Hôpitaux Universitaires Genève

Conseil d'éthique clinique

Enjeux éthiques des Instructions Médicales d'Urgences (IMU) aux Hôpitaux Universitaires de Genève

Introduction

Les IMU ont pour objectif de préciser la conduite à tenir pour un patient en situation critique et urgente, sans se limiter à la binarité du choix « Réanimer » ou « Ne pas réanimer ».
L'avis du Conseil d'Ethique Clinique (CEC) sur l'ordre NTBR datant de 2002, une mise à jour s'imposait au vu des nombreuses évolutions survenues depuis :

- L'introduction du Projet de Soins anticipés aux HUG avec les Instruction Médicales d'Urgence à 5 niveaux de soins, qui ont remplacé la terminologie précédente.
- La publication de plusieurs recommandations et lignes directrices, telles que :
  - La révision du Code civil suisse encourageant la rédaction de directives anticipées.
  - Les directives de l'ASSM sur les décisions de réanimation.
  - Le rapport de l'OFSP sur la planification anticipée des soins.

Cet avis traite des principes éthiques sous-jacents à la prescription des instructions médicales d'urgence, incluant la décision ou non de procéder à une réanimation cardio-pulmonaire (RCP).

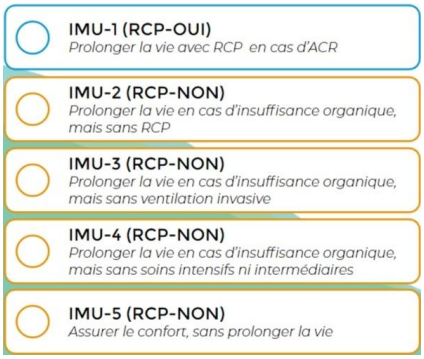
Description de la terminologie HUG

Le dispositif HUG Projet de soins anticipé (ProSA) est un processus dynamique qui permet de clarifier les priorités de vie et de soins et comprend 3 formats de documentation des objectifs de soins :

1. Les **Instructions Médicales d'Urgences (IMU)** prescrites et signées par les médecins.
2. Le Plan de Soins Anticipé (PSA), qui rassemble les discussions entre professionnels, patients, et proches au sujet des objectifs de soins. Celui-ci peut être complété par les différents professionnels impliqués.
3. Les Directives Anticipées (DA), qui sont l'expression écrite et signée par la personne elle-même du type de soins qu'elle souhaite recevoir ou non dans des situations données et au cas où elle ne serait plus en mesure de s'exprimer par elle-même.

Les IMU ont pour but de fournir aux équipes soignantes des instructions pour agir au plus près de la volonté du patient, en fonction de sa situation médicale dans une situation d'urgence, lorsque le patient n'est pas en mesure de se déterminer. Les IMU indiquent une intensité des soins, et non des traitements précis. Il appartient aux professionnels de traduire ces instructions en traitement concret lors d'une situation d'urgence, et uniquement dans ce cadre-là.

Les IMU sont documentées dans le Dossier Patient Intégré (DPI) et se présentant sous la forme de 5 niveaux d'objectifs de soins définissant les modalités mais aussi les éventuelles limitations thérapeutiques :



Relation entre IMU et les DA

Il est recommandé d'intégrer les discussions d'IMU dans une démarche de projet de soins anticipé, en considérant les objectifs de vie, les valeurs des personnes avant d'aborder les objectifs de soins.
Ces informations sont documentées soit par le professionnel, après discussion avec la personne et/ou son représentant thérapeutique, dans un plan de soins anticipé, soit par le patient dans des directives anticipées.

