

Obstination Dérisonnable



Pr P.F. Perrigault
Service Anesthésie-Réanimation
CHU Montpellier

Dr O. Maillé
Service de Soins Palliatifs
CHU Montpellier



Webseminaire SFAP
25 juin 2026



Contexte

- Progrès de la médecine considérables
- La science médicale et le discours qu'elle engendre
- La mort perçue comme décision médicale ou comme erreur médicale
- Lois sur la fin de vie
 - La question de l'euthanasie et du suicide assisté occupe le paysage médiatique
 - Celle de l'obstination déraisonnable marque bien davantage notre quotidien de praticien et de soignant



Plan

1. Obstination déraisonnable dans la loi
Loi Kouchner, Loi Leonetti 2005, Loi Claeys-Leonetti 2016
2. Obstination déraisonnable et Limitation/Arrêt de traitements
 1. En réanimation: exemple des patients cérébro-lésés
 2. En médecine: exemple de l'oncologie
3. Qui peut faire de l'obstination déraisonnable?
Le patient, les proches, le juge, le médecin, les soins palliatifs?
4. Des situations à risque?
5. Pistes de réflexion pour réguler l'obstination déraisonnable
6. Pour ne pas conclure



Loi Kouchner 2002



- La personne malade a droit au respect de sa dignité
- **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**
- Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, **le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables**
- Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le **consentement libre et éclairé** de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment

Loi Leonetti 2005

- Esprit de la loi repose sur un triptyque et sur les grands principes éthiques
 - *Je ne t'abandonnerai pas*
 - *Je ne te laisserai pas souffrir*
 - *Je ne prolongerai pas anormalement ta vie*
- Art L 1110-5 CSP: « (...) Droit de bénéficier de thérapeutiques dont **l'efficacité est reconnue**. (...) Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de **risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté**. **Ces actes ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable**. Lorsqu'ils apparaissent **inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie**, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris.»
- Art L 1111-4 CSP: **Procédure collégiale** pour LAT mettant en jeu pronostic vital chez la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté
- Art L 1111-11 CSP: **Directives anticipées**



Loi Claeys-Leonetti 2016



- Refus de traitement qui met en jeu le pronostic vital: **le rôle persuasif du soignant disparaît**
- La **nutrition et l'hydratation** artificielles constituent des traitements
- Directives anticipées deviennent **contraignantes**
- **Droit à la sédation** profonde et continue maintenue jusqu'au décès



Procédure collégiale



- Obligatoire dans 3 situations:
 - Avant d'arrêter un traitement de maintien en vie au titre du refus de l'obstination déraisonnable pour une personne hors d'état d'exprimer sa volonté
 - Avant de mettre en place une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès
 - En cas de refus du médecin d'appliquer les DA
- Dans le cas de l'obstination déraisonnable: Obligatoire si:
 - LAT susceptible d'entraîner son décès et la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté
 - LAT à la demande du patient mais nécessitant la mise en place d'une SPCMJD



Obstination Dérisonnable et Limite et arrêt de traitements (LAT)



OD et LAT

- **Concept de *futilité* d'un traitement:** 2 catégories de traitements futiles
 - Chance infime de succès (quantitatif MAIS pas de seuil numérique et s'adresse à une population et non un individu)
 - Ne conduisent pas à une qualité de vie acceptable (qualitatif MAIS qui est légitime pour la définir ?)
- Un traitement qui baisse la mortalité mais augmente le nombre de patients qui vivent avec de lourdes séquelles doit-il être entrepris ?
- **Limitation des traitements:** non majoration ou non instauration de certains traitements (suppléance d'organe), « non escalade ». La limitation n'est pas associée obligatoirement à une issue défavorable
- **Arrêt des traitements:** interruption d'un ou plusieurs traitements dont des techniques de suppléances d'organes assurant un maintien artificiel en vie



LAT en réanimation

- Indications:
 - Echec thérapeutique
 - Evolution défavorable en termes de survie et de qualité de vie
 - Non (ré-)admission en réanimation
 - Patient refusant l'introduction, le maintien ou l'intensification des traitements





Faire pivoter vers la gauche

RECOMMANDATIONS FORMALISEES D'EXPERTS

DE LA SOCIETE FRANÇAISE D'ANESTHESIE ET REANIMATION (SFAR)

EN ASSOCIATION AVEC LA SOFMER

Décisions de limitation et d'arrêt de traitements (LAT) en soins critiques de l'adulte

Guidelines for decisions to withhold or withdraw life-sustaining treatments (LST) in adult
ICU

2025



Texte validé par le Comité des Référentiels Cliniques de la SFAR le 10/05/2025 le Conseil d'Administration de la SFAR le 15/07/2025.

Auteurs :

Mikhael Giabicani, Gérard Audibert, Enora Atchade, Flora Bastiani Elodie Brunel, Marie Citrini, Claire Dahyot-Fizelier, Nicolas Engrand, Clément Gakuba, Agathe Kudela, Yoann Launey, Yann Le Guen, Jonathan Lévy, Olivier Maillé, Jerome Morel, Pierre-François Perrigault, Sylvaine Robin, Christelle Rosenstrauch, Léa Satre-Buisson, Pierre Trouiller, Denis Frasca, Elise Langouet.

