

Ce texte est disponible en allemand, français, anglais et italien, cf. assm.ch/fr/coronavirus
La version allemande est la version d'origine.
Version 3.1, mise à jour le 17 décembre 2020

Pandémie Covid-19: Triage des traitements de soins intensifs en cas de pénurie 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 bases éthiques
3. Critères de triage (admission et durée) dans les unités de soins intensifs en cas de pénurie des ressources
4. Décisions de triage
 - 4.1. Phases
 - 4.2. Critères d'admission
 - 4.3. Triage initial: critères d'admission aux soins intensifs
 - 4.4. Triage durant le 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

Compte tenu de la vitesse à laquelle le coronavirus (SARS-CoV-2) s'est propagé, nous avons été confrontés, en mars 2020, à une situation exceptionnelle¹ et à un nombre élevé de cas qui ont conduit, pendant plusieurs semaines, à un afflux massif de patients dans les hôpitaux de soins aigus. Dans ce contexte, l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) et la Société suisse de médecine intensive (SSMI) ont élaboré des directives de triage des traitements de soins intensifs en cas de pénurie des ressources. Lors de cette première phase de Covid-19, la limitation des interventions électives², l'augmentation des capacités en unités de soins intensifs (en particulier des places de traitement avec possibilités de ventilation) ainsi que les consignes de comportement prescrites par la Confédération à la population ont suffi à éviter une pénurie de ressources dans l'ensemble de la Suisse. Il n'a donc pas été nécessaire d'appliquer les directives de l'ASSM.

L'évolution de la pandémie, qui s'est fortement accentuée au mois d'octobre, a exigé l'adaptation et la mise à jour de ces directives, en s'appuyant sur les leçons tirées depuis mars dernier. Une troisième version desdites directives a donc été publiée. Le principe directeur selon lequel les

¹ L'ordonnance 2 sur les mesures destinées à lutter contre le coronavirus (COVID-19) du 13 mars 2020 (version du 17 mars 2020), abrogée depuis lors, était basée sur l'article 7 de la loi sur les épidémies. Cet article régleme la situation extraordinaire.

² «Les établissements de santé tels que les hôpitaux et les cliniques, les cabinets médicaux et les cabinets dentaires, doivent renoncer à tous les traitements et interventions médicales non urgents.» (art. 10a, al. 2 de l'ordonnance mentionnée en note de bas de page 1).

mêmes critères d'admission et de maintien en soins intensifs doivent être appliqués dans l'ensemble de la Suisse est maintenu sans aucun changement. La présente version 3.1 se distingue des précédentes dans la mesure où elle éclaire et précise les principes éthiques appliqués depuis le mois de mars. En outre, elle clarifie et complète certains aspects juridiques. Les recommandations adressées aux professionnels en matière de travail et de prise de décision dans les unités de soins intensifs demeurent inchangées sur le fond.

Responsabilité politique et sociétale

En accord avec la prise de position de la Société suisse de médecine intensive (SSMI) du 17 novembre 2020³, il convient de noter, d'un point de vue éthique, que la garantie des capacités aux soins intensifs n'est pas seulement la mission des hôpitaux dotés des infrastructures correspondantes, mais repose également sur la participation ainsi que la responsabilité conjointe de la société et de la politique. Autrement dit, il faut définir, mettre en œuvre et respecter des mesures de protection qui permettent de soutenir le système de santé du mieux possible et de le préserver d'une pénurie de capacités.

Coordination nationale pour le transfert des patients⁴

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 unités de soins intensifs. L'objectif de cette coordination centralisée vise à assurer une utilisation optimale de toutes les capacités de traitement en médecine intensive disponibles en Suisse.⁵

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](#)»⁶ du SSC, la responsabilité du triage des patients incombe à l'hôpital correspondant et à son unité de soins intensifs. Dans le même temps, l'obligation d'admission de ces derniers est limitée par leurs capacités effectives. L'ASSM et la SSMI suggèrent ainsi que la cellule de coordination nationale se charge de déterminer le moment à partir duquel les décisions de triage au sens des présents critères deviendront inévitables au regard de la situation en Suisse. De cette manière, il serait possible de garantir une utilisation optimale des ressources au niveau national avant que les hôpitaux ne soient contraints de recourir à des décisions de triage.

