - Arguments relatifs aux traitements

Adhérence au traitement

Critères de choix objectifs

Afin de favoriser l'**adhérence** ou l'**observance** du patient à un traitement, quelques médecins ont pu délibérément mentir :

- Dr D : « *Moi je suis obligé de reconnaître que je ne vais pas forcément nommer les effets indésirables par crainte que le malade ne prenne pas le traitement* »

- Dr T : « *il se peut que parfois, il y ait certains effets secondaires que je vais taire dans un premier temps (...) pour moi le **bénéfice pour le patient de prendre le traitement** est supérieur au risque des effets secondaires* »

Le Dr M nous a confié que lors des consultations dédiées aux choix des chimiothérapies pour les cancers du sein, il préférerait taire le caractère plus ou moins alopeciant de certaines molécules. Ceci afin que les patientes choisissent un des traitements **sur des critères** qu'il juge **plus objectifs** que des critères esthétiques :

« *ça c'est une forme de mensonge, c'est une omission. Il me semble, comme ça ne concerne que 15 à 20% des malades, je ne voudrais pas que le malade se précipite sur cette espérance pour en faire un critère de choix (...) on ne voudrais pas que les malades choisissent sur cette base là, mais plutôt **sur d'autres réalités*** »

4.6 - Argument relatifs à l'information à transmettre

Information complexe	Effet négatif de la vérité
Information inutile	Information incertaine
Informations pessimistes	

Le contenu de l'information médicale, l'effet qu'elle pourrait avoir sur le patient, sont autant d'arguments qui ont pu conduire au mensonge. Notamment lorsqu'il s'agissait d'une **information contenant des données complexes**, dans le cadre d'une appendicite « blanche » par exemple :

- Dr E : « *c'est relativement **compliqué** d'expliquer ça au patient (...) Eh bien on fait un mensonge !* »

Des médecins ont également estimé que **l'information** qu'ils avaient à délivrer **n'était pas pertinente**, voire **inutile** pour le patient, et n'allait pas modifier sa prise en charge, d'où son omission :

- Dr J : « *Moi je pense qu'il y a des choses que je n'ai pas dû annoncer, parce que ça n'allait pas changer la face du monde* »

- Dr L : « *Et là, je me suis dit : "Quel sens ça a de lui dire que je ne vais pas lui faire de chimiothérapie ? Qu'il va mourir de son cancer..." (...) En situation palliative, quel intérêt ça avait de dire...* »

- Dr S : « *peut-être que de lui dire qu'elle a une Maladie d'Alzheimer, ça n'aura jamais de sens. Donc si ça ne fait pas sens, et bien je ne le dis pas* »

Pour le Dr B, n'apporter que **des informations pessimistes** était difficilement acceptable. Le mensonge servait donc à donner une impression positive au patient :

« *Je ne vais pas aller informer que des nouvelles tristes* » ; « *Je préfère mentir si j'ai trop de mauvaises nouvelles à donner* »

Certains médecins rencontrés ont aussi exprimé que la volonté d'être absolument transparent pouvait être nuisible. Ce qui revenait à mentir par crainte d'un **effet négatif de la vérité** sur le patient :

- Dr A : « *Il faut faire attention, l'excès de transparence et de vérité peut être aussi difficile* »

- Dr R : « *La vérité balancée comme ça au patient, c'est très brutal et violent* »

- Dr S : « *cette information brute qu'on pourrait donner à cette question brute qui témoigne d'une angoisse n'amènerait rien dans le bien-être du patient. Et on ne serait pas soignant* »

- Dr U : « *Il y a une expression qui dit que toute vérité n'est pas forcément bonne à dire, et bien je pense qu'elle peut aussi être valable en médecine, dans certaines situations bien précises* »

Le Dr S a rapporté le cas d'un patient à qui il avait été annoncé dans les moindres détails les caractéristiques de son cancer. Pour ce gériatrie, **l'excès de transparence pouvait avoir des effets pervers** :

*« Là, on est vraiment pas dans le mensonge, on est vraiment dans l'hyper transparence, qui est pour moi semblable à de la pornographie. Et ça eut pour effet de développer chez cet homme **un trouble anxieux absolument massif** »*

A une patiente en fin de vie à qui le Dr M a voulu expliquer en détails les démarches à suivre avant son décès, ce praticien a admis que son attitude avait peut-être été brutale. Comme si, dans certaines circonstances, la **vérité** était **préjudiciable** pour le patient :

*« j'ai pris l'exemple type de la malade pour laquelle je n'ai pas menti (...) Et en même temps, je n'ai pas mauvaise conscience, mais... Il y a des choses qui trottent dans ma tête, il y a le fait que j'ai été trop **violent** avec elle »*

C'est également le point de vue du Dr K. Cette neurologue a rapporté avoir donné sans détours le compte rendu d'une IRM cérébrale à une patiente qui en faisait la demande, et a trouvé ce comportement plutôt rude :

*« Vous voulez savoir à quoi elle ressemble votre IRM ? C'est une IRM de sclérose en plaques (...) » Cette version-là, c'est très **violent** aussi »*

Lorsque l'information comportait **un caractère incertain**, quand des éléments n'étaient pas connus avec exactitude, des praticiens ont pu se sentir contraint d'omettre ces détails :

- Dr A : *« je mens probablement plus facilement sur le pronostic (...) En plus nous n'avons **pas toujours de notion absolue sur le pronostic** »*

- Dr U : *« on n'est jamais certains de rien, et on se cache un peu derrière **ces incertitudes scientifiques** pour ne pas avoir à annoncer une mauvaise nouvelle à court terme »*

4.7 - Arguments liés à des facteurs externes

Complexité logistique	Respect de la hiérarchie
Respect de la loi	Demande d'un autre médecin
Respect du code de déontologie	Préserver le système de santé

Les différents mensonges recueillis lors des entretiens ont pu également s'appuyer sur des éléments extérieurs à la relation médecin-patient.

La **complexité logistique** en fait partie. Ainsi, la difficulté pour organiser certains soins a été mise en avant pour justifier une attitude mensongère :

- Dr A : « Où il y a des **paramètres** psychologiques de temps, d'argent, **d'organisation, de logistique**. Parfois on dit "On ne peut pas vous faire ça" Alors que l'on pourrait le faire, mais il faudrait impliquer un collègue qui est... etc. Donc on va dire « non, c'est impossible là, on va pas vous faire, il faut faire ça, ça ne servirait à rien ». Mais on sait très bien que ça servirait, mais voilà... »

- Dr O : « c'est d'ailleurs dans ces cadres là qu'il y a plutôt **des problèmes organisationnels**, et ça m'arrive de mentir par omission »

Le Dr O a relié le mensonge à propos de l'hospitalisation sous contrainte au fait que les conditions matérielles et humaines n'étaient pas réunies pour assumer les conséquences de cette information : « on va se passer de leur avis. Si on leur annonce ça, contrairement aux urgences où finalement **il y a des chambres de contention, les urgentistes et les soignants des urgences sont habitués à faire des contentions**. Là, on est quand même dans un service de médecine, parfois **il n'y a pas de contention du tout disponible, les soignants ne savent pas où c'est, et ne savent pas gérer l'après** »

Certaines personnes interrogées ont également invoqué les textes législatifs pour justifier une omission. Le **respect de la loi** pouvait donc être un argument :

- Dr D : « **Le droit** nous dit que le malade a le droit de savoir, mais il a aussi le droit de ne pas savoir »

- Dr F : « je crois que c'est **dans les textes**. Dans l'intérêt du patient, on peut ne pas délivrer une information au patient »

Dans le même ordre d'idée, le **respect du code de déontologie** était une raison pour tenir un patient dans l'ignorance d'un diagnostic (comme nous l'avons déjà vu, le texte a évolué, et le patient doit désormais en faire la demande expresse) :

- Dr D : « Rien ne dit dans "**l'information claire loyale et appropriée**" de dire d'emblée qu'il y a un cancer » ; « Le malade a droit à une information claire loyale et appropriée, mais pour des raisons qu'il apprécie en conscience, le médecin peut tenir un malade dans l'ignorance de son diagnostic. Bon c'est texto que je transcris ça. Ça a été enlevé ça, maintenant. Je veux dire par là **qu'on pouvait un peu se cacher derrière ça** »

Un médecin pouvait omettre certaines informations, car ses supérieurs préféraient agir de la sorte. Il s'agissait alors de mentir par nécessité de **respecter sa hiérarchie** :

- Dr E : « cela fait des semaines que l'on a un scanner et que c'est évident que c'est un cancer, et que **le médecin ne le dit pas**. Et nous, en tant qu'interne, on ne peut pas... On répondait à la famille ou au patient qu'on ne savait pas, qu'on attendait. Alors qu'en fait, on savait tous »

- Dr K : « le chef qui l'a prise en charge (donc c'était pas moi, moi j'étais la chef de clinique) a respecté le souhait de la famille qu'on ne dise pas à la dame ce qu'elle avait. (...) Et **ils m'ont formellement interdit d'expliquer à la dame ce qu'elle avait** »

Quelques médecins ont expliqué qu'ils leur arrivaient parfois d'agir de la sorte à la **demande du médecin référent du patient**, ou sur **requête d'un autre confrère** :

- Dr E : « *souvent c'est **nos collègues qui vont nous demander d'omettre !** Parce que comme on arrive en seconde ligne, on va nous préconiser de ne pas... de suivre en fait le... **d'aller dans la même direction que nos collègues, mentir ou omettre** » ; « **on nous demande** de ne pas nous présenter en tant qu'équipe de soins palliatifs »*

- Dr L : « **le médecin des soins palliatifs m'a supplié** de ne pas lui donner les résultats du scanner »

Pour terminer cette partie, le Dr U a déclaré avoir menti dans le cadre des arrêts de travail, afin selon lui de **préserver le système de santé** :

« *J'ai l'impression d'agir **pour le bien de société !** » ; « je préfère qu'on **protège le système** dont on peut encore bénéficier aujourd'hui, quand cela est possible. Donc là aussi c'est pour **éviter les abus** »*

5 - Conséquences du mensonge

Nous allons nous intéresser au retentissement des mensonges pour les médecins interrogés et pour leurs patients.

5.1 - Impact pour les patients

Gêne	Absence de conséquence
Etat d'indécision	

Un des retentissements du mensonge pouvait être de provoquer une **gêne du patient**. L'omission induisait alors un sentiment de mal être chez ce dernier :

- Dr D : « *Parfois je me suis demandé si le fait de ne pas avoir été suffisamment clair avait induit **une forme de confusion, de malaise** chez le patient »*

- Dr H : « *Le médecin s'était vraiment protégé, et le patient ressortait de la consultation complètement **désemparé**, sans aucune des réponses aux questions qu'il avait posées »*

Le mensonge pouvait également entraîner un **état d'indécision** chez le patient :

- Dr H : « *nous on a rien fait, et il reste **dans le flou**. On n'a pas fait avancer les choses, et on lui a caché quelques trucs »*

Selon le Dr R, l'histoire qu'il a inventé à propos de la Maladie de Lyme **n'a pas eu de retentissement** pour les patients concernés :

« *C'est **pas** un mensonge à mon avis qui aura **beaucoup de conséquences** pour les patients »*

5.2 - Impact pour la relation médecin-patient

Le mensonge peut **compromettre la relation médecin-patient**, détériorer le lien qui unit ces deux personnes. Il s'agissait de l'avis des praticiens suivants :

- Dr H : « *le mensonge rajoute... enfin, **plus qu'une barrière... un vrai mur dans la relation*** »

- Dr O : « *quand les gens s'en rendent compte, après ils développent à raison une méfiance, et il n'y a pas d'alliance thérapeutique* »

5.3 - Impact pour le médecin

Absence d'impact	Gain d'expérience
Conséquences néfastes	Changement d'attitude
Prise en charge compliquée	Partage
Perte de temps	Influence durable
Travail d'analyse	

Ces entretiens ont été l'occasion de se pencher sur le retentissement des mensonges pour les médecins interrogés. Cette attitude a non seulement pu entraîner chez eux diverses réflexions, mais elle a également occasionné l'apparition de sentiments contrastés.

Pour certains praticiens, le mensonge pouvait **ne pas avoir d'impact**, et au final n'avoir aucune conséquence négative pour le médecin :

- Dr R : « *J'en ai appelé à un mensonge un peu bête, je pense **qu'il ne m'a pas apporté grand-chose*** » ; « *il y aussi les petits mensonges du quotidien, **sans conséquences*** »

- Dr U : « *Je reconnais mentir quelques fois par falsification, pour des choses qui n'ont **aucune conséquence pour le patient*** »

Au contraire, le mensonge médical pouvait dans certains cas avoir des **conséquences néfastes** pour le médecin :

- Dr J : « *De toute façon, ça pète toujours à la figure, le mensonge. J'en suis absolument persuadée* »

Ce procédé pouvait notamment **complexifier la prise en charge** d'un patient :

- Dr E : « *je trouvais que c'était limite plus inconfortable d'être dans une sorte de mensonge sur mon identité, parce qu'après, cela nous mettait **en difficulté** pour expliquer tout ce qu'on pouvait offrir au patient* »

- Dr K : « *on a la réponse, et on ne lui donne pas. En sachant que ça a des conséquences, quoi. La dame elle est partie avec une VNI dans un avion, le retour ça a été complètement **épique à organiser*** »

Le fait de donner des explications alambiquées, d'être dans une attitude mensongère, pouvait **faire perdre du temps** au médecin :

- Dr F : « *Et puis les gens qui reviennent, et puis en fait on **perd du temps** de cette manière-là parce qu'on n'a pas bien expliqué comme il fallait* »

Autre retentissement possible de cette pratique pour certains des médecins interrogés : Le **travail d'analyse** qui s'en suivait, et qui amenait ces praticiens à réfléchir à la nature de leurs actes :

- Dr D : « *L'important il me semble, c'est de **travailler dessus**, d'avoir l'honnêteté intellectuelle d'en prendre conscience, et du coup que ça continue à **faire réfléchir**, que cela fasse **cheminer*** »

- Dr O : « *parfois **on se questionne**. "Est-ce que vraiment je l'ai fait là parce que je suis pressé, et que si je lui annonce maintenant ça va me prendre un temps fou ?". Ou "Est-ce que réellement, je le fais pour le patient ?" ; « La réflexion se fait sur le moment, et souvent **on rumine un petit peu ce genre de chose** »*

Ce processus de réflexion et d'analyse a pu apporter un **gain d'expérience** au médecin concerné :

- Dr F : « *Par contre, voilà, je m'en souviens, et j'ai envie **que ça me serve pour plus tard*** »

Pour le Dr L, cette réflexion autour d'un cas de mensonge auquel elle a été confronté a induit un **changement d'attitude** :

« *Je me suis dit : "La prochaine fois qu'on te demandera ça, tu feras vraiment... **Tu resteras dans la relation que tu as avec ta patiente, comme tu es convaincue de le faire**"* »

La falsification ou l'omission étaient des attitudes que plusieurs médecins interrogés ont choisi de **partager** avec leurs collègues ou leurs proches :

- Dr I : « *ça nous arrive **d'en parler**, justement quand on sent qu'on a un peu des difficultés, en parler à quelqu'un, c'est intéressant de voir comment l'autre ferait* »

- Dr L : « *Est-ce que l'omission que je pourrais pratiquer dans mon travail, j'en parle après à la maison ? Oui, ça m'arrive de temps en temps, quand... oui, ça m'arrive **d'en parler avec mon conjoint** par exemple* »

Au final, le mensonge, et le travail de réflexion qui se produisait par la suite chez le médecin, pouvait l'affecter profondément, et dans ce sens, avoir une **influence durable** pour la suite de sa carrière :

- Dr L : « *Ça s'est passé il y a des années, **ça m'a marqué**, je m'en souviens* » ; « *je me suis fait donner **une leçon de vie** ce jour-là* »

