



Le mensonge du médecin généraliste à son patient : dans quelles situations et pourquoi? Le témoignage de 7 praticiens interrogés en Normandie en 2017

Laure Bourgeaux

► To cite this version:

Laure Bourgeaux. Le mensonge du médecin généraliste à son patient : dans quelles situations et pourquoi? Le témoignage de 7 praticiens interrogés en Normandie en 2017. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01900749

HAL Id: dumas-01900749

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01900749>

Submitted on 22 Oct 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2018

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

Par **Laure BESSON**, épouse **BOURGEAUX**

Née le 31 juillet 1989 à Gruchet-le-Valasse (76)

Présentée et soutenue publiquement le 20 septembre 2018

**Le mensonge du médecin généraliste à son
patient : dans quelles situations et pourquoi ?**

*Le témoignage de 7 praticiens interrogés en
Normandie en 2017.*

<i>Président de jury :</i>	Madame le Professeur Priscille GERARDIN
<i>Directeur de thèse :</i>	Madame le Docteur Sophie OZANNE
<i>Membres du jury :</i>	Monsieur le Professeur Emmanuel LEFEBVRE
	Monsieur le Docteur Emmanuel HAZARD

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018
U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESSEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoît VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHO	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE (<i>détachement</i>)	HCN	Médecine interne (gériatrie) – Détachement
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHO (<i>surnombre</i>)	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition

Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologie
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénéréologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie

Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit MISSET	HCN	Réanimation Médicale
Mr Jean-François MUIR (<i>surnombre</i>)	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ (<i>surnombre</i>)	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER (<i>surnombre</i>)	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	HB	Service Santé Réadaptation

Mr Eric **VERSPYCK**

HCN Gynécologie obstétrique

Mr Olivier **VITTECOQ**

HB Rhumatologie

Mme Marie-Laure **WELTER**

HCN Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	HCN	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy BELLIEN (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique

Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Anne-Sophie CHAMPY	Pharmacognosie
M. Jonathan HEDOUIN	Chimie Organique
Mme Barbara LAMY-PELLETER	Pharmacie Galénique

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth MAUVIARD UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Marianne **LAINE** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ – Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Priscille GERARDIN,

Merci de me faire l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Emmanuel LEFEBVRE,

Pour l'honneur que vous me faites de participer à ce jury. Aussi, merci de m'avoir fait découvrir la médecine générale, car c'est en grande partie à vos côtés que mon choix s'est imposé. Soyez assuré de mon admiration et de ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Emmanuel HAZARD,

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de juger mon travail en étant membre de ce jury. Merci également pour votre enseignement en ED et votre gentillesse durant ces trois années. Soyez assuré de ma profonde gratitude.

A Madame le Docteur Sophie OZANNE,

Sophie, tu m'as enseigné la médecine que je rêve d'exercer, une médecine d'écoute, d'empathie et de respect. J'ai pris énormément de plaisir à consulter en binôme avec toi durant ces six mois.

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Ta bienveillance m'a énormément aidée, bien au-delà de ce travail.

A ceux qui m'ont aidée à réaliser ce travail,

Un grand merci aux médecins qui ont généreusement accepté de participer à cette étude, ainsi qu'à mes relecteurs.

Au Docteur Samuel Leroy,

Pour tes précieux conseils.

Aux bibliothécaires de la faculté,

Pour leur disponibilité.

∞

A ceux qui m'ont appris mon métier,

Aux Docteurs Joëlle et Olivier WALBAUM,

Joëlle, Olivier, c'est vous qui m'avez ouvert les portes de la médecine alors que je n'étais qu'au lycée. Grâce à vous, j'ai su que ce métier était fait pour moi et que la montagne à gravir méritait amplement tous ces sacrifices. Sachez combien le souvenir de ces quelques jours à vos côtés m'a aidée à m'accrocher en première année.

Au Docteur Yann POULINGUE, au Docteur Modou DIOP, au Docteur Favio PARRADO,

Merci de m'avoir entourée de tant de confiance lors de mon premier semestre à Louviers, je n'aurais pas pu mieux débiter mon internat.

Au Docteur Benoît BROUSSE, au Docteur Sandra PERISSOUD, au Docteur Annie-Claude LECOURT et toute l'équipe des urgences d'Elbeuf,

Le plaisir que j'ai eu à travailler dans votre équipe n'a eu d'égale que ma peine de vous quitter. Merci pour tout ce que vous m'avez transmis, votre motivation, votre écoute, et tous les bons moments que nous avons partagés.

A Monsieur le Professeur Pierre DECHELOTTE,

Merci pour ton enseignement au lit du malade lors de mon stage en nutrition qui m'a passionnée, merci aussi pour tous ces moments musicaux passés ensemble et qui m'ont tant permis de souffler durant ces neuf années, déjà ! Sois assuré de mon plus grand respect.

Au Docteur Philippe FLAHAUT,

Pour la passion avec laquelle tu m'as enseigné la pédiatrie. Ta rigueur et ton raisonnement m'accompagnent tous les jours au cabinet, avec tous les enfants.

A Madame GUIGOT,

Pour vos cours passionnants de communication médicale en premier cycle.

Au Docteur Philippe MAUBOUSSIN et au Docteur Stéphane PERTUET,

Pour votre accueil chaleureux et votre confiance.

∞

A tous les patients que j'ai pris en charge au cours de mes études,

Merci d'avoir accepté ma présence, ma jeunesse et mon inexpérience.

Votre confiance est désormais un privilège immense, une satisfaction innommable.

A ma famille,

A mes grands-parents,

Qui me manquent.

A mes parents,

Pour votre amour, vos valeurs, la stabilité de notre foyer et bien sûr, votre soutien et votre écoute absolument sans faille.

Vous m'avez prouvé très tôt à quel point il était précieux d'exercer un métier qu'on aime, et cette finalité m'a guidée tout au long de ma scolarité.

J'ai beaucoup de chance, et je suis très fière de vous.

A mes frères et sœurs Charlotte, Aurélie, Louis et Olivier,

Pour votre amour, pour tous les moments passés ensemble et à venir, vous êtes tout simplement géniaux.

A mon mari Charles,

Qui m'aime, me porte et me supporte depuis toutes ces années. Tu es mon roc et mon support à toute épreuve. Au-delà du bonheur que tu m'apportes au quotidien, merci de m'avoir tant aidée à avoir moins peur et à franchir toutes les étapes de ces études, les unes après les autres.

Un clin d'œil,

A mes supportrices de première ligne, Shelma puis Margotte, pour leur présence fidèle et chaleureuse pendant ces innombrables heures de travail à mon bureau, pour leur réconfort discret mais précieux.

∞

A mes amis,

A Cyrielle,

Depuis notre rencontre en pneumo, pour nos innombrables fous rires et ton soutien indéfectible. Parce que sans toi, rien n'aurait été pareil. Tu es une belle personne ma Cicy !

A Martin, Olivia, Charline, Florence, Franck, Anne, Lucie P, Lucie L et Julia,
Vous avez rendu ces années inoubliables.

A la « vitrine du Belvé » : Piou Piou, Cécile, Caroline, Anne-Sophie, Ludivine, Emilio et Benjamin,

C'était un bonheur de partager ces six mois en votre compagnie. Vous avez fait de mon dernier semestre d'internat une époque plus que mémorable qui me manque toujours autant !

A Clémence,

Notre rencontre en pédiatrie, si rare et si précieuse, restera l'un des plus beaux moments de mon internat. Nos valeurs, notre caractère, notre humour et même nos doutes nous ont unies à l'instant où nous nous sommes connues. Merci pour ton optimisme, ta joie de vivre et ton soutien infaillible. Merci de me rendre meilleure.

∞

Enfin, je dédie ce travail,

A mon Apolline,

Merci pour ta joie de vivre et ta malice qui illuminent chacune de mes journées.

Tu as fait de moi un soignant plus humain et plus sensible.

Ma chérie, tu es de loin ma plus grande fierté et mon plus grand bonheur... notre plus grand bonheur.

SOMMAIRE

GLOSSAIRE	21
I. INTRODUCTION	23
A. CONTEXTE	24
B. GENERALITES	26
1. <i>Mensonge en société</i>	26
a) Définitions.....	26
b) Les différents codes de morale	28
c) Le mensonge et la loi française	29
d) La construction identitaire du mensonge	29
e) Ce qui influence notre façon de mentir	31
f) Pourquoi mentir ?	32
g) Comment mentir ? Les procédés du mensonge	35
2. <i>Mensonge du médecin</i>	38
a) Rappel des enjeux de la prise en charge du patient pour le médecin généraliste	38
b) Bref historique du mensonge médical.....	39
c) Normes législatives et recommandations.....	40
II. MATERIEL ET METHODES	44
A. OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	45
1. <i>Objectif principal</i>	45
2. <i>Objectifs secondaires</i>	45
B. ETUDE QUALITATIVE.....	46
1. <i>Population étudiée</i>	46
a) Critères d'inclusion	46
b) Recrutement et taille de l'échantillon.....	46
2. <i>Recueil des données</i>	47
a) Elaboration du guide d'entretien	47
b) Entretiens.....	47
c) Paramètres recueillis	47
3. <i>Analyse des données</i>	49
a) Transcription écrite.....	49
b) Codage	49
4. <i>Éthique et sécurité des données</i>	51
III. RESULTATS.....	52
A. ANALYSE DES CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON	53
1. <i>Généralités</i>	53
2. <i>Données épidémiologiques</i>	53
a) Age et sexe de la population.....	53
b) Mode d'exercice	53
c) Années d'expérience.....	54
d) Volume d'activité et durée de consultation	54
e) Présence d'étudiants en médecine en consultation	54

f)	Activités diverses	54
g)	Connaissance de l'enquêteur	55
h)	Caractéristiques de la patientèle	55
B.	SITUATIONS DE MENSONGE.....	56
1.	<i>Pathologies à pronostic sombre</i>	56
2.	<i>Situations diverses</i>	57
a)	Pathologies aiguës et bénignes	57
b)	Pathologies chroniques	57
c)	La tension artérielle	58
d)	Examens complémentaires ou patient orienté vers l'hôpital	58
e)	Prescriptions	59
f)	Objet du mensonge lié au médecin	60
C.	POURQUOI MENTIR.....	63
1.	<i>Pour le patient</i>	63
a)	Le préserver	63
b)	Améliorer sa prise en charge	66
c)	Ménager l'avenir	72
d)	Révélation de la vérité jugée comme inutile	73
e)	Répondre à une demande.....	74
2.	<i>Pour le médecin</i>	77
a)	Se protéger à titre personnel.....	77
b)	Mentir par confraternité	80
c)	Mentir par confort	80
d)	Mentir par égo	86
3.	<i>Secret médical</i>	90
D.	COMMENT MENTIR	91
1.	<i>Omission</i>	91
a)	Passer une information sous silence	91
b)	Simplifier la vérité.....	92
c)	Laisser une annonce au spécialiste	92
d)	Utiliser le temps : l'omission temporaire	92
e)	Ne dire qu'à la famille	93
2.	<i>Production d'une information fausse</i>	94
3.	<i>Communication</i>	95
a)	Exagérer	95
b)	Minimiser	96
c)	Le choix des mots	97
d)	Emprunter un chemin détourné.....	98
e)	Bluffer	99
f)	Mentir par le biais de la secrétaire	99
4.	<i>Examen clinique</i>	100
5.	<i>Prescriptions</i>	101
E.	VECU ET CONSIDERATION DES MEDECINS FACE A LEUR MENSONGE	102
1.	<i>Le mensonge bien vécu</i>	102
2.	<i>Difficultés rencontrées</i>	104
a)	Vécu ou opinion négatives d'un mensonge	104

b)	Le sentiment de mentir par obligation.....	105
c)	La difficulté de savoir ce que le patient veut savoir	106
d)	L'impression d'être un « mauvais menteur »	107
3.	<i>Justifier le mensonge</i>	109
a)	Le mensonge courant	109
b)	Le mensonge remis en cause	109
c)	Le mensonge généralisé	111
4.	<i>Impressions de fréquence et d'évolution des pratiques au cours du temps</i>	112
a)	Des mensonges perçus comme plus ou moins fréquents	112
b)	Evolution de la pratique au cours du temps	113
F.	DEUX CAS CLINIQUES	116
1.	<i>Cancer du sein chez une femme de 93 ans</i>	116
2.	<i>L'examen clinique sans visée diagnostique</i>	117
IV.	DISCUSSION	120
A.	LA METHODOLOGIE.....	121
1.	<i>Enquête qualitative</i>	121
2.	<i>Les entretiens</i>	122
3.	<i>L'échantillon</i>	123
B.	LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE	124
1.	<i>Biais internes</i>	124
a)	Biais de mémoire.....	124
b)	Freins à la confiance	124
2.	<i>Biais externes</i>	126
a)	Subjectivité de l'enquêteur	126
b)	Biais de volontariat.....	126
c)	Taille de l'échantillon	126
C.	COMPARAISON DES RESULTATS AUX DONNEES DE LA LITTERATURE	127
1.	<i>Situations de mensonge</i>	127
2.	<i>Pourquoi mentir</i>	128
a)	Le mensonge médico-légal.....	128
b)	La maladie, reflet de la propre vulnérabilité du médecin?.....	128
c)	Une quête de « pouvoir et de puissance » ?	129
d)	Influence du niveau socio-économique	130
3.	<i>Comment mentir</i>	132
4.	<i>Vécu et considérations des médecins face à leur mensonge</i>	133
a)	Notion de fréquence du mensonge.....	133
b)	Les lois et recommandations confrontées à la pratique	133
5.	<i>Des pratiques, des opinions</i>	136
D.	CONNAISSANCES ET FORMATION	137
E.	LES PROSPECTIVES DE RECHERCHE	138
V.	CONCLUSION.....	139
	BIBLIOGRAPHIE	141
	ANNEXES.....	144

GLOSSAIRE

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPS : Code de la Santé Publique

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : Hypertension artérielle

ROSP : Rémunération sur objectifs de santé publique

RA : Rétrécissement aortique

OAP : Œdème aigu pulmonaire

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

« Tout voir, tout savoir, tout dire : tel est le nouveau modèle de la médecine. »¹

Dr Anne-Marie Merle-Béral

« Science sans conscience n'est que ruine de l'âme. »²

Rabelais

¹ *Docteur ne me dites pas tout*, Dr Anne-Marie Merle-Béral (1)

² *Pantagruel*, Rabelais

I. INTRODUCTION

A.CONTEXTE

Nous mentons en moyenne deux fois par jour. (2) C'est une activité humaine quotidienne mais réprimée dans notre société, où la bonne intention du mensonge est bien souvent négligée. Dans le sens commun, c'est une action négativement connotée.

Comment imaginer que le médecin de famille digne de confiance puisse mentir à son patient ?

Les lois sur l'information au malade, la judiciarisation de la médecine et l'accès à l'information ont considérablement fait évoluer la relation médecin-malade depuis le milieu du XX^e siècle. Le médecin paraît plus que jamais engagé dans une relation « contractuelle » avec son patient où la place pour la rétention d'information et le mensonge semble se réduire considérablement. Pourtant, au moment d'entrer en communication avec le malade, le médecin généraliste ne s'appuie pas uniquement sur ses connaissances scientifiques ou des règles déontologiques et juridiques, mais sur des facultés humaines et relationnelles qui lui sont propres et peu enseignées au cours de ses études.

Si mentir à propos d'un pronostic sombre était envisageable il y a encore un demi-siècle lorsque le modèle relationnel paternaliste régnait, est-il encore concevable et effectif aujourd'hui que le médecin continue de mentir à son malade ? Pourquoi le ferait-il ? Dans quelles situations ?

∞

Une étude de psychologie, réalisée par De Paulo *et al.* (2) en 1996 « Lying in everyday life » s'intéressait aux petits mensonges du quotidien à l'échelle d'une semaine. Elle a montré que le mensonge du quotidien n'est pas toujours un acte égoïste. Si 80% de nos mensonges nous concernent, un tiers des mensonges a pour but de servir l'intérêt de celui à qui on ment.

En matière de mensonge médical, la littérature scientifique s'avère relativement pauvre.

Une enquête américaine publiée en 2012 (3) a été réalisée auprès de 1200 praticiens américains de toutes spécialités, par *focus group* puis questionnaire. Elle interrogeait principalement les médecins sur la possibilité de révéler une erreur médicale - notamment par

crainte d'éventuelles poursuites judiciaires -, de dire quelque chose de faux aux patients et de minimiser un diagnostic.

Une étude mondiale sur l'éthique médicale a été réalisée par Medscape et publiée en 2015³. Elle évoque la rétention d'information, les pratiques de minimisation de risques liés à une intervention ou un traitement pour en favoriser le consentement du patient, la dissimulation d'erreurs médicales, la prescription de placebo, les limites du secret médical, ou encore la perspective de non-révélation d'un diagnostic en phase terminale.

Ces quelques études quantitatives sur le mensonge en médecine sont américaines ou internationales. Aucune étude n'a été réalisée spécifiquement chez les médecins français, or il est possible que l'éthique et les usages en terme de délivrance de l'information varient entre les Etats-Unis et la France, ainsi qu'au sein même de l'Europe.

Aucun des travaux que nous avons étudiés n'a été réalisé spécifiquement dans une population de médecins généralistes.

Enfin, que ce soit dans la littérature scientifique ou dans les nombreux ouvrages sur la communication, la relation médecin-malade et l'éthique médicale, la très grande majorité des situations de mensonge évoquées concernait les maladies graves, les pronostics sombres ou les situations de fin de vie. Peu de travaux se sont intéressés à ce qui pourrait être qualifié de « petits mensonges du quotidien ».

Nos hypothèses reposent sur l'existence d'un grand nombre de mensonges qui ne se situent pas uniquement dans le cadre de ces situations lourdes. Des mensonges en apparence anodins pour faire plaisir, réconforter, ne pas inquiéter, améliorer une observance ou encore gagner du temps. Autant de mensonges pouvant être faits dans l'intérêt du malade comme du médecin.

L'objectif de ce travail est de recenser dans quelles situations les médecins généralistes français ont recours au mensonge dans leur pratique quotidienne, et pour quelles raisons ils le font.

³ Cité par Medscape France (4)

B. GENERALITES

1. Mensonge en société

a) Définitions

Dans le dictionnaire du *Larousse* (5), le *mensonge* se définit par :

Action de mentir, de déguiser, d'altérer la vérité

Assertion contraire à la vérité

Littéraire. Ce qui est faux, illusoire, trompeur

Mentir par :

Dissimuler, déguiser volontairement la vérité, nier ou taire ce qu'on devrait dire

Ne pas donner un reflet exact de la réalité, la déguiser

La *vérité* par :

Adéquation entre la réalité et l'homme qui la pense

La *sincérité* est une notion subjective, « c'est s'en tenir à la vérité, ne pas se mentir à soi-même, ne pas chercher à tromper les autres ». (6)

L'*objet* du mensonge, correspond à ce « à propos de quoi » on ment.

Le *motif* du mensonge, c'est le but que le locuteur cherche à atteindre en choisissant le mensonge à la vérité.

D'après Durandin (7), pour définir le mensonge il faut considérer trois termes :

- La *réalité* : c'est l'objet dont on parle,
- La connaissance : la représentation que l'on se fait de cet objet,
- Le discours : la représentation que l'on fournit à l'interlocuteur.

Si le discours est conforme à la connaissance que l'on tient soi-même pour vrai, on parle de *vérité*. S'il est en opposition, on parle de mensonge.

Le mensonge est toujours un acte intentionnel. Il traduit une volonté de tromper, de dissimuler sa pensée.

C'est une discordance entre le discours et la connaissance de la réalité, et non entre le discours et la réalité elle-même.

On ne parle pas de mensonge lorsque le sujet a une connaissance erronée de la réalité, mais d'erreur.

En 395, Saint Augustin (8) dit :

« Mentir, c'est avoir une pensée dans l'esprit, et, par paroles ou tout autre moyen d'expression, en énoncer une autre. »

On décrit deux types de mensonge :

- La production d'une information fausse, qui ne correspond pas à la réalité (« déguiser »),
- Le mensonge par omission, le non-dit, qui signifie taire une vérité, sans produire d'information fausse (« nier ou taire »).

Il est important d'insister sur deux points concernant ce deuxième type de mensonge :

- Commençons par prendre un exemple : on ne peut pas parler de mensonge simplement parce qu'on ne confie pas ses problèmes personnels au premier venu. Il faut impérativement compléter la définition du mensonge par omission en le resituant dans le cadre d'un non-dit *alors que la vérité est ou pourrait être attendue par l'interlocuteur*. De même, celui qui ne dit rien parce qu'il n'a pas d'opinion ne ment pas, mais celui qui se tait en *laissant croire* qu'il n'a pas d'opinion ment. On retrouve toujours l'intentionnalité de tromper.
- Taire ce qu'on « devrait dire » pour reprendre la définition du *Larousse*, ne pas dire alors que la vérité « pourrait être attendue » implique évidemment une notion de subjectivité. D'une part, tout le monde n'a pas forcément la même opinion de « ce qui doit être dit » dans une situation donnée, et d'autre part, il est impossible de *deviner* avec certitude ce que l'interlocuteur attend et considère comme ce qui doit lui être dit.

Il nous paraît cependant indispensable de ne pas amputer à ce travail l'étude du mensonge par omission. Ainsi, nous considérerons délibérément que toute omission de vérité est un mensonge, à partir du moment où une vérité pourrait supposément être attendue.

On écarte le mensonge d'autres usages faux de la parole comme la plaisanterie ou le jeu du comédien qui cherche à divertir.

b) Les différents codes de morale

La morale est un ensemble de valeurs, de règles et de grands principes qui permettent de différencier le bien du mal et de fournir à la société des règles du bien-vivre ensemble.

« Mentir, c'est mal. C'est un péché, une déviance, un désordre, un délit. Qu'elle soit morale, philosophique, religieuse ou civique, aucune règle ne tolère le mensonge. (...) Le mensonge est un des attributs du royaume du mal. (...) Il est du côté du diable. Bref, homme bon, homme sage, homme vertueux, tu ne mentiras pas ! Ici commence pourtant la difficulté. » (9)

Les positions éthiques s'appuient bien souvent elles-mêmes sur des positions *philosophiques*, qui sont controversées.

Pour Emmanuel Kant (10), la vérité est un devoir absolu et inconditionné, un « commandement sacré de la raison (...) qui n'admet pas de condition et qu'aucun inconvénient ne saurait restreindre ». Aucune société ne peut exister si la moindre exception est admise. Le mensonge est immoral quel qu'en soient les motifs et les circonstances.

Pour Benjamin Constant (10) qui s'y oppose, il existe un droit de mentir par humanité ; dire la vérité n'est qu'un devoir envers « ceux qui ont droit à la vérité ».

Les codes de morale *religieuse*, notamment pour les grandes religions issues du monothéisme biblique, condamnent fermement le mensonge, d'une manière rigoureuse et absolue.

Pour Saint Augustin (8) en 395 ap. J.-C., l'enjeu fondamental est l'amour, de Dieu et du prochain. « La bouche qui ment tue l'âme. »⁴ Il ne faut pas corrompre l'âme par un mensonge, même pour « maintenir un corps vivant ». (8)

Les règles de la morale *sociale*, pour Koyré (11), « qui s'exprime dans nos mœurs et qui gouverne, (...) sont bien plus lâches encore que celles de la morale philosophique. Ces règles, généralement parlant, condamnent le mensonge. Tout le monde sait qu'il est "laid" de mentir. Mais cette condamnation est loin d'être absolue. L'interdiction est loin d'être totale. Il y a des cas où le mensonge est toléré, permis, et même recommandé ».

Le mensonge peut être toléré tant qu'il ne nuit pas au bon fonctionnement des relations sociales, tant qu'il ne fait de mal à personne, tant qu'il s'exerce en dehors du groupe. On reconnaît volontiers la bienveillance de certains mensonges par omission.

⁴ *Sagesse* I, 11

Le mensonge peut aussi être une arme. Dans la morale sociale, il est permis de mentir à l'adversaire, de tromper l'ennemi.

Les mensonges de la publicité, du commerce et de la politique sont connus de tous. Ils sont montrés du doigt, mais peuvent être socialement acceptés.

Durandin (12) suggère même que c'est la société elle-même qui indirectement amène le mensonge. Mentir, c'est réintroduire un rapport de force, contourner des lois et des règles que l'homme supporte difficilement. « Plus il y a de limites et de règlements, plus il y a d'occasions de mentir. »

Il souligne que les règles sociales engendrent inévitablement une certaine hypocrisie acceptée de tous. On ne se permet guère de dire à quelqu'un qu'on le trouve laid. Ceci n'est pas un comportement inné, mais acquis par l'éducation et la vie en société. C'est la politesse, le savoir-vivre.

Concluons en citant Koyré (11):

« Le mensonge reste donc toléré et admis, mais justement... il n'est que toléré et admis. »

c) Le mensonge et la loi française

En droit français, le mensonge n'est pas constitutif d'un délit en soi, ni dans le code civil ni dans le code pénal.

En pratique, ce n'est pas le mensonge lui-même qui peut être condamné mais son préjudice: (13)

- clause contractuelle non respectée (dans le commerce par exemple),
- escroquerie,
- faux et usage de faux (falsification de documents officiels),
- diffamation,
- abus de confiance, d'ignorance ou de faiblesse ; extorsion de faveur,
- faux témoignage devant un tribunal (émis sous serment).

d) La construction identitaire du mensonge

« Dès le plus jeune âge, nous baignons dans un monde de mensonges qui, si l'on y réfléchit bien, est paradoxal. D'un côté, les adultes entretiennent savamment des légendes

fictives dans l'esprit des enfants : le Père Noël, la petite souris... De l'autre, ils prennent soin de leur apprendre qu'il ne faut pas mentir. » (14)

- Prise de conscience du mensonge : l'âge de raison

Comme l'explique Neveu (14), le petit enfant confond imaginaire et réalité. Il se construit un monde fictif sans distinguer le vrai du faux. « Il se développe au sein d'une pensée magique, par ailleurs cultivée par les contes et les légendes. » Sa fabulation est dénuée de préméditation, de méchanceté et d'intention négative. C'est pour cela qu'on parle de fabulation et non de mensonge. Elle fait même partie de sa construction psychique. « Avec l'acquisition du langage, l'homme acquiert (...) la puissance de la fiction. » (15) Ce monde imaginaire l'aide à grandir, à s'affirmer, à exprimer des désirs. Les contes et les fables lui sont d'ailleurs transmis par le monde des adultes.

L'enfant ne prend conscience du mensonge et de son sens moral qu'à partir de 7 ans, l'*âge de raison*.

- L'enfant qui ment

L'enfant ment pour protéger son intimité et ses idées ; pour se protéger d'une punition ou obtenir quelque chose. Il peut aussi se mentir à lui-même pour se protéger d'une réalité trop difficile à accepter.

Le mensonge présente un enjeu affectif. Dans sa relation à l'autre, l'enfant ressent très vite le besoin d'être aimé, de ne pas être abandonné ni de ne pas décevoir l'adulte. Il ment pour répondre à l'idéal parental.

Il affirme également son identité en découvrant qu'il peut manipuler ses parents. D'après Biland (16), l'enfant acquiert la manipulation avant même de savoir parler. Il comprend rapidement qu'en « jouant » le malheureux, ses parents pensent qu'il est peut-être réellement malheureux, et qu'il peut en obtenir un avantage.

Il ment parfois parce que ce sont les adultes qui lui demandent de le faire. « Si untel appelle, dis-lui que je ne suis pas là. »

- L'adolescent qui ment

« L'adolescence est une phase importante de changement, de transformations physiques et psychiques qui invitent les jeunes à mentir aux autres, à se mentir à eux-mêmes et à ne pas forcément recevoir et accepter pour vérité ce qu'on leur énonce. » (14)

L'adolescent commence à ressentir des idées personnelles, qui peuvent être en opposition avec le monde des adultes et le milieu familial. Le mensonge permet de ne pas briser les traditions et d'éviter le conflit. Ne pas dévoiler ses pensées est aussi une manière de préserver l'avenir, de se réserver le droit de changer.

Le mensonge représente une clé de l'émancipation sur le plan intellectuel.