Pronostic de la RCP

Lors de la discussion des objectifs de soins avec les patients, il est essentiel d'avoir des données. L'arrêt cardiaque intrahospitalier (ACIH) est un événement fréquent, associé à une mortalité élevée. Aux États-Unis, son incidence est estimée à environ 290 000 cas par an, soit 9 à 10 événements pour 1000 admissions hospitalières. Des incidences plus faibles, proches de 1,5 à 1,6 pour 1000 admissions, ont été rapportées au Royaume-Uni. Les ACIH surviennent dans des environnements hospitaliers très différents. Environ la moitié des événements ont lieu dans les unités de soins intensifs, où les patients bénéficient d'une surveillance continue et où une détérioration clinique peut généralement être identifiée rapidement. Cette localisation est importante sur le plan pronostique. Dans les unités monitorées, l'arrêt est plus souvent immédiatement identifié et le délai avant le début de la réanimation est généralement plus court. À l'inverse, un arrêt survenant dans une unité conventionnelle peut être précédé d'une détérioration clinique non reconnue ou être découvert avec un délai plus important. Dans près de 80 % des cas, le rythme initial est non choquable, principalement une activité électrique sans pouls ou une asystolie.
Malgré la disponibilité immédiate de personnel et de moyens de réanimation, le pronostic reste défavorable. Les données récentes du registre américain Get With The Guidelines-Resuscitation rapportent une survie à la sortie de l'hôpital de 23,6 %. Le pronostic dépend notamment du rythme initial, de l'étiologie de l'arrêt, de sa localisation, des comorbidités et de l'état fonctionnel antérieur. L'âge avancé est régulièrement associé à une diminution de la survie. Toutefois, l'âge chronologique reflète imparfaitement la réserve physiologique. La fragilité constitue ainsi un marqueur pronostique complémentaire. Elle est associée à une

conseil.ethique@hug.ch - T : +41 79 553 98 69 - hug.ch

moindre probabilité de retour à une circulation spontanée et à une mortalité hospitalière accrue, avec une relation qui semble progressive selon le degré de fragilité.
La mortalité demeure importante à plus long terme. Une méta-analyse de 40 études rapporte une survie poolée à un an de 13,4 %, avec une survie plus élevée lorsque l'arrêt survient chez des patients hospitalisés pour une cause cardiaque. Dans une étude prospective multicentrique néerlandaise plus récente, la survie était de 32,4 % à la sortie de l'hôpital et de 27,8 % à un an. L'âge avancé, une charge de comorbidités plus importante et un mauvais statut fonctionnel pré-arrêt étaient associés à une mortalité accrue.

Le pronostic relativement sombre de l'ACR, justifie l'importance de la décision anticipée d'entreprendre une réanimation ou non, et d'en discuter préalablement avec le patient.

Principes éthiques

Autonomie

Le droit à l'autodétermination (ou autonomie) constitue la « liberté de décision de l'individu, que l'on peut définir comme « le droit de l'individu de définir et de poursuivre sa propre vision de ce qui est bon ». Cette autonomie suppose que l'individu soit capable de discernement et puisse décider de manière libre et éclairée. Dans les limites établies par les indications médicales, les souhaits du patient doivent être respectés et demeurent centraux en droit médical, et doivent être documentés systématiquement lors de la prescription d'IMU.
L'autodétermination du patient est un droit de ne pas subir le pouvoir abusif du médecin, même bien intentionné. Le consentement du patient capable de discernement est indispensable pour tout acte de traitement. Le patient peut refuser tout traitement indiqué, même vital. Ainsi, des mesures médicales entreprises en urgence sans connaissance de la volonté du patient et s'avérant par la suite aller à l'encontre de celle-ci doivent être interrompues. A contrario, le patient ne peut exiger des soins non indiqués. Il peut être éthiquement justifié de limiter l'IMU d'un patient sans qu'il accepte cette limitation, mais certaines conditions doivent être remplies. Celles-ci sont décrites sous l'angle des principes de bienfaisance et de justice ci-dessous.
En cas de désaccord avec le patient, la relation et la confiance peuvent être altérées. Le médecin, tenu par son devoir de loyauté et d'information, doit expliquer les décisions et en exposer les motifs. Il convient de documenter dans le dossier IMU que le renoncement à certaines interventions repose sur leur non-indication médicale, et non sur la volonté exprimée par le patient. *(cf avis du CEC 2017. Capacité de discernement et autonomie du patient : une préoccupation centrale dans le soin au patient.)*
Lorsque la personne est incapable de discernement, le médecin doit rechercher la volonté présumée du patient, notamment l'existence de directives anticipées. Il conviendra également de discuter avec le représentant thérapeutique des traitements possibles afin de déterminer des IMU au plus proche de la volonté du patient. Il importe, dans ce cas, de rappeler au représentant que ce n'est pas sa propre évaluation de l'importance des risques et des bénéfices qui compte, mais sa connaissance de l'évaluation que le patient aurait pu faire, étant capable de discernement. Enfin, en cas de récupération de la capacité de discernement du patient, il convient de s'assurer que l'IMU correspond à la volonté du patient.

