JurisMedX

Matrice transversale

Soins aigus • Réadaptation / CTR • EMS • Domicile / CMS

Médecins (CAS) • Infirmier·ères cadres • Directions d'institution

Point d'ancrage : beaucoup de soins ≠ acharnement thérapeutique.
La question est celle de l'indication, de la proportionnalité, de l'objectif de soins et de la volonté du patient.

© JurisMedX - L. Petoud - août 2026

1. À partir de quand peut-on réellement parler d'« acharnement » ?

Le mot « acharnement thérapeutique » n'est pas une catégorie juridique autonome du Code civil. Pour analyser une situation, il est plus solide de raisonner en termes de traitement non indiqué, dénué de sens, non bénéfique ou disproportionné. Le seuil n'est pas atteint parce que les soins sont nombreux, techniques ou prolongés. Il apparaît lorsque la poursuite ou l'escalade ne sert plus un objectif thérapeutique atteignable, impose des charges disproportionnées, ou méconnaît une volonté du patient applicable à la situation.

La formule JurisMedX

BEAUCOUP DE SOINS ≠ ACHARNEMENT. Le basculement se recherche dans le couple « indication / proportionnalité », éclairé par la volonté du patient et par l'objectif de soins.

Les 5 tests du basculement

1) Objectif : sait-on ce que l'on cherche à obtenir (guérir, stabiliser, récupérer une fonction, soulager, organiser une transition) ?
2) Atteignabilité : existe-t-il une chance raisonnable d'atteindre cet objectif pour cette personne ?
3) Proportionnalité : les contraintes, risques et souffrances restent-ils proportionnés au bénéfice attendu ?
4) Volonté : le patient capable consent-il ? S'il est incapable, les directives anticipées, le représentant et la volonté présumée ont-ils été recherchés ?
5) Réévaluation : existe-t-il un moment prévu pour décider de poursuivre, modifier ou arrêter la stratégie ?

2. La phrase « je ne veux pas d'acharnement » dans des directives anticipées

Cette formule exprime une valeur importante, mais elle ne répond pas toujours seule à une situation clinique déterminée. Elle doit être reliée au contexte : réversibilité, gravité, bénéfice attendu, traitements envisagés et valeurs du patient. Une DA ainsi formulée ne signifie donc pas automatiquement « pas d'hospitalisation », « pas de transfert » ou « soins de confort uniquement ».

Réflexe premium

DA vague = DA à TRADUIRE, jamais DA à IGNORER. Il faut expliciter ce que la personne refusait vraisemblablement : réanimation ? intubation ? soins intensifs ? dialyse ? traitement lourd sans perspective ? hospitalisations répétées ?

© JurisMedX - L. Petoud - août 2026

3. Urgence, incapacité et représentation

- En cas d'incapacité de discernement, l'équipe recherche l'existence de directives anticipées et, si nécessaire, la personne habilitée à représenter le patient.
- L'art. 378 CC place en tête de l'ordre de représentation la personne désignée dans les directives anticipées ou dans un mandat pour cause d'inaptitude, lorsque celui-ci couvre le domaine médical.
- En situation d'urgence, lorsque la volonté n'est pas immédiatement connue, les mesures nécessaires peuvent être entreprises en tenant compte de la volonté présumée et des intérêts de la personne ; la stratégie doit être réévaluée dès que les informations deviennent disponibles.

4. Une même phrase, quatre réalités de soins

CONTEXTE	OBJECTIF DOMINANT	FAUX AMI	POINT DE BASCULE	QUESTION SENTINELLE
Urgences / SI	Sauver, stabiliser, clarifier	Technicité = acharnement	Escalade sans objectif atteignable / volonté applicable ignorée	Que cherchons-nous à obtenir d'ici 24–72 h ?
Soins aigus	Traiter l'épisode et organiser la suite	Transfert = acharnement	Actes sans conséquence thérapeutique ou inertie	Pourquoi cette hospitalisation ou ce transfert ?
Réadaptation / CTR	Récupérer fonction / autonomie / qualité de vie	Rééducation = toujours bénéfique	Projet poursuivi malgré absence durable de potentiel ou refus applicable	Quel gain concret attendons-nous, dans quel délai ?
EMS	Soigner dans le lieu de vie et anticiper	Hospitaliser = toujours trop	Transferts par défaut, projet non anticipé	Ce transfert apporte-t-il quelque chose que l'EMS ne peut offrir ?
Domicile / CMS	Maintien à domicile sécurisé selon souhait	Appel au 144 = échec	Crises répétées faute de plan ou moyens	Que faisons-nous si cela arrive ce soir ?

5. DA « pas d'acharnement » : grille d'interprétation commune

- Ne jamais la réduire à un slogan ni l'écarter parce qu'elle est vague.
- Chercher les valeurs sous-jacentes : autonomie, crainte de dépendance, refus d'un maintien artificiel, priorité au confort, souhait de rester dans un lieu donné.
- Relier ces valeurs au traitement concret : réanimation, intubation, dialyse, antibiothérapie, hospitalisation, chirurgie, nutrition artificielle, etc.
- Distinguer une mesure temporaire destinée à restaurer une situation réversible d'une escalade sans perspective.
- En cas d'incapacité : consulter la personne habilitée à représenter le patient et décider conformément aux instructions, à la volonté présumée et aux intérêts selon le cadre légal.

