

DÉFIS JURIDIQUES DES SOIGNANTS

Le droit quand la situation dérape

Pack 03 - 6 fiches terrain + mini-cas + 30 QCM

JurisMedX - outil pédagogique suisse - État au 11.10.2026

Cette ressource ne remplace ni les directives institutionnelles, ni une analyse juridique du cas concret. Les règles cantonales, les compétences professionnelles et les procédures internes doivent toujours être vérifiées.



La collection continue

Ces fiches prolongent la série avec les situations où l'organisation, la représentation du patient, la fin de vie, le secret, les incidents et les procédures deviennent les vrais points de friction.

Même mécanique : situation -> risque -> droit utile -> réflexe terrain -> limites -> escalade -> mini-cas -> 5 QCM.

Sommaire du Pack 03

11 Je suis épuisé : ai-je encore l'obligation de continuer ?
Fatigue, sécurité des soins, devoir d'alerte, relève et limites du « tenir encore un peu ».

12 L'institution m'impose une directive : dois-je toujours l'appliquer ?
Pouvoir d'instruction, règles de l'art, droits du patient et devoir de signaler une consigne problématique.

13 Mes convictions entrent en conflit avec une prise en charge
Conscience professionnelle, non-abandon, urgence, continuité et organisation du relais.

14 Le patient n'a plus sa capacité de discernement : qui décide ?
Évaluation, directives anticipées, représentant, volonté présumée et urgence.

15 Le patient est mineur et les adultes ne sont pas d'accord
Discernement du mineur, autorité parentale, confidentialité et conflit entre représentants.

16 Le patient est pris en charge à domicile par un proche : qui supervise ?
Proche aidant salarié, soins de base, rôle de l'OSAD, supervision et qualité des soins.

FICHE 11 - Je suis épuisé : ai-je encore l'obligation de continuer ?

Fatigue, sécurité des soins, devoir d'alerte, relève et limites du « tenir encore un peu ».

Situation terrain

Après plusieurs journées difficiles, une soignante termine son service épuisée. Une collègue est absente et on lui demande de prolonger encore plusieurs heures. Elle sent qu'elle n'est plus suffisamment attentive pour administrer des médicaments en sécurité.

À retenir en 30 secondes

La fatigue n'autorise pas automatiquement à quitter son poste sans transmission, mais elle n'est pas non plus un risque que l'on doit cacher. Les règles de protection de la santé et de temps de repos visent précisément à prévenir le surmenage et les accidents liés à la fatigue. Le bon réflexe est d'alerter rapidement, de demander une relève ou une adaptation et de documenter les mesures prises lorsque la sécurité des soins est en jeu.

Ce qui peut mal tourner

- Continuer en silence jusqu'à l'erreur parce que « tout le monde est fatigué ».
- Quitter brutalement le service sans organiser la continuité des soins.
- Confondre loyauté envers l'équipe et obligation de s'exposer à un niveau de fatigue dangereux.
- Ne laisser aucune trace d'alertes répétées concernant une surcharge chronique.

Le droit qui intervient

- L'employeur doit protéger la santé et la personnalité des travailleurs ; la LTr et ses ordonnances encadrent notamment le travail et le repos afin d'éviter le surmenage.
- Les instructions de l'employeur doivent en principe être suivies de bonne foi, mais ce pouvoir de direction n'efface ni les règles de protection de la santé ni les obligations professionnelles envers les patients.
- La réponse dépend aussi du statut du personnel, du contrat/CCT, du type d'établissement et des éventuelles exceptions à la LTr.
- Sur le plan professionnel, la fatigue devient juridiquement pertinente lorsqu'elle compromet la diligence, la surveillance ou la sécurité des soins.

Le réflexe du soignant

1. Signaler immédiatement et clairement le niveau de fatigue et le risque concret au responsable de service.
2. Demander une relève, une redistribution des tâches ou une priorisation adaptée à la situation.
3. Éviter les tâches à risque élevé si une alternative organisationnelle sûre peut être mise en place.
4. Assurer une transmission avant de quitter le poste ou le secteur.
5. Si la surcharge est répétée, utiliser les canaux institutionnels prévus et conserver une traçabilité factuelle des alertes.