La décision relative au seuil à partir duquel ces directives devront être appliquées au niveau national devrait aussi relever de cette cellule de coordination. Si ce seuil n'est pas atteint au niveau national mais qu'il existe au niveau local ou régional une pénurie sévère des capacités aux soins intensifs et que ni le transport ni l'admission dans une autre unité de soins intensifs ne sont temporairement possibles – malgré l'augmentation des places dans ces unités, l'arrêt des interventions électives et l'implication de la cellule de coordination nationale pour transférer les patients –, il convient d'appliquer ces directives au niveau local ou régional par analogie. L'ASSM et la SSMI recommandent aux hôpitaux d'informer la cellule de coordination nationale de l'application des directives.

Lorsque les expériences pratiques et les nouvelles connaissances l'exigent, ces directives seront adaptées par leurs auteurs. La version la plus récente est disponible sous assm.ch/fr/coronavirus

³ Cf. SGI-SSMI, [COVID-19: Pleine utilisation des capacités de lits de soins intensifs certifiés et reconnus](#), prise de position du 17.11.2020.

⁴ 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.

⁵ Informations complémentaires et coordonnées disponibles à l'adresse www.vtg.admin.ch/fr/organisation/etat-major-de-larmee/Affaires-sanitaires/ksd/cnusi.html (consulté le 15.12.2020).

⁶ Consulté le 14.12.2020.

II. Directives

1. Champ d'application

Les présentes directives sont relatives aux critères de triage dans les unités de soins intensifs et s'appliquent dans les périodes de pénurie de ressources qui exigent des décisions de rationnement. Elles s'appliquent à toutes les catégories de patients. Les patients Covid-19 et les autres patients qui ont besoin de soins intensifs sont traités selon les mêmes critères.

Ces directives complètent les directives de l'ASSM «Mesures de soins intensifs» (2013). Dans le cas d'une pénurie des ressources, elles s'appliquent uniquement à une petite partie des patients, à savoir au groupe de ceux gravement malades ayant besoin d'un traitement intensif. 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 ou la médecine palliative.

2. Principes de base éthiques⁷

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:⁸

L'équité: Les ressources à disposition doivent être distribuées sans aucune discrimination, c'est-à-dire sans inégalité de traitement injustifiée fondée sur l'âge, le sexe, le lieu de résidence,⁹ la nationalité, l'appartenance religieuse, le statut social, le statut d'assuré ou le handicap. La procédure d'allocations des ressources doit être équitable, factuellement justifiée et transparente. 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.

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: Ceux-ci¹⁰ sont exposés à un risque particulièrement élevé d'être infecté par le coronavirus. S'ils contractent le virus et doivent s'absenter, encore moins de patients pourront être pris en charge en cas de sévère pénurie des ressources. C'est pourquoi ils doivent être protégés autant que possible de la contamination, mais également de la surcharge physique et psychique. Les professionnels de la santé qui, en cas de contamination par le coronavirus, seraient exposés à un risque accru pour leur santé, doivent bénéficier d'une protection particulière et ne pas intervenir dans la prise en charge des patients Covid-19.

⁷ Cf. en détail au sujet des bases éthiques: «Mesures de soins intensifs». Directives médico-éthiques de l'ASSM (2013), chapitre 2.

⁸ Voir également le Plan suisse de pandémie Influenza 2018, partie II, chapitre 6.1., en particulier la partie III, paragraphe 6 «Questions éthiques».

⁹ Les places disponibles dans les unités de soins intensifs doivent être signalées, cf. Article 12 de l'Ordonnance sur les mesures destinées à lutter contre l'épidémie de COVID-19 en situation particulière du 19 juin 2020 (état 12 décembre 2020).

¹⁰ Les mêmes règles s'appliquent évidemment à toutes les personnes qui, en raison de leur activité, sont exposées au risque de contamination (par exemple le personnel de vente, les employés des pharmacies mais également les proches aidants).

3. Critères de triage (admission et durée) dans les unités de soins intensifs en cas de pénurie 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 afin de concrétiser le critère principal du pronostic à court terme.

Tant que les hôpitaux disposent de ressources suffisantes, les patientes et 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 ECMO¹¹ ne peut donc être pratiquée sur des patients Covid-19 que dans des situations très spécifiques, telles que définies dans les directives de la SSMI¹², et après une évaluation minutieuse des ressources nécessaires.¹³

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, des soins palliatifs complets doivent être garantis.¹⁴ 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.

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 est le facteur décisif** pour le triage. Lors de l'admission aux soins intensifs, les patients dont le pronostic¹⁵ 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.

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).

¹¹ Oxygénation par membrane extracorporelle.

