



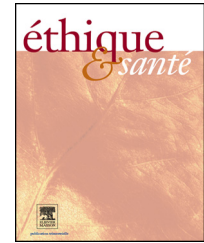
ELSEVIER

Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

La relation de soin à l'épreuve du mensonge



The relation of care proof against lie

E. Lemoine^a, P. Vassal^{a,b,*}, Groupe de réflexion éthique de l'espace éthique Rhône-Alpes (GRE)¹

^a Espace éthique Rhône-Alpes, faculté de médecine Laennec, 7, rue Guillaume-Paradin, 69008 Lyon, France

^b Service de soins palliatifs, hôpital Bellevue, CHU de Saint-Étienne, 42055 Saint-Étienne cedex 2, France

Disponible sur Internet le 30 août 2017

MOTS CLÉS

Relation de soins ;
Mensonge ;
Éthique ;
Vérité ;
Communication

Résumé Réfléchir à la relation de soin au cœur de la santé incite à envisager la communication qui s'établit entre le soignant et le soigné et ainsi à réfléchir au grand thème de la vérité. Le rapport du médecin à son malade est-il systématiquement marqué du sceau du discours vrai ? Le contexte légal et social, valorisant l'information claire, loyale et appropriée et consacrant le principe de l'autonomie du patient, tend à faire de la vérité l'exigence même de toute relation. Pour autant, est-il seulement envisageable de livrer chaque élément au patient dès lors que celui-ci est connu du soignant ? Comment en pratique, faire avec des vérités parfois difficiles à dire (pour le soignant) mais aussi et surtout, dures à entendre (pour le patient) ? Comment le praticien peut-il jauger de la capacité qu'aurait le malade à accueillir une information, potentiellement grave, parfois condamnante et souvent violente ? Le peut-il seulement ? Ces interrogations viennent effleurer le thème du mensonge qui peut exister au sein des relations liant les individus dans le monde du soin. Quelle place possède ce mensonge et surtout quel est-il ? De la part du médecin, peut-on l'accepter et l'assumer sans risquer de retomber dans une forme de paternalisme niant la liberté individuelle du patient ? Pire encore, sans atteindre des situations moralement répréhensibles désavouant l'homme lui-même ? Entre la faute morale et une forme de bienfaisance thérapeutique, existe-t-il un juste milieu à travailler dans l'annonce d'une nouvelle qui intégrerait un regard et une réflexion sur la bonne temporalité, le kairós à saisir dans l'intuition d'une relation ? Comment cette parole soignante exprimée dans un souci d'accompagnement se veut-elle la plus adaptée au patient ? Comment dire sans trop dire dans un contexte nécessairement teinté d'une incertitude, celle du patient mais également celle du médecin et de la médecine ?

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : pascale.vassal@chu-st-etienne.fr (P. Vassal).

¹ Thomas Bujon, Laurène Allard, Laura Lange, Dr Jean Noel Bally, Dr Xavier Gocko.

KEYWORDS

Relation of care;
Lies;
Ethics;
Truth;
Communication

Summary To think about the relation of care at the heart of the health incites to envisage the communication which becomes established enter the nursing and the patient and so to think about the big theme of the truth. Is the relationship of the doctor to his patient systematically marked with the seal of the true speech? The legal and social context, valuing the clear, loyal and appropriate information and dedicating the principle of the autonomy of the patient, tends to make of the truth the requirement of any relation. However, it is only possible to deliver every element to the patient since this one is known of the nursing? How in practice, to make with the truths sometimes difficult to say (for the nursing) but also and especially, last to hear (for the patient)? How can the practitioner gauge of the capacity which would have the patient to receive information, potentially serious, sometimes condemning and often forces? Can it only? These interrogations come to skim the topic of the lie which can exist within the relations binding the individuals in the world of the care. Which place has this lie and especially which is it? On behalf of the doctor, can one accept it and assume it without being likely to fall down in a form of paternalism denying the individual freedom of the patient? Worse still, without reaching morally reprehensible situations repudiating the man himself? Between does the moral fault and a therapeutic form of benevolence, exist a happy medium to be worked in the announcement of a news which would integrate a glance and a reflection on good temporality, the kairós to be seized in the intuition of a relation? How does this looking after word expressed in a preoccupation with an accompaniment want to be it the most adapted to the patient? How to say without saying too much in a context necessarily tinted of an uncertainty, that of the patient but also that of the doctor and medicine?