5.4 - Vécu positif, ou neutre

Soulagement	Compréhension
Absence de culpabilité	Conséquences judiciaires
Plaisir	Facilitation
Absence de regret	Solution

Pour un nombre non négligeable de médecins interrogés, le recours au mensonge n'inspirait pas forcément de ressenti négatif, bien au contraire :

- Dr B : « *Il n'y a **rien de mal** dans ce que j'ai fait* »

- Dr D : « ***ce n'est pas négatif** en soi, ce n'est pas condamnable en soi* »

- Dr O : « *En tout cas l'intentionnalité, à mon avis, elle peut **ne pas être négative**. Parfois c'est négatif, mais je pense qu'il y a les deux* »

Pour le Dr D, le mensonge **n'avait pas nécessairement un caractère immoral** :

« *ce n'est pas si **négatif moralement** que ça* »

Le mensonge a pu être vécu comme **un soulagement**, dans le sens où cela a permis à certains médecins de se débarrasser d'un élément considéré comme un fardeau. C'est le cas du Dr B, lorsqu'elle s'est retenue d'annoncer un cancer métastatique à l'une de ses patientes :

« ***Ouf**, déjà un truc de moins à gérer, le cancer* »

Dans cette situation, c'est **l'absence de culpabilité** qui a prédominé :

- Dr B : « *Je n'ai **aucune culpabilité** là-dessus* »

C'est même **un sentiment de satisfaction**, voire de **plaisir**, qui a pu naître chez certaines personnes interrogées lorsqu'elles mentaient :

- Dr B : « *c'est comme **un plaisir intellectuel**. De faire le tri, de choisir ce que je vais dire ou ne pas dire* »

- Dr Q : « *je dirais plutôt de la **satisfaction** (rires) ! Là, parce que à la fois, je pense qu'honnêtement, peut-être que ça va lui faire du bien* » ; « *je suis assez **satisfaite**. Là pour le coup, je ne me flagelle pas d'avoir menti !* »

Les médecins interrogés nous ont également fait part du fait qu'ils ne ressentaient **pas forcément de regret** d'avoir eu une attitude mensongère :

- Dr B : « *je **n'ai jamais regretté**, et au contraire* »

- Dr L : « *là je **ne regrette pas du tout*** »

La **contrariété**, ou la **gêne**, n'étaient pas systématiquement associées au mensonge :

- Dr K : « ***c'est pas des mensonges dont j'ai particulièrement honte*** »

- Dr R : « *Donc en l'occurrence je n'ai **aucun scrupule** à mentir. Pour les exemples que j'ai donnés* »

Certains praticiens ont été prêts à reconnaître qu'ils **acceptaient** leurs attitudes :

- Dr F : « *c'est des situations particulières, et je pense que ça peut être **acceptable*** »

- Dr O : « *je pense que si on ment, même si on se trompe, dans l'intérêt du patient, ça peut s'entendre, et ça peut **s'accepter*** »

Une donnée intéressante à signaler est le **vécu contradictoire** perçu dans les propos de plusieurs médecins interrogés. Le mensonge, avéré et reconnu par ces derniers, n'a pas été nécessairement vécu comme tel :

- Dr B : « *C'est parce que toi tu m'interroges là-dessus. Mais moi je **ne le prenais pas comme un mensonge*** »

- Dr D : « *ok, j'assume, **c'est un mensonge** par omission, sur ta définition de départ. Moi, en même temps, **je n'ai pas l'impression d'être dans du mensonge** »*

Dans le même esprit, l'omission n'a pas été vécue comme du mensonge par le Dr E : « *je pense que **l'on doit être nombreux à faire de l'omission**. Toute information n'est pas forcément bonne à dire (...) **Le mensonge par contre, je ne pense pas le pratiquer** » ; « *C'est vrai que des fois, **on va omettre**, on va volontairement pas se présenter...Mais pour le coup **je ne mens pas !** »**

Le Dr G estimait légitime que certains puissent utiliser le mensonge. Il était donc dans une attitude de **compréhension** :

« *C'est une tentation, je pense qu'on peut **comprendre** qu'on puisse y succomber parfois ! »*

Pour plusieurs personnes interrogées, l'utilisation du mensonge était **appropriée** dans certaines circonstances :

- Dr F : « *ça fait peut-être partie pour moi de quelque chose d'**approprié**, même si ça paraît choquant...Oui, ça fait peut-être partie de la partie **appropriée**...* »

- Dr R : « *Quand on a l'impression que l'information, la vérité, vient plutôt nuire au patient que le servir, là c'est une situation où c'est **légitime** de mentir »*

Plusieurs praticiens ont également expliqué qu'ils **ne pensaient pas** forcément aux **conséquences judiciaires** éventuelles d'une attitude mensongère :

- Dr F : « *Des **problèmes médico-légaux**, on en a. La question se pose. Mais dans des situations de falsification, je dirais **non** »*

- Dr U : « *je ne pense jamais à l'**aspect médico-légal du mensonge**, jamais »*

De même, le mensonge n'avait **pas forcément de caractère répréhensible** :

- Dr F : « *elle **n'est pas punissable** absolument »*

Le Dr H a estimé quant à lui que le mensonge pouvait parfois être assimilé à un **devoir**, comme si ce praticien se sentait tenu de mentir :

*« est-ce que ce n'est pas du **devoir** du médecin quelques fois de leur mentir sciemment, pour que justement eux se protègent »*

Pour cet urgentiste, le mensonge permettrait de **simplifier** les situations difficiles :

*« Donc ça a **simplifié** les choses »*

Le mensonge pouvait être vécu comme une **solution** légitime pour résoudre un problème médical :

- Dr N : *« A court terme, je pense que c'est la raison pour laquelle on utilise le mensonge, on en trouve un **bénéfice**. (...) on pense que c'est **plus intéressant** et **c'est mieux** de mentir »*

- Dr O : *« Il y a des mensonges où le menteur pense qu'il fait de son mieux, et que c'est **la meilleure solution** »*

5.5 - Vécu négatif

Lâcheté	Rejet
Egoïsme	Incompréhension
Culpabilité	Regret
Manque de professionnalisme	Trahison
Frustration	Rétrograde

A l'opposé, le fait de mentir a fait naître de nombreux **sentiments négatifs** :

- Dr A : « *Dans le côté mensonge, il y a quand même quelque chose de vraiment **négatif*** »
- Dr D : « *la notion de mensonge donne une **connotation péjorative** à une manière de faire* »

Mentir pouvait être vécu comme un manque de courage, une preuve de **lâcheté** :

- Dr B : « *Parfois quand je ne dis pas la vérité, c'est (...) par **lâcheté*** »
- Dr D : « *une forme de **lâcheté*** »

Cette manière d'agir a provoqué une **gêne** ou un mal-être chez un grand nombre de médecins :

- Dr B : « *Ça me **gêne** de mentir* »
- Dr D : « *il y a un caractère de jugement implicite qui forcément me met **pas à l'aise*** »
- Dr K : « *J'étais **pas fière de moi**, clairement* »
- Dr R : « *j'ai un mensonge qui n'est pas très glorieux. J'ai **un peu honte*** » ; « *J'ai pas de remord particulier, plutôt **une petite honte** d'avoir fait une chose inutile, bête, qui ne m'a rien apporté* »

Le mensonge pouvait également être vécu comme une **contrainte**, une obligation :

- Dr B : « *On se sent plus **obligé** de lui mentir... »*
- Dr L : « *J'avais ma façon de faire à moi, et j'étais **obligée** de composer avec l'équipe qui prenait en charge cette patiente à l'instant t »*

Enoncer une assertion contraire à la vérité a induit un sentiment **d'égoïsme** chez certains médecins :

- Dr B : « *Peut-être que c'est **égoïste** ce que j'ai fait »*
- Dr D : « *avec une motivation **égoïste** derrière »*

Cet acte les a également plongés dans un état **d'insatisfaction** et de mécontentement :

- Dr E : « *c'est **pas satisfaisant** du tout hein... **Je n'aime pas** du tout cette situation »*
- Dr F : « *c'est quelque chose que je **déteste** faire »*
- Dr O : « *moi **je n'aime pas bien**, parce que j'estime qu'on doit la vérité au patient »*

De même, travestir la vérité a pu induire une sensation **d'inconfort** :

- Dr L : « *j'ai aussi au sein de ma famille même expérimenté le... comment dire ? **Le mal** que ça pouvait faire (sous prétexte de protéger un patient de la gravité de sa maladie) de ne pas l'informer, de mentir sur le fait qu'il y avait un cancer »*
- Dr O : « *parfois on le ramène avec soi, parce que ça n'est pas très **confortable** »*

Le Dr D a estimé que derrière la volonté de vouloir expliquer une attitude mensongère à ses collègues, il pouvait exister un **sentiment de faute** ou de **culpabilité** chez le médecin concerné.

« *L'excès de justification dissimule souvent bien... voilà... un mobile, un sentiment de **culpabilité** »*

Pour ce médecin de soins palliatifs, ainsi que pour un des urgentistes, mentir a été perçu comme un **acte immoral** :

- Dr D : « *cette **connotation négative** sur le plan **moral*** »

- Dr H : « *il est clair, pour en avoir parlé quelques fois avec des copains, ça les **choque** qu'on puisse vraiment sciemment mentir aux gens* »

Dissimuler une vérité a aussi été considérée par certains comme une **fuite des responsabilités**, une façon de ne pas assumer son rôle de médecin :

- Dr D : « *J'ai toujours la vision, sur ce prétexte, de se **déresponsabiliser**, se **défausser**, se **planquer** derrière une famille, se **planquer** derrière le collègue* »

- Dr O : « *ce n'est pas très satisfaisant, c'est un peu comme si on se **débinait*** » ; « *ça donne l'impression qu'on n'est pas là quand il y a des situations qui peuvent éventuellement se corser un peu, et qu'il faut **assumer ses décisions*** »

Par analogie, cette attitude a quelquefois été conçue comme un **manque de professionnalisme** :

- Dr H : « *les gens que j'ai connu en tout cas...qui m'ont marqué, plutôt. M'ont marqué de part leur façon de mentir pour se protéger eux. Et après, c'est forcément des gens que tu considères comme étant **des mauvais professionnels*** »

- Dr K : « *tu as l'impression de **ne pas faire ton boulot**, quoi. La dame, elle pose des questions, nous notre travail c'est quand même de répondre à leurs questions, dans la mesure de ce qu'on peut faire. Et là, on a la réponse, et on ne lui donne pas* »

Par ailleurs, un sentiment de **frustration** a pu naître chez le médecin qui occultait volontairement des informations à ses patients :

-Dr I : « *c'était plus **frustrant** pour moi, parce que j'avais l'impression d'une incompréhension* »

Certains médecins n'ont pas approuvé les attitudes mensongères qu'ils ont parfois vécu, ce qui a pu créer chez eux un état de **rejet** :

- Dr K : « *ils m'ont formellement interdit d'expliquer à la dame ce qu'elle avait. Et franchement, j'ai **détesté**, quoi. J'ai vraiment **détesté*** »

- Dr T : « ***J'ai toujours été très en réaction** par rapport à ce côté-là, l'usage du placebo pour tromper le patient, et aussi le côté très paternaliste de "Je ne dis pas au patient ce qu'il a, je vais informer la famille...". Ça, ça me met hors de moi* »

Le mensonge a pu être perçu comme une **solution de facilité**, une pratique qui ne demandait pas d'effort de la part du médecin :

- Dr G : « *Donc toute une série d'informations pour lequel il aurait été **plus simple** de lui dire "Non non, ne vous inquiétez pas, c'est juste une pneumonie, tout va bien se passer" » ; « *Donc **la facilité**, ça serait de dire : "Ben, je n'en parle pas" »* »*

- Dr I : « *c'est un peu **la facilité*** »

Cette attitude a même été vécue comme un acte **stupide** :

- Dr F : « *c'est une situation que j'ai trouvé **très bête**, parce que c'était un mensonge **très bête** !* »

- Dr Q : « *c'est un peu **minable**, ce petit côté "Moi je connais un truc, et je te le dirais pas" » ; « *on se dit que c'est un peu **minable** comme réaction, c'est pas le meilleur de nous-même, on va dire* »*

Ce qui a même provoqué chez la jeune médecin généraliste un sentiment d'**incompréhension**, l'amenant à exprimer des **regrets**, tout comme d'autres praticiens :

- Dr F : « *Et après justement, j'y ai repensé (...) en me disant « **Mais pourquoi ?** » ; « *j'ai clairement **regretté*** »*

- Dr Q : « *J'ai eu des **regrets** par contre, parce que dans mes motivations pour ne pas lui dire, il y a des éléments qui n'étaient pas médicaux* »

- Dr R : « *je **regrette** les choses après coup* »

Le Dr N a perçu le mensonge comme un acte **violent** :

*« je trouve que c'est un peu **brutal**, le terme de mensonge, même par omission »*

La rétention d'information a été vécue comme une **trahison** par le Dr L, un manque de loyauté envers le patient :

*« c'est quelque chose qui est plus proche de la **trahison** »*

Ces différents ressentis négatifs, retrouvés de façon quasi constante au cours des entretiens, ont pu amener certains médecins à garder le mensonge pour eux-mêmes, et être ainsi dans une forme de **censure** de leurs actes :

- Dr F : *« **Ce n'est pas quelque chose dont on se vante, c'est clair** » / « **C'est un petit secret bien entretenu, j'ai l'impression (sourire). En fait, en réfléchissant à ça, c'est comme si il fallait préserver le mystère, enfin...** »*

Le mensonge a également été vécu comme une **attitude irrespectueuse envers le patient** :

- Dr E : *« **laisser planer le doute d'un diagnostic ou d'un pronostic, je pense que c'est prendre les gens pour des imbéciles entre guillemets** » ; « **c'est peut-être le côté infantilisant, méprisant, du médecin qui croit savoir...** » ; « **C'est méprisant pour le malade, je pense** »*

Pour le Dr Q, ce comportement a semblé **irrespectueux pour le patient**, car il s'agissait quelque part d'une négation de son autonomie :

*« **Ce qui m'embête un petit peu dans le fait de mentir malgré tout, c'est que même si on le fait pour des raisons qui nous semblent bonnes, dans l'intérêt du patient, ça veut dire forcément qu'on se substitue au patient pour savoir quel est son intérêt à lui. C'est qu'on a décidé sans lui que c'était mieux pour lui qu'il ne sache pas, ou qu'il n'en sache pas autant...** »*

Le Dr J, qui a rapporté ses expériences d'omission à la demande de la famille du patient, a considéré ces attitudes comme une **aberration** :

« *"Ah au fait, vous savez, son petit-fils est mort, et on ne lui a jamais dit." Sa famille ne voulait absolument pas qu'elle le sache, (...) Moi je trouvais ça **insensé** »*

Pour le Dr B, le mensonge a été vécu comme une attitude d'un autre temps, **rétrograde** et conservatrice :

- Dr B : « *Maintenant quand tu mens, tu passes pour **un... vieux jeu** »*

6 - Bénéfices apportés par le mensonge

6.1 - Bénéfice pour le patient

Ne pas angoisser le patient	Eviter les effets indésirables
Fin de vie confortable	Adhérence au traitement
Apaiser le patient	Préparer le patient
Respect du patient	Traiter le patient
Effet placebo	

Dans la grande majorité des cas, et ce pour des motifs divers, le bénéficiaire du mensonge était **le patient** :

- Dr B : « *Je suis intimement persuadée que je ne fais ça que **dans l'intérêt du patient*** »
- Dr F : « ***Dans l'intérêt du patient**, on peut ne pas délivrer une information au patient* »
- Dr L : « *j'ai pas l'impression d'avoir nui du tout au patient, je pense que c'était vraiment **dans son intérêt*** »

Pour de nombreux praticiens, le principal bienfait du mensonge était de **ne pas angoisser le patient**, de lui éviter des situations sources d'anxiété :

