

Sondage de la FMH auprès des sociétés médicales affiliées

Triage en amont durant la pandémie : votre expérience

Berne, le 7 décembre 2022

OUI 🛛

Expéditeur : Secrétariat général de la FMH Destinataires : Organisations médicales affiliées

Pendant la pandémie de Covid-19, les bases des décisions de triage médical ont fait l'objet de discussions compte tenu de la forte sollicitation des unités de soins intensifs. En revanche, le phénomène du triage *en amont* a suscité moins d'attention. Par « triage en amont », on entend que des personnes n'ont pas du tout été adressées à un hôpital de soins aigus, aux soins intermédiaires ou intensifs, ou que l'hôpital a renoncé à un transfert vers les soins intensifs. On entend également par là que des traitements médicalement indiqués ont été reportés malgré une qualité de vie réduite et/ou des dommages potentiels pour la santé.

À l'aide des questions suivantes, nous aimerions savoir dans quelle mesure les questions de triage en amont ont été importantes pour le corps médical.

Avez-vous, ou vos membi	es, été con	frontés au	phénomè	ène du	ı triage en	amont a	iu cours de	la pand	émie ?

NON □ (si « non », vous n'avez pas besoin de répondre aux questions ci-après)

Lorsque vous repensez à la pénurie de ressources durant la pandémie de Covid-19 :

	Pas du tout				Énor- mé- ment
Dans quelle mesure vos membres ont-ils été <u>confrontés</u> aux décisions de triage en amont* dans leur quotidien professionnel en raison de la pandémie, et plus précisément aux situations suivantes					
des personnes n'ont pas du tout été adressées à un hôpital de soins aigus, aux soins intermédiaires ou intensifs, ou l'hôpital a renoncé à un transfert vers les soins intensifs.	0	1	2 ⊠	3	4
des traitements médicalement indiqués ont été reportés malgré une qualité de vie réduite et/ou des dommages potentiels pour la santé.	0	1	2 ⊠	3	4
Dans quelle mesure vos membres ont-ils été <u>affectés</u> par les décisions de triage en amont* dans leur quotidien professionnel, et plus précisément par les situations suivantes					
des personnes n'ont pas du tout été adressées à un hôpital de soins aigus, aux soins intermédiaires ou intensifs, ou l'hôpital a renoncé à un transfert vers les soins intensifs.	0	1	2 ⊠	3	4
des traitements médicalement indiqués ont été reportés malgré une qualité de vie réduite et/ou des dommages potentiels pour la santé.	0	1	2 ⊠	3	4

^{*}définition, cf. ci-dessus

Vos membres vous ont-ils demandé du soutien ?	OUI $oxtimes$ NON $oxtimes$		
Avez-vous pu leur apporter du soutien ?	OUI ⊠ NON □		
Si vous avez pu apporter du soutien à vos membres, de quel ty	pe de soutien s'est-i	l agi :	
Conseils directs			
Réorientation dans le réseau de soin			
En ce qui concerne les questions de triage en amont, quelles fo nécessaires pour la gestion des futures situations de pénurie de		nsidérez-v	ous comme
		Néces- saires	Pas néces- saires
Guidelines / recommandations spécifiques à chaque discipline		\boxtimes	
Critères uniformes à l'échelle nationale pour la hiérarchisation de (semblables aux directives de triage des unités de soins intensifs de ressources)			
Fiches d'information / formulaire de consentement pour les pati- leurs proches	ents concernés et	\boxtimes	

Souhaitez-vous ajouter quelque chose au sujet du triage en amont ? Remarques / compléments :

(au niveau des cliniques / des cantons / intercantonaux / nationaux)

Groupes de pilotage interdisciplinaires

Autres, à savoir :

Critères uniformes à l'échelle nationale pour la hiérarchisation des traitements (semblables aux directives de triage des unités de soins intensifs lors d'une pénurie de ressources) est une initiative possible mais les situations et solutions étant tellement particulières et complexe, sans score/stade type soins intensifs, et avec

 \boxtimes

des délais possibles (rarement urgences vitales) qu'une investigation locale notamment via des médecins généralistes me semble plus appropriée