# JurisMedX

## Réadaptation / CTR

### Quand le projet de récupération doit être réévalué

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 réadaptation / CTR

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

- Un transfert en CTR après un épisode aigu lorsque le but est la récupération fonctionnelle, la sécurisation ou l'organisation du retour.
- Une mobilisation et des thérapies soutenues lorsqu'elles restent tolérées et servent un objectif réaliste.
- Un traitement d'une complication réversible survenant pendant la réadaptation.
- Une réhospitalisation aiguë lorsqu'elle correspond au niveau thérapeutique et à la volonté du patient.

### Les signaux qui imposent une réévaluation

- Aucun progrès malgré une période suffisante et objectifs inchangés par inertie.
- Répétition d'événements aigus avec réhospitalisations non anticipées.
- Patient exprimant de manière cohérente un refus ou un épuisement sans réévaluation du projet.
- DA « pas d'acharnement » connue mais absence de décision sur le niveau d'escalade en cas de nouvelle complication.
- Réadaptation vécue comme une succession de contraintes sans bénéfice pertinent.

### Feu tricolore JurisMedX

| ZONE | LECTURE | RÉFLEXE |
|---|---|---|
| **VERT** | Objectifs fonctionnels réalistes, patient engagé, tolérance acceptable. | Poursuivre la réadaptation. |
| **ORANGE** | Plateau, fatigue, incertitude sur potentiel ou volonté. | Réévaluer + essai limité + clarifier niveau thérapeutique. |
| **ROUGE** | Absence durable de bénéfice, charges fortes ou refus applicable. | Réorienter le projet ; privilégier confort et lieu de vie adapté. |

© JurisMedX - L. Petoud - August 2026

## 5. Circuit décisionnel de terrain

1) À l'entrée : définir 2–3 objectifs fonctionnels mesurables et un horizon de réévaluation.
2) Rechercher DA, représentant, niveau thérapeutique et souhait de réhospitalisation.
3) À chaque plateau ou complication : distinguer obstacle réversible et échec du projet.
4) Si potentiel incertain : fixer un essai limité de réadaptation.
5) Si le projet n'est plus pertinent : réorienter vers soins de confort, gériatrie, EMS ou domicile selon les besoins.
6) Transmettre toute évolution de la volonté et du projet lors de la sortie.

## 6. Qui fait quoi ?

| PUBLIC | QUESTION PRIORITAIRE | ACTION ATTENDUE | TRACE À LAISSER |
|---|---|---|---|
| Médecin / CAS | Existe-t-il un potentiel de réadaptation ou un objectif alternatif clair ? | Définir objectifs fonctionnels, délais, critères d'échec et limites d'escalade. | Plan de réadaptation + niveau thérapeutique. |
| Cadre infirmier | Le projet fonctionnel reste-t-il cohérent avec l'évolution et la volonté ? | Repérer stagnation, souffrance, refus, déclins répétés ; provoquer la réévaluation. | Objectifs de soins interdisciplinaires + alertes. |
| Direction | Les transferts vers/depuis l'aigu sont-ils cadrés ? | Standardiser admission, DA, niveau thérapeutique, critères de transfert et coordination. | Protocoles de transition + audits de réhospitalisation. |

## 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 C., 87 ans, est transférée des urgences en CTR après une pneumonie traitée. Elle marchait auparavant avec un rollator. Sa DA mentionne « pas d'acharnement ». Après dix jours, elle participe peu à la physiothérapie, présente une nouvelle infection et dit certains jours « laissez-moi tranquille ». Sa fille exige une réhospitalisation complète ; son fils demande des soins de confort uniquement.

#### Questions

1) Le transfert initial en CTR pouvait-il être raisonnable malgré la DA ?
2) Quels éléments distinguent fatigue transitoire, refus capable et échec du projet de réadaptation ?
3) Comment décider d'une réhospitalisation en cas de nouvelle infection ?
4) Quel rôle joue un essai limité de réadaptation ?

#### Corrigé JurisMedX – axes attendus

- Le transfert initial peut être pleinement cohérent avec une DA « pas d'acharnement » si l'objectif est récupération/qualité de vie et reste plausible.
- La capacité de discernement doit être évaluée pour les décisions concernées ; un refus capable doit être respecté.
- Le niveau thérapeutique en cas de complication doit être anticipé et relié aux valeurs de la patiente.
- L'essai limité permet d'éviter à la fois l'abandon trop précoce et la poursuite indéfinie sans bénéfice.

## Mini-quiz de consolidation

**1. Une réadaptation peut-elle être disproportionnée ?**

Réponse : Oui, si les charges deviennent importantes sans objectif fonctionnel ou de qualité de vie atteignable.

**2. Le mot « CTR » dit-il quelque chose juridiquement sur l'acharnement ?**

Réponse : Non. Il faut analyser le projet de soins concret.

**3. Que faut-il définir à l'entrée ?**

Réponse : Objectifs, horizon de réévaluation, niveau thérapeutique, DA/représentant.

**4. Le refus de participer à la physiothérapie équivaut-il toujours à un refus capable ?**

Réponse : Non. Il faut apprécier la capacité, les symptômes, la dépression/délirium, la douleur et le contexte.

© 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