



Schweizerische Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin
Société Suisse de Médecine d'Urgence et de Sauvetage
Società Svizzera di Medicina d'Urgenza e di Salvataggio
Swiss Society of Emergency and Rescue Medicine

Ce texte est disponible en DE/FR/IT, voir <https://www.sgnor.ch/fr/home/covid-19-recommandations-de-la-ssmus/>

La version allemande est la version de base et faisant foi

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

Recommandations de la Société Suisse de Médecine d'Urgence et de Sauvetage (SSMUS)

Update sur la base V43 des recommandations ASSM/SSI du 04.11.2020

chapitre	contenu	page
1	Contexte	2
2	Champ d'application	2
3	Principes de base éthiques	3
4	Réflexions sur la prise en charge primaire préhospitalière des patients en cas de pénurie des ressources en soins intensifs dans les hôpitaux	3
5	Triage	4
5.1	Principes	4
5.2	Définitions	5
5.2.1	Niveaux de ressource	5
5.2.2	Catégories d'hôpitaux de destination	5
5.3	Recommandations	6
5.3.1	Pénurie des ressources de niveau A	6
5.3.2	Pénurie des ressources de niveau B	7
6	Procédure décisionnelle	8
7	Transports secondaires	8
8	Références	9
9	Notes sur la préparation de la présente recommandation	10
10	Annexe	10

V3.0 FR / 12.11.2020 [les modifications par rapport à la version 2.0 sont marqué en bleu clair](#)

Le texte suivant concerne toujours tous les genres des groupes de personnes mentionnés

1 Contexte

L'évolution de la pandémie du COVID-19 a conduit le gouvernement suisse à déclarer la situation extraordinaire au printemps 2020¹. Durant cette première vague, les mesures prises (comportement de la population, limitation des interventions non urgentes) ont permis le dépassement de la pénurie de ressources, notamment en ce qui concerne les places de ventilation dans les unités de soins intensifs. [Il ne s'est donc pas avéré nécessaire d'appliquer](#) les directives élaborées par l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) en collaboration avec la Société Suisse de Médecine Intensive (SSMI) pour la mise en œuvre du chapitre 9.3 («Pandémie Covid-19: Triage des traitements de soins intensifs en cas de pénurie de ressources»; 20.3.2020)². [Au cours de l'été, la situation s'est détendue, de sorte que l'on a pu passer de la situation extraordinaire à la situation particulière.](#) L'évolution de la deuxième vague actuelle, qui a débuté à la fin de l'été, a de nouveau placé la Suisse dans une situation très difficile. Le Conseil fédéral a décidé de continuer à contrôler la situation dans le cadre de la situation particulière à l'aide de plusieurs paquets de mesures, en étroite collaboration avec les cantons, et de suivre leur effet de manière vigilante et critique³. [Outre le nombre de nouvelles infections, les capacités des unités de soins intensifs \(USI\) et des unités de soins intermédiaires \(U-IMC\) seront notamment suivies de près.](#)

Dans le cadre de la pandémie de COVID-19, le goulot d'étranglement se situe notamment dans le secteur des soins intensifs. Les mesures de protection nécessaires pèsent sur la prise en charge préhospitalière des patients ainsi que sur le secteur du transport. Si la prise en charge préhospitalière des malades en état critique reste possible, il faut néanmoins tenir compte des possibilités limitées en matière de poursuite du traitement. L'hospitalisation de ces patients dans des hôpitaux adaptés à leur état peut être largement limitée.

[Sur la base des connaissances acquises depuis mars 2020 et compte tenu de la situation qui s'aggrave à nouveau, l'ASSM et la SSMI ont réadopté leur directive au 4 novembre 2020 sous la forme d'une troisième version actualisée.](#) Les deux niveaux de ressources sont maintenus:

Niveau A: lits disponibles pour les soins intensifs, mais en capacité limitée (→ triage à l'admission).