L'adolescent peut aussi mentir pour appartenir à un groupe.

∞

En conclusion, les deux motifs majeurs du mensonge et leur intérêt dans la construction psychique de l'individu sont:

- la *protection* : se protéger soi-même pour obtenir un avantage, éviter la punition, préserver ses idées ; protéger les autres,
- *grandir* et s'émanciper.

e) Ce qui influence notre façon de mentir

- Education, croyances et culture

L'éducation et la croyance religieuse ont un impact fort sur l'idée que se fait l'individu du mensonge, et sur le sens moral qu'il lui donne.

La composante culturelle entre aussi en jeu, comme l'explique Neveu (14), on ne ment pas de la même façon d'un pays à l'autre ni d'un continent à l'autre. En Asie par exemple, le « oui » de politesse prime sur son sens et n'est pas gage d'assurance, tout simplement parce qu'il est d'usage de ne jamais dire « non ».

- Les caractéristiques personnelles du menteur

L'étude à grande échelle menée par De Paulo *et al.* (2) en 1996 a révélé des différences homme/femme dans notre usage du mensonge. Les femmes effectueraient plus de mensonges altruistes et notamment entre elles, alors que les hommes effectueraient une majorité de mensonges égoïstes. Elles usent aussi plus de la flatterie dans les relations sociales. Les études de Biland (16) montrent que les femmes ressentent plus de culpabilité et de stress quand elles mentent.

L'âge du menteur, son caractère et son niveau d'instruction ont aussi un impact sur sa faculté à mentir.

D'après Biland, il existe clairement de plus ou moins bons menteurs. Les personnes émotives et qui ont une faible confiance en elles sont très vulnérables quand elles mentent et n'ont pas confiance en leurs mensonges. A l'inverse elle estime que 15% de la population sont qualifiés de « menteurs parfaits », très difficilement détectables et qui dominent sans faille leurs émotions.

- Le destinataire

Il est plus facile de mentir dans une position de supériorité hiérarchique.

D'après l'étude menée par Ennis *et al.* (17) « Individual differences and lying in everyday life », nous mentons moins à nos amis proches qu'aux gens que nous ne faisons que côtoyer, nous mentons plus systématiquement en société que dans l'intimité.

Nous mentons aussi différemment, puisque nous faisons plus de mensonges égoïstes aux étrangers, alors que les mensonges aux proches sont davantage altruistes.

f) Pourquoi mentir ?

Le motif du mensonge, c'est le but que le locuteur cherche à atteindre en choisissant le mensonge plutôt que la vérité.

On se propose ici de dresser un classement des différents motifs du mensonge, en opposant:

- le mensonge égoïste (« pour soi »),
- le mensonge altruiste (« pour l'autre »).

- Le mensonge égoïste

C'est celui qui sert les intérêts du menteur. Biland (16) affirme que 70% des mensonges sont égoïstes.

- Le mensonge de « protection »

Il vise à éviter une punition, un reproche ou une sanction. Il est beaucoup utilisé chez l'enfant.

Il permet aussi d'éviter les conflits ou les disputes.

Il peut également servir à ne pas se dévoiler, se sécuriser ou garder pour soi une vérité personnelle. Le mensonge par timidité en fait partie, bien que la timidité soit plus une cause qu'un motif en soi.

Il vise parfois à se duper soi-même.

- Le mensonge de « puissance »

Cette fois le mensonge n'a plus pour unique vocation de se protéger de l'autre mais produit une action à l'encontre de l'autre, pour prendre un certain *pouvoir* sur lui.

Il vise à nuire, punir ou calomnier. Par exemple, l'enfant qui dénonce son camarade par plaisir de le voir puni, ou la médisance qui consiste à abaisser son semblable pour s'élever un peu.

Par la rétention d'un savoir, il peut aussi être une arme de *pouvoir*. C'est un moyen de conserver sa place dans une hiérarchie sociale établie, ce qui est également un mensonge tactique.

- Le mensonge tactique

C'est celui qui est utilisé dans le but d'obtenir un avantage ou de *persuader* l'autre: pour lui plaire, donner une bonne image de soi, se faire valoir ou paraître supérieur (ou ne pas paraître inférieur). Il est aussi une arme d'exploration : « prêcher le faux pour savoir le vrai ».

- Le mensonge du groupe

C'est le mensonge qualifié de « moutonnier » par Roure (6), celui de l'*hypocrisie sociale*. L'individu exprime l'avis général sans vouloir se distinguer avec des idées propres ou des sentiments personnels. C'est une conduite qui amène à exprimer des opinions qui ne sont pas personnelles, et donc, mensongères.

Ce type de mensonge est classé dans les mensonges égoïstes car c'est un mensonge passif qui survient plutôt par défaut et qui ne semble pas particulièrement motivé par un désir de protection de soi-même, bien qu'on y trouve un certain confort.

- Le mensonge altruiste

C'est celui qui sert les autres. Il est aussi appelé le « pieux mensonge ».

- Le mensonge de « protection »

On retrouve cette notion fondamentale de *protection*, cette fois-ci de l'autre.

Tout d'abord, mentir pour ne pas inquiéter, pour ne pas faire de peine ou pour ne pas vexer.

Il existe un grand nombre de « petits » mensonges sans conséquence, qui relèvent du *savoir vivre*, de la *politesse* et de la *sympathie*. Ils servent à enrober nos rapports mutuels.

« La politesse a pour résultat final de maintenir parmi les hommes une harmonie de surface nécessaire à l'accomplissement de leur vie collective. » (6)

« *J'allais vous appeler* »

« *Ce plat était délicieux* »

« *Tu fais jeune* »

« *Ce n'est pas grave* »

Enfin, il y a le mensonge qui *défend* l'ami ou le groupe. Il s'agit de ne pas divulguer un secret qui a été confié, par discrétion, par fidélité, et parce que l'ami nous fait confiance. Sinon c'est l'intérêt du groupe qui est défendu, par exemple dans le mensonge de famille où la révélation d'un lourd secret verrait s'ébranler tout l'équilibre familial.

- Le mensonge d'utilité publique

C'est un mensonge généré dans l'intérêt commun. Il vise par exemple à éviter des conflits dans le cadre de la *diplomatie* d'Etat.

Les autorités publiques peuvent décider de retarder l'annonce d'une catastrophe naturelle ou d'un attentat afin de faciliter l'évacuation d'un groupe, de ne pas porter l'attention sur un individu recherché ou de ne pas saturer les réseaux téléphoniques.

▪ Conclusion

Le motif du mensonge est bien souvent multiple et beaucoup plus complexe que dans ce classement théorique. Le motif altruiste sert parfois d'alibi à un mensonge égoïste, comme

cela peut être le cas dans l'adultère ou le secret de famille. Le menteur peut se protéger lui-même autant qu'il cherche à préserver l'autre.

Dans son ouvrage, *Les fondements du mensonge*, Durandin (12) conclue :

« Dans l'ensemble, les gens ne mentent pas par plaisir. Ils mentent pour résoudre des difficultés. Le fondement de ces difficultés, c'est la lutte pour la vie, et c'est de là que découlent tous les mensonges d'attaque et de défense. »

L'affect apparaît comme un moteur fondamental dans l'action de mentir, si bien que le mensonge altruiste n'a parfois pas d'autre intention que de s'assurer l'amour d'autrui.

g) Comment mentir ? Les procédés du mensonge

- La communication verbale

- Le langage

Il est oral ou écrit. Il correspond textuellement aux mots et à l'assemblage des mots qui constituent des phrases, et qui prennent donc un sens.

Il convient de rappeler que par définition, le mensonge par omission est un mensonge au même titre que la production d'une falsification. Le *silence* est à considérer comme un mode d'expression à part entière, faisant partie intégrante du langage.

- Le paralangage

Il concerne le langage oral et regroupe (18) :

- le timbre (propre à chaque individu et très difficilement modifiable),
- la prononciation et l'accent (qui renseignent sur l'origine socio-culturelle et géographique),
- le ton (degré d'élévation de la voix),
- l'intonation (qui distingue l'affirmation de l'interrogation),
- l'accentuation (qui permet de mettre en avant certains mots),
- le débit verbal.

Il est en grande partie inconscient et propre à chaque individu. C'est un reflet de la personnalité et de l'émotivité immédiate.

Le bon menteur va plutôt modifier, même inconsciemment, son paralangage afin de renforcer sa crédibilité. A l'inverse, le mauvais menteur peut se voir trahi par un paralangage modifié par ses émotions.

- La communication non verbale
- L'expression corporelle

Elle regroupe : les expressions faciales, les regards et la direction du regard, les attitudes, les gestes et mouvements du corps, la posture, l'attitude des mains, la distance avec l'interlocuteur, voire le contact physique.

On peut même élargir cette expression corporelle aux vêtements, à la coiffure et au maquillage.

Elle est à la fois volontaire et involontaire.

Le corps peut être à lui seul un outil de mensonge. Par exemple, se forcer à afficher un sourire quand il n'y a aucune joie intérieure. (Par pudeur, pour ne pas inquiéter, par politesse, etc.)

De la même façon que le paralangage, l'expression corporelle peut volontairement servir à renforcer et cacher davantage un mensonge oral.

Par exemple, l'enfant qui nie une bêtise avec un air détaché aura plus de chance de convaincre qu'en affichant un sourire ou des larmes.

En revanche, il y a aussi des attitudes involontaires qui vont « trahir » le menteur émotif. D'après Neveu (14), les attitudes fréquentes chez un menteur sont : des mains peu visibles et peu en mouvement, une déglutition plus fréquente, un regard fuyant ou fixe mais avec peu de clignements, des pupilles dilatées ; et une majoration de la fréquence des sourires, rires, inspirations et soupirs. Elles sont liées au stress que représente l'acte de mentir.

- L'action

Certains gestes ont une signification spécifique dans le cadre d'une même culture, par exemple hausser les épaules signifie un désintérêt, lever l'index une approbation.

On peut mentir en utilisant des gestes qui ne correspondent pas à la réalité, et qui seront *interprétés* à tort.

Au-delà des gestes, beaucoup d'actions sont codifiées et réalisées dans un but précis dans une société faite de conventions.

Laisser un proche ouvrir une bouteille de champagne en public de peur de devoir avouer aux yeux de tous son échec à un examen est un mensonge qui repose sur la symbolique de fête et de réussite du champagne. Il consiste à *laisser croire* délibérément une interprétation inexacte de la réalité.

∞

En conclusion, il peut y avoir mensonge :

- dans la parole,
- dans le silence,
- dans l'action (l'attitude, les gestes, les actes).

2. Mensonge du médecin

a) Rappel des enjeux de la prise en charge du patient pour le médecin généraliste

- La définition de la santé pour l'Organisation Mondiale de la Santé est la suivante :
« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »⁵
Le premier enjeu du médecin au sein de l'interaction avec son malade, et sa finalité même, est de *promouvoir sa santé*.
- Le médecin est là pour *rassurer, soulager, écouter*.
« Tous les malades ont besoin d'être rassurés. » (19)
- Il doit *poser un diagnostic*, fondé sur son interrogatoire et son examen clinique (voire des examens complémentaires), en s'appuyant sur ses connaissances et son expérience, mais aussi et surtout à partir de ce que la patient lui délivre.
- Il doit *informer du diagnostic et du pronostic*. L'objectif est de se faire entendre et comprendre.
« Annonce de la maladie. Acte si court aux répercussions si longues. » (20)
- Il doit *convaincre* le patient de *prendre le traitement* qu'il juge nécessaire pour lui. Il doit l'*informer* sur les bénéfices et les risques, mais aussi les conséquences en cas de non-observance et les alternatives possibles.
Le plus éminent clinicien n'aidera pas son patient s'il est capable de poser un diagnostic là où tout le monde avait échoué, mais qu'il ne parvient pas à le convaincre de prendre son traitement.
- Il doit obtenir son *consentement éclairé* à propos du traitement envisagé, y compris les mesures non médicamenteuses, à propos des décisions prises et de l'évolution de sa prise en charge. Cela passe par une information claire, loyale et appropriée sur son état de santé et les moyens d'action à disposition. (21)

⁵ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948. La définition n'a pas été modifiée depuis 1946.

- Dans son devoir d'information, au-delà de l'aspect éthique et juridique, le médecin se doit de calmer l'anxiété liée à l'ignorance, en évitant au patient de rechercher une information lui-même, au risque que celle-ci soit inadaptée et mal comprise.
- Le médecin doit s'adapter à la demande singulière du patient, en la conciliant avec les connaissances et recommandations théoriques.

Comme le souligne Birmelé (22), devant chaque décision à prendre, il y a toujours une *délibération* interne propre au médecin qui s'étend ensuite au patient lui-même et à son entourage : « poser ensemble les questions, mettre en évidence les difficultés, proposer des solutions ».

- Parallèlement, des enjeux de *santé publique* sont associés directement au médecin envers la communauté.

Par exemple, la CPAM a instauré le 1^{er} janvier 2012 auprès des médecins libéraux, la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), une rémunération directe qui repose sur le suivi d'indicateurs couvrant l'organisation du cabinet et la qualité de la pratique médicale. « La ROSP s'inscrit dans la continuité de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et des thèmes sur lesquels l'ensemble des médecins s'est mobilisé avec l'Assurance Maladie. » (23) Citons quelques-uns de ces indicateurs : prescription d'antibiothérapie, prescription dans le répertoire des génériques, couverture vaccinale antigrippale.

Ces enjeux financiers et épidémiologiques, qui ont un impact direct sur la pratique médicale, ont un objectif avant tout collectif et non individuel.

b) Bref historique du mensonge médical

Hippocrate, médecin grec considéré comme le *père de la médecine* et l'un des fondateurs de l'éthique médicale, évoque à l'Antiquité le principe de discrétion, la possibilité de cacher à un malade un pronostic fatal dans le but de le protéger. A travers son célèbre « *Primum non nocere* »⁶ (« d'abord ne pas nuire »), Hippocrate place l'intérêt du malade au centre de sa mission. « Avoir dans les maladies deux choses en vue : être utile ou ne pas nuire. » Le mensonge est largement plébiscité.

⁶ *Traité des Épidémies* (I,5), Hippocrate, daté de 410 av. J.-C. environ

« 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 conviennent (...) ne lui laissant rien apercevoir de ce qui arrivera. »⁷

Au Moyen-âge, la profession médicale n'existe pas vraiment en occident, les soins sont donnés par des moines ou des guérisseurs. Il n'y a pas de corps médical qui puisse dicter des règles éthiques. Les hôpitaux sont souvent affiliés à des institutions religieuses, dans lesquelles la morale chrétienne condamne fermement le mensonge. Dissimuler une mort certaine peut entraver la préparation à la mort selon les rites chrétiens. Il n'y a que dans le monde arabe que la morale hippocratique semble avoir persisté.

C'est avec l'apparition des universités à la fin du Moyen-Âge que la morale médicale revoit le jour, au sein de confréries et corporations organisées, bien que celles-ci restent sous l'autorité de l'Eglise. Les mentalités évoluent et semblent de nouveau se diriger vers une « surprotection » des malades avec un mensonge très répandu dans le cadre des pronostics sombres.

Henri de Mondeville⁸ écrit:

« Le moyen pour le chirurgien de se faire obéir de ses malades, c'est de leur exposer les dangers qui résultent pour eux de leur désobéissance. Il les exagérera si le patient a l'âme brave et dure ; il les atténuera, les adoucira ou les taira si le malade est pusillanime ou bénin, de crainte qu'il ne se désespère. »

c) Normes législatives et recommandations

- Code de déontologie médicale

Le code de déontologie médicale figure dans le Code de la Santé Publique (CSP) sous les numéros R.4127-1 à R.4127-112. (24) Il ne se limite pas à de simples recommandations professionnelles mais est inscrit dans le droit français, en revêtant la forme d'un décret en Conseil d'Etat, signé du Premier ministre. Il n'appelle cependant pas à régir l'ensemble des citoyens mais les seuls membres de la profession médicale.

⁷ *De la Bienséance*, 16, Hippocrate

⁸ Henri de Mondeville, (1260-1320) médecin français, chirurgien des rois de France Philippe IV et Louis X

Ce n'est pas à la justice pénale qu'est confiée la charge de le faire respecter, mais à l'Ordre des médecins, et plus particulièrement aux juridictions ordinaires. (Article 1^{er} du décret).

La version actuelle du code de déontologie médicale en vigueur depuis le 7 mai 2012 est la cinquième version.

- Article 35 (article R.4127-35 du code de la santé publique) :

« 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. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.

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.

Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite. »

Cet article insiste sur le droit d'information du malade. Il évoque la possibilité d'un mensonge par omission comme un *droit du malade* (à respecter si c'est lui qui ne souhaite pas savoir), voire comme un *devoir du médecin* dans les situations de « pronostic fatal », où il pourrait prendre lui-même la décision de ne pas révéler l'information.

Le premier code français de déontologie médicale stipulait plus clairement en 1947 (25) :

« Un pronostic grave peut légitimement être dissimulé au malade. Un pronostic fatal ne doit lui être révélé qu'avec la plus grande circonspection. »⁹

La première phrase a été supprimée, laissant l'interprétation seule du terme « circonspection » plus floue. La deuxième partie de la phrase « mais les proches doivent en être prévenus » laisse toutefois supposer la possibilité qu'une information ne soit transmise qu'aux proches, et donc cachée au malade. Ceci laisse donc peu de place au doute quant à la possibilité d'omission d'un pronostic sombre dans le code actuel.

⁹ Article 31, Code de déontologie, Conseil National de l'Ordre des Médecins, 1947

La deuxième circonstance qui fait exception au principe d'information dans le code de déontologie médicale est la *situation d'urgence*. Elle est évoquée à l'article 9.

- Article 9 (article R.4127-9 du code de la santé publique) :

« Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires. »

Il s'agit d'une obligation légale sanctionnée pénalement par les articles 223-6 et 223-7, pour non-assistance à personne en péril.

- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Cette loi (26) a fait de l'information du malade sur son état de santé un devoir légal pour tous les professionnels de santé.

Article L1111-2 (extrait) :

« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus (...) En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé. »

Deux nuances peuvent conduire au mensonge par omission :

- ⇒ « 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. »
- ⇒ « Sauf urgence ou impossibilité » d'informer.

- Recommandations HAS de mai 2012 : délivrance de l'information à la personne sur son état de santé

La HAS (27) évoque quant à elle la possibilité d'omission quand le patient ne souhaite pas être informé : « lorsque la personne exprime la volonté de ne pas être informée, cette

volonté est respectée par le professionnel de santé, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission ».

Elle évoque aussi la possibilité d'omission temporaire : « il est souvent nécessaire de délivrer l'information de façon progressive et en plusieurs fois ».

En revanche, il y a un point où elle ne rejoint pas le code de déontologie puisqu'elle n'évoque à aucun moment la possibilité de ne pas informer le malade – lorsque sa volonté de ne pas être informé n'est pas clairement énoncée –, comme par exemple d'évoquer avec circonspection un pronostic fatal. Elle conseille au contraire de répéter plusieurs fois une information : « elle est réitérée à chaque fois que cela est nécessaire et elle est régulièrement actualisée ».

▪ Fautes et indemnisations

À la fin des années 1990, la Cour de cassation a rendu plusieurs arrêts en faveur d'une information complète et authentique. Par exemple le 25 février 1997¹⁰ concernant le devoir d'information du malade, la Cour de Cassation stipule que c'est désormais au médecin « qu'il incombe de prouver qu'il a exécuté cette obligation » d'information, concernant le risque d'une intervention ou d'un traitement par exemple.

L'absence d'information peut être considérée comme une faute civile (et non pénale), qui peut donner lieu à des indemnisations comme des dommages et intérêts. (28)

L'information doit être intelligible pour le malade, exacte et exhaustive. Donner une information erronée constitue également une faute civile.

∞

En conclusion, on retrouve dans la législation actuelle trois situations où l'absence d'information est admise :

- l'urgence ou l'impossibilité d'informer, mais qui ne correspondent pas à proprement parler à des mensonges puisqu'il n'y a pas d'intentionnalité de tromper,
- le refus du patient d'être informé, qui lui constitue un mensonge par omission,
- le cas plus ambigu du « pronostic fatal ».

¹⁰ Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 25 février 1997, 94-19.685, Publié au bulletin.

II. MATERIEL ET METHODES

A. OBJECTIFS DE L'ETUDE

1. Objectif principal

Recueillir dans quelles situations et pour quelles raisons les médecins généralistes interrogés pensent mentir ou avoir menti à leur patient.

2. Objectifs secondaires

- Recueillir les différents procédés qu'ils emploient pour mentir.
- Recueillir le vécu et l'opinion des médecins lorsqu'ils sont en situation de mensonge.
- Comparer la pratique des médecins face à une même situation.
- Savoir si les médecins interrogés ont tous la même analyse de ce qui est une situation de mensonge de ce qui ne l'est pas.

B. ETUDE QUALITATIVE

Nous avons réalisé une étude observationnelle transversale qualitative basée sur des entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes normands, de janvier à août 2017.

1. Population étudiée

a) Critères d'inclusion

Les médecins inclus étaient des médecins généralistes thésés exerçant en libéral, en Seine-Maritime ou dans l'Eure : installés, collaborateurs ou remplaçants. Ils pouvaient être connus ou non connus de l'enquêteur ou du directeur de thèse. Ils ont accepté de participer à l'étude selon leur volonté et leur disponibilité.

b) Recrutement et taille de l'échantillon

Les médecins ont été choisis par échantillonnage ciblé théorique, afin de constituer un échantillon non représentatif de la population, hétérogène et diversifié. La diversification raisonnée a été élaborée à partir de leurs caractéristiques démographiques et de leur mode d'exercice. Cependant, certains paramètres n'étaient connus précisément qu'a posteriori lors du recueil des données, comme par exemple l'âge précis ou la religion pratiquée.

L'identité des médecins était obtenue par bouche à oreille ou contacts de l'enquêteur. Les médecins non connus de l'enquêteur ont été contactés par téléphone via le secrétariat de leur cabinet - un seul a été contacté directement lors d'une entrevue professionnelle. Ils étaient directement contactés par l'enquêteur lorsqu'ils étaient connus de celui-ci.

Lors de la prise de contact initiale, il était expliqué brièvement la question de l'étude et le but de l'entretien. Si les médecins donnaient leur accord, il leur était demandé, en vue de l'entretien, d'essayer de se montrer attentifs pendant quelques jours à leur pratique afin de repérer d'éventuelles situations de mensonge (phase prospective). Il leur était également demandé d'essayer de se remémorer des situations de mensonge dans le passé (phase rétrospective). Il n'a pas été demandé de recueil rigoureux ni écrit, ni sur une période d'observation précise. Les médecins qui le souhaitaient pouvaient toutefois préparer l'entretien à l'aide de notes écrites.

La taille de l'échantillon a été définie a posteriori à épuisement des données.

2. Recueil des données

a) Elaboration du guide d'entretien

Le guide d'entretien a été réalisé à partir des hypothèses formulées et en s'appuyant sur les données de la littérature.

Il a été remanié en cours d'étude selon les premiers résultats rapportés, avec notamment une refonte globale du guide après les quatre premiers entretiens.

b) Entretiens

Le recueil des données a été effectué par entretiens individuels semi-dirigés, par le même enquêteur, au lieu, jour et heure choisis par le médecin. Il a été demandé aux médecins interrogés, dans la mesure du possible, de prévoir un minimum d'une heure de temps pour réaliser l'entretien.

Les entretiens ont eu lieu au cabinet du médecin interrogé ou à son domicile. Ils ont été enregistrés en support audio dans leur intégralité après avoir recueilli leur consentement oral. Les médecins ont été informés de l'anonymisation des entretiens.

Les médecins interrogés ont été identifiés par le numéro de leur entretien, dans l'ordre dans lequel ils ont été interrogés. (Le premier est désigné par M1, le deuxième M2 etc.). Lorsqu'il est cité, l'interrogateur est désigné par I.

c) Paramètres recueillis

- Toutes les situations de mensonge identifiées par le médecin et ses données:
 - o L'objet du mensonge,
 - o Le ou les motifs identifiés du mensonge rapporté,
 - o Son procédé,
 - o Le vécu du médecin,
 - o Son opinion personnelle de la situation.
- Deux cas cliniques de mise en situation :
 - o Décision de prise en charge à prendre et discussion autour d'un cas,

- Recueil de l'opinion du médecin concernant la prise en charge d'un autre médecin.
- Données démographiques et mode d'exercice du médecin :
 - Âge, sexe, religion pratiquée,
 - Mode d'exercice :
 - Lieu d'exercice : urbain, rural, semi-rural¹¹,
 - Mode d'exercice : seul ou en groupe,
 - Années d'expériences,
 - Volume d'activité et durée d'une consultation,
 - Présence ou non d'étudiants en médecine en stage,
 - Activité au sein du conseil de l'Ordre des médecins,
 - Adhésion à un syndicat de médecins.

¹¹ En l'absence de critères de définition objectifs et consensuels retrouvés dans la littérature, classification subjective pour laquelle il a été demandé aux médecins de se situer eux-mêmes lors de l'entretien.

3. Analyse des données

L'analyse des données a été réalisée en parallèle du recueil, après chaque entretien.

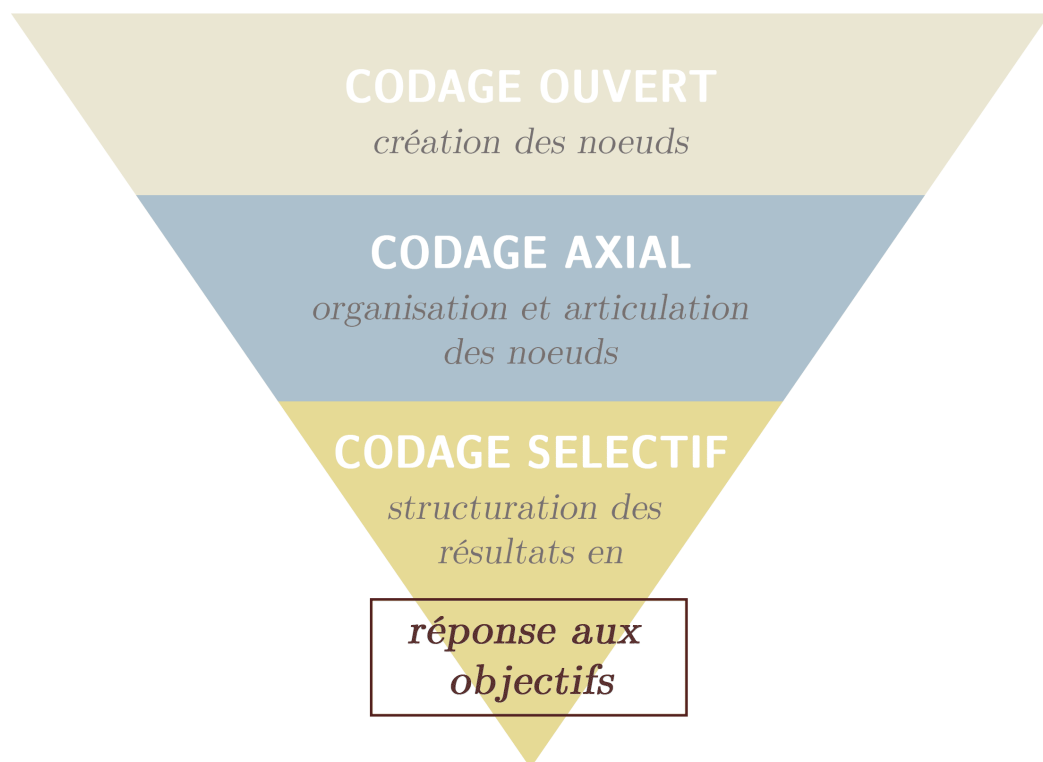
a) Transcription écrite

La première étape a consisté en une transcription écrite de l'ensemble des enregistrements audio, avec anonymisation complète des données. Les propos des femmes ont été retranscrits au masculin.

b) Codage

Nous avons utilisé le logiciel NVIVO® afin de procéder à une théorie ancrée avec codage manuel ouvert, axial puis sélectif.

Le principe du codage utilisé dans cette étude qualitative a consisté à extraire du matériau retranscrit des groupes de mots voire de phrases (que l'on appelle verbatim), et à synthétiser pour chaque verbatim sa signification sous un intitulé conceptualisant son contenu, que l'on appelle un « nœud ». Ce sont ces nœuds qui constituent le code.



