

Zentralisierung durch die Hintertür?

Die jüngst publizierten Triagekriterien der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) für die Behandlung von schwer verletzten Erwachsenen und Kindern hat unter Chirurgen für eine Kontroverse gesorgt. Auslöser ist der Satz «Bei Verdacht auf schwere Verletzung (...) hat ein Transport in ein HSM-Traumazentrum zu erfolgen.» Er führt zur Befürchtung, die neuen Triagekriterien hätten zum Ziel, die Zuweisung schwer verletzter Patienten stärker als bisher zu den grossen Spitälern zu lenken. Geht es also um eine Zentralisierung durch die Hintertür oder steht hinter den Triagekriterien die pure medizinische Notwendigkeit?

swiss knife publiziert nachfolgend das Schreiben der GDK vom 16. September 2016 im Original. Dazu stellen wir ein Interview mit Prof. Hans-Peter Simmen. Er leitet das Schweizerische Traumbord, welches im Auftrag des HSM-Fachorgans das national einheitliche Triage-System für Schwerverletzte erarbeiten soll. (die Redaktion)

Vorsicht: Der SGC-Präsident wird vermutlich noch eine Stellungnahme liefern, die als Box in den Beitrag einzubauen wäre (d/fr).

Centralisation par la petite porte?

Les critères de tri récemment publiés par la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) pour le traitement des adultes et des enfants gravement blessés ont suscité une controverse chez les chirurgiens. Celle-ci a été déclenchée par la phrase «(...) il importe donc, lorsqu'on suspecte une blessure grave, de transférer les patients dans un centre de traumatologie MHS (...)». Cela amène à craindre que les nouveaux critères de tri aient pour objectif de diriger plus systématiquement que par le passé des patients gravement blessés vers les grands hôpitaux. S'agit-il donc d'une centralisation par la petite porte, ou bien est-ce la seule nécessité médicale qui a présidé à l'élaboration de ces critères de tri?

swiss knife publie ci-dessous dans sa version originale le courrier de la CDS en date du 16 septembre 2016. Nous y joignons une interview avec le professeur Hans-Peter Simmen, directeur du Swiss Trauma Board qui doit élaborer, pour le compte de l'organe scientifique MHS, le système de tri des blessés graves unifié au niveau national. (Red.)

Vorsicht: Der SGC-Präsident wird vermutlich noch eine Stellungnahme liefern, die als Box in den Beitrag einzubauen wäre (d/fr).



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantionali della sanità

Triagekriterien für schwerverletzte Patienten und Patientinnen

Sehr geehrte Damen und Herren

Im Rahmen der interkantonalen Planung der hochspezialisierten Medizin (HSM) wurden die Behandlungen von schwerverletzten Erwachsenen und Kindern erstmals 2011 als medizinische Bereiche der HSM zugeordnet. Gleichzeitig erfolgte eine Leistungszuteilung für die Behandlung von Schwerverletzten an gewählte HSM-Traumazentren. Die einzelnen Entschiede wurden im Zuge von Reevaluationen überprüft und grundsätzlich bestätigt¹.

Die Prognose der schwerverletzten Patienten und Patientinnen hängt entscheidend von der möglichst zeitnahen, adäquaten und prioritätengerechten Diagnose und Therapie ab. Bei Verdacht auf eine schwere Verletzung hat aus diesen Gründen ein Transport in ein HSM-Traumazentrum zu erfolgen.

Der Entscheid am Unfallort für einen direkten Transport in ein HSM-Traumazentrum wird durch die präklinischen Rettungsdienste auf Basis klinischer Parameter und Verdachtsdiagnosen gefällt. Da die Bewertungsskalen für den Verletzungsschweregrad präklinisch nicht abschliessend ermittelt werden können, wird seitens HSM-Organen – u.a. auch auf Anregung aus der breiten Vernehmlassung – ein national einheitliches Triage-System für diese Patientinnen und Patienten angestrebt. Zu diesem Zweck beauftragte das HSM-Fachorgan das Schweizerische Trauma-Board (unter der Leitung von Prof. H.P. Simmen) und die Chefärztekonzferenz der Schweizerischen Gesellschaft für Kinderchirurgie (SGKC, unter der Leitung von Prof. S. M. Berger) mit der Ausarbeitung eines entsprechenden Triage-Systems.