Bienfaisance et non malfaisance

La bienfaisance, qui inclut traditionnellement la préservation de la vie, ne peut être isolée du principe de non-malfaisance. Sauver la vie n'est pas toujours le bien suprême pour tous les

conseil.ethique@hug.ch - T : +41 79 553 98 69 - hug.ch

patients, surtout si cela implique de fortes souffrances. Ces éléments doivent être discutés lors de la définition des objectifs de soins. Par exemple, une réanimation (RCP) ou des traitements invasifs peuvent entraîner des dommages importants. Ces conséquences incluent des souffrances, un sentiment potentiel de perte de dignité, le report d'une issue inévitable ou une survie marquée par de lourdes séquelles neurologiques. Pour la famille, cela peut signifier un espoir déçu ou une charge prolongée liée à l'accompagnement d'un proche dépendant. Pour les soignants, il peut en résulter une détresse morale face à des souffrances jugées inutiles.

Dans les situations où un traitement n'a qu'une probabilité infime de succès, on parle de traitements inefficaces (voués à l'échec) ou dénués de sens. Une thérapie est considérée comme telle lorsqu'il n'existe aucun espoir réaliste que le patient retrouve des conditions de vie jugées acceptables. La notion de « conditions de vie acceptables » varie selon les préférences et les valeurs du patient, mais elle suppose généralement la possibilité, à court ou moyen terme, d'une prise en charge en dehors du cadre hospitalier. Elle tient compte de la qualité de vie, telle qu'elle est perçue par le patient lui-même, et non de celle évaluée uniquement selon la perspective des soignants.

Dans certaines conditions, il peut être éthiquement justifié de limiter l'IMU d'un patient sans qu'il accepte cette limitation : Si ces mesures sont **futiles** au sens strict, c'est-à-dire inefficaces et vouées à l'échec dans les circonstances pour lesquelles il a été décidé de les limiter. Une intervention peut être considérée comme non indiquée lorsqu'elle ne permet pas d'atteindre un objectif thérapeutique réaliste ou lorsqu'elle ne peut raisonnablement conduire à une situation compatible avec les valeurs, les préférences et les objectifs de soins du patient.
Lorsque cette condition est remplie, le patient n'a pas besoin de consentir à cette limitation. On touche alors aux limites de la médecine, et personne ne peut exiger l'impossible. Limiter les mesures de réanimation est également justifié sous l'angle éthique lorsque ces mesures sont **disproportionnées**. Lorsque, tout en n'étant pas entièrement inefficaces, les mesures envisagées ne permettraient pas d'offrir assez de bien au patient pour justifier le fardeau de souffrance que cela exigerait.
Cependant, un patient capable de discernement (ou le représentant d'un patient incapable de discernement) peut ne pas être d'accord avec l'équipe médico-soignante sur l'importance à accorder aux fardeaux et aux espoirs. L'avis du patient ou de son représentant est donc déterminant dans l'évaluation de la proportionnalité entre les bénéfices et les risques lorsque les traitements ne sont pas clairement futiles ou disproportionnés.
Une décision de soins anticipée, jugée proportionnée à un moment donné, peut par ailleurs cesser de l'être. Les préférences et souhaits du patient peuvent également évoluer. Aussi, les IMU doivent être régulièrement discutées et réévaluées, particulièrement en cas de changement significatif dans l'état de santé du patient.
Les décisions, incluant les arguments cliniques et éthiques discutés, les incertitudes éventuelles ainsi que les échanges avec le patient, doivent être documentées et accessibles. Cette traçabilité permet de comprendre l'évolution des objectifs de soins, d'assurer la qualité et la transparence des discussions, et d'identifier les circonstances, pouvant justifier une adaptation de l'IMU.