Le codage ouvert a d'abord permis de définir l'ensemble des nœuds.

Le codage axial a ensuite permis d'organiser ces nœuds et de les articuler entre eux, afin de les classer. Il n'y a cependant pas eu de limite précise entre le codage ouvert et axial, puisque le codage des données a principalement été réalisé selon une méthode inductive. Les nœuds ont été créés pendant la lecture du matériau à partir des sources, et très peu guidés « a priori », par la théorie. Le codage a été construit de façon émergente au fur et à mesure de l'analyse, avec une analyse réalisée à mesure de la collecte.

Enfin, au terme du codage de l'ensemble des entretiens et après saturation des données, le codage sélectif a permis d'intégrer ces articulations afin de rédiger les résultats de manière ordonnée pour répondre aux objectifs principaux et secondaires de l'étude.

4. Éthique et sécurité des données

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) n°2016/679 promulgué en 2016 et mis en application en mai 2018 au niveau européen, et bien que ces entretiens aient été menés à propos d'une activité professionnelle, les éléments relatifs à l'individu ont été mis en conformité :

- les données personnelles et concernant l'activité de soins ont été traitées selon la méthode de l'anonymisation, - au-delà de l'anonymisation directe des praticiens, les informations recoupées permettant de déduire leur identité ont été évincées -,
- les verbatim ne sont pas publiés dans leur intégralité,
- les médecins interrogés ont un droit de consultation, de modification et de retrait sur le contenu de leur entretien,
- les données personnelles relatives aux entretiens ont été supprimées dans une période inférieure à 2 ans après la collecte des données et les enregistrements des entretiens ont été détruits après leur retranscription,
- les moyens mis à disposition pour stocker les données personnelles ont inclut des dispositifs de sécurité, tant sur le poste de travail que sur les supports de sauvegarde (mot de passe et antivirus).

Dans le cadre de notre étude observationnelle, le recours au Comité de Protection des Personnes n'a pas été nécessaire.

III. RESULTATS

A. ANALYSE DES CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON

1. Généralités

7 médecins généralistes ont été inclus. Il n'y a pas eu de refus.

Les entretiens se sont déroulés du 25 janvier 2017 au 24 août 2017. Trois entretiens ont été réalisés au domicile des médecins interrogés, les quatre autres au cabinet dans lequel ils exerçaient. La durée minimale d'entretien était de 42 minutes, la durée maximale de 1 heure et 33 minutes, avec une moyenne de 64 minutes par entretien.

2. Données épidémiologiques

a) Age et sexe de la population

La population étudiée était composée de 3 femmes et 4 hommes. La moyenne d'âge était de 47 ans, et la médiane de 50 ans. L'âge minimum était de 29 ans, l'âge maximum de 61 ans.

La répartition des médecins généralistes en fonction de l'âge et du sexe est présentée dans le tableau suivant :

Age/sexe	Femmes	Hommes	TOTAL
Moins de 35 ans	1	0	1
35-49 ans	1	1	2
50 ans et plus	1	3	4
TOTAL	3	4	7

Tableau 1: Répartition des médecins généralistes en fonction de l'âge et du sexe

b) Mode d'exercice

Un médecin était remplaçant dans plusieurs cabinets, 6 étaient installés.

Parmi les 6 médecins installés, un seul exerçait seul, les autres exerçaient en groupe.

c) Années d'expérience

Le nombre minimal d'années d'expérience en médecine générale était d'un an, le nombre maximal de 37 ans, avec une moyenne de 19,5 ans et une médiane de 20 ans.

d) Volume d'activité et durée de consultation

Les médecins interrogés réalisaient en moyenne 110 consultations par semaine. Ils déclaraient une moyenne de 16 minutes par consultation.

e) Présence d'étudiants en médecine en consultation

L'accueil d'étudiants en médecine (externes ou internes) au cabinet, est représenté dans le diagramme suivant :

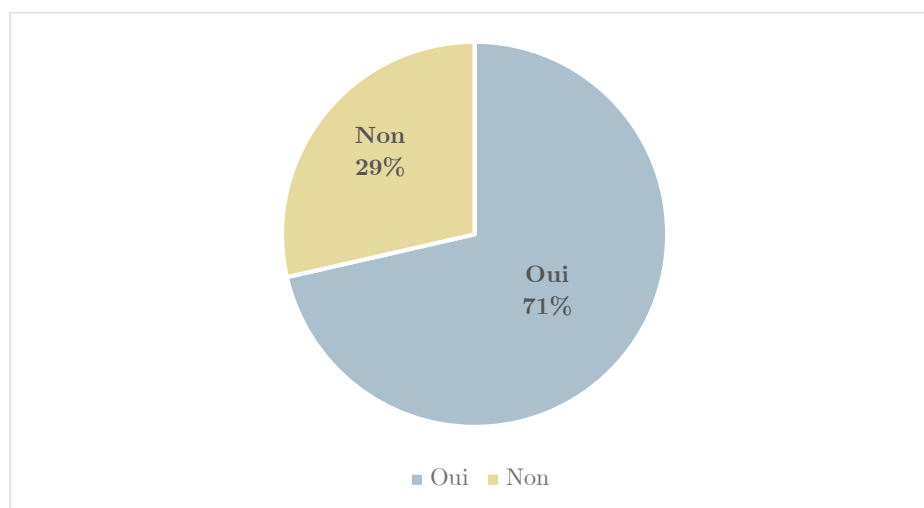


Diagramme 1 : Accueil d'étudiants en médecine

f) Activités diverses

- Activité au sein du conseil de l'Ordre

Un des 7 médecins était membre du conseil de l'Ordre des médecins.

- Adhésion à un syndicat de médecins

3 médecins étaient adhérents à un syndicat de médecins.

- Religion pratiquée

La pratique d'une religion est illustrée dans le diagramme suivant :

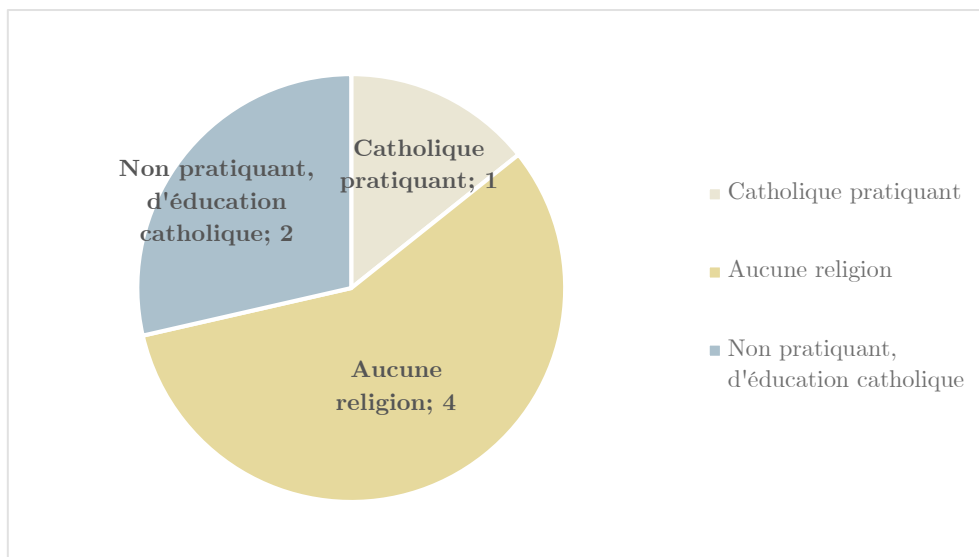


Diagramme 2 : Rapport avec une religion

g) Connaissance de l'enquêteur

2 des médecins interrogés étaient personnellement connus par l'enquêteur avant le début de l'entretien. Les 5 autres rencontraient l'enquêteur pour la première fois.

h) Caractéristiques de la patientèle

Parmi les médecins installés, le lieu d'exercice estimé par chaque médecin est représenté dans le diagramme suivant :

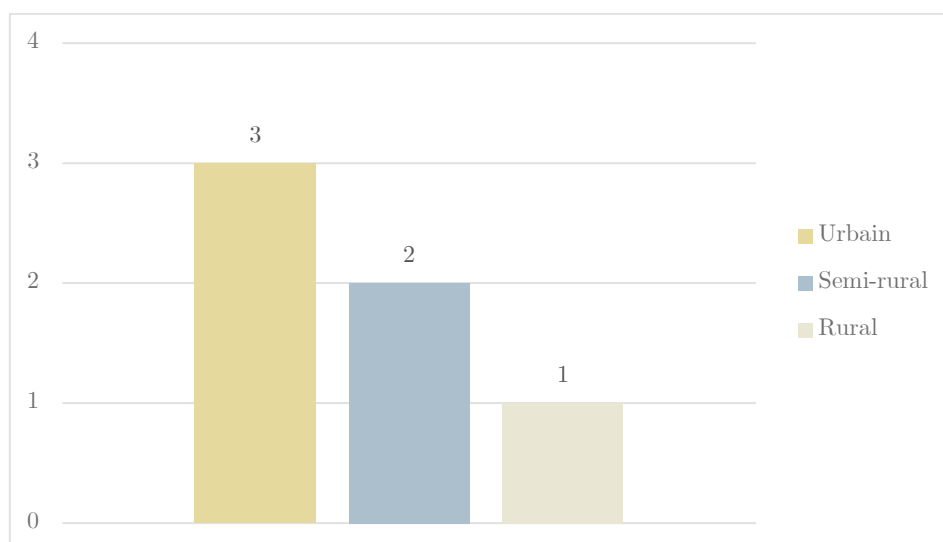


Diagramme 3 : Répartition des médecins installés selon leur lieu d'exercice

B. SITUATIONS DE MENSONGE

1. Pathologies à pronostic sombre

- Les médecins relatent des mensonges dans le domaine de la cancérologie.
« *Quand il s'agit d'une annonce de cancer ou de pathologie extrêmement grave* », M1 explique pouvoir reporter l'annonce afin de se préparer à ce qu'il va dire.

« *"Ma maladie", bah putain ta maladie c'est un cancer métastatique* » (M5). M5 ne rétablit pas automatiquement la vérité auprès d'un patient qui minimise sa pathologie.

M3 confie avoir menti dans le cadre d'un lymphome ainsi que dans des annonces diagnostics de cancer ; M5 pour des diagnostics difficiles et des consultations d'annonce. M7 raconte une attitude mensongère envers une patiente âgée chez qui il suspectait une leucémie.

- Ils décrivent également des mensonges en situation de fin de vie et de stade palliatif (M3, M4, M5).
« *La fin de vie de la dame, une quarantaine d'années avec des enfants encore* » (M2).

M2 raconte l'histoire d'un jeune patient de 20 ans avec une tumeur cérébrale. Est évoquée également l'épineuse question posée par le malade sur la durée estimée de survie, le « *diagnostic fatal à court terme* » (M5).

- M3 évoque un mensonge par omission dans le cas de la maladie d'Alzheimer, tout comme M1, M2 et M5 dans des situations de troubles cognitifs.
« *Une dame qui commençait à perdre la mémoire, à commencer une démence* » (M1).

2. Situations diverses

a) Pathologies aiguës et bénignes

- Plusieurs mensonges sont évoqués dans le cadre de la rhinopharyngite (M1, M3, M4).
« *Les gens viennent, ils ont déjà fait leurs lavages de nez, pris leur Doliprane[®]* » (M1).

« *Dites-donc c'est bien rouge la gorge là !* » (M1).

- D'autres pathologies infectieuses sont évoquées comme la scarlatine (M3), « *le tympan normal alors qu'il est inflammatoire* » (M4), « *le bouchon de cérumen où on dit qu'on a vu le tympan qui est normal* » (M4), « *une grosse otite, on va la mettre sous antibiotique* » (M3).

- M5 évoque « *une jeune femme qui vient, et qui se dit vaguement oppressée, y a forcément un quart de seconde où on envisage une embolie pulmonaire avant de l'écarter* ».

- D'autres situations où il y a un mensonge sont relatées :

« *Ils viennent me voir pour une toux ou... ouais surtout une toux, bah j'arrive pas trop à savoir si c'est plutôt allergique ou plutôt du reflux* » (M6).

« *Il vient te montrer la radio* » (M3).

« *C'est une patiente à qui euh, j'ai prescrit du Sterdex[®] pour sa fille, qui avait 5 ans* » (M3).

« *Vertige positionnel paroxystique bénin* » (M1).

b) Pathologies chroniques

« *Le cholestérol* » (M1)

« *Le suivi de grossesse* » (M3)

« *Le tabac* » (M3)

« *Des patients hypochondriaques* » (M3)

« *Colopathie fonctionnelle* » (M4)

« *"Vastarel[®] pour mes vertiges"* » (M4)

« *Des patients qui ont 11 d'hémoglobine glyquée* » (M3)

Enfin, M1 et M4 évoquent tous deux des mensonges chez certains de leurs patients fibromyalgiques.

c) La tension artérielle

L'ensemble des médecins interrogés avoue ne pas avoir toujours donné le véritable chiffre tensionnel mesuré.

« *Des gens qui sont archi stressés, qui ont déjà eu des auto-mesures tensionnelles à la maison qui sont normales mais au cabinet ils ont toujours 18, bah souvent je mens sur la tension parce que sinon ça les stresse carrément* » (M6).

« *Personnes très neurotoniques avec des gros effets blouse blanche, et qui arrivent systématiquement avec des tensions à 16/10. Voilà ça c'est le... "Combien j'ai de tension docteur ?"*

- *Bah 13/7 !* » (M7).

M1 et M4 déclarent parfois prendre inutilement la tension, alors que « *ça sert à rien. Ça je le fais* » (M1).

d) Examens complémentaires ou patient orienté vers l'hôpital

M1 et M4 évoquent la possibilité de mentir pour que le patient accepte de pratiquer un examen complémentaire.

M5 et M7 déclarent avoir déjà menti dans des situations où ils prescrivaient des examens complémentaires pour éliminer un diagnostic grave.

« *C'est de cacher le fait qu'on craint une pathologie beaucoup plus rare* » (M7).

M3 évoque notamment le cas de la prescription de la sérologie VIH :

« *T'as un patient qui a des facteurs de risque de fou (...) il est anxieux (...), t'es obligé de lui dire que tu lui fais une sérologie VIH puisque c'est légal, (...) je leur dis euh*

"bon donc on fait un bilan systématique, soyez pas surpris. (...) C'est pas que j'aie des arrières pensées mais", (rire) dans ma tête c'est carrément que j'en ai ! » (M3).

« On fait une biologie, on se laisse un peu de temps, oui c'est un peu du mensonge. (...) ce qui me permet d'aller réviser ou réfléchir ! (rire) Réfléchir un peu sur le sujet » (M5).

M3 reconnaît en avoir déjà *« rajouté pour qu'ils acceptent d'aller aux urgences »* (M3).

M7 déclare avoir déjà minimisé une durée prévisible d'hospitalisation pour qu'un patient accepte l'idée d'aller à l'hôpital.

« Une patiente que je voulais faire hospitaliser pour une pathologie très suicidaire, et qui voulait pas, comme souvent, et je lui ai dit, donc mensonge éhonté, je lui ai dit "si tu vas pas aux urgences là, j'appelle ta mère" » (M1).

e) Prescriptions

- Lorsqu'a été posé à M3 la question d'éventuelles prescriptions de médicaments inutiles ou peu efficaces, le médecin déclare à plusieurs reprises utiliser l'effet placebo. *« Des mensonges de persuasion aussi, sur l'effet placebo »* en évoquant par exemple le cas de patients hypochondriaques (M3). Il déclare qu'il souhaiterait qu'existent de vrais placebos.

« Je vais vous prescrire tel médicament, bon alors c'est pas remboursé mais ça marche très très bien, c'est vraiment euh... » (M3).

« Je reprends la fibromyalgie et le Laroxyl[®], je leur dis en étant très convaincu "ça va vous faire du bien". Alors ça je pense que c'est un mensonge thérapeutique, un mensonge placebo » (M1).

« Oui de l'Hélicidine[®] quand même oui...[chuchoté] » (M2).

- Certains médecins citent également des situations de mensonge dans le cadre de prescriptions de bon de transport ou d'arrêt maladie.

« *Là aujourd'hui j'ai un patient qui m'a téléphoné, qui est même pas venu me voir, qui m'a téléphoné pour que je lui prépare un bon de transport pour aller à [ville]¹² parce que il souhaitait un troisième avis médical !* » (M6). Il explique avoir refusé de faire le bon de transport sous prétexte qu'il ne pouvait pas le faire car la consultation avait lieu à plus de 100 kilomètres de chez lui et qu'il fallait directement voir avec le spécialiste, alors qu'en réalité il ne l'a pas prescrit parce qu'il n'était pas d'accord.

« *C'est lui qui assume son transport, c'est pas à la sécu de payer un taxi à 500 euros pour sa convenance personnelle parce qu'il est pas satisfait de sa prise en charge ni de [ville]¹³ ni du [nom d'un hôpital]¹⁴* » (M6).

« *Quand les patients ils te demandent des trucs genre "docteur il me faudrait mon arrêt de travail là, j'ai une gastro, mais du coup vous pouvez me mettre jusqu'à la fin de la semaine parce que..."* » (M3). Le médecin explique avoir menti au patient en disant qu'il ne pouvait pas l'arrêter plus de deux jours pour une gastro-entérite car il y avait beaucoup de contrôles de la sécurité sociale. « *Ça c'est un gros mensonge. Alors y en a des contrôles, si y en a, mais voilà je veux dire y aurait aucune conséquence si j'avais mis quatre jours pour une gastro, mais c'est juste que de temps en temps tu te dis nan mais là il abuse quoi* » (M3).

f) Objet du mensonge lié au médecin

- Retards, gestion du planning, oublis

M3, M5 et M7 évoquent plusieurs situations de mensonge d'organisation de planning.

« *Tu dis euh "nan mais je suis archi débordé" (...) pour mettre des rendez-vous tôt le matin, "il reste plus que 9h et 9h et quart"* », reconnaît avoir déjà fait M3, pour remplir en priorité les créneaux de consultation du matin et espérer finir moins tard le soir.

« *"Y a plus de place, y a plus de rendez-vous", la secrétaire "non non vous dites que je suis pas là"* » (M5).

M2 reconnaît aussi qu'une contrainte d'horaire peut le pousser au mensonge.

M3 avoue mentir quand il est en retard parce qu'il a bu le café avec ses confrères :

¹² Anonymisé

¹³ Anonymisé

¹⁴ Anonymisé

« *"Bah oui je suis désolé, on a discuté d'un patient, et cetera". Tu rentres pas dans les détails mais tu balances une fausse excuse. Alors que tu prenais le café que tu racontais tes vacances... (rire)* » (M3).

M5 évoque spontanément le cas où il est arrivé en retard en consultation en début d'après-midi parce qu'il faisait la sieste :

« *Je dis rien, je dis "excusez-moi je suis en retard"* » (M5).

Enfin, M7 cache certains oublis :

« *"Docteur est-ce que vous avez fait mon ordonnance pour mes semelles orthopédiques que je vous avais demandées l'autre jour ?". Euh... Que j'avais oubliée... "oui oui elle est là !" (rire), bon...* » (M7).

- Recherche d'information sur internet

Certains médecins déclarent regarder sur internet en cours de consultation pour rechercher une information, sans le montrer au patient (M5, M6 et M7).

« *Discrètement quand le patient se rhabille, tu vas jeter un œil* » (M5).

- Gestes techniques

« *Les gestes techniques où tu vas je sais pas, poser un stérilet ou faire une infiltration, et puis, les patients ils te disent "mais euh docteur euh, vous avez l'habitude de faire cette infiltration ?*

- Ah oui oui, on en fait très régulièrement." Alors que t'en as pas fait par exemple depuis euh... Enfin les stérilets par exemple moi j'en pose pas beaucoup » (M3).

- Opinion personnelle

« *Il est joli votre bébé ! (rire)* » (M1)

M5 et M6 déclarent surjouer parfois l'empathie vis-à-vis des patients. Lorsqu'a été évoquée la possibilité de « petites phrases un peu réconfortantes » par l'enquêteur, M5 répond : « *probablement que je surjoue l'empathie quand c'est comme ça* ».

A la question de savoir s'il était déjà arrivé au médecin de prendre sur lui pour montrer de l'empathie à un patient alors qu'intérieurement il ne compatissait pas du tout ou pas autant qu'il ne l'a exprimé face à lui, M6 répond : « *bah oui !* ». Il évoque ses difficultés

à être empathique avec des patients algiques chroniques dont le bilan somatique est strictement normal :

« On leur a fait 15 examens complémentaires et qu'ils ont rien (...) Bien sûr je leur montre pas parce que s'ils me disent qu'ils ont mal c'est pas par plaisir (...) mais j'ai moins d'empathie qu'avec quelqu'un qui a un problème somatique » (M6).

C. POURQUOI MENTIR

1. Pour le patient

a) Le préserver

- Limiter l'anxiété

- M2, M3 et M4 indiquent mentir parfois pour « **rassurer** ».

« Pour le coup, j'ai vraiment minimisé le risque de cancer qui était pourtant réel (...). Pour la rassurer » (M4).

- M1, M2 et M5 ont déjà menti pour limiter l'**angoisse** d'un patient.

« Quand on fait des examens complémentaires pour éliminer un diagnostic grave auquel on croit pas trop, on n'en parle pas trop au patient parce que c'est pas la peine... de l'inquiéter » (M5).

« C'est vachement angoissant pour les gens, donc je pense que c'est pour calmer, enfin, pour pas aggraver l'angoisse qu'ils ressentent déjà », explique M2 dans le cadre des troubles cognitifs.

- M3, M4, M6 et M7 rapportent avoir recours au mensonge pour limiter le **stress**.

« C'est pas la peine d'aller rajouter de l'anxiété ou du stress là-dessus » (M4).

« Si le patient est trop stressé, on pourra avoir tendance à minimiser un résultat » (M4).

« Tout ça ça se rapporte au stress du patient, au confort du patient. On va pas stresser inutilement un patient alors que, il y a une chance sur 100 que ce soit une cochonnerie, et 99 sur 100 que ce soit une pathologie beaucoup plus bénigne » relate M7.

- M1, M3 et M7 expliquent avoir menti dans certaines situations pour ne pas faire **peur** au patient.

« Ce mot-là fait terriblement peur, même à 93 ans » (M1).

« Elle va se dire "je vais mourir" » (M1).

- M5 et M7 évoquent avoir menti pour **ménager** leur patient.

« *Voilà le ménager, qu'ils aient le temps de se préparer à l'idée de* » M5.

« *Je pense que c'est moins agressif* » (M5).

« *Bon faut quand même que les gens ils dorment le soir, c'est pas le tout* » (M7).

- Entretenir l'espoir, transmettre un message positif

- Les médecins interrogés expliquent mentir pour entretenir un espoir dans les maladies graves.

« *Il faut leur laisser de l'espoir, sinon tout s'écroule* » (M3).

« *Qu'il reparte pas de là en baissant les bras, en se disant "tout est foutu"* » (M1).

« *Si le patient il dit "ah bah dans cinq ans je vais aller voyager en Australie", bah c'est son rêve, on va pas lui dire "bah non dans cinq ans vous serez plus là !" (...)* parce que... *l'espoir fait vivre ! (rire) Non mais...* » (M6).

« *L'idée c'est toujours, enfin à mon avis, de laisser une petite porte euh, d'espoir, d'espérance en tout cas (...) c'est quand même plus humain, enfin moi je trouve* » (M7).

- M1 et M4 utilisent aussi le mensonge pour tenter d'apaiser leur patient en fin de vie, ne pas « gâcher » ses derniers moments.

« *Ça me pose pas de problème effectivement dans le cas qu'on prenait tout à l'heure où un confrère annonce un pronostic un peu, pour booster un peu le patient, c'est pas un mensonge qui me pose problème* » (M4).

M1 explique aussi dans le cadre du premier cas clinique¹⁵, ne pas révéler à la patiente qu'elle est probablement atteinte d'un cancer du sein :

« *Pour que les derniers mois de sa vie soient pas entachés par ce mot. Qui... en plus alors... qui fait peur, et qui est encore honteux pour certaines personnes âgées. Y a encore certaines personnes âgées pour lesquelles ce mot-là, "on traite quelqu'un de*

¹⁵ Cf. chapitre III. F. 1.

cancéreux" c'est une insulte. Donc voilà, moi je veux pas entacher les derniers mois de sa vie de cela » (M1).

« J'ai envie que les gens continuent à vivre » (M1).

- Certains mentent parfois pour tenter de transmettre un message positif.

« Je veux être bien préparé (...) pour arriver à leur faire ressortir l'aspect positif du fait d'avoir un cancer. (...) Je vais toujours ne lui parler que des côtés positifs. Alors effectivement c'est peut-être le mensonge par omission de tout ce qui va être négatif. (...) Voilà, je, jamais je dirai à quelqu'un euh... "Vous allez vous soigner, ça va être horrible, et il est possible que vous mourriez après". Ça, c'est vrai que je dis jamais ça » (M1).

« C'est deux années, pour lui c'est des années de vie, et c'est pas des années du couloir de la mort quoi. C'est des années où il vit » (M1).

« Je crois qu'il faut pas désespérer les gens » (M7).

« L'issue elle est tellement... terrible » (M2).

- Enfin, ils peuvent mentir pour avoir un meilleur projet à proposer (M1, M3 et M5).

M3 explique avoir laissé au spécialiste l'annonce d'un cancer alors qu'il avait reçu le résultat d'anatomopathologie :

« Parce que si y a pas de projet derrière ça a pas de sens non plus. "Ah vous avez un cancer du poumon. Ouais. Ça va peut-être mal se passer. Ouais." C'est mieux d'attendre : "vous avez un cancer du poumon, mais on va s'occuper de vous, on va vous prendre en charge et cetera" (...). C'est juste que l'annonce d'une mauvaise nouvelle elle est mieux vécue si t'as un projet derrière, même si le projet est palliatif, c'est mieux que de dire "vous avez un cancer du poumon mais je sais pas si vous allez être opéré, je sais pas si vous allez avoir une chimio, je sais pas si c'est grave grave" » (M3).

« Tu veux attendre d'avoir un diagnostic très précis pour pouvoir aborder le traitement » (M1).

« *Au cours d'une même consultation, on dit pas "bon bah monsieur machin vous avez un cancer, vous avez une espérance de vie de trois mois, merci, au revoir"* » (M5).

- Lui faire plaisir
- M1, M2, M3, M4 et M7 mentent parfois pour faire tout simplement plaisir au patient.

« *Pour lui faire plaisir quoi* » (M1)

« *Pour leur faire plaisir* » (M3)

« *Si ça lui fait plaisir* » (M4)

« *Apporter une petite note de bonheur* », explique M1 qui dit à une maman que son bébé est joli.

« *Ils aiment bien entendre dire qu'ils sont dynamiques* » M1.

« *Pour que les gens repartent en étant finalement contents d'être venus, voilà. Bon c'est idiot mais... (rire) voilà c'est comme ça !* » (M1).

« *Histoire de pas donner l'impression au patient qu'on l'a oublié, qu'on a oublié un truc qui le concerne, qu'il est bien l'unique, le seul, LE malade auquel on ne pense ! (rire) Voilà* » (M7).

- Certains évoquent aussi des prescriptions qu'ils jugent inutiles, pour faire plaisir.

« *L'ordonnance de séduction, enfin séduction c'est un peu négatif comme terme, mais l'ordonnance de, bah placebo quoi. Enfin c'est en plein dans la séduction quand même finalement ! (rire)* » (M3).

M1 prescrit du Maxilase® pour la gorge, qu'il considère comme inutile, «*pour faire plaisir aux gens, oui vraiment* » (M1).

b) Améliorer sa prise en charge

- Le convaincre

M1, M3, M4, M6 et M7 rapportent des mensonges visant à convaincre leur patient.

- Le convaincre d'accepter un diagnostic :

M1 explique par exemple faire un examen clinique inutile pour obtenir l'adhésion de son patient à son diagnostic.

