

5 minutes pour apprendre

Notion de futilité en médecine

Dr EMMANUELLE MOHBAT^a, Dr DAVID COSTA MARQUES^a et Pr OMAR KHERAD^a

Rev Med Suisse 2026; 22: 412-3 | DOI : 10.53738/REVMED.2026.22.951.47972

The concept of futility in medicine

A 79-year-old woman with a history of breast cancer was incidentally found to have a suspicious lung nodule. Though reluctant to accept treatments with disabling side effects, she was persuaded to undergo biopsy after oncologists stressed the low toxicity and potential benefit of EGFR inhibitors. The biopsy confirmed lung adenocarcinoma but caused complications, including pneumothorax and progressive dyspnea, without improving outcome. Her primary wish was to return home and limit hospital exposure, an expectation ultimately unmet. This case underlines the need to respect patient preferences, address cognitive biases like action bias, and reassess interventions through the lens of futility, particularly in geriatric oncology, where broader societal reflection and independent oversight are essential.

VIGNETTE CLINIQUE

Patiente de 79 ans, non fumeuse, avec un cancer du sein traité 35 ans plus tôt, chez laquelle un scanner thoraco-abdominal révèle fortuitement un nodule en verre dépoli centimétrique au lobe supérieur droit. Selon les recommandations de la Fleischner Society, un scanner à 6 mois-1 an est préconisé. Le CT de contrôle montre une augmentation de la taille du nodule initial, l'apparition d'une condensation apicale sous-pleurale du lobe supérieur droit, des adénomégalies médiastinales et de multiples nodules pulmonaires bilatéraux. Un PET-CT révèle un hypermétabolisme de la lésion spiculée du lobe supérieur droit sans hyperfixation des nodules pulmonaires, néanmoins suspects d'une extension secondaire. L'indication à une biopsie à visée diagnostique est posée. La patiente exprime clairement son refus de tout traitement pouvant entraîner des effets secondaires invalidants en cas de diagnostic de tumeur maligne. Elle accepte finalement la biopsie, convaincue par l'équipe d'oncologie qui met en balance le profil de tolérance favorable des inhibiteurs de tyrosine kinase de l'Epidermal Growth Factor Receptor (EGFR-TKI), en particulier l'osimertinib, et l'espoir d'une efficacité thérapeutique. Une ponction-biopsie transthoracique guidée par scanner est finalement réalisée. La procédure se complique d'un pneumothorax droit qui nécessitera un drainage avec résolution complète. L'examen anatomopathologique confirme un adénocarcinome pulmonaire traité finalement par 8 séances de radiothérapie et osimertinib. Depuis le pneumothorax, la patiente rapporte une dyspnée probablement multifactorielle sur progression de la maladie oncologique et respiration dysfonctionnelle pour laquelle elle bénéficie d'une corticothérapie et de physiothérapie respiratoire.

INTRODUCTION

Renoncer à une prise en charge est une décision parfois difficile à accepter par un professionnel de santé, surtout quand certains examens ont déjà été réalisés (doigt dans l'engrenage) ou par simple biais d'action (il est plus facile de faire quelque chose devant un malade que de ne rien faire). Dans le cas présenté, réaliser une biopsie chez une patiente ayant clairement exprimé un refus de traitement pouvant altérer la qualité de vie en cas de résultat positif soulève la question de la futilité du geste. En médecine, cela décrit le recours à des interventions dont l'efficacité est nulle ou encore la pertinence clinique contestable. La Commission centrale d'éthique de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) a publié, en 2021, des recommandations² visant à donner aux professionnels de santé des outils utiles pour appréhender la notion de futilité dans des situations où l'efficacité et/ou le sens clinique sont discutables.