© JurisMedX - L. Petoud - octobre 2026



À ne pas faire

- Dire seulement « je suis crevé » sans expliquer le risque concret pour les soins.
- Partir sans transmission ni avertissement.
- Accepter systématiquement des prolongations qui conduisent à dépasser les limites applicables sans les signaler.
- Transformer le dossier patient en registre des problèmes RH.

Quand passer le relais ?

Escalader si aucune relève n'est organisée malgré un risque concret, si les durées de travail/repos paraissent ne plus être respectées, si la situation se répète, ou si un incident survient dans un contexte de fatigue importante.

Mini-cas

À vous de raisonner

Une infirmière en fin de nuit explique qu'elle ne se sent plus en état de préparer seule des médicaments à haut risque. Son responsable répond : « On n'a personne d'autre, débrouille-toi. » Que doit-elle faire ?

QCM - 5 questions

1. La fatigue peut devenir un enjeu de sécurité des soins.

A. Vrai
B. Faux

2. Un soignant épuisé peut toujours quitter immédiatement le service sans transmission.

A. Vrai
B. Faux

3. Les règles de repos servent notamment à prévenir le surmenage et les accidents liés à la fatigue.

A. Vrai
B. Faux

4. Une surcharge répétée ne doit jamais être signalée par écrit.

A. Vrai
B. Faux

5. La loyauté envers l'équipe oblige à accepter toute prolongation d'horaire.

A. Vrai
B. Faux

Sources et bases utiles

SECO - Durée du travail et du repos[ouvrir]



SECO - Loi sur le travail et ordonnances[ouvrir]
Code des obligations, art. 321d et 328 - Fedlex[ouvrir]
Journée du droit de la santé 2026 - Initiative soins infirmiers / conditions de travail (support fourni à JurisMedX)



FICHE 12 - L'institution m'impose une directive : dois-je toujours l'appliquer ?

Pouvoir d'instruction, règles de l'art, droits du patient et devoir de signaler une consigne problématique.

Situation terrain

Une nouvelle directive interne impose une procédure standardisée. Une professionnelle constate qu'appliquée à un patient particulier, elle pourrait conduire à retarder une évaluation clinique nécessaire. Elle hésite entre obéir strictement et s'écarter de la consigne.

À retenir en 30 secondes

Une directive institutionnelle n'est pas facultative parce qu'elle déplaît, mais elle n'est pas non plus au-dessus de la loi, des droits du patient et des obligations professionnelles. Il faut distinguer l'organisation du travail, que l'employeur peut encadrer, de la décision clinique qui doit rester compatible avec la diligence et la situation du patient.

Ce qui peut mal tourner

- Ignorer une directive sans explication ni information de la hiérarchie.
- Appliquer mécaniquement une consigne manifestement inadaptée à la situation clinique.
- Croire qu'une procédure interne protège automatiquement contre toute responsabilité.
- Confondre désaccord personnel et véritable conflit avec une règle professionnelle ou légale.

Le droit qui intervient

- L'employeur peut donner des directives générales et des instructions particulières sur l'exécution du travail (CO art. 321d).
- Ce pouvoir trouve des limites dans la protection de la personnalité, la sécurité, le droit applicable et les devoirs professionnels.
- Pour les médecins, les règles professionnelles exigent notamment diligence, respect des droits des patients et autonomie dans la décision médicale ; les autres professions de santé sont également liées par leurs compétences et devoirs propres.
- Les directives internes doivent être articulées avec les procédures de signalement des risques et l'escalade clinique de l'établissement.

Le réflexe du soignant

1. Identifier précisément ce qui pose problème : sécurité, droit du patient, compétence, indication clinique ou simple préférence personnelle.
2. Chercher si la directive prévoit une exception ou une procédure d'escalade.
3. Informer le supérieur/clinicien responsable avant de s'en écarter, sauf urgence immédiate imposant d'agir pour protéger le patient.
4. Documenter la décision clinique utile dans le dossier patient ; documenter le problème organisationnel dans le canal approprié.