- Dr E : « *Je ne le dis pas, pour **ne pas créer d'anxiété*** »
- Dr R : « *C'est toujours ça de pris, si les patients peuvent **vivre une semaine de plus sans connaissance du diagnostic*** »

Lors du second entretien, le Dr B a elle aussi exprimé la volonté de ne pas éveiller d'**angoisse** chez le patient :

« *L'information, c'est primordial, mais **pas au prix de l'angoisse** que cela va susciter chez le patient* »

Pour cette ancienne urgentiste justement, l'omission pouvait permettre d'éviter l'apparition d'une souffrance psychologique chez un patient dont les jours étaient comptés, et ainsi essayer de lui apporter **une fin de vie confortable** :

- Dr B : « *Tu veux lui **gâcher les dernières semaines de sa vie** en lui disant "Vous savez, vous allez bientôt mourir dans d'atroces souffrances parce que vous en avez partout" ? "Non, profitez de la vie" "Et puis à votre âge, on peut manger, boire, fumer, ouh là, pas de régime" »*

Certains médecins interrogés ont estimé que leur mensonge avaient permis **d'apaiser le patient**. Le confort du patient a été un argument pour justifier une omission :

- Dr A : « *Ça c'est du mensonge pur et net ! Or, les gens étaient **apaisés** »*

- Dr R : « *C'est quand même beaucoup plus simple de dire qu'elle a une tension à 13, alors qu'on l'a trouvée à 15. (...) La patiente va partir **rassurée**, elle pourra dire à son mari qu'elle a une bonne tension... »*

Le Dr D considère avoir menti par **respect pour le patient**, estimant que ce dernier n'était pas prêt à entendre une mauvaise nouvelle :

« *C'est un souci de **respect** de ce qu'il est, de là où il en est, des représentations qu'il se fait de la maladie, des soins, etc (...) Donc, au fond de moi, c'est **par respect pour lui** »*

Ce médecin a également reconnu avoir menti afin de **renforcer l'effet placebo** d'un traitement, et donc de servir indirectement le patient :

- Dr D : « *On sait que **l'effet placebo** est renforcé par la conviction que met le médecin dans le traitement. Donc c'est évident que ça peut ressortir dans une manière de présenter un traitement, en se disant que cela va **renforcer les effets thérapeutiques** »*

Ce fut également le cas du Dr Q :

« *je lui ai quand même un peu **survendu le médicament** en disant que ça marchait bien, que ça donnait de bons résultats (...) Si elle est **convaincue que le traitement lui fait du bien**, il y a aussi des chances qu'il lui fasse du bien. C'est dans son intérêt, c'est pour son bien ! »*

De même, le Dr D a estimé que l'omission de certains **effets indésirables** pouvait permettre au patient de **ne pas les développer** :

*« Moi je suis obligé de reconnaître que je ne vais pas forcément nommer les effets indésirables par crainte que le malade ne prenne pas le traitement, ou **se mette à développer des effets indésirables...** »*

Ainsi, ces différents éléments en relation avec la thérapeutique permettaient de **renforcer l'adhérence du patient au traitement** proposé, et d'espérer une amélioration de son état de santé. Le mensonge constituait alors un bénéfice pour le patient, selon le Dr F :

*« c'est parfois plutôt le bénéfice, **pour favoriser l'observance**. C'est plutôt dire : « Ah ce médicament, il marche très bien ». Alors qu'il marche nor...on va dire, il un effet... pas miraculeux quoi » ; « C'est forcément un peu de mensonge, faut pas se mentir ! Mais c'est aussi une manière de présenter les choses. C'est à dire que, à un moment, **si on veut emmener le patient, si on veut qu'il nous suive**, il faut que nous aussi on montre une certaine forme de motivation à faire une prescription »*

Par ailleurs, l'utilisation du mensonge à un stade initial de la prise en charge pouvait servir à **préparer le patient**. L'amener progressivement à être dans les meilleurs dispositions psychologiques possibles pour supporter l'annonce d'une maladie :

- Dr I : *« c'est pour un peu **préparer** les consultations d'après, ça pouvait être une ouverture au dialogue futur »*

- Dr K : *« Pour qu'il ait le temps de faire **son cheminement** » ; « c'est **un élément d'un parcours**, enfin tu vois pour moi, le mensonge, c'est vraiment quand tu ne dis pas tout en attendant d'être sûre de pouvoir annoncer **dans de bonnes conditions** »*

Le Dr T a rapporté avoir menti avec ses collègues à une patiente, afin de la garder hospitalisée, de l'évaluer sur le plan psychiatrique. Ce qui a permis de mettre en place des soins adaptés. Le mensonge a donc été utilisé indirectement **pour traiter la patiente** :

*« ça nous as permis de mieux évaluer, et de **mettre en place un soin pour la mère** »*

6.2 - Bénéfices pour le médecin

Gain de temps	Contrôle de la situation
Diminution de la charge de travail	Arrêter de prendre en charge le patient
Protection	Vengeance

Certains praticiens interrogés ont aussi rapporté avoir menti pour des motifs personnels, parmi lesquels la volonté de **gagner du temps** :

- Dr R : « *Des choses dont on s'imagine, avec une personne âgée, s'engager dans cette discussion-là, c'est **perdre son temps**. C'est quand même beaucoup plus simple de dire qu'elle a une tension à 13, alors qu'on l'a trouvée à 15* » ; « *Peut-être que j'avais l'impression que ça me faisait **gagner du temps**. Si je parlais dans cette discussion-là* »
- Dr U : « *C'est uniquement **pour gagner peut-être un peu de temps** sur la discussion* »

Nous pouvons assimiler cette attitude à celle du Dr H, pour qui le mensonge a pu servir à **diminuer sa charge de travail** :

« *c'est un petit peu dans ton intérêt, **pour éviter des sur-consultations*** »

Dans les situations difficiles, source de stress aussi bien pour le patient que pour le médecin, ce dernier pouvait également être amené à mentir **pour se protéger**, pour s'éviter d'avoir à donner des nouvelles compliquées à annoncer :

- Dr D : « *il peut y avoir une part de mensonge, parce que on est dans une posture où nous ne sommes pas à l'aise, et on veut **se protéger*** »
- Dr J : « *Quand on analyse a posteriori, je pense que c'est à la fois pour ménager le patient, mais aussi **pour se ménager soi*** »
- Dr L : « *il y a des gens encore qui ont des visions assez paternalistes. Mais en fait ils **se protègent** eux même, quoi. Mais en même temps, c'est tellement difficile que je pense que les malades ont leurs **mécanismes de défense**, les médecins aussi* »

Le Dr D a justifié cette volonté de se préserver par l'apparition d'un **sentiment de culpabilité** à l'annonce d'une mauvaise nouvelle :

*« c'est évident, par rapport à cette problématique grave d'annoncer une maladie grave, c'est le **sentiment de culpabilité**... d'annoncer, de se sentir comme un oiseau de mauvaise augure »*

Le mensonge pouvait également permettre au médecin d'asseoir son autorité, et, comme pour le Dr Q, de **prendre le contrôle** d'une situation complexe :

*« Il y a avait au moins un truc sur lequel j'avais le **contrôle**, via cette information. Donc dans ce bordel qu'elle nous foutait de partout, et qu'on n'arrivait rien à faire, eh bien voilà, j'avais le **contrôle** là-dessus. Et ça été une façon d'exercer mon **contrôle** de médecin »*

La falsification pouvait servir le médecin afin d'**arrêter de prendre en charge un patient**, et éviter ainsi d'avoir à s'occuper d'une personnalité difficile :

- Dr K : *« quand je demande des avis au CHU, il y a 2 types de cas où je demande des avis : Il y a les fois où j'ai vraiment besoin d'un avis, et il y a les fois où je me dis qu'avec un peu de chance, le patient sera plus content avec son professeur, et **il ne reviendra pas me voir** ! (rires) "Oh, c'est compliqué, je pense qu'il faut que vous alliez voir le Professeur Truc-Machin, il s'occupera mieux de vous". Et des fois ça marche ! »*

Enfin, un bénéfice difficilement avouable, évoqué par le Dr Q : le mensonge lui a servi comme un élément d'une **vengeance** envers une patiente qu'elle jugeait pénible :

*« j'ai choisi de ne pas lui dire. Effectivement, je pense qu'il y a eu une partie qui est quelque part, tu me fais chier, **je me venge**, je te donnerai pas l'information »*

6.3 - Bénéfices pour la relation médecin-patient

Le mensonge a pu servir à **préserver la relation entre un thérapeute et son patient**, éviter qu'elle ne se détériore par l'annonce d'une vérité difficilement compréhensible pour le malade :

- Dr E : « *Je ne lui ai pas dit parce que je pense qu'elle ne peut pas l'entendre... Que ce serait **un risque de rupture dans la relation médecin-malade** »*

- Dr I : « *On se dit qu'**au niveau de l'alliance thérapeutique**, ça ne va pas aller, si on dit au patient réellement ce qu'on pense. Ça peut être préjudiciable pour les relations futures »*

6.4 - Bénéfices pour un tiers

Enfin, le mensonge a pu être pratiqué dans **l'intérêt de l'entourage du patient**, là aussi afin de ne pas occasionner de **stress** pour ces derniers :

- Dr A : « *finalement le mensonge, j'ai l'impression qu'il est parfois quelque chose qui est... l'angoisse, la projection du médecin ou **de la famille**, qui a **peur**, qui préfère mentir, en disant "mais il va s'effondrer" »*

- Dr J : « *c'est d'ailleurs parfois ce qu'on dit sur les familles. Ils ne veulent pas qu'on lui dise, mais qui préserve qui ? On sent bien que parfois, c'est pour que **les familles se préservent elles-mêmes** »*

7 - Evolution du mensonge médical

Lors de ces entretiens, nous avons pu aborder l'évolution du mensonge médical durant ces dernières décennies. Nous avons notamment cherché à savoir si les médecins interrogés avaient vécu certains comportements paternalistes propices au mensonge médical, et quel était leur regard sur ce phénomène. Les témoignages les plus détaillés ont été le fait de médecins ayant déjà quelques années de carrière derrière eux.

7.1 – Perceptions de l'ancien mensonge médical

Information succincte	Rejet
Fréquent	Absence de jugement
Norme	Absence de vécu négatif

Les Dr J et N, qui ont débuté leur carrière dans les années 1970 et 1980, ont tous deux été d'accord pour affirmer qu'à cette époque, l'information médicale était extrêmement parcellaire. Le diagnostic et les éléments pronostics étaient donnés de manière **succincte** :

- Dr J : « *Mais c'est sûr qu'on ne disait pas tout* »

- Dr N : « *la période où on ne disait rien aux patients, où on parlait à mots couverts, et sans forcément évoquer de diagnostic* » ; « *les mots ne sont pas utilisés, les diagnostics ne sont pas donnés* » ; « *quand j'étais interne, dans les diagnostics graves, à mon avis, assez souvent ce n'était pas dit. Clairement. Enfin on disait que c'était grave, mais on ne disait pas grave comment, ni grave pourquoi. Clairement. L'information était très succincte, quand elle existait* »

Cette rétention d'information pouvait également porter sur **les traitements** :

- Dr N : « *On ne voulait **pas donner d'indication** sur les médicaments. Ni sur les effets, ni sur les indications, et ni sur les effets secondaires* »
- Dr U : « *Les gens n'étaient pas au courant des diagnostics, **encore moins des traitements*** »

Le Dr N a évoqué le fait qu'auparavant, **les notices des médicaments comportaient moins d'indications sur les effets secondaires** que celles que l'on trouve aujourd'hui. Ceci pouvait donc faciliter l'omission de certains effets indésirables :

« *Au même titre que si vous reprenez des **notices de médicaments d'il y a 30 ans**, les effets secondaires des médicaments, il n'y avait pratiquement **rien dedans**. Maintenant, c'est complètement exhaustif* »

A cette époque, le recours au mensonge médical semblait **fréquent** :

- Dr J : « *J'étais interne en 73, donc...oui, je vous dis, je pense que pendant mon expérience d'interne et de clinicat, oui, j'ai vu **beaucoup de choses qui étaient cachées aux patients*** »
- Dr N : « *L'information était très succincte, quand elle existait. Alors là, c'était **fréquent*** »
- Dr U : « *on ne peut plus cacher la vérité. Ce qui était **largement pratiqué** lorsque j'étais étudiant, il y a 30 ans* »

Cet acte était même considéré comme une **norme**, tellement il s'agissait d'un phénomène répandu et accepté par la communauté médicale :

- Dr B : « *C'était entre guillemets **normal** de mentir, on va dire* »

Pour le Dr B, les médecins qui n'agissaient pas de la sorte étaient considérés comme des **avant-gardistes**. Donner l'information médicale s'apparentait alors à une attitude progressiste :

« *Avant, quand tu disais la vérité, tu passais pour **un avant-gardiste*** »

Certains médecins interrogés ont exprimé leur **rejet** de cette façon de communiquer avec le patient :

- Dr G : « *J'ai pu voir moi des praticiens qui avaient un abord très paternaliste du patient. Moi ça ne m'a **jamais séduit*** »

- Dr J : « *c'était il y a longtemps, donc assez paternaliste comme époque (...) Mais je n'étais quand même **pas complètement satisfaite**, ça ne m'allait pas trop* »

- Dr Q : « *s'agissant d'une patiente très jeune, il n'avait pas su comment lui dire qu'elle avait un cancer du côlon. Donc il l'a fait opérer le lendemain sans lui... Alors c'est un truc qui nous paraît aujourd'hui juste **hallucinant** qu'on puisse faire un truc pareil* » ; « *quand elle m'a raconté ça, je suis restée scotchée, en me disant : "**Mais comment on peut faire un truc pareil ?**"* »

A l'inverse, le Dr N **n'a pas émis de jugement** sur les pratiques de cette époque, estimant qu'elles ne pouvaient être critiquées avec notre regard actuel :

« *Je dirais qu'aujourd'hui, quand on regarde ce qui s'est passé il y a 20 ans, **on n'a pas les mêmes regards**, on n'a pas la même culture, les choses ont évolué, il y a plein de choses qui ont évolué dans la connaissance* » ; « *je n'ai **pas de jugement**, je pense que c'était une autre époque, voilà, d'autres habitudes* »

Pour le Dr J, cette rétention d'information n'était **pas forcément mal vécue** par certains patients :

« *Les patients, je vous dis, ils **adoraient** le patron, qui était un type vraiment sympa, vraiment chaleureux...voilà. Mais c'est sûr qu'on ne disait pas tout* »

7.2 - Justification de l'ancien mensonge médical

Paternalisme médical	Rôle passif du patient
Manque de formation	Limite des examens complémentaires

Plusieurs facteurs favorisaient autrefois l'utilisation du mensonge médical. **Le paternalisme médical**, la communication pour le moins laconique qui y était associée, en faisait partie :

- Dr B : « *Mon patron (...) n'hésitait pas à un peu mentir, à un peu **infantiliser le patient*** »
- Dr J : « *c'était il y a longtemps, donc assez **paternaliste** comme époque* »
- Dr U : « *à l'époque il y avait une relative **toute puissance** des médecins par rapport aux patients* »

Selon le Dr U, cette attitude prévalait à l'époque à cause d'un **manque de formation**. Les techniques pour communiquer avec le patient n'étaient pas enseignées :

« *Et c'était probablement cette façon de faire, un **manque de formation**, c'est ce qui se faisait un petit peu à l'époque, et c'était comme ça* » ; « *les gens **n'étaient pas formés**, ne se posaient pas la question de savoir s'il fallait informer ou pas le patient* »

D'après quelques médecins rencontrés, le **patient** était alors cantonné à un **rôle passif**, pas encore considéré comme un acteur de son état de santé, comme c'est le cas aujourd'hui :

- Dr A : « *Je pense que c'est aussi parce que les gens n'avaient pas tous **les outils pour argumenter**, et c'est plus facile actuellement* »
- Dr N : « *Soit on prenait les gens pour des enfants qui étaient incapables de... qui étaient un peu décérébrés, **qui n'étaient pas capables de raisonner** (...) Et que peut être que **les gens aussi ne posaient pas les questions**. Soit n'osaient pas, soit ne voulaient pas, soit pensaient que ça ne se faisait pas* »

Les **examens complémentaires étaient moins performants**, ce qui favorisait l'emploi du mensonge selon le Dr A :

« *Mais c'est vrai qu'à l'époque, **on n'avait pas de scanner** pour faire un diagnostic de lésion cérébrale, donc on pouvait un peu raconter n'importe quoi, et du coup même délirer et mentir* »

7.3 - Evolution des pratiques

Légifération des pratiques

Habitude de la transparence

Au fil des années, certains éléments ont permis de faire évoluer l'information médicale, et par la même, de réduire progressivement l'utilisation du mensonge dans la relation médecin-patient. L'apport d'une information transparente s'est imposée en partie grâce à la mise en place d'un **cadre légal** :

- Dr F : « *j'ai l'impression aussi qu'il y a pas mal de médecins plus âgés qui ont pris le pli, parce qu'on est aussi la génération du **médico-légal**, et ça pousse aussi à changer sa façon d'exercer* »

Désormais, les médecins semblent avoir pris **l'habitude** de faire preuve de **transparence** dans leur relation avec les patients.

