

Ce texte est disponible en allemand, français, anglais et italien, cf. assm.ch/fr/triage
La version allemande est la version d'origine.
Version 4, mise à jour le 23 septembre 2021¹

Triage en soins intensifs en cas de pénurie exceptionnelle des ressources

Orientation pour la mise en œuvre du chapitre 9.3. des
directives «Mesures de soins intensifs» (2013)

I. Contexte

II. Directives

1. Champ d'application
2. Principes de base éthiques
3. Critères de triage (admission et durée) dans les unités de soins intensifs en cas de pénurie exceptionnelle des ressources
4. Décisions de triage
 - 4.1. Dimensions de la prise de décision
 - 4.2. Critères d'admission
 - 4.3. Triage initial: critères d'admission aux soins intensifs
 - 4.4. Triage en cours de séjour aux soins intensifs
5. Processus décisionnel

III. Annexes

1. Échelle de fragilité clinique (Clinical Frailty Scale, CFS)
2. Littérature
3. Indications concernant l'élaboration de ces directives

I. Contexte

Sous l'influence de plusieurs types de facteurs extérieurs (pandémies, catastrophes naturelles, guerres), la capacité du système de santé peut atteindre ses limites en peu de temps, avec des répercussions particulièrement rapide et marquée sur des domaines comme les soins intensifs. Lorsque les besoins dépassent les moyens humains et/ou matériels existants, les ressources à disposition doivent répondre de la manière la plus efficace, équitable, transparente et unifiée possible à la demande des personnes touchées. Dans les cas où la pénurie des ressources requiert la prise de décisions de triage, des efforts doivent toujours être entrepris en parallèle pour augmenter les capacités de traitement.

Responsabilité politique et sociétale

D'un point de vue éthique, la garantie des capacités aux soins intensifs n'incombe pas uniquement aux hôpitaux, mais repose également sur la participation ainsi que la responsabilité conjointe de la politique et de la société. Au même titre que tous les hôpitaux publics et privés, les autorités fédérales et cantonales ont l'obligation de recourir aux mesures appropriées dans le cadre des bases légales en vigueur afin d'éviter ou d'atténuer autant que possible une surcharge du système de santé. Dans le cas d'une pandémie, ces autorités doivent donc mettre

¹ En mars 2020, le nombre élevé de cas d'infection au coronavirus (SARS-CoV-2) en Suisse a conduit à un afflux massif de patients dans les hôpitaux de soins aigus. Dans ce contexte, l'ASSM et la SSMI ont élaboré des directives de triage des traitements de soins intensifs en cas de pénurie des ressources. Au fil de la pandémie, ces directives ont été actualisées à plusieurs reprises en fonction des expériences accumulées des nouvelles connaissances scientifiques. Toutes les versions sont disponibles sur assm.ch/fr/triage-history

en œuvre les mesures de protection dont l'efficacité a été démontrée, afin d'enrayer les contaminations et les évolutions graves de la maladie. Le report de traitements ne présentant pas de caractère urgent peut également figurer parmi ces mesures.

Report de traitements ne présentant pas de caractère urgent

Le report de traitements constitue lui aussi une forme de triage. En cas de pénurie des ressources, il convient en premier lieu de repousser les traitements dont le report n'entraîne pas de risque de détérioration du pronostic, de dommages irréversibles pour la santé ou de décès prématuré. Actuellement, nous ne disposons pas de critères permettant une dépriorisation unifiée de ces traitements non urgents à l'échelle nationale, et leur élaboration dépasse le cadre des présentes directives. Lorsqu'un traitement est repoussé, la personne concernée doit être informée en toute transparence des raisons de ce report ainsi que des potentielles conséquences sur sa santé. Il convient également de lui indiquer si son traitement peut être prodigué dans un autre hôpital.

Coordination nationale pour le transfert des patients²

En collaboration avec les différents acteurs du système de santé, le Service sanitaire coordonné (SSC) de la Confédération a élaboré un concept de coordination nationale des ressources de soins intensifs afin d'assurer une utilisation optimale de toutes les capacités de traitement en médecine intensive disponibles en Suisse.³

Seuil pour les décisions de triage

Conformément au document «[Coordination nationale en cas d'afflux massif de patients dans les unités de soins intensifs durant la pandémie du Covid-19](#)»⁴ du SSC, la responsabilité du triage des patients incombe à l'hôpital correspondant et à son unité de soins intensifs. Il n'est autorisé de recourir au triage que lorsque les autres mesures, telles que la réduction des traitements ne présentant pas de caractère urgent et le transfert vers des unités de soins intensifs ayant des capacités disponibles⁵ ne suffisent plus à surmonter la pénurie des ressources. L'hôpital seul ne peut pas déterminer si un seuil à partir duquel les présentes directives s'appliquent a été franchi au niveau régional ou national. Pour prendre cette décision, il faut disposer d'une vue d'ensemble à l'échelle nationale du nombre réel de lits encore disponibles en soins intensifs ainsi que du report effectué ou non par l'ensemble des régions d'une part équivalente de traitements ne présentant pas de caractère urgent. Les hôpitaux sont tenus de communiquer au SSC les ressources réelles qui leur restent et de lui indiquer de façon transparente dans quelle mesure ils ont pu réduire le nombre de traitements ne présentant pas de caractère urgent. Un transfert de patients à l'extérieur des frontières cantonales du système de santé doit être recherché par le biais de discussions entre les cantons et soutenu par la Confédération afin que les hôpitaux pris individuellement ne recourent pas de manière trop précoce aux critères énoncés dans les présentes directives et que l'on n'aboutisse pas à une insuffisance disproportionnée en matière de soins à l'échelle locale et, partant, à une surmortalité.

