

Demande d'un patient en situation palliative avancée d'accéder à un traitement oncologique : entre autonomie et non-malfaisance

RÉSUMÉ – Saisi de la situation d'une patiente atteinte d'un cancer en phase palliative avancée demandant à recevoir un traitement anticancéreux malgré un bénéfice attendu annoncé comme très faible, ainsi qu'un risque élevé d'effets indésirables, le Comité éthique et cancer s'est interrogé sur les obligations du médecin et les éventuelles limites du respect de l'autonomie du patient dans un tel contexte.

Le Comité rappelle que l'information du patient sur ses traitements constitue une exigence éthique et juridique. Informer le patient de l'existence d'un traitement ne signifie toutefois pas nécessairement que le médecin le considère comme indiqué ou le propose.

Les échanges ont mis en évidence des tensions entre plusieurs principes éthiques : respect de l'autonomie du patient, non-malfaisance, bienfaisance et justice. Ils n'ont pas permis de dégager une position consensuelle.

Pour une partie des membres du Comité, prescrire un traitement sans bénéfice attendu pour la santé du patient ne peut être justifié sur le plan éthique. Pour d'autres, certaines situations exceptionnelles peuvent conduire à envisager, dans des conditions clairement définies à l'avance, la poursuite ou l'initiation d'un traitement afin de prendre en compte la signification particulière que revêt cette demande pour le patient.

Le Comité souligne que, quelle que soit la position retenue, la qualité du dialogue, la collégialité de la décision, l'intégration des soins palliatifs et la continuité de l'accompagnement constituent des exigences essentielles.

SAISINE – Madame L., 48 ans, est prise en charge pour un mésothéliome pleural évolutif après quatre lignes de traitements. Son état général est altéré, mais elle conserve ses capacités de discernement et reste autonome pour les actes de la vie quotidienne. Elle est suivie sur le plan psychologique et prise en charge conjointement par une équipe mobile de soins palliatifs.

Une chimiothérapie, mentionnée par les référentiels d'oncologie thoracique ¹, n'a pas encore été administrée à cette patiente. L'oncologue estime qu'elle n'est pas indiquée, compte tenu du très faible bénéfice attendu et du risque de dégradation de la qualité de vie lié aux probables effets indésirables.

La patiente est informée de manière claire et loyale de cette possibilité thérapeutique, de ses limites et de ses risques. Malgré cela, elle demande de manière répétée à recevoir ce traitement, affirmant « qu'elle n'a pas le choix, qu'elle veut absolument essayer ». Son époux, qui est aussi sa personne de confiance, reçoit les mêmes informations et soutient sa demande.

L'oncologue est alors confronté à une double interrogation :

- Devait-il informer la patiente de cette option qu'il estime déraisonnable ?
- Peut-il refuser d'accéder à la demande de cette patiente ?

AVIS – La demande de poursuivre ou d’engager un traitement oncologique de la part de patients atteints d’un cancer en phase très avancée, voire en fin de vie, constitue une situation fréquente. Même lorsque leur oncologue estime qu’un nouveau traitement spécifique n’est pas adapté, voire qu’il est déraisonnable, certains patients persistent dans leur demande, qui doit alors être prise en considération par le professionnel de santé.

Avant toute chose, il convient de préciser que le présent avis porte sur la demande d’un traitement disponible et reconnu comme une possible option thérapeutique dans la situation considérée. Il ne concerne pas les demandes d’accès à un traitement expérimental ou non validé.

Le Comité rappelle par ailleurs que la décision d’arrêt des traitements oncologiques doit faire l’objet d’une discussion en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).

Informé, une exigence éthique et juridique

Le devoir d’information est, dans tous les cas, un impératif auquel est soumis tout professionnel de santé, comme le dispose le code de la santé publique ^a. Ce devoir d’information est la condition requise pour que le patient puisse, en concertation avec le médecin, prendre les décisions concernant sa santé ^b.