Les IMU doivent être définies non pas en fonction des lieux de soins, mais en lien direct avec les objectifs de soins propres à la personne. En effet, certains soins d'intensité équivalente —

comme la ventilation non invasive — peuvent être réalisés dans différents contextes et lieux de soins.

Enfin, il est essentiel de mentionner que les instructions médicales en cas d'urgence ne doivent pas influencer la prise en charge ni le projet de soin en dehors de la situation d'urgence même s'il doit y avoir une certaine cohérence entre les deux (par exemple, la décision de ne pas recourir à une intubation en cas de détresse respiratoire aigüe ne doit pas empêcher un même geste dans le cas d'une anesthésie générale pour une chirurgie élective).

Justice distributive

Le principe de justice impose que tous les patients présentant des situations comparables soient traités de manière équitable, sans discrimination. Limiter les mesures de réanimation peut être justifié éthiquement lorsque ces mesures prétéritent trop fortement les chances d'autres patients à avoir accès à des soins égaux dans une situation de besoin similaire.
On préférera transférer le patient dans un autre centre plutôt que de restreindre certains traitements pour des raisons de ressources. Une limitation de soins pour des raisons de ressources, ne peut se justifier que dans des circonstances exceptionnelles (par exemple, crise sanitaire pandémique) selon des procédures transparentes, équitables et institutionnellement encadrées. (Cf. avis de l'Académie suisse des sciences médicales. *Triage en soins intensifs en cas de pénurie exceptionnelle des ressources*).

Discussion avec le patient et ses proches, son représentant thérapeutique

Faut-il discuter des IMU avec tous les patients ?

Il est probablement indiqué d'aborder la question des IMU avec tous les patients. En effet, l'hypothèse selon laquelle une personne en bonne santé accepterait systématiquement une réanimation après un arrêt cardiaque n'est pas toujours exacte. Il est donc recommandé d'ouvrir la discussion avec ces patients également. Néanmoins, certains inconvénients doivent être pris en compte. Ces échanges peuvent entraîner de l'anxiété. Ils risquent également de banaliser la décision de l'IMU, perçue alors comme une simple formalité administrative plutôt qu'un choix médical. La décision de ne pas aborder cette question devrait relever d'une appréciation clinique individualisée et être discutée au sein de l'équipe médico-soignante.

Y a-t-il des situations dans lesquelles cette discussion serait injustifiée ?

Ne pas offrir une option inutile ou dénuée de sens à un patient ne veut pas dire qu'il vaut mieux ne pas avoir de conversation avec lui. En effet, l'évaluation de l'importance des inconvénients et des bénéfices peut être très subjective. Ne pas discuter avec le patient revient à s'arroger le droit d'en être juge alors que celui-ci reste le premier concerné. Ainsi, la nature de la discussion change, mais pas son importance.

Recommandations pour la discussion

La discussion des IMU avec les patients est souvent difficile pour les soignants, notamment les médecins, qui en sont chargés. La peur de provoquer de l'angoisse chez le patient ou de devoir aborder une issue potentiellement défavorable freine souvent ces échanges. Une

manière d'aborder ces sujets délicats consiste à partir des valeurs, des souhaits et des priorités du patient pour construire ensemble un plan de soins adapté. Plutôt que de proposer directement des options médicales techniques, le professionnel explore d'abord ce qui est important pour le patient en cas d'éventuelle situation critique. Ces éléments permettent ensuite de définir des objectifs de soins concrets, qui se traduisent par des décisions médicales (réanimation, ventilation, transfusion…). Il est recommandé d'aborder, en premier lieu la situation actuelle en soulignant des complications de plus en plus sévères. Le professionnel informe alors le patient avec clarté et bienveillance sur ce qui est médicalement pertinent, en évitant de lui faire porter seul le poids de choix complexes. Cette approche favorise une discussion respectueuse de l'autonomie du patient, renforce la relation de confiance et permet une prise de décision plus humaine, personnalisée et cohérente avec les valeurs de chacun.