En sa qualité d'organe national, le SSC surveille le contexte pour déterminer le moment à partir duquel les décisions de triage au sens des présents critères deviendront inévitables au regard de la situation en Suisse. Dans ce cas, le SSC en informe immédiatement les directions de la santé cantonales et les hôpitaux. Afin de protéger (sur le plan juridique) les professionnels des soins intensifs, il serait fortement souhaitable que la décision consécutive de procéder au triage en raison de la pénurie des ressources soit communiquée par une instance cantonale et/ou l'hôpital en question.

² Dans le présent document, les termes employés pour désigner des personnes sont pris au sens générique; ils ont à la fois valeur d'un féminin et d'un masculin.

³ Des informations plus précises et les coordonnées sont disponibles à l'adresse: www.vtg.admin.ch/fr/organisation/etat-major-de-larmee/Affaires-sanitaires/ksd/cnusi.html (consulté le 21.09.2021).

⁴ Consulté le 21.09.2021.

⁵ Dans les situations particulièrement tendues, il convient d'étudier l'éventualité de transferts dans les pays voisins. À l'inverse, si les ressources sont suffisantes, les unités de soins intensifs suisses doivent accepter les patients des pays limitrophes en situation de triage.

Si ce seuil n'est pas atteint au niveau national mais qu'il existe au niveau local ou régional une pénurie sévère des capacités en unités de soins intensifs – malgré l'augmentation des places (même si celle-ci s'accompagne d'une réduction de la qualité des soins), la réduction des traitements ne présentant pas de caractère urgent et l'implication de la cellule de coordination nationale en vue de transferts –, il convient d'en informer les médecins cantonaux et les autorités sanitaires cantonales et d'appliquer ces directives au niveau régional.

II. Directives

1. Champ d'application

Les présentes directives portent sur les critères de triage dans les unités de soins intensifs et s'appliquent lors des périodes de pénurie des ressources exigeant d'augmenter les capacités de traitement et de prendre des décisions de rationnement. Elles s'appliquent à toutes les catégories de patients ayant une indication aux soins intensifs. A savoir, tous les patients susceptibles de bénéficier d'un traitement en soins intensifs sont évalués et traités selon les mêmes critères.

Les présentes directives complètent les directives de l'ASSM «Mesures de soins intensifs» (2013) à titre de directives pour la mise en application en cas de pénurie exceptionnelle des ressources et ne portent que sur l'admission et le traitement en unités de soins intensifs. Elles ne concernent pas d'autres groupes de patients. Les directives sont mises en œuvre par les professionnels des soins intensifs, selon le contexte, en accord avec des professionnels d'autres disciplines telles que la médecine d'urgence, la médecine interne, la chirurgie ou la médecine palliative.

2. Principes de base éthiques⁶

Les quatre principes médico-éthiques largement reconnus (bienfaisance, non-malfaisance, respect de l'autonomie et équité) sont décisifs, même en cas de pénurie des ressources. Il est important de clarifier le plus tôt possible la volonté du patient concernant les traitements d'urgence et les soins intensifs, en particulier lorsqu'il s'agit de personnes faisant partie d'un groupe à risque. Les ressources limitées ne doivent jamais être utilisées pour des traitements que le patient ne souhaite pas.

Lorsque les ressources sont insuffisantes pour traiter tous les patients de manière optimale, ces principes de base doivent être appliqués selon les règles suivantes:⁷

L'équité: Les ressources à disposition doivent être allouées sans aucune discrimination. Les caractéristiques des patients, comme l'âge, le sexe, le lieu de résidence, la nationalité, l'appartenance religieuse, la race, le statut social, le statut d'assuré, la responsabilité personnelle, le statut vaccinal ou le handicap ne doivent pas constituer des critères de triage. En revanche, selon la maladie ou l'accident, certaines d'entre elles peuvent influencer sur le pronostic et doivent donc être prises en compte à titre de critère pertinent d'un point de vue médical. La procédure d'allocations des ressources doit être équitable, factuellement justifiée, transparente et compréhensible. Même en cas de pénurie sévère de places aux soins intensifs, il convient de reconnaître la même dignité à chacun. Si un traitement intensif ne peut être garanti, des possibilités de traitement et de soins alternatives telles que les soins palliatifs doivent être proposées.

⁶ Cf. en détail au sujet des bases éthiques: «Mesures de soins intensifs». Directives médico-éthiques de l'ASSM (2013), chapitre 2.

⁷ Voir également le Plan suisse de pandémie Influenza 2018, partie II, chapitre 6.1., en particulier la partie III, paragraphe 6 «Questions éthiques».

Sauver autant de vies que possible: Lors d'une pénurie sévère de places aux soins intensifs, toutes les mesures s'orientent selon l'objectif de minimiser le nombre de décès. Les décisions doivent être prises pour éviter à un maximum de patients de décéder.

La protection des professionnels impliqués: L'expérience de ne pas pouvoir offrir à tous les patients le traitement médicalement requis en raison du stress et de la rareté de ressources combinée à une surcharge de travail et à la confrontation permanente avec des destins tragiques de patients a un impact sur les professionnels de la santé. Cette situation est décrite par le terme *moral injury* ou blessure morale.⁸ La prise de décision (cf. chapitre 4.1) doit s'effectuer de façon à protéger le personnel de toute blessure morale. L'équipe de traitement et de soins doit pouvoir surmonter les situations difficiles dans le cadre de débriefings et d'études de cas et se voir proposer des offres de soutien, par exemple à la supervision ou à la gestion du stress.⁹ Plus cette situation pesante dure, plus le risque de départs augmente et plus le recrutement en vue de remplacer les effectifs manquants devient difficile. Ce phénomène conduit à une baisse du nombre de places de traitement et, partant, à de nouvelles lacunes en matière de soins avec un risque de décès accru. Il faut donc prendre des mesures appropriées afin de protéger ces professionnels contre la maladie et le surmenage, surtout s'ils présentent des risques de santé accrus.

