# JurisMedX

## Domicile / CMS

### Prévenir l’hospitalisation réflexe et sécuriser l’urgence

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 domicile / CMS

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

- Appeler les urgences lorsqu'une dégradation potentiellement réversible survient sans plan contraire connu.
- Hospitaliser lorsque le contrôle symptomatique ou un traitement souhaité n'est pas possible à domicile.
- Associer soins palliatifs et traitements actifs selon l'objectif.
- Modifier le projet si le maintien à domicile devient irréaliste ou dangereux.

### Les signaux qui imposent une réévaluation

- DA présente mais inaccessible aux intervenants de garde.
- Proches donnant des consignes contradictoires sans représentant clarifié.
- Absence de médicaments ou de prescriptions anticipées pour une crise prévisible.
- Hospitalisations répétées contraires au projet exprimé.
- Maintien à domicile imposé alors que les besoins dépassent les ressources disponibles.

### Feu tricolore JurisMedX

| ZONE | LECTURE | RÉFLEXE |
|---|---|---|
| **VERT** | Plan partagé, symptômes anticipés, moyens disponibles. | Prise en charge selon le projet. |
| **ORANGE** | Crise imprévue ou moyens insuffisants. | Évaluer / appeler l'urgence si nécessaire, puis réviser le plan. |
| **ROUGE** | Hospitalisations répétées contraires à une volonté claire et plan réalisable. | Corriger l'organisation et respecter les limites convenues. |

© JurisMedX - L. Petoud - August 2026

## 5. Circuit décisionnel de terrain

1. Identifier en amont les scénarios de crise probables.
2. Définir qui appeler, quand appeler le 144 et quand privilégier une équipe médicale/palliative.
3. Rendre DA, représentant et plan d'urgence accessibles aux intervenants.
4. Prévoir médicaments, prescriptions et matériel nécessaires.
5. Si la situation change : réévaluer capacité, objectif, faisabilité du domicile et souhait du patient.
6. Après une crise : ajuster le plan partagé.

## 6. Qui fait quoi ?

| PUBLIC | QUESTION PRIORITAIRE | ACTION ATTENDUE | TRACE À LAISSER |
|---|---|---|---|
| Médecin traitant / équipe mobile | Que fait-on si l'état se dégrade cette nuit ? | Définir scénario d'urgence, seuil d'hospitalisation et traitements disponibles à domicile. | Plan d'urgence accessible. |
| Cadre CMS / infirmier·ère | Les intervenants savent-ils quoi faire et qui appeler ? | Coordonner patient, proches, médecin, pharmacie et équipe palliative. | Plan partagé + transmissions. |
| Direction / responsable réseau | La continuité 24/7 est-elle réelle ? | Sécuriser accès au plan, coordination interprofessionnelle et filières d'urgence. | Protocoles réseau + revues de situations. |

## 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 E., 78 ans, cancer métastatique, souhaite rester à domicile et a écrit dans ses DA : « pas d'acharnement, je veux être soulagée ». Une nuit, elle développe une dyspnée brutale. Son conjoint panique et appelle le 144. L'équipe CMS estime qu'une prise en charge palliative à domicile aurait pu être prévue.

#### Questions

1) L'appel au 144 est-il une violation des DA ?
2) Qu'aurait dû contenir un plan d'urgence réellement opérationnel ?
3) Quand une hospitalisation reste-t-elle compatible avec un objectif palliatif ?
4) Quelles responsabilités organisationnelles relèvent du réseau plutôt que d'un seul soignant ?

#### Corrigé JurisMedX – axes attendus

- Sans plan précis et face à une urgence, l'appel au 144 n'est pas automatiquement incompatible avec les DA.
- Un plan utile précise les symptômes attendus, traitements disponibles, personnes à appeler, seuils d'hospitalisation et objectifs.
- Une hospitalisation peut être compatible avec une approche palliative si elle vise un soulagement impossible à domicile et respecte les souhaits.
- La continuité et l'accessibilité de l'information relèvent d'une organisation interprofessionnelle.

## Mini-quiz de consolidation

**1. « Mourir à domicile » signifie-t-il « ne jamais hospitaliser » ?**

Réponse : Non. Le projet doit rester réaliste et peut prévoir des exceptions compatibles avec les valeurs du patient.

**2. Quel document réduit le plus le risque d'improvisation ?**

Réponse : Un projet/plan de soins anticipé avec plan d'urgence concret.

**3. Qui doit connaître le plan ?**

Réponse : Le patient si possible, le représentant/proches concernés, les soignants, le médecin et les intervenants d'urgence utiles.

**4. Une crise non anticipée révèle-t-elle toujours une faute ?**

Réponse : Non, mais elle doit conduire à revoir la préparation et la coordination.

© 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