

Comité Consultatif de Bioéthique

Avis n°35 du 13 mars 2006 relatif à l'exception thérapeutique

*Demande d'avis en date du 30 avril 2004,
de N. Clumeck, Directeur Général Médical d'IRIS (Interhospitalière Régionale des
Infrastructures de Soins), Bruxelles*

« Nous nous permettons de vous soumettre une question relative à l'exception thérapeutique pour laquelle il est apparu des divergences d'opinion au sein de notre groupe de réflexion.

En effet, s'il est clair que l'exception thérapeutique peut, sous certaines conditions, être invoquée lors de la communication d'informations au patient par le praticien professionnel (article 7¹), peut-elle être invoquée, alors qu'elle n'est pas explicitement prévue, lors de la communication d'informations pour l'obtention du consentement du patient à une intervention (article 8²) ? Le groupe de travail relève la difficulté de donner une information complète sur les options de prise en charge, alors que l'exception thérapeutique a été invoquée en ce qui concerne l'état du patient. ».

Le Comité Consultatif de Bioéthique, en sa séance du 31 mars 2005, a décidé de prendre la demande en considération.

¹ de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

² de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

CONTENU DE L'AVIS

- A. Introduction**
- B. Définition : l'exception thérapeutique**
- C. Cadres juridique et déontologique belges**
- D. Considérations éthiques**
 - D.1. Évolution de l'Éthique médicale dans le sens de la responsabilisation du patient**
 - D.2. L'exception thérapeutique dans le cadre de l'éthique médicale contemporaine**
- E. Recommandations et conclusions**

A. Introduction

Le Comité Consultatif de Bioéthique a pris connaissance de la demande du Dr N. Clumeck, Directeur Général Médical de l'Interhospitalière Régionale des Infrastructures de soins (IRIS) concernant l'application des articles 7 et 8 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient :

« La question est relative à l'exception thérapeutique, pour laquelle il est apparu des divergences d'opinion au sein du groupe de réflexion. En effet, s'il est clair que l'exception thérapeutique peut, sous certaines conditions, être invoquée lors de la communication d'informations au patient par le praticien professionnel (article 7), peut-elle être invoquée, alors qu'elle n'est pas explicitement prévue, lors de la communication d'informations pour l'obtention du consentement du patient à une intervention (article 8) ?

Le groupe de travail relève la difficulté de donner une information complète sur les options de prise en charge, alors que l'exception thérapeutique a été invoquée en ce qui concerne l'état du patient. ».

Le Comité Consultatif a, par ailleurs, pris connaissance de l'avis émis le 16 octobre 2004 par le Conseil National de l'Ordre des Médecins en réponse à la même requête. Le Comité a jugé opportun de mener une réflexion sur ce qu'il est convenu d'appeler l'exception thérapeutique. Sa définition, son intégration dans les principes éthiques qui conditionnent aujourd'hui les relations diagnostiques et thérapeutiques feront l'objet du présent avis.

Cette réflexion préliminaire paraît nécessaire avant d'aborder de manière plus précise la question posée.

B. Définition : l'exception thérapeutique

Fréquemment évoquée en doctrine, l'expression « exception thérapeutique », à notre connaissance, ne fait l'objet que de peu de définitions officielles. Elle n'est nommément citée ni dans la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, ni dans le code de déontologie médicale belge.

Dans son récent manuel d'Éthique Médicale, l'Association Médicale Mondiale en donne cependant une définition nuancée:

« Le cas où la divulgation d'informations est préjudiciable pour le patient. La notion traditionnelle de « privilège thérapeutique » est ici invoquée. Elle autorise les médecins à refuser la communication de données médicales susceptibles de porter gravement atteinte à l'état physique, psychologique et émotionnel du patient [...] ³».

³ Medical Ethics Manual, World Medical Association, Inc., 2005, p. 44-45.

H. Nys ⁴ d'une part et Y-H. Leleu et G. Genicot ⁵ d'autre part, citent « l'exception thérapeutique » comme une des deux dérogations à l'obligation d'informer, la seconde étant le droit du patient de ne pas savoir.

« L'exception thérapeutique permet une dérogation à l'obligation d'information du médecin, en ce sens que l'information qui pourrait en soi nuire au patient ne doit pas être communiquée ».