3. Critères de triage (admission et durée) dans les unités de soins intensifs en cas de pénurie exceptionnelle des ressources

Les présentes directives constituent une aide à la prise de décision pour les équipes de traitement professionnelles. Chaque décision de triage est en effet une décision particulière, dans laquelle l'expérience de l'équipe joue un rôle crucial. Selon les cas, il peut être nécessaire de prendre en considération d'autres critères de pronostic médical que ceux qui figurent dans les présentes directives.

Tant que les hôpitaux disposent de ressources suffisantes, les patients nécessitant une thérapie de soins intensifs sont admis et traités selon des critères établis. Les interventions qui exigent des ressources importantes ne doivent être appliquées que dans les cas où leur utilité est clairement démontrée. Compte tenu des goulets d'étranglement aigus, elles vont à l'encontre de l'objectif consistant à maximiser le nombre de vies sauvées sur le plan individuel. Dans ce contexte, une ECMO¹⁰ ne peut donc être pratiquée sur des patients Covid-19 que dans des situations très spécifiques, telles que définies dans les directives de la SSMI¹¹, et après une évaluation minutieuse des ressources nécessaires.¹²

Il est nécessaire de clarifier en amont, avec tous les patients qui en ont la capacité, leur volonté en cas de complications (statut de réanimation et étendue de la thérapie de soins intensifs). Pour les personnes privées de discernement, il convient de prendre en compte leur volonté présumée après discussion avec leurs représentants. Si l'on renonce aux mesures de soins intensifs, il convient de garantir un accompagnement adéquat comprenant des soins palliatifs complets au sein d'unités ou d'institutions adaptées.¹³ Afin d'éviter les situations de pénurie dans les unités de soins intensifs, il est essentiel que les services ou institutions prenant en charge les patients une fois qu'ils ont quitté les unités de soins intensifs (ou remplaçant la thérapie de soins intensifs) fassent preuve de solidarité dans l'accomplissement de leurs obligations.

⁸ Cf. HeaR-MI 2021.

⁹ Cf. «Mesures de soins intensifs». Directives médico-éthiques de l'ASSM (2013), chapitre 11.

¹⁰ Oxygénation par membrane extracorporelle.

¹¹ Cf. SGI-SSMI, ECMO in COVID-19 related severe ARDS. ECMO Guidelines for non-ECMO Centers, 2020.

¹² Cf. Bartlett et al. 2020.

¹³ Cf. les directives palliative.ch: [Mesures thérapeutiques chez les patients atteints de COVID-19 avec pronostic défavorable attendu](https://www.palliative.ch) (www.palliative.ch, consulté le 21.9.2021).

Si, en raison d'une surcharge totale des capacités aux soins intensifs, des patients ayant besoin de soins intensifs doivent être refusés, le **pronostic de survie à court terme constitue le premier et principal facteur de décision** pour le triage. Lors de l'admission aux soins intensifs, les patients dont le pronostic¹⁴ de sortie de l'hôpital est favorable avec une thérapie de soins intensifs mais défavorable sans soins intensifs ont la priorité absolue; il s'agit des patients qui profitent le plus des soins intensifs. Tout cela a pour objectif de prendre les décisions permettant de sauver le plus grand nombre de vies possible.

En outre, l'**investissement attendu** lié au traitement de soins intensifs doit être pris en compte. La durée (du séjour) et l'investissement lié au traitement en vue d'aboutir à un pronostic favorable influent sur le critère visant à sauver autant de vies que possible. Dans le cas de pronostics de survie identiques, les interventions dont on peut prévoir qu'elles peuvent aboutir rapidement aux effets escomptés ont donc la priorité sur celles dont les effets ne seraient attendus qu'à l'issue d'un long traitement.¹⁵

L'âge, le handicap ou la démence ne sont pas des critères en soi à prendre en compte. Il s'agirait d'une violation de l'interdiction de discrimination inscrite dans la Constitution fédérale, car les personnes âgées, celles atteintes de handicap et celles souffrant de démence se verraient ainsi accorder une valeur inférieure à celle des autres. En règle générale, pour les patients ayant besoin de soins intensifs, l'âge, le handicap ou la démence ne devraient pas conduire automatiquement à un pronostic négatif à court terme. Un patient n'est pas considéré comme prioritaire seulement s'il présente des facteurs de risque spécifiques de mortalité accrue et donc un pronostic négatif à court terme.

L'un des facteurs de risque spécifiques de mortalité accrue est notamment **la fragilité liée à l'âge**. Corrélée, chez les personnes âgées, à un pronostic à court terme défavorable, cette dernière est un critère important qui doit être pris en compte en cas de pénurie des ressources. Parmi les différents outils qui ont été proposés pour évaluer ce paramètre, l'échelle de fragilité clinique est la mieux validée¹⁶ (cf. Annexe, Clinical Frailty Scale, CFS).

Un handicap ne constitue pas en soi un facteur pertinent pour établir un pronostic. Cependant, les personnes atteintes de handicap peuvent présenter des comorbidités directement liées à leur handicap (p. ex. insuffisance respiratoire chez une personne polyhandicapée) ou non (p. ex. tumeur chez une personne tétraplégique). En revanche, la dépendance vis-à-vis de tiers que rencontrent les personnes atteintes de handicap dans le cadre d'activités du quotidien n'est pas corrélée avec leur pronostic à court terme. La Clinical Frailty Scale n'étant pas validée pour évaluer la fragilité des personnes souffrant de handicap, elle ne se révèle pas pertinente ici. L'état de santé de chaque personne doit être constaté de manière identique, quels que soient les handicaps existants. Toute autre procédure serait discriminatoire et doit être rejetée.