En plus d’être contraire à la loi et au code de déontologie médicale ^c, ne pas informer le patient reviendrait à le priver de sa capacité à comprendre sa situation et à prendre part aux décisions qui le concernent. Une rétention d’information, même animée d’une intention protectrice, fragilise la relation de confiance entre le patient et son médecin, avec le risque de compromettre l’alliance thérapeutique nécessaire à toute prise en charge médicale. Lorsque la fin de vie se profile, cette relation est d’autant plus primordiale.

^a Article L1111-2. Toute personne a le droit d’être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu’ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. (...) Il est tenu compte de la volonté de la personne de bénéficier de l’une de ces formes de prise en charge. Lorsque, postérieurement à l’exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d’impossibilité de la retrouver. Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l’urgence ou l’impossibilité d’informer peuvent l’en dispenser.

Cette information est délivrée au cours d’un entretien individuel.

^b Article L1111-4. Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu’il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

^c Article 35. Le médecin doit à la personne qu’il examine, qu’il soigne ou qu’il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu’il lui propose.

L'information ne saurait toutefois être envisagée comme un acte ponctuel. Elle s'inscrit dans un processus progressif et continu, qui suppose de hiérarchiser les informations, de les reprendre au fil des échanges et de les adapter à l'évolution de la situation ainsi qu'à ce que le patient est en mesure de recevoir et de s'approprier. Toutes les options thérapeutiques pertinentes doivent également avoir été recherchées, et le patient informé des possibilités envisagées et des raisons pour lesquelles elles ont été retenues ou écartées.

Informar le patient de l'existence d'un traitement ne signifie pas nécessairement que le médecin le considère comme indiqué dans sa situation ou le propose. Cette distinction doit être clairement exprimée par le médecin et comprise par le patient.

Par ailleurs, si elle doit être loyale, l'information délivrée doit être contextualisée et adaptée à la situation du patient, en présentant les différentes options de façon pertinente. Informer ne se limite pas à transmettre un contenu exact. Cela implique une attention à la manière dont le patient comprend sa situation et s'approprie les éléments qui lui sont communiqués. Cette attention est essentielle pour permettre au patient de demeurer acteur des décisions qui le concernent ².

Les principaux éléments de l'information délivrée au patient, ses attentes et ses souhaits ainsi que, le cas échéant, les décisions prises doivent être tracés dans le dossier médical, afin de favoriser la cohérence de la prise en charge entre les différents professionnels de santé.

Une demande qui confronte autonomie du patient et responsabilité médicale

La demande répétée du patient de poursuivre ou d'engager un traitement oncologique a des implications qui vont au-delà de la seule mise en œuvre de ce traitement. Elle met à l'épreuve la relation de soins elle-même.

Elle confronte en effet le médecin à une tension entre deux exigences éthiques : d'une part, respecter l'autonomie du patient, en prenant en compte la manière dont celui-ci apprécie les bénéfices et les risques du traitement ; d'autre part, assumer sa responsabilité au regard du principe de non-malfaisance, en s'appuyant sur son appréciation médicale du rapport entre bénéfices et risques.

Cette tension conduit à interroger la place respective du patient et du médecin dans la décision. L'autonomie du patient, telle que la reconnaît le droit français, lui confère

pleinement le droit de refuser un traitement ; elle ne lui donne pas pour autant un droit symétrique à obtenir tout traitement qu'il demande.

Cette tension éthique, fréquente en oncologie, ne peut être résolue par l'application mécanique d'une règle unique.

Des pratiques qui interrogent les recommandations

Un nombre non négligeable de patients atteints d'un cancer en phase terminale continuent de recevoir un traitement spécifique au cours des semaines qui précèdent leur décès. Selon les données de la littérature, entre 20 % et 46 % des patients reçoivent une chimiothérapie au cours du dernier mois de vie, entre 3 % et 26 % au cours des quinze derniers jours ³⁻⁹. Les études réalisées en France rapportent des taux d'utilisation des chimiothérapies durant le mois précédant le décès des patients situés entre 20 % et 30 % ^{8,10-13}.