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Pour une appréhension pluridisciplinaire du mensonge

Regard historique

Porter son regard sur la médecine, telle qu'elle a pu évoluer au fil du temps, est une façon de venir interroger le mensonge dans l'histoire de la pensée et de la pratique médicale et d'analyser la manière dont il peut se manifester, les risques inhérents à une telle pratique et les conséquences potentiellement extrêmes qu'il peut engendrer.

Le mensonge : entre éloge et critique, entre médecine et philosophie

Historiquement, le mensonge est reconnu, voire parfois encouragé, comme cela est le cas chez Hippocrate et Platon par exemple. D'après les récits hippocratiques [1], « *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 ; écartant ce qui est de lui ; tantôt le réprimandant avec vigueur et sévérité, tantôt le consolant avec attention et bonne volonté ; ne lui laissant rien apercevoir de ce qui arrivera ni de ce qui menace ; car plus d'un malade a été mis à toute extrémité par cette cause, c'est-à-dire par un pronostic où on lui annonçait ce qui devait arriver ou ce qui menaçait* ». C'est bien l'idée d'une adaptation au patient qui semble émaner des conseils hippocratiques. Le mensonge paraît occuper une place, en tant qu'attitude

permettant d'éviter l'impression, pour le patient, d'une menace.

Chez Platon [2], la thématique du mensonge est d'avantage abordée d'un point de vue politique. En effet, « *la vérité a des droits dont il faut tenir compte* » écrit-il, justifiant ainsi le moyen du mensonge pour le magistrat en vue d'une fin plus haute et plus noble, comme la protection de l'État. Tromper l'ennemi ne serait alors pas moralement condamnable pourvu que cela serve les citoyens. Au-delà de l'aspect politique, il évoque brièvement le rôle du médecin, pour lequel il semble également que le mensonge puisse être utilisé : « *Si nous avons eu raison de dire que le mensonge inutile aux dieux est quelquefois pour les hommes un remède utile, il est évident que c'est aux médecins à l'employer, et non pas à tout le monde indifféremment* ». Plus encore, il semble que chez Platon, tous les malades n'aient pas accès au même discours. Une différence est effectivement établie entre les patients riches et pauvres. Seuls les patients riches mériteraient l'investissement du médecin. Le malade pauvre n'aurait qu'à suivre les recommandations du médecin alors que le malade riche se verrait dispenser davantage d'information et d'instruction pour une meilleure adhésion, aux prescriptions du médecin [3].

Dans la Rome Antique, la possibilité du mensonge est laissée au médecin, pour autant qu'il soit inclus dans une volonté thérapeutique, la parole rassurante étant jugée bienfaisante pour le patient. D'un point de vue général, le monde gréco-romain envisage déjà un « *mensonge thérapeutique* » délivré par le médecin dans un objectif de soin, mensonge thérapeutique étant par là-même le miroir des

attentes de la part des patients, en recherche de bonnes nouvelles et de paroles agréables [4].

Le Moyen-Âge, période historique au cours de laquelle la religion était omniprésente, voit l'autorité du médecin renforcée. Le médecin, alors considéré comme l'agent de Dieu, devrait connaître la même obéissance que celle envers Dieu. Le terme de « *dissimulation prudentielle* » est évoqué par Saint-thomas d'Aquin, notion intéressante à comprendre, notamment de par la nuance qu'elle implique entre le mensonge et la tromperie. « *Vouloir tromper quelqu'un, lui faire croire ce qui est faux, cela ne ressortit pas spécifiquement du mensonge, mais à une certaine perfection du mensonge(...). Le désir de tromper appartient à l'effet ultime du mensonge, non à son espèce, de même qu'aucun effet n'appartient à l'espèce de ce qui le cause* » [5]. L'auteur sous-entend en cela que la tromperie peut être située hors du mensonge car cette dernière peut être considérée comme l'effet d'autre chose que le mensonge. Il existerait en effet des situations de la vie où le fait de dire la vérité entrerait en contradiction avec un autre principe, comme la justice, la fidélité ou encore la charité [6]. Aussi, il ne s'agit pas tant de tromper par la production de signes délibérément faux mais plutôt de dissimuler une information dans le but non pas de mentir, mais de cacher la vérité. En découle une casuistique permettant d'affronter les situations délicates, potentiellement porteuses d'un dilemme. La dissimulation prudentielle dans le cadre du soin pourrait alors s'intégrer alors au souci charitable d'épargner au patient le poids d'une vérité jugée trop lourde à porter.