Même lorsque la pénurie des ressources s'explique par une maladie infectieuse contre laquelle il existe un vaccin efficace, le **statut vaccinal** ne doit pas constituer un critère de triage.¹⁷ Le respect de la valeur de la vie de chacun n'est garanti de façon égale que si aucune différence n'est opérée sur la base des opinions, des décisions et des actions de chacun.

Recours à des critères supplémentaires. La littérature spécialisée¹⁸ mentionne d'autres critères tels que le tirage au sort, le principe du «premier arrivé, premier servi» («first come, first served»), la priorité aux personnes qui bénéficieraient probablement d'une bonne qualité de vie pendant plus longtemps, celle aux personnes ayant une valeur sociale élevée, etc. Ceux-ci ne doivent pas être appliqués.

¹⁴ Détails concernant le pronostic, voir «Mesures de soins intensifs». Directives médico-éthiques de l'ASSM (2013), chapitre 5.1.

¹⁵ Toutefois, les médecins expérimentés sont aussi plus à même d'estimer quels patients ont une forte probabilité de rester peu de temps en unité de soins intensifs que de déterminer dès leur admission ceux qui auront besoin de rester longtemps sous traitement. Cf. Verburg et al. 2017; Vicente et al. 2004.

¹⁶ Cf. Hewitt et al. 2020.

¹⁷ Voir également CNE 39/2021.

¹⁸ Cf. Persad et al. 2009, par exemple.

4. Décisions de triage

4.1. Dimensions de la prise de décision

- **À l'admission des patients:** intensité et durée du traitement, définition du parcours du patient (par exemple traitement en unité de soins intensifs, soins intermédiaires, unité de soins, soins palliatifs).
- **Pendant le séjour dans l'unité de soins intensifs:** évaluation régulière concernant la poursuite du traitement, limitation de l'intensité ou de la durée du traitement, modification de l'objectif thérapeutique, transfert dans une unité de soins et soins palliatifs.
- **Réévaluation régulière des capacités d'accueil:** parallèlement au triage, le nombre de lits en soins intensifs doit être réévalué quotidiennement pour exploiter toutes les capacités et garantir une qualité de traitement adéquate.

4.2. Critères d'admission

Les autorités fédérales et cantonales compétentes ainsi que les hôpitaux dotés d'unités de soins intensifs sont tenus de prendre toutes les mesures raisonnables pour éviter une pénurie sévère de capacités ad hoc (cf. chapitre I, Contexte). Cela inclut également l'augmentation de la capacité en termes de lits de soins intensifs, même si cela se fait au prix d'une réduction de la qualité des traitements.

Si, malgré de telles mesures, les capacités en soins intensifs, incluant les places transférées, ne suffisent plus, seuls les patients qui nécessitent un traitement de soutien aux organes voire de suppléance (ventilation mécanique, soutien hémodynamique par amines vasopressives, thérapie de suppléance rénale continue, etc.) pourront y être admis. Dans de telles situations, la réanimation cardiopulmonaire doit être utilisée avec une grande retenue en cas d'arrêt circulatoire. En sont exclues les situations pour lesquelles un très bon résultat est escompté.¹⁹

Si tous les patients ayant besoin d'un traitement intensif selon les critères cités ne peuvent pas être admis dans une unité de soins intensifs, il est nécessaire de prendre des décisions relatives à l'admission ou au transfert desdits patients. Les choix sont effectués conformément aux critères spécifiés ci-dessous relatifs au **pronostic de survie à court terme** et à l'**investissement attendu en matière de mesures de soins intensifs**. Ces critères sont classés en fonction de la gravité de la situation de surcharge (niveaux A et B). Tous les traitements moins intensifs doivent être pratiqués dans des unités de soins intermédiaires ou des unités de soins normales.

Niveau A: places disponibles pour les traitements intensifs, mais les capacités en Suisse demeurent limitées et il existe le risque prouvé de se retrouver en l'espace de quelques jours dans une situation où aucune place n'est disponible pour les soins intensifs dans le pays et où les transferts à l'étranger ne sont pas possibles en nombre suffisant.

Niveau B: pas de places disponibles pour les traitements intensifs.

¹⁹ Cf. Recommandations de la Société Suisse de médecine d'urgence et de sauvetage (SSMUS) «Prähospitale Triage und Versorgung bei Ressourcenknappheit im Hospitalbereich (spez. Intensivmedizin) während der COVID-19-Pandemie V3.0», la version française se trouve disponible dès que possible (cf. www.sgnor.ch/fr/covid-19).

4.3. Triage initial: critères d'admission aux soins intensifs²⁰

Étape 1

Le patient présente-t-il l'un des critères d'admission suivants?

- Besoin de ventilation mécanique invasive?
- Besoin de soutien hémodynamique par amines vasopressives (p. ex. dose équivalente NA > 0.1 µg/kg/min)?
- Besoin d'un autre traitement intensif spécifique (p. ex. traitement de suppléance rénale continue)?

En présence d'un critère d'admission → étape 2

Étape 2

Le patient présente-t-il l'un des critères de non-admission suivants?