Niveau B: aucun lit disponible pour les soins intensifs (→ gestion des ressources par des décisions d'interruption de traitement).

De même, les « critères d'admission aux soins intensifs » restent inchangés. [En revanche, l'étape 2 du processus « Critères de non-admission » prend notamment en compte le Score de Fragilité Clinique \(CSF\)⁴ en tant que facteur de pronostic important.](#)

[Une nouveauté importante est le *concept de coordination nationale* pour les transferts de patients entre les unités de soins intensifs, élaboré par le Service sanitaire coordonné de la Confédération \(SSC\) en collaboration avec les parties prenantes du secteur de la santé. Cet organe déclarera également le niveau A ou B à appliquer.⁵](#)

La SSMUS considère qu'il est important, pour préserver une « unité de doctrine », de soutenir ce concept de niveaux. Dans une situation de pénurie de ressources, l'application à l'échelle nationale de critères comparables est non seulement pertinente pour l'admission et le maintien dans une unité de soins intensifs, mais elle est aussi centrale pour les processus de décision en phase préhospitalière. En sont concernés aussi bien l'ampleur des interventions et des mesures préhospitalières que le choix de l'hôpital de destination.

Ces recommandations sont rédigées dans un contexte d'urgence au vu de l'actualité. Elles seront adaptées lorsque l'expérience de la pratique et les nouvelles connaissances médicales l'exigeront.

2 Champ d'application

Les recommandations suivantes s'appliquent lorsqu'une pénurie des ressources se fait sentir dans le secteur hospitalier (lits en soins intensifs) ne pouvant être soulagée ni à l'échelle nationale, ni par les pays voisins, et que l'un des niveaux évoqués au paragraphe 1 est atteint:

- **Niveau A:** lits disponibles pour les soins intensifs, mais en capacité limitée
- **Niveau B:** aucun lit disponible pour les soins intensifs

Les décisions de rationnement concernent toutes les catégories de patients (les malades du COVID-19 au même titre que les autres patients) qui en phase préhospitalière, poserait l'indication à l'intervention d'un médecin d'urgence ou, dans les régions sans médecin d'urgence, amèneraient, dans des conditions normales, à une prise en charge aux soins intensifs.

Les présentes recommandations s'appuient sur les directives publiées suivantes de l'ASSM: *Mesures de soins intensifs (2013)*; *Complément au chapitre 9.3 de la directive de l'ASSM «Mesures de soins intensifs», 3^{ème} version actualisée (4.11.2020)²*; *Décisions de réanimation (2017)*.

3 Principes de base éthiques

Les principes de base médico-éthiques sont tirés de la directive de l'ASSM² évoquée précédemment: « 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 ».

Autres points importants⁶:

- **Connaissance en amont de la volonté du patient** concernant les soins intensifs et les soins d'urgence. Aucun traitement si un patient ne souhaite pas y avoir recours.
- **Équité**
Égalité de traitement sans discrimination: âge, genre, lieu de résidence (ville / pays), structure d'hospitalisation régionale (hôpital central / hôpital cantonal / hôpital régional), nationalité, groupe ethnique, appartenance religieuse, rang social, statut d'assurance, handicap chronique.
La procédure d'attribution des ressources doit être équitable, justifiée de manière rationnelle et transparente, afin d'éviter les décisions arbitraires.
- **Sauver autant de vies humaines que possible**
Objectif: Les décisions doivent être prises pour éviter à un maximum de patients de tomber gravement malades ou de décéder.
- **Protection du personnel spécialisé impliqué**
Les membres du personnel doivent être protégés de la contamination, mais aussi de la surcharge physique et mentale. Les membres du personnel spécialisé qui font partie d'un groupe à risque en cas de contamination par COVID-19 doivent faire l'objet de mesures de protection particulières.
Si les patients de soins intensifs doivent être transférés entre établissements pour des raisons de répartition des ressources, les patients transportés ne doivent pas de préférence être des patients positifs pour le COVID-19.