Coordonnateurs d'experts SFAR :

Mikhael Giabicani (Ile-de-France, SFAR)

LAT en réanimation

<https://sfar.org/download/decisions-de-limitation-et-darret-de-traitements-lat-en-soins-critiques-de-ladulte/>



Articles

Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey

Edouard Ferrand, René Robert, Pierre Ingrand, François Lemaire, for the French LATAREA group*

Lancet 2001; 357: 9–14

Findings Life-supporting therapies were withheld or withdrawn in 807 (11.0%) of 7309 patients (withholding in 336 [4.6%] and withdrawal in 471 [6.4%], preceded in 358 by withholding). Of 1175 deaths in ICU, 628 (53%) were preceded by a decision to limit life-supporting therapies.

Futility and poor expected quality of life were the most frequently cited reasons. Decisions were strongly correlated with the simplified acute physiological score, but an independent centre effect persisted after adjustment for this score. Decisions were mostly taken by all the ICU medical staff, with (54%) or without (34%) the nursing staff; however, a single physician made decisions in 12% of cases. The patient's family was involved in the decision-making process in 44% of cases. The patient's willingness to limit his or her own care was known in only 8% of the cases; only 0.5% of the patients were involved in decisions.

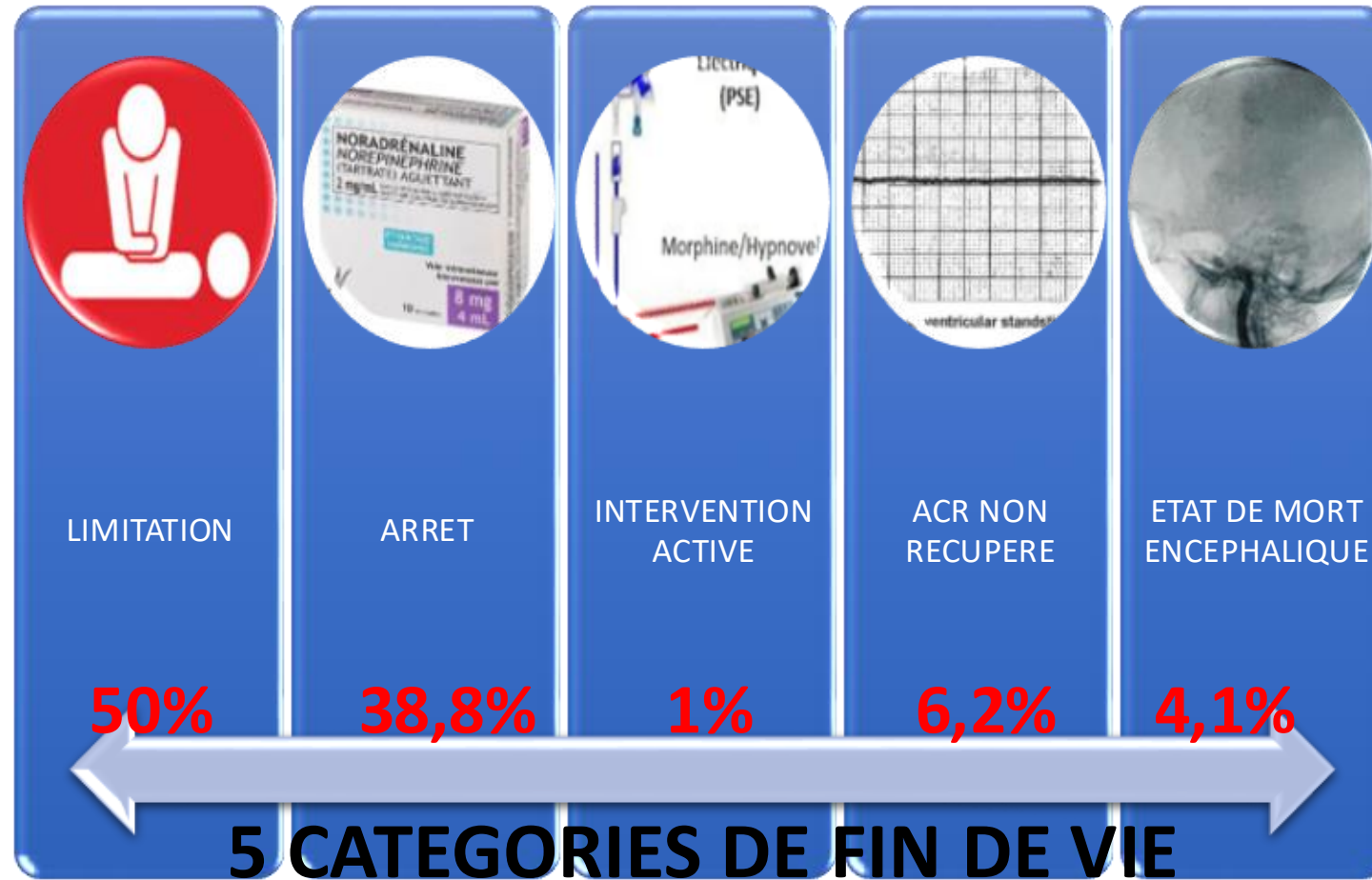
État des lieux en Europe en 2015-2016: étude ETHICUS 2

13625 patients sur 6 mois

LAT près de 90 % des décès en réanimation

Médianes de temps entre limitation, arrêt des traitements et décès sont respectivement 29 et 11, 5 heures