Niveau A (cf. encadré p. 6)

- Volonté du patient (directives anticipées, etc.) contre un traitement en unité de soins intensifs
- Échelle de fragilité clinique (Clinical Frailty Scale, CFS) liée à l'âge ≥ 7 et âge > 65
- CFS liée à l'âge ≥ 6 et âge > 85
- Arrêt circulatoire sans témoin, arrêt circulatoire récidivant, arrêt circulatoire
- Maladie sévère, incurable et à évolution rapide (p. ex. maladie neurodégénérative ou tumeur) avec une mortalité élevée à court terme analogue aux autres groupes de patients cités au niveau A
- Maladies chroniques, p. ex.:
 - Insuffisance cardiaque de stade NYHA IV, en dépit d'un traitement optimal
 - BPCO GOLD 4 (D) avec plus de 2 hospitalisations pour cette raison en un an
 - Cirrhose du foie Child-Pugh de catégorie C
 - Score de comorbidité Charlson ≥ 5
- Insuffisance circulatoire sévère réfractaire au traitement (hypotension et/ou perfusion mineure d'organe persistante) malgré le traitement de la maladie sévère, y compris l'augmentation des amines vasopressives
- Pronostic défavorable avec très forte probabilité de devoir suivre un traitement de soins intensifs long et nécessitant des ressources importantes

Niveau B (cf. encadré p. 6)

- Volonté du patient (directives anticipées, etc.) contre un traitement en unité de soins intensifs
- CFS liée à l'âge ≥ 6 et âge > 65
- Arrêt circulatoire sans témoin, arrêt circulatoire récidivant, arrêt circulatoire
- Maladie sévère, incurable et à évolution rapide (p. ex. maladie neurodégénérative ou tumeur) avec une mortalité élevée à court terme analogue aux autres groupes de patients cités au niveau B
- Traumatisme sévère avec mortalité élevée à court terme
- Brûlures étendues avec traumatisme d'inhalation²¹
- NIHSS > 14 après traitement aigu adéquat d'une attaque cérébrale²²
- Maladies chroniques:
 - Insuffisance cardiaque de stade NYHA III ou IV, en dépit d'un traitement optimal
 - BPCO GOLD 4 (D) ou BPCO A-D avec soit: VEMS1 < 25%, ou HTP, ou oxygénothérapie à domicile (long-term oxygen therapy)

²⁰ Cf. Christian et al. 2006.

²¹ Ce critère se justifie par la forte intensité de ressources dans le traitement des grands brûlés. Lors de la décision, le pronostic de mortalité à court terme des différents patients doit être soigneusement pris en compte dans la pondération et évalué en fonction des capacités des deux centres des grands brûlés (USZ et CHUV).

²² Cf. Li et al. 2020.

- Cirrhose du foie Child-Pugh de catégorie B ou C avec ascite réfractaire au traitement ou encéphalopathie > stade I
- Score de comorbidité Charlson ≥ 4
- Âge > 75 ans et au moins un des critères suivants:
 - Cirrhose du foie Child-Pugh de catégorie B ou C
 - Insuffisance rénale chronique CKD stade IV (KDIGO) (eGFR < 30 ml/min/1,73 m²)
 - Insuffisance cardiaque stade NYHA III ou IV
 - CFS liée à l'âge ≥ 5
- Pronostic défavorable avec forte probabilité de devoir suivre un traitement de soins intensifs long et nécessitant des ressources importantes

Au niveau B, aucune réanimation cardiopulmonaire ne doit être pratiquée en soins intensifs.

4.4. Triage en cours de séjour aux soins intensifs

Les critères suivants sont importants pour la poursuite du traitement aux soins intensifs:

L'état de santé des patients aux soins intensifs est évalué régulièrement et de manière interprofessionnelle. Au plus tard 72 heures après l'admission, la progression du traitement est vérifiée une première fois, puis de nouveau au moins une fois par jour.

L'utilité médicale ou l'échec annoncé du traitement intensif doivent être évalués en fonction de l'évolution clinique afin de décider d'un éventuel changement thérapeutique, passant d'un traitement curatif à un traitement moins invasif ou palliatif. Cette mesure s'applique de la même manière à tous les patients hospitalisés en unité de soins intensifs lorsque les ressources sont épuisées. Les critères suivants sont appliqués de manière d'autant plus restrictive que les ressources sont rares.

Étape 1

Présence d'un critère autorisant le transfert des soins intensifs:

- Réévaluation minutieuse afin de savoir si la poursuite du traitement aux soins intensifs correspond à la volonté (supposée) du patient
- Patient extubé ou sous ventilation spontanée par trachéotomie
→ le patient est transféré des soins intensifs dès que possible pour la suite de son traitement

Étape 2

Après une phase de stabilisation correspondant à la pathologie:

Présence des trois critères suivants:

- Stabilisation ou amélioration de l'oxygénation et de la ventilation
- Stabilisation ou amélioration de l'hémodynamique
- Stabilisation ou réduction des dysfonctionnements des organes responsables

Les trois critères sont requis afin de poursuivre le traitement intensif.

Étape 3

Ces points s'appliquent aux niveaux A et B:

Au **niveau A** (cf. encadré p. 6), le traitement intensif doit être arrêté si l'on observe l'un des critères suivants, et ce bien que les trois critères aient été remplis à l'étape 2:

- Arrêt cardiaque récurrent durant le séjour en unité de soins intensifs, malgré une réanimation initialement réussie
- Survenue d'une défaillance significative d'un autre organe durant le séjour en unité de soins intensifs, qui continue de dégrader le pronostic à court terme
- Pronostic défavorable avec très forte probabilité de devoir suivre un traitement de soins intensifs long et nécessitant des ressources importantes

Au **niveau B** (cf. encadré p. 6), le traitement intensif doit être arrêté si l'un des critères suivants est constaté, et ce bien que les trois critères aient été remplis à l'étape 2:

- Pas d'amélioration des conditions respiratoires ou hémodynamiques (la stabilisation est insuffisante)
- Survenue d'un arrêt cardiaque durant le séjour: aucune réanimation cardiopulmonaire ne doit être pratiquée au niveau B.
- Défaillance durable ou qui s'aggrave de deux organes en plus des poumons
- Pronostic défavorable avec forte probabilité de devoir suivre un traitement de soins intensifs long et nécessitant des ressources importantes

Si la situation de triage perdure même lorsque les patients présentant un pronostic très défavorable ne sont pas considérés comme prioritaires, il faut ensuite traiter en priorité les patients qui ne devraient rester en unité de soins intensifs que durant une courte période par rapport aux patients dont le pronostic de survie est identique, mais qui risquent de bloquer des ressources importantes en soins intensifs pendant une longue période.