Le manuel d'*Éthique médicale* [7], proposé par le médecin Thomas Percival marque une certaine modernité dans la « *morale* » médicale, même s'il reconnaît, comme ses prédécesseurs, l'importance de rassurer le patient, « *les principes d'humanité justifiant que le praticien sacrifie la notion délicate de véricité, toutes les fois que l'authenticité serait profondément pénible au patient* ».

Si la critique du mensonge existe chez plusieurs praticiens au cours des siècles, c'est peut-être chez le philosophe allemand E. Kant [8] qu'elle sera la plus virulente. Ce dernier condamne le mensonge du point de vue du sujet moral qui ne doit mentir en aucune circonstance et ce, indépendamment des conséquences. Le mensonge est contradiction entre la parole et la pensée et ruine l'essence même de la parole, normalement synonyme de confiance. Plus encore, Kant condamne le mensonge en vertu de l'impératif catégorique relatif à la généralisation : « *Agis de telle sorte que la maxime de ton action puisse être érigée en règle universelle de la nature* ». En effet, qu'advierait-il d'une société qui prendrait comme principe d'action celui même de mentir ? Cette position fait suite à une controverse avec Benjamin Constant (1767–1830), homme politique et philosophe français. Constant objecte que le principe de dire la vérité « *s'il était pris d'une manière absolue et isolée rendrait toute société impossible* ». Dois-je par exemple dire la vérité à des assassins qui me demanderaient si mon ami qu'ils poursuivent n'est pas réfugié chez moi ? Ainsi pour Constant, dire la vérité n'est un devoir qu'envers ceux qui ont droit à la vérité. Plus encore, pour Constant, nul homme n'a droit à la vérité qui nuit à autrui. À plus de deux siècles de distance, la polémique Kant/Constant au sujet d'un « *prétendu droit de mentir par humanité* » demeure d'une cuisante actualité [9], notamment dans le domaine médical

où la question de l'utilisation du mensonge, demeure. C'est d'ailleurs Tolstoï [10] dans son fameux récit sur les derniers moments d'Ivan Ilitch, qui dénonce le manque d'information comme compromission de la fin de vie d'un patient malade.

Entre bienveillance thérapeutique et faute morale, comment comprendre le mensonge et dans quelle mesure y avoir recours ? Peut-on statuer sur une vérité dite « *acceptable* » ? Qui doit et peut décider ? Peut-on consentir à son usage sans risquer de dériver au-delà des limites du tolérable ?

Le mensonge : une dérive extrême

Dans le cadre de la médecine du XX^e siècle, l'histoire de l'éthique médicale, notamment dans le domaine de la recherche, donne à voir des dérapages qui sont les témoins d'une vérité médicale manipulée à un moment donné, pour arriver à des fins ayant vocation à servir le collectif (en l'occurrence ici le progrès) au détriment du singulier (l'individu, sujet de la recherche).

Quel usage le monde médical peut-il faire de la vérité et jusqu'à quel point dérober l'information peut-il nuire à la victime du leurre ? La mise au jour des expérimentations effectuées par les médecins nazis² sur des êtres humains durant la Seconde Guerre Mondiale [11], la naissance d'enfants malformés aux États-Unis entre 1950 et 1960, suite à une ingestion non consentie par la mère durant la grossesse d'un médicament³ non validé par la Food and Drug Administration (FDA) [11], sont autant d'événements venant interroger le bien-fondé de l'information fournie aux sujets concernés et la manipulation qu'il devient possible d'en faire dans un contexte précis. Les sujets concernés, ainsi transformés en véritables objets de recherche, se sont vus instrumentalisés, puisque trompés par un discours mensonger sur la visée finale de l'acte commis. La parole énoncée, souffrant cruellement d'honnêteté, amène, dans ces situations, la relation médicale à l'extrême incommensurable du mensonge au service d'un acte faisant abstraction totale d'autrui.

« *La possibilité du mensonge est donnée avec la conscience elle-même, dont elle mesure ensemble la grandeur et la bassesse. Et comme la liberté n'est libre que parce qu'elle peut choisir ou le bien ou le mal, ainsi la dialectique du mensonge tient tout entière dans cet abus d'un pouvoir qui est propre aux consciences adultes* » [12].

Ces situations donnent à voir des extrémités insupportables, dont la connaissance historique inciterait à ne jamais les reproduire. Le mensonge inscrit dans le cadre médical, mérite d'être interrogé sur le plan juridique car il semble parfois occuper une place rationnellement justifiée et ce, indépendamment, cela va de soi, des conséquences aussi dramatiques prises en exemples ci-dessus.