« Il m'arrive de faire semblant de rechercher des signes cérébelleux dans le vertige positionnel paroxystique bénin (...) ça me permet d'appuyer vraiment mon diagnostic pour que le patient il adhère complètement (...) parce que je pense que si tu dis à quelqu'un "c'est ça !" alors que tu l'as même pas examiné il va se dire "mais attends, c'est pas possible quoi, il peut pas deviner que c'est ça sans m'avoir approché" » (M1).

M3 avoue surjouer parfois la gravité d'une pathologie pour faire réagir, par exemple les patients diabétiques *« qui ont 11 d'hémoglobine glyquée »* (M3). Il présente exagérément comme imminent un risque d'amputation, alors qu'il sent les pouls distaux et que la question ne se pose pas à court terme.

- Le convaincre d'accepter un examen ou un avis complémentaire :

M1, M3 et M4 reconnaissent mentir parfois pour qu'un patient accepte de pratiquer un examen complémentaire ou qu'il accepte d'aller aux urgences ou chez un confrère.

« Peut-être que si j'avais prononcé le mot cancer peut-être qu'il aurait jamais fait l'écho » (M4).

« Si le patient nous paraît pas tout à fait assez stressé et on se dit "putain il va me mettre six mois à faire le bilan celui-là", on a tendance à majorer un petit peu les conséquences de l'examen » (M4).

- Le convaincre d'accepter un traitement :

« Pour que le patient d'abord accepte de se soigner » (M1).

« Pour qu'ils adhèrent à ce que je vais leur proposer comme thérapeutique » (M1).

« Pour que les gens adhèrent au régime, enfin à la diététique, qu'ils fassent un peu de sport » M1.

« Ça permet de, de, faire passer la pilule si je peux dire (...) ça permet de décrocher un accord au moins implicite » (M7).

M6 explique que s'il juge que le niveau socio-économique d'un patient pourrait l'empêcher de prendre la décision qu'il juge la plus adaptée pour lui, il peut lui arriver de « *faire pencher la balance* » (M6) afin d'orienter le malade en minimisant ou en exagérant la réalité. Il explique à l'inverse ne pas le faire quand son patient peut comprendre davantage les enjeux : « *quand la patiente elle est vraiment à même de choisir ce qu'elle préfère avec les bénéfices et les risques, bah c'est sûr qu'on explique plus, du coup c'est vraiment plutôt le choix du patient* » (M6).

- Le mensonge thérapeutique

- Le « toucher » thérapeutique (M1, M2, M4 et M5)

M2 estime que le contact fait parfois partie de la prise en charge, même s'il n'a pas d'intérêt clinique pour le médecin :

« *J'ai l'impression qu'ils le, enfin... que le contact fait partie de notre métier, aussi. C'est-à-dire qu'on est peu touchés quand même dans notre vie, et que ça en fait partie* » (M2).

« *Il manque la magie du... il manque la magie des mains quoi* » (M1).

« *Le toucher thérapeutique c'est important pour les gens, même un colopathe, "il m'a touché le ventre", je sais pas on a envoyé de l'énergie, enfin je sais pas ce qu'on fait mais ça fait partie de la ther (i.e. thérapeutique), enfin je pense que le médecin est une thérapeutique en soi* » (M4).

« *Y a des patients qui disent "ah mais vous m'avez palpé le ventre ça m'a fait du bien la dernière fois"* » (M4).

« *Pour moi c'est du rite magique (...) c'est de l'imposition des mains. Mais ça fait partie, voilà, c'est un examen thérapeutique. C'est un examen clinique thérapeutique* » (M1).

- Un mensonge thérapeutique en lui-même (M1, M3, M4 et M7)

Un des exemples est celui de la tension artérielle, où le mensonge va avoir un impact direct sur la tension artérielle du patient :

« *Bah par exemple t'arrives tu fais ton premier contrôle t'as 18, et tu leur dis "on va s'allonger et on va reprendre la tension allongée", et là les patients disent "ah bon pourquoi j'ai combien ?", et si tu leur dis 18, même allongée elle va taper les 18 c'est sûr, donc je dis*

"bah on est juste un petit peu au-dessus vous avez 15, mais allongée ça va baisser". Et de fait ça a baissé » (M3).

M4 l'évoque également :

« Soit on annonce un chiffre limite mais on fait monter le niveau de stress du patient, soit on dit "non mais elle est bien votre tension, quand est-ce que je vous revois ?" et toc, et on arrive souvent à obtenir un chiffre » (M4).

M1 raconte avoir fait réaliser des médicaments placebos pour diminuer les céphalées de son patient :

« Une fois euh, j'ai fait faire des Dafalgan® placebo par le pharmacien, des gélules blanches et rouges de placebo, parce que le monsieur en prenait trop, et qu'il avait très mal à la tête parce qu'il en prenait trop, et il comprenait pas qu'il fallait euh... (...) du coup c'était thérapeutique, c'était pour qu'il prenne plus trop de » (M1).

M3 évoque le cas d'un mensonge pour ne pas aggraver la pathologie de sa patiente :

« Pour la rassurer, alors qu'on sait tous que le stress euh, un stress important ça peut réactiver un cancer, et donc en particulier son lymphome » (M3).

- L'effet placebo

M3, M4 et M7 déclarent utiliser l'effet placebo à des fins thérapeutiques.

« Ah moi l'effet placebo fait partie de l'effet thérapeutique » (M4).

« N'oublions pas que l'effet placebo c'est un effet qui existe et que donc nous ce qu'on cherche c'est quand même le soulagement du patient, le soulagement de symptômes qui peuvent être gênants et perturbants euh pour lui, et donc l'utilisation de placebo en ce sens à une certaine utilité » (M7).

- Faciliter sa compréhension

- M1 et M7 évoquent la simplification scientifique pour que le patient comprenne mieux une explication.

« Simplifier une vérité et pour que le patient comprenne en gros ce que c'est que sa maladie (...) c'est une espèce d'omission pour comprendre » (M1).

« Sinon ils vont rien comprendre et cetera, qu'on va rentrer dans les détails techniques, parce qu'ils ont pas corticalement parlant, ça va correspondre à rien, ils

ont pas l'équipement psycho-émotionnel à ce moment-là ou psycho-intellectuel pour saisir » relate M7 en parlant des enfants. (M7)

M7 explique prendre son temps pour annoncer des diagnostics lourds par étape :

« On peut pas trop tout balancer d'un coup, il faut être sûrs que les gens aient bien intégré une étape pour en passer une autre (...) l'information qu'on va donner on peut la saucissonner si on peut dire, la mettre en tranche, passer une première couche, voilà, vérifier que les gens aient bien compris, après bah revoir la personne avec un examen complémentaire, soi-même d'ailleurs affiner son diagnostic, euh, passer une deuxième (...) J'aime bien y aller un peu comme ça par étape » (M7).

- M1, M2 et M3 évoquent le report d'une annonce diagnostic pour en améliorer la qualité.

« Enfin ça l'a protégée elle aussi parce que j'aurai mal fait l'annonce. (...) Pour ne pas comme ça, dire de but en blanc, le mot cancer à une gamine de 15 ans, sans moi m'être préparé à savoir ce que j'allais dire ensuite » (M1).

« Parce que je suis pressé et euh, et je vais un peu bâcler le truc » (M2).

« "Je préférerai que vous voyiez le spécialiste pour qu'il vous dise un peu quoi faire, plutôt que de vous laisser rentrer le soir". C'était un soir à 19h tu vois. "Je préfère que vous le voyiez pour qu'il vous dise" » (M3).

- M7 relate du mensonge par omission dans des situations de soins palliatifs, justifié par le manque de temps au cabinet lié à son statut de généraliste:

« C'est quand même peut-être un peu toxique que de dire à une personne "bon bah vous n'avez plus que pour un mois à vivre, voilà très bien, au revoir, bah nous on se revoit la semaine prochaine" (...) c'est peut-être plus facile pour des gens qui sont hospitalisés dans des structures de soins palliatifs où comme ça on a le temps de les voir, de les revoir, de leur parler, qu'un psychologue retourne les voir, ou des trucs comme ça. Nous on est un petit peu coincés par le fait qu'à un moment donné il faut... la personne... la personne va se retrouver tout seule dans le couloir quoi » (M7).

- Jouer son rôle de médecin
- M3, M4, M5 et M6 relatent des gestes « inutiles », pratiqués uniquement par rituel.
« *Un médecin ça examine, ça réfléchit pas quoi ça examine* » (M4).

« *Dans le collectif des gens, si t'as pas pris la tension c'est que t'es un mauvais médecin (...) enfin ça c'est, c'est le geste du médecin quoi !* » (M3).

« *Pour moi une consultation c'est un interrogatoire, un examen clinique* » (M6).

« *C'est une espèce de mensonge, mais moi je vois plutôt ça comme y a des choses qui se font, c'est un rite* » (M5).

- M6 déclare cacher délibérément son usage du site internet Gestaclic.fr[®] :
« *C'est juste que j'ai pas envie qu'ils connaissent le site et que du coup ils aillent regarder eux-même parce que je pense quand même que c'est un site de prise en charge spécialisé* » (M6).

Il en est de même pour le site Antibioclic.fr[®] :

« *C'est des aides à la prise en charge, c'est pas des aides diagnostics et je pense que dans leur intérêt c'est peut-être pas terrible s'ils allaient, à chaque fois qu'ils ont un petit symptôme, s'ils allaient voir ce qui leur faut* » (M6).

- Enfin, M6 et M7 estiment que cela fait partie de leur rôle de médecin de montrer de l'empathie, parfois qu'ils ne ressentent pas réellement.
« *Y a des chieurs... et le chieur il a LE droit, même si il est enquiquinant, fatigant, pompant, euh... il a le droit, comme les autres, à ce que en tant que médecin, on montre qu'on s'intéresse à lui, et euh que, voilà, alors euh... une chose est l'émotion, si on peut dire, que l'on peut éprouver vis-à-vis de quelqu'un, sympathique, antipathique, et l'autre, est l'attention qu'on lui porte, là en l'occurrence, alors c'est vrai dans la vie de tous les jours hein, mais, en tant que professionnel de santé. (...) Ça fait partie du métier, de, de montrer de l'attention, de la sympathie, à une personne, qui nous est clairement antipathique ou difficile pour 36 milliards de raisons. (...) Il a le droit d'avoir de l'empathie* » (M7).

- Le faire parler

M1 et M2 estiment que le passage sur la table d'examen, même sans intérêt sur le plan clinique comme pourrait l'imaginer le patient, peut néanmoins s'avérer utile pour le faire parler.

« Quelques fois on va arriver un petit peu mieux à faire parler quelqu'un qui est allongé. Donc peut-être si effectivement il est complètement mutique, que j'arrive à rien lui sortir euh, peut-être que là l'examen peut être intéressant » (M1).

« Je trouve que le passage au divan c'est aussi un moment où on est diff (i.e. différent), (...) quelque fois ça peut servir à rien d'aller là-bas (...) et puis il a un intérêt quelque fois à, enfin, voilà, quelques fois on reste là un moment. Parce que le patient il me dit quelque chose là [montre la table d'examen]. Et on retourne pas tout de suite là [montre le bureau] » (M2).

c) Ménager l'avenir

- Garder sa confiance

M3, M4, M6 et M7 déclarent avoir déjà menti pour qu'un patient ait confiance en eux.

M1 raconte avoir menti à une patiente âgée pour laquelle il avait participé activement à sa mise sous tutelle :

« Elle est venue me dire "vous avez pas pu faire ça ?", et là j'ai dit "non ! c'est pas moi" (...). Je voulais continuer de pouvoir la soigner puisqu'elle avait confiance en moi, et puis que je la connais bien, et puis je sais que je peux... je sais que je ferai de mon mieux pour la soigner. Donc du coup voilà je voulais qu'elle garde confiance en moi » (M1).

« Les patients ils ont besoin d'avoir confiance en nous » (M3).

- Redouter les conséquences de la révélation d'une vérité

- M1, M3 et M7 déclarent avoir peur des conséquences de la révélation de certaines vérités.

« Je vais lui bousiller les quelques mois qui lui restent » (M1).

« J'ai ressenti cette phobie de "alors là ne me trouvez pas la maladie d'Alzheimer docteur parce que ça serait la catastrophe, ah moi je préfère mourir" » (M3).

- M1 et M3 évoquent la peur du suicide.

« *J'ai pas envie qu'ils se jettent dans la Seine quoi* » (M1).

« *J'avais pas envie qu'elle se suicide* » (M1).

« *Il peut ne pas aller à l'examen, il peut, carrément faire une grosse connerie* » (M3).

« *Si je lui dis qu'elle a Alzheimer elle va peut-être se suicider* » (M3).

- M5 relate un mensonge subi par une de ses patientes avant qu'il ne la prenne en charge, à qui à l'époque le médecin traitant, le chirurgien et le mari avaient décidé ensemble de lui cacher le fait qu'elle avait un cancer abdominal. M5 l'a appris, et a décidé de ne pas en parler à sa patiente, actuellement guérie :

« *J'étais un peu scié parce que là quand même on est dans le mensonge organisé, en bande organisée ! Alors j'ai pas vendu la mèche parce que c'était trop tard, je sais pas ça avait peut-être 5 ou 10 ans, j'allais pas lui balancer ça (...). Donc, je me suis fait le complice passif de cette histoire-là (...) parce que si je lui balance ça à la dame, je pense que le monde allait un peu s'écrouler entre le complot de son mari, le chirurgien, le médecin traitant. Euh... j'allais pas foutre la pagaille pour une affaire qui était réglée (...). J'allais pas foutre une révolution pareille, surtout que le couple en plus ça commençait à vaciller* » (M5).

d) Révélation de la vérité jugée comme inutile

La vérité apparaissant comme inutile aux yeux du médecin est évoquée comme une cause de mensonge par l'ensemble de notre échantillon sauf par M2.

« *Là c'est parce que c'est inutile en fait, ça n'a pas d'intérêt (...) ça n'a pas d'utilité particulière* » (M7).

« *Ça n'a aucune conséquence* » (M4).

Cet intérêt est notamment évoqué dans le cas des troubles cognitifs ou des pronostics péjoratifs :

« *Si c'est pour leur dire "arrêtez de vous faire des films dans quinze jours vous allez mourir", est-ce que c'est pertinent tu vois enfin...* » (M3).

« *Est-ce que ça vaut le coup de le réveiller pour lui dire "allez allez réveille-toi t'es en train de mourir tu sais !", ça présente pas tellement d'intérêt* » (M3).

Confier à un patient qui souffre d'une démence d'Alzheimer sa crainte qu'il soit bientôt complètement désorienté et qu'il plaint son entourage, M5 juge : « *c'est cruel, ça sert à rien, ça fait souffrir les gens, c'est inutile* » (M5).

e) Répondre à une demande

▪ Du patient

Tous les médecins de l'échantillon reconnaissent mentir pour répondre à la demande du patient.

« *Ce qu'ils veulent c'est que tu soulages leurs symptômes donc euh, bah t'essayes de trouver un traitement et, tu te dis que du coup si en plus t'as donné une réponse médicamenteuse, bah ils ont quelque chose sur lequel s'appuyer. Ils se sentent compris* » explique M3 dans le cadre de « *l'hypochondrie maladie* » (M3) lorsqu'il prescrit des médicaments qu'il qualifie de placebos.

Il a le sentiment de répondre à une attente lorsqu'il ment pour justifier son retard en consultation alors qu'il a pris dix minutes de pause avec un confrère autour d'un café:

« *Les gens, ils ont besoin d'avoir une image où ils ont, confiance en toi, où t'as l'air d'être quelqu'un de sérieux et cetera* » (M3).

M4 explique aussi :

« *Le patient il vient nous voir, il vient pour quelque chose, et dire à un patient, "écoute mon grand, ça fait 25 fois que tu viens me voir parce que t'as mal au bide donc avec ta colopathie arrête de me faire chier" (rire), c'est pourtant la vérité... mais, c'est pas bon de le dire au patient* » (M4).

Il y a des situations où ils décrivent même une forme de devoir envers le malade :

« *Pour répondre à quelque chose qu'ils viennent chercher. Ils viennent chercher de l'aide, donc quelque fois je me dis ça va pas suffire si je leur dis juste ça* » (M1), à propos de la prescription de médicaments qu'il juge inutiles.

« Tu peux pas lui dire ça, enfin, c'est pas ce qu'elle a envie d'entendre en fait (...) si elle te demande c'est qu'elle a envie d'entendre "non non vous inquiétez pas, y a pas de risque" » (M3).

« Tu prescris parce que tu te sens obligé de faire quelque chose quoi » (M3).

∞

Dans le cadre des maladies graves, plusieurs situations de mensonge par omission sont décrites lorsque le patient n'a pas posé de question, n'apparaît pas capable d'entendre la vérité ou qu'il manifeste une envie de rester dans l'ignorance.

« S'il demande pas par contre, je vais pas forcément lui dire "bon vous savez là on est passé en palliatif, euh..." » (M3).

« Après c'est aussi en fonction des questions qu'ils te demandent » (M3).

« Elle m'a posé aucune question de savoir si c'était un cancer ou pas et s'est sans doute pas posé la question. Je suis resté vraiment sur le technique de "faut aller voir le chirurgien, tout ça", donc c'est un peu un mensonge par omission quand même (...) elle a pas posé la question, et j'ai pas abordé la question » (M4).

« J'ai l'impression qu'on finit par le sentir, si ils veulent vraiment savoir ils posent pleins de questions, s'ils veulent pas savoir quand tu leur annonces le truc ils se renferment euh, ils regardent ailleurs, ils changent de sujet, bah là tu sais que stop » (M6).

M5 et M7 exposent le droit de ne pas savoir :

« Clairement ils veulent savoir où ils vont bah ils ont le droit, y a des gens qui veulent pas savoir où ils vont, bah ils ont le droit aussi de pas savoir où ils vont » (M5).

« S'il veut pas entendre il entend pas » (M5).

« Il faut que la personne soit capable d'entendre l'information. Sinon c'est que, on se retrouve à donner l'information à une personne qui n'est pas en capacité. (...) J'utilise une stratégie d'annonce un peu progressive (...) qui s'oriente en fonction de ce que la personne peut et veut entendre » (M7).

« *C'est toujours pareil c'est... tu balances la vérité petit à petit, donc tu mens pas, jusqu'à ce que ça freine, tu sentes que ça freine, il veut pas en entendre plus, et là t'arrêtes* » (M5).

- De la famille

M3 et M5 relatent des mensonges commis à la demande de la famille du patient.

« *"Surtout ma mère on est en train de lui trouver une maladie d'Alzheimer mais faut pas lui dire parce que c'est sa phobie" (...) et pour l'instant je lui ai pas dit* » (M3).

« *Donc là j'ai menti, à la demande de la famille* » (M5).

2. Pour le médecin

a) Se protéger à titre personnel

- Diminuer sa propre angoisse

« *On le fait autant pour se rassurer soi sur ses propres compétences* » (M4), à propos des « *examens pour rien* » (M4).

« *On a peut-être aussi peur de la réaction de la personne... probablement qu'il y a une trouille de la réaction de la personne qui est en face hein* » explique M7 dans le cadre des diagnostics graves.

« *Inconsciemment et un peu consciemment c'est un peu aussi une façon de te protéger toi vis-à-vis de sa réaction* » (M3), lorsqu'il présente comme systématique une recherche de VIH dans un bilan très complet pour ne inquiéter - alors que c'est précisément cette pathologie qu'il cherche à écarter -, parce qu'il veut impérativement que son patient fasse ce bilan.

M6 explique avoir du mal à avouer à son patient quand il ne sait pas quelque chose :

« *I : Et ça pourquoi on... on dit pas franchement qu'on sait pas ?*

- *Bah euh... je pense euh... que c'est parce que je viens juste de m'installer et que j'ai peut-être pas non plus ultra confiance en moi et que si je commence à dire aux patients, alors que je viens juste d'arriver, que je suis jeune et qu'il y a des vieux médecins dans le cabinet, bah... dire qu'on sait pas c'est se mettre en échec* » (M6).

M3 évoque la difficulté qu'il a à mener une consultation qui ne se solde pas par la prescription d'une ordonnance – et donc la prescription de certains médicaments qu'ils jugent inutiles – :

« *Terminer ta consult sans donner d'ordonnance. Et en fait, le malade le vit mal, mais le médecin le vit mal aussi, je trouve, parce que quand tu termines ta consult en disant "bon, bah oui bah écoutez, vous avez des questions ? Bon d'accord, vous avez rien besoin ? Vous voulez pas un petit Doliprane® ? Non vous êtes sûr ?" (rire). Comme ça je vous sors une ordonnance, et du coup vous me donnez 23 euros contre une ordonnance, et puis du coup je sais pas moi j'ai l'impression que la consultation s'est bien faite dans l'ordre des choses (...). C'est un truc qui change en vieillissant, parce qu'au début c'était un vrai*

problème pour moi de pas avoir la consultation complète, l'examen clinique, l'ordonnance, le truc (...).

- I : Donc avant ça te gênait parce que ça te dévalorisait un peu ?

- Ouais ouais j'avais l'impression d'être nul quoi » (M3).

- Fuir la vérité à laquelle il n'est pas prêt

« Je me sentais pas de taille à » (M5).

« Donc le mensonge où j'ai reçu le courrier de l'anapath qui est pas bon, je vois le patient le soir et je dis "je l'ai pas reçu", là c'est pour me protéger moi parce que euh, je me sens pas d'attaque. (...) c'est une forme de lâcheté » (M5).

« D'abord y a trente ans j'avais moins d'expérience donc je pense que j'aurai été plus démuni pour prendre le temps d'expliquer avec les bons mots à la personne ce qui se passe » (M7).

M1 n'a pas réussi à évoquer le diagnostic de cancer de thyroïde devant sa patiente, alors qu'il venait de recevoir le résultat par courrier :

« Je n'avais pas eu le temps moi de me préparer à l'annonce de cancer à une jeune fille de 15 ans. (...) J'ai préféré laisser quelques jours (...) pour pouvoir me préparer à l'annonce en fait. Voilà, c'était pas un mensonge pour ne pas lui dire qu'elle avait un cancer. (...) J'étais pas prêt moi, à lui faire l'annonce du diagnostic (...) c'était plutôt un mensonge pour me protéger moi. (...) J'ai fait l'annonce le lendemain en fait, une fois que j'ai eu le temps de digérer l'annonce » (M1).

- Contre-transfert

M1 relate avoir déjà menti en raison de son attachement à ses patients.

« Globalement les généralistes, je pense apprécient leurs patients voire les aiment bien, donc à partir du moment où t'aimes bien quelqu'un t'as pas envie qu'il aille mal » (M1).

M1 explique pourquoi avoir menti à la jeune fille de 15 ans évoquée dans le chapitre précédent¹⁶, pour laquelle il n'a pas annoncé le diagnostic de cancer alors qu'il l'avait sous les yeux :

¹⁶ Cf. chapitre III. C. 2. a) - Fuir la vérité à laquelle il n'est pas prêt

« *Le généraliste généralement connaît bien ses patients, les aime bien. Quand la gamine a 15 ans on l'a vue naître. Voilà. Donc moi en fait j'ai accusé le coup (...) c'était une jeune fille que j'ai connue enfant* » (M1).

« *Le mensonge était pas indispensable (...) elle aurait pu retrouver un autre médecin. Après c'est vrai que... on s'attache aux gens* » (M1), à propos de la patiente âgée déjà évoquée précédemment¹⁷, pour laquelle il avait participé à sa mise sous tutelle. Il déclare avoir en partie menti pour ne pas la voir partir.

▪ Sentiment de responsabilité et enjeu médico-légal

A propos du caractère systématique de l'examen, sans parfois d'intérêt clinique, M2 explique :

« *Ça sert bien dans les assurances* » (M2).

M3 évoque quant à lui des prescriptions d'antibiotiques qu'ils jugent lui-même exagérées pour se protéger, lorsqu'il a l'impression d'avoir très peu de temps en garde :

« *C'est pour gagner du temps et pour te protéger parce que tu dis bah faut pas que je me loupe, je le vois en 5 minutes et tout, donc euh, t'arroses un petit peu avec ton antibiotique, mais tu justifies ton antibiotique en mentant un peu à ton patient en disant "nan mais là c'est sûr faut un antibiotique"* » (M3).

M4 raconte avoir volontairement fait peur à un patient en exagérant la vérité pour qu'il se rende chez le cardiologue, en justifiant :

« *Je pense qu'il y a une intrusion du médico-légal dans le raisonnement médical* » (M4).

Enfin, la peur du suicide après la révélation d'une vérité a déjà été évoquée précédemment comme une cause de mensonge commis pour le malade¹⁸. Cette crainte est aussi perceptible du côté du médecin, d'un point de vue humain voire médico-légal :

« *J'avais pas envie qu'elle se suicide oui oui bien sûr. Au niveau de la responsabilité* » (M1).

¹⁷ Cf. chapitre III. C. 1. c)

¹⁸ Cf. chapitre III. C. 1. c)

b) Mentir par confraternité

M1, M2, M3, M4 et M6 évoquent tous des mensonges commis pour couvrir ou ne pas contredire un confrère. M1 le considère comme assez fréquent.

« *J'ai pas envie d'enfoncer le collègue qui a fait une erreur* » (M1).

« *Je veux pas mettre le confrère en difficulté* » (M4).

M2 explique avoir menti sur des chiffres tensionnels en tant que remplaçant, car il a eu l'impression dans un cabinet qu'aucun patient n'avait un traitement antihypertenseur équilibré. Il n'a pas osé changer le traitement de tous les patients, se sentant mal à l'aise vis-à-vis du confrère remplacé:

« *Je me suis dit c'est pas possible, y en a aucun qui est au chiffre quoi. Et je pense qu'au dixième j'ai dû en avoir marre (rire). "Je vais pas changer tous les traitements" (rire)* » (M2).

À propos de l'homéopathie auquel il n'adhère pas, M6 juge nécessaire de s'abstenir de donner son avis à un patient concernant un traitement homéopathique, en tant que médecin remplaçant:

« *Le médecin tu sais pas trop... le médecin que tu remplaces tu sais pas trop ce qu'il pense donc je pense que quand t'es remplaçant tu vas pas démonter un traitement...* » (M6).

c) Mentir par confort

▪ Le manque de temps

- Le manque de temps est évoqué comme cause de mensonge par l'ensemble de notre échantillon sauf M6.

« *C'est pas obligé là aussi pour des questions de limite de temps de la consultation, que l'on donne toute la vérité à tout le monde* » (M7).

« *Pour pas perdre de temps* » (M4).

M7 justifie la rétention d'information dans le cadre d'annonces progressives de mauvaises nouvelles, qu'il étale dans le temps :

« *Oui et puis y a une question de timing (...)* *Le temps passe quoi en somme* » (M7).

« Je reviens toujours là-dessus mais on est quand même vachement pris par le temps quoi sur une consultation de médecine générale, c'est quand même "toc toc toc", on a toujours l'horloge qui continue de fonctionner dans la tête à chaque fois » (M7).

M2 explique, par expérience, prendre systématiquement la tension artérielle chez certains de ses patients, même lorsque ça ne présente pas d'intérêt clinique :

« Il va me faire perdre mon temps parce qu'il va falloir, alors qu'il a pas enlevé son manteau, qu'il faut que je lui prenne sa tension (rire).

- I : Mais ça n'a pas d'intérêt.

- (Rire) Non ! Mais, après voilà, dans ma clientèle je sais qui va le faire » (M2).

- Pour en améliorer la qualité, M2 a déjà reporté une annonce diagnostic de quelques jours:

« Si c'est un matin ça va poser aucun souci, il y a le midi pour faire tampon, mais genre le rendez-vous de 6h ou 6h et demi alors que... (...) je suis pressé et euh, et je vais un peu bâcler le truc » (M2).

- M4 et M7 ont déjà menti à cause de la pression de leur retard et des patients qui s'accumulent en salle d'attente.

« Sûrement une question de la gestion du temps, bon j'avais pas beaucoup de retard mais un peu quand même » (M4), à propos d'une patiente à qui il n'a volontairement pas expliqué pour quelles raisons il fallait contrôler à distance son kyste ovarien.

« Il faut pas oublier que la consultation en médecine générale c'est un quart d'heure vingt minutes, (...) ça va très vite, pendant ce temps-là la salle d'attente elle est pleine, y a du monde » (M7).