Ces pratiques persistent malgré l'absence de bénéfice reconnu d'un traitement spécifique pour les patients « en fin de vie » ^d et les risques qui y sont associés. De fait, les sociétés savantes, telles que l'*American Society of Clinical Oncology* (ASCO) et l'*European Society for Medical Oncology* (ESMO) ne recommandent pas les traitements spécifiques du cancer chez ces patients ^{14,15}.

En France, l'Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support (AFSOS) a consacré un référentiel à la chimiothérapie en phase palliative ¹⁶. La chimiothérapie palliative y est définie comme tout traitement ayant « *pour but principal l'amélioration ou le maintien de la qualité de vie par son action antitumorale* ». Pour l'AFSOS, elle « *ne devrait pas concerner les patients en phase terminale, chez qui la chimiothérapie n'est plus indiquée* ». Lorsqu'un médecin ou l'équipe médicale estime qu'un traitement spécifique n'est plus indiqué, mais que le patient s'oppose à son arrêt, le référentiel indique que « *dans cette situation, une chimiothérapie, même peu toxique, n'est pas recommandée* ». Il préconise notamment, tout en poursuivant le dialogue avec le patient, l'intervention d'une équipe de soins palliatifs, une consultation en psycho-oncologie si nécessaire, une nouvelle concertation pluriprofessionnelle et la proposition d'un deuxième avis oncologique.

^d Il n'existe pas de définition unique et universelle de la situation de « fin de vie » chez un malade atteint d'un cancer. Le Comité considère dans cet avis que cette situation se rapporte aux personnes atteintes d'un cancer en phase avancée, dont le pronostic vital est engagé à très court terme (en général quelques semaines ou quelques jours), avec un état général très altéré, et une aggravation irréversible de la maladie.

Dans son avis n° 9 (2010), le Comité éthique et cancer soulignait que le respect de l'autonomie du patient ne signifie pas que le médecin doive répondre favorablement à toute demande de traitement. Le Comité rappelait dans cet avis la responsabilité du médecin de fonder sa décision sur les données médicales et le dialogue avec le patient ¹⁷.

Dans le même esprit, Axel Kahn, cofondateur et premier président de ce comité, rappelait dans un article de 2010 qu'un traitement ne peut s'envisager « *si sa seule justification est psychologique* » ¹⁸. Il insistait alors sur la responsabilité des soignants de ne pas consentir à un geste qu'ils savent potentiellement nuisible, même lorsqu'il est demandé.

Il convient enfin de préciser que le code de la santé publique encadre le refus de traitement exprimé par un patient ^e et l'abstention de toute obstination déraisonnable de la part du médecin ^f, mais il n'évoque pas la situation d'une demande de traitement de la part d'un malade alors que son médecin estime ce traitement inadapté.

Deux positions non consensuelles

Le décalage entre les pratiques observées et les recommandations témoigne de la difficulté que peuvent rencontrer les soignants face à une situation de fin de vie devenue prévisible et sans perspective thérapeutique. Cette situation met en effet en tension plusieurs principes : le respect de la volonté du patient (autonomie), le fait de ne pas proposer un traitement inutile ou délétère (bienfaisance et non-malfaisance), le bon usage des ressources lorsque le traitement demandé est sans bénéfice démontré (justice).

Concilier ces principes dans le cas présent ne va pas de soi. De fait, le Comité éthique et cancer n'est pas parvenu à une position consensuelle.

- Une position de refus assumé

Pour une partie des membres du Comité, prescrire un traitement sans bénéfice clinique attendu ne peut être justifié sur le plan éthique, y compris dans les situations singulières. Refuser la demande du patient ne relève pas du paternalisme, mais d'une exigence de non-

^e Code de la santé publique, article L1111-4. Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif.