LA NOTION DE FUTILITÉ EN MÉDECINE

La futilité ne fait pas l'objet d'un consensus, et plusieurs définitions coexistent. Selon Schneiderman et coll.,³ on peut distinguer une *futilité quantitative*, correspondant à une probabilité extrêmement faible de bénéfice d'un traitement, et une *futilité qualitative*, désignant un traitement potentiellement efficace, mais au prix d'une dégradation majeure de la qualité de vie. La futilité peut également être abordée sous l'angle de la « physiologie ». Est alors futile une intervention qui ne peut pas, physiologiquement, mener à l'objectif thérapeutique attendu, par exemple, essayer de traiter une hypertension avec des antibiotiques. La futilité physiologique peut également inclure le recours à une intervention qui n'aurait plus de sens pour une situation donnée, par exemple, effectuer une réanimation cardiopulmonaire chez un patient atteint d'un cancer métastatique dépassé. Dans le cas de la patiente, la biopsie vise uniquement à établir un diagnostic, sans perspective thérapeutique initialement acceptable pour la patiente, laquelle ne tenait pas impérativement à savoir s'il s'agissait d'un cancer. Elle est donc futile à la fois physiologiquement, puisqu'aucune action thérapeutique ne devait en découler et qualitativement, puisque les complications du geste ont entraîné une altération marquée de l'état de santé.

L'indication quant à elle peut être définie comme le fait de considérer légitime le recours à un examen ou un traitement dans le but d'atteindre un objectif diagnostique et/ou thérapeutique. Elle est basée sur les données scientifiques, mais une évaluation individualisée est primordiale. Une

^aService de médecine interne, Hôpital de La Tour, 1217 Meyrin/Genève
emmanuelle.mohbat@latour.ch | david.marques@latour.ch | omar.kherad@latour.ch

T BLE U 1

**Recommandations de l'ASSM
appliquées au cas clinique**

ASSM: Association suisse des sciences médicales; EGFR: Epidermal Growth Factor Receptor; TKI:Tyrosine Kinase Inhibitor.

Recommandations de l'ASSM	Applicabilité au cas clinique
1. Clarification de l'objectif thérapeutique	Notre proposition de prise en charge est explicitement refusée par la patiente qui ne souhaite aucun traitement oncologique susceptible d'entraîner des effets secondaires invalidants si la masse biopsiée s'avérait être un cancer
2. Reconnaissance du «biais» personnel	Était-il difficile pour nous de mettre un terme à un processus diagnostique déjà enclenché, voire de devoir renoncer?
3. Interdisciplinarité	Une discussion interprofessionnelle entre le médecin traitant, le pneumologue et l'oncologue avant la biopsie aurait pu établir une prise en charge plus adaptée à la patiente
4. Approche biopsychosociale de la patiente	Au cours de l'hospitalisation, la patiente exprime son anxiété d'être hospitalisée, de voir des médecins et de subir des radiographies du thorax par crainte d'un nouveau drainage. Un traitement par benzodiazépines est instauré pour pallier l'anxiété de la patiente durant son hospitalisation
5. Prise en compte des valeurs et de la conception du monde de la patiente	Une clarification des valeurs culturelles ou spirituelles de la patiente aurait pu mieux expliquer ses choix et notamment le refus de traitement oncologique
6. Renforcement du dialogue	Dans cette situation, cela aurait peut-être permis de mieux s'accorder sur l'objectif de soin
7. Transparence	La patiente accepte finalement la biopsie motivée par la proposition d'un traitement oncologique oral bien toléré, l'osimertinib. L'oncologue s'appuie sur les résultats prometteurs de l'essai FLAURA ⁴ qui a montré un gain de survie sans progression chez les patients traités par osimertinib vs EGFR-TKI standards (18,9 mois vs 10,2) chez les patients atteints de cancer du poumon non à petites cellules avancé sans traitement préalable. Cela aurait peut-être éclipsé la contrainte et les risques inhérents à la biopsie elle-même. La patiente ayant clairement exprimé son souhait de rentrer chez elle au plus vite et de s'épargner au maximum les séjours à l'hôpital, les risques liés à la biopsie lui avaient-ils été clairement exposés?
8. Intégration anticipée des soins palliatifs	La patiente a présenté une dyspnée importante d'origine multifactorielle suite au pneumothorax iatrogène. Une prise en charge palliative anticipée, axée sur l'anxiété et la dyspnée, aurait probablement amélioré la qualité de vie de la patiente

intervention scientifiquement indiquée peut donc être considérée comme futile si elle va à l'encontre de la volonté du patient. Ainsi, on peut estimer que la biopsie n'était indiquée que sur le plan scientifique, occultant le souhait de la patiente.