Dans le texte de H. Nys, l'exception thérapeutique s'applique à toute information qui peut avoir en soi des conséquences nuisibles sur la santé du patient.

Y-H. Leleu et G. Genicot défendent la même interprétation dont ils reconnaissent qu'elle s'appuie sur peu d'applications en jurisprudence. Ils donnent à titre d'exemple de l'exception thérapeutique les situations dans lesquelles *« l'information perturbe le patient au point de l'empêcher de prendre une décision libre »*. Ils soulignent que *« la mise en œuvre de cette exception exige que l'utilité thérapeutique de l'intervention soit grande »* et que *« la communication de l'information relative à l'intervention envisagée [...] entraînerait plus de risques que l'intervention elle-même [...] »*.

Dans le présent avis, l'exception thérapeutique concerne autant un diagnostic, un pronostic ou un risque grave lié à une intervention dont l'annonce est susceptible de porter gravement atteinte à l'état physique, psychologique et émotionnel du patient. Elle ne se limite pas nécessairement aux affections létales à brève échéance. En effet, certaines affections ont, dans la population, une connotation très négative, même si les possibilités thérapeutiques existent et permettent une survie prolongée dans des conditions satisfaisantes, voire même une guérison, tels par exemple, le diabète juvénile, certains cancers, en particulier les cancers du sein ou encore la tuberculose.

L'Association Médicale Mondiale, ainsi que les auteurs cités ci-dessus, insistent sur les limitations quant à l'application de l'exception thérapeutique, limitations qui seront soulignées plus loin.

C. Cadres juridique et déontologique belges

La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient ne cite pas nommément l'exception thérapeutique, mais y fait clairement référence dans l'article 7 §4, qui stipule:

« Le Praticien Professionnel peut, à titre exceptionnel, ne pas divulguer les informations visées au §1er au patient si la communication de celles-ci risque de causer manifestement un préjudice grave à la santé du patient et à condition que le praticien professionnel ait

⁴ H. Nys , « La médecine et le droit », Kluwer, Éditions juridiques Belgique – 1995, n° 308. Voir aussi dans la deuxième édition de 2005, notamment les n° 340 et 341 (commentaire de l'article 7, § 4 de la loi du 22 août 2002 relative aux Droits du patient).

⁵ Y-H. Leleu et G. Genicot, « Le droit médical », De Boeck Université, coll. Droit actuel, 2001, n° 89.

consulté un autre praticien professionnel. Dans ce cas, le praticien professionnel ajoute une motivation écrite dans le dossier du patient et en informe l'éventuelle personne de confiance désignée. Dès que la communication ne cause plus le préjudice visé à l'alinéa 1er, le praticien professionnel doit les communiquer. ».

Il s'agit d'une dérogation à la règle générale reprise à l'alinéa 1er de l'article 7 de la même loi, qui dispose :

« Le patient a droit de la part du praticien professionnel à toutes les informations qui le concernent et peuvent être nécessaires pour comprendre son état de santé et son évolution probable. ».

Ce droit à l'information figure également dans différentes directives ou déclarations internationales. Ce principe, largement admis, a conduit le Conseil National de l'Ordre des Médecins à modifier l'article 33 du code de déontologie médicale en date du 13 avril 2000 aux termes duquel :

« Le médecin communique à temps au patient le diagnostic et le pronostic. Ceci vaut également pour un pronostic grave, voire fatal. Lors de l'information, le médecin tient compte de l'aptitude du patient à la recevoir et de l'étendue de l'information qu'il souhaite. En tout cas, le médecin assure le patient d'un traitement et d'un accompagnement ultérieur adéquats. Le médecin y associe les proches du patient, à moins que ce dernier ne s'y oppose. A la demande du patient, il contacte les personnes que celui-ci a désignées. ».

Cette disposition fait référence à la fois à l'exception thérapeutique et au droit de ne pas savoir. Ces deux situations sont fondamentalement différentes sur le plan éthique. L'exception thérapeutique relève de l'initiative du médecin, tandis que le droit de ne pas savoir est le résultat de la volonté expresse du patient.