² « C'est en 1947, durant le Procès de Nuremberg que l'on découvre les atrocités commises par les nazis. Ce procès a donné lieu à l'élaboration du Code Nuremberg, texte constitué de dix règles ayant vocation à définir les conditions dans lesquelles l'expérimentation sur l'homme peut avoir lieu ». G. Durand.

³ Le médicament en question est la thalidomide, non validée par l'Agence américaine des produits alimentaires et médicamenteux.

La place du mensonge du point de vue juridique

En termes juridiques, la notion de mensonge engage nécessairement la notion de relation en ce que le premier contrevient à la seconde, clairement posée par la loi. À cet égard, l'arrêt Mercier [13] énonce qu'il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat comportant, pour le praticien, l'engagement, sinon, bien évidemment, de guérir le malade, ce qui n'a d'ailleurs jamais été allégué, du moins de lui donner des soins. Ainsi, une relation contractuelle s'établit. Le médecin est à cet égard tenu à une obligation de moyen et non de résultat et donc, corrélativement, engagé à fournir un maximum d'informations sur les traitements proposés et les conséquences qui en découleraient. Aussi, pour satisfaire aux critères de cette relation dans le cadre du soin, le médecin se doit de prodiguer une information loyale, claire et appropriée ainsi que respecter le secret médical. De son côté, le patient règle ses honoraires et respecte les prescriptions médicales.

Au regard de ces données, quel sens prend le mensonge d'un point de vue juridique ? Si l'on comprend l'acte de mentir comme équivalent de l'action de dissimuler, de déguiser volontairement la vérité, de nier ou taire ce que l'on devrait dire, l'on saisit pourquoi cette pratique est antinomique de ce qui constitue la relation contractuelle notamment, en raison du manque informationnel. En effet, l'obligation d'information possède une origine déontologique et jurisprudentielle. Cette dernière est consacrée par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [14] qui est venue asseoir le principe du respect de l'autonomie, en mettant en évidence le droit à l'information et le consentement éclairé. Ainsi, le rapport à l'information dans la relation de soin est désormais pensé à l'aune du droit, droit à l'information, droit à disposer de son corps. Mais également en rapport à la question : est-ce que le patient sait tout ? Autrement dit, l'entière objectivité de l'information est interrogée, sous-entendant que le patient devrait pouvoir connaître chaque détail connu par le praticien lui-même.

Toutefois, si l'article 35 du Code de déontologie médicale [15] reconnaît le devoir du médecin « *Le médecin doit à la personne [...] une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose [...]* », il mentionne également que « *...dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes [], un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic graves []* ».

De ce fait, où placer le curseur entre le vrai et le faux et plus encore entre le dit et le non-dit ? Comment objectiver cette appréciation ? En effet, ne repose-t-elle pas sur une appréciation éminemment subjective du médecin ?

En responsabilité civile, le mensonge peut être sanctionné, s'il existe un lien de causalité entre la faute, ici le mensonge ou le défaut d'information, et un préjudice, comme une blessure ou encore la mort du patient. Il en est de même en responsabilité pénale. Cela dit, au défaut d'information ne correspond aucune sanction pénale. La sanction, au sens d'une condamnation, peut intervenir si l'on reconnaît une infraction pénale, comme par exemple la mise en danger d'autrui. Ainsi, le défaut d'information ou mensonge par omission pourrait éventuellement être

considéré comme un élément ayant concouru à la réalisation d'un dommage, pour autant qu'il réunisse un élément intentionnel et matériel.

Une fois posés, ces principes régissent objectivement la relation. Pourtant, comment interpréter la double possibilité paradoxale qui pose d'un côté le devoir d'une information loyale, claire et appropriée et de l'autre la nécessité de s'adapter au malade et donc a fortiori, la possibilité de ne pas tout divulguer ? Le point de vue sociologique tend à essayer de saisir la place que ce dernier pourrait occuper au regard de ce contexte légal.

