

Sevrage de la ventilation mécanique (2)

Weaning of mechanical ventilation (2)

© SRLF et Springer-Verlag France 2013

FC103

Évaluation de l'introduction d'une cible d'aide au sevrage de la ventilation mécanique invasive en réanimation : la cible « Tlib® »

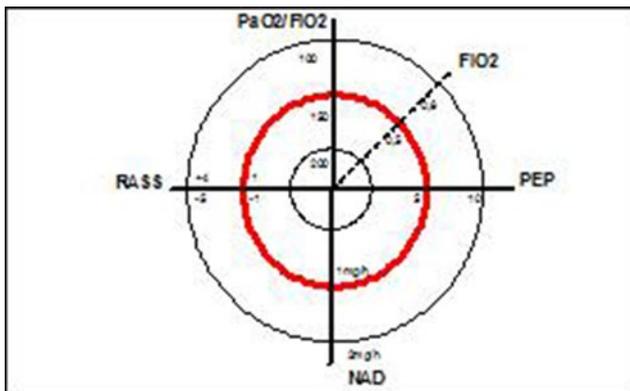
D. Salvan¹, M. Genestal², S. Silva², P. Sanchez-Verlaan¹

¹Réanimation polyvalente, CHU de Toulouse, hôpital Purpan, Toulouse, France

²Service de réanimation médicale et de médecine hyperbare, CHU de Toulouse, hôpital Purpan, Toulouse, France

Introduction : Le sevrage de la ventilation mécanique est une priorité en réanimation afin de réduire la durée de la ventilation et de ses complications. Il est nécessaire d'avoir une bonne estimation du moment opportun du sevrage pour ne pas retarder l'extubation mais également pour limiter le risque d'échec d'extubation. L'hypothèse de notre travail est l'optimisation du dépistage grâce à l'introduction d'un outil facilitatif du recueil des prérequis appelé « la cible Tlib® » utilisé au chevet du patient par les infirmiers(ères).

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle prospective type avant-après monocentrique réalisée au sein du service de réanimation polyvalente du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) à l'hôpital Purpan de Toulouse. Nous avons inclus tous les patients intubés ventilés depuis au moins 24 heures ayant eu recours à un test de sevrage. Les critères d'exclusion étaient : l'indication de trachéotomie d'emblée, les patients en anoxie cérébrale, xie cérébrale post ACRdances de nos résultats avec les données de la littérature et nos hypothèses. Les patients ayant un score de Glasgow ≤ 5 d'origine neurologique, une ventilation mécanique d'une durée ≤ 24 heures. Notre objectif principal était de mettre en évidence une diminution de la durée de la ventilation mécanique (VM) après la mise en place de la cible Tlib®. Le patient était dit « dans la cible » si les valeurs des prérequis se situaient à l'intérieur de la zone délimitée par le cercle rouge.



Résultats : Un total de 222 patients a été inclus. La durée de ventilation mécanique dans le groupe standard était de 11,7 jours en moyenne vs 10,4 jours dans le groupe Tlib® avec un $p < 0,11$. La taille, le poids et sexe masculin étaient positivement corrélés à la durée de VM (coefficient de corrélation de Spearman de 0,17 pour le poids et la taille et $p < 0,03$ pour le sexe). Une analyse multivariée évaluant l'association entre le groupe et la durée de VM avec un modèle ajusté sur les facteurs de confusion significativement associé à la durée de VM retrouve que les poids plus élevés ont des durées de VM plus importantes ($p < 0,02$). Le 1^{er} test de sevrage était réalisé en moyenne à 6,8 jours dans le groupe Tlib® vs 8 jours ($p = 0,099$). Le nombre de tests de sevrage dans les 2 groupes étaient comparables.

Discussion : Nos résultats ne sont pas significatifs probablement car le protocole standard réalisé par les kinésithérapeutes en lien avec le praticien était déjà efficient. Par ailleurs, notre calcul d'effectif a été calculé à partir d'une étude rétrospective dont les patients présentaient une durée de séjour supérieure.

Conclusion : L'utilisation de la cible Tlib® tous les jours au chevet du patient n'a pas diminué la durée de VM mais a permis l'intégration du sevrage respiratoire au quotidien par les IDE grâce à une procédure facile d'utilisation et ce au sein d'un travail en équipe.