La position du Conseil National de l'Ordre des Médecins est réaffirmée voire renforcée dans son avis du 22 mars 2003 relatif aux soins palliatifs, à l'euthanasie et à d'autres décisions médicales concernant la fin de vie :

« Tant sur le plan légal que déontologique, le patient a droit à toutes les informations utiles sur son état, et il doit donner son accord pour tout examen et tout traitement. ».

L'avis fait ensuite référence à l'article 33 du code de déontologie, et aux articles 7 et 8 de la loi relative aux droits du patient. Ce dernier article de la loi traite plus précisément de la matière à la base de la demande :

« Le patient a le droit de consentir librement à toutes interventions du praticien professionnel moyennant information préalable. » (art. 8, §1er).

Le § 2 de l'article 8 énumère les informations à fournir au patient en vue de la manifestation de son consentement :

«[...] l'objectif, la nature, le degré d'urgence, la durée, la fréquence, les contre indications, les effets secondaires et risques inhérents à l'intervention et pertinents pour le patient, les soins de suivi, les alternatives possibles et les répercussions financières. Elles concernent, en outre les conséquences possibles en cas de refus ou de retrait du consentement et les autres précisions jugées souhaitables par le patient et le praticien professionnel. ».

L'avis du Conseil National de l'Ordre des Médecins émis à ce propos le 16 octobre 2004, relève que cette énumération ne reprend pas nommément le diagnostic primaire.

Il faut souligner que ces différents textes concernent le patient conscient, capable de recevoir l'information, de la comprendre et qui n'a pas antérieurement manifesté sa volonté de ne pas savoir.

D. Considérations éthiques

D.1. Évolution de l'Éthique Médicale dans le sens de la responsabilisation du patient

L'évolution de l'Éthique Médicale et les modifications survenues dans la relation même entre le soignant et le soigné se reflète dans l'évolution des textes légaux et des règles déontologiques.

Cette évolution est illustrée tout particulièrement par la nouvelle version datée du 13 avril 2000 de l'article 33 du code de déontologie médicale – précité p. 5 – qui, dans sa version antérieure, disait :

« [...] en principe, le pronostic doit être révélé au patient. Un pronostic grave peut cependant être légitimement dissimulé au patient. Un pronostic fatal ne peut lui être révélé qu'exceptionnellement, mais il doit l'être généralement et en temps opportun à l'entourage, à moins que le patient n'ait préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite. ».

Cet article rédigé en 1975, il y a trente ans, est caractéristique de l'attitude paternaliste qui dominait alors la relation soignant - soigné. Le praticien décidait, en toute autorité sur la base de son savoir, de son expérience et de la connaissance qu'il avait de son patient et de son milieu, de ce qu'il jugeait être le choix le plus adéquat. Cette attitude était socialement acceptée. Aujourd'hui, le souci d'informer le patient et d'obtenir son adhésion aux actes de soin, dans une relation de partenariat est devenu la norme⁶. Dans ce cadre, le praticien s'appuie toujours sur sa science, son expérience et la connaissance qu'il a du patient. Ce dernier, de son côté, participe aux décisions le concernant. Par application du principe d'autonomie, c'est lui qui en dernier ressort, de par ses droits sur

⁶ avis 58 du Comité Consultatif National d'Éthique, les Cahiers du C.C.N.E., Paris, 12.06.1998.

la maîtrise de son corps, donne son accord aux techniques diagnostiques et aux propositions thérapeutiques formulées par le praticien. Il prend même, de plus en plus souvent, des initiatives en ces domaines. Cette conception de la relation thérapeutique a le mérite de rendre celle-ci plus égalitaire même si son caractère inégalitaire subsiste entre celui qui possède un savoir médico-technique et celui qui souffre en essayant de comprendre. On relèvera cependant que si les patients attendent aujourd'hui de leur médecin plus d'informations que jadis, leur compréhension de leur propre physiologie, des actes médicaux les concernant reste souvent approximative et leur participation aux décisions les concernant fort variable.