La relation de soin à l'épreuve de la distinction radicale du vrai et du faux

Sociologiquement, l'on constate que les relations peuplant notre vie quotidienne ne sont jamais totalement transparentes. Tout échange avec les autres suppose un contrôle plus ou moins important des messages transmis ainsi qu'une certaine maîtrise émotionnelle de soi. La dissimulation de certaines émotions et la canalisation des pulsions, sont parfois nécessaires à l'établissement et au maintien des relations. Pour Boris Cyrulnik [16], « *mentir c'est respecter l'autre* », c'est même « *une preuve de talent relationnel* ». On pourrait donc admettre que la relation, aussi bien dans son commencement que dans sa poursuite, implique nécessairement une forme de mensonge, celui associé à la dissimulation. Par conséquent, pourquoi la relation de soin en serait-elle exempte ? La question demeure pourtant : faut-il dire la vérité, toute la vérité au malade ? Il semble exister des positionnements aussi nombreux que de praticiens. Certains considèrent que l'on ne saurait se soustraire à l'impératif de vérité alors que d'autres pensent que si l'information est synonyme de souffrance, il ne faut pas la dévoiler, et ce, au nom d'une du principe de non-malfaisance. Ces questionnements appellent des réponses subjectives, des préférences, des valeurs et s'inscrivent dans un contexte toujours unique et singulier.

Au-delà de l'évolution juridique, l'importance d'une information claire et intégrale prend place dans un mouvement sociétal plus large marqué par le passage d'une société où la référence à la hiérarchie et à l'autorité était centrale à une société où l'autonomie des individus est désormais primordiale. La relation de soin n'échappe pas à une telle évolution. En deux générations, nous avons changé de paradigme en passant d'un modèle paternaliste (pour le Dr Louis Portes) [17], « *l'acte médical normal n'étant essentiellement qu'une confiance (celle du patient) qui rejoint librement une conscience (celle du médecin)* » à un modèle autonomiste. Celui-ci se décline en deux modèles l'un informatif et l'autre interprétatif/délibératif.

Dans le modèle informatif, le médecin fournit au patient des informations appropriées sur le diagnostic et les options thérapeutiques (la vérité objective est transmise presque sans ménagement) afin de l'aider à choisir un traitement, sans se soucier des valeurs et préférences du patient. Ce modèle est satisfait si tous les éléments sont remis à la responsabilité du patient, qui pourra, en toute autonomie, effectuer son propre choix. Que cette vérité fasse mal, qu'elle soit difficilement intégrable, qu'elle ne tienne pas compte de la subjectivité du patient, là n'est pas la question

puisque l'essentiel est que le patient sache objectivement tout ce qu'il y a à savoir. Le modèle informatif tend à faire de la vérité l'impératif numéro un, indépendamment du contexte personnel du patient.

En revanche, dans le modèle interprétatif/délibératif, le médecin expose les éléments du diagnostic, les éventuelles stratégies thérapeutiques tout en tenant compte des valeurs du patient. En plus de donner des informations factuelles et objectives sur le diagnostic, le praticien invite le patient à s'exprimer, à dire ce qu'il en pense. Le médecin se trouve dans une posture d'accompagnant au regard du choix thérapeutique. La relation empreinte d'un tel partage apparaît alors être le garant d'une décision authentique, prise en sincérité et en confiance avec la personne concernée, garantissant également une réelle attention à son autonomie. Ce modèle se déploie particulièrement dans le cas des maladies chroniques où le patient doit adapter son style de vie aux contraintes quotidiennes liées à la pathologie. Ce modèle interprétatif admet que d'un patient à l'autre, la capacité à accueillir une vérité n'est pas nécessairement similaire, requérant ainsi pour certains davantage d'adaptation et de prise en compte du rythme individuel.

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [14] témoigne d'une évolution sans précédent dans le rapport que le médical entretient à la vérité de l'information. Elle rend en même temps compte d'injonctions paradoxales, d'un *double-blind* : le légal qui incite à la transparence mais qui permet de ne pas tout dévoiler, et le social qui prône l'information totale, l'autonomie intégrale. Finalement, comment sortir de ce paradoxe ? Comment trouver le juste milieu, l'équilibre et sortir du modèle manichéen tendant à appréhender les situations dans les uniques termes du vrai et du faux ?

À la recherche du juste moment

Transparence, vérité, information partagée, décision éclairée, autonomie deviennent les piliers de la relation entre un patient, un malade, et un soignant. À l'évidence, le rapport au mensonge s'en trouve transformé et nous interroge, à l'image du titre du travail sociologique de Sylvie Fainzang : « *La relation médecins-malades : informations et mensonges* » [18].

Dans le contexte du soin, peut-on envisager un impératif radical de vérité qui s'exprimerait par le fait de « *tout dire* », « *tout le temps* », « *tout de suite* » ? Si le mensonge, nous l'avons compris, est considéré comme condamnable pour plusieurs motifs, ne serions-nous pas dans la négation du principe même de soin et de bienfaisance s'il était exigé que toute information dût être révélée au moment même où elle était connue du soignant ?

