JurisMedX

EMS

Anticiper plutôt que décider dans la crise

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) Atteignable : 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 établissement médico-social (EMS)

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

- Traiter sur place une affection réversible lorsque cela correspond au projet de soins.
- Hospitaliser ponctuellement pour une situation réversible ou un besoin technique inaccessible en EMS, si cela reste cohérent avec la volonté.
- Mettre en place précocement des soins palliatifs : ils peuvent coexister avec des traitements actifs.
- Réévaluer régulièrement une DA ancienne sans la considérer automatiquement caduque.

Les signaux qui imposent une réévaluation

- Transferts hospitaliers répétés « par défaut » sans projet anticipé.
- DA introuvable ou non connue des équipes lors de l'urgence.
- Absence de représentant identifié ou conflits non préparés.
- Décisions de limitation formulées oralement mais non tracées.
- Soins invasifs répétés qui n'apportent plus de bénéfice attendu au résident.

Feu tricolore JurisMedX

ZONE	LECTURE	RÉFLEXE
VERT	Plan anticipé clair, option sur place adaptée, volonté cohérente.	Appliquer le plan.
ORANGE	DA vague, conflit familial, situation potentiellement réversible.	Évaluation médicale + représentant + proportionnalité.
ROUGE	Transferts répétés sans bénéfice ou refus clair applicable.	Éviter l'escalade et renforcer prise en charge palliative.

© JurisMedX - L. Petoud - August 2026

5. Circuit décisionnel de terrain

1) À l'entrée : rechercher DA/MCI, représentant, médecin traitant et valeurs du résident.
2) Élaborer ou actualiser un projet de soins anticipé avec scénarios d'urgence.
3) Traduire la volonté en consignes opérationnelles : réanimation, hospitalisation, antibiothérapie, hydratation, traitements symptomatiques.
4) En cas de crise : vérifier si le scénario avait été anticipé ; sinon décider selon indication, volonté présumée et intérêts.
5) Après toute hospitalisation : réviser le plan et les limites d'escalade.
6) Former les équipes à distinguer limitation de traitement et abandon de soins.

6. Qui fait quoi ?

PUBLIC	QUESTION PRIORITAIRE	ACTION ATTENDUE	TRACE À LAISSER
Médecin répondant / traitant	L'hospitalisation ou le traitement proposé correspond-il au projet de soins ?	Anticiper les crises, formaliser limites et options de traitement sur place.	Plan anticipé + prescriptions d'urgence.
Cadre infirmier	La volonté est-elle accessible au moment critique ?	Assurer visibilité DA/ProSA, coordonnées du représentant et consignes d'urgence.	Dossier de soins + fiche d'urgence.
Direction	L'EMS évite-t-il les transferts par défaut ?	Mettre un processus ProSA, formation, couverture médicale et retour d'expérience.	Procédure institutionnelle + indicateurs.

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

M. D., 92 ans, vit en EMS avec démence avancée. Sa DA, rédigée huit ans plus tôt, demande « pas d'acharnement » mais ne précise pas l'hospitalisation. Il présente fièvre, dyspnée et baisse de vigilance. L'EMS peut administrer oxygène et antibiothérapie orale mais pas d'imagerie. Sa fille souhaite une ambulance ; le fils s'y oppose.

Questions

1) La DA interdit-elle l'hospitalisation ?
2) Quels éléments doivent être pesés avant d'appeler l'ambulance ?
3) Quelle place pour un traitement sur place ?
4) Comment éviter que la même crise se reproduise sans cadre ?

Corrigé JurisMedX – axes attendus

- La DA vague n'interdit pas automatiquement l'hospitalisation ; la situation clinique et les valeurs doivent être interprétées.
- La réversibilité, le bénéfice attendu du transfert, ses charges, la qualité de vie et la volonté présumée sont centrales.
- Une prise en charge sur place peut être plus proportionnée si elle permet d'atteindre l'objectif de confort ou de traitement souhaité.
- La meilleure prévention est un ProSA / plan d'urgence concret, connu de l'équipe et du représentant.

Mini-quiz de consolidation

1. La présence de soins palliatifs interdit-elle les antibiotiques ?

Réponse : Non. Les soins palliatifs peuvent coexister avec des traitements actifs lorsque ceux-ci servent l'objectif de soins.

2. Une DA ancienne est-elle automatiquement invalide ?

Réponse : Non. Son ancienneté invite à examiner sa pertinence actuelle, mais ne la rend pas nulle.

3. Quel est le principal risque institutionnel en EMS ?

Réponse : Décider dans l'urgence sans plan accessible ni représentation clarifiée.

4. Le transfert à l'hôpital est-il toujours une escalade ?

Réponse : Non. Il peut être proportionné s'il apporte un bénéfice pertinent et respecte la volonté.

© 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