Importance de la documentation des IMU

Lorsque les IMU ne sont pas documentées, ou non appropriées, il existerait dans ce cas-là une possibilité par exemple de devoir tenter une RCP, alors que ce geste ne serait pas souhaité par le patient, ou serait médicalement non indiqué. Il pourrait aussi s'agir d'entreprendre des soins invasifs alors que les bénéfices attendus auraient été surestimés par la personne ou l'équipe en charge. Une prise en charge palliative, discutée de manière anticipée avec le patient, pourrait également être retardée si l'IMU n'a pas été adaptée. Enfin, ne pas documenter les IMU pourrait aussi retarder une prise en charge du fait d'une hésitation de l'équipe à entreprendre des soins chez un patient qui les aurait souhaités.

Cas particuliers

IMU per opératoire

L'intubation orotrachéale dans le contexte opératoire est associée à une perte de conscience pharmaco-induite et est donc habituellement rapidement réversible. Une telle procédure n'est donc pas en contradiction avec la volonté d'un patient ayant refusé l'intubation orotrachéale lors d'une complication médicale impliquant une ventilation mécanique prolongée en soins intensifs. Une situation médicale ayant conduit le médecin et le patient à une intensité des soins de niveau IMU 3, 4, ou 5 ne constitue pas en soi une contre-indication à une procédure sous anesthésie générale avec intubation orotrachéale. Cependant, en raison d'un pronostic neurologique très réservé en cas de réanimation, même brève, et des conséquences sur leur indépendance et leur qualité de vie, certains patients souffrant de comorbidités sévères et/ou d'une fragilité extrême peuvent représenter une contre-indication à une réanimation au bloc opératoire.
En cas d'arrêt cardio respiratoire en per opératoire, la détection rapide, la rapidité de l'intervention par des professionnels experts sur place, permet le plus souvent un pronostic de survie et neurologique meilleur que dans les autres milieux hospitaliers. La balance bénéfice-risque penche alors en faveur de l'initiation d'une RCP. Il arrive que le patient considère la survenue d'un ACR durant l'intervention comme une mort acceptable. De plus, le fait que la complication soit iatrogène ne doit pas justifier de faire encore plus de mal au patient ou conduire à une obstination déraisonnable. Les options envisagées doivent continuer d'être évaluées à la lumière de leurs chances de succès et à la volonté du patient.

IMU en pédiatrie

Le tabou de la mort est plus important pour les patients pédiatriques, et les soignants peinent à aborder le sujet des risques vitaux en cas de complications potentielles ou attendues exposant les enfants à un risque de mesures invasives plus important que les adultes. Lorsque des décisions lourdes doivent être prises en situation d'urgence médicale, sous l'emprise d'émotions fortes, les enfants et leurs proches n'y sont souvent pas préparés. Ainsi, la démarche d'anticipation des soins est également recommandée pour les enfants gravement malades et leurs parents pour les mêmes raisons éthiques que chez les adultes. Ces discussions doivent être intégrées dans une démarche de Projet de soins anticipé avec les parents et en soutenant autant que possible la capacité de l'enfant à exprimer des préférences et valeurs.

Conclusion

Il est important d'anticiper l'attitude à tenir en cas d'urgence, en considérant la situation médicale de la personne, ses souhaits, les possibilités et limites de la médecine. Cette démarche vise à donner les meilleurs soins en évitant les retards de prise en charge ou soins non souhaités et ou déraisonnables.