¹² Cf. SGI-SSMI, ECMO in COVID-19 related severe ARDS. ECMO Guidelines for non-ECMO Centers, 2020.

¹³ Cf. Bartlett et al. 2020.

¹⁴ Cf. les directives palliative.ch [Mesures thérapeutiques chez les patients atteints de COVID-19 avec pronostic défavorable attendu \(www.palliative.ch\)](https://www.palliative.ch).

¹⁵ Détails concernant le pronostic, voir «Mesures de soins intensifs». Directives médico-éthiques de l'ASSM (2013), chapitre 5.1.

¹⁶ Cf. Hewitt et al. 2020.

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.

Recours à des critères supplémentaires. La littérature spécialisée¹⁷ 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.

4. Décisions de triage

4.1. Phases

- **À l'admission des patients:** intensité et durée du traitement, définition du parcours du patient (par exemple traitement aux soins intensifs, soins intermédiaires, soins palliatifs)
- **Pendant le séjour dans l'unité de soins intensifs:** évaluation quotidienne concernant la poursuite du traitement, limitation de l'intensité ou de la durée du traitement, modification de l'objectif thérapeutique et soins palliatifs.

4.2. Critères d'admission

Les autorités fédérales et cantonales compétentes ainsi que les hôpitaux dotés d'unités de soins intensifs sont en principe tenus de prendre toutes les mesures raisonnables pour éviter une pénurie sévère de capacités aux soins intensifs. Parmi ces mesures, outre l'augmentation du nombre de places dans les unités de soins intensifs à l'échelle nationale, la coordination de ces unités (cf. p. 2, Contexte) et l'arrêt des interventions électives, figurent les efforts visant à évaluer la disponibilité des capacités aux soins intensifs en collaboration avec les autorités et les hôpitaux étrangers. À l'inverse, si les ressources sont suffisantes, les unités de soins intensifs suisses devraient accepter les patients des pays limitrophes en situation de triage.

Si, malgré de telles mesures, les capacités aux soins intensifs, incluant les places transférées, ne suffisent plus, seuls les patients qui nécessitent une ventilation mécanique (ou une autre thérapie spécifique de soins intensifs telle que, par exemple, le soutien hémodynamique par amines vasopressives ou une thérapie de suppléance rénale continue) pourront 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.¹⁸

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 du **pronostic de survie à court terme** spécifiés ci-dessous. 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.

¹⁷ Cf. par ex. Persad et al. 2009.

¹⁸ Cf. Recommandations de la Société Suisse de médecine d'urgence et de sauvetage (SSMUS) «Triage et soins préhospitaliers en cas de pénurie de ressources dans le secteur hospitalier (plus particulièrement en médecine intensive) pendant la pandémie de COVID-19», cf. www.sgnor.ch/fr/covid-19

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.

4.3. Triage initial: critères d'admission aux soins intensifs¹⁹

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 ci-dessus)

- 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

Pour les patients Covid-19, le score de mortalité 4C peut également être utilisé. Une valeur > 15 du score de mortalité 4C indique une mortalité élevée²⁰.

¹⁹ Cf. Christian et al. 2006.

²⁰ Cf. Knight et al. 2020.

Niveau B (cf. encadré ci-dessus)

Les critères supplémentaires de non-admission suivants sont appliqués dans ce cas:

- CFS liée à l'âge ≥ 6 et âge > 65
- 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)
 - Cirrhose du foie Child-Pugh de catégorie 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 $>$ II
 - CFS liée à l'âge ≥ 5

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

4.4. Triage durant le séjour aux soins intensifs

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

La situation de l'état de santé des patients aux soins intensifs est évaluée quotidiennement et de manière interprofessionnelle. 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 palliatif. Cela s'applique à tous les patients, patients Covid-19 ou non, hospitalisés aux 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.

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.

Étape 3

Ces points s'appliquent aux niveaux A et B:

Au **niveau A** (cf. encadré ci-dessus), le traitement intensif doit être arrêté si l'on observe 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

Au **niveau B** (cf. encadré ci-dessus), 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

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 palliatifs.

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 «décès non naturels» (c'est-à-dire morts suspects) sur le certificat médical de décès. C'est en particulier le cas lorsque les personnes doivent être transférées de l'unité de soins intensifs en raison d'une pénurie des ressources. Dans une situation de pénurie, afin de remplir l'objectif visant à sauver le plus de vies humaines et de mettre en œuvre le critère de pronostic de survie à court terme, les décisions de triage doivent être prises aussi bien lors de l'admission dans l'unité de soins intensifs que pendant le séjour au sein de celle-ci.