- Dr K : « *A mon avis, on a tous été plus ou moins **élevés comme ça**, je pense que c'est une culture médicale qui se répand de plus en plus* »

- Dr U : « *aujourd'hui, on ne peut plus envisager de soigner des gens sans leur dire dans les situations qui le nécessite, qui sont sérieuses, **on ne peut plus cacher la vérité*** »

7.4 - Evolution personnelle du médecin

Admettre l'incertitude

Transparence

Certains médecins interrogés ont affirmé avoir évolué dans leur rapport au mensonge, et ce entre le début de leur carrière et l'époque actuelle. Par exemple, les Dr F et J ont **appris à avouer leur incertitude**, ce qui pouvait leur éviter d'être dans une attitude d'omission :

- Dr F : « *maintenant j'ai appris à dire « je ne sais pas »* »

- Dr J : « *Là j'ai changé, là aussi. J'ai appris à le reconnaître : "On ne sait pas, c'est comme ça la médecine" » ; « Mais vraiment, ça c'est quelque chose que j'ai appris à dire. A dire aux gens : "On est dans l'incertitude" »* »

Lors de l'entretien avec le Dr U, ce dernier a exprimé l'idée qu'actuellement, il avait l'impression de moins mentir à ses patients, qu'il faisait preuve de plus de **transparence** :

« *mon attitude a changé. Elle a changé chez tous les médecins, elle a changé chez moi. Maintenant, dans la pratique de tous les jours, on essaye d'être au plus près de la vérité, surtout si c'est une demande du patient »* »

8 - Limites et alternatives du mensonge médical

8.1 - Limites du mensonge médical selon les praticiens interrogés

<i>Adhérence au traitement</i>	<i>Expertise d'une erreur médicale</i>
<i>Reconnaissance des effets secondaires</i>	<i>Patient acteur</i>
<i>Recherche clinique</i>	<i>Niveau socio-culturel élevé du patient</i>
<i>Aspect médico-légal</i>	<i>Internet</i>
<i>Progrès des techniques d'imagerie</i>	<i>Pathologie rapidement évolutive</i>

L'objectif de ces entretiens était d'explorer des situations de mensonge, d'analyser le ressenti des médecins lorsqu'ils avaient vécu ces expériences. Néanmoins, dans certaines circonstances, il existait des facteurs qui empêchaient les médecins interrogés de mentir. C'est ce que nous aborderons dans cette partie.

Un des facteurs qui a été cité à de nombreuses reprises est la nécessité d'obtenir l'**adhérence du patient à un traitement** donné. En effet, selon les praticiens rencontrés, le mensonge à propos d'un diagnostic devenait impossible et contre-productif lorsqu'un traitement était envisagé par la suite, notamment lorsqu'il s'agissait d'une thérapeutique anti-cancéreuse :

- Dr B : « Si il y a **un traitement**, la question ne se pose pas. On ne peut pas cacher au patient que l'on veut lui faire une biopsie puis **une chimio...** »

- Dr K : « la famille est venue me voir en me disant : "Il ne faut pas que vous lui disiez qu'elle a un cancer du cerveau". Je leur ai dit : "Écoutez, elle va avoir **une chimio**, je ne peux pas ne pas lui dire, c'est pas possible" »

- Dr M : « Nous disons les effets secondaires. Alors, nous les disons, parce que les dire, c'est aussi parfois permettre **une implication de la malade dans les traitements** »

Une autre raison de ne pas mentir à propos des effets secondaires d'un traitement est le besoin impératif que le patient puisse **reconnaître les effets indésirables** potentiels. Ainsi, ce dernier sait comment réagir en cas de complication liée à une chimiothérapie :

- Dr L : « *"On est obligé de vous faire une liste noire parce que parfois ça va se passer comme ça, et parce que **il faut que vous sachiez aussi ce que vous devez faire si vous avez de la fièvre, de la diarrhée** »*

- Dr M : « *On informe les malades, parce que quelqu'un qui **connaît les effets secondaires potentiels de son traitement** peut éventuellement réagir »*

Selon le Dr K, un médecin ne peut cacher des **effets secondaires fréquents**, vu le risque élevé qu'ils se produisent :

« *Mais sur les **effets secondaires très fréquents**, tu ne peux pas faire de l'omission. Que sur les rares »*

De même, lorsque **la nature d'un traitement était évidente**, le médecin ne pouvait décemment les dissimuler :

- Dr H : « *il y a des situations où tu ne peux pas t'affranchir de certaines choses, parce que **les thérapeutiques ou les gestes sont très... comment dire... sont très visuels, très visibles**. L'exemple de la transfusion sanguine, c'est quelque chose de banal, sauf pour les gens qui sont témoins de Jéhovah, par exemple. Là tu ne peux pas leur cacher ce que tu dois faire »*

Lorsque le patient participe à une étude en lien avec **la recherche clinique**, il est tenu d'être informé des effets secondaires potentiels qu'il peut développer. L'omission et la falsification n'avaient donc pas leur place dans ce cadre-là :

- Dr L : « *on est un CHU, donc on a une part de notre activité liée à **la recherche clinique**, où vous avez des protocoles d'information qui sont hyper chargés (...) Voilà. Ils sont toujours informés, les patients. Ils sont plutôt en situation d'être surinformés, que d'avoir l'impression qu'on leur ment »*

La loi oblige le médecin à donner certaines informations cruciales aux patients, notamment en ce qui concerne les effets des traitements. Cet **aspect médico-légal** limitait alors le mensonge :

- Dr L : « *Alors sur la vérité des effets secondaires des traitements. Alors, on est, de toute façon, **médico-légalement**, tenus de dire beaucoup de choses* »

Pour le Dr C, **les progrès des techniques d'imageries** limitent les erreurs diagnostiques, et par la même, les mensonges liés aux situations imprévues :

« **les moyens diagnostics n'étaient pas les mêmes**, il y a quand même moins d'erreurs diagnostics avant qu'on parte au bloc »

Lorsqu'un préjudice grave apparaissait, le fait qu'une **erreur médicale soit expertisée** limitait le mensonge, et imposait au médecin d'avoir une attitude transparente :

- Dr A : « *Après quand il arrive quelque chose de grave, je pense que de toute façon, c'est **expertisé**, et on reconnaît que c'est dû au traitement, et que c'est dû à sa responsabilité* »

Un autre facteur limitant le mensonge médical était en lien avec l'autonomie du patient. Le patient était informé de ce qui touche à son état de santé. Cette **conscience de ses troubles** pouvait lui permettre de se rendre compte que le médecin lui mentait :

- Dr G : « *on voyait bien quand même que **ces patients n'étaient pas dupes**, ils comprenaient bien ce qui était en train de se passer. Ils n'allaient pas bien, ils maigrissaient, et on continuait à leur dire que tout allait bien, et que ça allait de mieux en mieux* »

- Dr H : « *les gens ils s'en **rendent compte** très rapidement qu'on les roule dans la farine ou qu'on essaye de les embobiner* »

La nécessité que le patient soit **acteur d'une décision thérapeutique**, qu'il fasse un choix éclairé concernant son état de santé, imposait au médecin de l'informer correctement. Dans ce cas, le mensonge n'avait pas sa place :

-Dr R : « *il y a un autre domaine où l'information me semble importante, c'est quand le **patient doit intervenir dans la prise de décision**. Et quand il doit peser les avantages et les inconvénients, il est difficile de ne pas lui apporter une information* »

Selon le Dr R, le fait que le patient ait un **niveau socio-culturel élevé** limitait le recours au mensonge, par crainte des réactions de ce dernier :

« *quand on est **face à des patients très éduqués**, c'est des patients qui en quelque sorte font un peu plus peur que les autres. On sait que c'est des patients qui ne nous lâcheront pas si jamais on fait une erreur. C'est des patients qui connaissent leurs droits, qui sont éventuellement procéduriers. C'est des patients avec lesquels on se dit qu'il vaut mieux **tout mettre à plat**, pour ne pas avoir de problème* »

Le développement d'**Internet** a fortement influencé la façon d'apporter l'information médicale. De nos jours, les patients ont accès à une partie des connaissances scientifiques, ce qui imposait aux médecins de leur donner une information claire, car ils pouvaient potentiellement la vérifier par la suite :

- Dr H : « *On est dans un monde aussi où notre mensonge a certaines limites. Il suffit, à l'énoncé du diagnostic, que le patient aille voir sur n'importe quel **site Internet**, il va voir des choses qui sont toutes plus effrayantes les unes que les autres* » ; « *on est pris par les patients et **Internet**, et la **foule d'informations** qu'ils ont eux. Donc notre mensonge, il doit être mesuré, et il doit aussi respecter le patient* »

- Dr N : « *Aujourd'hui, on a **Internet** tout ça, les gens sont plus calés que nous* » ; « *Alors, très probablement **Internet** qui a fait que les gens ont peut-être commencé à poser plus de questions* »

Selon le Dr P, **l'informatisation des dossiers médicaux** limitait désormais le recours au mensonge par le médecin, d'autant plus en cas d'erreur médicale :

« *je pense plus à l'erreur médicale. Au mensonge sur l'erreur médicale. C'était peut-être plus facile de déchirer un papier, maintenant c'est **informatisé**, donc une fois que c'est écrit, c'est écrit* » ; « *Alors que maintenant, **l'informatique**... Entre guillemets, on ne peut plus mentir, quoi* »

Pour certains, le fait d'être atteint d'une **pathologie rapidement évolutive** imposait au médecin de communiquer des informations sur le pronostic à court terme, notamment pour que le patient puisse organiser sa fin de vie. Là encore, le mensonge était réprouvé :

-Dr K : « *Tu parles d'une **pathologie mortelle à très court terme**, la moindre des choses c'est d'expliquer aux gens qu'ils ont quelque chose de très grave. Et ils peuvent mal tourner, et tout ça...* »

8.2 - Alternatives au mensonge

<i>Apport progressif de l'information</i>	<i>Relation de confiance</i>
<i>Laisser le temps au patient</i>	<i>Réponse aux questions</i>
<i>Information adaptée</i>	<i>Analyse de la demande du patient</i>
<i>Formation en communication</i>	<i>Admettre l'incertitude</i>

Les médecins rencontrés dans le cadre de ces entretiens ont décrit leurs attitudes pour éviter d'avoir un comportement mensonger. Ainsi, le fait **d'apporter progressivement une information**, certes en omettant parfois des éléments à la phase initiale, permettait justement d'informer le patient de manière complète et totalement honnête :

- Dr A : « *je n'ai jamais vu de gens s'effondrer après une annonce diagnostique qui a été faite **petit à petit**, peut-être un peu éludée au départ, mais ensuite **progressive**, où on a pas besoin, finalement, de mentir* »

- Dr E : « *je ne me dis pas que c'est du mensonge, je me dis que c'est du... du tri dans l'information, et que je donne une information utile au patient, **en temps et en heures...** Peut-être que cette information elle viendra un peu **progressivement** dans la prise en charge »*
- Dr K : « *c'est pas des mensonges dont j'ai particulièrement honte, je me dis qu'ils font partie d'une **démarche** et que tu lâches pas les gens avant la fin. Il faut quand même aller jusqu'au bout, et **faire l'annonce à la fin**, parce que c'est ça que tu leur dois »*

Dans un même souci de rester honnête et sincère avec leurs patients, certains ont estimé qu'il fallait savoir leur **laisser le temps** d'être prêt à recevoir une information :

- Dr E : « *C'est toute la délicatesse, **d'aller au rythme du malade** »*
- Dr L : « *j'essaye de faire en sorte d'être honnête, de dire, mais en même temps, de pas trop dire tout à la fois, pour aller **en même temps que le patient** »*
- Dr S : « *je n'appelle pas ça du mensonge, mais adapter l'information médicale délivrée à l'interlocuteur. A ce que le patient peut recevoir. Et je pense là à **la temporalité psychique** des patients, qui est souvent pas la même que celle du médecin. Et que on doit (en tant que médecin c'est un devoir) respecter **cette temporalité psychique** »*

Apporter une information **adaptée** au patient, à son état émotionnel, permettait selon le Dr O de rester honnête avec le patient et de ne pas avoir à recourir à l'omission :

« je pense que tout est entendable, si c'est dit de façon claire et **appropriée** »

Pour le Dr C, une meilleure communication entre le médecin et le patient réduisait le risque de recourir au mensonge médical. **Améliorer sa manière de communiquer** avec le patient revenait dans son cas à faire part au patient des différentes hypothèses diagnostiques :

« *Si **on lui avait dit** au départ, je pense que peut-être qu'il n'y aurait rien, effectivement on serait moins gênés pour après quoi... »* ; « ***il faut que l'on change nos pratiques effectivement, qu'on essaye de travailler sur ça, de plus communiquer avant peut-être** »*

C'est aussi l'avis du Dr G : Une **formation en communication** avec le patient réduirait également ce risque :

*« c'est que ça nécessite pour nous **d'acquérir des compétences en communication**. Et, là-dessus, je pense qu'on n'est pas suffisamment formés, sur les techniques de communication »*

Certains médecins ont estimé que les patients étaient aptes à entendre les informations médicales, et qu'en cela, il s'agissait de **respecter l'autonomie du patient** :

- Dr E : *« les personnes sont **capables de comprendre** ce qu'il leur arrive. Et que quand on a un patient qui a tous les symptômes, et qu'il maigrit, et qu'il y a plein de choses qui... On croit que la personne n'a pas compris, et laisser planer le doute d'un diagnostic ou d'un pronostic, je pense que c'est **prendre les gens pour des imbéciles** entre guillemets »*

- Dr G : *« C'est le **respect de l'autonomie du patient**. C'est à dire que je considère que le patient peut recevoir toutes les informations que nous sommes amenés à recueillir »*

Dans les situations de soins palliatifs, le Dr D a estimé que l'apport de l'information supposait qu'une **relation de confiance** soit établie entre le praticien et le patient. Cette alliance permettait selon lui de donner des informations cruciales sur la prise en charge, et donc de ne pas rester dans une attitude de rétention d'information :

*« après une **relation établie avec lui** sur plusieurs jours ou plusieurs semaines, (...) et du coup être amené à donner certaines informations »*

Le fait que le médecin s'astreigne à **répondre aux questions du patient** permettait également de limiter les situations d'omission :

- Dr G : *« moi je considère qu'ensuite, toutes les questions qui pourront être posées par le patient méritent réponse, et **méritent une réponse la plus sincère possible** » ; « Cela dit, si le patient à un moment donné demande si ça peut être un cancer, **moi je ne dis jamais non** »*