- Le mensonge peut aussi être réalisé dans le but de ne pas passer de temps à argumenter une décision.

Comme cité précédemment, M4 explique être capable de ne pas dire aux parents quand un tympan est simplement inflammatoire¹⁹, pour éviter de consacrer du temps à justifier l'absence de prescription d'antibiotique :

¹⁹ Cf. chapitre III. B. 2. a)

« Pour pas avoir besoin d'aller discuter sur les différences, entre une otite congestive, l'origine infectieuse et cetera (...) qu'est-ce que je vais passer comme temps à me justifier pendant trois plombes » (M4).

« On n'est pas obligé d'argumenter, bah là aussi on est dans un problème de temps qui passe là, on n'est pas obligé d'argumenter pendant un quart d'heure » (M7).

M4 justifie certaines prises de mesure inutiles de tension artérielle :

« "Mais vous me prenez la tension quand même docteur ?" (...) Au lieu de passer trois heures à expliquer que ça sert à rien de prendre la tension on la prend » (M4).

- Enfin, la consultation à motifs multiples est évoquée comme une situation pouvant pousser à mentir.

« Voilà, consultation à motif multiple, plus un dernier truc à la fin effectivement on peut dire euh, on peut être amené à dire "oh c'est pas grave" et puis passer à côté de quelque chose » (M1).

« On arrive au 4e motif de consultation, (...) la personne est déjà en train de revenir, de se rhabiller et cetera, "ah au fait docteur j'ai oublié de vous dire ça !

- Ah bon, bah écoutez la première chose à faire c'est faire un ECBU !" (rire) Alors que ... (rire) voilà, euh, sous prétexte de mini-sensations euh voilà, et puis "on se revoit après" (rire).

- I : Ça c'est vraiment parce qu'on n'a pas envie d'aller...

- Oui oui de voilà, de réexaminer, de leur poser des questions (...) "C'est rien, on verra la prochaine fois" » (M7).

▪ Convenance personnelle

Les mensonges qui concernent la gestion et l'organisation du planning²⁰ évoqués par M3, M5 et M7, sont réalisés pour la convenance personnelle du médecin.

« C'est juste que toi tu veux finir plus tôt » (M3).

« C'est du mensonge de convenance personnelle » (M3).

²⁰ Cf. chapitre III. B. 2. f)

« *"Oui bah là j'ai pas le temps, je suis de garde ce soir euh". Alors que c'est pas vrai j'en ai juste ras-le-bol* » (M3).

« - I : *Donc ça c'est un peu par convenance personnelle ?*

- *Ouais parce que des fois, ça va quoi ! (...) Parce qu'il faut bien se protéger un petit peu hein, mais on n'est plus dans le médical on est dans l'organisationnel, c'est du petit mensonge pour l'organisation* » (M5).

▪ Obtenir une certaine tranquillité

- L'ensemble de notre échantillon évoque des mensonges de confort réalisés pour gagner une certaine tranquillité.

« *La différence entre une angine et une rhinopharyngite quand le gamin il ouvre la gueule et que ça dure deux secondes et demi (...) parce qu'on n'a pas envie de se prendre le repas du midi sur les genoux* » (M4).

« *Oui oui, on va dire que c'est possible que des fois on ait envie d'être tranquille oui* » (M1).

Tout comme M2 expliquait²¹ prendre chez certains patients la tension artérielle de manière systématique pour ne pas perdre de temps s'ils lui demandent une fois qu'ils sont déjà rhabillés:

« *Du coup je la prends parce que comme ça je suis tranquille. Je vais pas être obligé de me relever après de mon bureau pour aller leur prendre la tension* » (M1).

M6 reconnaît utiliser la sécurité sociale comme prétexte pour justifier certaines de ses décisions, pour être « *tranquille* » (M6).

- M3 et M4 ont un comportement différent selon leur état de fatigue ou leur humeur du jour.

« *En fonction de ton degré de fatigue, tu traites clairement pas tes patients de la même manière. Tu vas aller plus au fond des choses, tu vas moins mentir probablement* » (M3).

« - I : *Et y a des moments on n'a pas envie de prendre le temps ?*

²¹ Cf. chapitre III. C. 2. c) - Le manque de temps

- *Bah non on n'a pas envie de prendre le temps. On n'a pas envie de prendre le temps, exactement, c'est ça aussi. Donc, quand on n'a pas envie on n'a pas envie* » (M4), à propos de l'omission pour ne pas consacrer de temps à justifier une prescription²².

- A propos des prescriptions de médicaments à visée placebo, M1 et M3 reconnaissent également rechercher une forme de tranquillité, en plus de le faire dans l'intérêt du malade.

Concernant la prescription de Maxilase® de M1, pour faire plaisir au patient bien que jugé inutile, il reconnaît aussi le faire « *peut-être pour être tranquille* » (M1).

« *Franchement je le fais surtout pour lui mais après inconsciemment y a peut-être un peu de... pour s'en débarrasser ouais ouais. Les patients comme ça y a un moment tu sais plus comment les gérer quoi* » (M3).

- Eviter un conflit

« - *I : Pour éviter un conflit ça peut arriver ça ?*

- *Euh, alors ça m'arrivait quand j'étais plus jeune* » (M1).

Comme évoqué précédemment²³, il arrive que M3 refuse la prescription d'un arrêt maladie de plus de deux jours pour une gastro-entérite, quand il estime que la demande du patient est excessive, en utilisant comme faux prétexte les risques de contrôle de la sécurité sociale :

« *C'est la difficulté de lui dire non, et puis de rentrer dans le conflit* » (M3).

- Ne pas avoir le mauvais rôle

M3, M4, M5 et M7 déclarent des mensonges commis pour se défaire d'un rôle qu'ils ne souhaitaient pas endosser.

« *Celui qui vient introduire le malheur dans leur vie et c'est terrible quoi, l'oiseau de mauvaise augure* » (M5).

« *D'une certaine manière on est celui par qui le malheur est entré chez les gens quoi.*

- *I : Et pas envie d'avoir cette place-là ?*

²² Cf. chapitre III. C. 2. c) - Le manque de temps

²³ Cf. chapitre III. B. 2. e)

- *Voilà, bah non* » (M5).

« - *I : Te dire que tu veux pas avoir le mauvais rôle ?*

- *Ouais y a un petit côté, ouais ouais je pense qu'il y a un petit côté de fuite aussi* » (M3). M3 rapporte le cas d'un patient à qui on venait de diagnostiquer un cancer de l'œsophage, qui lui avait demandé si la situation était grave, à qui il n'avait pas tout dit alors qu'il avait discuté avec son gastro-entérologue au téléphone qui avait parlé de métastases multiples et d'une situation très préoccupante.

« *Des fois c'est quand même euh, on se dit "si c'est pas à moi de l'annoncer c'est plutôt pas mal quoi"* » (M4).

« - *I : Il est peut-être plus confortable de laisser les mauvaises nouvelles ?*

- *Peut-être. Oui bah c'est sûrement de toute façon de laisser, globalement, les autres annoncer les mauvaises nouvelles, ça c'est sûr et certain* » (M7).

Enfin et toujours concernant l'utilisation de la sécurité sociale comme prétexte pour refuser un arrêt maladie, M3 reconnaît mentir aussi pour ne pas avoir le mauvais rôle :

« - *I : Sans être le méchant aussi.*

- *C'est clair ! (rire) Donc ouais ouais la sécu je m'en sers pas mal pour ça. Pour "j'ai pas le droit". "Vous allez être contrôlé, vous allez aller en prison, moi aussi..." (rire)* » (M3).

▪ Gagner du temps pour réfléchir

M4 et M5 reconnaissent pratiquer parfois un examen clinique ou une biologie sans grand intérêt, dans le principal but de gagner du temps pour réfléchir sur un diagnostic ou une conduite à tenir.

« *Parfois l'examen clinique c'est aussi le temps de la réflexion quoi* » (M4).

« *On fait une biologie, on se revoit, ce qui me permet d'aller réviser ou réfléchir ! (rire). Réfléchir un peu sur le sujet quoi, que j'ai pas forcément en tête. Oui alors est-ce que c'est du mensonge, oui c'est du petit mensonge* » (M5).

d) Mentir par égo

- Ce que le patient pourrait dire ou penser
- M1, M3 et M7 évoquent des mensonges pour préserver leur image.

« *Alors là c'est peut-être plus de l'égo* » (M1).

« *Ne pas avoir l'air d'avoir oublié un truc* » (M7), à propos de l'ordonnance de semelles orthopédiques qu'il a oublié de préparer pour son patient²⁴.

« *T'es obligé d'entretenir ton image je pense* », explique M3 pour justifier, entre autres, le retard lié à la pause-café entre collègues déjà évoquée précédemment²⁵.

« *Tu vas pas dire que t'es au resto ouais. Ouais c'est ça. Ouais globalement c'est toujours euh, bah pour ton image* » (M3).

« *Comme t'as pas envie de passer pour un salaud (...) ou de passer pour un conard* » (M3).

« *L'ordonnance de séduction, enfin séduction c'est un peu négatif comme terme, mais l'ordonnance de, bah placebo quoi. Enfin c'est en plein dans la séduction quand même finalement ! (rire)* » (M3).

- M1, M2 et M3 rapportent des examens cliniques inutiles, réalisés par crainte de ce que pourrait penser le patient s'il n'était pas examiné.
- « *Pour avoir fait quelque chose* » (M1).

« *Pour le patient, "il m'a même pas examiné". Le nombre de fois où les gens arrivent là en disant "docteur je veux changer de médecin parce que mon médecin il m'examine plus"* » (M4).

Les trois médecins interrogés rapportent notamment ce mensonge dans le cadre de la mesure de la tension artérielle :

« *Si je la prend pas les gens "aaaah vous avez pas pris ma tension docteur"* » (M1).

²⁴ Cf. chapitre III. B. 2. f)

²⁵ Cf. chapitre III. B. 2. f)

« *"Mais j'ai été chez le médecin mais on m'a pas pris la tension"* » (M2).

« *Si t'as pas pris la tension c'est que t'es un mauvais médecin quoi* » (M3).

- Comme nous l'avons vu, M6 disait ne pas toujours avouer franchement à un patient quand il ne sait pas quelque chose, par peur de se mettre en échec²⁶, mais il reconnaît également :

« *Peut-être je sais pas avoir mauvaise réputation* » (M6).

M7 déclare aussi en début de carrière avoir eu les mêmes difficultés à reconnaître devant un patient quand il ne savait pas, par peur de ce que l'on pourrait penser de lui :

« *Ah oui quand on est jeune médecin c'est plus... (...) On sait jamais comment les gens vont prendre ce genre de trucs-là. Ils peuvent très bien dire "ah bah voilà, quelqu'un qui est sérieux parce que il reconnaît qu'il sait pas tout et cetera", ou "qu'est-ce que c'est que cette brêle qui euh... qui peut pas se débrouiller tout seul" (...) maintenant comme je m'en fous, de toute façon je peux le dire* » (M7).

- Enfin, M3 et M6 reconnaissent pratiquer parfois des examens cliniques injustifiés car ils sont gênés de demander les honoraires pour une consultation de quelques minutes.

- Garder la confiance du patient

« *Je voulais qu'elle garde ma confiance (...) je voulais pas qu'elle perde sa confiance en moi. Voilà tout simplement* » (M1), à propos de la patiente pour laquelle il a participé à la mise sous tutelle²⁷.

« *Les patients ils ont besoin d'avoir confiance en nous, et si tu l'appelles en lui disant "je me suis lourdé"* » (M3).

« *C'est toujours pareil pour la confiance des patients quoi, si tu leur dis "bah alors là, je sais absolument pas pourquoi vous avez mal au ventre" (...) non tu dis pas "je sais pas"* » (M3).

²⁶ Cf. chapitre III. C. 2. a)

²⁷ Cf. chapitre III. C. 1. c)

Enfin à propos du mensonge par confraternité, M3 explique :

« *Mais là clairement je pense que la couverture des confrères elle est, y a deux impacts. Y a le couvrir parce que c'est plutôt, ouais c'est plutôt confraternel, mais y a aussi pour l'image et la confiance que les patients doivent garder euh vis-à-vis de leur médecin quoi. Pour moi ça serait vraiment dégueulasse de dire "ah ouais non mais elle a mis que 4 jours, mais c'est pas que 4 jours c'est 8 jours, c'est n'importe quoi !"* » (M3).

▪ Masquer une ignorance

« *Pour pas perdre la face, ça m'est arrivé hier* » (M3). Le médecin interrogé évoque une prescription de pommade ophtalmique à une patiente de 5 ans. La maman, infirmière, lui a posé la question d'une éventuelle contre-indication chez l'enfant. Lors de la consultation, il l'a rassurée en lui disant qu'il n'y avait pas de problème particulier, ayant une notion de contre-indication avant 6 ans et n'ayant pas d'alternative thérapeutique. Il a quand même vérifié ensuite puis en a discuté avec ses confrères. Il s'est aperçu d'une contre-indication avant 8 ans avec des effets indésirables potentiels qu'il ignorait. Il a donc rappelé la maman pour changer sa prescription. Il avoue ne pas avoir reconnu au téléphone qu'il s'était trompé, et avoir simplement prétexté que le traitement initialement prescrit n'était plus celui de première intention dans les orgelets :

« *Je vais pas lui dire euh, "bon j'ai merdé, vous aviez raison" (rire)* » (M3).

A propos de la difficulté de M6 et M7 à reconnaître face au patient quand ils ne savent pas quelque chose²⁸, M3 explique en particulier éviter, d'une manière générale, de dire aux patients « *je sais pas* » (M3). Il dit le faire pour ne pas perdre leur confiance, mais aussi pour ne pas exposer son ignorance :

« *Bah c'est les deux (...) c'est pour pas perdre la face* » (M3).

▪ L'argument d'autorité

Nous avons vu que M1 faisait parfois semblant de rechercher des signes cliniques dont il n'avait pas besoin²⁹, dans l'intérêt du patient, pour obtenir une meilleure adhésion à son diagnostic et donc une meilleure prise en charge. Il reconnaît cependant le faire aussi pour lui, afin de se justifier et de s'imposer plus facilement :

« *Pour pouvoir avoir une... je sais pas comment dire... une certaine autorité quoi.*

- *I : Se justifier ?*

²⁸ Cf. chapitre III. C. 2. d) – Ce que le patient pourrait dire ou penser

²⁹ Cf. chapitre III. C. 1. b)

- *Ouais un justificatif de, voilà* » (M1).

Lorsqu'il sait qu'il prescrit par excès des antibiotiques dans le cadre d'une otite parce qu'il est pressé en garde³⁰, M3 reconnaît pouvoir amplifier une situation en évoquant une « *grosse otite (...) alors que finalement elle était pas si énorme* » (M3), dans l'idée de justifier sa prescription :

« *Ça permet de justifier un peu ton antibiotique ouais (...) "faut pas discuter quoi"* » (M3).

Enfin, les mensonges de M4 et M7 dans le but de ne pas passer de temps à argumenter une décision³¹, visent eux aussi à imposer une décision par autorité, dans le but de gagner du temps.

³⁰ Cf. chapitre III. C. 2. a)

³¹ Cf. chapitre III. C. 2. c)

3. Secret médical

Les médecins de notre échantillon relatent plusieurs situations où le secret professionnel leur a imposé de garder des informations face au reste de la famille.

« *Quand titine me dit qu'elle est enceinte, j'en parle pas au reste de la famille (...). Un jeune garçon que je connais depuis qu'il est gamin (...) qui vient un jour avec sa petite amie, qui est enceinte, mais faut pas le dire (...) donc moi j'ai rien dit, donc j'ai revu les parents, je me sentais un peu, comment dire... pas traître mais enfin... (...) mais c'est un secret qui ne m'appartient pas... en l'occurrence c'est du mensonge par omission tant que ça les regarde pas* » (M5).

« *C'est pas très facile forcément de trouver des solutions pour qu'un conjoint trompé se fasse faire des dépistages de maladies sexuellement transmissibles (...). Là on est obligé de respecter le secret médical de toute façon* » (M7).

« *Une de ses filles qui est venue me voir en consultation mais qui est pas suivie au cabinet, que je suis pas, et qui est venue juste pour m'informer parce qu'elle était inquiète pour son père, et elle m'a dit en fait que son père reprenait de l'alcool, qu'il conduisait alcoolisé et que en plus il allait jouer au casino (...) à cause du secret médical j'avais pas le droit de lui dire que je savais qu'en fait il reprenait de l'alcool parce que des membres de sa famille me l'avaient dit, alors que ça aurait été bien pour sa prise en charge* » (M6).

Situation où le médecin explique qu'il n'a pas pu à la fois donner d'information à la fille sur son père lors de cette entrevue, et à la fois ne pas dire au père à la consultation suivante qu'il avait vu sa fille.

D. COMMENT MENTIR

1. Omission

a) Passer une information sous silence

L'ensemble des médecins de notre échantillon fait part de mensonges commis en omettant volontairement tout ou partie de la vérité.

« *C'est vrai qu'il m'est arrivé de... d'omettre* » (M1)

« *Je lui dis pas* » (M1)

« *Pour l'instant je lui ai pas dit* » (M3)

« *Non je lui ai pas dit et puis je lui ai jamais redit
d'ailleurs* » (M5)

« *Donc on le dit pas* » (M7)

« *Là effectivement on a caché une, un doute, oui une
vérité qui pourrait être... oui* » (M7)

- Dans le cadre des pronostics péjoratifs notamment :

« *J'ai jamais dit à quelqu'un "bah écoutez dans un an vous êtes plus là"* » (M1).

« *Quand on me demande des délais je dis jamais. Je dis jamais même si je le sais* » (M3).

« *Je vais pas au-devant, dans des situations comme ça non* » (M5).

- Il est arrivé à M4 de ne pas évoquer sa suspicion d'un diagnostic grave, avant d'avoir les résultats d'examens complémentaires:

« *J'ai répondu à sa demande, c'est-à-dire "oui c'est le polype qui saigne", et "oui j'ai appelé le chirurgien" et voilà. Et j'ai pas creusé plus loin. C'est un mensonge par omission* » (M4).

« *Je lui ai pas dit que je pensais que c'était probablement un cancer de la thyroïde* » (M4).

b) Simplifier la vérité

Nous l'avions déjà évoqué, M1 évoque la possibilité d'un mensonge secondaire à une volonté de simplifier une explication pour en faciliter la compréhension³². La réalité étant tellement simplifiée, il a le sentiment qu'elle est déformée :

« *Quelques fois (...) pour expliquer une maladie on, on ment (...) on va lui expliquer "c'est comme ça parce que c'est comme ça et..." (...). C'est pour simplifier une vérité (...) c'est pas du tout scientifique ce qu'on va expliquer (...) Donc c'est un mensonge par des omissions scientifiques* » (M1).

c) Laisser une annonce au spécialiste

M3 et M5 déclarent avoir déjà laissé un patient dans l'ignorance d'un diagnostic qu'ils connaissaient, avant que le spécialiste ne se charge de l'annonce.

« *J'ai laissé le spécialiste prendre le truc* » (M3).

« *Si on parle de cancérologie, euh, je vais peut-être faire que la moitié du boulot, c'est-à-dire en faisant une pré-annonce, en disant "il est possible que"* » (M5).

d) Utiliser le temps : l'omission temporaire

Tous les médecins interrogés ont déjà eu recours au mensonge en différant une annonce diagnostic ou en l'étalant dans le temps.

- Reporter la vérité :

« *Laisser quelques jours, quelques heures* » (M1).

« *Mais en fait on ne fait que différer les choses* » (M4).

- Annoncer progressivement :

« *Annoncer en plusieurs fois* » (M2).

« *Y aller progressivement (...) c'est plutôt de l'annonce partielle* » (M5).

« *Tu reprendras la fois d'après* » (M6).

³² Cf. chapitre III. C. 1. b)

e) Ne dire qu'à la famille

M1 et M2 relatent des mensonges où la vérité est révélée à la famille à l'insu du patient.

« *J'ai dit à sa compagne "écoutez mariez-vous parce que euh, parce que bientôt il sera plus là et vous allez vous retrouver sans rien". (...) Je l'ai dit que à la compagne voilà. Omission au monsieur* » (M1).

Comme nous l'avons déjà évoqué, M2 révèle avoir parfois recours au mensonge dans le cadre des troubles cognitifs³³. Il ne met pas forcément de mots précis sur cette pathologie pour préserver le patient, mais déclare pouvoir mettre en garde la famille:

« *Après souvent ils sont accompagnés, donc quelque fois je regarde la famille, pour dire "faites attention"* » (M2).

³³ Cf. chapitre III. B. 1.

2. Production d'une information fausse

Ce mode de mensonge est rapporté par l'ensemble de notre échantillon. Nous ne citerons que quelques exemples.

Les chiffres tensionnels mensongers, évoqués par l'ensemble des médecins interrogés et vu précédemment³⁴, entrent dans le cadre de ce type de mensonge.

« *"Cette douleur vous la ressentez" (...) Au lieu de dire voilà "il y a rien qui la provoque, si ce n'est là-haut", je vais plutôt leur dire "on ne sait pas ce qui la provoque" »* (M1).

« *Oui oui, je comprends ce que vous ressentez* » (M1).

« *Elle m'a demandé "mais tout ce qui m'arrive là, est-ce que ça peut entraîner une rechute de mon lymphome ou pas ?". Et clairement je lui ai dit "bah non non, bien sûr que non, aucun risque" »* (M3).

« *J'ai un truc en visite très urgent à faire, je peux pas avant...* » (M3).

³⁴ Cf. chapitre III. B. 2. c)

3. Communication

Par définition, les mensonges qui suivent sont soit des omissions, soit des productions d'information fausse, mais ils ont volontairement été classés dans un chapitre qui leur est propre.

a) Exagérer

- M1, M3 et M4 relatent des situations où ils ont exagéré la réalité dans leurs propos.

« *Tout bêtement "vous avez une bonne rhinopharyngite !" Alors qu'il y a pas grand-chose* » (M1)

« *Quelque fois en exagérant, un tout petit peu* » (M1)

« *"Il est possible que dans trois mois on vous coupe la jambe là ! (rire) C'est grave ce qui vous arrive", "les pouls là je les sens presque plus" alors que tu les sens un peu* » (M3)

« *Bon bah là t'en rajoutes un peu ouais* » (M3)

« *On a tendance à majorer un petit peu les conséquences de l'examen* » (M4)

Pour convaincre un patient de 55 ans réticent à se rendre chez le cardiologue avant de courir un marathon, M4 explique :

« *On force le trait en disant "bah attendez, risque de mort subite machin", donc c'est de l'information mais bon, en fait les pourcentages sont extrêmement faibles, si on donnait de manière objective aux patients "alors il y a 0,03% des sportifs de haut niveau qui sans aucun symptôme préalable ont fait une mort subite", ils vont dire "mais vous me faites chier docteur" (rire)* » (M4).

M3 explique qu'il surjoue parfois la gravité des effets du tabac pour convaincre les patients d'arrêter de fumer.

- M1, M3, M5, M6 et M7 déclarent avoir déjà surjoué leur empathie auprès d'un patient³⁵.

« *Je peux leur dire que je comprends un peu leur problème, voilà. En sachant que...* » (M1).

b) Minimiser

Tous les médecins interrogés à l'exception de M2, relatent des mensonges de minimisation de la réalité.

« *Minimiser euh oui, ça m'est arrivé* » (M1)

« *Tu vas minimiser à mort* » (M3)

« *Oui c'est ça, on va minimiser* » (M4)

« *On minimise un petit peu* » (M7)

Le mensonge peut être commis notamment pour ne pas inquiéter le patient.

« *Si le patient est trop stressé, on pourra avoir tendance à minimiser un résultat* » (M4).

« *J'ai vraiment dit "bah non c'est sûrement pas un cancer, je pense que ça doit être un nodule toxique", machin, donc je suis parti sur mon diagnostic mais pour le coup, j'ai vraiment minimisé le risque de cancer qui était pourtant réel* » (M4).

Comme nous l'avions évoqué, M7 a déjà minimisé une durée prévisible d'hospitalisation pour convaincre son patient de se rendre à l'hôpital³⁶ :

« *"Non mais attendez, c'est pour simplement deux trois jours, un truc court histoire de contrôler" alors qu'on sait pertinemment qu'on va plutôt être dans éventuellement dans du quinze jours* » (M7).

³⁵ Cf. chapitre III. B. 2. f)

³⁶ Cf. chapitre III. B. 2. d)

c) Le choix des mots

- Tous les médecins de notre échantillon à l'exception de M6, utilisent la langue française pour déformer la réalité, souvent dans l'intention d'en préserver le malade.
« *On essaye de trouver les mots qu'ils comprennent, les mots qui ne choquent pas... trop, les mots qui, et cetera* » (M7).

« *C'est peut-être un peu enrobé oui* » explique M2 à propos de l'entrée dans un trouble cognitif.

« *J'ai l'impression d'utiliser des mots un peu imagés, tout ça, pour pas foncer dans le tas* » (M4).

« *Alors là j'ai peut-être tendance à mentir ouais, je leur dis pas "je vais vous envoyer à la consultation Alzheimer", je vais leur dire "je vous envoie à la consultation mémoire"* » (M5).

« *On commence par un terme un peu édulcoré et puis on voit comment ça réagit derrière (...). On va rester dans des mots qui montrent bien, soulagement, amélioration, et cetera. (...) en restant voilà avec des termes positifs, en sachant que de toute façon c'est foutu. (...) effectivement on va édulcorer.*

- *I : Donc ça donne un peu le sentiment d'être dans une rétention de vérité quand même ?*

- *Oui. Oui oui, on est dans une rétention de, de... de vérité* » (M7).

- En particulier dans le cadre du cancer, M2, M5 et M7 expliquent attacher de l'importance au choix des mots qu'ils emploient.

« *Après ça peut être dit douc... enfin doucement je sais pas si ça peut être dit doucement mais, "soyez confortable", enfin euh, pas être voilà direct, mais un peu... voilà dans le cocooning* » (M2).

M5 et M7 peuvent parler de « *cellules cancéreuses* » plutôt que de cancer.

« *Je vais peut-être trouver des euphémismes, je vais pas dire vous avez une grosse tumeur, on va parler de petit foyer de cancer, de cellules cancéreuses, alors est-ce que c'est une forme de mensonge, sûrement un petit peu* » (M5).

- Pour masquer plus directement une vérité, M3 et M5 relatent :
« *Le "je sais pas" se transforme souvent en "on sait pas", tu vois la médecine, "nous, on n'a pas de solution à proposer" » (M3).*

« *Alors c'est indirect, c'est dans les courriers. On dit pas "je vous adresse madame machin chez qui je suspecte un cancer du pancréas", parce qu'on sait que les gens lisent le courrier, on va dire "chez qui j'aimerais vérifier qu'il y a pas un processus blabla" enfin bon, il y a suffisamment de jargon en médecine pour qu'on puisse contourner le truc quoi... » (M5).*

« *Quand les gens demandent combien de temps ça va durer, on leur donne des fourchettes, on leur donne pas des statistiques... "Survie à 5 ans zéro". On leur dit que c'est une question de semaines plutôt que de mois, de jours plutôt que de semaines » (M5).*

d) Emprunter un chemin détourné

« *Chemin détourné pour expliquer » (M1)*

M1, M2, M5, M6 et M7 peuvent utiliser des approches indirectes pour ne pas aborder de front un sujet.

« *Pas dire "ahh vous allez mourir bientôt hein !", évidemment mais euh... "avez-vous tout dit à votre proche ?", voilà, des fois je dis des choses comme ça. "Avez-vous tout dit à vos proches ?" » (M2).*

« *J'étais un peu en train de tourner autour du pot au sujet de sa prise de sang »*
explique M7 à propos d'une patiente âgée avec qui il ne savait pas comment aborder la suspicion d'une leucémie.

« *Euh, de dire à quelqu'un "faut qu'on s'occupe... vous avez des troubles de la mémoire et je vois bien que ça va pas", plutôt que de lui dire "vous avez un Alzheimer et dans six mois vous serez complètement à l'Ouest mon pauvre monsieur, je plains votre mari" » (M5).*

« *Je préfère dire que pour l'instant j'hésite entre ça et ça, que je sais que c'est pas grave, que du coup je leur donne une prise de sang ou un examen complémentaire à faire et*

qui permettra de trancher entre les diagnostics (...) je leur dis pas que je sais pas, je leur dis que je pense plus que c'est ça, alors qu'en fait... » (M6).