FC104

Sevrage difficile en réanimation : incidence et pronostic

S. Ayed Della, R. Atig, S. Ayed, N. Tilouche, Y. Touil, H. Ben Sik Ali, R. Gharbi, M. Fekih Hassen, S. Elatrous
Service de réanimation médicale, hôpital Taher-Sfar, Mahdia, Tunisie

Introduction : Le sevrage difficile est défini par l'échec du premier essai de sevrage avec nécessité d'au moins trois épreuves de sevrage ou une durée de sevrage de 7 jours. Son incidence varie de 22 % à 42 %, avec une morbidité lourde. Les objectifs de cette étude sont de déterminer l'incidence du sevrage difficile et d'évaluer les complications liées à la difficulté de sevrage ainsi que son impact sur le pronostic.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective étalée sur 18 mois incluant tous les patients ventilés mécaniquement par sonde endotrachéale et répondant aux critères de sevrage. Sont exclus tous les patients ventilés par canule de trachéotomie et ceux présentant une souffrance neurologique chronique. Les paramètres recueillis sont : les caractéristiques démographiques, les comorbidités, l'incidence des différentes catégories du sevrage, les causes d'échec de sevrage, les complications liées à la difficulté de sevrage, la durée de séjour, le nombre de jours sans ventilation mécanique et le devenir.

Résultats : Cent dix patients ont répondu aux critères de sevrage durant la période de l'étude, avec un âge moyen de 67 ± 14 ans et

une prédominance masculine (63 %). Le sevrage était simple dans 53 % des cas, difficile dans 45 % des cas et prolongé dans 2 cas (2 %). Les causes d'échec de sevrage sont dominées par un trouble de la mécanique respiratoire (80 %). Dans le groupe sevrage difficile, une réintubation était nécessaire dans 68 % des cas dans un délai moyen de 8 ± 12 heures. Le recours à une trachéotomie était observé dans 28 % des cas. Une pneumopathie acquise sous ventilation mécanique était la complication infectieuse la plus fréquente (20 %). La durée de séjour était significativement plus élevée que dans le groupe sevrage facile ($33 + 23$ jours versus $12 + 9$ jours, $p = 0,002$). La mortalité imputée au sevrage difficile était estimée à 26 %. En analyse multivariée, un sevrage difficile apparaît prédictif de mortalité avec un OR : 9,470 ; IC 95 % : (0,816-7,588) ; $p = 0,006$.

Conclusion : Le sevrage de la ventilation mécanique est difficile dans 45 % des cas. Cette incidence paraît comparable à celle retrouvée dans la littérature. En analyse multivariée, le sevrage difficile est prédictif de mortalité avec un OR : 9,470 ; IC 95 % : (0,816-7,588) ; $p = 0,006$.

FC105

Un bilan hydrique négatif est-il prédictif de succès de sevrage de la ventilation mécanique ?

R. Gharbi¹, S. Dalla Ayed¹, H. Ben Sik Ali¹, N. Tilouche¹, R. Atig¹, M. Fekih Hassen², S. El Atrous¹

¹Service de réanimation médicale, CHU Taher-Sfar-Mahdia, Mahdia, Tunisie

²Réanimation, CHU Taher-Sfar-Mahdia, Mahdia, Tunisie

Introduction : Le sevrage de la ventilation mécanique est un élément essentiel dans la prise en charge des patients ventilés en réanimation. Les causes d'échec de sevrage sont multifactorielles, peu d'étude se sont intéressées au rôle du bilan hydrique.

But : Déterminer si un bilan hydrique négatif est prédictif de succès de sevrage de la ventilation mécanique.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au service de réanimation médicale de l'hôpital Taher Sfar de Mahdia. Tous les patients hospitalisés en réanimation entre Janvier 2010 et Mars 2013 et ventilés mécaniquement plus de 48 H ont été inclus. Les paramètres recueillis étaient : les caractéristiques démographiques, le score de gravité (SAPSSII), les comorbidités, le motif d'hospitalisation, la cause de recours à la ventilation mécanique, le bilan hydrique dans les 24 H, le bilan hydrique cumulé dans les 72 H précédant l'épreuve de sevrage, le devenir du sevrage, la durée de ventilation mécanique la durée de séjour et la mortalité.

