



Disponible en ligne sur  
**SciVerse ScienceDirect**  
[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
[www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)



## FICHE THÉMATIQUE/PEAU HUMAINE ET SOCIÉTÉ

# Mentir



## Lying

S. Consoli<sup>a</sup>, P. Assouly<sup>b</sup>, R. Malet<sup>c</sup>,  
M. Moyal-Barracco<sup>d</sup>, D. Penso-Assathiany<sup>e,\*</sup>,  
Groupe de réflexion éthique en dermatologie (GED)

<sup>a</sup> 7, rue Mouton-Duvernet, 75014 Paris, France

<sup>b</sup> 10, avenue Jean-Jaurès, 92240 Malakoff, France

<sup>c</sup> 65, boulevard de Courcelles, 75008 Paris, France

<sup>d</sup> Service de dermatologie, hôpital Tarnier-Cochin, 89, rue d'Assas, 75006 Paris, France

<sup>e</sup> 30, avenue Victor-Cresson, 92130 Issy-les-Moulineaux, France

Reçu le 19 juin 2013 ; accepté le 12 août 2013

Disponible sur Internet le 14 octobre 2013



Groupe de réflexion Éthique  
en Dermatologie

Cette année le groupe de réflexion éthique en dermatologie, le GED, a choisi de travailler sur le thème : Mentir.

Comme tous les ans nous partons de cas cliniques qui alimentent une réflexion et un débat.

Qu'est-ce que l'éthique ? En fonction de son étymologie, l'éthique connaît plusieurs définitions. Le concept d'éthique médicale consiste en une interrogation sur l'action bonne vis-à-vis du patient. Dans notre société de plus en plus normative, dans une société où les règles sont dictées par des groupes d'experts ou par les institutions, il est utile d'avoir

une interrogation critique sur les normes. Cette vision critique a pour objet final le patient, ses besoins réels dans l'absolu, quitte à transgresser les règles qui nous sont proposées, presque imposées.

Une telle attitude suppose un engagement de notre part, un engagement en tant que médecin humaniste, pas uniquement technicien d'une médecine normalisée. Cette voie n'est pas facile, ni confortable. C'est ce deuxième point que je voudrais souligner et qui est démontré par les cas cliniques qui vous seront présentés. En effet, l'engagement du médecin vis-à-vis de son patient, cette promesse de prise en charge de sa globalité nous paraissent suffisamment importants pour parfois justifier le mensonge.

Sylvie Consoli va introduire la notion de mensonge qui peut revêtir différents aspects. Elle en dessinera les principaux contours.

Car...

Qui ment ? Le médecin au patient ? Le patient au médecin ? Le médecin aux institutions ? Faut-il, comme le proposait Kant ne jamais mentir ?

Si le mensonge du médecin est presque avéré dans les observations rapportées par Philippe Assouly et Micheline Moyal-Barracco, vous verrez que tout est beaucoup plus imbriqué dans le cas rapporté par Robert Malet.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [dompensowanadoo.fr](mailto:dompensowanadoo.fr) (D. Penso-Assathiany).

Sylvie Consoli fera cette année encore la synthèse et la conclusion.

## Introduction au mensonge (Sylvie G. Consoli)

« ‘Alors tu croyais ce que papa te disait, même quand il mentait?’ »

Maman a écarquillé les yeux.

‘Il y a une différence entre mentir à quelqu’un et ne pas lui dire toute la vérité. Ton père gardait beaucoup de choses pour lui. Il pensait que c’était mieux ainsi. Il était simplement comme ça’.

J’ai opiné du chef. ‘Alors, ne pas dire la vérité à quelqu’un c’est bien?’

Maman a serré les lèvres. J’allais enfin savoir de quoi il retournait.

‘Quand on aime quelqu’un, on désire le protéger. On fait ce qu’on croit être le mieux. Un jour, Cathy, tu comprendras’.

Et je comprends maintenant, je comprends vraiment. Les gens commettent des atrocités au nom de l’amour » [1].

Voici un échange entre Cathy, l’héroïne du roman de Mary Horlock, *Le livre des mensonges* paru en 2012 chez POL, et sa mère qui nous fait entrer, de façon polémique, j’en conviens, dans le vif du thème de notre forum éthique de cette année.

Avant d’en venir aux cas cliniques, il nous a semblé nécessaire de tracer un premier cadre pour notre réflexion autour de l’acte de mentir dans la relation médecin–malade.

Mentir est un acte complexe et difficile à cerner. Cependant, la plupart des textes qui l’étudient s’accordent pour en pointer trois aspects fondamentaux : mentir passe par le langage, suppose le monde des représentations et comporte une intentionnalité.

Le lien social, on pourrait même dire le pacte social, implique un langage sincère où chacun peut faire confiance dans la parole délivrée et dans la possibilité de tenir les promesses : celui qui parle attend que son interlocuteur tienne pour vrai ce qu’il lui dit. Partager l’information et communiquer sont des actes garantis par la présence régulière du vrai dans les paroles échangées [2]. Chacun porte la responsabilité de la sincérité de sa parole et donc, de la conservation du lien social. Montaigne, cité par le philosophe Jacques Derrida, a écrit : « En vérité le mentir est un maudit vice. Nous ne sommes hommes et ne nous tenons les uns aux autres que par la parole » [3].

Le mensonge vient aux enfants vers l’âge de 3–4 ans. Quand ils sont capables de parler, qu’ils s’aperçoivent que les adultes... mentent et quand ils se représentent avec un espace psychique interne entouré de limites faibles non transparentes et contenant leurs représentations du monde, des autres. Bref, quand les enfants peuvent se représenter avec un espace psychique interne bien séparé de celui de leur mère et de celui des autres [4,5]. Mentir nécessite donc de l’imagination et est une avancée pour la découverte de l’intimité. Ce mouvement s’accompagne de la capacité à se

représenter l’autre avec un espace psychique interne auquel on n’a pas facilement accès, dont une part sera, fort heureusement, toujours inconnue et qui renferme ses propres représentations que l’on peut tout de même modifier et/ou remplacer.

On pourrait donc donner la définition suivante « brute, carrée, rigide, bêtement solide, franche », comme le dirait Jacques Derrida, de l’acte de mentir : mentir c’est dire en conscience le faux, en connaissant le vrai que l’on cache délibérément, en voulant tromper autrui. On ne ment donc pas si on croit sincèrement à ce qu’on dit même si c’est faux et qu’on ne veut pas abuser autrui [6].