Sprung, JAMA 2019



Situation du patient cérébro-lésé

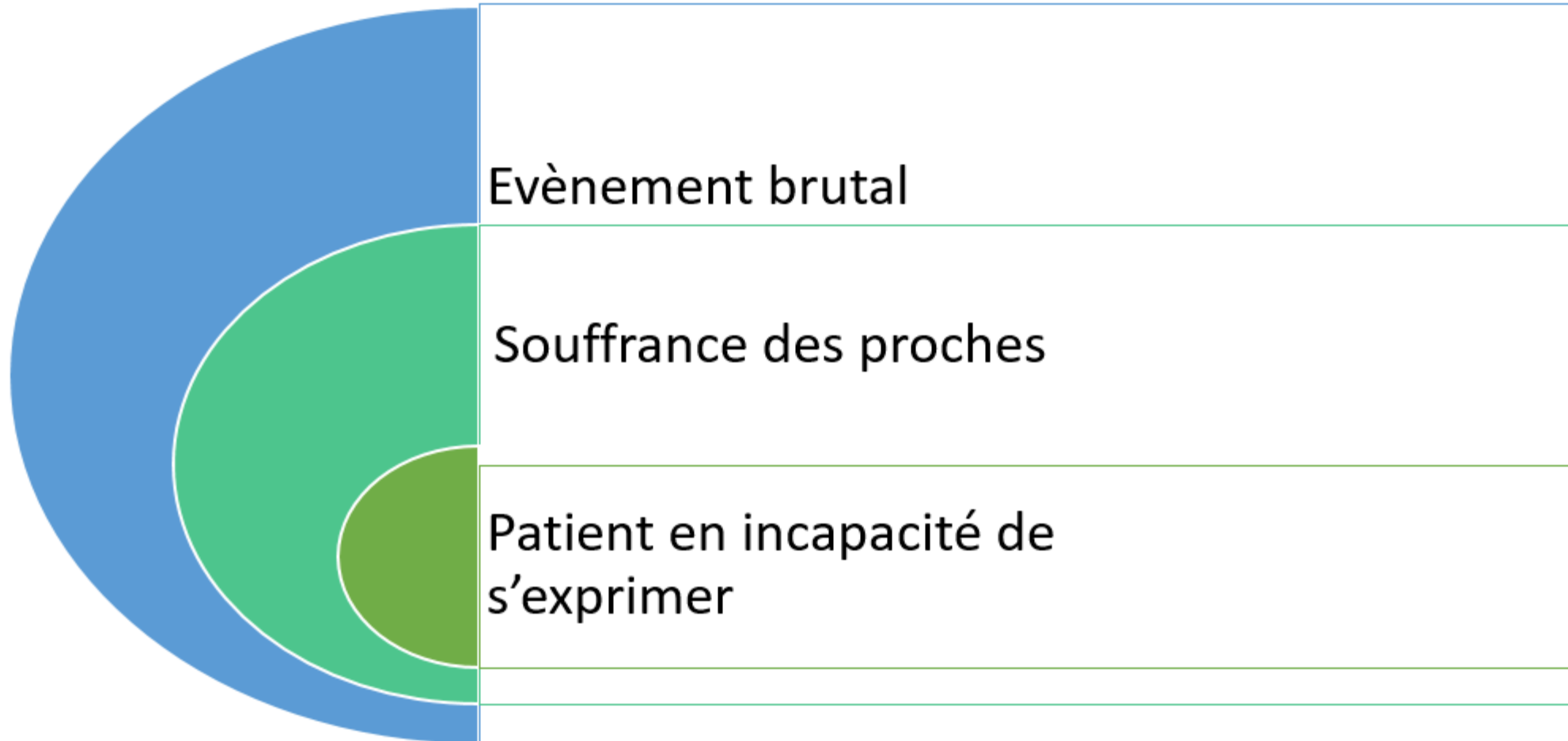


- **Quel est le handicap acceptable ?** En médecine tout handicap est acceptable, mais la question se pose différemment quand c'est **l'action médicale** qui a permis ce handicap alors que l'évolution naturelle de la maladie se serait faite vers le décès
- « L'état végétatif n'est jamais naturel. L'état végétatif est un état artificiel créé par la médecine de haute technicité »
Boch, 2013
- Quid de l'absence de retour à un état de conscience permettant une vie relationnelle ? Critère retenu de futilité
Browne, Bioethics 2000
- Ces patients ne sont pas en fin de vie: Le vrai sujet est celui de l'obstination déraisonnable du maintien artificiel de la vie à tout prix et donc indirectement de celui de la fin de vie en mettant un terme à cette obstination
- « (...) *le médecin en charge doit se fonder sur un ensemble d'éléments, médicaux et non médicaux, dont le poids respectif ne peut être prédéterminé et dépend des circonstances particulières à chaque patient, le conduisant à appréhender chaque situation dans sa singularité* ».