Mit diesem Schreiben übermitteln wir Ihnen in der Beilage die erarbeiteten Empfehlungen des Schweizerischen Trauma-Boards und der SGKC zu den präklinischen Triagekriterien, welche sich auf bestehende und bereits validierte internationale Algorithmen stützen.

Im Namen des HSM-Fachorgans danke ich Ihnen im Voraus für die Verteilung dieses nationalen Triage-Systems unter den Zuständigen wie auch für Ihre wertvolle tatkräftige Unterstützung bei der Umsetzung.

Freundliche Grüsse

Präsident des HSM-Fachorgans

Daniel Scheidegger

¹ Entscheidung zur Planung der hochspezialisierten Medizin (HSM) im Bereich der Behandlung von Schwerverletzten vom 21. Juni 2011; Beschluss über die Zuordnung der Behandlung von Schwerverletzten zur hochspezialisierten Medizin (HSM) vom 6. Oktober 2015; aktuell: Reevaluation der hochspezialisierten Pädiatrie und Kinderchirurgie.

Critères de triage pour les blessés graves

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de la planification intercantonale de la médecine hautement spécialisée (MHS), le traitement des blessés graves adultes et enfants a été rattaché à la MHS en 2011. Simultanément, des mandats de prestations pour le traitement des blessés graves ont été attribués à un petit nombre de centres de traumatologie MHS. Les diverses décisions ont depuis lors fait l'objet de réévaluations et ont été confirmées sur le fond¹.

Le pronostic des blessés graves dépend de façon cruciale de la rapidité de la prise en charge (diagnostic et traitement), de son caractère adapté à la pathologie présentée par le patient et axé sur ses priorités. C'est la raison pour laquelle les patients chez qui l'on suspecte une blessure grave doivent être transférés dans un centre de traumatologie MHS.

La décision, sur le lieu de l'accident, d'un transfert direct dans un centre de traumatologie MHS est prise par les services de secours préhospitaliers sur la base de certains paramètres cliniques et des diagnostics suspectés. Dans la mesure où les échelles d'évaluation utilisées pour estimer la gravité des lésions ne permettent pas de calculer un score définitif pendant la phase préhospitalière, les organes MHS ont cherché – notamment à partir des suggestions formulées lors de la large consultation récemment organisée – à établir un système de triage uniforme au niveau national pour ces patients. Pour ce faire, l'organe scientifique MHS a chargé le Trauma Board Suisse (dirigé par le Pr H.P. Simmen) et la conférence des médecins-chefs de la Société suisse de chirurgie pédiatrique (SSCP, sous la direction du Pr S.M. Berger) d'élaborer un système de triage approprié.

Vous trouverez en annexe à cette lettre les recommandations élaborées par le Trauma Board Suisse et la SSCP concernant les critères de triage préhospitaliers; elles s'appuient sur les algorithmes internationaux existants et déjà validés.

Au nom de l'organe scientifique MHS, je vous remercie par avance de la diffusion que vous voudrez bien assurer à ce système national de triage auprès des intéressés, ainsi que de votre précieux soutien actif dans sa mise en œuvre.

Soyez assurés, Madame, Monsieur, de ma parfaite considération.

Le président de l'organe scientifique MHS

Daniel Scheidegger

¹ Décision concernant la planification de la médecine hautement spécialisée (MHS) dans le domaine de la prise en charge des blessés graves du 21 juin 2011; Décision concernant le rattachement de la prise en charge des blessés graves à la médecine hautement spécialisée (MHS) du 6 octobre 2015; en cours: réévaluation de la pédiatrie et de la chirurgie pédiatrique hautement spécialisées.