Dans des situations où le patient présente des symptômes pouvant faire suspecter une maladie grave :

« Et puis y en a qui posent des questions immédiatement en disant "est-ce que c'est grave docteur ?", alors là c'est vrai qu'on va tourner autour du pot, trouver une façon de tourner autour du pot, parce que surtout bon, avant d'avoir un diagnostic certain... » (M7).

e) Bluffer

M1 explique être capable de mentir pour inciter un patient à se prendre en charge :

« "Vous, je vous connais bien, je sais que vous aimez bouger, donc pour vous qui aimez bouger il va falloir plutôt prendre cette solution-là". Quelque fois je bluff quoi, tu vois je sais pas si c'est vraiment des gens qui aiment bouger (...). Et donc je me sers de ça pour leur faire admettre qu'il va falloir qu'ils fassent ci ci et ça » (M1).

f) Mentir par le biais de la secrétaire

M3 et M5 rapportent des mensonges au patient par l'intermédiaire de leur secrétaire, notamment à propos du planning.

« La secrétaire elle ment régulièrement pour ça je pense » (M3).

« "Non y a pas de rendez-vous avant la semaine prochaine, ça va pas être possible aujourd'hui", alors que bon, quand on veut on peut » (M5).

4. Examen clinique³⁷

M1, M2, M3 et M4 peuvent réaliser des examens cliniques mensongers, pratiqués sans finalité diagnostique (sans que le patient puisse l'imaginer), dans un objectif indirect inavoué au patient.

« *Je fais un examen, mais je sais qu'il va servir à rien quoi, oui. Oui ça c'est sûr (...) j'examine réellement mais je recherche rien* » (M1).

« *Oui ça arrive de faire des examens pour rien* » (M4).

- Nous avons déjà évoqué le toucher thérapeutique pour M1, M2, M3 et M4, quand le contact physique est thérapeutique en lui-même³⁸ :

L' « *examen clinique thérapeutique* » dont parlait M1.

« *Pour le côté un peu placebo de l'examen médical* » (M3).

- M1, M2 et M3 évoquent l'examen clinique systématique :

« *Bah on fait un peu du systématique* » (M2). M2 explique avoir conscience que certains de ses examens cliniques ne servent à rien, mais qu'il les pratique délibérément par crainte de l'image négative qu'il pourrait dégager s'il n'examine pas.

« *Des fois tu fais un examen clinique qui est juste un examen de forme quoi, qui t'apporte rien* » (M3).

« *Des patients où tu sens que, bah ça fait partie de l'examen donc euh des fois tu le fais un peu, tu te sens obligé de le faire* » (M3).

M1 évoque la prise de tension artérielle à chaque patient : « *ça sert à rien* » (M1).

³⁷ Pour rappel, on enseigne aux étudiants en médecine que l'examen clinique a pour objectif de décrire l'état clinique d'un patient, afin d'étayer un diagnostic.

³⁸ Cf. chapitre III. C. 1. b)

5. Prescriptions

Nous avons déjà évoqué les prescriptions médicales comme objets de mensonge³⁹, notamment dans la recherche inavouée de l'effet placebo, ou le refus de prescription de bon de transport ou d'indemnités journalières.

Nous voyons dans ce chapitre d'autres exemples de prescriptions mensongères, où la prescription en elle-même constitue un mensonge.

On retrouve la prescription de médicaments placebos ou considérés comme inutiles par le médecin (M1, M2, M3, M4, M7) :

M4 avoue pouvoir prescrire du Vastarel[®], bien qu'il affirme : « *on sait que ça sert pas à grand-chose mais bon* » (M4).

Comme nous l'avons décrit, M7 prescrivait un ECBU non approprié lors d'une consultation à motifs multiples par manque de temps⁴⁰, et M1 avait fait faire des Dafalgan[®] placebos par le pharmacien⁴¹.

³⁹ Cf. chapitre III. B. 2. e)

⁴⁰ Cf. chapitre III. C. 2. c)

⁴¹ Cf. chapitre III. C. 1. b)

E. VECU ET CONSIDERATION DES MEDECINS FACE A LEUR MENSONGE

1. Le mensonge bien vécu

- Les médecins interrogés évoquent tous des mensonges qu'ils ont bien vécus et pour lesquels ils n'émettent aucun regret.

« *Non non pas mal vécu.*

- *I : Pas de regret, pour vous c'était la bonne façon de faire ?*

- *Non aucun* » (M1).

« *Y a aucune hésitation* » (M1).

« *Et j'ai pas du tout senti de de, de reproche tu vois. Pour le coup je l'ai pas mal vécu* » (M3).

« *Et j'ai la conscience tranquille en me disant que c'était mieux* » (M3).

« *Ah oui oui c'est clairement assumé* » (M3).

« - *I : Et ça tu le vis bien comme mensonge ? C'est pas un truc, tu te dis pas que tu devrais pas le faire ou...*

- *Bah non* » (M6).

« *Mais ça je pense que c'est normal, sinon y aurait trop d'abus* » (M6), à propos de l'utilisation de la menace de sanction par l'assurance maladie pour refuser ou limiter des prescriptions d'arrêt maladie⁴².

M4 et M7 expliquent que leur position de maître de stage les a aidés à prendre conscience du bien fondé de certains de leurs mensonges :

« *En devant me justifier devant des étudiants, ça m'a permis de me positionner par rapport à ça, de façon beaucoup plus sereine, et consciente* » (M4), qui explique apprendre aux étudiants à ne pas toujours dire quand un tympan est discrètement congestif.

⁴² Cf. chapitre III. B. 2. e)

« - I : Donc là c'est un mensonge qui est bien vécu, on le fait en toute connaissance de cause.

- Oui voilà (...) Et moi je suis maître de stage donc c'est assumé, on l'apprend assez vite aux internes en stage ! (rire) » (M7).

- M1 et M5 évoquent à plusieurs reprises ce qu'ils appellent des « petits mensonges » :

« *Un petit mensonge, ça change rien de toute façon* »

(M1)

« *C'est pas du gros mensonge, c'est du petit mensonge...* » (M5)

M1 explique :

« *Bah oui parce que les petits mensonges pour moi c'était pas des mensonges. Tu vois, quand au départ tu m'as dit c'est sur le mensonge, je suis tout de suite parti sur le cancer, machin, puis après quand j'ai commencé à dire aux gens "dites-donc c'est bien rouge la gorge là", et bah je me suis dit ça c'est un petit mensonge* » (M1).

« *Bon c'est du petit mensonge, c'est du voilà euh...(...) on était dans le absolument par grave du tout* » (M5).

« *Ça a dû m'arriver de botter en touche sur des trucs merdiques, ou en même temps est-ce que c'est du mensonge ? (...) Oui alors est-ce que c'est du mensonge, oui c'est du petit mensonge* » (M5).

- Tous les médecins de l'échantillon relatent certains mensonges avec humour ou en riant.

« *C'est presque drôle tellement c'est...* » (M5).

« *Oui oui effectivement y a des choses qui ressortent. Oui oui ça m'a fait rigoler même des fois* » (M1).

2. Difficultés rencontrées

a) Vécu ou opinion négatives d'un mensonge

- Tous les médecins interrogés à l'exception de M1 font part de mensonges qu'ils ont mal vécus.

« *Si tu le vis quand même un peu mal* » (M3).

« *Voilà de temps en temps tu peux culpabiliser un petit peu je trouve* » (M3).

« *Bah les situations comme ça (...) oui ça m'a travaillé parce que j'étais au resto hier j'en ai parlé, à des amis, donc ouais tu vois j'avais vraiment de la culpabilité* » (M3).

« *C'est des trucs où tu rentres chez toi tu peux culpabiliser, parce que tu te dis "merde quand même les problèmes d'érection, c'est un truc qui est délicat, ils en parlent pas facilement, et là il m'a parlé, il s'était lancé, et moi j'étais crevé et..."* » (M3).

« *Si si c'est un petit peu compliqué* » (M4).

« *Je me sentais un peu, comment dire... pas traître mais enfin...* » (M5).

« *J'étais gêné dans la prise en charge (...) oui là je l'ai très mal vécu là !* » (M6).

« *C'est quelque chose de compliqué* » (M7).

- M1, M3 et M5 relatent des mensonges qu'ils n'ont pas vécu eux avec difficulté, mais qu'ils jugent regrettables.

« *Ça c'est plus méchant* » (M1).

« *Ça c'est une erreur (...) oui ça je pense que c'est une erreur importante, voilà, en étant honnête oui oui* » (M1).

« *Oh là là, et là je suis un vrai conard (rire), qu'est-ce que je fais* » (M3).

« *Alors ça c'est un mensonge, je suis bon pour les feux de l'enfer. Ça c'est du vrai mensonge, c'est...* » (M5).

b) Le sentiment de mentir par obligation

- M3, M4, M5, M6 et M7 ont déjà eu l'impression de ne pas avoir d'autres solutions que de mentir.

« *Moi c'est quelque chose qui m'interpelle beaucoup et en même temps, je vois pas très bien les moyens de faire autrement* » (M4).

« *T'es obligé* » explique M3 à propos de l'image qu'il veut entretenir lorsqu'il est en retard à cause de la pause-café⁴³.

« *Mais putain j'ai plus d'autre option* » (M3), à propos de la prescription de certains placebos.

« *On est obligé de rester dans le mensonge, enfin voilà c'est une situation un peu difficile (...) C'est compliqué d'aller contre, donc dans la plupart des situations on est quasiment obligé de suivre le confrère* » (M4).

M7 peut reporter certaines annonces diagnostiques, ne pouvant se contenter de quelques minutes d'entretien pour annoncer des nouvelles dramatiques :

« *Bon... ça c'est des choses qui sont pas possibles donc, vraiment c'est pas possible (...) on est un petit peu coincés* » (M7).

- Ce sentiment d'obligation est relaté par M5, M6 et M7 à propos du respect du secret médical⁴⁴.

« *On est dans le cas de conscience, et je crois que la règle, enfin la recommandation du conseil de l'Ordre, c'est que le secret médical c'est le secret médical, et tout ce que vous pouvez faire c'est insister auprès du patient pour le convaincre qu'il doit absolument informer son conjoint, mais s'il veut pas il veut pas, et si vous le dénoncez c'est condamnable* » (M5), à propos des infections sexuellement transmissibles au sein d'un couple, lorsqu'un malade ne veut pas informer son conjoint.

⁴³ Cf. chapitre III. B. 2. f)

⁴⁴ Cf. chapitre III. C. 3.

« J'avais pas le droit de lui donner d'informations (...). Tu te sens un peu piégé à cause du secret médical. Au final ça aurait été dans son intérêt que je rompe le secret médical. Mais du coup j'ai pas le droit... » (M6).

« Là on est coincés » (M7).

c) La difficulté de savoir ce que le patient veut savoir

M3, M4, M5 et M7 font part de leur difficulté à déceler ce que le patient veut réellement savoir, principalement dans le cadre des maladies graves, des soins palliatifs et des fins de vie.

« Bah du coup tu te dis bah s'ils me posent pas la question je vais pas lui dire qu'ils leur restent euh, un mois, deux mois, enfin... Quelque part tu fuis un peu le le... le pronostic, puisque tu te dis il me pose pas la question donc euh, c'est pas forcément s'ils ont envie de savoir, enfin c'est toujours la question de est-ce que tu balances toutes les vérités, si finalement ils te le demandent pas » (M3).

« Bah tu sais pas, tu sais pas. C'est marrant parce que de temps en temps, t'as des patients tu te dis mais "ça serait moi je voudrais savoir" et, et justement tu te dis mais en même temps il pose pas la question, spécifiquement, ça veut dire que quelque part il veut pas savoir » (M3).

« I :Mais c'est parce que quoi, parce que tu penses que si tu leur révélais alors qu'ils t'ont rien demandé, ça ferait quoi ?

- Je sais pas. Je sais pas je pense que... j'aurai l'impression d'être un peu... de lui ouvrir les yeux sur un truc qu'il aurait pas forcément envie de faire » (M3).

« C'est compliqué, on fait en fonction de ce qu'on pense que le malade souhaiterait qu'on fasse, mais on vous le dit pas ! (...) et puis on sait bien que les gens qui disent "docteur, si j'ai une maladie grave je veux savoir ou je veux pas savoir" en fait c'est de la foutaise, c'est pas vrai, autour d'un café au bar tout le monde dit n'importe quoi, et c'est pas forcément ce qu'on pense au fond de soi quoi » (M4).

« Alors est-ce qu'on a le droit, qui je suis pour décider que je dois protéger le patient de la vérité ? Ça euh... Bah oui c'est une bonne question aussi. C'est du paternalisme ça

finalement. En même temps est-ce que protéger les gens c'est pas un petit peu de paternalisme acceptable ? Ça dépend où on, c'est toujours pareil, ça dépend jusqu'où on va » (M5).

« Des fois où j'avais l'impression que c'était pas possible que je leur annonce directement le diagnostic au patient, qui était encore dans une espèce d'attente, et qui était peut-être pas prêt » (M5).

« Alors ça c'est plus la question de la vérité que la question du mensonge, parce que d'abord qu'est-ce que j'en sais moi du diagnostic fatal à court terme ? Et puis est-ce que les gens, est-ce que les gens ont envie de savoir ? Bah après c'est toujours pareil, c'est des consult de fin de vie où les gens ils sentent bien qu'ils sont au bout du rouleau, mais ils savent pas si c'est du court, très court ou moyen terme, et surtout ils ont pas forcément envie de le savoir, donc on va pas non plus, sous prétexte de "je ne mens jamais", imposer au patient des informations qu'il a pas forcément envie entendre » (M5).

« Et puis en même temps on se dit tant qu'il m'a pas posé la question "docteur j'en ai encore pour combien de temps à vivre ?" »

- I: (...) Ça c'est des choses qui peuvent mettre en difficulté ?

- Euh, bah c'est-à-dire que oui oui oui, c'est pas forcément... agréable, dans la mesure où en plus de ça on sait pas non plus très bien ce que ça va euh, qu'est-ce que la personne attend derrière aussi » (M7).

« Le comportement des gens est très différent quand ils sont avec une maladie chronique euh mortelle, et puis quand ils sont en bonne santé hein. Le nombre de gens qui disent "ah de toute façon, moi le moindre problème de santé je me suicide, je ceci, je cela, je demande machin et cetera", et puis en fait euh, une fois qu'ils sont malades et quelques fois lourdement handicapés, on n'en entend plus parler » (M7).

d) L'impression d'être un « mauvais menteur »

Trois des médecins interrogés transmettent leur impression de ne pas être de bons menteurs (M2, M5 et M6).

« Moi j'ai l'impression que dès que je mens, ça se voit (rire). Je fais des têtes comme ça, ou voilà » (M2).

« *I : Vous avez l'impression de pas être un bon menteur quoi ?*

- *(Rire) Non voilà ! (Rire). Non y en a plusieurs qui m'ont dit ça. "Oh bah oui on y a été parce que vous aviez l'air d'être inquiet. Vous l'avez dit plusieurs fois" » (M2).* Le médecin explique qu'il n'arrive pas à masquer à ses patients lorsqu'il est inquiet pour eux.

« *Je mens assez mal moi » (M5).*

« *Je pense qu'il y en a qui mentent très bien, moi je mens plutôt mal donc euh, enfin je mens mal, enfin j'en sais rien mais je suis pas très à l'aise avec ça donc... (...) j'aime pas mentir donc euh, ouais c'est ça ça doit se voir, j'ai les oreilles qui rougissent ou je sais pas... (rire) » (M5).*

« *Je suis pas à l'aise avec ça, et quand on n'est pas à l'aise on n'est pas bon quoi. J'ai toujours été un piètre comédien quand je faisais du théâtre au lycée (rire), donc je pense que le mensonge c'est pareil quoi. Je mens pas très bien » (M5).*

« *Je pense qu'après si le patient il me pose des questions pour avoir plus de précisions sur le mensonge là euh vraiment, je pense qu'il va bien voir que... (rire) que c'est compliqué ouais » (M6).*

3. Justifier le mensonge

a) Le mensonge courant

M4 et M5 soulignent le fait que le mensonge fait partie de la communication et de la vie en société, au-delà de la médecine.

« Le mensonge fait partie de la vie, c'est-à-dire qu'à partir du moment où on vit en société, on ment forcément, on ment par omission à longueur de temps. Donc euh, la question c'est de savoir quel est le mensonge acceptable. C'est pas vraiment savoir si on peut mentir ou pas, la question c'est de savoir quel est le degré acceptable de mensonge par rapport à une situation donnée, et donc c'est une interrogation constante, bien sûr » (M4).

« En même temps on ment toujours, on passe pas notre temps... c'est-à-dire, le mensonge par omission, quand on réfléchit bien, on en fait à longueur de consultation » (M5).

« La manière dont on parle, on passe notre temps à mentir finalement, même en dehors de la consultation. J'avais lu quelque part quelqu'un qui avait compté le nombre de mensonges, en fait la vie est impossible sans mentir » (M5).

« - I : Parce qu'on peut pas dire tout ce qu'on pense.

- Bah non. Sinon la vie serait ingérable. On ment tout le temps, tout le monde ment, comme dit le Dr House mais y a un petit fond qui est pas du mensonge, puis après y a le gros mensonge, le moyen mensonge. Je crois pas que ce soit binaire, sauf quand c'est du factuel factuel. "Est-ce que j'ai un cancer ? – Non". Ça c'est un mensonge. "Est-ce que je vais mourir ? - J'en sais rien" » (M5).

b) Le mensonge remis en cause

- M1 et M5 se questionnent à propos de certains mensonges rapportés, à savoir si certains peuvent réellement être qualifiés en tant que tels :

« Alors est-ce que c'est du mensonge, alors après ça c'est de la philo !

Est-ce que c'est du mensonge de ne pas tout dire, c'est une espèce de mensonge par omission, mais où on met le curseur ça reste à voir » (M5).

« *Je sais pas si ça fait partie des péchés capitaux mais, est-ce que c'est un vrai mensonge, qui va m'envoyer en enfer avec tout le reste... des trucs que j'ai fait* » (M5).

« *Je sais pas si c'est des mensonges ou plutôt des... de la communication* » (M1).

« *Si on disait aux gens au fur et à mesure tout ce qui nous passe par la tête, euh, on pourrait pas. (...) si on commence à dire "oula j'espère que vous avez pas une embolie pulmonaire" euh voilà, c'est pas possible. Alors est-ce que c'est du mensonge après...* » (M5).

- M1, M3 et M5 évoquent tous les trois des situations où ils n'ont pas eu l'impression de mentir, alors qu'ils rapportent un exemple de rétention intentionnelle de vérité vis-à-vis d'un patient, voire la production d'une information fausse.
« *Bon, c'est pas du mensonge c'est du, je sais pas, de l'explication simple* », rapporte M1 lorsqu'il exagère les risques de l'hypercholestérolémie pour faire adhérer au régime
« *"Fouuu bah dites donc, le cholestérol là quand même il va falloir faire quelque chose sinon vous allez faire un infarctus dans dix ans !"* » (M1).

Quand un patient évoque ses troubles de l'érection en fin de consultation, la main sur la clenche, et que M3 prétend être de garde alors qu'il en a « *juste ras-le-bol* » (M3), il déclare pour autant :

« *Oui, redonner rendez-vous. Mais là pour moi c'est pas un mensonge tu vois, c'est plus une question d'organisation* » (M3).

M5 rapporte avoir vu une patiente en consultation qui avait peur d'être enceinte suite à un rapport extra-conjugal, alors que son mari souffrait d'infertilité :

« *En même temps c'est pas du mensonge c'est du secret professionnel* » (M5).

Or si le secret médical justifie son silence lorsqu'il revoit le mari trompé - puisqu'il n'est pas médicalement concerné -, il n'en est pas moins un mensonge par omission vis-à-vis du conjoint trompé, qui, en dehors du cadre médical pourrait attendre la vérité.

Lorsque l'on demande à M5 si une situation de mensonge dans le cadre d'une maladie grave ne lui revient pas en tête, il déclare dans la même phrase :

« *Non. Vraiment menti non. C'est de la rétention d'information, "vous avez reçu le compte-rendu ? – Non" Alors qu'en fait je l'ai reçu le matin, je l'ai regardé et "oh là là..."* » (M5).

c) Le mensonge généralisé

Certains médecins de notre échantillon émettent l'idée que certains de leurs mensonges sont pratiqués par beaucoup de leurs confrères (M3, M5 et M6).

« *On l'a tous fait ça je pense* » (M3).

« *Oui, alors moi je mens, comme tout le monde, enfin je sais pas (...) enfin j'imagine que c'est comme pour tout le monde* » (M5).

« *On le fait tous, enfin je sais pas, tout le monde fait ça* » (M5), à propos des chiffres tensionnels.

« *Ça c'est un grand classique...* » (M5), à propos du respect du secret médical dans les cas d'infections sexuellement transmissibles au sein d'un couple de patients.

4. Impressions de fréquence et d'évolution des pratiques au cours du temps

a) Des mensonges perçus comme plus ou moins fréquents

- Tous les médecins de notre échantillon à l'exception de M2 évoquent des mensonges commis de manière plutôt fréquente.

« *Oui, oui, oui oui. Bah oui quand même assez fréquemment ça arrive* » (M1).

« *Ah oui oui oui, tout le temps (rire). Ouais ouais, pas tous les jours mais presque* » (M3).

« *Ouais donc ça ça m'arrive souvent* » (M3).

« *Bon ça c'est des trucs de tous les jours* » (M4).

« *J'ai un mensonge récurrent* » (M5).

« *Bah... oui tout le temps. Enfin tout le temps, régulièrement* » (M6).

« *La plus fréquente de toute* » (M7).

« *Situation qui est très banale* » (M7).

- À l'inverse, M1, M5, M6 et M7 révèlent avoir l'impression d'utiliser peu fréquemment le mensonge dans certaines situations, voire le mensonge d'une manière générale.

« *Oui, oui ça m'arrive, alors pas souvent mais ça m'arrive* » (M1).

« *C'est pas systématique heureusement (...) c'est pas systématique, loin de là, en général je, j'essaye de prendre mes responsabilités* » (M5).

« *Donc, bon enfin c'est quand même assez rare* » (M5).

« *Mais vraiment, franchement c'est rare. Ouais, ça a dû m'arriver depuis le temps mais, c'est pas le genre* » (M5).

« *Moi je pense que le truc où je mens, enfin un des seuls trucs où j'ai l'impression de mentir* » (M6).

« *Je mens assez peu je crois...* » (M5).

Lorsque l'on demande aux médecins au terme de l'entretien, s'ils ont l'impression de mentir plus souvent qu'ils ne l'auraient imaginé avant l'entrevue, M2, M6 et M7 répondent que non.

b) Evolution de la pratique au cours du temps

- M4 et M7 estiment avoir connu en début de carrière la fin de la période dite de « paternalisme », où le mensonge était plus couramment employé. Ils évoquent dans leur pratique une tendance générale de diminution du mensonge au fil du temps, au profit d'une meilleure information.

« *L'obligation que j'ai de justifier mes décisions, tout le temps. Y a 30 consultations, y en a pas une où on va pas me demander de justifier ce que je peux faire. Je commence à avoir de la bouteille, (...) euh, c'était pas autant avant. (...) La participation, l'éclairage du patient, la décision partagée tout ça, ça complique un petit peu les choses* » (M4).

« *Les effets secondaires on a, en fait, je pense que c'est plus une culture médicale actuelle (...) qui a été pendant très longtemps de ne pas trop discuter des effets secondaires à l'avance avec les patients, euh, je pense qu'il y a un vrai progrès qui a été fait parce que maintenant je me force à exposer les effets secondaires les plus fréquents* » (M4).

« *I : Vous avez plutôt l'impression d'informer plus ?*

- *D'avoir amélioré l'information au patient oui* » (M4).

« *Ce qui est certain c'est que les médecins doivent être de moins en moins paternalistes avec leurs patients, donc doivent être de moins en moins péremptaires, donc doivent de plus en plus expliquer ce qu'ils font, donc la place du mensonge se réduit.*

- *I : Et dans votre pratique vous le ressentez ou pas vraiment ?*

- *Oui, je pense que ça allonge certaines consultations* » (M4).

« On est sûr du diagnostic, c'est un diagnostic qui est mauvais. Là, l'époque où on cachait les... moi j'ai connu encore la fin de l'époque où on cachait les diagnostics. Maintenant on le fait plus (...). C'est aussi une époque où y avait pas internet, et où de toute façon "le docteur a dit que" c'était comme ça » (M7).

- D'une manière générale, M3 et M5 évoquent une possible augmentation de leur tendance à mentir avec le temps.

« Maintenant en vieillissant du coup j'ai l'impression d'avoir plus d'aplomb, parfois en utilisant du coup le mensonge avec un aplomb incroyable (rire) » (M3).

« Euh, non j'ai tendance à penser qu'en vieillissant tu mens plus, avec l'expérience tu mens plus, je pense. Mais en fait c'est pas les mêmes mensonges. Je trouve qu'en vieillissant c'est plus des mensonges positifs pour les patients, alors que quand t'es jeune c'est des mensonges de protection, pour te protéger toi de ton inexpérience » (M3).

« Oh je pense qu'on ment plus facilement ouais. Parce que forcément plus t'es vieux (...) et plus tu connais les gens depuis longtemps, plus ils vont te connaître, plus ils vont te croire facilement, plus tu vas pouvoir mentir facilement. (...) C'est un espèce d'argument d'autorité » (M5).

- À l'inverse, M1, M2, M4, M6 et M7 rapportent une impression de diminution de leur pratique du mensonge avec le temps.

Mentir pour éviter un conflit, M1 rapporte :

« Ça m'arrivait quand j'étais plus jeune » (M1).

Prescrire des médicaments inutiles pour faire plaisir, M2 explique :

« Les ordonnances elles ont quand même bien rétréci, quelque fois y a rien. (...) »

- I : Et qu'est-ce qui a pu faire évoluer ça ?

- Euh, l'expérience, que ça sert à rien. Les gens ils disent qu'ils l'ont pas pris » (M2).

Mentir pour couvrir un confrère, M4 dit :

« Je crois que ça va m'arriver de moins en moins (...) pour des raisons médico-légales » (M4).

Mentir pour masquer une ignorance, M7 déclare :

« *C'est le genre de truc qui me gêne plus du tout maintenant* » (M7).

« *Au début j'osai pas trop faire revenir les gens. J'osai pas leur dire "bon bah revenez dans trois jours et repayez 25 euros", maintenant si je pense qu'il faut les revoir, je leur dis* » (M6).

A propos du premier cas clinique⁴⁵ que nous allons aborder, où les médecins s'interrogent sur la pertinence de révéler à une femme très âgée qu'elle est probablement atteinte d'un cancer du sein :

« - *I : Peut-être qu'il y a trente ans vous auriez plus facilement caché la vérité ?*

- *Ah oui complètement, oui.*

- *I : Vous auriez dit "non non c'est rien" ?*

- *Ah oui "non non c'est rien", oui c'est sûr* » (M7).

Enfin, M7 déclare ne plus mentir pour les questions d'organisation de planning :

« *"Ah bah non ça ça peut attendre demain parce que moi ce soir je vais à l'opéra avec ma femme donc si je suis pas à la maison à 19h ça va pas le faire" (...). Ils se marrent ils comprennent en fait !* » (M7).

⁴⁵ Cf. chapitre III. F. 1.

F. DEUX CAS CLINIQUES

1. Cancer du sein chez une femme de 93 ans

Afin de comparer la pratique des médecins face à une même situation, l'interrogateur expose le cas clinique suivant à chaque médecin:

Vous voyez en consultation votre charmante patiente de 93 ans que vous suivez depuis plus de 20 ans. Elle n'a aucun trouble cognitif, son autonomie est simplement limitée par une acuité visuelle très faible et une dyspnée d'effort. En revanche elle présente une fraction d'éjection à 25% sur un RA non opérable. Elle a d'ailleurs récemment fait un épisode d'OAP pour lequel vous aviez été très inquiet mais a finalement pu rentrer à domicile.