Conseil d'Etat 2017



Lésion cérébrale aiguë

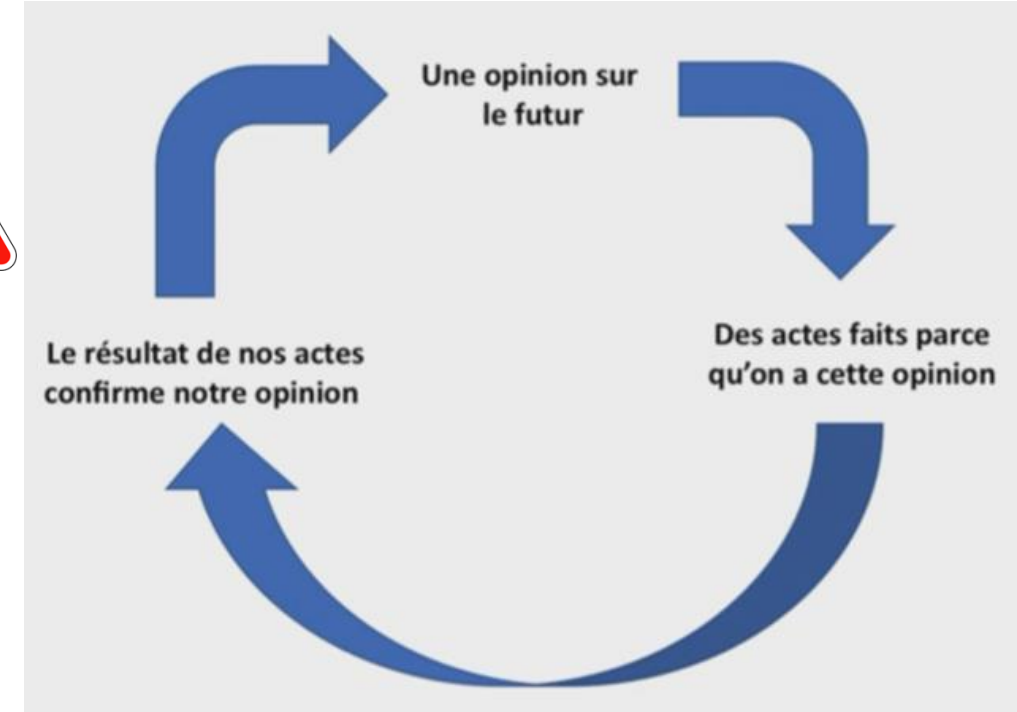


Etablir un pronostic fiable ? Quel engagement ? Quand LAT?

Les prophéties autoréalisatrices

« Self-fulfilling prophecy »

Robert K Merton (1910-2003) 1948
Rosenthal 1968 : Pygmalion à l'école



Difficile d'avoir une idée claire du pronostic à la phase initiale
et pourtant on a une opinion...

D.B. Zahuranec, MD
D.L. Brown, MD
L.D. Lisabeth, PhD
N.R. Gonzales, MD
P.J. Longwell, MD
M.A. Smith, MPH
N.M. Garcia, BS
L.B. Morgenstern, MD

Early care limitations independently
predict mortality after intracerebral
hemorrhage

Neurology 2007

ICH. Doublement de la mortalité si limitation d'emblée

Do-not-resuscitate orders and predictive
models after intracerebral hemorrhage

Neurology 2010

Surmortalité par rapport aux modèles prédictifs

Comprendre le Disability paradox

Concept du paradoxe

Le paradoxe du handicap révèle que plus de la moitié des personnes avec handicap sévère rapportent une bonne qualité de vie, défiant les préjugés

Perceptions erronées

Les professionnels et le public supposent souvent qu'un handicap important signifie automatiquement une faible qualité de vie, ce qui est inexact

Dimensions du bien-être

La qualité de vie dépend de l'autonomie, du sens de la vie, de la résilience et des relations sociales, au-delà des aspects biomédicaux

Importance du vécu subjectif

Étudier le vécu subjectif permet de mieux comprendre le handicap et d'adapter les évaluations cliniques en conséquence



Follow-Up Study of Individuals With High Tetraplegia (C1-C4) 14 to 24 Years Postinjury

Karyl M. Hall, EdD, Susan T. Knudsen, MA, Jerry Wright, BA, Susan W. Charlifue, MA, Daniel E. Graves, MEd, Peter Werner, MD

Arch Phys Med Rehabil. 1999 Nov;80(11):1507-13.

- 82 patients tétraplégiques
- 97 % vivent chez eux
- 1/5 marié
- Qualité de vie globale: 83 % excellente ou bonne
- A la question: « êtes vous heureux d'être en vie ? »:
86 % OUI !!
- « Life is worthwhile !! »



LAT en médecine (1)

- **Exemple de l'arrêt de la chimiothérapie en oncologie**
- Pas d'indication à la chimiothérapie à la phase terminale de la maladie (derniers jours, dernières semaines)
- Indication à discuter à la phase avancée (derniers mois) dans l'objectif d'améliorer ou de maintenir la qualité de vie



LAT en médecine (2)

- Chimiothérapie

20 % à 40 % des patients atteint de cancer reçoivent une chimiothérapie au cours du dernier mois de vie

	Pathologie	Nombre de patients	Chimio dernier mois	Chimio 15 derniers jours
<i>Braga [9], Portugal, 2007</i>	Ttes tumeurs	319	37 %	21 %
<i>Asola [10], Finlande, 2006</i>	Sein	335	20 %	
<i>Kao [11], Australie , 2009</i>	Ttes tumeurs	747	18 %	8 %
<i>Earle [12], USA, 2008</i>	Poumon	8155		18,5 %
<i>Greer [13], USA, 2012</i>	Poumon	151	40 %	13,5%
<i>Ho [14], Canada, 2011</i>	Ttes tumeurs	227 161		2,9 %
<i>Keam [15], Corée du Sud, 2008</i>	Ttes tumeurs	298		5,7%
<i>Rochigneux [16], France, 2017</i>	Ttes tumeurs	279 846	19,5 %	11,3 %

Référentiel inter régionaux en soins oncologiques de support, *Chimiothérapie et cancer en phase palliative avancée*, AFSOS, 2018



LAT en médecine (3)

- « *Chimiocentrisme* »: une histoire qui se construit aux différentes phases de la maladie
- Confusion entre effet et bénéfice
- La chimiothérapie comme média relationnel



LAT en médecine (4)

- La chimiothérapie comme (seul) objet d'espoir
- « Palliaphobie » communicative?
- Un langage binaire à éviter
- Odejide O et al. *Barriers to Quality End-of-Life Care for Patients With Blood Cancers*, J Clin Oncol., 2016
 - 97,3%: Attentes irréalistes des patients
 - 71,3%: Préoccupations des cliniciens à l'égard de la perte d'espoir
 - 59%: Attentes irréalistes des cliniciens



Qui peut faire de l'obstination déraisonnable?