Élaborer un parcours de vérité, jalonné par le temps et les incertitudes, ne serait-il pas une façon de se placer en amont de ce qu'est le mensonge et de créer alors un juste milieu correspondant à la recherche du meilleur moment ?

Le Kairos

Ne pas dire les choses pourrait participer du mensonge, comme nous l'avons signalé précédemment, mais ne pas les

dire dans l'immédiat et « *n'importe comment* » (en ne se souciant que du simple fait que les choses soient clairement dites – comme une façon de se désresponsabiliser) n'est pas directement assimilable au mensonge tel qu'il nie l'autre de façon égoïste en altérant sa confiance et toute possibilité de communiquer. Ainsi, il apparaît que la temporalité est à considérer dans l'annonce de la vérité. Se donner le temps, être à l'écoute, être attentif aux mots choisis et assurer un suivi sont essentiels dans l'annonce d'une voire plusieurs mauvaises nouvelles. Cette annonce s'inscrit toujours dans une histoire avec un pendant, un avant, et un après. Elle prend place dans une relation et un contexte. Elle ne doit pas être délivrée brutalement au risque de traumatiser le patient. L'intensité de l'émotion parfois provoquée par l'annonce fait que le patient n'entend qu'une partie de ce qui est effectivement dit. Lors de la consultation où est réalisée la première annonce, tout ne peut pas être abordé, le patient a besoin de temps. L'information doit être distillée en fonction du rythme propre de chaque patient, de sa volonté de savoir, de son droit de ne pas savoir, de sa capacité à entendre ce qui lui arrive, à réagir et à ne pas s'interdire tout espoir ou tout projet [19].

Peut-on alors parler d'une science du moment opportun ? Il semblerait que le choix du bon moment doive être soumis à l'évaluation du praticien au regard du patient qui lui fait face, son histoire et ses attentes. L'intuition pourrait-elle alors s'ajouter au regard procédural du scientifique permettant alors de saisir la profondeur de l'instant décrit comme le « *kairos* » dans le temps physique et linéaire du « *chronos* » ? C'est au cœur de la pensée grecque et plus spécifiquement chez Aristote, que l'on trouve une réflexion sur le temps, notamment sur le « *kairos* », entendu comme le moment opportun. Comment faire coïncider le temps et l'action de l'homme ? Comment s'assurer d'un temps propice pour délivrer une information importante ? Une réflexion sur le « *kairos* » au sein de la santé rappelle que l'action médicale, si elle doit inévitablement s'appuyer sur des connaissances et des principes guidant la pratique, doit également prendre acte de la singularité du patient et de ce fait, être adaptée au contexte et se réaliser au gré des circonstances, toujours individuelles. Si l'on retrouve cette notion dans la médecine elle-même, en particulier dans la médecine hippocratique, c'est Aristote [20], en la conceptualisant d'un point de vue philosophique, qui la développera plus en profondeur. Ce dernier associe le « *kairos* » à l'idée de « *médiété* », c'est-à-dire à une action dont l'auteur aurait saisi le juste milieu entre le « *trop tôt* » et le « *trop tard* ». Si l'on comprend bien la théorie aristotélécienne selon laquelle il serait souhaitable d'éviter le choix d'un mauvais moment dans l'ordre du temps, comment réussir cette entreprise périlleuse que celle de happer le meilleur moment dans le cadre spécifique du soin, caractérisé par une relation entre deux personnes, chacune porteuse d'une subjectivité ? Si le moment est jugé bon par le praticien, le sera-t-il nécessairement pour le patient ? Et inversement, si le médecin estime que la situation n'est pas appropriée pour aborder ce qui est jugé « *délicat* », est-ce à dire pour autant que le patient n'est pas en mesure d'entendre et d'accepter ? Plus encore, si au cœur de la pensée philosophique, il y a cette idée que l'occasion est unique et qu'elle ne se

représentera jamais plus⁴, qu'en est-il de l'occasion au cœur du soin ? La manquer une fois, est-ce la manquer pour toujours ?