© JurisMedX - L. Petoud - octobre 2026

5. Demander une clarification écrite ou une révision de la directive si le problème est structurel.

À ne pas faire

- Dire « c'est la directive » pour justifier une décision manifestement dangereuse.
- S'écarter clandestinement d'une règle sans traçabilité.
- Utiliser le dossier patient pour régler un conflit hiérarchique.
- Supposer qu'un ordre verbal annule automatiquement une procédure écrite.

Quand passer le relais ?

Escalader si la consigne expose le patient à un risque sérieux, semble contraire à une obligation légale/professionnelle, dépasse vos compétences, ou si plusieurs professionnels rencontrent le même problème.

Mini-cas

À vous de raisonner

Une procédure impose de passer par une étape administrative avant une évaluation médicale. Un patient présente soudain des signes neurologiques inquiétants. Faut-il suivre la procédure jusqu'au bout ?

QCM - 5 questions

1. Une directive interne est toujours supérieure aux obligations professionnelles.

A. Vrai
B. Faux

2. L'employeur peut donner des instructions sur l'organisation du travail.

A. Vrai
B. Faux

3. Un écart à une procédure peut parfois être justifié par une urgence clinique.

A. Vrai
B. Faux

4. Tout désaccord personnel justifie de ne pas appliquer une directive.

A. Vrai
B. Faux

5. Un problème structurel de directive doit être remonté dans un canal approprié.

A. Vrai
B. Faux

Sources et bases utiles

Code des obligations, art. 321d - Fedlex[ouvrir]



Guide pratique FMH/ASSM - Activité médicale salariée[ouvrir]
Guide pratique FMH/ASSM - Devoirs professionnels[ouvrir]



FICHE 13 - Mes convictions entrent en conflit avec une prise en charge

Conscience professionnelle, non-abandon, urgence, continuité et organisation du relais.

Situation terrain

Une professionnelle explique qu'une prise en charge heurte profondément ses convictions personnelles. Elle ne veut pas participer à l'acte, mais le patient est déjà engagé dans le parcours de soins et l'équipe doit assurer la continuité.

À retenir en 30 secondes

Les convictions personnelles peuvent créer un conflit réel, mais elles ne permettent pas de mettre le patient en danger, de l'abandonner ou de le discriminer. La réponse dépend de la profession, de l'acte, du cadre légal et institutionnel. Le bon réflexe est d'anticiper le conflit, d'en parler tôt et d'organiser. Un relais sûr, lorsque le cadre juridique et l'organisation le permettent.

Ce qui peut mal tourner

- Annoncer un refus au dernier moment alors qu'aucune relève n'est possible.
- Faire subir au patient un jugement moral ou une discrimination.
- Refuser une assistance urgente sans solution alternative.
- Présumer qu'il existe un droit général et absolu à l'objection de conscience pour tout professionnel et tout acte.

Le droit qui intervient

- Pour les médecins, le Code de déontologie FMH reconnaît l'importance de la conscience professionnelle, tandis que la LPMéd impose notamment diligence, respect des droits des patients et assistance en cas d'urgence.
- Pour les autres professions, les règles varient selon la loi professionnelle, le canton, le contrat et l'institution ; il faut vérifier le cadre applicable.
- Le refus d'une tâche n'autorise pas à compromettre la continuité ou la sécurité des soins.
- Les situations prévisibles doivent autant que possible être anticipées dans l'organisation du travail.

Le réflexe du soignant

1. Identifier si le conflit relève d'une conviction personnelle, d'un problème légal ou d'une limite de compétence.
2. Informer suffisamment tôt le responsable afin qu'un relais puisse être organisé.
3. Rester respectueux et neutre dans la relation avec le patient.
4. En urgence, prioriser la sécurité et l'assistance requise selon les obligations applicables.
5. Demander une clarification éthique/juridique lorsque le conflit est complexe ou récurrent.



À ne pas faire

- Transformer une conviction en discours moralisateur envers le patient.
- Organiser soi-même un abandon de prise en charge sans relais.
- Attendre la dernière minute alors que le conflit était prévisible.
- Confondre objection de conscience et désaccord avec une décision clinique.

Quand passer le relais ?