Dans le cadre d'une suspicion d'embolie pulmonaire aux urgences il y a quelques jours, le scanner a révélé de manière fortuite un probable cancer du sein.

L'urgentiste lui a conseillé de venir vous voir. Elle revient des urgences avec son scanner, on lui a "juste dit" qu'il n'y avait pas d'embolie. Inquiète, elle vous demande s'il n'y a rien d'autre sur son scanner.

Sachant qu'il n'y a pas de prise en charge curative possible vu son état général, lui révélez-vous oui ou non qu'elle a probablement un cancer du sein ?

- 3 médecins répondent qu'ils diraient la vérité à la patiente (M2, M4 et M5).
- 1 médecin répond qu'il lui cacherait (M1).
« *Non non je lui dirais pas.... Non (...) Y a aucune hésitation* » (M1).
- 3 médecins révéleraient la vérité de manière partielle, en minimisant le diagnostic (M3, M6 et M7). M7 précise avec certitude qu'il y a trente ans, il n'aurait pas révélé le diagnostic.

2. L'examen clinique sans visée diagnostique

Afin de savoir si les médecins interrogés ont tous le même jugement de ce qui pourrait ou non constituer un mensonge dans la pratique médicale, l'interrogateur énonce le cas clinique suivant :

Vous recevez un homme de 52 ans en consultation. C'est un patient que vous connaissez très bien et qui vient vous voir car il vient de perdre brutalement un ami proche. Il est dévasté, ne dort plus depuis deux jours, et se sent incapable de reprendre le travail le lendemain. Il est sous le choc et n'est vraiment pas bavard malgré vos relances.

Il est suivi pour une HTA débutante sous Amlor[®], vous aviez fait son renouvellement il y a 8 jours.

A la fin de la consultation, vous lui prescrivez un anxiolytique et un arrêt de travail.

Dans une telle situation, certains médecins auraient fait un bref examen clinique (auscultation cardiaque, tension), d'autres non.

- Etes-vous d'accord pour dire que l'examen clinique, s'il a été pratiqué, n'a aucune chance de modifier ni le diagnostic ni l'ordonnance envisagée ?
- Trouvez-vous qu'un examen clinique réalisé dans cette situation, pourrait être qualifié de mensonger ?

A la première question posée, l'ensemble de notre échantillon répond « oui » sans aucune hésitation.

Pour ce qui est de savoir si cela peut être qualifié de mensonger :

- 3 des médecins considèrent que l'on peut parler de mensonge (M1, M3 et M7) :
« Si tu te borges à l'examiner sans rien dire oui, c'est mensonger. Là c'est un acte euh, qui sert à rien. Oui ça oui, parce que si mon interne fait ça je lui dis c'était pas la peine de le faire » (M1).

« Oui oui bah c'est clair. C'est clair » (M3).

Malgré sa réponse immédiate à la première question, M7 explique par la suite qu'il aurait examiné le patient dans un cas comme celui-là, d'autant qu'il a déjà découvert de manière fortuite un flutter auriculaire lors d'une consultation similaire :

« *Moi je réexamine systématiquement, là je me pose pas de question et euh, sans jamais considérer que c'est un truc qui est superflu et histoire de clore la consultation quoi* » (M7). Il recherche quelque chose à l'examen, donc celui-ci n'est pas mensonger. Par contre, à propos des médecins qui feraient l'examen par rituel sans rien rechercher :

« *Est-ce que ça pourrait être mensonger, ouais (...) effectivement ça pourrait être mensonger et quelque fois une technique facile pour amener un terme à la consultation (...) "on va déjà prendre votre tension" oui ça, dans ce sens-là, il doit y avoir un aspect mensonger* » (M7).

- 3 des médecins jugent qu'on ne peut pas parler de mensonge, dès lors qu'il y a un intérêt pour le malade, même indirect et que le patient ignore (M2, M4 et M5). Dans sa pratique dans un cas comme celui-ci, M2 considère que l'examen participe à la prise en charge parce qu'il donne un rythme à la consultation et parfois par l'apaisement que procure le toucher. Pour lui, le terme « mensonge » n'a pas sa place dans une telle situation.

« *En fait, ça dépend pourquoi on le fait. Si on le fait, juste pour soi, comme ça, pour paraître un médecin sérieux, euh bah oui c'est mensonger. Si on le fait parce que le patient a des symptômes par rapport à son stress mais qu'il est inquiet de ces symptômes (...) c'est pas forcément mensonger* » (M4).

« *Inutile techniquement, mais est-ce que c'est inutile sur le plan relationnel et cetera. (...) c'est un rite, et à la limite le rite ça fait partie des choses qui apaisent les gens. (...) je vais l'allonger, et mettre un coup de tensiomètre même si je m'intéresse peu au résultat, euh... mais j'aurai pas l'impression de lui mentir. (...) non c'est pas un mensonge, franchement non* » (M5).

- Enfin, M6 estime que prendre la tension est inutile dans le cas clinique, mais ne le considère pas comme un mensonge d'une part si le médecin n'en a pas conscience, et d'autre part parce que les patients ne pourraient pas forcément le comprendre. Il

estime pour sa part ne pas mentir quand il se trouve dans une telle situation, puisqu'il ne s'était jamais posé la question auparavant.

« Je vois pas en quoi c'est mensonger. Pourquoi ? (...) »

- I : (...) Il s' imagine peut-être pas que tu le mets là euh, comme ça.

- Alors là je me suis jamais posé la question ! (...) je me dis pas "je lui prends la tension mais ça va rien faire". (...) Mais oui en pratique c'est quand même ça. Mais je me suis jamais posé la question que lui prendre la tension c'était lui mentir. (...) La preuve je me suis jamais posé la question. Je suis pas sûr que les patients ils pourraient vraiment comprendre ça.

- C'est-à-dire ?

- Bah je sais pas s'ils pourraient comprendre que ça n'a aucun intérêt à un instant T de les examiner alors que pour le renouvellement ça a vraiment un intérêt » (M6).

IV. DISCUSSION

A. LA METHODOLOGIE

1. Enquête qualitative

Il s'agissait, à notre connaissance, d'un premier travail réalisé en France sur ce sujet. Le but de notre étude était de recueillir des données subjectives quant à la pratique des médecins généralistes. La recherche qualitative est particulièrement adaptée à cet objectif.

La question était complexe, elle nécessitait un effort de mémoire et de réflexion ainsi qu'un investissement émotionnel de la part des médecins interrogés. Le recueil des données sous forme d'entretiens a permis une requête beaucoup plus approfondie de leur pratique, expériences et ressentis que ne l'aurait permis un questionnaire écrit.

Le codage des données à l'aide du logiciel NVIVO® a permis d'organiser et d'analyser les données qualitatives avec rigueur.

L'analyse et le codage des données ayant été réalisés au fur et à mesure de la collecte, cela a permis d'adapter le guide d'entretien en cours d'étude et d'orienter chacun d'entre eux vers les items moins explorés ou les hypothèses ayant émergé en cours d'étude.

2. Les entretiens

Un recueil par entretiens individuels a semblé plus adapté que par entretiens en groupe, afin de limiter l'interaction et l'influence des autres participants. La thématique du mensonge aurait pu occasionner un biais de validité interne majeur à cause de la peur du jugement d'autrui.

L'ensemble des entretiens a été réalisé par la même personne pour éviter un biais de recueil des données. L'enquêteur étant lui-même médecin généraliste, cela a pu améliorer la compréhension réciproque entre enquêteur et personne interrogée, grâce aux connaissances théoriques et à l'expérience pratique de l'enquêteur.

Les entretiens ont été effectués selon les disponibilités des médecins interrogés, qui ont pu choisir l'horaire et le lieu de l'entrevue ; deux entretiens ont été réalisés au domicile des médecins. Ceci avait pour but de favoriser un recueil dans des conditions détendues.

Il avait été demandé aux médecins de prévoir un temps long pour l'entretien, afin de ne pas devoir interrompre un recueil inachevé par manque de temps.

Une période de préparation sous forme de réflexion prospective et rétrospective a été laissée aux médecins interrogés afin de ne pas voir émerger un nombre important d'éléments de réponses à leur esprit qu'une fois les entretiens terminés.

La méthodologie qualitative nécessite des questions ouvertes. Cela a permis d'orienter les participants sur les thèmes que nous voulions aborder tout en les laissant s'exprimer librement. Ils ont ensuite été orientés sur différentes idées afin d'approfondir certains items pour enrichir les données.

Une triangulation a été réalisée par l'insertion de deux cas cliniques, afin de donner de la validité interne à notre étude.

3. L'échantillon

En méthodologie qualitative, l'échantillon n'est pas représentatif de la population étudiée. Les praticiens ont été sélectionnés pour obtenir un échantillon hétérogène, afin de faire ressortir des divergences.

L'ensemble des médecins contactés a accepté de participer à l'étude, aucun refus n'a été noté.

Parmi les médecins interrogés, certains connaissaient personnellement l'enquêteur. Cela a été fait dans l'objectif d'explorer davantage avec eux l'aspect émotionnel et les difficultés rencontrées dans la pratique du mensonge. L'hypothèse était que ces médecins auraient plus de facilité à se confier sur leur vécu et leurs opinions dans un climat de confiance.

B. LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE

1. Biais internes

Les biais internes correspondent aux facteurs pouvant altérer l'objectivité de nos résultats, c'est-à-dire, qui peuvent éloigner les données recueillies de la réalité.

a) Biais de mémoire

Le recueil des données nécessitait un effort de mémoire de la part des médecins. Il est fort probable qu'ils aient oublié des événements qui auraient pu être intéressants pour notre étude, ou qu'ils se soient rappelé de situations vécues une fois l'entretien terminé.

Concernant la phase d'observation prospective demandée avant l'entretien, un seul des médecins est venu à l'entretien avec des notes écrites.

b) Freins à la confiance

Au cours d'une étude qualitative par entretiens individuels, l'enquêteur ne peut pas vérifier que les personnes interrogées pensent ce qu'elles disent, et ont fait ce qu'elles racontent.

▪ Biais de prévarication

Ce biais correspond à ce que les participants ont pu omettre volontairement de raconter, ou à des faits ou pratiques qu'ils ont pu exagérer ou diminuer. Dans notre recueil par entretien qui n'est pas basé sur une observation externe mais qui repose uniquement sur les propos des personnes interrogées, il était impossible de recueillir des mensonges ou des motifs de mensonges inavoués par notre échantillon.

Ce phénomène peut s'expliquer par une désirabilité sociale et une peur du jugement.

▪ Biais affectif

Les émotions des participants lors des situations passées ou lors du recueil – pudeur, lien avec leur histoire personnelle, phénomène de transfert vis-à-vis du patient – ont pu déformer leur jugement. Cette part affective a pu modifier leurs souvenirs ou en modifier leur analyse. Cela a aussi pu participer à un biais de prévarication.

- Pression sociale

Employer ouvertement le mot « mensonge » dans notre étude était un choix, mais c'est un mot qui peut être perçu, comme le mensonge en général, très négativement. Il n'est pas impossible que cela ait pu positionner dès le départ certains médecins dans une situation d'opposition, et que leur éducation ou la peur du jugement aient pu altérer leur témoignage. Le témoignage d'un médecin qui ne peut pas, à titre personnel et en débutant l'entretien, envisager le mensonge comme une action altruiste et positive, peut ne pas être aussi proche de la réalité que celui d'un médecin qui n'est pas gêné par cette perspective.

- L'enquêteur

Certains médecins interrogés étaient connus de l'enquêteur. Cet atout a pu également occasionner l'omission de certaines situations, plus difficiles à assumer que face à un inconnu.

De la même façon, l'enquêteur était de la même profession que les enquêtés. Ceci a pu faciliter le dialogue et la connivence, mais a aussi pu provoquer une réticence à se confier. De plus, cela pouvait placer l'enquêteur en situation d'expert, ce qui pouvait altérer les témoignages.

Comme dans toute étude qualitative par entretiens, les influences directes liées à l'enquêteur comme son apparence, son ton de voix, son attitude, ses réactions aux réponses ou ses commentaires effectués hors du contexte de l'entretien ont pu influencer les discours.

- Lieu de l'étude

Certains médecins ont choisi leur cabinet pour réaliser l'entretien, cela a pu biaiser la confiance, en plaçant physiquement l'enquêteur à la place du patient.

2. Biais externes

Les biais externes correspondent aux obstacles à la généralisation de nos résultats à l'ensemble de la population.

a) Subjectivité de l'enquêteur

Les données qualitatives sont difficiles à interpréter et subjectives. L'analyse des données a été effectuée par un seul et même enquêteur, ce qui a pu engendrer des biais d'interprétation.

b) Biais de volontariat

En raison du type de notre étude, les médecins étaient nécessairement d'accord pour y participer. Il est possible que des médecins qui auraient refusé d'y participer aient eu, en théorie, des pratiques et des discours différents.

c) Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été définie à épuisement des données. Ce paramètre est d'une part subjectif. Il est impossible d'admettre qu'aucune nouvelle donnée n'aurait pu apparaître lors d'entretiens ultérieurs, tant notre domaine d'étude était vaste. D'autre part, l'épuisement des données est corrélé à la qualité du guide d'entretien et des hypothèses que nous avons formulées.

C. COMPARAISON DES RESULTATS AUX DONNEES DE LA LITTERATURE

1. Situations de mensonge

Les situations dans lesquelles nos interlocuteurs rapportent des mensonges sont très variables, ce qui confirme l'hypothèse de la présente recherche. En termes de pathologies, elles s'étendent des maladies les plus bénignes aux cancers métastatiques et pathologies chroniques les plus lourdes. Nous avons également découvert des mensonges en rapport avec les prescriptions, l'orientation du malade, l'organisation interne des praticiens ou leur opinion personnelle.

Peu de données de la littérature nous informent sur la pratique des médecins en France avec des exemples concrets, en dehors des situations de cancérologie ou autour de la problématique de la fin de vie.

2. Pourquoi mentir

Les médecins de notre échantillon mentent à la fois pour protéger le malade, et pour se protéger eux-mêmes.

4 motifs de mensonge retrouvés dans la littérature ne sont toutefois pas évoqués par les praticiens de notre étude, ou en partie seulement.

a) Le mensonge médico-légal

Comme nous l'avons vu⁴⁶, M4 introduit l'idée de l'intrusion du médico-légal dans son raisonnement alors que M2 relate que le caractère systématique de l'examen peut servir « *pour les assurances* », sans fournir plus d'explication.

Dans l'étude « Survey shows that at least some physicians are not always open » réalisée par Iezzoni *et al.* (3) auprès de 1891 médecins américains, 19,9% des interrogés déclarent, au cours des douze derniers mois, ne pas avoir complètement divulgué une erreur à un patient de peur d'être poursuivis en justice. Buckman (29) décrit le contexte médico-légal comme un obstacle psychologique à la communication de mauvaises nouvelles pour un professionnel de santé. Fainzang (30) estime quant à elle que « l'information des malades que pratiquent les professionnels et que préconisent les textes ne répond pas tant à un souci éthique ou thérapeutique qu'à un souci juridique ».

Le phénomène de judiciarisation de la médecine suggéré par ces auteurs comme motif de mensonge n'a pas été ouvertement évoqué par les médecins de notre échantillon, or il n'est pas impossible que la délivrance de l'information soit guidée par un aspect contractuel croissant de la relation médecin-malade et une crainte de sanctions judiciaires en cas de faute.

b) La maladie, reflet de la propre vulnérabilité du médecin?

Dans notre étude⁴⁷, le médecin peut mentir pour se protéger lui-même des angoisses suscitées par une vérité à laquelle il n'est pas préparé ou pour se protéger de la réaction du malade.

⁴⁶ Cf. chapitre III. C. 2. a)

⁴⁷ Cf. chapitre III. C. 2. a)

Les données de la littérature, notamment à travers les écrits de Buckman (29) et Ulrich (31), suggèrent que la vérité concernant le malade peut même engendrer une peur pour le médecin d'exprimer ses sentiments, et surtout faire écho à la peur de sa propre vulnérabilité, de sa propre mortalité ainsi que celles de ses proches. La souffrance du malade le renverrait à ses propres angoisses et émotions.

Moley-Massol (32) explique :

« Pour le thérapeute aussi la mauvaise nouvelle est une épreuve à surmonter (...). Au moment de l'annonce, le soignant affronte ses peurs. (...) Face à une maladie incurable, et potentiellement mortelle, le soignant rencontre ses propres limites, ses manques, ses angoisses, la représentation de sa propre mort. Lui aussi est vulnérable. »

Dans ce cas, nous pouvons imaginer que la maladie du patient, reflet de la propre peur du soignant, devienne elle aussi, à travers un mécanisme de défense, un motif de mensonge de protection.

Pour Delaporte (20) :

« Le fait de ne pas dire le diagnostic lorsqu'il le constate, mais d'adresser à un confrère, permet un partage à la fois des responsabilités et de la charge émotionnelle qu'une telle situation génère. »

Un mensonge est un acte volontaire, mais son motif peut être multiple et partiellement inconscient – on peut mentir pour des raisons qui nous échappent. Il est possible que ce soit pour cette raison qu'aucun médecin de notre échantillon n'ait identifié clairement la projection de sa propre vulnérabilité comme une cause de mensonge. Cela pourrait aussi s'expliquer par une pudeur des médecins et l'envie de ne pas s'étendre sur leur vie privée lors de l'entretien. Enfin, il est possible que ce facteur n'intervienne pas à part égale selon la personnalité et l'histoire de chaque praticien.

c) Une quête de « pouvoir et de puissance » ?

M1 évoque un mensonge « d'autorité »⁴⁸ pour convaincre et se justifier, M4 et M7 pour gagner du temps à ne pas discuter⁴⁹. Cependant, mentir pour jouir directement d'un pouvoir ou d'une certaine puissance est une notion qui ne ressort pas de nos entretiens.

⁴⁸ Cf. chapitre III. C. 2. d)

⁴⁹ Cf. chapitre III. C. 2. c)

Fainzang (30) évoque une « logique culturelle en vertu de quoi le médecin dispose d'un savoir et d'un pouvoir qui l'autorise à ne pas dire la vérité (...) le mensonge des médecins trouve son ancrage dans un modèle culturel de construction de la relation d'autorité ».

Du point de vue du malade, des commentaires anonymes parus sur le site internet du journal Le Parisien, à propos de l'article « Pourquoi les médecins ne nous disent pas tout » (33) paru en avril 2015, soupçonnent une quête de pouvoir des médecins :

« Le savoir est le pouvoir et les médecins maintiennent exprès les patients dans l'ignorance pour mieux les manipuler, dépouiller... »

« C'est pas les seuls malheureusement ! Le mensonge c'est pour contrôler la population ! »

« Le secret leur permet de garder la main. Ce n'est pas normal, car le patient devrait avoir le choix de sa mort. Ne pas dire la vérité, c'est garder le patient en otage. »

Il se peut que certains médecins mentent allègrement dans un sentiment de toute-puissance. Ce motif de mensonge n'étant pas louable pour l'opinion publique, il semble impossible que le type de notre étude permette de recenser ce motif de mensonge pour étayer ou non cette hypothèse.

d) Influence du niveau socio-économique

Fainzang et Iandolo suggèrent que le niveau socio-économique plutôt défavorisé du patient soit un facteur favorisant au mensonge, ce qui n'a pas fait consensus au cours de notre étude. M6 explique⁵⁰ que le niveau socio-économique peut l'influencer sans ses propos quand il y a plusieurs options thérapeutiques, afin d'orienter le malade vers ce qu'il pense être la bonne décision pour lui. En revanche, M5 et M7 considèrent que ce facteur n'a pas d'impact sur leur pratique.

L'enquête de Fainzang (30) réalisée dans des services de cancérologie et de médecine interne montre que les médecins mentent préférentiellement aux malades des milieux populaires, ayant un statut socioculturel réel ou supposé nettement inférieur aux leurs. Elle cite le cas d'un agriculteur de 95 ans, à qui un médecin a caché qu'il était atteint d'un

⁵⁰ Cf. chapitre III. C. 1. b)

cancer, car il estimait que le mot « cancer » le mettait plus en danger par risque de suicide que son cancer en lui-même.

Iandolo (19) suggère également :

« Il suffit de penser (...) au niveau culturel, à la situation socio-économique ».

« Si son niveau culturel ou son état émotionnel ne lui permet pas de comprendre ».

Il est possible que l'influence du niveau socio-économique soit médecin-dépendant, mais on ne peut exclure que cela reste un motif inavoué ou en partie inconscient de la part des médecins.

3. Comment mentir

Les médecins interrogés mentent par le biais du langage ; par la production d'informations fausses et par omission de la vérité. Ils mentent aussi dans l'action ; en réalisant des examens physiques mensongers et au travers de certaines de leurs prescriptions.

Dans notre étude, nous n'avons pas retrouvé le paralangage ni l'expression corporelle⁵¹ comme procédés de mensonge. Ceci peut s'expliquer d'une part par le fait que ces derniers soient en partie inconscients et un reflet de l'émotivité immédiate, donc difficilement analysables en autocritique. D'autre part, parce que si le paralangage et la communication non verbale participent au mensonge, ils ne sont probablement tout au plus que des moyens de renforcer un mensonge déjà entrepris, mais ne suffisent pas à constituer un mensonge à part entière.

Plusieurs médecins de l'échantillon ont en revanche l'impression d'être de mauvais menteurs, car « démasqués » par leur communication non verbale involontaire⁵².

⁵¹ Cf. chapitre I. B. 1. g)

⁵² Cf. chapitre III. E. 2. d)

4. Vécu et considérations des médecins face à leur mensonge

a) Notion de fréquence du mensonge

Les médecins de notre échantillon retracent tous des mensonges. Tous les médecins à l'exception de M2 relatent même des mensonges commis de manière fréquente⁵³.

Dans l'étude « Survey shows that at least some physicians are not always open » (3), seulement 11% des médecins interrogés rapportent avoir dit quelque chose qui n'était pas vrai à un patient (ou à un tuteur d'enfant) au cours des 12 derniers mois.

Bien que la même question n'ait pas été posée explicitement, ne serait-ce qu'en s'appuyant sur la question de la tension artérielle⁵⁴ pour laquelle l'ensemble de l'échantillon reconnaît être capable de donner un chiffre minoré de manière courante, il n'est pas impossible que le pourcentage recueilli eut été supérieur si la question avait été posée à un échantillon représentatif de la population médicale française. Cette divergence pourrait s'expliquer par des différences de pratique entre les médecins américains et français - en ce sens, des différences d'opinion entre médecins des deux pays sont exposées dans l'étude Medscape de 2015⁵⁵. Nous pouvons imaginer des divergences morales et éthiques, ainsi qu'une pression médico-judiciaire possiblement plus marquée aux Etats-Unis.

b) Les lois et recommandations confrontées à la pratique

- Concernant la délivrance d'information, plusieurs de nos interlocuteurs font part de leur difficulté à déceler ce que le patient veut réellement savoir⁵⁶.

Comme nous l'avons vu, les recommandations de la HAS de mai 2012⁵⁷ relatives au droit de toute personne d'être informée sur son état de santé, laissent la possibilité aux médecins de s'affranchir de transmettre toute la vérité si « la personne exprime la volonté de ne pas être informée ». Seulement, une partie de la difficulté pour notre échantillon semble précisément résider dans la lecture des souhaits du patient. C'est que l'on retrouve dans la littérature.

Par exemple pour Birmelé (22) :

⁵³ Cf. chapitre III. E. 4. a)

⁵⁴ Cf. chapitre III. B. 2. c)

⁵⁵ Cité par Medscape France (4)

⁵⁶ Cf. chapitre III. E. 2. c)

⁵⁷ Cf. chapitre I. B. 2. c)

« Le médecin agit dans une tension entre ce qui est prescrit par la loi, mais aussi un certain nombre d'autres contraintes, par exemple les recommandations scientifiques, et ce qu'exprime le patient. De plus, le médecin se détermine en fonction de ce qu'il pense être adéquat pour le patient, dans une rencontre toujours singulière, sachant que ses décisions peuvent n'être conformes ni à la loi ni aux recommandations ».

- Une autre difficulté à appliquer les recommandations et textes de lois semble être d'ordre éthique.

Tous les médecins de notre échantillon à l'exception de M2 font part de mensonges commis pour protéger le malade, lorsqu'ils jugeaient la révélation de la vérité inutile, voire cruelle.⁵⁸

En s'appuyant sur la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, la HAS (27) stipule la nécessité de réitérer l'information au malade « chaque fois que cela est nécessaire », et de l'actualiser régulièrement. Or dans toutes les situations où le patient n'exprimerait pas clairement la volonté d'être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, la notion de situation où « cela est nécessaire » semble rester floue. Réitérer régulièrement la réalité sur son état à un malade mourant pourrait sembler cruel.

Nous retrouvons dans la littérature l'énoncé des mêmes difficultés à appliquer éthiquement ces recommandations.

Pour Iandolo (19):

« Une attitude univoque qui consisterait à dire toute la vérité à tous les malades, ou à la dissimuler à tous les malades, est absolument inacceptable. »

Pour Birmelé (22):

« Même si la loi n'est pas limitative et que le médecin a la liberté d'aller bien au-delà dans la relation avec le malade, un risque existe que cette relation ne se limite plus qu'à ce qui est prescrit par la loi. »

« Qu'il faille donner une information exacte semble évident, mais la question de dire toute la vérité se pose. Donner une information exacte signifie seulement donner une information juste, mais elle n'a pas besoin d'être complète. »

⁵⁸ Cf. chapitre III. C. 1. d)

Pour Moley-Massol (32):

« Imposer un savoir peut être d'une violence tout aussi grande que celle du silence, quand la parole est non attendue ou inadaptée. Asséner une vérité non souhaitée réaliser une forme de crime, une négation de la réalité du sujet, de sa reconnaissance. »

- Enfin, une autre difficulté relevée dans notre étude pouvant occasionner des mensonges est le manque de temps⁵⁹.

L'article L. 1111-2. de la loi du 4 mars 2002 sur le droit du malade à l'information précise:

« Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. »

Pour la HAS, « la délivrance de l'information requiert du tact, du temps et de la disponibilité ».

Cela semble se confronter aux difficultés pratiques des médecins généralistes. L'étude de Truchot (34) sur l'état de santé des médecins généralistes français libéraux réalisée en 2017, dans laquelle une consultation médicale dure en moyenne 18 minutes, évoque notamment l'impact du sentiment de ne pas consacrer assez de temps à ses patients sur l'épuisement émotionnel des médecins.

En pratique, il est possible que ce manque de temps dont souffrent les médecins soit en inadéquation avec les recommandations théoriques, et qu'il s'avère plutôt à l'origine de mensonges par omission, sans pour autant que ceux-ci soient bien vécus par les médecins concernés.

⁵⁹ Cf. chapitre III. C. 2. c)

5. Des pratiques, des opinions

- À l'énoncé du premier cas clinique, les médecins ne prennent pas tous la même décision, entre dire la vérité, la cacher ou la minimiser à la patiente.

Dans la littérature, on retrouve également des points de vue différents quant à la conduite à tenir générale dans ce type de situations. Par exemple, dans le sondage Medscape de 2015⁶⁰ à propos de l'éthique médicale, à 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 ? », 34% répondent « non, je suis toujours honnête au sujet des diagnostics », quand 66% répondent oui.

Cela montre qu'il n'y a pas d'attitude unique de la part du corps médical et que les pratiques peuvent diverger d'un médecin à un autre.

- Dans notre deuxième cas clinique, certains médecins qualifient de mensonger l'examen clinique sans visée diagnostique, d'autres ne le jugent pas mensonger puisqu'il présente un intérêt indirect pour le malade, et l'un d'entre eux ne le juge pas mensonger s'il est fait de manière automatique et inconsciente.

Cette divergence de jugement nous ramène à la subjectivité de notre sujet. A propos de ce qui peut ou non être défini comme un mensonge, les avis peuvent également diverger et être source de débat. Aucun point de vue n'est présenté comme supérieur à un autre dans notre travail, qui repose sur un recueil subjectif de données.