Résultats : Durant la période de l'étude 108 patients (âge moyen de 66 ± 14 ans, prédominance masculine (64 %) et de SAPS II moyen à 42 ± 14 ans) ont été inclus pendant la période de l'étude. La majorité des patients étaient des BPCO (57 %). Les motifs de recours à la ventilation mécanique étaient l'insuffisance respiratoire aigüe dans 61 % des cas, des cas une cause neurologique dans 21 % et une cause cardiovasculaire dans 7 % des cas. Le délai de sevrage était de 6 ± 3 J. Le taux de succès de sevrage était de 60 %. Un bilan hydrique négatif était significativement plus fréquent dans le groupe succès (57 % vs 32 % ; $p : 0,004$). En cas de succès de sevrage un bilan hydrique cumulé dans les 72 H précédant le sevrage était retrouvé dans 42 % contre 29 % dans l'autre groupe ($p : 0,03$). En analyse multivariée seul le bilan hydrique négatif dans les 24 H précédents l'épreuve de sevrage est un facteur prédictif de réussite de l'épreuve de sevrage (OR : 2,35 ; IC 95 % : (1,06-5,23) ; $p : 0,03$).

Conclusion : Le bilan hydrique négatif est un facteur prédictif de succès de sevrage de la ventilation mécanique.

FC106

ECHODIA : dépistage et évolution de la dysfonction diaphragmatique chez les patients ventilés chez les patients ventilés en réanimation

L. Fenet Mariani¹, B. Planquette², J. Bedel², J.P. Bedos³

¹Réanimation polyvalente, CH de Versailles, site André Mignot, Le Chesnay, France

²Réanimation polyvalente, CH André-Mignot, Le Chesnay, France

³Service de réanimation médico-chirurgicale, CH de Versailles, site André-Mignot, Le Chesnay, France

Rationnel : La neuromyopathie de réanimation et la ventilation mécanique (VM) peuvent induire une dysfonction diaphragmatique (DD). La réversibilité de la DD et son impact sur le sevrage de la VM sont mal connus. L'objectif principal est de décrire l'évolution des DD lors du sevrage de la VM.

Patients et méthodes : Étude prospective, interventionnelle, monocentrique ayant inclus tous les patients intubés-ventilés plus de 7 jours. Évaluation échographique répétée (/72 h) de l'excursion diaphragmatique en aveugle par 2 opérateurs à partir de la première épreuve de sevrage. Analyse descriptive de l'évolution des DD et de la reproductibilité interopérateur (coefficient et taux de corrélation).

Résultats : Trente-quatre patients (âge : $64,4 \pm 14,8$ ans) ont été inclus du 01/11/2012 au 01/05/2013. Le score IGSI était de $55,7 \pm 14,4$, la durée médiane de séjour de 17 jours [13-30]. Treize patients avaient une DD (38 %) : 8 bilatérales et 5 unilatérales. Une disparition rapide de la DD a été constatée chez 5 des 8 patients avec DD bilatérale (1 patient n'a eu qu'une échographie). Les 2 patients sans amélioration étaient dénutris et éthyliques chroniques. Aucune réintubation précoce n'a été nécessaire ; 7 patients ont été réintubés après 48 h ou trachéotomisés : 5 d'entre eux avaient une DD. La mortalité en réanimation était de 37 % chez les patients avec DD et de 5 % chez les patients sans DD ($p = 0,048$). Le taux moyen concordance de diagnostic inter-opérateur était de 91 %, le coefficient de corrélation moyen de 0,58. Le mode temps-mouvement était plus reproductible que le mode bidimensionnel.

Conclusion : En réanimation, bien que le plus souvent rapidement réversible, la DD pourrait être associée à un pronostic défavorable.