^f Code de la santé publique, article L1110-5-1. Les actes mentionnés à l'article L. 1110-5 ne doivent pas être mis en œuvre ou poursuivis lorsqu'ils résultent d'une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou lorsqu'ils n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris, conformément à la volonté du patient et, si ce dernier est hors d'état d'exprimer sa volonté, à l'issue d'une procédure collégiale prenant la forme d'une concertation pluridisciplinaire entre les membres disponibles de l'équipe de soins et le médecin chargé du patient et incluant dans la mesure du possible le médecin traitant de celui-ci, le médecin référent de la structure médico-sociale qui accompagne le patient et un professionnel de l'équipe qui l'accompagne à domicile ou en établissement ou le médecin référent en téléconsultation dans l'hexagone.

malfeasance. Il ne s'agit pas d'ignorer la détresse du patient ni la signification de sa demande, qui doivent, au contraire, être entendues. Cette détresse ne peut toutefois légitimer la mise en œuvre d'un traitement spécifique.

Accéder à la demande reviendrait à exposer le patient à de potentiels effets indésirables sans bénéfice attendu, avec un risque d'altération de la qualité de vie.

De plus, l'introduction d'un traitement supplémentaire est susceptible de :

- retarder ou entraver l'intégration des soins palliatifs ;
- introduire une contradiction dans le projet de soins, en brouillant sa lisibilité pour le patient, ses proches et l'équipe soignante ;
- compliquer le cheminement du patient et de ses proches vers la fin de vie.

Les membres du Comité qui défendent ce positionnement soulignent enfin, en arrière-plan, la nécessité de prendre en compte le principe de justice en questionnant l'utilisation de ressources humaines (médicales et paramédicales) et financières, notamment lorsqu'il s'agit de molécules très onéreuses, pour un traitement sans bénéfice attendu, sans que cette dimension soit au cœur de la décision clinique individuelle.

Dans tous les cas, le refus de prescrire un traitement anticancéreux doit être expliqué et accompagné. Il engage l'équipe soignante à renforcer sa présence et à garantir la continuité de la prise en charge et de l'accompagnement.

- Une position d'ouverture encadrée

Pour d'autres membres du Comité, certaines situations singulières appellent une réponse plus nuancée.

Il ne s'agit pas pour le médecin d'accéder systématiquement à toute demande du patient, mais, dans ce type de situation, d'entrer avec le patient dans une codécision explicite, reposant sur un dialogue permettant de partager les enjeux et les limites de la situation. Cette démarche ne doit en aucun cas constituer une manière pour le médecin de se soustraire à la difficulté d'annoncer un pronostic défavorable.

La demande peut être comprise comme une volonté du patient de rester acteur et de conserver une forme de maîtrise face à une situation qui lui échappe. Elle peut aussi traduire un refus de renoncer, la nécessité de garder espoir, quand bien même celui-ci est infime. L'objection du médecin peut être vécue comme une forme de condamnation,

susceptible d'intensifier la souffrance, à la fois psychologique, sociale et familiale, du patient.

La poursuite ou l'engagement d'un traitement anticancéreux en situation palliative avancée n'est envisageable que dans un cadre bien défini, qui suppose :

- une information loyale, claire et complète, sans entretenir d'illusion ;
- une décision collégiale, pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle, tracée dans le dossier médical ;
- l'intégration concomitante des soins palliatifs et de support ;
- lorsque le patient y consent, une information des proches.

Lorsqu'elle est retenue, la décision de poursuivre un traitement ou d'en engager un nouveau doit reposer sur un accord explicite entre le médecin et le patient quant aux conditions de sa mise en œuvre, impliquant :

- des critères définis d'évaluation du rapport bénéfices/risques ;
- un délai rapproché d'évaluation des effets du traitement ;
- une interruption en cas de non-bénéfice avéré ou de toxicité trop importante.

Cette possibilité demeure exceptionnelle et ne doit pas devenir une réponse par défaut, ni s'inscrire dans un rapport de force.

Conclusion

La demande de poursuivre ou d'engager un traitement spécifique contre son cancer par un patient dont la fin de vie se profile confronte les soignants à une tension éthique majeure. Les échanges du Comité n'ont pas permis de dégager une position consensuelle, reflet de la complexité de ces situations.