La présence de l'un de ces critères et l'arrêt du traitement de soins intensifs ont pour conséquence la prise en charge du patient en unité de soins ou en soins palliatifs. Les raisons motivant les décisions de traitement et de transfert doivent être documentées par écrit. Si un décès survient, on estime généralement qu'il ne s'agit pas d'une «mort non naturelle».

Remarque: Sur le plan juridique, il existe une certaine incertitude sur le fait que les décès résultant de la non-admission en unité de soins intensifs ou du transfert depuis une unité de soins intensifs après application des critères des présentes directives doivent être indiqués comme «mort non naturelle» (c'est-à-dire morts aux circonstances floues ou possiblement dues à un accident, suicide, ou homicide) sur le certificat médical de décès. L'ASSM et la SSMI accueillent favorablement une clarification juridique à cet égard dans l'intérêt de la sécurité juridique de la profession médicale. Actuellement, l'ASSM et la SSMI recommandent de documenter les circonstances concrètes de ces décès, mais pas de les classer comme morts non naturelles. Les prescriptions ou décisions des autorités ou des tribunaux compétents qui exigent un rapport comme mort non naturelle demeurent réservées.

5. Processus décisionnel










Lorsque des décisions de triage doivent être prises, la confiance doit être maintenue dans les circonstances les plus difficiles. C'est pourquoi il importe que des critères de priorité objectifs et des processus équitables soient appliqués de manière transparente à tout moment, au niveau local comme au niveau national. Des justifications claires pour l'attribution ou la non-attribution de priorités doivent être documentées et actualisées en fonction de l'évolution de la situation. Il en va de même pour les processus selon lesquels de telles décisions sont prises. Les décisions individuelles doivent être vérifiables: elles doivent être documentées par écrit et comprendre une justification et le nom du décisionnaire. Tout écart par rapport aux critères définis doit être documenté de manière similaire. Il importe, en outre, de prévoir des mécanismes pour le traitement ultérieur des conflits.

Le processus décisionnel doit être dirigé par des personnes expérimentées. Les décisions doivent, dans la mesure du possible, toujours être prises au sein de l'équipe interprofessionnelle, et non par une seule personne. À terme, la responsabilité revient toutefois au médecin de soins intensifs présent le ou la plus haut placé(e). Le recours à des organismes qui soutiennent les équipes de traitement peut s'avérer utile (par exemple, soutien éthique, équipe multiprofessionnelle). Toutefois, l'unité de soins intensifs doit toujours pouvoir décider rapidement et de manière autonome quels patients sont admis aux soins intensifs et lesquels sont transférés dans un autre service. Les dispositions légales relatives à l'obligation d'information régulière concernant les capacités aux soins intensifs et leur occupation doivent être respectées.

Si un traitement de soins intensifs n'est pas offert ou s'il est interrompu en raison d'une décision de triage, la communication à ce sujet se doit d'être transparente. Il est en effet inadmissible de motiver la décision thérapeutique à l'égard du patient par une absence d'indication médicale, alors qu'en situation ordinaire, une autre décision aurait pu être proposée. Le patient capable de discernement ou, dans le cas contraire, son représentant doivent être ouvertement informés sur le processus de décision. Si possible, d'autres entretiens, comme un soutien par une aumônerie ou un soutien psychologique, devraient leur être proposés. L'équipe de traitement doit elle aussi se tenir à disposition des proches pour dialoguer avec eux.

III. Annexes

1. Échelle de fragilité clinique (Clinical Frailty Scale, CFS)

CLINICAL FRAILITY SCALE	
	<p>1 VERY FIT People who are robust, active, energetic and motivated. They tend to exercise regularly and are among the fittest for their age.</p>
	<p>2 FIT People who have no active disease symptoms but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very active occasionally, e.g., seasonally.</p>
	<p>3 MANAGING WELL People whose medical problems are well controlled, even if occasionally symptomatic, but often are not regularly active beyond routine walking.</p>
	<p>4 LIVING WITH VERY MILD FRAILITY Previously "vulnerable," this category marks early transition from complete independence. While not dependent on others for daily help, often symptoms limit activities. A common complaint is being "slowed up" and/or being tired during the day.</p>
	<p>5 LIVING WITH MILD FRAILITY People who often have more evident slowing, and need help with high order instrumental activities of daily living (finances, transportation, heavy housework). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation, medications and begins to restrict light housework.</p>
	<p>6 LIVING WITH MODERATE FRAILITY People who need help with all outside activities and with keeping house. Inside, they often have problems with stairs and need help with bathing and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.</p>
	<p>7 LIVING WITH SEVERE FRAILITY Completely dependent for personal care, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~6 months).</p>
	<p>8 LIVING WITH VERY SEVERE FRAILITY Completely dependent for personal care and approaching end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.</p>
	<p>9 TERMINALLY ILL Approaching the end of life. This category applies to people with a life expectancy <6 months, who are not otherwise living with severe frailty. (Many terminally ill people can still exercise until very close to death.)</p>

SCORING FRAILITY IN PEOPLE WITH DEMENTIA

The degree of frailty generally corresponds to the degree of dementia. Common symptoms in **mild dementia** include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.