Cette conception des soins, établie de longue date dans les pays anglo-saxons, rencontre quelques difficultés dans nos régions. La tradition paternaliste y paraît ancrée plus profondément dans les comportements médicaux. Chez de nombreux praticiens, il subsiste une appréhension à communiquer un diagnostic grave, en particulier lorsqu'il n'existe pas de thérapeutique efficace. Dans un passé proche, combien de patients sont décédés de kyste au sein ou de tache au poumon en ignorant qu'ils étaient porteurs d'une tumeur cancéreuse. Ces situations deviennent, aujourd'hui inacceptables, sans cependant disparaître. Il est difficile de justifier un comportement où l'on prescrirait un traitement par chimio- ou radiothérapie, avec toutes les contraintes ou effets secondaires que cela implique, sans informer le patient qu'il est porteur d'une néoplasie.

Il serait aujourd'hui éthiquement inadmissible qu'un patient séropositif prenne la thérapeutique lourde, et une fois encore grevée d'effets secondaires, en ignorant l'affection qui le frappe. On le comprendrait d'autant moins dans ce cas précis, que l'affection comporte un risque de contagion du ou des partenaires et implique des modifications du mode de vie.

Le principe d'autonomie qui gouverne cette évolution fait l'objet d'une discussion exhaustive dans l'avis n°16 du Comité Consultatif de Bioéthique relatif au refus de transfusion sanguine par les Témoins de Jéhovah. Citant I. Berlin, il y est défini :

« L'autonomie est la base de ce qui fait d'une personne un acteur moral. Avant toute chose, je souhaite prendre connaissance de moi-même comme un être pensant, doté de volonté et actif qui est responsable de ses choix et qui est en mesure de les exprimer sur base de ses propres idées et objectifs. »⁷.

La valeur de l'autonomie se fonde sur le respect du caractère unique de chaque personne et de la dignité humaine qui implique, entre autres, la liberté de chacun de prendre des décisions selon ses propres valeurs. Celles-ci ne sont pas nécessairement perçues de la même façon par le patient et son praticien. Le patient peut accorder une valeur préférentielle à la qualité de sa survie au détriment de la durée de celle-ci, alors que le praticien pourrait maximiser la valeur quantitative des années gagnées en accordant moins d'importance à la qualité du vécu.

⁷ I. Berlin, « Four Essays on Liberty », Oxford Clarendon Press, 1969, cité dans l'avis n°16, note de bas de page n°5.

Le principe d'autonomie est devenu le fondement du droit au consentement avant tout acte médical. Ce consentement doit être éclairé, c'est-à-dire qu'il est donné par un patient dûment informé. Ceci implique d'une part la possibilité de consentir, à savoir la capacité de comprendre et le pouvoir de se déterminer librement. La capacité de comprendre suppose que l'état du patient lui permet d'évaluer son état physique et d'appréhender les informations qui lui sont fournies concernant sa maladie, son état de santé, les possibilités thérapeutiques et le pronostic. Cette information se doit d'être loyale, claire, appropriée, simple et intelligible.

Il y a lieu d'être attentif lors de la communication d'une telle information à un patient qui appartient à une culture différente. Dans la mesure du possible, on fera appel à un médiateur culturel capable non seulement de traduire les informations fournies, mais également de les adapter aux particularités de la culture d'origine du patient. Ainsi, la mort n'est pas chargée du même poids symbolique dans toutes les cultures.

Dans les situations où le patient n'est pas capable de recevoir l'information et de consentir de manière autonome, par exemple en cas de coma ou de démence, l'information sera donnée et le consentement demandé soit au représentant désigné en temps utile par le patient, soit encore à un de ses proches, tels que définis dans la loi sur les droits du patient. Par contre, si le patient est capable de décision, le principe d'autonomie est également en jeu lorsque certains membres de la famille prétendent interdire qu'on informe le patient du diagnostic. Il y a alors prise de pouvoir de la famille et sujétion de l'individu au groupe familial. Cette attitude paraît plus fréquente dans certaines cultures, de par la place de l'individu dans la structure familiale, notion plus large dans certaines régions, par exemple du pourtour méditerranéen, que la famille nucléaire de nos sociétés.