Präklinische Triagekriterien zur Zuweisung von schwerverletzten Erwachsenen an ein HSM-Traumazentrum

(erarbeitet durch Schweizerisches Traumaboard)

a) Störung der Vitalparameter

- systolischer Blutdruck unter 90 mmHg nach Trauma
- Transient oder Non Responder
- GCS unter 9 nach Trauma
- Atemstörungen/Intubationspflicht nach Trauma

b) Offensichtliche Verletzungen

- penetrierende Verletzungen der Rumpf-/Hals-Region
- Schussverletzungen der Rumpf-/Hals-Region
- Frakturen von mehr als zwei proximalen grossen Röhrenknochen
- instabiler Thorax
- offene Thoraxverletzung
- instabile Beckenfraktur
- Amputationsverletzung proximal der Hände/Füsse
- Verletzungen mit neurologischer Querschnittssymptomatik
- offene Schädelverletzung

- Verbrennung > 20% von Grad ≥ 2b (Direktverlegung an ein HSM-Verbrennungszentrum) (Universitätsspital Zürich / CHUV Lausanne)

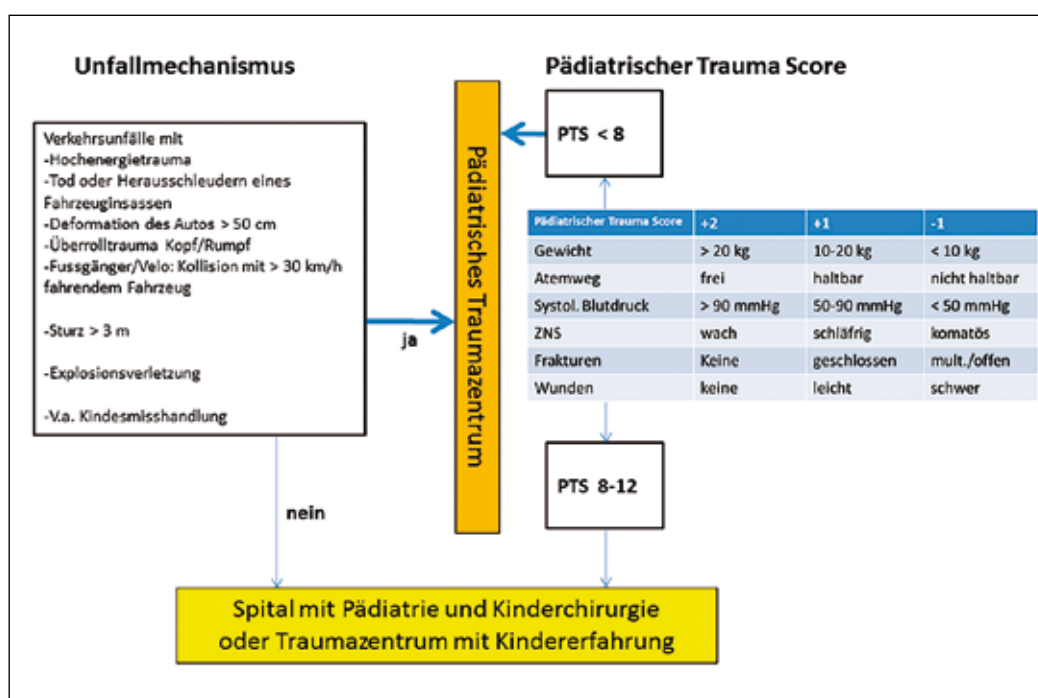
c) Unfallmechanismus bzw. -konstellation

- Sturz aus ≥ 3 Metern Höhe
- Verkehrsunfall mit:
 - » Frontalaufprall mit Intrusion von mehr als 50-75 cm
 - » Geschwindigkeitsveränderung von delta > 30 km/h
 - » Fussgänger-/Zweirad-Kollision
 - » Tod eines Insassen
 - » Ejektion eines Insassen
- Explosionsverletzung
- Mehrfachverletzung/Ganzverschüttung bei Lawinenunfall

Bei Nichtzutreffen eines der Kriterien aus a) und/oder b) ist der Unfallmechanismus c) zielführend für eine Schockraumversorgung in einem überregionalen HSM-Trauma Zentrum.