In **moderate dementia**, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting. In **severe dementia**, they cannot do personal care without help. In **very severe dementia** they are often bedfast. Many are virtually mute.



Clinical Frailty Scale ©2005–2020 Rockwood, Version 2.0 (EN). All rights reserved. For permission: www.geriatricmedicineresearch.ca
Rockwood K et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489–495.

L'échelle de fragilité clinique (version 2.0) aide les professionnels de santé à évaluer les pronostics de survie à court terme des patients âgés. La qualité des pronostics établis au moyen de cet outil est démontrée dans de nombreuses publications.²³ Cela étant, il existe peu de preuves concernant les meilleurs seuils, ce qui exige une utilisation prudente de l'échelle, laquelle doit être associée au jugement clinique des professionnels. Elle doit être utilisée par des professionnels de santé formés; des supports de formation à cet effet sont disponibles en ligne.²⁴

²³ Cf. Flaatten et al. 2017; Flaatten et al. 2021; Muscedere et al. 2017; Rockwood et al. 2020; Surkan et al. 2020.

²⁴ Cf. www.dal.ca/sites/gmr/our-tools/clinical-frailty-scale.html (consulté le 21.09.2021)

2. Littérature

Remarque:

La **Société Suisse de Médecine Intensive (SSMI)** publie sur son site web les références bibliographiques les plus récentes concernant le SARS-CoV-2.
www.sgi-ssmi.ch

Bartlett RH, Ogino MT, Brodie D, McMullan DM, Lorusso R et al.

Initial ELSO Guidance Document: ECMO for COVID-19 Patients with Severe Cardiopulmonary Failure. *ASAIO J.* 2020;66(5):472–4.
<https://doi.org/10.1097/MAT.0000000000001173>

Bouadma L, Lescure FX, Lucet JC, Yazdanpanah Y, Timsit JF.

Severe SARS-CoV-2 infections: practical considerations and management strategy for intensivists. *Intensive Care Med.* 2020;46(4):579–82.
<https://doi.org/10.1007/s00134-020-05967-x>

Cheung WK, Myburgh J, Seppelt IM, Parr MJ, Blackwell N et al.

A multicentre evaluation of two intensive care unit triage protocols for use in an influenza pandemic. *Med J Aust.* 2012;197(3):178–81.
<https://doi.org/10.5694/mja11.10926>

Christian MD, Hawryluck L, Wax RS, Cook T, Lazar NM et al.

Development of a triage protocol for critical care during an influenza pandemic. *CMAJ.* 2006;175(11):1377–81.
<https://doi.org/10.1503/cmaj.060911>

Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine (CNE)

Pandémie de COVID-19: l'égalité dans la prise en charge des personnes non vaccinées est une obligation. Nr 39, 26 août 2021.
www.nek-cne.admin.ch/inhalte/Themen/Stellungnahmen/fr/NEK_Stellungnahme_Behandlung_Ungeimpfte_FR.pdf

Flaatten H, De Lange DW, Morandi A, Andersen FH, Artigas A et al. (VIP1 study group)

The impact of frailty on ICU and 30-day mortality and the level of care in very elderly patients (≥ 80 years). *Intensive Care Med.* 2017;43(12):1820–8.
<https://doi.org/10.1007/s00134-017-4940-8>

Flaatten H, Guidet B, Andersen FH, Artigas A, Cecconi M et al. (VIP2 study group)

Reliability of the Clinical Frailty Scale in very elderly ICU patients: a prospective European study. *Ann. Intensive Care.* 2021;11(22):1-7.
<https://doi.org/10.1186/s13613-021-00815-7>

The Hastings Center

Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to COVID-19. Managing Uncertainty, Safeguarding Communities, Guiding Practice. March 16, 2020.
www.thehastingscenter.org/wp-content/uploads/HastingsCenterCovidFramework2020.pdf

Healing/Resolution of Moral Injury (Hear-MI).

How reframing distress can support your workforce and heal your organization. 2021.
https://fixmoralinjury.org/wp-content/uploads/2021/01/Moral-Injury-White-Paper_V17-FINAL.pdf

Hewitt J, Carter B, Vilches-Moraga A, Quinn TJ, Braude P et al. (COPE Study Collaborators)

The effect of frailty on survival in patients with COVID-19 (COPE): a multicentre, European, observational cohort study. *Lancet Public Health.* 2020;5(8):e444–51.
[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30146-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30146-8)

Jöbges S, Vinay R, Luyckx VA, Biller-Andorno N.

Recommendations on COVID-19 triage: international comparison and ethical analysis. *Bioethics.* Published online September 25, 2020.
<https://doi.org/10.1111/bioe.12805>

Li QX, Zhao XJ, Fan HY, Li XN, Wang DL et al.

Application Values of Six Scoring Systems in the Prognosis of Stroke Patients. *Front Neurol*. Published online January 30, 2020.

<https://doi.org/10.3389/fneur.2019.01416>

Liao X, Wang B, Kang Y.

Novel coronavirus infection during the 2019–2020 epidemic: preparing intensive care units – the experience in Sichuan Province, China. *Intensive Care Med*. 2020;46:357–60.

<https://doi.org/10.1007/s00134-020-05954-2>

MacLaren G, Fisher D, Brodie D.

Preparing for the Most Critically Ill Patients With COVID-19. The Potential Role of Extracorporeal Membrane Oxygenation. *Jama*, 2020;323(13):1245–6.

<https://doi.org/10.1001/jama.2020.2342>

Murthy S, Gomersall C D, Fowler RA.

Care for Critically Ill Patients With COVID-19. *Jama*. Published online March 11, 2020.

<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2762996>

Muscudere J, Waters B, Varambally A, Bagshaw SM, Boyd JG et al.