L'obligation d'informer n'implique évidemment pas que le diagnostic et ses conséquences soient divulgués brutalement, sans ménagement. Comme le prévoit l'article 33 du code de déontologie médicale, dans sa nouvelle version, lors de la communication de l'information, le médecin tiendra compte de l'aptitude du patient à la recevoir. Il adaptera celle-ci à la faculté de compréhension et à l'état affectif du patient. Souvent, l'information devra être donnée progressivement et de manière répétée. En effet, lors de la réception d'un diagnostic grave, le patient peut présenter un blocage psychique qui l'empêche de comprendre la totalité de l'information fournie. Le message perçu se limite soit aux aspects les plus négatifs, soit au contraire amplifie le côté positif des données fournies. Durant, mais aussi et peut-être surtout après la communication de l'information, le patient devra faire l'objet d'un suivi régulier. Il est nécessaire de vérifier sa compréhension du message et de lui offrir un support psychologique régulier, propre à lui éviter ne serait-ce qu'une impression d'abandon.

Le problème peut se révéler plus difficile encore dans les situations aiguës, où un diagnostic récent et inattendu implique des décisions urgentes concernant des soins lourds de conséquences. Dans ce contexte, le temps manque pour préparer le patient à recevoir une information péjorative et lui assurer un accompagnement dans le temps. C'est dans de telles situations que la compétence, l'empathie et l'expérience de l'équipe de soins se révéleront les plus précieuses. Ces qualités permettront de choisir les mots, le moment pour délivrer une information qui, sans être mensongère, ne pourra souvent être que

partielle et devra être complétée ultérieurement.

La perception que le patient a de son affection, de son pronostic et des possibilités thérapeutiques a une importance considérable pour son acceptation de son état de santé et pour son adhésion à la stratégie de soins.

Une majorité de patients ont la capacité de faire face aux évènements. S'ils sont informés avec compétence et encadrés de manière efficace, ils sont capables d'analyser et d'interpréter leur situation. Leur sang froid, leur courage suscite même, parfois, étonnement et admiration chez les soignants. Un tel comportement se rencontre même chez les sujets jeunes. Les enfants atteints d'une affection chronique peuvent faire preuve d'une étonnante maturité.

Le malade, sur base de la perception qu'il a des informations reçues, se construit selon ses possibilités et ses conceptions personnelles une image de la situation à laquelle il est confronté. L'expérience clinique apprend que cette image n'est parfois qu'un reflet fort lointain des faits concrets. Cette vérité imparfaite lui permet d'accepter la situation et de « vivre avec » le diagnostic ou l'affection. Cette interprétation, certes erronée, mais souvent plus viable que la réalité académique représente un moyen de protection qui peut être respecté, pour autant qu'elle n'altère pas la capacité de décision du patient. Dans ce cas, elle sera corrigée progressivement et prudemment.

Par ailleurs, dans un certain nombre de cas, un état dépressif réactionnel à l'annonce d'un diagnostic péjoratif ou d'une maladie chronique peut influencer les choix du patient et son attitude vis-à-vis des options thérapeutiques qui lui sont proposées.

Les médecins, les infirmières, mais aussi les psychologues et d'autres praticiens professionnels, trop peu présents dans nos hôpitaux, ont un rôle crucial dans le soutien dont le patient doit bénéficier. En particulier le médecin généraliste, qui connaît son patient et son milieu socio-familial, occupe une place importante, surtout dans des situations de diagnostic grave ou fatal.

Le médecin en charge du patient doit rester le responsable de l'information. Il faut éviter que ne soient distribuées des données qui peuvent être ou même simplement apparaître comme contradictoires et ainsi susceptibles de semer le doute dans l'esprit du patient. S'il est évident qu'une information claire et complète est indispensable pour que le patient puisse en toute autonomie participer aux processus des soins qui le concernent, elle est également nécessaire pour qu'il puisse prendre, concernant une éventuelle fin de vie ou encore une altération de conscience prévisible, les décisions nécessaires telles que le recours aux soins palliatifs, la demande d'euthanasie, la désignation d'un mandataire, sans oublier les éventuelles mesures pratiques sur le plan familial et professionnel.

La loi et les règles déontologiques reconnaissent au patient le droit de ne pas savoir. Ce choix doit être exprimé clairement par le patient. Il ne peut servir d'échappatoire au praticien pour éviter la difficulté de communiquer un diagnostic grave ou un pronostic sévère.

