JurisMedX

Soins aigus

De l’hospitalisation active au changement d’objectif de soins

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 - August 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 - August 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 hospitalisation aiguë

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

- Traiter une complication réversible chez un patient fragile.
- Poursuivre une hospitalisation le temps de clarifier le diagnostic, la capacité et les objectifs.
- Transférer vers une structure plus adaptée (réadaptation, soins palliatifs, EMS) lorsqu'un objectif cohérent le justifie.
- Modifier le plan de soins au fil de l'évolution : la réévaluation fait partie d'une bonne prise en charge.

Les signaux qui imposent une réévaluation

- Multiplication d'examens ou gestes sans conséquence thérapeutique attendue.
- Répétition de transferts ou d'escalades sans bénéfice fonctionnel ou clinique.
- Niveau thérapeutique non discuté chez une personne dont l'état se dégrade.
- Discordance persistante entre ce que disent les DA et ce que l'équipe met en œuvre.
- Inertie : « on continue parce qu'on a commencé ».

Feu tricolore JurisMedX

ZONE	LECTURE	RÉFLEXE
VERT	Traitement ou transfert avec objectif réaliste et proportionné.	Poursuivre / transférer avec plan clair.
ORANGE	Bénéfice incertain, déconditionnement majeur, objectifs à préciser.	Réunion interprofessionnelle + essai limité.
ROUGE	Aucune perspective pertinente et charges croissantes.	Changer l'objectif vers le confort et éviter l'escalade.

© JurisMedX - L. Petoud - August 2026

5. Circuit décisionnel de terrain

1. À l'admission : capacité, DA, représentant et niveau thérapeutique sont recherchés.
2. Au changement d'état : reformuler l'objectif et la réversibilité.
3. Si plusieurs options existent : comparer bénéfices, charges et alternatives.
4. Avant transfert : expliciter ce que le nouveau lieu de soins est censé apporter.
5. À chaque transition : transmettre DA, représentant, limites et critères de réévaluation.
6. Si l'objectif curatif s'efface : organiser précocement le volet palliatif.

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 - August 2026

8. Cas pratique – version JurisMedX

Faits

Mme B., 89 ans, hospitalisée pour infection urinaire avec décompensation cardiaque, répond au traitement initial. Elle reste très déconditionnée. Les urgences proposent un transfert en CTR pour récupération fonctionnelle. Sa DA indique : « pas d'acharnement, priorité à la qualité de vie ». Un fils soutient que tout transfert constitue une violation des directives.

Questions

1) Le transfert en CTR est-il, par nature, incompatible avec la DA ?
2) Quel est le vrai objet de l'analyse ?
3) Quelles informations doivent être transmises au CTR ?
4) À quel moment le projet de réadaptation pourrait-il devenir disproportionné ?

Corrigé JurisMedX – axes attendus

- Le transfert n'est pas en soi un traitement de maintien en vie ni un acte d'acharnement.
- La question est l'objectif : récupération d'autonomie, confort, organisation d'un retour ou d'un lieu de vie, et sa plausibilité.
- La DA doit être transmise avec le niveau thérapeutique, le représentant et les limites d'escalade.
- Le projet doit être réévalué s'il n'existe plus de potentiel, s'il impose des charges importantes sans bénéfice ou s'il s'oppose à une volonté applicable.

Mini-quiz de consolidation

1. Un transfert vers un autre lieu de soins est-il un traitement ?

Réponse : Il faut distinguer la décision de lieu de soins des actes médicaux qui y seront réalisés ; le transfert doit néanmoins avoir un objectif de soins.

2. Le fait qu'un patient soit très âgé suffit-il à conclure à la disproportion ?

Réponse : Non. L'âge seul ne remplace pas une évaluation individualisée.

3. Quelle question doit précéder tout transfert ?

Réponse : Qu'attend-on concrètement de ce transfert pour ce patient ?

4. La traçabilité se limite-t-elle au DNAR ?

Réponse : Non. Elle doit aussi porter sur objectif, volonté, limites, alternatives et réévaluation.

© JurisMedX - L. Petoud - August 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 - August 2026