The impact of frailty on intensive care unit outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Med*. 2017;43(8):1105–22.

<https://doi.org/10.1007/s00134-017-4867-0>

Ñamendys-Silva SA.

Respiratory support for patients with COVID-19 infection. *Lancet*. Published online March 5, 2020.

[https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30110-7](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30110-7)

Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Plan suisse de pandémie Influenza. Stratégies et mesures pour la préparation à une pandémie d'Influenza, 5e édition 2018, chap. 6.1 ainsi, en particulier, que Partie III «Questions éthiques», prise de position de la Commission nationale d'éthique CNE no 12/2006.

www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/mt/k-und-i/hygiene-pandemiefall/influenza-pandemieplan-ch.pdf.download.pdf/bag-pandemieplan-influenza-ch.pdf

Österreichische Gesellschaft für Anaesthesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI)

Allokation intensivmedizinischer Ressourcen aus Anlass der Covid-19-Pandemie. Klinisch-ethische Empfehlungen für Beginn, Durchführung und Beendigung von Intensivtherapie bei Covid-19-PatientInnen. Statement der Arbeitsgruppe Ethik der ÖGARI vom 17.03.2020.

www.oegari.at/web_files/cms_daten/covid-19_ressourcenallokation_gari-statement_v1.7_final_2020-03-17.pdf

Persad G, Wertheimer A, Emanuel EJ.

Principles for allocation of scarce medical interventions. *Lancet*. 2009;373(9661):423–31.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60137-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60137-9)

Rockwood K, Theou O.

Using the Clinical Frailty Scale in Allocating Scarce Health Care Resources. *Can Geriatr J*. 2020;23(3):210–5.

<https://doi.org/10.5770/cgj.23.463>

Surkan M, Rajabali N, Bagshaw SM, Wang X, Rolfson D.

Interrater Reliability of the Clinical Frailty Scale by Geriatrician and Intensivist in Patients Admitted to the Intensive Care Unit. *Can Geriatr J*. 2020;23(3):235–41.

<https://doi.org/10.5770/cgj.23.398>

Vincente FG, Lomar FP, Mélot Ch, Vincent J-L.

Can the experienced ICU physician predict ICU length of stay and outcome better than less experienced colleagues? *Intensive Care Med*. 2004 Apr.

<https://doi.org/10.1007/s00134-003-2139-7>

Verburg IWM, Atashi A, Eslami S, Holman R, Abu-Hanna A et al.

Which models can I use to predict adult ICU length of stay? A systematic review. *Crit Care Med*. 2017 Feb.

<https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002054>

Yang X, Yu Y, Xu J, Shu H, Xia J et al.

Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. *Lancet Respir Med*. Published online February 24, 2020.

[https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30079-5](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30079-5)

Wu, Chen X, Cai Y, Xia J, Zhou X et al.

Risk Factors Associated With Acute Respiratory Distress Syndrome and Death in Patients With Coronavirus Disease 2019 Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA Intern Med*. 2020;180(7):934–43.

<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2763184>

Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y et. al.

Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet*. 2020 Mar 11.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3)

3. Indications concernant l'élaboration de ces directives

Autrices et auteurs de la présente version

Prof. Samia Hurst, Université de Genève, Genève, Éthique (direction)
lic. théol., dipl. biol. Sibylle Ackermann, Bern, Ressort Éthique ASSM
Prof. Miodrag Filipovic, membre du Comité SSMI, St. Gallen, Médecine intensive
Dr Antje Heise, Présidente médecins SSMI, Thun, Médecine intensive
Prof. Tanja Kronen, Direction Éthique clinique USZ, Zürich, Éthique
Prof. Bernhard Rüttsche, professeur de droit public et de philosophie du droit, Luzern, Droit
Bianca Schaffert, MSN, Vice-présidente Commission Centrale d'Éthique de l'ASSM, Schlieren, Sciences infirmières

Expertes et experts consultés pour la présente version

Prof. Regina Aebi-Müller, professeure de droit privé et de droit privé comparatif, Luzern, Droit
Prof. Matthias Hänggi, membre du Comité SSMI, Bern, Médecine intensive
PD Dr Antoine Schneider, Service de Médecine Intensive Adulte CHUV, Lausanne, Médecine intensive
Prof. Reto Schüpbach, Institut de médecine intensive USZ, Zürich, Médecine intensive
Michael Wehrli, membre du Comité SSMI, Basel, Soins intensifs

Autrices et auteurs des versions précédentes

Prof. Thierry Fumeaux, Président sortant SSMI, Nyon, Médecine intensive
Prof. Arnaud Perrier, Directeur médical HUG, Genève, Médecine générale et médecine interne
lic. iur. Michelle Salathé, Bern, Ressort Éthique ASSM
Daniel Scheidegger, Vice-président ASSM, Arlesheim

Expertes et experts consultés pour les versions précédentes

Prof. Eva Maria Belser, Fribourg
Prof. Olivier Guillod, Neuchâtel
Prof. Ralf Jox, Lausanne
Prof. Brigitte Tag, Zürich
Prof. Markus Zimmermann, Fribourg
Bureau fédéral de l'égalité pour les personnes handicapées
Inclusion Handicap – Association faîtière des organisations suisses de personnes handicapées

L'ASSM et la SSMI remercient les nombreux expertes et experts qui ont pris position sur ces directives et transmis leurs précieuses remarques.

Approbation

Ces directives ont été approuvées par la Commission Centrale d'Éthique (CCE), le Comité de direction de l'ASSM et le Comité de la Société suisse de médecine intensive (SSMI) et sont entrées en vigueur le 20 mars 2020. La version révisée de ces directives (version 4.0) a été approuvée par la CCE, le Comité de direction de l'ASSM et le Comité de la SSMI le 20 septembre 2021.