Lors de nos réunions préparatoires au forum éthique d’aujourd’hui, la volonté, en mentant, de tromper autrui parut à beaucoup, je crois, difficile à penser et à accepter. Comme l’a suggéré Robert Malet, bien souvent mentir n’est pas un acte banal, il peut provoquer un sentiment de malaise, être vécu pendant plus ou moins longtemps comme un acte honteux, laisser même parfois une tache irréparable en soi. Mentir peut aller, en effet, à l’encontre de l’image idéale que l’on voudrait avoir de soi, de sa personne, de sa personne de médecin.

Cependant, le mensonge peut permettre aussi de recouvrir, de masquer la honte. C’est le cas des malades qui n’observent pas leur traitement ou qui consomment trop d’alcool ou qui se créent eux-mêmes secrètement leurs lésions cutanées. Le mensonge du malade est une autre histoire et nous avons décidé de ne pas l’aborder dans notre forum éthique 2012.

Au cours de l’année, les cas cliniques rapportés, en particulier par Micheline Moyal-Barracco, Philippe Assouly, et Robert Malet, nous ont aidés à préciser notre questionnement éthique.

Lors de relation médecin–malade, ce lien social où l’on prône tout particulièrement une information loyale, claire et adaptée, la valeur de la parole, la nécessité d’une relation de confiance, responsable, peut-il être éthique de mentir? Pour ce malade singulier qui fait face au médecin, aux côtés duquel ce médecin s’engage, mentir peut-il être une action bonne, maintenant et dans l’avenir? Ou, un médecin peut-il mentir pour éviter un plus grand mal? Ou encore, existe-t-il des mensonges vertueux? Quand? Pourquoi? Comment?

Au cours de notre réflexion, beaucoup de voix se sont élevées pour dire : « Attention, attention, il y a mentir et mentir ». En effet mentir comporte de très nombreuses modalités, plus ou moins subtiles qui peuvent se recouper et qui sont souvent difficiles à bien distinguer les unes des autres. On peut arranger, atténuer, diluer la vérité, la voiler (en utilisant par exemple des mots médicaux savants incompréhensibles pour le malade), la laisser implicitement entendre (quand un médecin prescrit une chimiothérapie sans évoquer le diagnostic de cancer), la fragmenter et la taire (c’est le mensonge par omission). Toutes ces modalités de mensonge peuvent enfin entrer en totale contradiction avec un acte médical (par exemple cet énoncé : « vous êtes guéri » contredit immédiatement par la prescription d’une IRM à faire un an plus tard).

En pratique médicale, si on essaie de ne pas trop ruser, la vérité n’est pas si insaisissable : dire le vrai est dire ce qui est, ce qui arrive au malade (la maladie, les examens complémentaires, les traitements et leurs effets

secondaires) et dire ce que l'on croit sincèrement qui risque d'arriver à ce malade singulier. Bien sûr la vérité du médecin ne recouvre pas toujours celle du malade : les représentations que le malade a de sa maladie peuvent brouiller la communication avec le médecin. Certains participants au forum ont donné l'exemple du cancer cutané, le carcinome basocellulaire : à peine un cancer pour le dermatologue, un cancer et donc une menace perçue comme vitale par le malade.

Cependant, les médecins ne sont pas des philosophes (ni des juristes d'ailleurs) même s'ils apprennent beaucoup à leur contact. Ils se heurtent, souvent de façon solitaire, à des situations concrètes, marquées par l'indécidable, champ paradigmatique de l'éthique : dire le faux, taire le vrai, dire le vrai comportent chacun des avantages et des inconvénients. Les médecins ne peuvent pas ainsi se ranger sans état d'âme sous la bannière d'Emmanuel Kant pour lequel mentir n'est jamais justifié, comme il le développe dans son texte de 1797 : « D'un prétendu droit de mentir par humanité » [7].

Il reste alors au médecin pour décider si l'acte de mentir est une action bonne pour le malade singulier qui lui fait face, de s'appuyer sur son histoire médicale et personnelle, son savoir, son expérience clinique, ce qu'il a appris de ses autres malades, ses maîtres, sa notoriété, ses principaux traits de caractère.

Laissons donc maintenant la parole à nos intervenants pour initier notre discussion.

### Un mensonge banal (Philippe Assouly)

La grande majorité des patients et leurs proches considèrent qu'un médecin ne doit pas mentir. Il nous semble qu'en général le médecin le dit tout autant et souvent le pense au premier abord. Après réflexion, ce dernier se rend généralement compte que le mensonge fait partie intégrante de son métier, s'il veut l'exercer le plus éthiquement possible.

À titre d'exemple nous présentons ici le cas d'un mensonge banal, que l'on peut qualifier de quotidien. Il s'agit d'une consultation pour un problème d'alopecie.

Une patiente âgée de 25 ans présentait une alopecie androgénétique (AAG) isolée, sans aucun signe associé en faveur d'une hyperandrogénie franche. Seule était notée une hyperséborrhée modérée. L'AAG était au stade Ludwig 1, avec les caractéristiques habituelles : l'aspect clairsemé et l'anisotrichose sur le vertex, un test de traction positif (+ à ++), au sein des zones d'AAG. D'un bilan biologique demandé (numération, TSH ultrasensible, ferritine), nous ne notions qu'une ferritinémie à 35 ng/mL. Un bilan dosant les androgènes avait été demandé par un confrère et était aussi strictement normal. L'interrogatoire et le reste de l'examen clinique ne montraient pas de particularité. Le poids était stable et l'alimentation équilibrée.

La patiente se déclarait anxieuse et complexée par son alopecie, se plaignait d'une qualité de vie altérée, se coiffant avec une raie sur le côté, une gêne chez son coiffeur, la peur des remarques, la crainte de la pluie ou de l'aspect de sa chevelure au lendemain des shampooings.

En accord avec son gynécologue et en l'absence de contre-indication était prescrite une quantité modérée d'acétate de cyprotérone 25 mg/j/20j/mois associée à

Diane 35®, du fer également de manière à élever sa ferritine au-delà de 40 ng/mL. Était également prescrit du minoxidil à 5 % (1 mL le soir). Un cliché de suivi était réalisé (Fig. 1a et b).

Lors de la seconde consultation à 3 mois était notée une bonne tolérance vis-à-vis du traitement, une diminution de la chute des cheveux, une diminution de la séborrhée. La ferritine était dosée à 52 ng/mL. À 9 mois, une chute des cheveux modérée était à nouveau notée, à 15 mois la situation semblait à nouveau se dégrader légèrement avec une diminution apparente de l'épaisseur de sa chevelure (densité et calibres réduits).