Präklinischer Triagealgorithmus zur Zuweisung von schwerverletzten Kindern an ein pädiatrisches HSM-Traumazentrum

(erarbeitet durch die Chefärztkonferenz der Schweizerischen Gesellschaft für Kinderchirurgie)



HSM-Traumazentren für die Behandlung von schwerverletzten Erwachsenen:

1. Hôpitaux universitaires de Genève
2. Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
3. Inselspital Bern
4. Universitätsspital Basel
5. Universitätsspital Zürich
6. Kantonsspital St.Gallen
7. Luzerner Kantonsspital
8. Kantonsspital Aarau
9. Kantonsspital Graubünden
10. Kantonsspital Winterthur

11. Ente Ospedaliero Cantonale, Standort Ospedale Regionale di Lugano
12. Gesundheitsnetz Wallis, Standort Sion

Pädiatrische HSM-Traumazentren:

1. Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)
2. Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV)
3. Inselspital Bern
4. Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)
5. Kinderspital Zürich
6. Ostschweizer Kinderspital (in Zusammenarbeit mit dem KSSG)
7. Luzerner Kantonsspital (LUKS)
8. Kantonsspital Graubünden (KSGR) (ausser bei Kindern unter 5 Jahren)

Critères de triage préhospitalier pour le transfert des blessés graves adultes dans un centre de traumatologie MHS

(élaboré par le Trauma Board Suisse)

a) Troubles des paramètres vitaux

- Pression artérielle systolique inférieure à 90 mmHg après l'accident
- Transient ou non responder
- GCS inférieur à 9 après l'accident
- Trouble respiratoire/obligation d'intuber après l'accident

b) Lésions apparentes

- Plaie pénétrante dans la région du tronc/cou
- Blessure par balle dans la région du tronc/cou
- Fractures de plus de deux gros os tubulaires proximaux
- Instabilité thoracique
- Plaie ouverte du thorax
- Fracture instable du bassin
- Amputation en amont des mains/pieds
- Lésions avec signes neurologiques de paraplégie
- Lésion crânienne ouverte

- Brûlure > 20% de degré $\geq 2b$ (transfert direct dans un centre de brûlés MHS) (Universitätsspital Zurich / CHUV Lausanne)

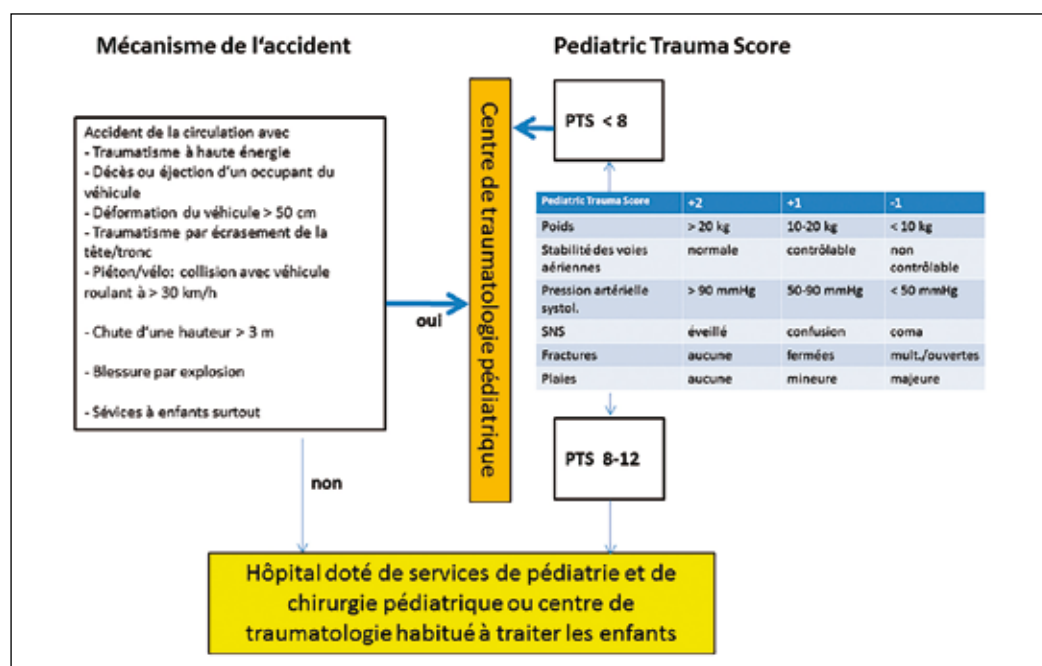
c) Mécanisme ou circonstances de l'accident