Obstination déraisonnable du patient (1)

- Docteur X: « *J'ai fait le traitement car le patient est demandeur* »
- C'est **le patient informé qui est le premier juge** de ce qui est raisonnable ou non pour lui
- Cependant, **le droit du patient de refuser** un traitement
 - Diffère du droit de décider de l'indication d'un traitement
 - Et ne signifie pas que le médecin a le droit de proposer un traitement manifestement déraisonnable, ou non indiqué ou contre indiqué



Obstination déraisonnable du patient (2)

OD dans les DA

Medmoune c. France (CEDH, 2026)

- Arrêt des traitements malgré directives anticipées demandant leur poursuite: « *que l'on continue à le maintenir en vie (même artificiellement) dans le cas où il aurait perdu (définitivement) conscience et où il ne pourrait plus communiquer avec ses proches* »
- Patient en coma irréversible → **obstination déraisonnable**
- Décision après **procédure collégiale + contrôle judiciaire**
- Directives anticipées : **importantes mais non absolues**

 **CEDH : pas de violation du droit à la vie**



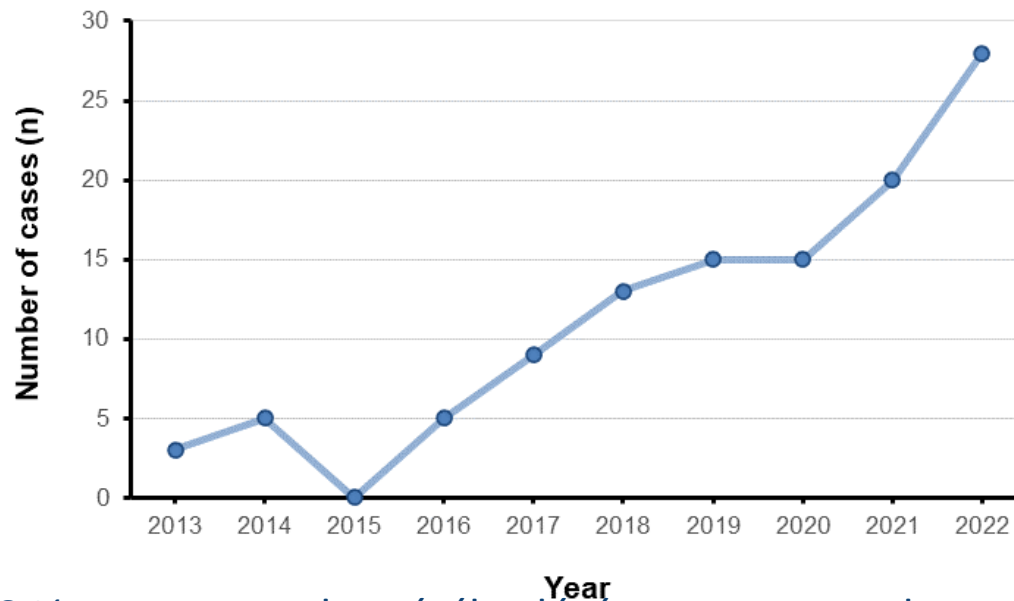
Obstination déraisonnable des proches (1)

Intractable conflicts over end-of-life decisions: A descriptive and ethical analysis of French case-law

Mikhael Giabicani^{a,b,c,*}, Emmanuel Weiss^{b,d}, Frédérique Claudot^{e,f}, Gérard Audibert^g, Scarlett-May Ferrié^{h,i}, Pierre-François Perrigault^j, Ellen M. Robinson^{k,l}, Mildred Z. Solomon^{c,m,n}, Marta Spranzi^{i,o}, Marie-France Mamzer^{a,p}

ACCPM 2025

Incidence cumulée des affaires portées devant le tribunal administratif et le Conseil d'État 2013-22



Sur 76 affaires 76 % concernent des cérébrolésés en comptant les années COVID
Toutes (sauf 1) portaient sur la contestation de LAT par les proches, 6 % de DA



Obstination déraisonnable des proches (2)

Conflit en situation de limitation ou d'arrêt de traitement en réanimation

Michel F. et al, CE SFAR, ANREA, 2022

Refus d'une famille d'une décision de LAT le plus souvent
Les familles sont en souffrance / Nous sommes les professionnels



Quelles causes à l'opposition des proches?

Le refus de la disparition – ne pas arriver à faire face à la mort
Espoir insensé en la médecine
Perte de confiance dans le discours médical
L'intérêt...
Ethique, convictions « la vie à tout prix »
Démarche politique
Parfois plusieurs de ces... raisons

Causes de l'opposition des soignants?