La question qui se posait lors de cette consultation pour un médecin face à une patiente très en attente d'une conclusion médicale pouvait se résumer ainsi : dire la vérité ou mentir ?

Si le choix se portait sur la première option, nous n'avions pas d'autre alternative thérapeutique sérieuse et utile (pas de greffe de cheveux à ce stade, pas d'intérêt d'une modification du traitement hormonal) et nous devenions le vecteur d'une dégradation psychologique chez la patiente, considérant le retentissement sur sa qualité de vie, sa volonté de séduction. Elle entrerait de ce fait dans une spirale négative.

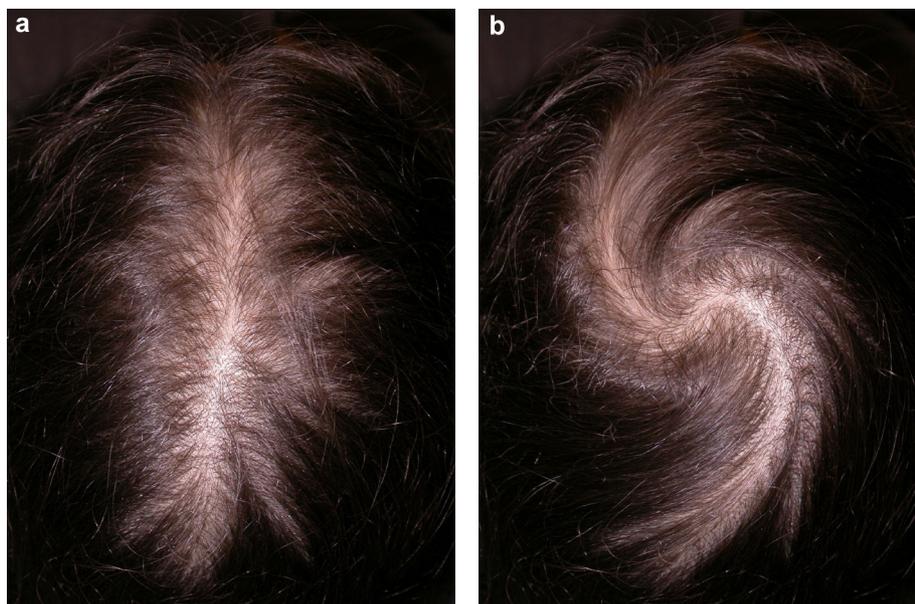
Nous avons fait le choix de la seconde option : un mensonge qui peut se résumer oralement à : « il s'agit d'un simple effluvium télogène, ce n'est nullement grave, soyez sereine ». À ce mensonge s'ajoute la prescription d'un complément alimentaire (à titre placebo), de minimes modifications (shampooing).

Ce mensonge à notre sens n'entraîne pas de perte de chance médicale pour la patiente et lui permet de repartir de la consultation sans perte de moral, sans gêne dans sa volonté de séduction.

Nos motifs sont, avant tout, une volonté de soulager et d'éviter une inquiétante errance médicale, peut-être aussi de fragmenter un traumatisme. Ce choix permet ainsi de laisser agir le temps et donner du « recul » à la patiente.

Ce mensonge fait selon nous partie intégrante de notre prise en charge, ayant pour but de préserver une bonne santé physique et psychique. Il s'agit là d'une prise de responsabilité médicale qui ne décharge en rien le médecin. Elle est destinée à ôter du poids à la patiente lorsqu'il n'y a pas de meilleure solution envisageable. L'objectif étant d'accompagner celle-ci au long cours, d'ajuster notre réponse dans le temps, après avoir dépassé cette phase de préoccupation majeure et obnubilante.

Quelques remarques sont à envisager : la patiente a accepté ce mensonge, malgré le fait qu'elle constatait elle aussi une dégradation. Cette acceptation présente donc une part de conscience et de complicité. Nous reconnaissons des limites et des risques à ce mensonge : la facilité pour un spécialiste dans un domaine d'énoncer des allégations qui prêtent moins à la contradiction ; on pourrait dénoncer aussi une « hypo-responsabilisation » du patient et peut-être une forme de paternalisme ? On pourrait encore à juste titre considérer que la patiente n'éprouvera pas la nécessité d'accepter une situation difficile, puisqu'il n'existe pas de problème ; et qu'elle n'aura pas à envisager d'élaboration consécutive, ni à envisager la modification de son image. Selon nous, vu l'absence d'obligation d'urgence,



**Figure 1.** a : alopecie androgénique. Densité des cheveux diminuée ; b : alopecie androgénique. Aspect en spirale.

d'obligation à dire, de perte de chance, la vérité sera dite lorsque la patiente sera susceptible de l'accepter, hors de cette période de crise.

En conséquence, devant cette pathologie « banale » nous commettons un mensonge « banal », en vue d'une bonne action, destinée à améliorer la santé de la patiente. De fait il nous paraît être un mensonge éthique.

## Voir et ne rien dire (Micheline Moyal-Barracco)

### L'histoire de Mme S.

Mme S., 51 ans, vient me consulter pour une lésion vulvaire. Elle a trouvé mes coordonnées sur Internet sur un forum dédié aux maladies de la vulve. La consultation est motivée par la présence d'une lésion vulvaire asymptomatique découverte, il y a 4 ans, lors d'un auto-examen effectué sans raison dont elle se souvient.

Depuis 18 mois, Mme S. qui se dit « obsédée » par cette « lésion » examine sa vulve avec un miroir 10 à 15 fois par jour et passe aussi beaucoup de temps sur Internet, pour tenter d'en déterminer la cause. Elle imprime de nombreuses pages relatives aux maladies de la vulve et se sent désormais débordée par la certitude d'être atteinte d'une maladie de Bowen. Plusieurs prélèvements vaginaux ne détectent aucune infection. Les frottis sont normaux. Les médecins consultés ne voient « rien » et tentent, sans succès, de rassurer la patiente.

Mme S., assistante commerciale, a les cheveux bruns, le teint mat et des yeux couleur miel qui retiennent l'attention. Elle n'est pas maquillée et est habillée simplement. Cette mère de deux garçons de 24 et 22 ans est en instance de divorce. L'histoire familiale de Mme S. est marquée par de nombreux décès : son père d'une sclérose latérale amyotrophique quand elle avait 13 ans, sa mère, en 2008, des complications d'une intervention digestive et ses 3 frères de maladies liées à l'usage de drogues.