Escalader lorsque le refus risque d'empêcher ou retarder un soin, lorsqu'il n'existe pas de relais, en situation d'urgence, ou lorsqu'un conflit de valeurs devient durable au sein de l'équipe.

Mini-cas

À vous de raisonner

Un acte programmé est légal et indiqué, mais une professionnelle ne souhaite pas y participer pour des raisons de conscience. Elle le sait depuis plusieurs jours. Quel est le meilleur réflexe ?

QCM - 5 questions

1. Les convictions personnelles autorisent toujours à refuser n'importe quel soin.

A. Vrai
B. Faux

2. Un conflit de conscience prévisible doit être signalé tôt.

A. Vrai
B. Faux

3. Le patient peut être sermonné pour expliquer le refus du professionnel.

A. Vrai
B. Faux

4. L'urgence peut modifier la marge de manœuvre du professionnel.

A. Vrai
B. Faux

5. Un conflit de valeurs complexe peut justifier un soutien éthique ou juridique.

A. Vrai
B. Faux

Sources et bases utiles

Code de déontologie FMH - principes et conscience professionnelle[ouvrir]
Guide pratique FMH/ASSM - Devoirs professionnels[ouvrir]



FICHE 14 - Le patient n'a plus sa capacité de discernement : qui décide ?

Évaluation, directives anticipées, représentant, volonté présumée et urgence.

Situation terrain

Un patient hospitalisé devient confus. Il refuse un traitement qu'il acceptait la veille. Sa famille exige qu'on le traite malgré son opposition. L'équipe se demande qui peut juridiquement décider.

À retenir en 30 secondes

L'incapacité de discernement n'est ni automatique ni globale. Elle s'évalue pour une décision précise et peut fluctuer. Si le patient est incapable de discernement, il faut rechercher des directives anticipées et identifier la personne habilitée à le représenter ; en urgence, les mesures sont prises selon la volonté présumée et les intérêts du patient.

Ce qui peut mal tourner

- Déclarer incapable une personne simplement parce qu'elle est âgée, confuse ou sous curatelle.
- Laisser n'importe quel proche décider parce qu'il est présent au chevet.
- Oublier de rechercher des directives anticipées.
- Écarter totalement le patient incapable de discernement de la discussion alors qu'il peut encore être associé.

Le droit qui intervient

- La capacité de discernement est définie à l'art. 16 CC et présumée en principe ; elle doit être appréciée en lien avec la décision concrète.
- Les directives anticipées sont régies par les art. 370 ss CC.
- En l'absence d'instructions suffisantes, l'art. 378 CC fixe l'ordre des personnes habilitées à représenter un adulte incapable de discernement dans le domaine médical.
- En urgence, l'art. 379 CC permet d'agir selon la volonté présumée et les intérêts de la personne.

Le réflexe du soignant

1. Faire signaler/évaluer la capacité de discernement en lien avec la décision précise.
2. Rechercher les directives anticipées et un éventuel représentant thérapeutique.
3. Identifier le représentant légalement habilité, pas seulement le proche le plus disponible.
4. Associer le patient autant que possible malgré son incapacité de discernement.
5. En cas de conflit mettant le patient en danger, solliciter l'autorité ou la ressource juridique/éthique prévue.



À ne pas faire

- Écrire « incapable de discernement » sans lien avec une décision précise ni éléments d'évaluation.
- Supposer qu'une curatelle signifie automatiquement incapacité de discernement.
- Faire signer le premier membre de la famille présent sans vérifier sa qualité.
- Utiliser l'urgence comme justification permanente alors que la situation permet une clarification.

Quand passer le relais ?

Escalader en cas de doute majeur sur le discernement, de désaccord entre représentants, de décision manifestement contraire à la volonté présumée ou aux intérêts du patient, ou si une mesure de contrainte est envisagée.

Mini-cas

À vous de raisonner

Une patiente atteinte de démence légère refuse une prise de sang simple mais comprend parfaitement pourquoi elle est proposée et les conséquences de son refus. Est-elle forcément incapable de discernement ?

QCM - 5 questions

1. La capacité de discernement s'évalue par rapport à une décision concrète.

A. Vrai
B. Faux

2. Être sous curatelle signifie automatiquement être incapable de discernement.