- Chute d'une hauteur ≥ 3 mètres
- Accident de la circulation avec:
 - » Choc frontal avec enfoncement de plus de 50-75 cm
 - » Variation de vitesse d'un delta > 30 km/h
 - » Collision en tant que piéton/conducteur d'un véhicule à deux roues
 - » Décès d'un passager
 - » Ejection d'un passager
- Lésion due à une explosion
- Lésions multiples/ensevelissement total lors d'une avalanche

Si l'un des critères a) et/ou b) n'est pas rempli, c'est le mécanisme de l'accident c) qui oriente vers une prise en charge en salle de déchochage dans un centre de traumatologie MHS interrégional.

Algorithme de triage préhospitalier pour le transfert des enfants gravement blessés dans un centre de traumatologie pédiatrique MHS

(élaboré par la conférence des médecins-chefs de la société suisse de chirurgie pédiatrique)



Centres de traumatologie MHS pour le traitement des blessés graves adultes:

1. Hôpitaux universitaires de Genève
2. Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
3. Inselspital Bern
4. Hôpital universitaire de Bâle
5. Hôpital universitaire de Zurich
6. Hôpital cantonal de St.-Gall
7. Hôpital cantonal de Lucerne
8. Hôpital cantonal d'Aarau
9. Hôpital cantonal des Grisons
10. Hôpital cantonal de Winterthour
11. Ente Ospedaliero Cantonale, site de l'Ospedale Regionale di Lugano

12. Réseau santé Valais, site de Sion

Centres de traumatologie pédiatrique MHS:

1. Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)
 2. Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV)
 3. Inselspital Bern
 4. Hôpital pédiatrique universitaire des deux Bâle (UKBB)
 5. Hôpital pédiatrique de Zurich
 6. Hôpital pédiatrique de Suisse orientale (en collaboration avec l'hôpital cantonal de St.-Gall)
 7. Hôpital cantonal de Lucerne (LUKS)
 8. Hôpital cantonal des Grisons (KSGR)
- (sauf pour les enfants de moins de 5 ans)

«Es geht darum, eine bestmögliche Versorgung zu gewährleisten»

Prof. Hans-Peter Simmen, ehemaliger Direktor der Klinik für Unfallchirurgie am Universitätsspital Zürich und Leiter des Schweizerischen Traumaboard, erläutert und rechtfertigt im Interview die (noch nicht in Stein gemeisselten) Empfehlungen des Schweizerischen Traumaboard zur Behandlung schwer verletzter Patienten. Die Fragen stellte Paul-Martin Sutter.



Prof. Hans-Peter Simmen

Hans-Peter Simmen, hanspeter.simmen@usz.ch

Was war der Hauptzweck der Triagekriterien, welche durch das Schweizerische Traumaboard erarbeitet wurden?

Wir hatten die Aufgabe bekommen, Patienten zu identifizieren, die schwer verletzt oder potenziell schwer verletzt sind, die möglichst zügig an ein Traumazentrum zugewiesen werden sollten.

Es scheint, dass diese von der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) übernommen wurden. Sind Sie der Meinung, dass diese für die Schweiz, mit einer doch anderen Spitallandschaft, einfach übernommen werden können?