4 **Réflexions sur la prise en charge primaire préhospitalière des patients en cas de pénurie des ressources en soins intensifs dans les hôpitaux**

- Tant que des ressources suffisantes sont à disposition, les algorithmes habituels et les concepts de traitement «State of the Art» restent applicables. En cas de pénurie régionale imminente ou avérée des ressources dans le secteur hospitalier, les conditions **au niveau suprarégional prennent le pas sur les conditions locales**, dans la mesure où les capacités de transport sont maintenues. Le bilan de la capacité des lits dans le secteur hospitalier est effectué par la Centrale d'Appels Sanitaires Urgents (CASU), par le biais du Système d'Information et d'Intervention (SII) du Service Sanitaire Coordonné (SSC)⁶. En backup, les différentes CASU échangent de manière dynamique par le biais d'une plateforme / ligne d'urgence / etc. commune à propos des lits disponibles en soins intensifs et des capacités en personnel, surtout dans les services d'urgence. Pour ce faire, une communication active entre les hôpitaux et leurs CASU compétentes est nécessaire. Les CASU soutiennent ainsi les équipes sur place au niveau logistique.

Lorsque les capacités en soins intensifs ne sont plus suffisantes, malgré l'adaptation réglementaire des prestations hospitalières et les mesures de compensation prises (au sein des cantons/dans le réseau hospitalier), l'unité de soins intensifs peut, après consultation de l'autorité cantonale compétente, faire appel à la coordination nationale à titre subsidiaire.

La coordination est effectuée sur la base de l'analyse continue des capacités en soins intensifs dans les 7 grandes régions définies par l'Office fédéral de la statistique: Région lémanique, Espace Mittelland, Suisse du Nord-Ouest, Zurich, Suisse orientale, Suisse centrale et Tessin.

Sur le plan opérationnel, la centrale d'intervention de la Rega 1414 se charge de cette coordination en collaboration avec les organes spécialisés de la cellule de nationale de coordination. Cette « Centrale de coordination » est joignable au numéro de téléphone **058 654 39 51**, spécialement mis en place à cet effet. Les détails concernant les processus et les procédures peuvent être consultés dans les documents correspondants.⁵

- L'évaluation et le triage préhospitaliers des patients doivent s'effectuer au cas par cas selon des critères médicaux validés⁷. Il est important que la prise en charge préhospitalière sur place et pendant le transport soit guidée par les besoins et les nécessités du patient. Toutefois, les limitations dans le secteur hospitalier influencent les décisions concernant l'hôpital de destination (voir paragraphe 5).
- L'âge en soi n'est pas un critère principal devant entrer en ligne de compte dans le processus décisionnel. Cela reviendrait à accorder moins de valeur aux personnes âgées qu'aux personnes jeunes (voir paragraphe 3). L'âge est cependant pris en compte indirectement dans le cadre du critère principal de « pronostic à court terme »⁸.