Bibliographie

Cadre juridique, éthique et institutionnel suisse

1. Office fédéral de la justice. *Modification du Code civil (protection de l'adulte) : synthèse des résultats de la consultation* [Internet]. Berne: OFJ; 2024 [consulté le 23 mars 2026]. Disponible sur: https://www.newsd.admin.ch/newsd/message/attachments/88052.pdf
2. Académie suisse des sciences médicales. *Décisions de réanimation : directives médico-éthiques* [Internet]. Berne: ASSM; 2021 [consulté le 23 mars 2026]. Disponible sur: https://www.samw.ch/dam/jcr:ab978a17-b2b2-4ebd-9102-455124e0664c/directives_assm_reanimation.pdf
3. Aebi-Müller RE. *Questions juridiques relatives aux instructions médicales pour les cas d'urgence* [Internet]. Berne: Académie suisse des sciences médicales; 2024 [consulté le 23 mars 2026]. Disponible sur: https://www.assm.ch/dam/jcr:e71290b5-c182-4b24-b07d-4c7c74ed0fe4/expertise_juridique_IMU_2024_f.pdf
4. Académie suisse des sciences médicales. *Triage en soins intensifs en cas de pénurie exceptionnelle des ressources* [Internet]. Berne: ASSM; 2021 [consulté le 23 mars 2026]. Disponible sur: https://www.samw.ch/dam/jcr:56861dfa-1c96-40b1-acec-e4c3937e5e9c/directives_v4_assm_triage_soins_intensifs_penurie_ressources_20210923.pdf
5. Conseil d'éthique clinique, Hôpitaux universitaires de Genève. *Capacité de discernement et autonomie du patient : une préoccupation centrale dans le soin au patient.* Genève: Hôpitaux universitaires de Genève; 2017.

Planification anticipée et instructions médicales d'urgence

6. Office fédéral de la santé publique, palliative ch. *La planification anticipée concernant la santé, en particulier en cas d'incapacité de discernement (« Advance Care Planning ») : cadre général pour la Suisse* [Internet]. Berne: OFSP; 2018 [consulté le 23 mars 2026]. Disponible sur: https://www.bag.admin.ch/dam/fr/sd-web/BIhHOjZrtN90/rahmenkonzept-gvp.pdf
7. Académie suisse des sciences médicales. *Projet de soins anticipé pour les situations d'urgence* [Internet]. Berne: ASSM; 2026 [consulté le 23 mars 2026]. Disponible sur: https://www.samw.ch/fr/Ethique/Apercu-des-themes/Projet-de-soins-anticipe/ProSA-pour-situations-urgence.html
8. Maillard J, Sauvadet E, Del Puppo L. *Instructions médicales d'urgence (IMU) intraopératoires.* Genève: Service d'anesthésiologie, Hôpitaux universitaires de Genève; 2025.

Épidémiologie, localisation et pronostic de l'arrêt cardiaque

9. Andersen LW, Holmberg MJ, Berg KM, Donnino MW, Granfeldt A. In-hospital cardiac arrest: a review. *JAMA.* 2019;321(12):1200-1210. doi:10.1001/jama.2019.1696. PMID: 30912843.
10. Penketh J, Nolan JP. In-hospital cardiac arrest: the state of the art. *Crit Care.* 2022;26(1):376. doi:10.1186/s13054-022-04247-y. PMID: 36474215.
11. Nolan JP, Soar J, Smith GB, Gwinnutt C, Parrott F, Power S, et al. Incidence and outcome of in-hospital cardiac arrest in the United Kingdom National Cardiac Arrest Audit. *Resuscitation.* 2014;85(8):987-992. doi:10.1016/j.resuscitation.2014.04.002.
12. Perman SM, Stanton E, Soar J, Berg RA, Donnino MW, Mikkelsen ME, et al. Location of in-hospital cardiac arrest in the United States—variability in event rate and outcomes. *J Am Heart Assoc.* 2016;5(10):e003638. doi:10.1161/JAHA.116.003638.
13. Høybye M, Stankovic N, Holmberg MJ, Christensen HC, Granfeldt A, Andersen LW. In-hospital vs out-of-hospital cardiac arrest: patient characteristics and survival. *Resuscitation.* 2021;158:157-165. doi:10.1016/j.resuscitation.2020.11.016.
14. Fernando SM, Tran A, Cheng W, Rochwerg B, Taljaard M, Vaillancourt C, et al. Pre-arrest and intra-arrest prognostic factors associated with survival after in-hospital cardiac arrest: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2019;367:l6373. doi:10.1136/bmj.l6373. PMID: 31801749.
15. Roedl K, Heinrich F, Ovesen C, et al. Location of in-hospital cardiac arrest: an updated analysis of epidemiology, emergency response, and outcomes. *Crit Care Med.* 2026;54(5). doi:10.1097/CCM.0000000000007063. PMID: 41697093.