Es trifft zu, dass das Traumaboard, welches ein Jahr lang an mehreren Sitzungen daran gearbeitet hat, viele Anregungen der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie übernommen hat. In diese Überlegungen sind aber auch andere Quellen eingeflossen. Es geht um Entscheidungshilfen für die Rettungsdienste vor Ort. Das Rettungswesen in Deutschland ist anders strukturiert als in der Schweiz. Insbesondere ist die Luftrettung weniger gut organisiert. In der Nacht ist die Luftrettung in Deutschland inexistent. Daher haben wir versucht, die Empfehlungen an die Schweizer Spitallandschaft zu adaptieren.

Wie strikt, glauben Sie, werden diese Empfehlungen eingehalten? Für viele Spitäler verursachen diese wahrscheinlich auch erhebliche finanzielle Einbussen.

Die Notärzte der Rega wenden ähnliche Kriterien seit Jahren an. Es ist zutreffend, dass die Anwendung solcher Kriterien zu einer Übertriagierung führt. Es geht aber schliesslich darum, das Schicksal der schwer verletzten Patienten zu verbessern. Unseres Erachtens ist es für die verletzten Patienten besser, einmal zu viel als einmal zu wenig in ein Traumazentrum eingewiesen zu werden. Ich bin nicht sicher, ob die Einhaltung solcher Kriterien zu finanziellen Einbussen anderer Krankenhäuser führt. Wir haben in Zürich ausgedehnte Analysen zum Ertrag bei polytraumatisierten Patienten vorgenommen. Aufgrund der geltenden DRG-Kriterien sind polytraumatisierte Patienten nicht rentabel. Ich kann mir vorstellen, dass bei potenziell schwer verletzten Patienten eine ähnliche Problematik besteht. Der Aufwand, d. h. die Vorhalteleistungen, sind hoch, der Ertrag aber gering.

Bei dem Triagekriterium «Störung der Vitalparameter» empfiehlt das Schweizerische Traumaboard bei Non Respondern eine Verlegung ins Zentrumspital. Wie soll ein Non-Responder verlegt werden, der nicht stabilisiert werden kann? Nach ATLS-Richtlinien sollte ein Patient nur verlegt werden, wenn lebensrettende Massnahmen eingeleitet sind und der Patient stabilisiert wurde. Wie soll dieser Punkt praktisch gehandhabt werden?

Diese Frage ist falsch gestellt. Es geht bei diesen Kriterien nicht um Verlegungen, sondern um Zuweisungen. Ein Patient, dessen Vitalparameter gestört sind, sollte unseres Erachtens möglichst bald in ein Traumazentrum zugewiesen werden. Verlegungen sind Transporte von Patienten von Spital zu Spital. Der Rettungsdienst vor Ort muss den Entscheid treffen. Aufgrund meiner Erfahrung möchte ich anregen, dass vor Ort nur ganz dringende Massnahmen ergriffen werden. Dazu gehören beispielsweise die Sicherung der At-

mung durch Intubation und allenfalls auch eine Entlastung eines Spannungspneumothorax. Ich möchte anregen, hier mehr das Prinzip «load and go» als «stay and play» anzuwenden. In der sehr gut organisierten Luftrettung in der Schweiz ist es fast von jedem Punkt aus (Ausnahme: die Bündner Südtäler) möglich, den Patienten innerhalb von 15 Minuten in einem Traumazentrum abzuladen.

Viele Kollegen haben insbesondere Bedenken bei den Triagekriterien «Unfallmechanismus». Nicht jeder Patient, der aus drei Metern Höhe hinunterfällt, ist schwer verletzt. Denken Sie nicht, dass die Kriterien übertrieben wirken?

Es trifft zu, dass diese Kriterien nicht in Stein gemeisselt, sondern eher Entscheidungshilfen sind. Wir hatten eine Aussprache mit dem Vorstand der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie. Diese Kriterien sollen eher Entscheidungshilfen dafür sein, wann der Rettungsdienst, der vor Ort die Lage beurteilt, an eine potenziell schwere Verletzung denken muss. Wir werden uns bemühen, hier eine andere Formulierung vorzuschlagen.