L'incertitude

Ce questionnement sur le moment du dire, sur ce qu'il faut dire ou non, et la façon de le dire, engage la réflexion sur le rapport que le soignant peut avoir à l'incertitude en général et au doute en particulier [21]. Pourquoi ces incertitudes inhérentes à la pratique médicale ? Tout savoir scientifique est par nature incertain, réfutable ; à cet égard, on ne parle pas de données acquises de la science, mais simplement de données actuelles. Le clinicien doit prendre une décision pour un individu donné auquel les statistiques ne peuvent pas s'appliquer automatiquement. Il y a toujours pour le médecin une incertitude essentielle qui sépare la connaissance statistique d'une population de la connaissance dont on aimerait disposer à l'égard d'un sujet singulier [22]. En plus d'une incertitude liée à l'état de la science et des connaissances, qu'en est-il de l'accueil d'une information pour le patient lui-même ? Dans le cadre de l'annonce de l'incurabilité d'une maladie, l'information délivrée n'est bien sûre pas que médicale et raisonne au-delà de ce seul niveau. Évoquer l'impossibilité pour la personne de guérir, c'est aussi faire se diriger le dialogue sur une mort possiblement imminente. Comment dès lors adapter son discours, tant parler de cette période de fin de vie n'est pas chose aisée ? Comment dire la mort, cet inqualifiable par excellence ? L'incertitude n'est donc pas que statistique mais aussi et peut-être surtout métaphysique, dans la mesure où il est ici question de l'inconnu fondamental de l'existence, notre mort.

Comment aider cette personne malade à ce moment de son histoire de vie ? Que dire à un patient qui présente une maladie grave, évolutive ou terminale qui vous demande s'il va mourir ? Le patient est en quête de réponses, et le médecin se sent obligé de les lui apporter. Lui donner des réponses précaires est toujours possible, mais ne fonctionne pas à long terme. [23,24] Que répondre ? La mort va advenir, mais nous ne savons ni quand ni comment. Cette temporalité incertaine ne peut pas être niée. Elle est évoquée, expliquée et partagée avec le patient et sa famille dans une relation de confiance où le soignant s'engage à prendre soin du patient jusqu'au bout et à ne pas l'abandonner. Si cette incertitude est source d'angoisse, déstabilisante, elle constitue le terreau du vivre ensemble le temps qui reste à vivre où les souhaits, les désirs, les projets du patient donnent sens à la vie. Telle personne souhaitera retourner à la maison, telle autre voudra régler ses affaires, telle autre désirera réunir sa famille autour d'elle. Qu'ils se réalisent ou non, ces projets modestes dynamisent (stimulent) le patient et son entourage, donnent sens aux jours qui restent à vivre. Car, sinon, comment peut-on vivre dans la seule attente de la mort, posture véritablement insoute-

nable ? Ainsi, l'incertitude permet aux patients et sa famille d'investir le temps présent « *ici et maintenant* ».

Aussi, l'élaboration d'un parcours de l'annonce, synonyme parfois de voilement temporaire de la vérité, sans atteindre pour autant le mensonge moralement condamnable, est représentatif d'un aveu d'incertitude, avec laquelle l'agir soignant doit sans cesse composer. Il suffit alors de laisser le temps à l'autre d'évoluer de façon à saisir le moment le plus opportun, le « *kairos* », pour l'annonce d'une information, la personne étant par nature un « *incertain* », nécessitant une adaptation de posture de la part du soignant. La notion de juste moment est importante dans la mesure où ce parcours de vérité pourrait encore être considéré comme une forme de mensonge. Comment trouver une telle mesure, qui ne soit pas en même temps une excuse pour légitimer le mensonge ? Ni ne soit une amputation de la liberté du patient ?

Conclusion

La réflexion éthique à propos de la place du mensonge dans la relation de soins est complexe, précisément car ce sont potentiellement les mêmes arguments, dont le respect du patient dans son autonomie et la bienfaisance envers ce dernier, qui peuvent valoir pour prouver qu'il faille dire ou non la vérité [25].

L'approche pluridisciplinaire du mensonge nous met face à des injonctions paradoxales : le légal qui incite à la transparence mais qui permet de ne pas tout dévoiler, le médical qui tente de saisir le « *kairos* » de l'annonce (ceci impliquant parfois la non-divulgence d'informations) et le social qui prône l'information et l'autonomie totale. Dans le contexte de soin, si le mensonge apparaît condamnable, la vérité devient-elle un impératif radical ? Une juste mesure est à rechercher dans un parcours de vérité en saisissant le « *kairos* » ou le bon moment.

Si dire la vérité au moment opportun est souhaitable, la question du « *comment* » est autrement plus délicate. « *Que faut-il dire au malade ? Il faut le lui demander* » affirmait le médecin Jay Katz [3]. Au-delà d'une vérité médicalisée, le patient pourrait surtout attendre une « *relation de vérité* » et de confiance. Aussi, les idées de cheminement, d'élaboration et de co-construction prennent tout leur sens et une place certaine. Peut-être que la question n'est pas tant réellement de savoir ce qu'il faut dire ou taire, mais bien de savoir comment le dire et cela commence dès l'annonce du diagnostic et du traitement [26].