L'ASSM a émis huit recommandations permettant de guider les professionnels de santé dans les cas où l'efficacité ou le sens d'un traitement est discutable. Les items transposables au cas de la patiente sont détaillés dans le **tableau 1**.

RETOUR À LA VIGNETTE CLINIQUE

La patiente a subi une intervention invasive dont elle ne souhaitait pas bénéficier initialement, avec des complications significatives et une hospitalisation prolongée. Elle est à nouveau hospitalisée cinq mois après la biopsie pour une insuffisance respiratoire hypoxémique liée à un épanchement pleural modéré. Après une discussion multidisciplinaire, il est décidé de ne pas réaliser de drainage à visée symptomatique,

d'arrêter le traitement oncologique anti-EGFR et d'axer la prise en charge sur des soins de confort. La patiente décède un mois plus tard à l'hôpital, des suites de la progression de sa maladie oncologique.

Plusieurs éléments auraient pu améliorer sa prise en charge: une définition claire des objectifs de soins avec la patiente, le détail approfondi du rapport bénéfice/risque de la biopsie ainsi que du traitement oncologique qui pouvait en découler, le respect de l'autonomie de la patiente et enfin le questionnement sur d'éventuels biais cognitifs (par exemple, d'action). Dans ce cas, le sens du traitement était discutable et aurait pu justifier de reconsidérer l'indication à la biopsie à travers le prisme de la futilité. Enfin, en intégrant une dimension financière, la notion de futilité, particulièrement en oncologie gériatrique, doit s'inscrire dans une discussion sociétale. Un arbitrage indépendant est nécessaire pour juger de la pertinence du remboursement de certains actes, parfois médicalement inappropriés.

Conflit d'intérêts: les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Utilisation de l'IA: les auteurs ont déclaré ne pas avoir utilisé l'IA pour la rédaction de cet article.

ORCID ID:

E. Mohbat: <https://orcid.org/0000-0002-7413-7240>

D. Marques: <https://orcid.org/0009-0001-6366-4459>

O. Kherad: <https://orcid.org/0000-0002-6003-0776>

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Les préférences du patient doivent toujours être discutées et documentées avant toute procédure diagnostique, en particulier lorsque les possibilités thérapeutiques sont incertaines ou non souhaitées par le patient.
- Il est essentiel de s'assurer que le geste envisagé aura un impact réel sur la prise en charge thérapeutique ou que le patient exprime le souhait d'être informé du diagnostic.
- En cas de refus de traitement, l'utilité d'un diagnostic invasif doit être réévaluée à la lumière du contexte global de soins. Le respect de l'autonomie du patient prévaut sur une logique strictement biomédicale, même face à des recommandations standardisées.
- Les guidelines, comme celles de la Fleischner Society, doivent être contextualisées et jamais se substituer à une évaluation individualisée et éthiquement informée.

SOUMETTRE UN CAS

Soumettez un cas traitant d'un incident ou potentiel incident (near miss en anglais) faisant suite à un acte médical éventuellement inapproprié, pour le format, merci de vous référer au site de la RMS: www.revmed.ch/publier-dans-la-revue/rubriques-de-la-revue. Les textes sont à envoyer à : omar.kherad@latour.ch.

1 MacMahon H, Naidich DP, Goo JM, et al. Guidelines for Management of Incidental Pulmonary Nodules Detected on CT Images: From the Fleischner Society 2017. *Radiology*. 2017 Jul;284(1):228-43.

2 **Ineffectiveness and unlikelihood of benefit: dealing with the concept of futility in medicine. *Swiss Med Wkly*. 2021 Dec 22;151(5152):w30121.

3 Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR. Medical futility: its meaning and ethical implications. *Ann Intern Med*. 1990 Jun 15;112(12):949-54.

4 Soria JC, Ohe Y, Vansteenkiste J, et al. Osimertinib in Untreated EGFR-Mutated Advanced Non-Small-Cell Lung Cancer. *N Engl J Med*. 2018 Jan 11;378(2):113-25.

** à lire absoluement