Viele Notfallstationen von mittleren und grossen Regional- und Zentrumsspitalern befürchten, dass man ihnen Patienten wegnimmt, welche problemlos im eigenen Spital behandelt werden könnten. Was sagen Sie dazu?

Das Schweizerische Traumaboard hatte die Aufgabe, primär an das Schicksal der schwer verletzten Patienten zu denken. Es geht darum, im Sinne des Patienten eine bestmögliche Versorgung zu gewährleisten. Regionale Interessen müssen hier etwas zurückstehen.

Haben Sie nicht Befürchtungen, dass mit diesen Empfehlungen die zwölf Traumazentren mit Patienten überlastet werden?

Nein

Aktuell handelt es sich um eine Empfehlung der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). Will das Swiss Trauma Board langfristig bewirken, dass diese Empfehlung in Zukunft als rechtsgültige Verfügung gelten sollte?

Das Swiss Trauma Board hatte die Aufgabe, für die Rettungsdienste Kriterien und Entscheidungshilfen für die Frage auszuarbeiten, wann an eine schwere Verletzung zu denken ist und welche Patienten in ein Traumazentrum einzuweisen sind. In mehreren Sitzungen und nach Konsultation von verschiedenen internationalen Richtlinien haben wir nach bestem Wissen und Gewissen Empfehlungen abgegeben. Ihre Anwendung muss kontrolliert, allenfalls müssen Empfehlungen abgeändert oder neu überdacht werden. Das Swiss Trauma Board hat keine Kompetenzen, rechtsgültige Verfügungen zu erlassen. Wir sind aber interessiert und bereit, die Erfahrungen zu analysieren und die Kriterien, wenn nötig, zu verbessern.

«Il s'agit de garantir la meilleure prise en charge possible»

Dans cette interview, le professeur Hans-Peter Simmen, directeur de la clinique de chirurgie traumatologique à l'hôpital universitaire de Zurich et directeur du Swiss Trauma Board, explique et justifie les recommandations (qui ne sont pas gravées dans le marbre) du Swiss Trauma Board pour le traitement des patients gravement blessés. Les questions ont été posées par Paul-Martin Sutter.

Hans-Peter Simmen, hanspeter.simmen@usz.ch

Quel était le principal objectif des critères de tri élaborés par le Swiss Trauma Board?

Nous avons pour mission d'identifier les patients gravement blessés, ou potentiellement gravement blessés, qui devaient être le plus rapidement possible dirigés vers un centre de traumatologie.

Il semble que ces critères ont été copiés sur ceux de la Société allemande de chirurgie traumatologique (DGU). Pensez-vous qu'ils peuvent être tout simplement repris pour la Suisse, dont le paysage hospitalier est quand même différent?

Il est exact que le Swiss Trauma Board, qui a consacré depuis un an plusieurs réunions de travail à ce problème, a repris beaucoup de suggestions de la Société allemande de chirurgie traumatologique. Toutefois, ces réflexions ont aussi fait appel à d'autres sources. Il s'agit d'aides à la décision destinées aux services de secours sur place. En Allemagne, l'organisation des services de secours diffère de celle de la Suisse. En particulier, le sauvetage aérien est moins bien organisé. Le sauvetage aérien de nuit est inexistant en Allemagne. Nous avons donc essayé d'adapter ces recommandations au paysage hospitalier helvétique.

Dans quelle mesure ces recommandations seront-elles strictement suivies, à votre avis? Pour de nombreux hôpitaux, elles seront aussi probablement à l'origine de pertes financières considérables.