- Les patients positifs au COVID-19 sont traités de la même manière que les patients négatifs au COVID-19, dans la mesure où la protection individuelle est garantie.
- Dans l'attribution de l'hôpital de destination, il est fondamental de prendre en considération une vision suprarégionale. Il ne suffit pas de minimiser la perte de temps dans la prise en charge des patients, mais-il faut aussi tenir compte de la surcharge des structures hospitalières et éviter les transports secondaires⁹ (→ paragraphe 5, niveau B).
- Les patients en état critique ne pouvant être transportés vers un hôpital correspondant à la catégorie de prise en charge adaptée en temps normal doivent être traités au mieux dans un hôpital de catégorie inférieure. Dans le cas de situations palliatives, la prise en charge adaptée peut aussi être effectuée en coopération avec un médecin de famille compétent afin d'éviter une hospitalisation.
- Les informations existantes concernant la prise en charge préhospitalière sont souvent minimales, voire contradictoires. Les options diagnostiques sont très limitées. En outre, l'état du patient (notamment dans un contexte d'hypotension, d'hypothermie, d'intoxication, etc.) peut évoluer très rapidement, vers l'amélioration ou l'aggravation. Par conséquent, les décisions graves ne pourront donc être prises équitablement que plus tard, après obtention d'informations complémentaires. Pour ces mêmes raisons, les personnes gravement blessées ou malades en état critique doivent souvent être transférés dans des services d'urgence même en cas de connaissance de pénurie de capacité en lits de soins intensifs.
-
- Le Score de Fragilité Clinique (Frailty) est un facteur de pronostic pertinent chez les patients gravement malades. Contrairement aux limitations susmentionnées, les informations préhospitalières permettant une évaluation objective de la fragilité peuvent souvent être recueillies directement ou auprès des proches. Lors de l'admission à l'hôpital, ces informations sont souvent difficiles à obtenir ou à évaluer.
CAVE: les scores de fragilité ne sont généralement validés que pour les personnes âgées de plus de 65 ans. Ils sont destinés à refléter l'état du patient avant une détérioration aiguë.
[Le Clinical Frailty Scale \(CFS; Score de Fragilité Clinique\) est désormais pris en compte comme critère de non-admission aux soins intensifs dans la version 3 de la directive ASSM/SSMI.](#)
- [Le score de mortalité 4C mentionné dans la directive ASSM/SSMI V3, qui peut être utilisé en supplément en cas d'incertitude, n'est pas applicable en phase préhospitalière en raison de la non disponibilité des paramètres de laboratoire \(urée, CRP\).¹⁰](#)

5 Triage

5.1. Principes

En cas de pénurie des ressources de niveau A ou B, les réflexions et critères cités ci-après (voir 5.3.1 et 5.3.2) doivent être étudiés lors de la prise en charge des patients au niveau préhospitalier.

Ces réflexions et critères s'appuient sur la mise en œuvre de mesures de prise en charge, leur absence de mise en œuvre ou bien l'interruption éventuelle d'interventions déjà commencées. Par principe, dans cette situation par analogie au cas d'afflux massif de patients au niveau préhospitalier, la mise en œuvre d'interventions en cas de très mauvais pronostic doit être remise en question de manière critique¹².

Lors de la décision d'une éventuelle hospitalisation, il faut notamment tenir compte de la dynamique d'une détérioration respiratoire (SpO2) observée.

Dans des cas justifiés, et malgré la pénurie de ressources importante dans le secteur hospitalier, on pourra dévier des limitations proposées précédemment.

Les réflexions et critères concernent notamment le **secteur hospitalier**: Les patients qui seraient dirigés normalement vers des centres de prise en charge maximale pourront ne pas obtenir ces prestations de prise en charge optimales en cas de pénurie des ressources. L'objectif est d'optimiser, d'un point de vue collectif, les bénéfices pour tous les patients^{13,14}. La décision d'amener un patient dans un hôpital de destination dont le niveau de prise en charge n'est pas adapté (paragraphe 5) doit être prise par un médecin (médecin urgentiste / médecin de service) et documentée avec soin.

5.2. Définitions

5.2.1 Niveaux de ressources

- Pénurie des ressources de niveau A: lits disponibles pour les soins intensifs, mais en capacité limitée
- Pénurie des ressources de niveau B: aucun lit disponible pour les soins intensifs

5.2.2 Catégories d'hôpitaux de destination

(Répartition des hôpitaux de destination d'après les catégories de prise en charge du nouveau SAP¹²)

- H_{Base} Hôpital régional, hôpital cantonal sans unité de soins intensifs, ou sans propre banque de sang
- H_{Intens} Hôpital avec unité de soins intensifs, fonctionnement continu de la radiologie / du laboratoire/ de la chirurgie, propre banque de sang (capacité limitée pour les substituts sanguins)
- H_{Max} Hôpital universitaire / hôpital à prise en charge maximale (par ex. centre de traumatologie)