Le Dr E a estimé justement que le fait d'**analyser les demandes formulées par le patient** permettait de répondre correctement à leurs questions, et ainsi d'apporter une information personnalisée et adaptée :

« *Ce qui est essentiel, je pense, c'est de **comprendre quelle est l'information dont le patient a besoin**. Je dirais même que ce qui est essentiel, c'est de pouvoir **repérer les portes que le patient ouvre** » ; « *je pense que ce qui est important, c'est de **repérer cette demande d'information**, mais qui est un peu tabou, que le patient a du mal à demander de façon directe* »*

Ce fut également le cas du Dr R :

« *quand le patient **demande clairement**, il me semble quand même difficile de ne pas lui dire la vérité* »

Pour le Dr G, les médecins devraient se **méfier de leurs projections**. En effet, ces derniers pourraient imaginer que, compte tenu de leur niveau socio-culturel, des patients seraient inaptes à recevoir une information. Ce qui pousseraient certains à utiliser le mensonge, alors que les capacités du patient sont tout autres :

« *Donc ce n'est pas parce que socio-culturellement, tu as des gens que tu estimes ne pas être au niveau pour recevoir une information comme ça, je crois qu'il faut être très très **méfiant**. Parce que **on se projette beaucoup**, et parfois la réalité est différente. Les gens sont capables parfois de comprendre* »

L'aptitude du médecin à **admettre son incertitude** était également un comportement qui constituait un frein à l'emploi du mensonge :

- Dr F : « *ça me fait penser, et je suis désolé de le redire, à des situations de mensonge hospitalier, qui sont liés au manque d'expérience. Moi pour le coup... maintenant **j'ai appris à dire « je ne sais pas** »* »

Selon le Dr E, il existait une nécessité de **nuancer l'information** apportée, afin qu'au final, elle n'apparaisse pas comme mensongère :

« *On rassure, mais on essaye quand même de mettre un peu de **modération dans notre information** pour justement éviter d'être dans le mensonge, trop de réassurance, ce genre de choses... Après j'ai toujours peur de l'action anxiogène, de la déception quand on rassure trop* »

8.3 - Bénéfices d'une attitude honnête

<i>Vécu positif de la transparence</i>	<i>Autonomisation du patient</i>
<i>Reconnaissance du patient</i>	<i>Mieux gérer une fin de vie</i>
<i>Renforcement de l'observance</i>	<i>Alliance thérapeutique</i>
<i>Amélioration du vécu de la maladie</i>	

Au cours des entretiens, les praticiens se sont exprimés sur le retentissement d'une attitude honnête et transparente avec leurs patients. Que ce soit en terme de ressenti, ou de conséquence sur la relation médecin-malade. Ainsi, contrairement à certaines situations de mensonge, la **sincérité a été vécue positivement** par de nombreux médecins :

- Dr F : « *Je trouve que c'est plus **agréable** d'avoir des **sensations de transparence et d'honnêteté** » ; « *j'essaie de dire non si je ne sais pas faire. (...) C'est très difficile, mais c'est plus **confortable** »**

- Dr J : « *je ne peux pas soigner quelqu'un qui a quelque chose, si je ne lui dis pas, c'est pas possible. Je ne vous dis pas que je vais lui balancer tout de suite comme ça... Mais je pense **qu'on soigne beaucoup mieux les gens si on les informe** »*

Ce soucis d'honnêteté pouvait être **reconnu positivement et accepté par le patient** :

- Dr F : « *pour avoir eu des situations inverses, où j'ai dû revenir sur ce que j'avais dit, j'ai vu qu'en fait **les vraies reconnaissances du patient**, de dire "Non mais je comprends, il y a pas de problème, merci de m'avoir informé" »*

- Dr J : « *Mais en même temps, je me demande si ce n'est pas plus **rassurant** pour un patient que le médecin lui dise : "Écoutez, là je cherche, je ne sais pas. Vous êtes là, on s'occupe de vous, mais pour l'instant, je ne sais pas ce que vous avez" »*

Selon les Dr O et Dr Q, le patient pouvait être plus **observant** s'il était correctement informé à propos de son traitement :

- Dr O : « *moi je pense que plus il y a d'informations, plus il y a de chances d'**obtenir une observance** »*

- Dr Q : « *si on veut avoir une contraception qui sera **bien suivie**, c'est important que le patient ait été acteur du choix, quoi. En tout cas, qu'il ait choisi en connaissance de cause »*

Apporter une information claire et sincère permettait de rendre la situation plus facile à accepter pour le patient, et ainsi **améliorer son vécu de la maladie** :

- Dr J : « *Cette femme n'était pas bien du tout, et je pense qu'**elle aurait été trois fois mieux** si on lui avait dit : "Il est mort votre petit fils" »*

- Dr M : « *je pense qu'elle a eu **une certaine forme d'apaisement** de l'avoir fait »*

En étant informé correctement, le patient était plus à même de prendre des décisions concernant son état de santé. Ainsi, l'honnêteté entraînait une certaine **autonomisation du patient** :

- Dr L : « *il a besoin d'être **acteur**, et pour être acteur il faut qu'il soit informé »*

De même, s'il était informé clairement de son pronostic, le patient pouvait organiser plus facilement ses derniers moments. Donner ce genre d'information permettait donc de **mieux gérer la fin de vie** des patients :

- Dr L : « *Il y a quelque chose qui se fait de manière très progressive aussi dans l'information, mais qui doit aussi se faire, parce que le patient a des choses à organiser dans sa vie, mettre en ordre ses affaires... Si c'est une maladie fatale...* »

- Dr M : « *Alors je lui ai dit : "Je vous en parle maintenant Madame, parce que vous avez le temps d'organiser les choses, autant qu'un médecin puisse être formel, je pense que vous avez le temps d'organiser les choses* »

Enfin, un comportement loyal, empreint de sincérité, permettait selon certains de renforcer la relation médecin-patient, et dans l'idéal, de former une véritable **alliance thérapeutique** :

- Dr H : « *je crois que l'incertitude effectivement, quand elle n'est pas avouée, elle ne rend service ni au médecin, ni au patient. Alors que quand elle est avouée, on se retrouve tous les deux sur un pied d'égalité* »

- Dr O : « *moi je pense que plus il y a d'informations, plus il y a de chances d'obtenir une observance, et d'avoir une bonne alliance thérapeutique avec le patient* »

IV – DISCUSSION

A – Forces et faiblesses des aspects méthodologiques

1 - Choix de la méthodologie qualitative

Dans la mesure où le mensonge médical est, par essence, un phénomène tabou, et dont certains aspects sont purement subjectifs (le vécu associé, par exemple), le choix de l'étudier à travers une étude qualitative nous paraissait adéquat.

Outre les entretiens semi-dirigés, d'autres outils pour le recueil des témoignages des médecins furent envisagés, mais jugés inadaptés au sujet de l'étude : le questionnaire aurait constitué un cadre trop restrictif pour que les praticiens puissent s'exprimer librement ; lors des focus-group, certains auraient pu se sentir jugés, et par ailleurs, l'anonymat n'aurait pas été respecté.

D'autre part, le fait de laisser libre cours à la parole des médecins a permis l'émergence d'idées inattendues, ce qui confère une certaine originalité à notre travail.

2 - Méthode de recrutement

L'une des critiques qui peut être formulée à l'encontre de la méthode de recrutement des médecins est que le mail d'introduction contient beaucoup de données, ce qui peut constituer un biais d'intervention. En effet, le mail dévoilait l'objet précis de notre travail, les différents types de mensonges, ce qui pouvait influencer par la suite les réponses des participants.

En donnant ces informations, les médecins que nous allions rencontrer pouvaient préparer à l'avance leurs déclarations, réfléchir aux situations vécues, et nous livrer ensuite des réponses manquant de spontanéité.

Cette critique nous semble parfaitement légitime. Après réflexion, nous pouvons avancer plusieurs arguments pour expliquer notre choix :

Définir avec précision le sujet de la thèse, en parlant ouvertement de mensonge, nous est apparu indispensable. En omettant ce terme, le risque aurait été de recruter des praticiens n'ayant jamais menti à leurs patients, et à terme, ne pas répondre aux objectifs de l'étude. Cette suspicion n'était pas totalement infondée, puisque malgré cette précaution, trois médecins interrogés ont déclaré d'emblée ne pas avoir de situation de mensonge à rapporter.

D'un point de vue moral, il nous a semblé important d'être franc dès le départ avec les médecins interrogés, et ne pas leur cacher nos intentions. Utiliser des détours, ne pas préciser la nature de notre travail par peur de les heurter, n'était pas souhaitable. Nous pensons que cette volonté d'être transparent a permis d'instaurer un rapport de confiance dès le départ avec nos interlocuteurs, et leur a permis de se livrer sans retenue. Il aurait été incohérent de ne pas être honnête avec les sujets de l'étude alors que nous travaillions sur le mensonge.

Préciser les différents types de mensonge nous paraissait tout aussi nécessaire, car il est fréquent que l'omission n'y soit pas consciemment rattachée. Certaines personnes nous ont fait la remarque qu'elles découvraient suite à l'entretien que l'omission était considérée comme un mensonge. Nous ne regrettons donc pas d'avoir procédé ainsi.

3 - Population de l'étude

Dans les études qualitatives, l'objectif n'est pas d'obtenir un échantillon de sujets représentatif de la population générale, mais de pouvoir recruter suffisamment de personnes pouvant apporter des réponses variées, afin d'étudier un phénomène dans toute sa diversité. Nous estimons avoir respecté ce critère, puisque des médecins de différentes spécialités, de tout âge, et dont les milieux d'exercice étaient hétérogènes, ont pu être interrogés. L'échantillon est donc raisonné et diversifié, selon les différents critères d'inclusion établis au départ de l'étude.

Malgré nos efforts, certaines spécialités ne sont pas représentées dans cette étude, ce qui peut constituer un biais de sélection. Par exemple, nous aurions aimé interroger des radiologues, afin de savoir comment ils agissaient avec leurs patients lors de la découverte d'images suspectes. Nous regrettons également de ne pas avoir recruté de pédiatres pour cette étude, notamment pour étudier leur façon de communiquer avec les jeunes patients et leurs parents. De manière générale, peu de médecins exerçant en libéral ont été interrogés, mais il faut reconnaître qu'ils étaient difficiles à aborder.

Nous avons poursuivi les entretiens jusqu'à ce qu'aucun concept inédit n'en émerge, ce qui correspond à un phénomène de saturation des données. Les grandes études qualitatives peuvent compter jusqu'à une centaine d'entrevues, ce qui leur confère un niveau de preuve élevé. Nous ne prétendons pas atteindre ce niveau-là, d'une part parce que les données recueillies nous ont parues suffisantes après vingt et un entretiens ; d'autre part, nous nous sommes aussi limités à ce nombre car il devenait difficile de recruter plus de participants.

4 - Expérimentateurs

Le fait que l'investigateur ait la même profession que les personnes interrogées fut un atout indéniable : à notre sens, cette proximité était de nature à favoriser le partage de situations confidentielles, à libérer le discours des médecins. Cela n'aurait pas forcément été le cas avec un investigateur extérieur au monde médical.

Comme il s'agissait de notre première étude en recherche qualitative, nous souffrions d'un manque d'expérience inévitable. La maîtrise de la méthodologie qualitative, et notamment des entretiens semi-dirigés, nécessite plusieurs compétences : la connaissance des bases théoriques, un entraînement sur plusieurs entretiens, ainsi que l'acquisition de techniques de communication adaptées. Malgré notre volonté sans cesse affirmée de nous former à la démarche qualitative au cours de ce travail de thèse, notre relative inexpérience peut constituer un biais pour l'analyse des résultats.

Néanmoins, au fil des entretiens, nous avons appris progressivement à maîtriser cette méthode, par exemple en s'efforçant de poser des questions ouvertes, ou en laissant le temps aux personnes interrogées d'explicitier leurs opinions. Ces attitudes ont permis de faire

émerger des concepts parfois inattendus, que nous n'imaginions pas malgré l'analyse de la littérature disponible sur le sujet.

5 - Analyse des résultats

L'analyse de l'intégralité du corpus a été effectuée par l'enquêteur et la directrice de thèse, de manière séparée, permettant ainsi une triangulation des données. Pour la plupart des entretiens, les analyses convergeaient, ce qui permet de donner plus de force à l'analyse finale. Par ailleurs, le fait que le travail d'analyse soit réalisé par deux personnes permet d'obtenir des angles d'analyse différents, mais néanmoins complémentaires, à propos du discours des participants. Le travail de concertation qui a été accompli a permis d'apporter une plus grande exhaustivité à l'analyse finale, ce qui n'aurait pas été le cas avec le regard d'un seul expérimentateur.

6 - Comparaison avec les études antérieures

Il s'agit, à notre connaissance, du premier travail de thèse en rapport avec ce sujet. Comme nous l'avons vu, l'anthropologue S. Fainzang a déjà réalisé plusieurs études fondamentales à propos du mensonge médical, essentiellement orientées autour du cancer⁽²⁹⁾. Toutefois, peu de données étaient disponibles à propos de mensonges effectués dans des situations plus anodines, comme en soins primaires par exemple. Nous pouvons citer l'article *Everybody lies*⁽³⁸⁾, publié en 2015 par trois médecins généralistes, qui rapporte différentes omissions dont ils ont été les auteurs.

La force de notre étude a été de pouvoir rencontrer des médecins d'horizons différents, et donc d'explorer une grande étendue de situations. Il faut toutefois tenir compte du fait que les données recueillies ne sont pas extrapolables à l'ensemble du corps médical.

B - Limites et biais de l'étude

1 - Biais de sélection

Un biais de sélection pourrait être lié à la personnalité des médecins interrogés : nous émettons l'hypothèse qu'en acceptant de participer et de se dévoiler, les sujets de l'étude constituent un échantillon de personnes altruistes, qui, comme nous l'avons vu, ont rapporté dans l'ensemble des mensonges « protecteurs », visant à servir le patient.

A contrario, nous pouvons imaginer que les médecins commettant des mensonges « prédateurs », de nature purement égoïste, ont choisi de ne pas participer à l'étude, de peur de se sentir jugés, ou par volonté de ne pas partager leurs expériences. Là encore, il ne s'agit que d'une éventualité que nous ne pouvons vérifier, et nous espérons que ces personnes sont rares au sein du corps médical.

2 - Biais de désirabilité sociale

Le mensonge est un acte difficile à avouer, parfois vécu comme une pratique honteuse. Par crainte d'être jugé par l'enquêteur, les médecins pouvaient être amenés à donner des réponses consensuelles, et donc à ne pas rapporter les cas de mensonges qu'ils avaient vécus.

On pourrait assimiler cette attitude à un biais dit de désirabilité sociale, décrit en psychologie comme « la volonté du répondant de se montrer sous un jour favorable »⁽³⁹⁾. Dans cette étude, ce biais a été limité par le fait que les praticiens étaient sélectionnés s'ils reconnaissaient avoir menti, mais aussi par l'existence d'un lien entre certains médecins et l'enquêteur.

3 - Biais d'investigation

De par sa façon de conduire les entretiens, et puisqu'il a ses propres opinions sur le sujet, l'investigateur peut influencer les réponses des participants. Pour tenter de limiter ce biais, nous nous sommes efforcés de ne pas poser de questions tendancieuses, et de garder une attitude neutre tout au long des entrevues.

4 - Biais de mémorisation

Certains sujets ont reconnu avoir eu des difficultés à se remémorer leurs mensonges, et ce pour plusieurs raisons. S'agissant d'un comportement répréhensible, c'était un acte que les médecins effectuaient parfois inconsciemment, ce qui rendait son identification complexe. D'autres ont confié avoir voulu l'oublier. Néanmoins, ce biais de mémorisation était prévenu par le fait qu'il existait un intervalle de plusieurs jours entre le premier contact et la réalisation de l'entretien. Les praticiens avaient donc le temps de réfléchir aux situations qu'ils avaient vécues. Ceci a limité la spontanéité des réponses, mais a permis à notre sens de renforcer leur exhaustivité.