Volonté du patient ?
Intérêt premier du patient
Le risque de handicap grave
Processus décisionnel respecté
Unanimité
Le savoir - Connaissance de l'évolution à long terme
Le coût – le nombre de place
La famille: 2^{ème} victime

Obstination déraisonnable des proches (3)

Conflit en situation de limitation ou d'arrêt de traitement en réanimation

Michel F, Comité Éthique de la SFAR,
ANREA 2022. Volume 8, Issue 1, Pages 18-26

- Temps judiciaire n'est pas le temps médical: ne pas « passer » en force

Comment rester soignants et aidants?

- Avons-nous une part de responsabilité?
- Devons nous modifier nos comportements? Nos pratiques ?

Ecueils:

Positionnement en tant que sachant
Manque d'écoute

Perte de confiance

Construction d'une co-décision: compréhension commune de la situation

- Un objectif primordial: la confiance
- Faire table rase de ses préjugés et être à l'écoute
- Ramener les discussions sur la volonté et l'intérêt du patient
- Savoir donner du temps... Temporalité: cheminement des familles et des soignants différent...

Obstination déraisonnable du juge (1)

Les différents types de décisions du juge des référés-libertés

Procédure d'urgence devant le tribunal administratif compétent: Atteinte à une liberté fondamentale : *le droit à la vie*

Deux cas de figure :

- **Soit le juge des référés-libertés suspend la décision** de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques
Principales justifications :
 - Il existe des doutes persistants quant à l'évolution de l'état de santé du patient
 - Le laps de temps entre l'admission du patient et la décision de limitation ou d'arrêt des traitements est jugé trop court
- **Soit le juge des référés-libertés rejette la requête** et maintient la décision de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques



Obstination déraisonnable du juge (2)

- **Patiente de 2 ans admise en raison d'une rhombencéphalomyélite** à entérovirus qui a entraîné des lésions neurologiques définitives, avec un polyhandicap majeur, avec paralysie motrice des membres, de la face et sa dépendance à une ventilation mécanique et une alimentation par voie entérale.
- **Une réunion collégiale** à J 40 à l'issue de laquelle l'arrêt de la poursuite des thérapeutiques actives a été décidé. **Pourvois en référé des parents:** expertise judiciaire (+ 7 mois...). Entre temps 2 arrêts cardiaques récupérés...
- Rapport expert: La patiente souffre de lésions cérébrales définitives entraînant une paralysie motrice, la dépendance à la ventilation mécanique et à l'alimentation artificielle. Son niveau de communication et de coopération est très limité compte tenu de ce handicap fonctionnel. **Néanmoins, son état de conscience n'est pas, en l'état de l'instruction, déterminé de manière certaine**
- *« Dans ces circonstances, malgré le pronostic extrêmement péjoratif établi par les experts médicaux, compte tenu **des éléments d'amélioration constatés de l'état de conscience** de l'enfant et de l'incertitude sur l'évolution future de cet état, l'arrêt des traitements ne peut être regardé comme pris au terme **d'un délai suffisamment long** pour évaluer de manière certaine les conséquences de ses lésions neurologiques.... »*

Conseil d'Etat 2017

Obstination déraisonnable du médecin (1)

- J.-P. Bénézech: Trois attitudes du médecin favorisent « son oubli » de la possible mort du malade

1) Méconnaissance

- Défaut d'enseignement aux médecins des tableaux cliniques de « la mort possible »

2) Refus

- Posture focalisée sur « faire vivre le malade le plus longtemps possible »
- Dénier ou refus volontaire et déterminé

3) « Accompagnement » par médicaments sans limites

- Poursuite des thérapeutiques pour laisser de l'espoir à celui qui s'accroche à la vie par la médecine
- Au mépris du « primum non nocere » et des ressources économiques

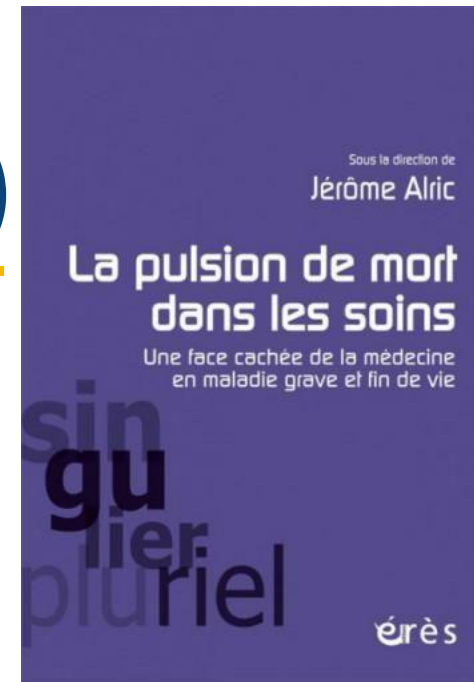


Bénézech, J.-P., *L'enseignement de la clinique palliative : condition nécessaire à l'obstination raisonnable*, Médecine palliative, n°16, 2017



Obstination déraisonnable du médecin (2)

- Hypothèse pulsionnelle (non rationnel, non émotionnel)
- Quand le malade échappe au médecin...
- Désarrimage de la pulsion de mort: désubjectivation de l'autre
- *Pour empêcher le patient de mourir, le médecin liquide la mortalité (...) de son semblable en le désubjectivant*
- Le médecin ne peut plus être guidé par la relation intersubjective, il ne peut plus discerner les limites



Maillé O., *La médecine et l'exclusion du sujet en trois dimensions*, in *La pulsion de mort dans les soins. Une face cachée de la médecine en maladie grave et fin de vie*, sous la direction de Alric J., Ed. Érès, 2022



Obstination déraisonnable en soins palliatifs

- Les soins palliatifs n'entendent pas repousser la mort (OMS 2022) et pourtant une obstination déraisonnable est possible
- Guérir la maladie -----> guérir la souffrance (cf loi CL 2016)
- Hypertechnicisation de la fin de vie
- « Acharnement relationnel »
 - En se fixant l'objectif de faire « cheminer » voire « accepter » au patient sa propre mort
 - Cf Alric J. *Eloge de la Tranquillité. Soins palliatifs et deuil de soi-même*, in *Rester vivant malgré la maladie*, Ed. Eres, 2015





**Des situations à risque
d'obstination déraisonnable?**

Des situations à risque?