Il n'existe pas de réponse univoque. Entre respect de l'autonomie du patient et responsabilité du médecin de ne pas engager une thérapeutique jugée déraisonnable, la décision doit être appréciée au cas par cas, dans un cadre collégial, pluridisciplinaire et pluriprofessionnel, à partir d'un dialogue avec le patient permettant de partager les enjeux et les limites de la situation.

Dans tous les cas, la qualité de la relation, un dialogue régulier avec le patient sur les objectifs de soins, et la continuité de l'accompagnement constituent des conditions essentielles pour éviter que ces situations ne se cristallisent dans l'urgence et la confrontation.

Pour citer : Comité éthique et cancer, « Demande d'un patient en situation palliative avancée d'accéder à un traitement oncologique : entre autonomie et non-malfaisance », Avis n° 48 du 16 septembre 2026.

Mots-clés : cancer ; fin de vie ; soins palliatifs ; autonomie ; non-malfaisance ; décision médicale ; relation de soins ; obstination déraisonnable.

Personnes auditionnées :

- *M. Yannis Constantinidès, professeur de philosophie à l'École Boule (Paris) et enseignant à l'Espace Éthique Île-de-France.*
- *Dr Sylvie Dolbeault, médecin psychiatre à l'Institut Curie (Paris).*
- *Mme Sabine Dutheil, patiente-partenaire, Bordeaux.*

Rapporteurs : *Christine Raynaud-Donzel, François Blot, Claude Coutier*

Groupe de travail : *Philippe Amiel, Christine Raynaud-Donzel, François Blot, Claude Coutier, Florence Duffaud, Alexis Dupuis, Éric Lartigau, Marie-Ange Rocher, Adrien Rousseau, Maud Triki, Ana Zelcevic-Duhamel.*

Le Comité éthique et cancer

Créé en 2008 sous la présidence d'Axel Kahn, le Comité éthique et cancer est une instance indépendante placée auprès de la présidence de la Ligue nationale contre le cancer. Il choisit librement ses thèmes de réflexion et élabore ses avis en toute indépendance.

Le Comité peut être saisi à tout moment par toute personne physique ou morale sur toute question d'ordre éthique en lien avec le cancer.

Il est composé de trente membres issus d'horizons variés : professionnels de santé, représentants de malades, anciens malades et proches, chercheurs, juristes, sociologues, philosophes...

La Ligue contre le cancer assure les moyens nécessaires à son fonctionnement dans le respect de son indépendance.