5 - Biais dans l'interprétation des résultats

Inconsciemment, l'investigateur pouvait interpréter les données issues des entretiens selon ses propres convictions, et ainsi manquer d'objectivité. Ce type de biais a été limité par la triangulation des données.

C - Synthèse des résultats

1 - Les situations sources de mensonge sont nombreuses

Que ce soit pour des pathologies bénignes rencontrées en soins primaires, ou pour des atteintes menaçant le pronostic vital, le mensonge peut concerner un éventail de situations des plus variées. La littérature disponible sur le sujet concernait essentiellement le mensonge associé au cancer, dans un contexte où la communication avec le patient représente un enjeu crucial. Au même titre que le mensonge peut envahir plusieurs champs de la vie sociale, nous avons pu mettre en évidence que ce phénomène infiltrait un grand nombre d'aspects de notre pratique : la pathologie dont souffre le patient, en premier lieu, les résultats d'examen complémentaires, le pronostic (notamment lorsqu'il est péjoratif), le traitement et ses éventuels effets secondaires, le médecin, ses opinions et ses compétences.

A juste titre, des praticiens de renom comme le Pr B. Hoerni désiraient sonner le glas du mensonge médical ⁽⁸⁾, dans sa conception la plus paternaliste. Notre travail a montré que cet acte reste encore d'actualité dans la pratique de certains médecins. Désormais, il s'agit probablement d'une attitude faisant plus appel à la réflexion qu'auparavant, centrée sur les besoins du patient, tenant compte de sa personnalité et de ses dispositions psychiques.

2 - Un sujet qui reste tabou

Quelques médecins n'ont pas voulu participer aux entretiens, et ce pour divers motifs. Pour certains, la raison invoquée était qu'ils ne souhaitaient pas aborder cet aspect de leur pratique. Nous comprenons ces réponses, le mensonge restant un sujet dont il est difficile de parler. Et ce d'autant plus à une personne de la même profession, ce qui peut faire craindre un jugement implicite de sa part. Au cours des entretiens, nous avons parfois senti qu'il s'agissait d'un thème qui pouvait mettre mal à l'aise nos interlocuteurs, ce qui témoigne du fait que le mensonge médical est un phénomène complexe, et qu'il faut être dans un certain état d'esprit pour pouvoir en discuter. Nous concevons qu'il s'agissait d'un sujet délicat à traiter, et espérons ne pas avoir été trop intrusif avec les personnes rencontrées. Bien que le mensonge puisse être inconfortable, voire honteux, il serait injuste de le réduire à ces deux sentiments, tant il peut être révélateur d'un comportement humaniste, si l'on se réfère aux déclarations que nous avons recueillies.

3 – Différents types de mensonge

Une distinction est à faire entre les deux types de mensonge. Pour de nombreux médecins, la falsification avait un caractère foncièrement péjoratif, et a été plus sévèrement jugé que l'omission. Donner une version altérée de la réalité a souvent été assimilé à de la tromperie pure et simple.

A l'inverse, le mensonge par omission a été considéré comme un outil permettant de s'adapter au rythme du patient, sans avoir forcément de caractère malveillant. Il est même arrivé que ce procédé ne soit pas considéré comme du mensonge, mais une manière de communiquer utilisée pour servir le patient.

Quelques exceptions à ce constat ont cependant été mises en évidence. Notamment une falsification organisée de manière collective, dans le but de garder une patiente hospitalisée et de l'évaluer sur le plan psychiatrique. Dans cette situation, cette façon de mentir était considérée comme légitime, permettant de mettre en place des soins adaptés.

4 - Des difficultés d'identification

Reconnaître si une situation donnée relevait du mensonge ne fut pas toujours chose aisée. Parfois, mensonge et vérité se chevauchent, ce qui rend la distinction entre ces deux éléments des plus complexes. En début d'entretien, nous avons imposé un cadre à notre discussion en expliquant quels étaient les différents types de mensonge. Certains ont dépassé ce cadre avec raison, arguant que les limites conceptuelles du mensonge sont parfois floues, ou très personnelles.

Dans une même situation, certains praticiens ont considéré qu'ils mentaient, alors que d'autres estimaient qu'ils avaient fait preuve de transparence. Ainsi, chacun a défini avec ses propres critères ce qui relevait de la falsification ou de l'omission. C'est pourquoi nous nous sommes attachés à explorer la vision du mensonge de chaque personne interrogée, afin de ne pas restreindre l'objet de notre étude.

5 - Une question de temps

Informé un patient prend du temps : plusieurs médecins ont défendu l'idée qu'il s'agissait d'une tâche qui leur demandait d'être disponibles et entièrement dévoué aux attentes du patient. A ce titre, même si nous ne pouvons pas extrapoler les résultats, il est frappant de constater que pour plusieurs médecins généralistes rencontrés, la durée des consultations qu'impose l'exercice de leur spécialité est un obstacle pour informer le patient de manière optimale. Ce manque de temps a parfois favorisé le recours à une information simplifiée, voire à de l'omission. Ce constat a également été retrouvé dans les propos de l'un des urgentistes, à savoir que sa charge de travail l'obligeait parfois à ne pas avoir une attitude parfaitement transparente.

Nous avons senti chez ces praticiens une certaine frustration devant l'impossibilité de pouvoir délivrer une information absolument sincère, ce d'autant que pour l'ensemble de nos interlocuteurs, la communication avec le patient était une partie essentielle de leur profession.

L'idéal serait de s'affranchir de cette contrainte inhérente à la pratique de la médecine générale. Les entretiens que nous avons menés n'ont pas offert de solution évidente pour améliorer cet aspect de nos pratiques, et là n'était pas l'objectif. D'autres travaux pourraient éventuellement apporter des pistes de réflexions pour mieux communiquer avec le patient. On peut toutefois imaginer que lorsqu'une nouvelle est difficile à apporter, le fait de programmer plusieurs entretiens avec le patient permette de faire une annonce progressive.

6 - Une information adaptée au niveau socio-culturel du patient

Dans une étude observationnelle ⁽²⁹⁾, l'anthropologue S. Fainzang avait constaté que certains médecins avaient tendance à mentir à des patients dont ils estimaient que le niveau socio-culturel n'était pas suffisant pour assimiler une information médicale. Les médecins de l'étude ont été interrogés sur ce point, et cette attitude ne s'est pas retrouvée dans leurs déclarations. Ces derniers ont reconnu avoir une manière de communiquer qui était différente avec les patients défavorisés, en utilisant des termes adéquats pour se faire comprendre, sans pour autant avoir l'impression de mentir.

Plusieurs commentaires nous viennent à l'esprit : Les praticiens que nous avons interrogés nous ont paru être attachés à une attitude empreinte d'honnêteté avec leurs patients, quel que soit leur statut social, et quand bien même ces médecins ont été amenés à mentir dans d'autres circonstances. Nous n'avons aucun doute sur la fiabilité de leurs propos.

Qui plus est, cet aspect du mensonge médical est difficile à explorer. S'il existe, il peut être omis, car source de jugement négatif. L'observation directe, en consultation par exemple, aurait permis éventuellement de l'étudier. Quoi qu'il en soit, nos interlocuteurs nous ont donné l'impression à travers leur discours qu'ils savaient s'adapter au niveau du patient, et lui apporter une information personnalisée.

7 - La place de l'incertitude dans la pratique médicale

L'idée selon laquelle la médecine n'est pas une science exacte, et que le doute en fait partie intégrante, a été exprimée à plusieurs reprises au cours des entretiens. Certains praticiens ont insisté sur le fait qu'à une époque où la société attend que le corps médical soit pratiquement infaillible, avouer son incertitude peut être encore mal perçu. Pourtant, leurs propos semblent suggérer que bien souvent, cette attitude est comprise par le patient, et qu'elle aurait même tendance à renforcer la relation de soin, tant elle révèle une volonté de transparence.

Dans le cadre de ces entrevues, un nombre conséquent de médecins nous a appris qu'afficher ouvertement leurs doutes était le fruit de plusieurs années d'expérience. Chez les jeunes praticiens, déclarer son incertitude n'était pas naturel, tant ils craignaient d'être jugés par leurs patients. Dans ces situations d'indécision, le mensonge leur semblait une alternative valable, de peur que les patients remettent en cause leurs compétences, et que la relation thérapeutique soit compromise. Cette appréhension est-elle fondée ? Il est vrai qu'un patient attend de son médecin des solutions, et que le manque d'assurance, le doute, sont des freins à l'instauration d'un rapport de confiance.

Le mensonge utilisé pour dissimuler son incertitude pouvait donc être le fruit d'une projection : pour certains, le patient ne peut pas accepter que son médecin, être de savoir, ne réponde pas à ses attentes. L'emploi du mensonge était alors justifié par la volonté de conserver une crédibilité et une aura, et en quelques sortes, ne pas remettre en cause la toute-puissance médicale.

Toujours est-il que le mensonge servant à masquer l'incertitude a plongé nos interlocuteurs dans l'embarras. Les réflexions issues de ces épisodes les ont amenés à se remettre en question, à accepter le fait qu'affirmer ses doutes n'est pas incompatible avec des soins de qualité. Dans ce cas, le travail d'analyse autour du mensonge pouvait permettre au médecin d'améliorer ses capacités relationnelles.

8 - Des mensonges dans l'intérêt du médecin

Dans cette étude, la plupart des mensonges rapportés ont été réalisés dans l'intérêt du patient, affirmant le caractère altruiste de la pratique médicale. A l'opposé, et c'est tout à l'honneur de nos interlocuteurs de l'avoir dévoilé, des mensonges ont eu pour effet de servir certains médecins. Que ce soit par exemple pour gagner du temps, pour s'éviter d'avoir à faire une annonce difficile, ou simplement par manque d'envie d'engager une discussion avec un patient. Le médecin pouvait donc agir de la sorte pour son confort personnel.

Pour ces praticiens, ce type de mensonge n'avait la plupart du temps pas de conséquence pour la prise en charge du patient, et ne revêtait pas de caractère « prédateur », dans le sens où il n'était pas nuisible pour la personne soignée.

Ce n'est pas à nous de juger ces attitudes, ce n'était d'ailleurs pas l'objectif de ce travail. Le mensonge est un comportement profondément humain, qui concerne chaque individu, qu'il soit médecin ou non.

Nous pouvons simplement constater que ce type de mensonge pouvait faire naître chez les praticiens concernés un regard critique, ainsi que des sentiments forts, tels que le regret, la honte, ou la culpabilité. Dans ce sens, le mensonge peut laisser des traces durables, et amener une réflexion, voire un changement d'attitude bénéfique. Quelques médecins interrogés ont critiqué voire condamné leurs actes.

9 - Toute vérité est-elle bonne à dire ?

En spécifiant qu'un patient puisse rester dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic s'il en fait la demande, le code de déontologie semble admettre implicitement que toute information n'est pas forcément bonne à entendre. Lors de cette étude, plusieurs praticiens ont souligné le fait qu'une information brute, transmise sans ménagement, pouvait avoir un caractère violent, et être inadaptée aux besoins des patients. Une exigence de vérité qui pouvait constituer un excès, et avoir des effets néfastes pour la personne à soigner : provoquer un stress inopportun, voire une sidération du patient, qui au final compromet sa guérison.

Pour le philosophe Y. Constantinidès, membre de plusieurs groupes de réflexion éthique, « la manière d'informer est aussi importante, voire plus encore, que l'information elle-même. C'est que la vérité n'est pas neutre ou monolithique, mais susceptible de s'adapter à l'état psychique du patient, dont il faut impérativement tenir compte »⁽⁴⁰⁾. Nous pourrions rattacher ces propos à ceux de certains médecins de l'étude, pour qui il est nécessaire d'effectuer une sélection au sein des données à transmettre, afin que l'information soit en accord avec la personnalité du patient et ses facultés de compréhension à un instant donné.

Cette manière de communiquer, utilisant l'omission, témoigne avant tout d'une volonté de ne pas nuire au patient. Selon ce philosophe : « Le goût du corps médical pour le secret relève surtout d'une prudence et d'une retenue spontanée, comme si l'on appréhendait les dégâts que pourrait occasionner la vérité crue »⁽⁴⁰⁾. Cette crainte que l'information médicale soit délétère pour le patient a fait émerger la notion d'*omission thérapeutique*, concept exprimé par deux praticiens au cours des entretiens. Le fait de ne pas dire pourrait permettre de soulager le patient, en s'intégrant au cœur du processus de soin.

Nous conviendrons qu'apporter au patient des nouvelles sans aucune modération, aussi bien que le maintenir dans l'ignorance complète de données le concernant, ne sont pas des attitudes souhaitables. C'est en substance ce qu'ont affirmé plusieurs praticiens lors des entretiens, ainsi que le Dr C. Delaporte, dans un ouvrage intitulé *Dire la vérité au malade* : « Au nom de la vérité, des médecins tombent parfois dans une certaine brutalité. Les révélations de cette sorte peuvent être source d'un choc si grand que les conséquences en seront durables, irrémédiablement. Mais à l'opposé, une vérité tamisée peut laisser la porte

ouverte à une étreignante anxiété dont les conséquences peuvent être encore pires que celles de la brutalité » ⁽⁴¹⁾.

Toute la difficulté semble être d'adapter son discours à la personne soignée, ce qui revient pour le médecin à effectuer un choix dans ce qu'il va dire. Ceci peut effectivement mener à de l'omission, qui n'est pas nécessairement incompatible avec une information **appropriée**, comme nous l'ont rappelé certains des médecins lors de ce travail. Encore faut-il savoir ce que le patient est capable d'entendre.

A ce titre, plusieurs médecins nous ont fait remarquer qu'en tant que patient, le vécu d'une maladie grave pourrait être anxiogène pour eux. Connaissant à l'avance l'évolution probable de leur affection, ils se sentiraient moins à même de faire face qu'un patient qui n'a pas les connaissances d'un professionnel de santé. Il serait donc intéressant de confronter notre étude à l'avis des patients en les interrogeant : d'une part, sur leurs attentes en matière d'information médicale. D'autre part, sur leur vision du mensonge tel qu'il est pratiqué par certains médecins.

10 – Le respect de la temporalité psychique du patient

Une partie des médecins interrogés nous l'a judicieusement fait remarquer, il est nécessaire pour eux d'établir une relation de confiance avec le patient avant de lui annoncer une nouvelle pouvant le bouleverser. Lors d'une première entrevue, il est compliqué de savoir ce que le patient veut savoir, et ce qu'il est en mesure d'entendre. D'où une prudence initiale nécessaire, source d'omission. Au cours des entretiens, de nombreux médecins ont exprimé l'idée que l'instauration d'un lien entre médecin et patient prend du temps, et qu'elle passe avant tout par le dialogue. Durant cette période, où la relation va s'établir, l'information est fractionnée, adaptée à la disposition mentale du patient.

Afin d'annoncer un diagnostic grave, comme un cancer, plusieurs praticiens ont insisté sur la nécessité de chercher dans le discours du patient des éléments qui laisseraient percevoir qu'il est prêt à entendre le nom de sa maladie. Ceci suppose pour le médecin de se calquer

sur le rythme du patient, de lui laisser le temps d'évoluer selon ses propres besoins, car une vérité assénée trop rapidement pourrait ne pas être acceptée. Par exemple, il a souvent été dit que si le patient ne posait pas de questions sur son état, c'est qu'il n'était pas prêt à recevoir la vérité sur celui-ci. Ceci imposait de remettre à plus tard la révélation des données médicales le concernant. Cette phase est propice à l'omission, le plus souvent de manière temporaire. Sa justification : préparer le patient, lui permettre de s'adapter à une réalité à laquelle il n'était pas prêt. Un mensonge réalisé non pas pour isoler le patient, comme cela pouvait être le cas à une époque antérieure, mais au contraire pour lui permettre de trouver les ressources pour accepter son nouveau statut.