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 suspects. Les prescriptions ou décisions des autorités ou des tribunaux compétents qui exigent un rapport comme mort suspecte 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. 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 légales²³ 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 tri, 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, et d'autres entretiens ainsi que, par exemple, un soutien par une aumônerie ou un soutien psychologique devraient, si possible, leur être proposés.


²³ Cf. Ordonnance sur les mesures destinées à lutter contre l'épidémie de COVID-19 en situation particulière du 19 juin 2020 (état 12 décembre 2020).


III. Annexes


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


Clinical Frailty Scale*


 **1 Very Fit** – People who are robust, active, energetic and motivated. These people commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age.


 **2 Well** – 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.


 **3 Managing Well** – People whose **medical problems are well controlled**, but are **not regularly active** beyond routine walking.


 **4 Vulnerable** – 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.

 **5 Mildly Frail** – These people often have **more evident slowing**, and need help in **high order IADLs** (finances, transportation, heavy housework, medications). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework.

 **6 Moderately Frail** – People 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.

 **7 Severely Frail** – **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).

 **8 Very Severely Frail** – Completely dependent, approaching the end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.

 **9. Terminally Ill** - Approaching the end of life. This category applies to people with a **life expectancy <6 months**, who are **not otherwise evidently frail**.

Scoring frailty in people with dementia


The degree of frailty 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.

* 1. Canadian Study on Health & Aging, Revised 2008.
2. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005; 173:489-495.

© 2007-2009. Version 1.2. All rights reserved. Geriatric Medicine Research, Dalhousie University, Halifax, Canada. Permission granted to copy for research and educational purposes only.



L'échelle de fragilité clinique 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.²⁴ 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.²⁵

²⁴ Cf. Flaatten et al. 2017; Muscedere et al. 2017; Rockwood et al. 2020; Surkan et al. 2020.

²⁵ Cf. www.dal.ca/sites/gmr/our-tools/clinical-frailty-scale.html

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>

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>

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

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>

Knight SR, Ho A, Pius R, Buchan I, Carson G, et al. ISARIC4C investigators

Risk stratification of patients admitted to hospital with covid-19 using the ISARIC WHO Clinical Characterisation Protocol: development and validation of the 4C Mortality Score. *BMJ.* Published online September 9, 2020.
<https://doi.org/10.1136/bmj.m3339>

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 Januar 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 R A.

Care for Critically Ill Patients With COVID-19. *Jama*. Published online March 11, 2020.
<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2762996>

Muscadere 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, 5^e édition 2018, chap. 6.1 ainsi, en particulier, que Partie III «Questions éthiques», prise de position de la Commission nationale d'éthique CNE n° 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>

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

Prof. Samia Hurst, Université de Genève, Genève, Éthique (direction)
Prof. Thierry Fumeaux, Président sortant SSMI, Nyon, Médecine intensive
Dr. Antje Heise, Présidente médecins SSMI, Thun, Médecine intensive
Bianca Schaffert, MSN, Vice-présidente Commission Centrale d'Éthique de l'ASSM, Schlieren, Sciences infirmières
Prof. Arnaud Perrier, Directeur médical HUG, Genève, Médecine générale et médecine interne
Prof. Bernhard Rüttsche, professeur ordinaire de droit public et de philosophie du droit, Luzern, Droit
Prof. Tanja Kronen, Direction Éthique clinique USZ, Zürich, Éthique
Dr. Thomas Gruberski, Bern, Ressort Éthique ASSM
lic. theol., dipl. biol. Sibylle Ackermann, Bern, Ressort Éthique ASSM
lic. iur. Michelle Salathé, Bern, Ressort Éthique ASSM (jusqu'en septembre 2020)
Daniel Scheidegger, Vice-président ASSM, Arlesheim (jusqu'en novembre 2020)

Expertes et experts consultés

Prof. Eva Maria Belser, Fribourg
Prof. Ralf Jox, Lausanne
Prof. Olivier Guillod, Neuchâtel
Prof. Brigitte Tag, Zürich
Prof. Markus Zimmermann, Fribourg
Inclusion Handicap – Association faîtière des organisations suisses de personnes handicapées
Bureau fédéral de l'égalité pour les 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 révision de ces directives (version 3.1) a été approuvée par la CCE et les Comités de direction de l'ASSM et de la SSMI le 11 décembre 2020.