5.3 Recommandations

5.3.1 Pénurie des ressources de **niveau A**

Les réflexions et critères suivants doivent être pris en compte:

- **Volonté du patient** (directives anticipées, etc.) avec souhait: Ne pas réanimer / pas de ventilation mécanique / pas de traitement de médecine intensive
- **Mesures de réanimation en cas d'arrêt cardiovasculaire**
 - Ne démarrer aucune mesure si:
 - Arrêt cardiovasculaire sans mesures de réanimation efficaces pendant plus de 10 minutes
 - Asystolie ou activité électrique sans pouls (AEP) en rythme initial
 - Comorbidités graves connues ou état de santé fortement dégradé avant l'arrêt cardiovasculaire
 - Circonstances spécifiques de l'arrêt cardiovasculaire de mauvais pronostic (par ex. polytraumatisme, strangulation)
 - Réanimation:
 - Début en cas de constatation de l'arrêt cardiaque (par le soignant ou un témoin) et initiation des mesures de réanimation immédiates
 - Poursuite en cas de rythme pouvant être défibrillé jusqu'à 4 cycles max. (= 10 minutes)
 - Sans retour de circulation spontanée (ROSC), la réanimation doit être interrompue sur place. Aucun cas sous réanimation en cours ne devrait être amené en salle de déchoquage.
 - ROSC: Hospitalisation → H_{Intens} / H_{Max} avec option PTA
- **Autres mesures invasives**
 - Réserve vis-à-vis de l'intubation oro-trachéale (IOT).
Néanmoins, une IOT peut être nécessaire dans certaines situations spécifiques, par ex.:
 - Suspicion d'hématome épidural aigu dans l'intervalle thérapeutique
 - Fracture du massif facial avec risque imminent d'asphyxie
 - Anaphylaxie avec risque imminent d'obstruction des voies aériennes
 - Réserve vis-à-vis de l'utilisation de systèmes de réanimation mécaniques (Autopulse[®], Lucas[®], etc.)
 - Pas d'utilisation préhospitalière de *extracorporeal Cardiopulmonary Resuscitation* (eCPR)

- **Choix de l'hôpital de destination**
 - Dans la phase où les ressources de médecine intensive sont très limitées, l'admission au niveau suprarégional prend tout son sens. Tant que cela est possible, la catégorie d'hôpital doit correspondre au besoin de prise en charge du patient.
 - Hospitalisation restreinte dans les catégories H_{Max}/H_{Intens} , pour les patients dont le pronostic à long terme est mauvais, par ex.
 - maladie oncologique métastatique connue
 - **maladie neurodégénérative sévère, démence sévère ou atteinte neurologique centrale irréversible avec un Score de Fragilité Clinique (CFS) ≥ 6 ¹⁵**
 - **oxygénothérapie à domicile préexistante⁴**
 - **Score CFS ≥ 7 et âge > 65 resp. ≥ 6 et âge > 85**
(Les handicaps congénitaux et post-traumatiques sont exclus de l'évaluation par CFS)²
- **Choix des autres options de prise en charge / suivi**
Il faut examiner si des soins adéquats ne peuvent pas être prodigués au lieu de résidence (domicile / en institution) en mettant à contribution les prestataires de soins primaires déjà impliqués, ainsi que Spitex (soins à domicile) ou d'autres services de soins. Les mesures palliatives doivent au minimum être assurées. S'il est impossible de mettre en place ce suivi, ou en tout cas pas dans un délai acceptable, le patient doit être admis en hôpital de catégorie H_{Base} .