Cette attitude impose au médecin de s'adapter aux demandes et aux réactions du malade, et comporte à la fois une part d'omission, pour ne pas le brusquer, et une révélation progressive de la vérité, telle qu'elle peut être intégrée par le patient. Cette façon d'agir a souvent été retrouvée dans les discours que nous avons recueillis. C'est également ce que décrit le Dr M. Ruzniewski, médecin de soins palliatifs, dans un article intitulé *Faut-il dire la vérité au malade ?* : « la vérité pas à pas permet de recueillir la réalité psychique du malade. Ce temps de partage se fait à deux, par un apprivoisement mutuel. Cette écoute attentive permet d'évaluer les limites de ce que le malade est capable d'entendre et ce qu'il cherche désespérément, souvent sans mots, à exprimer »⁽⁴²⁾.

Les sentiments sont partagés : ce dévoilement pas à pas de la réalité médicale comporte un certain degré d'omission pour certains, alors que pour d'autres, il s'agit d'un comportement entièrement transparent, qui n'est pas identifié comme du mensonge. Chacun l'a vécu selon sa propre sensibilité, et dans tous les cas, le médecin agissait dans un souci de servir son patient.

Que le mensonge soit vécu comme tel ou non, l'instauration d'un lien a été reconnu par tous comme un élément indispensable avant l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Néanmoins, nous avons remarqué que dans ces situations, plusieurs des médecins généralistes rencontrés avaient exprimé des difficultés à faire ce type d'annonce, pour des patients qu'ils connaissaient pourtant depuis de nombreuses années. L'omission s'était imposée dans un premier temps, le temps que ces praticiens se sentent prêts pour transmettre des informations délicates. L'empathie, faculté nécessaire au praticien pour tenter de comprendre son patient, avait été remplacée par un sentiment de sympathie, amenant un obstacle dans

la communication entre les deux protagonistes. Et c'était cette fois la temporalité psychique du médecin qui freinait l'annonce.

Comme toute relation humaine, la rencontre médecin-patient est forcément imparfaite. Seulement, les écueils que peuvent rencontrer ces deux acteurs en font toute la richesse. Il semble raisonnable de dire que même s'il existe un mensonge provisoire, l'essentiel soit que le patient ait reçu les informations qui lui sont dues, et ce d'une manière adaptée à ses dispositions psychiques.

11 - Un travail d'analyse

Avant de débiter les entretiens, nous pensions que pour les médecins que nous allions rencontrer, le mensonge serait un acte anodin, tellement quotidien qu'il en serait devenu insignifiant. Cet a priori s'est révélé inexact, et l'acte mensonger, souvent mal vécu, imposait aux médecins un travail de réflexion inévitable. Ceci pouvait se produire dans le cadre des entretiens, favorisé par les questions de l'investigateur. Mais bien souvent, cet effort d'analyse avait déjà été fait auparavant, lorsque nos interlocuteurs avaient vécu une situation de falsification ou d'omission. Nous avons eu l'impression que les médecins interrogés avaient besoin de prendre du recul par rapport à leur pratique, de partager leur ressenti, et de prendre si possible des résolutions pour la suite de leur carrière.

Qu'ils éprouvent une certaine légitimité à utiliser le mensonge, ou au contraire un sentiment de culpabilité, les médecins avaient dans l'ensemble des ressentis contrastés, qui leurs imposaient de trouver des arguments pour justifier leurs attitudes.

Il avait été annoncé dès le début des entretiens que nous ne jugerions pas nos interlocuteurs, et que nous n'effectuerions aucune critique sur la nature de leurs actes. Revenir sur ce principe serait malhonnête de notre part, et pour le moins inapproprié : les médecins ont réalisé eux-mêmes cette réflexion d'ordre moral, étant peut-être les mieux placés pour le faire. Inconsciemment, certains principes à l'origine d'une réflexion éthique ont été mis en avant au cours de ces entretiens :

Plusieurs praticiens ont reconnu que mentir constituait une négation du **principe d'autonomie du patient** : en déformant une information, en l'omettant, ce dernier ne peut avoir une pleine conscience de son état de santé, et prendre les décisions qu'il juge adapté pour se soigner. Nombre de médecins au cours de cette étude ont estimé que le mensonge médical avait de nombreuses limites, notamment qu'il avait pour effet de restreindre l'adhérence du patient à un traitement. Par ailleurs, dans les situations de pathologies rapidement évolutives, mentir compromettait la possibilité donnée au patient d'organiser sa fin de vie.

Une exception en revanche est prévue par le code de déontologie : un patient peut être maintenu dans l'ignorance d'un diagnostic, s'il en fait la demande. Prendre en compte ce choix, et ainsi omettre certaines informations cruciales, revient à respecter ce principe relatif à la primauté de l'individu malade.

En mentant, plusieurs praticiens ont eu le sentiment d'agir pour le bien-être de leur patient, ce qui reviendrait à satisfaire une seconde valeur éthique : **le principe de bienfaisance**. Que ce soit pour apaiser ou reconforter une personne en souffrance, renforcer son adhérence à un traitement en dénaturant certains de ses attributs, le mensonge agissait dans ces cas-là comme un élément vertueux pour le patient. Mensonge et bienfaisance peuvent être considérées à juste titre comme deux concepts diamétralement opposés, mais nous sommes convaincus que les médecins rencontrés agissaient de la sorte pour des motifs foncièrement altruistes.

L'exigence affichée par certains praticiens de ne pas causer de tort à leur patient pourrait être assimilée au **principe de non-malfaisance**. Les résultats des entretiens nous l'ont montré : des médecins ont reconnu avoir eu recours au mensonge, notamment pour éviter un stress jugé inutile pour le patient, ou pour ne pas qu'il développe certains effets indésirables (effet nocebo). Ainsi, le bénéfice du mensonge pour le patient est de lui éviter un mal jugé inacceptable.

Au final, il est difficile d'extraire des propos recueillis un jugement définitif à propos du mensonge médical, même en utilisant les principes éthiques que nous venons d'énoncer. Entre l'apologie du mensonge et sa condamnation sans appel, il semble exister un compromis, que chaque médecin conçoit selon sa propre sensibilité, ses expériences, et sa

conception du soin. La démarche d'analyse qui accompagne la plupart des mensonges rapportés dans cette étude montre que cet acte est loin de laisser les praticiens concernés indifférents.

12 - L'aspect culturel du mensonge

Si l'on s'en tient aux propos des sujets de cette étude, il est indéniable qu'il existe une différence fondamentale dans la manière d'aborder le patient entre les pays anglo-saxons, et des pays dont la France fait partie, où prédomine une culture latine. L'information donnée au patient fut qualifiée de plus objective aux Etats-Unis par exemple, car elle contenait plus de données médicales brutes, laissant finalement peu de place au non-dit ou à une vérité dénaturée. A l'inverse, les médecins français communiqueraient d'une manière plus détachée de la réalité, essayant d'adopter un discours moins technique.

Cette différence culturelle s'expliquerait par le fait que le mensonge est, de manière générale, beaucoup moins toléré aux Etats-Unis. Selon certaines sources, le rapport à la vérité serait moins absolu en France qu'aux USA ⁽⁴³⁾, un aspect qui imprègne forcément l'acte médical. Un autre facteur à prendre en compte est l'impact de la judiciarisation des pratiques. Selon S. Fainzang, le système judiciaire américain exercerait une pression très forte sur le corps médical : « Le médecin craint d'être attaqué par le patient s'il n'a pas donné toutes les informations sur sa maladie, les médicaments et la prise en charge » ⁽³¹⁾. Au contraire, pour l'intégralité des médecins que nous avons rencontrés, le mensonge n'était pas associé à une crainte d'être poursuivi en justice.

Nous n'avons pas relevé de travaux faisant un comparatif plus approfondi entre les attitudes des médecins américains et français. Il pourrait donc être intéressant d'interroger des praticiens anglo-saxons sur ce sujet, pour mieux cerner les différences culturelles du mensonge médical.

13 - Evolution du mensonge médical

Parmi les praticiens que nous avons rencontrés au cours de ce travail, quelques-uns avaient connu le mensonge médical tel qu'il était pratiqué il y a une trentaine d'années. Pour eux, l'information du patient était alors beaucoup moins naturelle, les médecins n'étant pas formés à la communication avec le malade. Ce dernier n'avait par ailleurs pas encore l'habitude d'exprimer le besoin d'être informé.

Certains ont rejeté les attitudes de cette époque, d'autres n'ont pas souhaité émettre de jugement, estimant que malgré les mensonges, les médecins effectuaient leurs tâches du mieux qu'ils pouvaient. Tous se sont réjouis du profond changement qui a vu le jour au sein de la relation médecin-patient, et qui nous a mené vers plus de transparence.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette évolution, d'après les médecins interrogés : L'autonomisation progressive accordée au patient, rendant la relation thérapeutique moins asymétrique ; l'amélioration des techniques diagnostiques, permettant de limiter l'incertitude ; une formation médicale faisant la part belle à l'apprentissage de la communication ; l'informatisation des dossiers médicaux, et en parallèle, l'importance capitale prise par Internet, permettant aux patients de s'informer, réduisant le sentiment de toute puissance du corps médical. Tout ceci fut consacré par le code de déontologie et la loi du 4 Mars 2002.

En écoutant ces médecins, en analysant leur discours, nous avons l'impression que le mensonge médical actuel est moins systématique, plus réfléchi. Désormais, il est utilisé essentiellement pour servir le patient, lui éviter des souffrances, ou le mettre dans les meilleures conditions possibles pour qu'il puisse comprendre de quoi il souffre. En somme, nous sommes probablement passés d'un mensonge médical autoritaire s'inscrivant au sein d'un modèle paternaliste, à un acte bienveillant, destiné à mater le patient, sans vouloir toutefois l'infantiliser.

14 - Une expérience enrichissante

Ce travail nous a permis d'aller à la rencontre de médecins de diverses spécialités, dont les personnalités étaient parfois opposées, mais qui avaient en commun un souci constant d'agir pour le bien du patient. Grâce à ces échanges, nos interlocuteurs nous ont fait découvrir des points de vue variés et des situations inédites, que nous n'aurions pu connaître autrement qu'à l'occasion de cette recherche. Nous avons pu nous imprégner de plusieurs manières d'informer le patient, et dans ce sens, les entretiens se sont révélés être des plus formateurs.

Il est toujours intéressant de sortir de ses a priori et de se confronter à d'autres opinions, d'autres façons de concevoir l'acte de soin. Ce travail nous a permis d'étudier le mensonge médical en profondeur, ce qui était notre objectif principal. Mais nous avons appris de ces praticiens bien plus que ce que nous espérions : différentes façons d'annoncer une mauvaise nouvelle, de faire face à l'incertitude en médecine, d'établir une relation de confiance avec un patient. Des éléments qui constituent parfois une alternative au mensonge, et qui au final, font partie de l'art de soigner un être en souffrance.

Ces entrevues nous ont permis d'acquérir une expérience essentielle pour la suite de notre parcours médical. L'étude que nous avons menée nous permet d'accepter que le mensonge par omission puisse être utilisé au service du patient, sans qu'il ait forcément un impact négatif pour lui. La difficulté semble être de devoir accepter ce terme péjoratif et de faire abstraction de sa connotation négative.

15 - Des applications en terme de formation

Depuis plusieurs années maintenant, l'apprentissage de la communication avec le patient est mis en avant au cours des études médicales. L'annonce d'une mauvaise nouvelle en fait partie intégrante, sous forme de jeux de rôles par exemple. Nous pourrions imaginer les applications des résultats de notre travail en terme de formation pour les étudiants : apprendre à dévoiler une information de manière progressive, en analysant la demande du patient, en respectant son rythme. Le tout en acceptant le fait que l'omission a aussi sa place dans ce type d'annonce, et qu'elle permet de s'adapter aux dispositions du patient. Un outil qui pourrait justement être apprivoisé au travers de ce genre d'exercice, afin de pouvoir l'utiliser par la suite.

V – CONCLUSIONS

Le recours au mensonge médical était autrefois toléré, voire même recommandé. Cette attitude tend aujourd'hui à disparaître, au profit d'une volonté légitime d'honnêteté envers la personne malade. Néanmoins, il existe encore des circonstances pour lesquelles certains médecins déforment la réalité, la dissimulent, que ce soit à l'occasion d'une maladie incurable ou d'une affection bénigne.

L'objectif initial de notre travail était d'identifier ces situations, afin de comprendre pourquoi des praticiens font le choix de mentir, à une époque où l'on demande au corps médical de faire preuve de transparence. Dans un second temps, nous souhaitons recueillir et analyser le ressenti des médecins concernés.

La littérature disponible sur le sujet mettait surtout en évidence une rétention d'information associée aux atteintes malignes, comme le cancer, ou aux effets secondaires des traitements. Au cours de notre étude, des entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès de 21 praticiens issus de différentes spécialités. Nous avons mis en évidence que les médecins interrogés étaient susceptibles de mentir à chaque étape de la prise en charge du patient, quelle que soit la gravité de l'affection en cause. Cette étude a montré que la falsification et l'omission concernent une grande diversité de pathologies, dont celles rencontrées en pratique courante, comme l'hypertension artérielle par exemple.

Alors que tous les médecins interrogés reconnaissaient donner une place primordiale à l'information, quelles raisons les poussaient donc à utiliser le mensonge ? Dans la très grande majorité des cas, il s'agissait d'un acte altruiste, réalisé pour servir l'individu soigné : le préserver, lui éviter de vivre une situation difficile. Certains ont même considéré qu'il pouvait s'intégrer parmi les moyens thérapeutiques disponibles, le qualifiant alors « d'omission thérapeutique ». Pour une plus faible partie, et cela a probablement été favorisé par l'anonymat des entretiens, il nous a été rapporté des mensonges utilisés dans l'intérêt du médecin : entre autres, gagner du temps, ou lui éviter une annonce difficile.

L'usage du mensonge n'a pas laissé nos interlocuteurs indifférents, et a fait naître chez eux des sentiments contrastés : pour certains des regrets, de l'insatisfaction, voire même un rejet de ce procédé, qui a pu être jugé rétrograde et irrespectueux pour le patient. A l'opposé, pour d'autres le vécu était positif, avec l'impression d'avoir agi de façon adaptée, d'être dans une certaine forme de légitimité. Au travers des entretiens, notre étude a démontré que quels que soient les ressentis que le mensonge a pu inspirer, il a amené les sujets interrogés à un travail d'analyse et de réflexion. Pour certains dans le but de justifier leurs actes, pour d'autres, afin de se remettre en question et changer leur manière de communiquer.

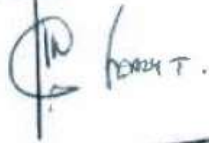
Parmi les 21 médecins interrogés, plus de la moitié a considéré que le mensonge par omission n'était pas incompatible avec des soins de qualité. Pour eux, il s'intégrait au cœur d'une démarche visant à apporter une nouvelle de manière progressive : Il permettait de s'adapter au rythme du patient, de respecter ses dispositions psychologiques, et de lui laisser le temps d'effectuer un cheminement. Pour une majorité de praticiens, une information médicale communiquée de façon abrupte pouvait avoir des effets dévastateurs pour le patient.

Nous avons également mené une analyse sur l'évolution des pratiques. Il y a quelques décennies, le mensonge était instrument de pouvoir et s'intégrait au sein d'un modèle paternaliste de la médecine. Il était alors utilisé pour marquer une distance entre le médecin « tout puissant » et le patient « objet ». Il perd désormais ce caractère infantilisant. Il ressort de notre travail que pour beaucoup de praticiens interrogés, le mensonge actuel est synonyme de bienveillance et de respect pour le patient. Le dévoilement progressif de la vérité traduit une volonté de donner au patient les capacités d'être « sujet » de sa prise en charge. Entre le maintien du malade dans un état d'ignorance asservissant, et la révélation sans fard des données le concernant, il semble exister une autre manière d'agir qui fait toute l'originalité de la relation médecin-patient.