- Patient jeune
- Patient ou famille « attachant(e) »
- Greffe
- Erreur médicale et iatrogénie
- Maladie théoriquement curable
- Amélioration de la maladie mais pas du malade
- ...

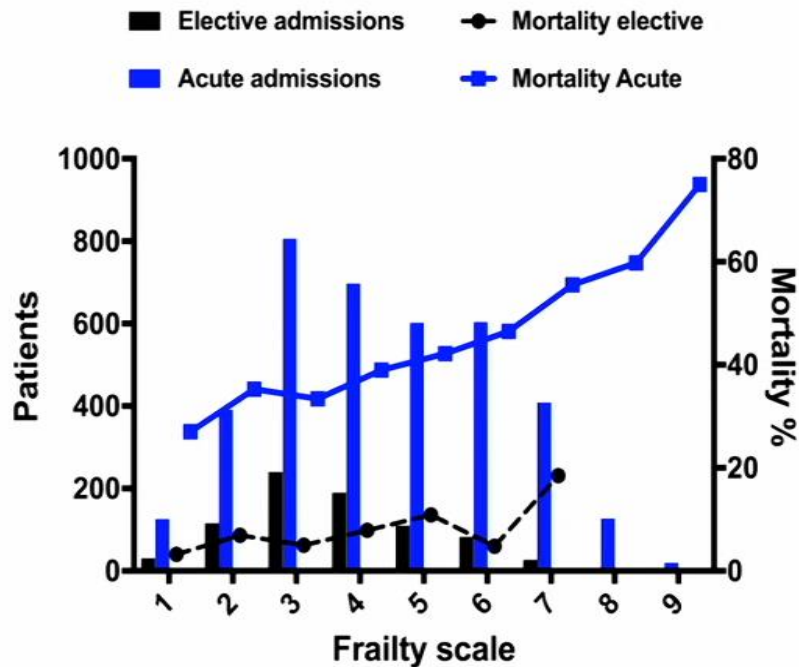


Des situations à risque? Notion de fragilité

ORIGINAL

The impact of frailty on ICU and 30-day mortality and the level of care in very elderly patients (≥ 80 years)

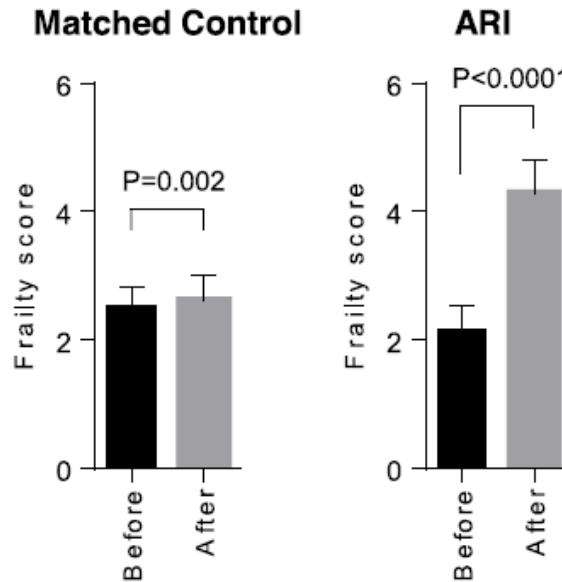
Fragilité et mortalité



Mortalité augmente avec fragilité
Attention résultats différents si chirurgie programmée

Flaaten et al. Intensive Care Med 2017

Long-term survival of elderly patients after intensive care unit admission for acute respiratory infection: a population-based, propensity score-matched cohort study



1000 patients > 80 ans ayant survécus à la réanimation

Groupe contrôle apparié opéré de la cataracte
Évaluation à 2 ans: mortalité x 3,6