A. Vrai
B. Faux

3. Il faut rechercher des directives anticipées lorsqu'un patient devient incapable de discernement.

A. Vrai
B. Faux

4. N'importe quel proche peut représenter le patient s'il est disponible.

A. Vrai
B. Faux

5. En urgence, la volonté présumée du patient reste pertinente.

A. Vrai
B. Faux



Sources et bases utiles

État de Vaud - Mesures anticipées[ouvrir]
État de Vaud - Consentement libre et éclairé[ouvrir]
ASSM - Capacité de discernement[ouvrir]



FICHE 15 - Le patient est mineur et les adultes ne sont pas d'accord

Discernement du mineur, autorité parentale, confidentialité et conflit entre représentants.

Situation terrain

Deux parents séparés exercent l'autorité parentale conjointe et se disputent au sujet d'un traitement de leur enfant. L'adolescent, lui, exprime clairement ce qu'il souhaite. L'équipe ne sait pas quelle volonté prendre en compte.

À retenir en 30 secondes

Un mineur capable de discernement peut exercer lui-même certains droits strictement personnels, notamment consentir ou refuser des soins. S'il est incapable de discernement, les détenteurs de l'autorité parentale décident ; en cas de désaccord sérieux, l'autorité de protection peut devoir intervenir. L'âge seul ne suffit pas à trancher.

Ce qui peut mal tourner

- Ignorer la parole d'un adolescent capable de discernement.
- Donner automatiquement toutes les informations aux parents sans réfléchir à la confidentialité du mineur capable de discernement.
- Laisser un conflit parental bloquer indéfiniment un soin nécessaire.
- Fixer un âge rigide à partir duquel tous les mineurs seraient capables ou incapables de discernement.

Le droit qui intervient

- Dans le canton de Vaud, aucun soin ne peut être donné sans consentement libre et éclairé d'un patient capable de discernement, majeur ou mineur.
- La capacité de discernement du mineur s'apprécie concrètement ; elle dépend de sa maturité et de la décision concernée.
- Si le mineur est incapable de discernement, les détenteurs de l'autorité parentale ou le représentant compétent prennent la décision.
- En cas de désaccord des détenteurs de l'autorité parentale sur une décision importante, l'autorité de protection peut être appelée à trancher ; la jurisprudence 2026 sur la vaccination en donne une illustration.

Le réflexe du soignant

1. Évaluer/faire évaluer la capacité de discernement du mineur pour la décision en cause.
2. Écouter le mineur et lui donner une information adaptée à son âge et à sa compréhension.
3. Vérifier qui détient l'autorité parentale ou le pouvoir de représentation.
4. Distinguer la décision médicale urgente du conflit parental.
5. Solliciter l'autorité compétente ou le juridique si le désaccord bloque une prise en charge importante.

© JurisMedX - L. Petoud - octobre 2026



À ne pas faire

- Dire « il est mineur donc il ne décide jamais ».
- Dire « à 14 ans il décide toujours seul ».
- Prendre parti dans le conflit parental.
- Transmettre automatiquement des informations intimes à un parent sans examiner les droits du mineur capable de discernement.

Quand passer le relais ?

Escalader si le discernement est incertain, si les parents se contredisent sur un soin important, si le mineur est en danger, ou si un signalement de protection de l'enfant peut être nécessaire.

Mini-cas

À vous de raisonner

Une adolescente capable de discernement accepte un traitement, tandis qu'un parent s'y oppose pour des raisons personnelles. La minorité suffit-elle à donner le dernier mot au parent ?

QCM - 5 questions

1. Un patient mineur peut être capable de discernement.

A. Vrai
B. Faux

2. L'âge civil suffit à décider qui consent au traitement.

A. Vrai
B. Faux

3. Un mineur capable de discernement a des droits propres en matière de soins.

A. Vrai
B. Faux

4. En cas de désaccord sérieux entre détenteurs de l'autorité parentale, l'autorité de protection peut intervenir.

A. Vrai
B. Faux

5. La confidentialité du mineur capable de discernement ne mérite jamais d'examen particulier.

A. Vrai
B. Faux



Sources et bases utiles

État de Vaud - Consentement libre et éclairé[ouvrir]
État de Vaud - Secret professionnel (mineurs)[ouvrir]
État de Vaud - Justice de paix / désaccord parental et décisions médicales[ouvrir]
Journée du droit de la santé 2026 - TF 5A_649/2026, vaccination d'un enfant (support fourni à JurisMedX)



FICHE 16 - Le patient est pris en charge à domicile par un proche : qui supervise ?