Les médecins urgentistes de la Rega appliquent des critères similaires depuis des années. Il est exact que l'application de ces critères conduit à un tri trop sélectif. Cependant, il s'agit en définitive d'améliorer les chances des patients gravement blessés. À notre avis, pour les patients blessés, il est préférable d'être dirigé sans réelle nécessité vers un centre de traumatologie que de ne pas l'être alors qu'il le faudrait. Je ne suis pas sûr que le respect de ces critères entraîne des pertes financières pour les autres hôpitaux. À Zurich, nous avons réalisé de vastes analyses sur le rendement pour les patients polytraumatisés. Compte tenu des critères DRG en vigueur, les patients polytraumatisés ne sont pas rentables. Je peux imaginer que la problématique est analogue pour les patients potentiellement gravement blessés. Les dépenses, c'est-à-dire les prestations techniques, sont importantes, mais le rendement est faible.

Pour le critère de tri «Perturbation des paramètres vitaux», le Swiss Trauma Board recommande un transfert vers le centre hospitalier pour les patients non répondeurs. Comment doit-on transférer un non-répondeur qui ne peut pas être stabilisé? D'après les directives ATLS, un patient ne devrait être transféré que lorsque des mesures présentant un risque vital ont été appliquées et qu'il a été stabilisé. Comment ce point doit-il être traité dans la pratique?

Cette question est mal posée. Dans ces critères, il n'est pas question de transfert, mais d'orientation vers un centre approprié. Un patient dont les paramètres vitaux sont perturbés devrait, à notre avis, être dirigé le plus rapidement possible vers un centre de traumatologie. Les transferts sont des transports de patients d'un hôpital à un autre. Le service de secours présent

sur place doit prendre la décision. Compte tenu de mon expérience, je suggérerais que seules des mesures d'une urgence vitale soient prises sur place, notamment, par exemple, assurer la respiration par intubation et aussi, le cas échéant, soulager un pneumothorax de tension. Je suggérerais que l'on applique ici plus le principe «load and go» que «stay and play». Grâce à la très bonne organisation du sauvetage aérien en Suisse, il est possible d'admettre le patient dans un centre de traumatologie en l'espace de 15 minutes depuis quasiment n'importe quel point du territoire (à l'exception des vallées du sud des Grisons).

De nombreux collègues ont notamment émis des réserves sur le critère de tri «mécanisme de l'accident». Tous les patients qui tombent de trois mètres de haut ne se blessent pas gravement. Ne pensez-vous pas que ces critères semblent exagérés?

Il faut considérer que ces critères ne sont pas gravés dans le marbre, mais constituent plutôt des aides à la décision. Nous avons eu un entretien avec le comité de la Société suisse de chirurgie. Ces critères devraient plutôt être des aides à la décision lorsque le service de secours qui évalue la situation sur place doit penser à une lésion potentiellement grave. Nous nous efforcerons de proposer une formulation différente dans ce cas.

De nombreux services d'urgence d'hôpitaux régionaux et de centres hospitaliers de moyenne et de grande taille craignent de se voir retirer leurs patients, qui pourraient sans problème être traités dans leur propre hôpital. Qu'en dites-vous?

Le Swiss Trauma Board avait pour mission de penser en premier lieu au devenir des patients gravement blessés. Il s'agit de garantir une prise en charge la meilleure possible dans l'intérêt du patient. Ici, les intérêts régionaux doivent passer un peu au second plan.

Ne craignez-vous pas qu'avec ces recommandations, les douze centres de traumatologie ne soient surchargés de patients?

Non.

Actuellement, il s'agit d'une recommandation de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS). Le Swiss Trauma Board souhaite-t-il qu'à long terme cette recommandation soit considérée comme une décision juridiquement contraignante?

Le Swiss Trauma Board avait pour mission d'élaborer des critères et des aides à la décision pour les services de secours afin de savoir quand il faut penser à une lésion grave et quels sont les patients qui doivent être dirigés vers un centre de traumatologie. Après plusieurs réunions et consultation de différentes directives internationales, nous avons, en notre âme et conscience, émis des recommandations. Leur application doit être contrôlée, et ces recommandations doivent aussi être éventuellement modifiées ou repensées. Le Swiss Trauma Board n'a pas les compétences pour édicter des dispositions juridiquement contraignantes. Cependant, nous sommes motivés et prêts à analyser les expériences et améliorer si nécessaire les critères.