A notre sens, plusieurs facteurs expliquant l'évolution du mensonge en médecine ressortent de cette étude : La possibilité offerte aux patients d'accéder aux données médicales via Internet ; la loi du 4 Mars 2002 ; la part croissante du médico-légal, largement évoquée par les médecins de la nouvelle génération. A ce sujet, d'autres travaux pourraient être menés, notamment auprès des futurs praticiens dont la formation est très tôt axée sur la responsabilité médicale.

Au final, ce travail nous a permis de mieux cerner l'utilisation du mensonge dans notre profession. Nous avons pu étudier et confronter différentes visions de l'exercice médical, plusieurs façons de concevoir la communication avec le patient. La limite entre mensonge et vérité médicale est apparue imprécise pour certains de nos interlocuteurs. Ainsi, chacun a livré sa propre conception du mensonge, et des points de vue contradictoires à propos d'une même situation clinique ont pu naître. Si ces données ne sont pas généralisables à l'ensemble de la profession, elles nous apportent une expérience enrichissante pour notre pratique future : Accepter le fait que le mensonge, tout au moins l'omission, soit utile pour communiquer avec le patient, et l'accompagner au cours de sa prise en charge. Une recherche sur le jugement que les patients portent sur le mensonge médical permettrait de compléter et d'enrichir l'étude que nous venons de réaliser.

Vu Le Président de thèse
(Nom et signature)



Pr Tristan FERRY
Maladies Infectieuses et Tropicales
HOSPICES CIVILS DE LYON
Hôpital de la Croix-Rousse
69317 LYON Cedex 04
RPPS 10004031372

Vu, Le Doyen de la Faculté
de Médecine et de Maïeutique
Lyon-Sud Charles Mérieux



Professeur Carole BERUON

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 24/01/2016

VI – BIBLIOGRAPHIE

- [1] Fize M. Les menteurs : pourquoi ont-ils peur de la vérité ? Paris : Marabout ; 2009.
- [2] Biland C. Psychologie du menteur. Paris : Odile Jacob ; 2004.
- [3] Ducerf D. L'éthique du mensonge. Paris : L'Harmattan ; 2012.
- [4] Code pénal - Article 434-13. Code pénal [En ligne]. 2002 Janvier (Consulté le 19 octobre 2016) ; [1 page]. Consultable à l'URL :
https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=A088139598AAC9AAA8FB3C3202965CA.tpdila09v_3?idArticle=LEGIARTI000006418637&cidTexte=LEGITEXT000006070719&categorieLien=id&dateTexte=
- [5] Code pénal - Article R621-1. Code pénal [En ligne]. 1994 Mars (Consulté le 19 octobre 2016) ; [1 page]. Consultable à l'URL :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006419488&cidTexte=LEGITEXT000006070719>
- [6] Code pénal - Article 441-7. Code pénal [En ligne]. 2002 Janvier (Consulté le 19 octobre 2016) ; [1 page]. Consultable à l'URL :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006418764&dateTexte=&categorieLien=cid>
- [7] DePaulo BM, Kashy DA, Kirkendol SE, Wyer MM, Epstein JA. Lying in everyday life. J Pers Soc Psychol. 1996 May ; 70(5):979-95.
- [8] Hoerni B. Vie et déclin du mensonge médical. Hist Sci Med. 2005 Déc ; 39(4) : 349-58.
- [9] Hippocrate. Œuvres complètes. Amsterdam : A.M Hakkert ; 1962.
- [10] Platon. La République. Paris : Flammarion ; 2016.
- [11] Gourevitch D. Le triangle hippocratique dans le monde gréco-romain. Rome : Ecole française de Rome ; 1984.
- [12] Carol A. Les médecins et la mort. Paris : Aubier ; 2004.
- [13] Ordre national des médecins. Code de déontologie médicale : Décret n° 55-1591 du 28 Novembre 1955. Paris : Issoudun ; 1964.

- [14] Hamburger J. Conseils aux étudiants en médecine de mon service. Paris : Flammarion ; 1963.
- [15] Abiven M. Mentir pour bien faire ? ou le mensonge en médecine. Etudes Psychothérapeutiques. 1996 ;13:39-50.
- [16] Dumoulin J, et France. Ministère de la justice. Service de coordination de la recherche. La Justice et les fonctions sociales du secret : étude monographique n°1, annexe I. Édité par Institut de recherche économique sur la production et le développement. Grenoble, France : IREP-D ; 1981.
- [17] Kant E, Constant B. Le droit de mentir. Paris : Fayard ; 2003.
- [18] Tolstoï L. La mort d'Ivan Ilitch. Paris : Flammarion ; 2005.
- [19] Hoerni B, Soubeyran P. Ne plus mentir. In *Les vérités du cancer*, p.15-26. Psycho oncologie. Paris : Springer ; 2008.
- [20] Schwartzberg L, Viansson-Ponté P. Changer la mort. Paris : Editions Albin Michel ; 1977.
- [21] Bacqué R. Le jour où... Viansson-Ponté réinventa la chronique politique. Le Monde.fr [En ligne]. 2014 Juillet (Consulté le 17 Octobre 2016). Consultable à l'URL : http://www.lemonde.fr/festival/article/2014/07/22/pierre-viansson-ponte-reinvente-la-chronique-politique_4461161_4415198.html.
- [22] Schur M. La mort dans la vie de Freud. Paris : Gallimard ; 1982.
- [23] Code de déontologie médicale : Ed. mise à jour au 28 juin 1979. Paris : Impr. des Journaux officiels ; 1981.
- [24] Code de déontologie médicale : décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale. Paris : Conseil national de l'Ordre des Médecins ; 1995.
- [25] Commentaires du code de déontologie médicale : octobre 2012. Paris : Ordre national des médecins ; 2013.
- [26] Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Paris : Legifrance.gouv.fr ; 2002.
- [27] Fainzang S. Médicaments et société : le patient, le médecin et l'ordonnance. Paris : Presses universitaires de France ; 2001.

- [28] Fainzang S. Dire la vérité au malade, un processus complexe. In : Jeudi de l'ordre – Ethique de l'information médicale. 2007 Avr. p. 13-18.
- [29] Fainzang S. La relation médecins-malades : information et mensonge. Paris : Presses universitaires de France ; 2006.
- [30] Kaldjian L, Jones EW, Wu BJ et al. Disclosing medical errors to patients : Attitudes and practices of physicians and trainees. J Gen Intern Med. 2007 Jul ; 22(7):988-96.
- [31] Richieux V, Duquéroy V. Sondage : Les médecins français et l'éthique médicale. Medscape [En ligne]. 2015 Avril (Consulté le 17 Octobre 2016). Consultable à l'URL : <http://francais.medscape.com/public/ethique>
- [32] Grawitz M. Méthodes des sciences sociales. 11^e édition. Paris : Dalloz ; 2000.
- [33] Berthier N. Les techniques d'enquête en sciences sociales : méthodes et exercices corrigés. Paris : Armand Colin ; 2000.
- [34] Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : L'entretien. Paris : Nathan ; 1992.
- [35] Glaser B, Strauss A. The discovery of grounded theory : Strategies for qualitative research. Londres : Aldine Publishing Company ; 1967.
- [36] Guillemette F. L'approche de la Grounded Theory : pour innover ? Recherches qualitatives. 2006 ; 26(1):32-50.
- [37] Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. Cahiers de recherche sociologique. 1994 ; 23:147-81
- [38] 2 garçons, 1 fille. Everybody lies. 2 garçons, 1 fille, 3 sensibilités [En ligne]. 2015 Février (Consulté le 22 Octobre 2016). Consultable à l'URL : <https://2garcons1fille.wordpress.com/2015/02/17/everybody-lies/>
- [39] Crowne D, Marlowe D. A new scale of social desirability independent of psychopathology. J Consult Psychol. 1960 ; 24(4):349-54.
- [40] Constantinidès Y. Qu'est-ce que la vérité ? In : Les vérités du cancer. Paris : Springer ; 2008. p. 27-39.
- [41] Delaporte C. Dire la vérité au malade. Paris : Editions Odile Jacob ; 2001.
- [42] Ruszniewski M. Faut-il dire la vérité au malade ? Rev Mal Respir. 2004 Fev ; 21(1):19-22.
- [43] Joseph M. Le mensonge, un crime très mal perçu aux États-Unis. Le Figaro [En ligne]. 2011 Juillet (Consulté le 22 Octobre 2016). Consultable à l'URL : <http://www.lefigaro.fr/international/2011/07/06/01003-20110706ARTFIG00423-le-mensonge-un-crime-tres-mal-percu-aux-etats-unis.php>

VII – ANNEXES

Annexe n°1 : Mail de recrutement

Madame, Monsieur,

Je suis actuellement en sixième semestre d'internat de Médecine Générale. J'effectue mon travail de thèse sur la communication médecin-patient, plus particulièrement sur les situations où il existe un obstacle à l'information du patient.

L'objectif de ma thèse est de comprendre les raisons qui peuvent pousser certains d'entre nous, médecins, à dissimuler, ou à déformer, l'information donnée au patient.

Je souhaiterais, à travers des entretiens, recueillir des situations où des médecins ont dû mentir à l'un de leur patient.

L'objectif de ces entretiens n'est absolument pas d'émettre un jugement ou de critiquer notre pratique.

Il s'agit simplement de recueillir des exemples de situations que vous avez pu vivre, afin de mieux comprendre, et donner du sens à ce phénomène.

Dans cette optique, votre témoignage sera très enrichissant pour la réalisation de mon travail de thèse.

Si vous acceptiez de participer, nous réaliserions un entretien d'environ 30 minutes, dans le lieu de votre choix. Je souhaiterais discuter autour de situations concrètes où vous avez été amené à mentir à un patient, et des réflexions que cela a pu entraîner chez vous.

J'intègre dans le terme mensonge deux types d'attitudes : la falsification, qui consiste à fournir une information erronée, et l'omission, qui revient à s'abstenir de dévoiler une information.

L'entretien sera enregistré, si vous l'acceptez bien sûr, mais il reste parfaitement confidentiel. Votre nom ne sera pas cité dans la transcription de l'entretien.

Il est tout à fait possible que vous ne vous sentiez pas concerné par ce sujet, auquel cas vous pourrez bien évidemment refuser de participer à mon travail.

Dans cette attente, je reste à votre disposition pour toute information complémentaire.

Bien cordialement,

Simon Cosentino

Annexe n°2 : Guide d'entretien

Première étape : Prise de contact

Présentation à l'enquêté : Je suis actuellement en sixième semestre d'internat de Médecine Générale. Merci d'avoir accepté de participer à cet entretien.

J'ai choisi de faire ma thèse sur le sujet du mensonge en médecine suite à la lecture d'un sondage qui rapportait que près de 40% des médecins interrogés se disaient prêt à mentir à leurs patients dans certaines circonstances. L'objectif de ma thèse est d'essayer de comprendre dans quelles circonstances et pourquoi des médecins peuvent mentir à leur patient.

J'intègre dans le terme mensonge deux types d'attitudes : la falsification, qui consiste à fournir une information erronée, à déformer une information. Il y a aussi le mensonge par omission, qui revient à s'abstenir de dévoiler une information.

Le but de cet entretien n'est absolument pas d'émettre un jugement sur vos pratiques, mais simplement de recueillir votre expérience à propos de situations que vous avez pu vivre.

L'entretien sera enregistré, si vous l'acceptez bien sûr, mais il reste parfaitement confidentiel. Je ne citerai pas votre nom dans la transcription de l'entretien.

Premières questions, d'ordre général :

- Dans un premier temps, pouvez-vous me décrire en quelques mots votre activité ?
- Mon sujet de thèse est en rapport avec la communication médecin patient. Pouvez-vous me parler de la place que vous donnez à l'information du patient ?

Deuxième partie : Récit de situations vécues par l'interrogé

- Pouvez-vous me parler de situations où vous avez été contraint de mentir à un patient.
- Quel a été votre sentiment lorsque la situation s'est présentée ?
- Au fond de vous, dans quel but avait vous menti ?

Troisième partie : L'information du patient

- Dans un livre que j'ai pu lire sur le sujet, il était noté que les médecins observés mentaient plus facilement à des patients appartenant à des catégories sociales considérées comme défavorisées (personnes n'ayant pas fait d'études, parlant mal le français par exemple). Avez-vous l'impression d'agir différemment avec ces patients ?
- S'il vous est déjà arrivé de commettre une erreur dans un diagnostic, un traitement, comment en avez-vous parlé ensuite avec votre patient ?
- Si vous avez déjà vécu des situations où l'entourage d'un patient vous demande de ne pas révéler un diagnostic péjoratif à ce dernier, quelle a été votre attitude ?
- Vous est-il arrivé de mentir pour favoriser l'observance d'un traitement ?
- Quel discours tenez-vous à vos patients dans les situations d'incertitude ?

Quatrième partie : Evolution des pratiques

- Il y a encore quelques décennies, il était communément admis qu'un diagnostic péjoratif, comme celui d'un cancer, ne devait pas être révélé au patient. Si vous avez vécu ce genre de situations à l'époque, que pouvez-vous m'en dire ?
- Au cours de votre carrière, y'a t'il eut un changement dans votre attitude vis à vis du mensonge médical ?
- Pour finir, pourriez-vous me donner votre définition du mensonge ?

COSENTINO Simon

Le mensonge : utilisation dans la pratique médicale actuelle.

Enquête qualitative auprès de 21 médecins.

175f. 1tab. 43ref. Th. Méd. : Lyon 2016 n°

Résumé

Le mensonge était autrefois solidement ancré au sein de la pratique médicale. Les mentalités ont évolué, et désormais l'information du patient est mise au premier plan. Toutefois, des études récentes ont fait état d'un mensonge associé aux pathologies néoplasiques, ou à la prescription médicamenteuse. Nous avons mené une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins de différentes spécialités. Sa finalité était double : comprendre pourquoi certains médecins utilisent le mensonge avec leurs patients, et analyser leur ressenti à propos de ces situations.

A travers les 21 entretiens réalisés, nous avons pu constater que les médecins interrogés étaient susceptibles de mentir par omission ou falsification à chaque étape de la prise en charge du patient, quelle que soit la gravité de l'affection en cause. Dans la très grande majorité des cas, il s'agissait d'un acte altruiste, réalisé pour servir l'individu soigné. Parmi les 21 médecins interrogés, plus de la moitié a considéré que le mensonge par omission n'était pas incompatible avec des soins de qualité. Pour eux, il s'intégrait au cœur d'une démarche visant à apporter une nouvelle de manière progressive. L'usage du mensonge n'a pas laissé nos interlocuteurs indifférents, et a fait naître chez eux des sentiments contrastés : des regrets, de l'insatisfaction, voire même un rejet de ce procédé, qui a pu être jugé rétrograde et irrespectueux pour le patient. A l'opposé, pour d'autres le vécu était positif, avec l'impression d'avoir agi de façon adaptée, d'être dans une certaine forme de légitimité.

Ce travail nous a permis de mieux cerner l'utilisation du mensonge dans notre profession. Si ces données ne sont pas généralisables à l'ensemble de la profession, elles nous apportent une expérience enrichissante pour notre pratique future : accepter que l'omission soit utile pour communiquer avec le patient, et l'accompagner de manière bienveillante au cours de sa prise en charge.

Mots clés Mensonge, relation médecin-patient, révélation de la vérité, information médicale

Jury

Président : Mr le Professeur Tristan Ferry

Membres : Mr le Professeur Jean-François Guérin

Mr le Professeur Alain Moreau

Mme le Docteur Karine Di Valentin

Date de soutenance 6 Décembre 2016

Adresse de l'auteur 34 Rue Antoine Lumière, 69008 Lyon

cosentino.simon@gmail.com