Mme S. m'indique en outre que, dans son enfance, elle a été victime pendant plusieurs années de gestes « déplacés » de la part d'un oncle. Son mari à qui elle révèle pour la première fois, à l'âge de 40 ans, ce douloureux souvenir banalise : « c'est rien » lui dit-il, fermant ainsi la porte à toute confiance ultérieure.

Sur le plan gynécologique, Mme S., ménopausée depuis 1 an, se souvient d'avoir eu, il y a 35 ans, une plaie génitale accompagnée de ganglions. Cette plaie se serait reproduite et on aurait évoqué un herpès. Mme S. souffre par ailleurs d'une colite spasmodique et d'une glossodynie et, en 2008, elle s'est arrêtée de travailler pendant 6 mois en raison d'une fibromyalgie. Elle est suivie depuis plusieurs années par un psychiatre qui lui prescrit actuellement des anti-dépresseurs.

Comme à mon habitude, j'examine la vulve avec une lampe loupe mais ne détecte à première vue aucune lésion. La patiente, à l'aide d'un miroir, me désigne alors, à la face interne de la petite lèvre droite, une zone circonscrite, à peine pigmentée, légèrement atrophique. Ce que je vois ressemble à une cicatrice ancienne, peut-être celle de l'ulcération vulvaire d'il y a 30 ans. Mme S. se souvient d'ailleurs que cette ulcération siégeait du côté droit. Soulagée par mon diagnostic de cicatrice, la patiente, encore sur le lit d'examen, me remercie déjà de l'avoir rassurée. En bonne élève, j'examine attentivement le reste de la vulve et remarque alors sur la fourchette une élevure rose pâle de quelques millimètres de diamètre qui ne m'évoque rien d'autre qu'une lésion à papillomavirus humains (HPV) : condylome le plus probablement, éventuellement néoplasie intraépithéliale (dont la maladie de Bowen, tant redoutée par la patiente, est une forme clinique). Quelques secondes de réflexion... avant de regarder la patiente dans ses yeux couleur miel et de m'entendre prononcer la phrase : « c'est parfait ; tout va bien ». La consultation se termine dans la bonne humeur par un « Merci Docteur, vous m'avez rassurée, j'ai confiance en vous. Je reviendrai dans 6 mois ». Pourtant, quand la porte de mon cabinet se referme, la satisfaction d'avoir rassuré fait place au malaise du mensonge : je n'ai le

sentiment ni d'avoir « bien » accompli ma tâche ni de mériter la confiance que m'accorde la patiente... Quoique je me dise... « Oui, j'ai pêché par omission. Mais c'est pour son bien ».

Je ne mentionne pas plus cette lésion à la généraliste de la patiente dans le courrier que je lui adresse. Je ne lui mens pas non plus : « la lésion qu'a remarquée Mme S. correspond à la cicatrice d'une ulcération ancienne ». Je ne lui parle pas de la lésion que la patiente n'a pas remarquée malgré 15 auto-examens vulvaires par jour...

Je revois la patiente quelques mois plus tard. Elle est plus détendue : « Docteur, je reviens vous voir juste pour être rassurée ». Et je la rassure à nouveau alors que persiste, inchangée, cette petite lésion de la fourchette qui ne ressemble toujours qu'à une lésion à HPV, condylome ou néoplasie intraépithéliale. Cette fois, c'est moi qui lui demande de revenir me voir... Pour un « contrôle ». Elle ne paraît pas étonnée. Elle me fait confiance...

### Un mensonge éthique ?

Les raisons de ce mensonge par omission relèvent à la fois de mon expertise en pathologie vulvaire, et de l'histoire et de la personnalité de la patiente. J'ai pensé prendre la meilleure décision pour la patiente mais je n'avais pas la « conscience tranquille » pour autant.

#### L'état de la science [8]

Les infections génitales à HPV sont fréquentes. Dans une étude menée aux États-Unis entre 2003 et 2006, 42,5% de 4150 auto-prélèvements cervicovaginaux contenaient de l'HPV [9]. Les lésions surviennent préférentiellement sur des zones sujettes à microtraumatisme lors des rapports sexuels, la fourchette notamment, comme chez Mme S. La minuscule lésion que j'ai observée correspondait vraisemblablement à un condylome. Le diagnostic de néoplasie intra-épithéliale à HPV ne pouvait cependant pas être exclu. S'il s'agissait d'un condylome, le risque de transformation en carcinome était nul et s'il s'agissait d'une néoplasie intra-épithéliale, ce risque était très faible [10]. Enfin, la lésion pouvait régresser spontanément : 40 à 70% des infections cervicovaginales à HPV régressent dans l'année qui suit leur apparition [11,12]. En ce qui concerne la vulve, le taux de régression spontanée des lésions à HPV n'a pas été évalué car les lésions sont généralement traitées. Cependant, des cas de régression spontanée ont été rapportés [13]. Quant au risque de transmission au partenaire, la petite taille de la lésion la rend peu contagieuse et une immunité anti-papillomavirus a de bonnes chances de s'être constituée chez un partenaire âgé de plus de 40 ans. Mon silence et son corollaire, l'absence de traitement, ne me semblaient pas exposer la patiente à une perte de chance.

#### L'histoire et la personnalité de la patiente

Je n'ai pas voulu infliger un diagnostic de maladie contagieuse éventuellement « précancéreuse » à Mme S., une femme fragilisée par des abus sexuels (les « gestes déplacés »), une histoire familiale très tôt émaillée de maladies graves et de deuils, la difficile procédure de divorce en cours. Cette douloureuse histoire de vie avait sans doute

contribué à forger les traits hypochondriaques de la personnalité de Mme S. Celle-ci semblait heureuse d'avoir rencontré son nouveau compagnon et j'ai pris le parti ne pas inoculer l'hypothèse d'un virus dans cette nouvelle relation.

En dépit de mes « bonnes » raisons de me taire, mon silence me pesait.

Pourquoi cette crainte d'annoncer un diagnostic qui, somme toute, condylome ou néoplasie intraépithéliale, était celui d'une maladie bénigne ? Les annonces de maladies infectieuses ou de cancer de la vulve in situ ou invasif ne me font habituellement pas peur. Je n'ai pas d'états d'âme car l'annonce est un préalable nécessaire à la mise en œuvre d'un traitement dont la patiente tirera bénéfice. Ici, je me suis tue car j'avais l'intime conviction que ce diagnostic ferait surgir chez cette patiente une inquiétude démesurée. Néanmoins... je ne pouvais être sûre que ce minuscule condylome ou néoplasie intra-épithéliale ne se développerait jamais en surface, voire en profondeur et qu'elle ne serait jamais transmise au partenaire.