Par ailleurs, la loi reconnaît au praticien le droit à titre exceptionnel de ne pas divulguer les informations, si la communication de celles-ci risque de causer manifestement un préjudice grave à la santé physique ou psychique du patient. L'avis du Conseil National de l'Ordre des Médecins du 16 octobre 2004 reconnaît également cette éventualité, de

même que l'Association Médicale Mondiale⁸. Cette attitude se doit d'être exceptionnelle puisqu'elle prive le patient d'une partie et souvent de l'essentiel des informations nécessaires pour exercer pleinement son droit à l'autonomie. Le praticien professionnel doit faire confirmer son opinion, de même que les risques de la communication par un autre praticien. Il doit, conformément à la loi, faire figurer au dossier la décision et ses motivations en se souvenant que le patient jouit du droit d'accès à ces données dans les limites de l'article 9 §2 de la loi relative aux droits du patient. L'exception thérapeutique, pour le législateur ainsi que pour le code de déontologie, devrait habituellement être limitée dans le temps. Un suivi attentif et une stratégie de la communication bien comprise permettent, dans la grande majorité des cas, de préparer le patient à recevoir l'information dans de bonnes conditions et de choisir le moment opportun pour la délivrer. L'information doit tenir compte de l'évolution probable de l'affection. De cette manière, on peut éviter de devoir délivrer l'information péjorative en période de crise ou de situation d'urgence, dans un contexte dramatique peu propice et qui ne laisse pas au patient le temps de la réflexion. On anticipera la survenue de ces situations pour préparer avec le patient une réflexion stratégique, définissant les choix en fonction des événements possibles.

Le Comité Consultatif insiste de nouveau sur l'importance du suivi lors et peut-être surtout après la communication de l'information. Ceci est particulièrement important dans les affections chroniques pour lesquelles il n'existe pas de thérapeutiques curatives ou après les échecs des thérapeutiques établies. On ne soulignera jamais assez l'importance d'un contact humain, de l'empathie.

La réalisation pratique de ces obligations est difficile. En plus de compétences et d'ouverture d'esprit, elle demande du temps et des moyens que le législateur n'a pas prévus de mettre à la disposition des praticiens.

D.2. L'exception thérapeutique dans le cadre de l'éthique médicale contemporaine

Moyennant ces précautions, les membres du Comité considèrent que, tenant compte de l'évolution récente de la société et des recommandations éthiques qui régissent la relation médecin ou soignants en général et patients, et des possibilités thérapeutiques curatives ou symptomatiques, l'exception thérapeutique ne se justifie plus que de manière très exceptionnelle et -dans la mesure du possible- limitée dans le temps. Ils regrettent que, dans la pratique, il y soit encore trop souvent fait référence et craignent qu'elle ne constitue fréquemment une solution de facilité pour le praticien. Communiquer un diagnostic grave, un pronostic péjoratif, demande du temps, ce qui n'est pas valorisé dans la pratique médicale actuelle centrée sur la technicité. Cette communication demande également une expertise et une capacité d'empathie qui, malheureusement, trouvent encore trop peu de place dans la formation théorique.

Le Comité reconnaît que, dans certaines circonstances, la réaction du patient à l'information peut l'orienter vers des choix thérapeutiques qui ne soient pas nécessairement les mieux adaptés à son état de santé. On a ainsi vu des patients, informés

⁸ Medical Ethics Manual 2005; pages 44 et 45, déjà cité en note de bas de page n°3.

de la détection d'un cancer parfaitement curable et effrayés par la sanction chirurgicale proposée ou par les effets secondaires attribués à tort ou à raison à la chimiothérapie proposée, choisir des solutions thérapeutiques ésotériques et inefficaces. Le malade confronté à la souffrance, à la maladie, à l'approche de la mort peut éprouver des difficultés à discerner ce qu'il souhaite, ce qu'il peut accepter. Il demande dès lors de la part de son praticien une grande faculté d'écoute, de compréhension et une capacité à communiquer. Le patient, mais aussi son entourage qui joue un rôle important dans ses choix, doivent faire l'objet d'un nécessaire accompagnement psychologique. Il faut consacrer du temps à les écouter, à leur expliquer de manière progressive et évolutive où se trouve l'intérêt du patient. Le problème ne se limite pas à délivrer l'information mais à en assurer le suivi et à accompagner les décisions qui en découlent.

