

Le triage

Et s'il n'y avait plus de lits disponibles aux soins intensifs ?

La pandémie Covid-19 pourrait entraîner une surcharge des hôpitaux et une pénurie des ressources. Dans un tel cas de figure, choisir quels patients auront un accès prioritaire aux soins intensifs deviendrait alors inévitable.

Dans ce contexte, l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) et la Société suisse de médecine intensive ont formulé des directives précises concernant le triage des patient-es en cas de pénurie de ressources.

Que signifie réellement le triage et quand s'applique-t-il ?

Si les ressources ne sont pas suffisantes pour traiter tous les patient-es de manière optimale, il devient alors nécessaire de décider qui a un accès prioritaire aux soins intensifs. La décision est prise selon les principes présentés ci-dessous. Ces principes s'appliquent à toutes les catégories de patient-es. Les patients Covid-19 et les autres patients nécessitant des soins intensifs sont donc traités selon les mêmes critères.

Principes éthiques

Conformément au Plan suisse de lutte contre la pandémie de grippe (chapitre 6), les directives de l'ASSM énoncent les principes éthiques de base suivants:

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, la nationalité, l'appartenance religieuse, le statut social, le statut d'assuré ou un handicap chronique. La procédure d'allocations des ressources doit être équitable, factuellement justifiée et transparente. Le respect de l'équité dans la procédure d'allocation permet d'éviter notamment les décisions arbitraires.

Sauver autant de vies que possible

Dans des conditions de restriction sévère, toutes les mesures s'orientent vers l'objectif de réduire au minimum le nombre de décès.

Autonomie

Il est important de clarifier le plus tôt possible la volonté du patient-e concernant les traitements d'urgence et les soins intensifs, en particulier lorsqu'il s'agit de personnes faisant partie d'un groupe à risques. Les ressources limitées ne doivent en aucun cas être utilisées pour des traitements que le patient-e ne souhaite pas.

La protection des professionnels impliqués

Si les professionnels contractent le virus et doivent s'absenter, encore plus de patients mourront en cas de pénurie sévère. C'est pourquoi ils doivent être protégés autant que possible de la contamination, mais également de la surcharge physique et psychique.

Critères spécifiques de triage

Le pronostic à court terme comme critère décisif

Lors de l'admission aux soins intensifs, les patient-es dont le **pronostic 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 patient-es qui profitent le plus des soins intensifs.

Aucune discrimination fondée sur l'âge

L'âge n'est pas un critère en soi. **Néanmoins**, l'âge est indirectement pris en compte dans le cadre du critère « pronostic à court terme ». Dans le contexte du Covid-19, l'âge est également un facteur de risque de mortalité. Il doit être pris en compte pour agir conformément au principe de base consistant à « sauver autant de vies que possible ».

Pas de tirage au sort

D'autres critères tels que le tirage au sort, « premier arrivé, premier servi » (« first come, first served»), la priorité aux personnes ayant une valeur sociale élevée etc. ne doivent **pas** être appliqués.

Les décisions de triage par niveau

En fonction de l'évolution de la situation de surcharge, les directives distinguent deux niveaux dans les critères permettant de prendre les décisions de triage :

Niveau A : Lits de soins intensifs disponibles, mais capacités limitées
→ triage d'admission

Niveau B: Lits de soins intensifs indisponibles, les capacités sont entièrement utilisées
→ triage de gestion des ressources par décisions d'arrêt de traitement

Situation 1: Admission aux soins intensifs

Étape 1 - Droit à l'admission



- Besoin de ventilation mécanique invasive ?
- Nécessité de médicaments administrés en continu par voie intraveineuse pour aider à la circulation ?



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

Étape 2 - Critères de non-admission



Niveau A
limité

En présence de l'un des critères de non-admission, le patient-e n'est pas admis aux soins intensifs:

- Volonté du patient
- Arrêt circulatoire sans témoin ou récidivant
- Maladie oncologique
- Maladie neurodégénérative terminale (par exemple, la maladie d'Alzheimer ou de Parkinson)
- Atteinte neurologique centrale sévère et irréversible
- Maladie chronique grave
- Insuffisance circulatoire sévère réfractaire au traitement initial
- Survie estimée < 12 mois

Niveau B
surchargé

La présence de l'un de ces critères supplémentaires entraîne la non-admission aux soins intensifs:

- Traumatisme sévère
- Brûlures étendues (plus 40 % de la surface corporelle)
- Déficits cérébraux sévères après un AVC
- Maladie chronique
- Le patient-e est âgé de plus de 85 ans
- Le patient-e est âgé de plus de 75 ans et remplit au moins un des critères suivants :
- Cirrhose du foie
- Insuffisance rénale chronique stade III
- Grave insuffisance cardiaque
- Survie estimée < 24 mois

Situation 2: Triage durant le séjour en soins intensifs

Étape 1



Patient-e extubé ou sous ventilation spontanée (ou soutien ventilatoire partiel) par trachéotomie



Le patient-e quitte les soins intensifs

Étape 2



Présence des deux critères suivants:

- Stabilisation ou amélioration de l'oxygénation et de la ventilation ou du dysfonctionnement sous-jacent d'un organe
- Stabilisation ou amélioration de l'hémodynamique



Si les deux critères sont remplis afin de poursuivre la thérapie aux soins intensifs, le patient-e reste dans l'unité de soins intensifs

Étape 3



Étape A
limité

- Survenue d'un arrêt circulatoire durant le séjour, sauf en cas de réanimation par défibrillation réussie
- Persistance ou évolution d'une défaillance significative de trois organes



Si un critère est rempli, le patient-e quitte l'unité de soins intensifs et est orienté vers les soins palliatifs

Niveau B
surchargé

- Pas d'amélioration des conditions respiratoires ou du dysfonctionnement d'un organe
- Arrêt cardiaque pendant le séjour
- Survenue d'un arrêt cardiaque durant le séjour
- Défaillance significative de plusieurs organes dans les 24 heures.



Les directives de l'ASSM stipulent, entre autres, que les décisions individuelles doivent être vérifiables et documentées par écrit. Cela vaut également pour les écarts par rapport aux critères fixés. Le processus de décision doit être guidé par des personnes expérimentées. Dans la mesure du possible, les décisions devraient être prises sur une base interprofessionnelle, la personne la plus haut placée sur place étant en fin de compte la seule responsable.

26.03.2020