Proche aidant salarié, soins de base, rôle de l'OSAD, supervision et qualité des soins.

Situation terrain

Une OSAD emploie la fille d'un patient comme proche aidante pour réaliser certains soins de base. L'infirmière référente constate que des consignes sont suivies de manière irrégulière et que la relation familiale rend les corrections difficiles.

À retenir en 30 secondes

Le fait qu'un soin soit réalisé par un proche ne supprime ni les exigences de qualité ni la responsabilité de l'organisation qui facture et organise la prestation. Le modèle du proche aidant salarié repose notamment sur un encadrement et une supervision adaptés par des professionnels qualifiés.

Ce qui peut mal tourner

- Confondre relation familiale et relation professionnelle.
- Déléguer sans vérifier les compétences et la compréhension des consignes.
- Ne pas tracer les difficultés parce que « c'est la famille ».
- Laisser la pression financière du modèle dicter le niveau de supervision.

Le droit qui intervient

- Les soins de longue durée sont financés notamment dans le cadre de l'art. 25a LAMal et de l'OPAS pour les prestations reconnues.
- Le salariat de proches aidants par des OSAD s'est développé, mais il soulève des questions de qualité, de supervision et de financement résiduel.
- Le support de la Journée du droit de la santé 2026 souligne expressément la supervision d'un nombre croissant de proches peu ou pas qualifiés et la responsabilité civile de l'OSAD.
- Les compétences concrètes, l'encadrement et la facturation doivent correspondre au droit et aux règles cantonales applicables.

Le réflexe du soignant

1. Clarifier précisément les tâches confiées au proche et leurs limites.
2. Vérifier que les consignes sont comprises et réalisables.
3. Prévoir un suivi et une supervision proportionnés au risque et au niveau de qualification.
4. Documenter les écarts qui ont une incidence sur la prise en charge et réévaluer le plan de soins.
5. Escalader lorsque le lien familial empêche le respect des instructions ou compromet la sécurité.

© JurisMedX - L. Petoud - octobre 2026



À ne pas faire

- Supposer qu'un proche connaît forcément mieux le patient et peut tout faire.
- Réduire la supervision uniquement pour des raisons économiques.
- Laisser une tâche évoluer vers un acte plus complexe sans réévaluation.
- Éviter une discussion difficile pour préserver la relation familiale.

Quand passer le relais ?

Escalader si les consignes ne sont pas respectées, si l'état du patient dépasse les compétences du proche, si la qualité se dégrade, ou si un conflit d'intérêts familial/professionnel apparaît.

Mini-cas

À vous de raisonner

Un proche aidant salarié refuse de modifier sa manière de mobiliser le patient malgré plusieurs explications et un risque de chute. L'infirmière peut-elle simplement « laisser faire » parce que le patient préfère son proche ?

QCM - 5 questions

1. Le statut de proche supprime les exigences de qualité des soins facturés par une OSAD.

A. Vrai
B. Faux

2. La supervision doit être adaptée aux tâches et aux compétences du proche aidant.

A. Vrai
B. Faux

3. Une difficulté familiale peut avoir des conséquences professionnelles dans la prise en charge.

A. Vrai
B. Faux

4. Une OSAD ne peut jamais engager sa responsabilité pour les actes d'un proche aidant salarié.

A. Vrai
B. Faux

5. Un changement important de l'état du patient peut nécessiter une réévaluation des tâches confiées.

A. Vrai
B. Faux

Sources et bases utiles

Journée du droit de la santé 2026 - Vieillir chez soi... à quel prix ? (A.-S. Dupont, support fourni à JurisMedX)
LAMal - soins de longue durée, art. 25a – Fedlex [ouvrir]
OFSP - Patients, droits, sécurité et implication [ouvrir]