Par ailleurs, l'exception thérapeutique n'autorise en aucune manière de trahir la vérité. Un mensonge ne peut se justifier par le désir d'orienter le choix du patient vers la solution que le praticien considère comme la plus appropriée. Une atteinte à la vérité ne peut qu'altérer la confiance qui doit être à la base de la relation entre le patient et le praticien.

Le droit du patient de consentir -ou non- librement à toute intervention le concernant est une règle légale, éthique et déontologique admise de manière très générale. L'article 8 de la loi relative aux droits du patient énumère, en son alinéa 2, les informations à fournir au patient en vue de lui permettre de donner un consentement éclairé. Pourrait-on, alors, concevoir des situations où le patient serait informé du motif de l'intervention, de son déroulement, du bénéfice et des risques sans que le diagnostic de l'affection qui est la cause de son mal lui soit dévoilé. Pour reprendre l'exemple cité dans l'avis du Conseil National de l'Ordre des Médecins, on peut informer un patient de l'intérêt d'une intervention pour obstruction intestinale, ainsi que des risques d'une abstention thérapeutique, sans préciser que la pathologie est la conséquence d'une néoplasie colique. Le Comité estime pour sa part que l'absence de cette donnée prive le patient d'un élément essentiel et nécessaire pour juger de l'intérêt de l'intervention dans le cadre de sa conception de son autonomie et de ses choix de vie. L'évolution des mentalités, l'importance accordée au droit à l'autonomie du patient, la modification de la nature même de la relation thérapeutique, d'un mode paternaliste vers une relation égalitaire voire un partenariat, l'amélioration des moyens thérapeutiques, l'attention accordée aux patients en fin de vie sont autant d'arguments pour justifier le caractère tout à fait exceptionnel et transitoire de la non divulgation de la totalité des informations concernant l'état de santé.

E. Recommandations et conclusions

De manière unanime, le Comité Consultatif considère que l'exception thérapeutique, telle que définie dans cet avis, se doit d'être un recours non seulement tout à fait exceptionnel mais encore limité dans le temps, car l'évolution de la relation patient-praticien la justifie de moins en moins. Elle constitue, en effet, une atteinte au principe d'autonomie qui gouverne actuellement les relations de soins et fait du patient un partenaire à part entière des décisions concernant sa santé.

La communication de certaines informations, d'un pronostic grave, voire fatal peut être difficile, en particulier, dans les situations d'urgence. Elle demande de la part du praticien du temps et de la compétence. Un suivi attentif doit rendre la communication possible dans les meilleures conditions. En prévoyant l'évolution de la situation du patient, il doit être possible d'éviter de devoir révéler un diagnostic sévère ou un pronostic sombre dans des conditions d'urgence, peu favorables à un dialogue serein. Une telle stratégie devrait permettre d'éviter la situation décrite dans la demande d'avis, à savoir de ne révéler qu'une partie de la vérité, même si cette attitude a pour objectif d'obtenir du patient son accord en vue d'une intervention lourde, mais utile. Cette omission à la limite du mensonge, en plus de restreindre le droit du patient à l'autonomie, ne peut qu'altérer la confiance qui doit présider à la relation thérapeutique.

Le Comité conçoit que l'application dans ce cadre du principe d'autonomie puisse mettre le praticien en conflit avec sa propre conception de l'intérêt du patient. L'évolution de la réflexion éthique donne au patient le droit de choisir les solutions thérapeutiques les mieux adaptées à sa propre échelle des valeurs.

L'avis a été préparé en commission restreinte 2005/2 composée de :

Coprésidents	Rapporteur	Membres	Membre du Bureau
P. Cosyns J. Messinne	G. Rorive	P. Beke P. Cras M. Dumont E. De Groot E. Eggermont Y. Englert M. Hiele G. Lebeer L. Leunens Th. Locoge H. Nys M.-G. Pinsart R. Rega M. Roelandt	P. Schotsmans

Membre du Secrétariat : B.Orban

Les documents de travail de la commission restreinte 2005/2 – question, contributions personnelles des membres, procès-verbaux des réunions, documents consultés – sont conservés sous formes d'Annexes 2005/2 au centre de documentation du Comité, et peuvent y être consultés et copiés.