⁶⁰ Cité par Medscape France (4)

D. CONNAISSANCES ET FORMATION

Notre étude a permis de mieux connaître la pratique des médecins concernant le mensonge au malade. Prendre conscience de son existence pourrait être un premier pas vers davantage de discussion et de débat sur ce sujet, afin d’aboutir à une pratique la plus éthique et la plus réfléchie possible.

Des mensonges sont réalisés – aux yeux des médecins – dans l’intérêt du patient, justifiés et assumés. Identifier plus en conscience, d’un côté les mensonges purement altruistes qui pourraient s’inscrire dans une pratique assumée voire enseignée aux étudiants en médecine, et de l’autre côté tous les mensonges non bénéfiques pour le malade qu’il conviendrait d’éviter, pourrait représenter un idéal vers lequel tendre.

E. LES PROSPECTIVES DE RECHERCHE

Les médecins interrogés ont parfois l'impression de mentir dans l'intérêt de leur patient. Afin d'améliorer les pratiques, il serait à présent intéressant de confronter nos résultats au point de vue des malades et à leurs attentes, notamment en explorant les mensonges qu'ils pourraient juger acceptables voire salutaires.

Par ailleurs, il pourrait être enrichissant de comparer, au travers d'études quantitatives désormais, les facteurs faisant varier les pratiques, notamment sur le plan démographique (âge, sexe, expérience, lieu et type d'exercice etc.). Il pourrait également être intéressant de comparer les pratiques entre tous les médecins français, quelque soit leur spécialité. Enfin, comme le suggèrent les analyses de l'étude Medscape⁶¹, il est possible que les pratiques divergent à travers le monde dans ce domaine, ce qui pourrait également constituer une nouvelle piste de recherche.

⁶¹ Cité par Medscape France (4)

V. CONCLUSION

Notre étude montre que les mensonges commis par les médecins généralistes sont divers et ne se limitent pas aux situations de fin de vie et de pronostics péjoratifs. Ils ne concernent d'ailleurs pas que les diagnostics ou pronostics, mais peuvent toucher les prescriptions des médecins ou leur pratique de l'examen clinique. Des éléments qui ne concernent pas l'état de santé du malade comme la gestion du planning peuvent aussi être concernés.

Les médecins peuvent mentir dans l'intérêt présumé du patient, afin notamment de le préserver ou d'améliorer sa prise en charge. Ils mentent également pour se protéger eux-mêmes de la vérité, pour gagner du temps ou de la tranquillité, parfois pour préserver leur image. Les motifs peuvent être multiples et intriqués.

Certains mensonges sont bien assumés et pratiqués sans regret, d'autres sont vécus plus difficilement, avec notamment l'expression d'une difficulté pour les médecins d'anticiper ce que le patient souhaite connaître de la vérité.

Afin de toujours faire de l'amélioration de l'état de santé du patient la priorité, il serait intéressant de confronter nos résultats à l'attente des patients pour que chacun converge vers l'adéquation du mensonge acceptable. Comme le suggèrent M4 et M7⁶², tout en gardant en mémoire que la théorie en l'absence de pathologie peut s'avérer bien loin de la réalité quand la maladie vient frapper un patient.

⁶² Cf. chapitre III. E. 2. c)

BIBLIOGRAPHIE

1. Merle-Béral A-M, Bernard-Douchez M-H. Docteur, ne me dites pas tout: le malade, ses médecins et la vérité. Paris, France: Ed. A. Carrière, impr. 2014; 2014. 231 p.
2. DePaulo BM, Kashy DA, Kirkendol SE, Wyer MM, Epstein JA. Lying in everyday life. *J Pers Soc Psychol.* mai 1996;70(5):979-95.
3. Iezzoni LI, Rao SR, DesRoches CM, Vogeli C, Campbell EG. Survey Shows That At Least Some Physicians Are Not Always Open Or Honest With Patients. *Health Aff (Millwood).* 2 janv 2012;31(2):383-91.
4. Richeux V, Duquéroy V, Kane L. Sondage : les médecins français et l'éthique médicale | Medscape France [Internet]. 2015 avr [cité 24 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.medscape.fr/public/ethique>
5. Dictionnaire français - Dictionnaires Larousse français monolingue et bilingues en ligne [Internet]. [cité 21 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>
6. Roure L, Djian A, Culioli M. Mensonge et simulation: aspects psychiatriques et criminologiques de la sincérité. Paris, France; 1996. xxi+152.
7. Durandin G. L'information, la désinformation et la réalité. Paris, France: Presses universitaires de France; 1993. 296 p.
8. Augustin. Le mensonge. Salamito J-M, éditeur. Paris, France: L'Herne; 2011. 97 p.
9. Kahn J-F. Esquisse d'une philosophie du mensonge. Librairie générale française, 1990, France; 1990. 476 p.
10. Kant I, Constant B, Morana C. Le droit de mentir. Paris, France: Mille et Une Nuits; 2003. 94 p.
11. Koyré A. Réflexions sur le mensonge. Paris, France: Ed. Allia; 2004. 51 p.
12. Durandin G. Les Fondements du mensonge. Paris, France: Flammarion; 1972. 451 p.
13. Gorin C. Le mensonge en clinique: réflexions psychopathologiques et thérapeutiques [Thèse d'exercice]. [2012-, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de Médecine; 2012.
14. Neveu P. Mentir, pour mieux vivre ensemble ? Paris, France: l' Archipel; 2012. 208 p.
15. Rabaté J-M. Tout dire ou ne rien dire: logiques du mensonge. Paris, France: Stock; 2005. 316 p.
16. Biland C. Psychologie du menteur. Paris, France: O. Jacob; 2004. 254 p.

17. Ennis E, Vrij A, Chance C. Individual differences and lying in everyday life. *J Soc Pers Relatsh.* 2 janv 2008;25(1):105-18.
18. Seguin O. Vérité et information au patient en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]; 2000.
19. Iandolo C. Guide pratique de la communication avec le patient : Technique, art et erreur de la communication. Paris: Elsevier Masson; 2007.
20. Delaporte C. Dire la vérité au malade. Paris, France: Editions Odile Jacob; 2001. 212 p.
21. Article 35 - Information du patient | Code de déontologie médicale | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-35-information-du-malade-259>
22. Birmelé B. La rencontre singulière médecin-malade: l'expérience de la maladie chronique. Paris, France: Seli Arslan; 2011. 186 p.
23. ROSP Médecins traitants [Internet]. [cité 5 déc 2016]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/convention-medicale-2011-dispositifs-transitoires/remuneration-sur-objectifs-de-sante-publique/rosp-medecins-traitants/les-indicateurs-d-organisation-du-cabinet_rouen-elbeuf-dieppe-seine-maritime.php
24. Décret no 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale. 95-1000 sept 6, 1995.
25. CodeDeontologie1947-1995.pdf [Internet]. [cité 22 févr 2017]. Disponible sur: <http://descobayesetdeshommes.fr/Docs/CodeDeontologie1947-1995.pdf>
26. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
27. Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2012 [cité 11 mars 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1261551/delivrance-de-l-information-a-la-personne-sur-son-etat-de-sante
28. Baumann F, Pierson M. Les cas de conscience de votre médecin. Paris, France: Éditions Josette Lyon; 2005. 175 p.
29. Buckman R, Kason Y. S'asseoir pour parler: l'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades. Paris, France: Masson; 2001. x+211.
30. Fainzang S. La relation médecins-malades: information et mensonge. Paris, France: Presses universitaires de France, impr. 2006; 2006. 159 p.
31. Ulrich B, Bouché O. Les annonces en cancérologie: le médecin face au malade. Paris, France; 2011. xxiv+333.

32. Moley-Massol I. L'annonce de la maladie: une parole qui engage. Puteaux, France: DaTeBe éditions; 2004. 243 p.
33. Pourquoi les médecins ne nous disent pas tout [Internet]. leparisien.fr. 2015 [cité 24 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.leparisien.fr/laparisienne/sante/pourquoi-les-medecins-ne-nous-disent-pas-tout-18-04-2015-4704471.php>
34. Impact des agents stressés sur la santé des soignants [Internet]. 2017 [cité 30 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.asso-sps.fr/assets/communique-presse-1217-enquete-truchot.pdf>

ANNEXES

Annexe 1 : Premier guide d'entretien (entretiens n°1 à 4)

Je réalise ma thèse de médecine générale. Elle concerne le mensonge du médecin généraliste à son patient.

Pour débiter, il faut que je vous donne quelques précisions :

- La définition du mensonge : en 395, Saint Augustin disait « *Mentir, c'est avoir une pensée dans l'esprit, et, par paroles ou tout autre moyen d'expression, en énoncer une autre* ». Mentir, c'est déguiser ou dissimuler la vérité à un interlocuteur. C'est une action qui est toujours intentionnelle. On ne parlera pas de mensonge lorsque vous n'avez pas connaissance de la vérité.
- Il existe deux types de mensonge :
 - o la production d'une information fausse
 - o mais aussi ce que l'on peut appeler le mensonge par omission, qui s'exprime dans le non-dit (taire une vérité).

Dans ce travail, j'ai choisi de considérer que le mensonge par omission constituait un mensonge à part entière, dès lors que l'interlocuteur était concerné par la vérité. L'idée est de considérer pour simplifier, que le silence peut constituer un mensonge dès qu'il y a une intentionnalité de masquer une vérité en mesure d'être attendue par le malade.

Cette position sur le mensonge par omission est parfois discutée, mais je vous demande aujourd'hui de me rejoindre sur ce point. L'essentiel étant à mon sens que l'on parle tous de la même chose.

- Donc nous ne parlons que du mensonge du médecin à son malade, donc ni le mensonge du malade, ni le mensonge à toute autre personne que le malade (famille, confrère, assurance etc.).
- Mon objectif est de savoir dans quelles circonstances le médecin peut être amené à ne pas dire la vérité voire à produire un mensonge et de comprendre pourquoi.
- Le but est vraiment de découvrir et d'explorer une pratique, et d'essayer de la comprendre. A aucun moment je ne suis là pour vous juger.
- Je vous demande de me parler de vous, de votre propre opinion et de votre propre expérience personnelle, et non pas de ce « qui peut être fait » ou de l'opinion en général.

- Je vais enregistrer tout notre entretien et le retranscrire à l'écrit, afin de l'analyser. Cet écrit sera bien sûr anonyme et pourra être cité tout au long de mon étude. Il ne sera par contre pas présenté en intégralité dans mon travail.
Êtes-vous d'accord ?

(Premier thème : la fin de vie, la maladie grave)

1. Avez-vous déjà menti à un malade dans le cadre d'une maladie grave ou d'une situation de fin de vie ? Pouvez-vous m'en parler ?

Relances* :

- Motif(s), procédé, vécu personnel, opinion vis-à-vis de la situation ?
 - Avez-vous l'impression que votre place de généraliste a influencé votre attitude ?
 - L'impression que vous auriez réagi de la même façon avec n'importe quel autre malade ?
 - Avez-vous été influencé par les proches ?
2. Avez-vous d'autres exemples qui vous ont marqué ?

Même relances*

3. Avez-vous déjà eu peur de la réaction d'un malade à la révélation d'une vérité ?
4. Vous est-il arrivé de vous sentir mal après une consultation, concernant ce que vous aviez dit (ou pas dit) à un malade, au point d'y avoir pensé une fois rentré chez vous, d'avoir eu besoin d'en discuter, d'avoir le sommeil perturbé?
5. Vous est-il arrivé de mentir par confraternité ? (pour ne pas contredire un confrère).

(Deuxième thème : les « petits mensonges »)

Je vous avais demandé pendant quelques jours de porter attention à votre pratique, avant de me rencontrer.

6. Avez-vous repéré des situations où vous avez menti à un malade dans le cadre de situations beaucoup moins lourdes?

Si oui toujours les mêmes relances*

7. Pour convaincre d'adhérer à une prise en charge, vous est-il arrivé de déguiser la vérité ou de cacher certains détails à votre patient? (*Si non, exemples un par un: observance thérapeutique, examen complémentaire, adresser un patient aux urgences*).
8. Peut-il vous arriver de minimiser votre diagnostic ou des résultats d'examen à un malade ?
9. Ou à l'inverse d'exagérer un peu vos observations ?

10. Le manque de temps peut-il vous amener à modifier ou différer des explications ?
11. Certains nous ont avoué, par exemple, ne pas toujours donner le véritable chiffre tensionnel mesuré. Ce genre de situation vous est-il déjà arrivé ?
12. Vous arrive-t-il d'avouer à vos patients que parfois, vous ne savez pas ?⁶³

(Troisième thème : le non verbal, l'action)

13. Avez-vous déjà eu l'impression de « faire semblant » lors d'un examen clinique ? (*si non, exemples : en le faisant un peu traîner, en regardant des choses qui n'apportent rien à votre diagnostic*)
14. Vous arrive-t-il de prescrire des médicaments qui vous semblent médicalement inutiles ou peu efficaces ?

Si oui toujours les mêmes relances*

(Quelques cas cliniques)

Premier cas :

Vous voyez en consultation votre charmante patiente de 93 ans que vous suivez depuis plus de 20 ans. Elle n'a aucun trouble cognitif, son autonomie est simplement limitée par une acuité visuelle très faible et une dyspnée d'effort. En revanche elle présente une fraction d'éjection à 25% sur un RA non opérable. Elle a d'ailleurs récemment fait un épisode d'OAP pour lequel vous aviez été très inquiet mais a finalement pu rentrer à domicile.

Dans le cadre d'une suspicion d'embolie pulmonaire aux urgences il y a quelques jours, le scanner a révélé de manière fortuite un probable cancer du sein.

L'urgentiste lui a conseillé de venir vous voir. Elle revient des urgences avec son scanner, on lui a "juste dit" qu'il n'y avait pas d'embolie. Inquiète, elle vous demande s'il n'y a rien d'autre sur son scanner.

- Sachant qu'il n'y a pas de prise en charge curative possible vu son état général, lui révélez-vous oui ou non qu'elle a probablement un cancer du sein ?
- Pourquoi ? (*Qu'est-ce qui a et qu'est-ce qui pourrait influencer votre choix ?*)
- Quelle est votre opinion vis-à-vis de la situation ?
- Pensez-vous que votre attitude dans ce genre de situation a pu évoluer au cours de votre carrière ?

⁶³ Ajouté à partir de l'entretien n°2

- D'une manière générale, pensez-vous que l'on doit toujours dire à un malade quand sa mort approche ? Pourquoi ?⁶⁴
- Pensez-vous que ce point de vue se réfère à votre opinion en tant que médecin, ou plutôt à votre propre ressenti, peut-être vos propres attentes, en tant que personne qui pourrait être confrontée à cela ?⁶⁵

Deuxième cas :

Vous recevez un homme de 52 ans en consultation. C'est un patient que vous connaissez très bien et qui vient vous voir car il vient de perdre brutalement un ami proche. Il est dévasté, ne dort plus depuis deux jours, et se sent incapable de reprendre le travail le lendemain. Il est sous le choc et n'est vraiment pas bavard malgré vos relances.

Il est suivi pour une HTA débutante sous Amlor[®], vous aviez fait son renouvellement il y a 8 jours.

A la fin de la consultation, vous lui prescrivez un anxiolytique et un arrêt de travail.

Dans une telle situation, certains médecins auraient fait un bref examen clinique (auscultation cardiaque, tension), d'autres non.

- Etes-vous d'accord pour dire que l'examen clinique, s'il a été pratiqué, n'a aucune chance de modifier ni le diagnostic ni l'ordonnance envisagée ?
- Trouvez-vous qu'un examen clinique réalisé dans cette situation, pourrait être qualifié de « mensonger » ?
- Et le patient, pourrait-il penser que c'est une attitude mensongère ?

(La fin de l'entretien)

Je vais pour finir, vous poser quelques questions :

- Votre âge ?
- Votre sexe ?
- Votre lieu d'exercice : urbain, rural, semi-rural ?
- Votre mode d'exercice : seul ou en groupe ?
- Votre nombre d'années d'expérience ?
- Votre volume d'activité en nombre de consultations hebdomadaires ?
- La durée moyenne d'une consultation ?

⁶⁴ Ajouté à partir de l'entretien n°3

⁶⁵ Ajouté à partir de l'entretien n°3

- Vous arrive-t-il d'accueillir des externes ou des internes en stage ?
- Une activité au sein du conseil de l'Ordre ? ou d'un syndicat de médecins ?
- Une religion pratiquée ?

15. Pensez-vous que votre âge et votre sexe ait une influence sur votre attitude vis-à-vis du mensonge ? (*situations graves comme moins graves*)

16. Pensez-vous que les caractéristiques de votre exercice aient un impact ?

17. Avez-vous, au terme de cet entretien, l'impression de mentir plus souvent que vous ne le pensiez ?

Avez-vous l'impression d'avoir abordé l'ensemble de la question ? Avez-vous d'autres choses à ajouter ?

Je vous remercie beaucoup.

Annexe 2 : Deuxième guide d'entretien (entretiens n°5 à 7)

Je réalise ma thèse de médecine générale. Elle concerne le mensonge du médecin généraliste à son patient.

Pour débiter, il faut que je vous donne quelques précisions :

- La définition du mensonge : en 395, Saint Augustin disait « *Mentir, c'est avoir une pensée dans l'esprit, et, par paroles ou tout autre moyen d'expression, en énoncer une autre* ». Mentir, c'est déguiser ou dissimuler la vérité à un interlocuteur. C'est une action qui est toujours intentionnelle. On ne parlera pas de mensonge lorsque vous n'avez pas connaissance de la vérité.
- Il existe deux types de mensonge :
 - o la production d'une information fausse
 - o mais aussi ce que l'on peut appeler le mensonge par omission, qui s'exprime dans le non-dit (taire une vérité).

Dans ce travail, j'ai choisi de considérer que le mensonge par omission constituait un mensonge à part entière, dès lors que l'interlocuteur était concerné par la vérité. L'idée est de considérer pour simplifier, que le silence peut constituer un mensonge dès qu'il y a une intentionnalité de masquer une vérité en mesure d'être attendue par le malade.

Cette position sur le mensonge par omission est parfois discutée, mais je vous demande aujourd'hui de me rejoindre sur ce point. L'essentiel étant à mon sens que l'on parle tous de la même chose.

- Donc nous ne parlons que du mensonge du médecin à son malade, donc ni le mensonge du malade, ni le mensonge à toute autre personne que le malade (famille, confrère, assurance etc.).
- Mon objectif est de savoir dans quelles circonstances le médecin peut être amené à ne pas dire la vérité voire à produire un mensonge et de comprendre pourquoi.
- Le but est vraiment de découvrir et d'explorer une pratique, et d'essayer de la comprendre. A aucun moment je ne suis là pour vous juger.
- Je vous demande de me parler de vous, de votre propre opinion et de votre propre expérience personnelle, et non pas de ce « qui peut être fait » ou de l'opinion en général.
- Je vais enregistrer tout notre entretien et le retranscrire à l'écrit, afin de l'analyser. Cet écrit sera bien sûr anonyme et pourra être cité tout au long de mon étude. Il ne sera par contre pas présenté en intégralité dans mon travail.

Êtes-vous d'accord ?

(Premier thème : les « petits mensonges » - nb : si l'interrogé aborde les maladies graves en premier: commencer par le deuxième thème)

Je vous avais demandé pendant quelques jours de porter attention à votre pratique, avant de me rencontrer.

1. Avez-vous repéré des situations où vous avez menti à un malade, peut-être pour commencer des choses simples, du quotidien ?

Relances* :

- Motif(s), procédé, vécu personnel, opinion vis-à-vis de la situation ?
 - Avez-vous l'impression que votre place de généraliste a influencé votre attitude ?
 - L'impression que vous auriez réagi de la même façon avec n'importe quel autre malade ?
 - Avez-vous été influencé par les proches ?
2. Est-ce que le niveau socio-économique d'un patient peut vous influencer dans vos explications à ce malade, concernant une pathologie, une décision, une prescription, des propos en général ?
 3. Je suppose que vous suivez régulièrement des familles entières. Avez-vous déjà vécu des situations où vous avez dû prendre en charge des pathologies ou apprendre des choses, qui vous ont mises ensuite en difficulté au cours de la prise en charge ultérieure des autres membres de la famille ou du conjoint ?

Si pas de réponse : par exemple, la découverte d'une IST dans un couple.

4. Vous arrive-t-il d'avouer à vos patients que parfois, vous ne savez pas ?
5. Certains avouent regarder de temps en temps sur internet en cours de consultation pour rechercher une information, sans forcément le montrer au patient, est-ce que cela peut vous arriver ?
6. Vous arrive-t-il d'avoir besoin d'un petit peu de temps pour affiner un diagnostic, notamment d'avoir besoin de discuter d'un cas avec des confrères ou de vous renseigner pour la prochaine fois ?

Si oui : le dites-vous toujours au patient ?

7. Avez-vous l'impression que le motif multiple de consultation peut vous conduire à des situations de mensonge ?

Si pas de réponse : en minimisant quand on arrive au 4^e motif, ou en allant jusqu'à dire quelque chose de faux pour abréger la consultation ?

8. J'imagine que de temps en temps, vos patients sortent un peu du cadre de la consultation dans leur propos. Par exemple, ils vont évoquer leur mécontentement de la

politique de santé, voire vous donner carrément leur opinion personnelle sur des sujets d'actualité qui n'ont rien à voir avec la médecine. Quand, à titre personnel, vous ne partagez pas les mêmes opinions qu'eux, prenez-vous toujours le temps de leur dire, alors même qu'ils cherchent parfois un peu votre approbation ?

Si pas de réponse : par exemple si le patient se plaint d'une prise en charge aux urgences, ou exprime spontanément ses opinions politiques au lendemain d'une élection.

9. Vous est-il arrivé de prendre sur vous pour montrer de l'empathie à un patient, alors qu'intérieurement vous ne compatissiez pas du tout ou pas autant que vous ne l'avez exprimé face à lui, parce que par exemple, vous viviez à ce moment-là à titre personnel, quelque chose de beaucoup plus difficile ?

Si oui toujours les mêmes relances*

(Deuxième thème : la fin de vie, la maladie grave)

10. Avez-vous déjà menti à un malade dans le cadre d'une maladie grave ou d'une situation de fin de vie ? Pouvez-vous m'en parler ?

Mêmes relances*

11. Avez-vous d'autres exemples qui vous ont marqués ?

Même relances*

12. Est-ce qu'il vous arrive de ne pas utiliser les bons mots pour parler d'une maladie ou d'un traitement, par exemple ne pas prononcer le mot « cancer » ?

(Troisième thème : le non verbal, l'action)

13. Un des médecins interrogé avant vous m'a dit qu'il avait l'impression d'être un très mauvais menteur. Avez-vous l'impression que votre gestuelle et vos mimiques peuvent représenter un soutien dans votre discours et votre capacité de persuasion, ou à l'inverse avez-vous l'impression, comme lui, que ce « non-verbal » a tendance à vous desservir ?

(Quelques cas cliniques)

Premier cas :

Vous voyez en consultation votre charmante patiente de 93 ans que vous suivez depuis plus de 20 ans. Elle n'a aucun trouble cognitif, son autonomie est simplement limitée par une acuité visuelle très faible et une dyspnée d'effort. En revanche elle présente une

fraction d'éjection à 25% sur un RA non opérable. Elle a d'ailleurs récemment fait un épisode d'OAP pour lequel vous aviez été très inquiet mais a finalement pu rentrer à domicile.

Dans le cadre d'une suspicion d'embolie pulmonaire aux urgences il y a quelques jours, le scanner a révélé de manière fortuite un probable cancer du sein.

L'urgentiste lui a conseillé de venir vous voir. Elle revient des urgences avec son scanner, on lui a "juste dit" qu'il n'y avait pas d'embolie. Inquiète, elle vous demande s'il n'y a rien d'autre sur son scanner.

- Sachant qu'il n'y a pas de prise en charge curative possible vu son état général, lui révélez-vous oui ou non qu'elle a probablement un cancer du sein ?
- Pourquoi ? (*Qu'est-ce qui a et qu'est-ce pourrait influencer votre choix ?*)
- Quelle est votre opinion vis-à-vis de la situation ?
- Pensez-vous que votre attitude dans ce genre de situation a pu évoluer au cours de votre carrière ?
- D'une manière générale, pensez-vous que l'on doit toujours dire à un malade quand sa mort approche ? Pourquoi ?
- Pensez-vous que ce point de vue se réfère à votre opinion en tant que médecin, ou plutôt à votre propre ressenti, peut-être vos propres attentes, en tant que personne qui pourrait être confrontée à cela ?

Deuxième cas :

Vous recevez un homme de 52 ans en consultation. C'est un patient que vous connaissez très bien et qui vient vous voir car il vient de perdre brutalement un ami proche. Il est dévasté, ne dort plus depuis deux jours, et se sent incapable de reprendre le travail le lendemain. Il est sous le choc et n'est vraiment pas bavard malgré vos relances.

Il est suivi pour une HTA débutante sous Amlor[®], vous aviez fait son renouvellement il y a 8 jours.

A la fin de la consultation, vous lui prescrivez un anxiolytique et un arrêt de travail.

Dans une telle situation, certains médecins auraient fait un bref examen clinique (auscultation cardiaque, tension), d'autres non.

- Etes-vous d'accord pour dire que l'examen clinique, s'il a été pratiqué, n'a aucune chance de modifier ni le diagnostic ni l'ordonnance envisagée ?
- Trouvez-vous qu'un examen clinique réalisé dans cette situation, pourrait être qualifié de « mensonger » ?
- Et le patient, pourrait-il penser que c'est une attitude mensongère ?

(La fin de l'entretien)

Je vais pour finir, vous poser quelques questions :

- Votre âge ?
- Votre sexe ?
- Votre lieu d'exercice : urbain, rural, semi-rural ?
- Votre mode d'exercice : seul ou en groupe ?
- Votre nombre d'années d'expérience ?
- Votre volume d'activité en nombre de consultations hebdomadaires ?
- La durée moyenne d'une consultation ?
- Vous arrive-t-il d'accueillir des externes ou des internes en stage ?
- Une activité au sein du conseil de l'Ordre ? ou d'un syndicat de médecins ?
- Une religion pratiquée ?

18. Pensez-vous que votre âge et votre sexe ait une influence sur votre attitude vis-à-vis du mensonge ?

19. Pensez-vous que les caractéristiques de votre exercice aient un impact ?

20. Avez-vous, au terme de cet entretien, l'impression de mentir plus souvent que vous ne le pensiez ?

Avez-vous l'impression d'avoir abordé l'ensemble de la question ? Avez-vous d'autres choses à ajouter ?

Je vous remercie beaucoup.

RESUME

Introduction : Si mentir à propos d'un pronostic sombre était envisageable il y a un demi-siècle, il semble que le modèle de relation médecin-malade actuel ne laisse plus beaucoup de place au mensonge dans la pratique médicale. L'objectif de ce travail est de recenser dans quelles situations les médecins généralistes français ont aujourd'hui recours au mensonge auprès de leur patient, et pour quelles raisons.

Méthode : Nous avons réalisé une étude observationnelle qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 7 médecins généralistes normands de janvier à août 2017. Les données recueillies ont concerné l'ensemble des situations de mensonge identifiées par les médecins, et comprenaient leur objet, le ou les motifs identifiés et leur procédé. Le vécu et l'opinion de l'interrogé vis-à-vis de chaque mensonge rapporté était également recueilli.

Résultats : Les mensonges sont divers, ils s'étendent des maladies les plus bénignes aux cancers métastatiques et pathologies chroniques les plus lourdes. Ils peuvent concerner les diagnostics et pronostics, mais aussi les prescriptions, l'orientation du patient, l'organisation interne des praticiens et leur opinion personnelle. Les médecins mentent pour protéger le malade et améliorer sa prise en charge. Ils mentent aussi pour se protéger eux-mêmes, parfois par confort ou par égo.

Conclusion : Les médecins généralistes mentent dans des situations et pour des raisons multiples et variées. Dans les situations les plus lourdes, l'une de leurs difficultés est d'anticiper ce que le patient souhaite connaître de la vérité. Pour tendre vers le seul mensonge acceptable, il serait licite de confronter nos résultats à ce qu'attendent les malades.

Mots clés : **Mensonge, Tromperie, Médecins généralistes, Relation médecin-patient, Révélation de la vérité, Communication, Ethique.**