Guillon et al. Critical Care 2020

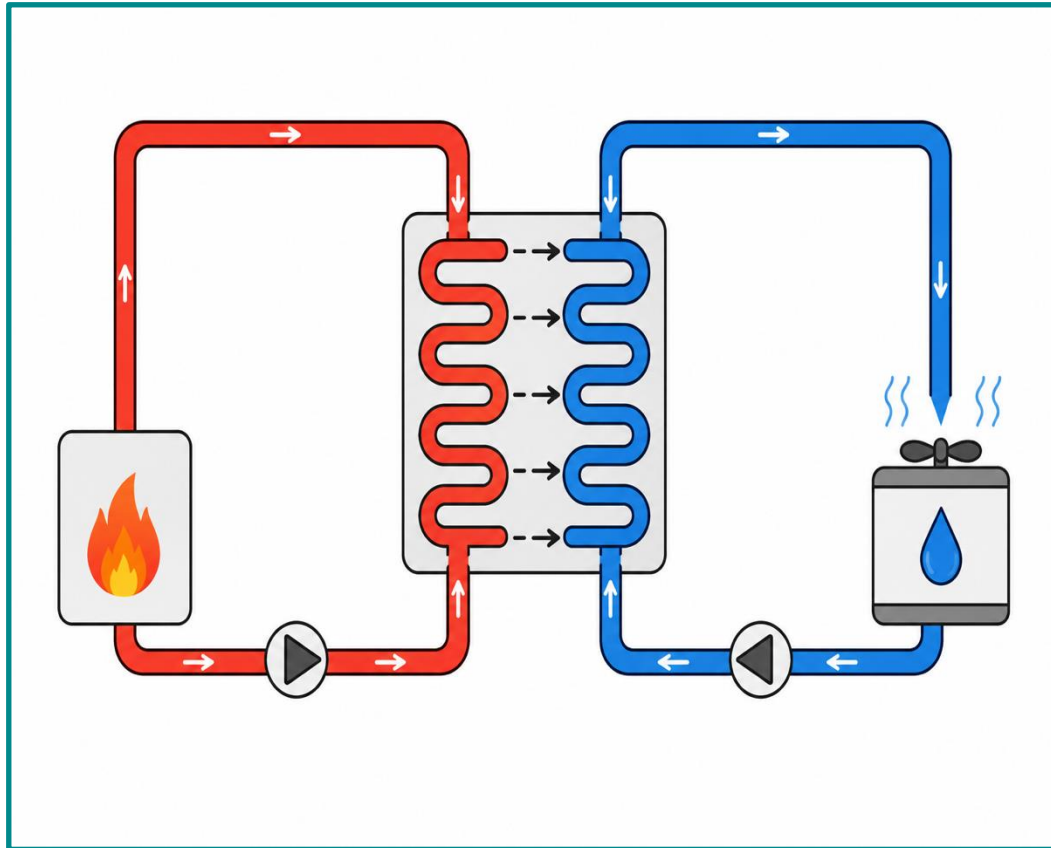




Pistes de réflexion pour réguler l'obstination déraisonnable



La « voie du tiers »



- Le tiers comme régulateur de l'OD
- Circuit chaud et circuit froid
- Collégialité
- Interdisciplinarité
- Fait réapparaître le patient et le soignant en tant que sujets

Pour une obstination Raisonnable en soins palliatifs



1) Que me demande ce patient?

- Reconnaissance, le soulager, ne pas avoir peur de lui, et des choses que je ne peux lui apporter

2) Et moi, qui je suis?

- Notre histoire/notre profession, liens privilégiés

3) Quels sont les moyens dont je dispose ?

- Outils validés, Pression forte à « faire », S'aider de l'interdisciplinarité

4) Comment décider malgré le doute et la culpabilité ?

- Techniques >> au service d'un patient et de son histoire, et non d'elles mêmes, d'une organisation, ou d'un idéal soignant; Réévaluation perpétuelle; Climat d'incertitude comme chance propice à la créativité et à la liberté

Chvetzoff G., *Concilier technique et accompagnement humain en soins palliatifs : une obstination raisonnée ?*, Médecine palliative n°17, 2018

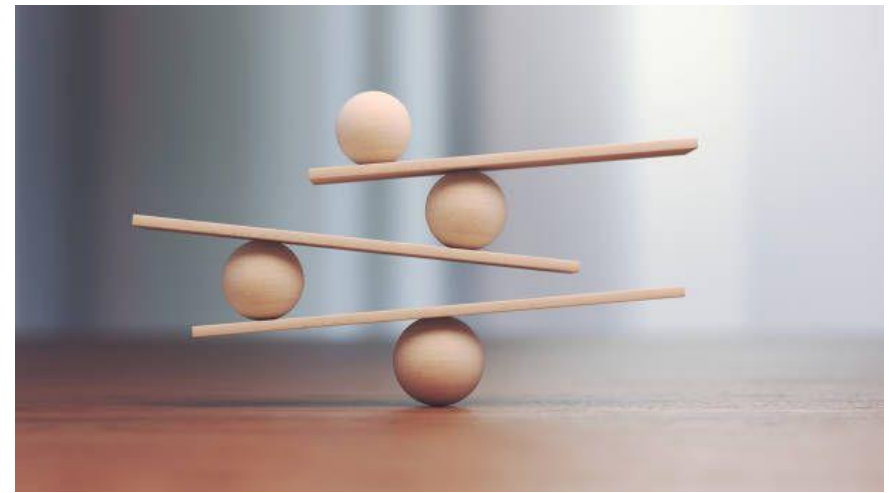


Autres pistes de régulation

- Sortir de la dichotomie curatif/palliatif et de la logique tout/rien >> Soins palliatifs intégrés et précoces
- Un véritable trépied EBM
 - Données scientifiques (essais cliniques)
 - Expérience du praticien
 - Volonté(s) du patient
- Connaitre la clinique palliative
- Déplacer l'espoir
- Et l'éloge du combat?



POUR NE PAS CONCLURE (1)



- **Proportionnalité des soins**
- La balance entre le « risque élargi » (pour la survie, la qualité de vie, les valeurs du patient) et le bénéfice global attendu pour le patient au sein d'un projet de soin et de vie

POUR NE PAS CONCLURE (2)

- Quid du rapport entre obstination déraisonnable et euthanasie?
 - A discuter:
 - Même logique « on / off »?
 - Même logique de maîtrise?
 - Même place centrale laissée à la médecine?



*« Docteur, faites tout ce que vous pouvez...
Mais surtout, pas d'acharnement! »*