5.3.2 Pénurie des ressources de **niveau B**

En cas de surcharge totale des capacités de soins intensifs, la décision de priorisation des patients pour la mise en œuvre des mesures et l'allocation des catégories d'hôpitaux doit reposer sur le **pronostic à court terme**. Cela signifie que les mesures préhospitalières et les interventions hospitalières consécutives seules ou associées à des soins intensifs de courte durée doivent permettre de stabiliser l'état du patient et d'obtenir une issue favorable. Le pronostic à long terme est déjà pris en compte dans l'ensemble de critères proposé (voir paragraphe 5.3.1).

Les décisions préhospitalières concernant surtout les **patients traumatisés** doivent se concentrer en priorité sur la prise en charge chirurgicale. Il en va de même pour les **grands brûlés** dont le pronostic n'est pas dépassé: l'estimation valide de l'étendue de la surface brûlée ne peut être obtenue qu'après évaluation par un chirurgien expérimenté. Le maintien de la ventilation artificielle, nécessaire jusqu'à la stabilisation, peut être assurée par une équipe d'anesthésie, en évitant la prise en charge en soins intensifs.

Outre les critères déjà évoqués pour le niveau A, les restrictions suivantes s'appliquent:

- **Mesures invasives**
 - **Extrême réserve** quant à l'intubation oro-trachéale (IOT)
 - **Aucune Utilisation** de systèmes de réanimation mécaniques (Autopulse®, Lucas®, etc.)
- **Choix de l'hôpital de destination**
En phase de pénurie totale de ressources nationales (et pays étrangers proches) en soins intensifs, l'admission d'un patient nécessitant des soins intensifs entraîne une charge intense sur les équipes des urgences et des soins intensifs, car ce patient

supplémentaire doit être mis en balance avec l'ensemble des patients déjà présents aux soins intensifs.

Les recommandations suivantes pour le choix de la catégorie d'hospitalisation devraient donc être respectées:

- o Hospitalisation extrêmement restreinte dans les établissements H_{Max}/H_{Intens}
- o Pas d'admission dans les établissements H_{Max}/H_{Intens} si Frailty Score ≥ 6 âge supérieur à 65 ans
- o Pas d'admission dans les établissements H_{Max}/H_{Intens} si Frailty Score ≥ 5 et âge supérieur à 75
- o Restriction des hospitalisations dans H_{Base} , pour autant que d'autres options de soins soient disponibles¹⁵
- o Envisager la réduction du niveau de prise en charge ($H_{Max} \rightarrow H_{Intens}$ ou bien $H_{Intens} \rightarrow H_{Base}$)
- o En dernier recours, admission dans un hôpital de destination selon les prescriptions cantonales / régionales en le signalant aux CASU correspondantes (médecin cantonal / groupe de travail Covid des hôpitaux participants). Dans l'idéal, les hôpitaux doivent être réquisitionnés de manière séquentielle pour répartir la charge intense qui pèse sur les équipes en charge des services d'urgence et des unités de soins intensifs.

6 Procédure décisionnelle

- Lorsque des décisions de triage sont appliquées, la confiance dans le système de sauvetage et de santé doit pouvoir être maintenue en dépit des circonstances difficiles. C'est pourquoi les critères de rationnement doivent rester équitables et les processus transparents en permanence. Les motifs clairs d'octroi ou de refus des priorités doivent être documentés. Si les critères définis doivent être contournés la décision doit être documentée en conséquence.
- Les décisions de triage avec des éléments de rationnement ayant une incidence directe sur la qualité de prise en charge du patient nécessitent de grandes compétences professionnelles. Les médecins d'urgence en exercice en Suisse sont souvent encore en phase de formation continue pour l'obtention de l'attestation de formation en *médecine d'urgence préhospitalière / médecine d'urgence SSMUS*. Les directives complémentaires au chapitre 9.3 de la directive de l'ASSM «Mesures de soins intensifs», établies par l'ASSM et la SSMI le 4.11.2020, exigent que le processus décisionnel soit placé sous la direction de personnes expérimentées. Pour que ce principe de séniorisation soit également garanti en phase préhospitalière, les responsables médicaux (ou cadres médicaux désignés) des services de secours devraient pouvoir être joints par téléphone en cas d'incertitude concernant les décisions de triage évoquées au paragraphe 5. Si une appréciation sur place est nécessaire, les médecins d'urgence responsables peuvent assurer une fonction de secours et de soutien du responsable médical du service de secours, dans la mesure où il n'est pas lui-même impliqué sur ce cas-là. Si aucune option ci-dessus n'est envisageable, le soutien de l'équipe préhospitalière doit être régulé par la CASU 144 compétente pour sa région (au moins possibilité d'entretien téléphonique avec un médecin expérimenté).