Avais-je le droit de ne pas informer une patiente de la pathologie dont elle était porteuse ? Pourquoi lui voler cette information ? Ne s'agissait-il pas d'un abus de pouvoir ?

J'imaginai que le diagnostic d'infection à papillomavirus, peut-être de néoplasie intra-épithéliale, plongerait cette patiente anxieuse, victime par le passé d'abus sexuels, dans un profond désarroi. Mais mes propres représentations étaient-elles en adéquation avec celles de la patiente ?

Avais-je menti par manque de courage ? Par peur d'affronter l'angoisse de la patiente à l'annonce de mes hypothèses diagnostiques ? Finalement qui voulais-je protéger ? La patiente ou moi-même ? Enfin, le mensonge faisait boule de neige... J'ai aussi menti au médecin qui m'adressait la patiente. Était-ce éthiquement acceptable ?

J'ai demandé à la patiente de me revoir dans 6 mois dans l'espoir de constater une régression spontanée de la lésion... mais si la lésion persistait ? Continuer à mentir ?

### Épilogue 1

Six mois plus tard, Mme S. n'est pas revenue pour le contrôle prévu. Elle voulait me revoir pour être rassurée et cela m'aurait rassuré de la revoir... La convoquer ? Ou « laisser courir » ?

À la suite du Forum des JDP 2012 au cours duquel ce cas a été présenté, l'une des interventions d'un participant m'a interpellée au point d'ébranler ma certitude d'avoir bien agi pour la patiente : « Je trouve inadmissible, révoltant même, qu'un médecin se permette de me cacher quelque chose sur MA santé ». J'ai reconvoqué la patiente, me promettant de lui révéler ce que je pensais « éthique » de lui avoir caché. Mme S. revient donc à ma consultation et me raconte que, lors d'une coloscopie récente, un polype qui « aurait pu dégénérer » lui a été enlevé. Depuis, elle ne dort plus en pensant à ce qui aurait pu arriver si... Elle a dû revoir un psychiatre tant elle était angoissée et un puissant traitement anxiolytique lui a été prescrit. Ma « bonne » intention de dire « la vérité, rien que la vérité » s'effrite... Parler de virus, éventuellement de précancer dans un tel contexte me paraît inenvisageable. Tandis que Mme S. s'installe sur ma table d'examen, je me prépare à mentir de nouveau. Mais... Cela

ne fut pas nécessaire. En effet, malgré un examen minutieux de la vulve, je n'ai plus retrouvé cette petite lésion de la fourchette, source de tant de tourments. La lésion avait régressé spontanément, comme je l'avais espéré... sans trop y croire.

### Et si c'était à refaire ?

Dans une situation strictement similaire, il est probable que je mentirais à nouveau par omission. Dans le cas présent, compte tenu de l'heureux dénouement (régression spontanée de la lésion à HPV), je me félicite de l'avoir fait.

Devant une lésion similaire (minuscule lésion à HPV susceptible de régresser spontanément), je n'adopterais cependant pas systématiquement cette attitude. En effet, la plupart des femmes atteintes d'infection vulvaire à HPV de la vulve reçoivent sans dommage émotionnel notable, le diagnostic d'infection à HPV si celui-ci est entouré d'informations adéquates. L'histoire de vie et la personnalité hypochondriaque de Mme S. m'ont incitée à agir autrement. Pour son bien, me semble-t-il...

### Épilogue 2

Quelques mois après avoir vu Mme S., une jeune fille de 25 ans vient me consulter pour une dyspareunie sévère. Elle est inquiète, découragée. Je découvre chez elle une lésion exactement similaire à celle que j'avais observée chez Mme S. Cette jeune femme n'a pas la douloureuse histoire de vie Mme S. La lésion que j'observe n'explique probablement pas la dyspareunie qui a motivé la consultation. Après quelques secondes d'hésitation, je lui fais part de mon diagnostic d'infection à HPV. Je lui donne les explications habituelles et lui propose, bien que cette lésion ne soit pas la cause de sa dyspareunie, de la traiter. Cette annonce ne semble pas contrarier la patiente, le moins du monde. Au contraire, elle paraît soulagée d'avoir « quelque chose » alors que tous les médecins consultés concluaient inéluctablement leur examen clinique par un insupportable « vous n'avez rien ».

### Le médecin peut-il révéler un secret de famille ? (Dr Robert Malet)

Une patiente de 16 ans porteuse d'une maladie congénitale ne connaissait pas le diagnostic de sa maladie. Elle pouvait parler des symptômes cutanés de sa maladie avec ses parents, mais le diagnostic et les conséquences notamment en ce qui concerne les risques pour ses enfants ne lui avaient pas été expliqués. Ces données m'avaient été communiquées par sa mère quelques semaines auparavant, lorsqu'elle était venue en consultation pour elle-même.

### La consultation

#### Le déroulement de la consultation avec la jeune patiente

En arrivant, avant même de s'asseoir, la mère déposait une enveloppe cachetée sur mon bureau. J'étais prié de la lire

avant toute chose. Rédigée par elle-même et son mari, cette lettre me rappelait la nécessité de ne rien dire du diagnostic à sa fille.

La lecture terminée, la mère m'expliqua les motifs de consultation.

Il s'agissait d'examiner les nævus ; l'un d'entre eux était un peu irrégulier, nécessitant une simple surveillance.

Le 2<sup>e</sup> motif, présenté comme accessoire, était l'éventuelle ablation d'une petite lésion en relief (neurofibrome évident) sur le décolleté et d'une autre lésion nettement plus volumineuse siégeant sur l'épaule droite. Se posait la question de la cicatrice, si une ablation était décidée.

Cliniquement, le diagnostic de sa maladie était évident, avec notamment de nombreuses taches café-au-lait, donnant en beaucoup d'endroits un aspect brun irrégulier de la peau. Lors de l'examen, la mère m'a demandé si « maintenant le laser marchait sur les taches café-au-lait ». La jeune fille répondit immédiatement que, de toute façon, la question ne se posait pas, car elle n'était pas gênée par ces manifestations.

En fin de consultation, je lui expliquai les modalités pour éventuellement enlever la lésion du décolleté. Et cela pouvait se faire soit dans les semaines à venir, soit après les vacances d'été. Mouvements de repli ? En tout cas, elle a préféré remettre l'ablation à plus tard, alors qu'en début de consultation, elle semblait désireuse de s'en débarrasser rapidement. À la réflexion, je me suis demandé aussi si, éventuellement, elle avait des doutes sur le diagnostic.

