JurisMedX

Urgences & soins intensifs

Directives anticipées • limitation / retrait thérapeutique • traitements disproportionnés

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) Faisabilité : 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. Traduction pratique en urgences et soins intensifs

Ce qui n'est pas, à lui seul, de l'acharnement

- Un bilan diagnostique initial, une stabilisation ou une réanimation entreprise alors que la volonté du patient est inconnue.
- Un traitement intensif d'essai lorsque le bénéfice est incertain mais plausible, à condition de prévoir des critères de réévaluation.
- Le transfert en soins intensifs lorsqu'il correspond à un objectif atteignable et à la volonté connue ou présumée du patient.
- Le fait d'utiliser une technologie lourde : la technicité n'est pas synonyme de disproportion.

Les signaux qui imposent une réévaluation

- Escalade automatique sans objectif explicite ni seuil d'arrêt.
- Maintien d'un traitement après constat qu'il ne permet plus d'atteindre l'objectif convenu.
- DA retrouvée mais non examinée ou réduite à une formule vague sans interprétation clinique.
- Désaccord persistant entre équipe et représentant sans recours à une discussion structurée / soutien éthique.
- Absence de plan de confort lorsque des limitations sont décidées.

Feu tricolore JurisMedX

ZONE	LECTURE	RÉFLEXE
VERT	Bénéfice plausible, objectif clair, volonté compatible.	Poursuivre avec réévaluation planifiée.
ORANGE	Pronostic incertain, bénéfice possible mais charges importantes.	Essai limité + seuils d'arrêt + confort.
ROUGE	Aucun objectif atteignable ou refus applicable du patient.	Ne pas escalader / retirer selon situation + soins palliatifs.

© JurisMedX - L. Petoud - août 2026

5. Circuit décisionnel de terrain

1) Stabiliser la situation si l'urgence l'exige et si la volonté n'est pas immédiatement connue.
2) Évaluer sans délai la capacité de discernement et rechercher DA / représentant.
3) Définir l'objectif thérapeutique principal et son caractère atteignable.
4) Choisir : traitement complet, essai limité dans le temps, ou limitation/retrait avec soins palliatifs.
5) Documenter les critères de succès et d'arrêt ; réévaluer à l'échéance.
6) Communiquer un message cohérent au patient ou au représentant et aux proches.

6. Qui fait quoi ?

PUBLIC	QUESTION PRIORITAIRE	ACTION ATTENDUE	TRACE À LAISSER
Médecin / CAS	Le traitement ou transfert a-t-il une indication et un objectif atteignable ?	Formuler objectif, niveau thérapeutique et critères de réévaluation ; interpréter la DA dans le contexte.	Note médicale décisionnelle + plan thérapeutique.
Cadre infirmier	L'équipe applique-t-elle la même stratégie ?	Faire remonter incohérences, symptômes et signaux de disproportion ; sécuriser la transmission.	Traçabilité nursing + transmission ciblée.
Direction	Le système permet-il de retrouver la volonté et de résoudre les conflits ?	Mettre protocoles, accès DA, filière éthique/palliative et audits.	Procédure, indicateurs et retour d'expérience.

7. La trace minimale qui sécurise le dossier

- Capacité de discernement au moment pertinent : présente / absente / fluctuante, avec éléments utiles.
- DA : existence, contenu utile, date si pertinente, et appréciation de son applicabilité à la situation actuelle.
- Représentant : identité, fondement de la représentation, personnes consultées et éventuel désaccord.
- Objectif thérapeutique : formulé en une phrase intelligible.
- Indication et proportionnalité : bénéfice attendu, charges/risques, alternatives moins lourdes.
- Décision et limites : ce qui est entrepris, ce qui ne l'est pas, critères de réévaluation.
- Plan de confort : traitement des symptômes et accompagnement, y compris lorsque des traitements de maintien en vie sont limités.

© JurisMedX - L. Petoud - août 2026

8. Cas pratique – version JurisMedX

Faits

Mme A., 84 ans, arrive aux urgences pour détresse respiratoire. Elle est confuse et hypoxémique. Une DA est mentionnée par sa fille mais n'est pas immédiatement disponible. Après oxygénation et antibiothérapie, l'état s'améliore partiellement. La DA retrouvée quelques heures plus tard contient la phrase : « Je ne veux pas d'acharnement thérapeutique ». La famille est divisée sur une éventuelle admission en soins intensifs.

Questions

1. Les mesures initiales peuvent-elles être qualifiées d'acharnement ?
2. Que permet réellement d'affirmer la phrase de la DA ?
3. Quels éléments doivent guider la décision d'admission ou non en soins intensifs ?
4. Quelle trace écrite est indispensable ?

Corrigé JurisMedX – axes attendus

- Les mesures urgentes initiales ne deviennent pas disproportionnées du seul fait qu'elles sont intensives ; l'urgence et l'incertitude sur la volonté comptent.
- « Pas d'acharnement » exprime une orientation, mais doit être traduite dans la situation concrète.
- L'indication, la réversibilité, la probabilité d'atteindre un objectif pertinent, les charges et la volonté du patient doivent être confrontées.
- Un essai limité peut être pertinent si le bénéfice reste plausible et si ses limites sont explicites.

Mini-quiz de consolidation

1. Une réanimation commencée alors que la volonté est inconnue est-elle automatiquement fautive ?

Réponse : Non. L'urgence peut justifier des mesures initiales, à réévaluer dès que la volonté devient accessible.

2. Une DA « pas d'acharnement » interdit-elle toujours les soins intensifs ?

Réponse : Non. Elle doit être interprétée à la lumière de la situation et des traitements envisagés.

3. Quel outil est particulièrement utile en incertitude pronostique ?

Réponse : L'essai thérapeutique limité dans le temps avec critères de succès et d'arrêt.

4. Que devient un traitement initialement indiqué s'il n'atteint plus aucun objectif pertinent ?

Réponse : Il doit être réévalué ; sa poursuite peut devenir disproportionnée.

© 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