- Les décisions doivent être prises par des équipes interprofessionnelles dans la mesure du possible.
- Des procédures de résolution des conflits doivent aussi être prévues.

7 Transports secondaires

Dans la situation exceptionnelle de pénurie de ressources dans le secteur hospitalier, les capacités de transport des services de secours ne sont pas forcément totalement engagées comme c'est le cas lors d'un événement avec afflux massif de patients dans le secteur préhospitalier. Les transports secondaires resteront nécessaires pour assurer une répartition équitable des ressources en solidarité avec l'ensemble de la population suisse.

Pour que la protection individuelle du personnel spécialisé évoquée au paragraphe 3 soit respectée au mieux, les patients transférés dans d'autres hôpitaux et nécessitant des soins intensifs devraient être en priorité les patients négatifs pour le COVID-19.

8 Références

¹Inzwischen aufgehobene Verordnung 2 des Bundesrats über Massnahmen zur Bekämpfung des Coronavirus (COVID-19) vom 13. März 2020 (Fassung vom 16. März 2020), sich auf Artikel 7 des Epidemiengesetzes abstützend¹⁶. Dieser Artikel regelt die Ausserordentliche Lage. Art 10a Abs. 2. verfügt, dass Gesundheitseinrichtungen wie Spitäler und Kliniken, Arztpraxen und Zahnarztpraxen auf nicht dringend angezeigte medizinische Eingriffe und Therapien verzichten müssen. <https://www.admin.ch/opc/de/official-compilation/2020/783.pdf>; letzter Zugriff: 10.11.2020

²Covid-19-Pandemie: Triage von intensivmedizinischen Behandlungen bei Ressourcenknappheit. Hinweise zur Umsetzung Kapitel 9.3. (V 4.11.2020) der SAMW-Richtlinien Intensivmedizinische Massnahmen (2013). www.samw.ch/de/corona. Letzter Zugriff: 10.11.2020

³Coronavirus: Massnahmen und Verordnungen 2 des Bundesrates zur Bekämpfung des Coronavirus <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/massnahmen-des-bundes.html>; letzter Zugriff: 10.11.2020

⁴Bagshaw SM et al. Association between frailty and short- and long-term outcomes among critically ill patients: a multicenter prospective cohort study. CMAJ 2014;186: E95

⁵Nationale Koordination der Intensivstationen <https://www.vtg.admin.ch/de/organisation/astab/san/ksd/nki.html>; letzter Zugriff: 10.11.2020

⁶Bundesamt für Gesundheit (BAG). Influenza-Pandemieplan Schweiz, Strategien und Massnahmen zur Vorbereitung auf eine Influenza- Pandemie, 5. Auflage 2018, Kap. 6.1. sowie insb. Teil III «Ethische Fragen des Influenza-Pandemieplan Schweiz 2006», Stellungnahme der Nationalen Ethikkommission NEK-CNE Nr. 12/2006. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/mt/k-und-i/hygiene-pandemiefall/influenza-pandemieplan-ch.pdf.download.pdf/bag-pandemieplan-influenza-ch.pdf>. Letzter Zugriff: 23.3.2020