Une fois que tout a été vu avec sa fille, la mère lui a demandé de sortir, sous prétexte de me montrer quelque chose pour elle-même.

#### Suite de la consultation sans la patiente

La mère m'expliqua que jusqu'alors, avec son mari, ils avaient préféré laisser leur fille « se construire », avant de lui annoncer le diagnostic. À l'occasion de cette consultation, ils en avaient reparlé. Son mari pensait qu'il était encore trop tôt. À l'inverse, elle commençait à envisager d'en parler et se sentait un peu mal à l'aise à l'idée d'attendre encore... Mais mal à l'aise aussi à l'idée d'en parler.

Je me sentais en position très inconfortable. Je pouvais comprendre la logique des parents, mais ne pouvais favoriser la poursuite de ce mensonge. Ainsi, ai-je souligné qu'il n'y avait pas de règle quant au moment d'annoncer le diagnostic, mais par contre, ai-je insisté, la situation deviendrait plus complexe, et même intenable, lorsque sa fille aurait 18 ans. En effet, jusqu'à l'âge de la majorité l'enfant est sous la « protection » des parents qui, sauf cas particulier, décident. Cependant à 18 ans, cela change.

En réponse à cette question de l'annonce, avec son mari et leur médecin généraliste, ils envisageaient de consulter un nouveau médecin, probablement un dermatologue, afin qu'il puisse « découvrir et annoncer » la maladie. Cela éviterait, pensaient-ils, qu'eux-mêmes les parents, et leur généraliste, perdent leur crédibilité.

De là, elle se rappela comment elle avait découvert le diagnostic. Lors d'une émission portant sur la maladie, elle avait constaté que sa fille en présentait tous les signes. Le « professeur » consulté l'avait rassurée, lui disant que

parfois tous les signes étaient présents, sans qu'il s'agisse de la maladie... Joie de courte durée m'a-t-elle dit, car les examens ont confirmé le diagnostic quelques jours ou semaines après.

Elle comptait se servir de cette histoire, en expliquant à sa fille, qu'ils avaient bien suspecté le diagnostic. Mais celui-ci avait été rejeté par un professeur de dermatologie. Le seul souci de la mère est que, depuis, les parents s'occupent tout de même... d'une association pour cette maladie.

Médicalement, le suivi est bien assuré, avec consultations et explorations régulières au fil des années. Des tests de QI ont été effectués avec un résultat égal à 130. Comme nous l'avons dit, les parents ont préféré «laisser leur fille se construire», car ils ont vu des enfants abasourdis par le diagnostic. De plus, jusqu'à l'âge de 10 ans, ils s'étaient sentis renforcés dans cette attitude qui permettait d'éviter le risque d'avoir à parler avec elle d'un risque de tumeur qui devient très faible après 10 ans. Enfin, il n'y a pas d'autre cas dans la famille.

Actuellement bonne élève, cette jeune fille envisage des études scientifiques. La mère semble attentive et très gentille avec sa fille. Il n'y avait pas de tension notable entre les deux, contrairement à ce que l'on voit souvent au cours des consultations. Il y avait même un aspect, que je qualifierais d'un peu lisse de la jeune fille. Selon ses dires, rien ne la gêne vraiment.

Tout au long de cette difficile consultation, mon souci était de créer un lien avec la patiente et de respecter la position de la famille.

## Questions soulevées et éléments de réponse

### Les questions

Est-il éthique de mentir... Par omission?

Sur quelles bases appuyons-nous notre croyance dans le fait qu'il est préférable d'annoncer le diagnostic plus tôt? Quel est le bon moment à la fois pour la jeune fille, les parents et le médecin pour annoncer le diagnostic?

En conséquence, de «quel droit» pousser les parents à annoncer le diagnostic à leur fille? Est-ce éthique?

### Quelques éléments de réponse

Sur le plan médical, la vérité aiderait-elle la patiente?

Non. C'est une enfant très bien suivie depuis sa naissance et les dépistages nécessaires ont été effectués.

Juridiquement, pour cette patiente mineure, nous sommes pris entre deux feux :

- d'un côté nous ne pouvons pas aller à l'encontre de l'attitude des parents d'un mineur ; eux-mêmes peuvent s'appuyer sur le fait que le diagnostic serait plus néfaste que bénéfique ;
- de l'autre côté, nous sommes tenus d'essayer d'obtenir l'assentiment et la compréhension de l'enfant dans le traitement que nous faisons. Il n'y a cependant pas, dans la situation actuelle, d'enjeu vital ni même de santé puisque la surveillance est bien faite.

Un cas particulier : le médecin serait-il juridiquement attaqué en cas de grossesse de la jeune fille survenant avant que le diagnostic lui ait été clairement énoncé?

La question de l'annonce?

Comme le pensent les parents, le fait d'annoncer le diagnostic à un moment où la personnalité est déjà formée, serait-il moins néfaste pour leur enfant? Leur fille se sera-t-elle mieux «construite» ainsi?

Dans le cas de cette jeune patiente, le diagnostic et ses conséquences ne lui ont pas été expliqués. Mais la façon dont elle répond et se comporte en consultation m'a conduit à me demander jusqu'à quel point elle ignore le diagnostic? Cherche-t-elle à se protéger de la révélation? À en protéger aussi ses parents?

De plus, on peut craindre que la découverte de ce mensonge/secret de famille soit propre à lui faire perdre confiance dans ses parents. Et en ce cas, à qui pourra-t-elle encore faire confiance? Et l'on imagine le sentiment de solitude qui peut accompagner cette perte. La confiance dans la parole de l'autre est un élément essentiel de notre vie. Certains, comme Emmanuel Kant, considèrent de ce fait, qu'aucune situation ne peut justifier le mensonge.

Si l'on pense, qu'il faut «dire la vérité», plusieurs questions surgissent alors. Que dire, avec quels mots, jusqu'à quel point... Et surtout comment le dire. On imagine souvent une annonce quelque peu solennelle. Mais peut-être faut-il imaginer ce «dire» comme un accompagnement et un dialogue qui s'établissent et s'approfondissent au fil du temps. Un dialogue qui met en jeu notre capacité à percevoir et comprendre ce que l'enfant ressent à propos de cette maladie. Et bien entendu ce qu'il comprend et ressent évolue au fil du temps. Il s'agit donc plus d'un accompagnement que d'une annonce.

Ainsi, la réponse à cette question, «le médecin peut-il révéler un secret de famille?» met en tension les visions médicales, juridiques, psychologiques, philosophiques ainsi que nos conceptions personnelles et nos propres peurs. La réflexion éthique est une façon de questionner ces interactions, de peser les différents aspects pour tendre à prendre la décision la meilleure (ou parfois la moins mauvaise), pour le patient.