Ainsi, le dilemme éthique reste entier et à la charge de celui qui engagera cette réflexion, se lançant ainsi dans un travail inlassable de décryptage, de traduction et d'interprétation. Ce travail, permettant la levée de certains malentendus, est peut-être le garant d'une bonne relation de soin.

Aussi, donnons du temps (« *kairos* ») au temps (« *chronos* ») pour autant que chacun attende le bon temps pour partir à temps !

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

⁴ Nous pensons ici à Jankélévitch qui dans son *Je-ne-sais-quoi et le presque-rien*, Tome 1 « La manière et l'occasion », Seuil, « Points Essais », 1981, décrit l'occasion comme une aventure qui advient toujours pour la première fois et par la suite, plus jamais.

Références

- [1] Hippocrate. Œuvres complètes, vol. 9; 1861. p. 206 [trad. Emile Littré, J.-B. Baillièrre, Médium, 2011/1 (N° 26)].
- [2] Platon, République, Livre 3, 389b–d.
- [3] Katz J. The silent world of doctors and patient. New York: Free Press; 1984.
- [4] Hoerni B. Vie et déclin du mensonge médical. Histoire des sciences médicales 2005; Tome XXXIX(4).
- [5] Saint-Thomas d'Aquin, *Somme théologique*, II, Ilae, quest. 110, art. 1.
- [6] Cavaillé J-P [mis en ligne le 11 janvier 2010, consulté le 19 janvier 2017. URL : <http://dossiersgrihl.revues.org/281>] « Ruser sans mentir, de la casuistique aux sciences sociales : le recours à l'équivocité, entre efficacité pragmatique et souci éthique », Les Dossiers du Grihl [En ligne], Les dossiers de Jean-Pierre Cavaillé, Secret et mensonge. Essais et comptes rendus; 2010.
- [7] Percival T. Medical ethics ; or a code of institutes or precepts, adapted to the professional conduct of physicians and surgeons. 3^e ed. Oxford: Park; 1803. p. 351.
- [8] Kant E. Fondement de la métaphysique des mœurs. In: Le Livre de Poche, Classiques de la philosophie; 1993.
- [9] Lequan M. Existe-t-il un droit de mentir ? *Etudes* 2004;4002:189–99.
- [10] Tolstoï L. La mort d'Ivan Ilitch, J'ai lu. Librio; 2005.
- [11] Durand G. Introduction à la bioéthique, « Histoire, concepts et outils ». Québec: Fides; 2007.
- [12] Jankélévitch V. Philosophie morale, « Du mensonge ». Flammarion; 1998. p. 213–21 [Du mensonge, Editions Confluences, 1945].
- [13] Arrêt Mercier 20 mai 1936. droit.wester.ouisse.free.fr.
- [14] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal Officiel de la république française 2002:4118–29.
- [15] www.conseil-national.medecin.fr.
- [16] De Solemne M. La sincérité du mensonge – [dialogue avec Boris Cyrulnik, Paul Lombard, André Bercoff, Christian Delorme]. Édition DERVY; 1999.
- [17] Portes L. « Du consentement à l'acte médical », Communication à l'académie des sciences morales et politiques, 30 janvier 1950, À la recherche d'une éthique médicale. Paris: Masson et PUF; 1955. p. 163.
- [18] Fainzang S. La relation médecins-malades : information et mensonge. PUF; 2008.
- [19] Leonetti J. Rapport fait au nom de la mission d'information sur l'accompagnement de la fin de vie; 2004.
- [20] Aristote. Éthique à Nicomaque, Livre VI; 1994.
- [21] Comité éthique et cancer. n° 10; 2012 www.ethique-cancer.fr.
- [22] Gallois P. Gérer l'incertitude de la pratique médicale. *Medecine* 2010;6(3):124–6.
- [23] Barruel F, Bioy A. Du soin à la personne : clinique de l'incertitude. Dunod; 2013.
- [24] <http://cliniquedelincertitude.fr/>.
- [25] Avis CCNE n° 58 du 12 juin 1998 : consentement éclairé et information des personnes que se prêtent à des actes de soin ou de recherche. www.ccne-ethique.fr.
- [26] Hoerni B. Le mensonge médical peut-il être une valeur éthique ? *Ethique Sante* 2012;10 www.ethique-cancer.fr.