Contact : contact@ethique-cancer.fr

Site : ethique-cancer.fr

Bibliographie

1. Locatelli M, Avrillon V, Boussageon M, Lantuejoul S, Scherpereel A, Zalcman G. Référentiel sur le Mésothéliome de la plèvre : actualisation 2026. ARISTOT 2026 [Internet]. 2026. Disponible sur : <http://referentiels-aristot.com/>
2. Comité éthique et cancer. Complications aiguës pouvant mettre en jeu la vie d'un malade atteint d'un cancer : faut-il informer par anticipation ? Avis n° 46. 2025.
3. Oselin K, Pisarev H, Ilau K, Kiivet RA. Intensity of end-of-life health care and mortality after systemic anti-cancer treatment in patients with advanced lung cancer. *BMC Cancer*. 2021 ; 21:274. doi:10.1186/s12885-021-07992-5
4. Pêchard M, Scotté F, Chvetzoff G, Chazot I, Krakowski I, Viallard ML. Relation soignant-soigné et décision de chimiothérapie en phase avancée : quels enjeux éthiques ? *Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique*. 2015 ; 14:14-21. doi:10.1016/j.medpal.2014.12.003
5. Sánchez-Cuervo M, García-Basas L, Gómez De Salazar-López De Silanes E, Pueyo-López C, Bermejo-Vicedo T. Chemotherapy Near the End of Life in Onco-Hematological Adult Patients. *Am J Hosp Palliat Med*. 2020;37:641-7. doi:10.1177/1049909119901133
6. Edman Kessler L, Sigfridsson J, Hatzidaki D, Bergh J, Foukakis T, Georgoulas V, et al. Chemotherapy use near the end-of-life in patients with metastatic breast cancer. *Breast Cancer Res Treat*. 2020;181:645-51. doi:10.1007/s10549-020-05663-w
7. Zhang Z, Chen ML, Gu XL, Liu MH, Zhao WW, Cheng WW. Palliative Chemotherapy Near the End of Life in Oncology Patients. *Am J Hosp Palliat Med*. 2018;35:1215-20. doi:10.1177/1049909118763338
8. Lapeyre-Prost A, Perkins G, Vallee M, Pozet A, Tougeron D, Maillet M, et al. Chemotherapy use in end-of-life digestive cancer patients: a retrospective AGEO observational study. *Clin Res Hepatol Gastroenterol*. 2021 ; 45:101709. doi:10.1016/j.clinre.2021.101709
9. Broekman KE, Van Der Aa MA, Nijman HW, Jalving M, Reyners AKL. End-of-life care for patients with advanced ovarian cancer in the Netherlands: A retrospective registry-based analysis. *Gynecol Oncol*. 2022;166:148-53. doi:10.1016/j.ygyno.2022.04.017
10. Rochigneux P, Raoul JL, Beaussant Y, Aubry R, Goldwasser F, Tournigand C, et al. Use of chemotherapy near the end of life: what factors matter? *Ann Oncol*. 2017;28:809-17. doi:10.1093/annonc/mdw654
11. Beaudet MÉ, Lacasse Y, Labbé C. Palliative Systemic Therapy Given near the End of Life for Metastatic Non-Small Cell Lung Cancer. *Curr Oncol*. 2022;29:1316-25. doi:10.3390/curroncol29030112
12. Beaussant Y, Daguindau E, Chauchet A, Rochigneux P, Tournigand C, Aubry R, et al. Hospital end-of-life care in haematological malignancies. *BMJ Support Palliat Care*. 2018;8:314-24. doi:10.1136/bmjspcare-2017-001446
13. Gallais Sérézal I, Beaussant Y, Rochigneux P, Tournigand C, Aubry R, Lindelöf B, et al. End-of-life care for hospitalized patients with metastatic melanoma in France: a nationwide, register-based study. *Br J Dermatol*. 2016;175:583-92. doi:10.1111/bjd.14631
14. Schnipper LE, Smith TJ, Raghavan D, Blayney DW, Ganz PA, Mulvey TM, et al. American Society of Clinical Oncology Identifies Five Key Opportunities to Improve Care and Reduce Costs: The Top Five List for Oncology. *J Clin Oncol*. 2012;30:1715-24. doi:10.1200/JCO.2012.42.8375
15. Crawford GB, Dzierzanowski T, Hauser K, Larkin P, Luque-Blanco AI, Murphy I, et al. Care of the adult cancer patient at the end of life: ESMO Clinical Practice Guidelines. *ESMO Open*. 2021;6:100225. doi:10.1016/j.esmoop.2021.100225
16. AFSOS. Chimiothérapie et cancer en phase palliative avancée. Référentiels inter-régionaux en soins oncologiques de support. [Internet]. 2018. Disponible sur : <https://www.afsos.org/fiche-referentiel/chimiotherapies-phase-palliative-avancee-indications-contre-indications-deliberation/>
17. Comité éthique et cancer. Comment concilier la demande d'espoir des patients en situation métastatique (et de leurs proches) avec l'absence de résultats des traitements ? Doit-on prendre en compte l'aspect économique de ces traitements ? Avis n° 9. 2010.
18. Trillet-Lenoir V, Kahn A. Est-il éthique d'avoir recours à une énième ligne de chimiothérapie ? *Bulletin Éthique et Cancer*. 2010.