## Conclusion : pour un mensonge responsable (Sylvie Consoli)

Nos échanges ont parcouru de nombreux chemins croisant information, communication verbale et non verbale (notre parole peut être contredite par nos actes, nos gestes, nos expressions...), temporalité, confiance, mensonge, vérité.

Je crois que notre réflexion a souvent privilégié le chemin choisi par la psychiatre et la psychanalyste américaine Elisabeth Kübler-Ross tel qu'elle l'explore dans son livre *On death and dying* et qui dépasse le fait de dire ou non la vérité, de savoir ou non la vérité : «Cette vérité que je connais sur ce malade, comment vais-je la partager avec lui?» [14]. C'est le chemin du mensonge par omission temporaire et donc de la fragmentation de la vérité. Ce chemin ajuste l'information selon le moment de la rencontre médecin-malade et le chemin déjà parcouru par le malade (il y a certainement une question de «tempo» quand il s'agit de dire une vérité ou de dire un mensonge et donc la nécessité d'évaluer à chaque moment de la rencontre où en est le malade sur le chemin de la vérité). En fragmentant la vérité, le médecin donne du temps au malade

et lui fait confiance pour, avec son accompagnement et son appui, parler, penser, élaborer, comprendre le traumatisme de la maladie (ou du défaut esthétique), le dépasser et en sortir plus fort en ayant acquis ainsi plus de liberté. Ce chemin, emprunté par Philippe Assouly et sa malade, me semble-t-il, favorise le dialogue rythmé par des questions qui vont peu à peu organiser le chaos déclenché par la maladie. Pour reprendre l'exemple du carcinome basocellulaire, avant de prononcer le terme de *cancer* (carcinome) *basocellulaire*, le médecin va parler des caractéristiques cliniques de cette tumeur en vérifiant à chaque étape du dialogue que le malade a bien compris ses paroles. Comme l'a dit Robert Malet, du temps est donné au malade pour construire sa vérité, pour se construire. Il ne s'agit donc pas d'informer à tout prix, à tout moment. Cependant, ce chemin n'est pas sans risque : par exemple celui de l'altération de la confiance placée par le malade dans son médecin, celui de l'engrenage du genre : « qui vole un œuf vole un bœuf », celui de l'erreur d'appréciation sur ce que le malade pourrait ou non supporter, celui enfin d'une perte de chance du point de vue des soins somatiques et/ou psychiques. Ainsi notre réflexion a été aussi attentive à ce que l'on pourrait appeler « le droit du malade à ne pas savoir » ou plutôt « le droit du malade à ne pas savoir maintenant ».

Au fil de nos échanges, des questions fondamentales se sont donc dégagées. Elles s'imposent à tout médecin prêt à mentir : « Je vais mentir pour qui? », « Pour ce malade singulier qui me fait face ou pour moi? », « Pour le protéger ou pour me protéger? », « Qui a peur de la vérité? », « Ce mensonge ouvre-t-il ou ferme-t-il le dialogue? », « Pourquoi je mens à ce malade précisément? ». Cependant, il ne faut pas oublier que ces questions comportent leurs doubles inversés : « Je vais dire la vérité pour qui? », « Pour ce malade singulier qui me fait face ou pour moi? », « Pour le protéger ou pour me protéger? », « Qui a peur du mensonge? », « Cette vérité ouvre-t-elle ou ferme-t-elle le dialogue? », « Pourquoi je dis la vérité à ce malade précisément? ».

Si on se replace dans la problématique que nous avons privilégiée aujourd'hui, en mentant à autrui, le risque est grand de se mentir en fait d'abord à soi-même, même si des philosophes considèrent que l'on ne peut mentir qu'à autrui et que les psychanalystes pensent que la vérité ne peut jamais être toute dite.

Pour mentir à un malade, un médecin peut arguer de son empathie, de son expertise psychologique : « Ce malade, je le sais, ne supportera pas la vérité ». Alors que le mensonge peut plonger en fait ses racines dans des motifs qui appartiennent au médecin et dont ce dernier est plus ou moins conscient : par respect pour des convictions médicales, sociétales, politiques, par crainte d'une décompensation psychologique, par exemple parce que le malade a des problèmes psychologiques, pour échapper à des questions gênantes pour lui le médecin et clore ainsi le dialogue, pour apaiser des conflits personnels (par exemple pour masquer une méconnaissance devant une symptomatologie inhabituelle ou un échec thérapeutique qui risquent, tous deux, de raviver un sentiment de culpabilité ou de honte) ou, plus simplement, pour favoriser l'observance d'un traitement (les effets secondaires d'un médicament sont tus) ou même pour s'arranger avec les petits soucis de la vie quotidienne (par exemple quand un médecin est pressé par le temps pour aboutir à ce qu'il désire pour son malade).

L'anthropologue Sylvie Fainzaing développe très bien certains de ces phénomènes dans son livre paru aux PUF en 2007 *La relation médecins-malades : information et mensonge* [15]. Chacun des partenaires de la relation médecins-malades ment en s'appuyant, dit-elle, sur ce qu'il imagine de l'autre (comme nous l'avons développé plus haut, pour mentir il faut de l'imagination). L'enquête de Sylvie Fainzaing réalisée dans des services de cancérologie et de médecine interne montre, en effet, que les médecins mentent préférentiellement, à leur insu, aux malades des milieux populaires, ayant un statut socioculturel réel ou supposé nettement inférieur aux leurs. Pour mentir, les médecins s'appuient sur ce qu'ils croient que les malades sont. Ils se trompent donc parfois.

Si on se réfère à la théorie psychanalytique, on peut dire aussi qu'il arrive aux médecins de mettre dans l'espace psychique de leur malade ce qui se trouve inconsciemment dans leur propre espace psychique et qui risque de les angoisser. C'est un mécanisme de défense psychique inconscient que les psychanalystes appellent « la projection ». Par exemple : « Cet homme malade, manutentionnaire dans une grande surface, ne comprendra pas mon discours et ne supportera pas la vérité alors que si il était un intellectuel comme moi, il comprendrait et supporterait l'énoncé de la vérité ». La pensée angoissante à évacuer dans l'espace psychique de l'autre serait : « Tout médecin que je suis, je pourrais m'effondrer, terrassé par l'angoisse de rester handicapé ou de mourir ».