© JurisMedX - L. Petoud - août 2026

6. Les transitions sont le point faible

Règle de transition

À chaque passage Urgences → aigu → CTR → EMS → domicile, transmettre au minimum : capacité, DA, représentant, objectif de soins, niveau thérapeutique, limites d'escalade et critères de réévaluation.

- Une DA peut être juridiquement présente mais cliniquement invisible si elle ne suit pas le patient.
- Une décision DNAR seule ne résume pas le niveau thérapeutique : elle ne dit rien, à elle seule, sur antibiotiques, hospitalisation, soins intensifs, dialyse ou chirurgie.
- La qualité de la transition se mesure à la continuité de la volonté et de l'objectif, pas seulement à la transmission du diagnostic.

7. Matrice des responsabilités par public

PUBLIC	QUESTION PRIORITAIRE	ACTION ATTENDUE	TRACE À LAISSER
Médecins / CAS	Indication + proportionnalité + volonté	Décider et réévaluer un objectif thérapeutique individualisé.	Note décisionnelle argumentée.
Infirmier·ères cadres	Cohérence et observabilité du plan	Détecter les contradictions, souffrances, refus, dégradations ; faire remonter.	Plan de soins et transmissions ciblées.
Directions d'institution	Fiabilité du système	Procédures, accessibilité DA, filière conflits, formation, continuité inter-sites.	Protocoles, audits, REX.

© JurisMedX - L. Petoud - août 2026

8. Checklist de transfert interinstitutionnel

☐ Capacité de discernement actuelle / fluctuante documentée.

☐ DA : présente / absente / recherchée ; copie transmise si disponible.

☐ Représentant thérapeutique ou autre personne habilitée : identité + contact.

☐ Mandat pour cause d'inaptitude : vérifier s'il confère une représentation dans le domaine médical.

☐ Objectif de soins en une phrase.

☐ Niveau thérapeutique : réanimation, soins intensifs, hospitalisation, autres limites pertinentes.

☐ Critères de réévaluation et situations déclenchant une nouvelle discussion.

☐ Plan de confort et symptômes prioritaires.

☐ Information donnée au patient / représentant / proches concernés.

☐ Nom du professionnel référent à contacter en cas de doute.

9. Cas transversal – Urgences → CTR

Faits

Une patiente âgée est admise aux urgences pour un épisode aigu. Après stabilisation, l'équipe propose un transfert en CTR. Les DA connues de la famille indiquent qu'elle ne souhaite « aucun acharnement thérapeutique ». Une plainte ultérieure reproche à l'hôpital d'avoir violé les DA du seul fait du transfert.

Questions de méthode

1. La plainte identifie-t-elle un traitement précis ou assimile-t-elle le lieu de soins à l'acharnement ?
2. Quel était l'objectif du transfert : récupération, surveillance, confort, organisation du retour, autre ?
3. La patiente était-elle capable de discernement et avait-elle consenti ou refusé le transfert ?
4. Que disaient exactement les DA et étaient-elles applicables à ce scénario ?
5. Quels actes ont été réalisés au CTR et avec quel bénéfice attendu ?
6. À quels moments l'objectif a-t-il été réévalué ?

Angle de corrigé

- Le transfert en CTR n'est pas, par nature, un acte d'acharnement thérapeutique.
- Il faut analyser le projet de soins et les traitements effectivement envisagés, pas seulement le nom de la structure.
- Une DA « pas d'acharnement » doit être prise au sérieux mais interprétée dans le contexte clinique.
- La défense ou la critique de la prise en charge reposera surtout sur l'indication, la proportionnalité, la volonté, la traçabilité et la qualité de la transition.

© JurisMedX - L. Petoud - août 2026

Sources principales et cadre de référence

Code civil suisse (CC), art. 370–373 : directives anticipées ; art. 377–381 : représentation dans le domaine médical et urgence. https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/24/233_245_233/fr

ASSM, Directives médico-éthiques « Attitude face à la fin de vie et à la mort » (2018, adaptées en 2021). https://www.samw.ch/fr/Ethique/Apercu-des-themes/Ethique-en-fin-de-vie.html

ASSM, Directives médico-éthiques « Décisions de réanimation » (révision 2021). https://www.samw.ch/fr/Ethique/Apercu-des-themes/Decisions-reanimation.html

ASSM, « Directives anticipées » (2009, mise à jour 2013) et ressources thématiques. https://www.samw.ch/fr/Ethique/Apercu-des-themes/Directives-anticipees.html

OFSP, Projet de soins anticipé (ProSA) et planification anticipée concernant la santé. https://www.bag.admin.ch/fr/projet-de-soins-anticipe-prosa

OFSP, Soins palliatifs généraux : domicile, EMS et hôpital de soins aigus. https://www.bag.admin.ch/fr/soins-palliatifs-generaux

État de Vaud, Mesures anticipées : DA, représentant thérapeutique, mandat pour cause d'inaptitude et art. 378 CC. https://www.vd.ch/sante-soins-et-handicap/patients-et-residents-droits-et-qualite-de-soins/les-droits-des-patients-des-residents-et-des-personnes-en-situation-de-handicap/mesures-anticipees

Note : ce document est un outil pédagogique. Il doit être articulé aux protocoles institutionnels, à l'évaluation clinique individualisée et, le cas échéant, aux règles cantonales applicables.

© JurisMedX - L. Petoud - août 2026