⁷Informations- und Einsatz-System (IES) des Koordinierten Sanitätsdiensts. <https://www.vtg.admin.ch/de/organisation/astab/san/ksd/mehr-zum-ksd/ueber-den-ksd.html#informations-und-einsatzsystem-ies> Letzter Zugriff: 23.3.2020

⁸Consistency of Triage in Victoria's Emergency Departments Guidelines for Triage Education and Practice. July 2001- ISBN 0 7326 3006 1

⁹Murthy 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>

¹⁰Totondo MF et al. Ressources for optimal care of the injured patient. Committee on trauma. American College of Surgeons; 2014

¹¹Knight SR, Ho A, Pius R et al. 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. BMJ2020; 370:m3339. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m3339> (letzter Zugriff 10.11.2020)

¹²Arbeitsgruppe neues PLS Schweiz (2019). Gebrauchsanweisung PLS Schweiz, Ittigen Geschäftsstelle KSD.

¹³Persad G, Wertheimer A, Emanuel E J. Principles for allocation of scarce medical interventions. Lancet 2009; 373: 423–31. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60137-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60137-9)

¹⁴Biller-Andorno N, Monteverde S, Krones T, Eichinger T (Ed). Medizinethik. Grundsätze für die Allokation knapper medizinischer Interventionen. Springer 2020. ISBN 978-3-658-27696-6

¹⁵Lee KC et al. Defining Serious Illness Among Adult Surgical Patients. J Pain Sympt Management 2019;58:844

¹⁶Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz, EpG) vom 28. September 2012 (Stand am 1. Januar 2017)
<https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20071012/index.html#a7>; *letzter Zugriff: 23.3.2020*

9 Notes sur la préparation de la présente recommandation

Auteurs

PD Dr. med. Mathias Zürcher, SGNOR, SZRNK (Leitung)
Dr. med. Thomas von Wyl, SGNOR
Dr. med. Kaspar Meier, SGNOR
Prof. em. Dr. med. Wolfgang Ummenhofer SGNOR

Remerciements

Nous remercions

- l'ASSM et la SSMI et leurs experts pour les travaux préparatoires approfondis
- le Prof. Dr. med. Thomas Gross et le Dr. med. Jan Bittner pour leur retour critique
- le Prof. Dr. med. Bernhard Walder pour sa contribution sur la fragilité et la prise de décision chez les patients gravement malades
- les membres du Comité de la SSMUS suivants pour leurs retours critiques: Dr. med. Walter Hanhart, Prof. Dr. med. Dagmar Keller, Dr. med. Stefan Müller
- les Dr. med. Walter Hanhart et Robert Larribau ainsi que Roberto Cianella pour la relecture des traductions
- Allison Dwileski pour son soutien en matière de graphisme et de traduction
- Gabriela Kaufmann pour la mise en page et le soutien administratif

Autorisation

Les recommandations ont été approuvées par le Comité de la Société suisse de médecine d'urgence et de sauvetage (SSMUS) et publiées le 23 mars 2020.

Version

SGNOR-Empfehlung_COVID19-Triage_V3.0FR_20201112
SGNOR-Empfehlung_COVID19-Triage_V2.0FR_20200406
SGNOR-Empfehlung_COVID19-Triage_V1.1FR_20200323

Disclosure Statement

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêt dans des affaires financières ou personnelles à déclarer

Adresse de correspondance

PD Dr. med. Mathias Zürcher
Membre du Comité de la SSMUS
Directeur Swiss Center for Rescue-, Emergency- and Disaster Medicine (SCRED)
Klinik für Anästhesie, Präklinische Notfallmedizin und Schmerztherapie
Universitätsspital Basel
Spitalstr. 21

CH – 4031 Basel

mathias.zuercher@sgnor.ch

Tel.: +41 31 332 41 11

10 Annexes

- 1 Version abrégée des recommandations COVID-19 de la SSMUS / algorithmme
- 2 Clinical Frailty Scale