Notons maintenant une autre dimension de l'acte de mentir, pointée d'ailleurs par Micheline Moyal-Barracco dans son observation et par Dominique Penso-Assathiany lors de la discussion. À un journaliste de Télérama, François Ekchajzer, en juillet 2012, Marcel Ophuls raconte ainsi l'entretien du directeur général de l'ORTF avec De Gaulle en 1969 à propos du film qu'il venait de terminer : *Le Chagrin et la Pitié* : le directeur général de l'ORTF était allé voir le Général à Colombey, pour lui demander ce qu'il devait faire de ce film qui évoquait des « vérités désagréables ». De Gaulle lui aurait répondu : « La France n'a pas besoin de vérités, la France a besoin d'espoir ». On voit ici, de façon quasi caricaturale, combien mensonge et pouvoir peuvent être liés.

À ce propos, il faut noter que, en médecine, « le déclin du mensonge » (pour reprendre le titre d'un essai d'Oscar Wilde) va de pair avec le déclin du paternalisme et l'avènement du désir d'alliance thérapeutique et de dialogue avec le malade.

Les nombreux motifs et mouvements psychiques qui sous-tendent les mensonges des médecins sont donc parfois inconscients. Ainsi ils peuvent pousser un médecin à mentir à un malade qui, en fait, connaît la vérité et à créer une situation abracadabrantique : mentir à un malade qui connaît la vérité et qui se tait pour protéger son médecin. Je l'ai constaté parfois dans ma pratique de psychanalyste dans un service de médecine interne et c'est ce qui arrive peut-être, plus ou moins consciemment, à la jeune patiente de Robert Malet. Tant est vraie la remarque de la psychologue clinicienne, Marcela Gargiulo, dans son article intitulé : « L'enfant, sa maladie et la quête de savoir. Relations entre l'annonce du diagnostic et les processus de connaissance chez l'enfant » :

[...] «Comme si il suffisait de dire pour que la chose soit sue et de se taire pour que la chose soit ignorée» [16].

Emmanuel Hirsch l'avait indiqué lors de notre premier forum éthique, un questionnement éthique en médecine ne peut donc pas faire l'impasse sur ce qui échappe à la conscience du malade et du médecin. Ce qui agite inconsciemment le médecin peut le pousser à énoncer des paroles ou à réaliser des actes qui ne sont pas bons pour le malade mais qui le soulagent personnellement (c'est ce que les psychanalystes appellent des attitudes contre-transférentielles). Dans ces conditions, avant de mentir au malade, le médecin se ment à lui-même comme à un autrui en lui qu'il ne connaît pas.

Par ailleurs, il existe des philosophes pour lesquels la pensée philosophique c'est précisément parvenir à dialoguer avec soi-même comme si on était deux (C. Malibou par exemple). C'est le dialogue intérieur bien illustré par celui de Pinocchio avec Jiminy Cricket.

En conclusion, on pourrait dire qu'en médecine, un mensonge éthique serait un mensonge qui ne ferait pas l'économie de l'accueil d'un malade considéré comme une personne singulière dont on respecte l'altérité et à laquelle on doit une information claire, loyale et sincère ainsi que la vérité, comme à tous les autres êtres humains. Un mensonge éthique serait aussi un mensonge qui ne ferait pas l'économie d'une réflexion du médecin sur lui-même (« Pour qui je mens? »), sur le pouvoir qu'il a sur le malade, sur les conséquences à venir du mensonge, en mesurant, à chaque rencontre avec le malade l'écart entre le mensonge tel qu'il le formule et l'idéal kantien. Au bout du compte, pour un médecin engagé avec un malade, un mensonge éthique serait un mensonge responsable, qui, loin d'isoler le malade, favoriserait, bien au contraire, le développement de la parole et de la pensée autour de la maladie et qui, ainsi, atténuerait la solitude du malade face à sa maladie et lui donnerait plus de liberté.

### Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

### Références

- [1] Horlock M. Le livre des mensonges (traduit par Matthieusent B.). POL; 2012. p. 169.
- [2] Lenclud G. L'acte de mentir. Remarques sur le mensonge. Ed Terrain 2011;57:4–19.
- [3] Derrida J. Histoire du mensonge. Ed Galilée; 2012. p. 24.
- [4] Mascaro O, Marin O. L'éveil du mensonge. Ed Terrain 2011;57:20–35.
- [5] Freud S. 1913. Deux mensonges d'enfants. In: Névrose, psychose et perversion (traduit par Berger D. et Laplanche J.). PUF; 1974. p. 183–7.
- [6] Derrida J. Histoire du mensonge. Ed Galilée; 2012. p. 45.
- [7] Kant E. 1797. D'un prétendu droit de mentir par humanité. In: Théorie et pratique (traduit par Guillermit L.). Librairie philosophique J. Vrin; 1967. p. 67–73.
- [8] Erickson BK, Alvarez RD, Huh WK. Human papillomavirus: what every provider should know. Am J Obstet Gynecol 2013;208:169–75.
- [9] Hariri S, Unger ER, Sternberg M, Dunne EF, Swan D, Patel S, et al. Prevalence of genital human papillomavirus among females in the United States, the National Health And Nutrition Examination Survey, 2003–2006. J Infect Dis 2011;204:566–73.
- [10] Van Seters M, Van Beurden M, de Craen AJ. Is the assumed natural history of vulvar intraepithelial neoplasia III based on enough evidence? A systematic review of 3322 published patients. Gynecol Oncol 2005;97:645–51.
- [11] Franco EL, Villa LL, Sobrinho JP, Prado JM, Rousseau MC, Désy M, et al. Epidemiology of acquisition and clearance of cervical human papillomavirus infection in women from a high-risk area for cervical cancer. J Infect Dis 1999;180:1415–23.
- [12] Ho GY, Bierman R, Beardsley L, Chang CJ, Burk RD. Natural history of cervicovaginal papillomavirus infection in young women. N Engl J Med 1998;338:423–8.
- [13] Stephenson RD, Denehy TR. Rapid spontaneous regression of acute-onset vulvar intraepithelial neoplasia 3 in young women: a case series. J Low Genit Tract Dis 2012;16:56–8.
- [14] Kübler-Ross E. On death and dying. Routledge publication; 1969.
- [15] Fainzaing S. La relation médecins–malades: information et mensonge. PUF; 2006 [159 p].
- [16] Gargiulo M. L'enfant, sa maladie et la quête de savoir. Relations entre l'annonce du diagnostic et les processus de connaissance. In: Pechberty B, Houssier F, Chaussecourte P, editors. Existe-t-il une éducation suffisamment bonne? In Press; 2013 [à paraître].