Bibliographie

1. Demoule A, Jung B, Prodanovic H, et al (2013) Diaphragm dysfunction on admission to the intensive care unit. Prevalence, risk factors, and prognostic impact-a prospective study. *Am J Respir Crit Care Med* 188:213-9
2. Kim WY, Suh HJ, Hong SB, et al (2011) Diaphragm dysfunction assessed by ultrasonography: influence on weaning from mechanical ventilation. *Crit Care Med* 39:2627-30

FC107

Dysfonction diaphragmatique après transplantation thoracique

T. Lepoivre

Réanimation CTCV, CHU de Nantes, hôpital Guillaume-et-René-Laënnec, Nantes, France

Introduction : Une dysfonction diaphragmatique pourrait prolonger la ventilation en réanimation après transplantation cardiaque ou pulmonaire. L'influence de la voie d'abord chirurgicale sur l'atteinte diaphragmatique est mal connue. L'incision se fait par sternotomie médiane pour une transplantation cardiaque ou cardio-pulmonaire ou bien par thoracotomies combinées ou non avec une sternotomie transverse pour une transplantation pulmonaire. L'objectif de ce travail

était d'évaluer l'impact du type d'incision chirurgicale sur la fonction diaphragmatique, évaluée par échographie.

Patients et méthodes : Cette étude prospective a été menée de janvier 2012 à juillet 2013 dans une unité de réanimation chirurgicale en transplantation thoracique. Tous les patients transplantés cardiaques, pulmonaires et cardio-pulmonaires étaient inclus. La fonction diaphragmatique était évaluée après la reprise d'une ventilation spontanée lors de la surveillance échographique usuelle en réanimation et toujours par le même opérateur. L'échographie diaphragmatique était réalisée avec des patients vigilés et coopérants déjà sevrés du respirateur ou durant une brève déconnexion du circuit respiratoire. La mesure de l'excursion diaphragmatique était faite en mode temps mouvement sur les coupes basi-thoraciques droite et gauche avec une sonde polyvalente de 5 MHz. Une dysfonction diaphragmatique était retenue si l'excursion d'au moins une coupole était inférieure à 20 mm. L'incidence de la dysfonction diaphragmatique était évaluée selon le type d'incision. Les durées de ventilation invasive et la durée de séjour en réanimation étaient comparées selon qu'il y ait ou non une atteinte diaphragmatique. Tests statistiques : Mann et Whitney, test exact de Fisher ou Chi-2. $P < 0,05$ était considéré comme significatif.

Résultats : Soixante-treize transplantations thoraciques étaient effectuées durant l'étude, 5 patients sont décédés précocement sans évaluation possible. Soixante-huit ont pu être évalués parmi lesquelles 36 transplantations cardiaques, 27 transplantations bipulmonaires, 3 transplantations monopulmonaires et 2 transplantations cardio-pulmonaires. L'incidence globale de dysfonction diaphragmatique était de 47 % mais variait selon le type d'incision. L'atteinte concernait 21 % des 38 sternotomies médianes, 96 % des 23 thoracotomies bilatérales avec sternotomies transverses et 29 % des 7 thoracotomies sans sternotomies. Seule la thoracotomie bilatérale avec sternotomie transverse était significativement liée avec la survenue d'une dysfonction diaphragmatique post opératoire. ($p < 0,0001$; OR = 4,4). L'atteinte diaphragmatique était bilatérale dans 7 cas sur 8 après sternotomie et dans 16 cas sur 22 après thoracotomie bilatérale avec sternotomie transverse. On ne mettait pas en évidence d'effet propre de l'atteinte diaphragmatique ni sur les durées de ventilation post opératoires ni sur les durées de séjour en réanimation.

Discussion : Ce travail a montré qu'une dysfonction diaphragmatique était fréquente après transplantation voire quasi constante après thoracotomie combinée avec sternotomie transverse, voie électorale des transplantations bi pulmonaire sous circulation extracorporelle avec canulation centrale. Pour autant, cette atteinte diaphragmatique ne retardait pas l'extubation, peut-être du fait d'un recours systématique à la ventilation non invasive.

Conclusion : L'incidence de la dysfonction diaphragmatique après transplantation thoracique peut varier selon la voie d'abord chirurgicale. Le suivi échographique de la cinétique diaphragmatique pourrait permettre de d'améliorer la prise en charge respiratoire des transplantés thoraciques.

Bibliographie

1. Ferdinande P, Bruyninckx F, Van Raemdonck D, et al (2004) Phrenic nerve dysfunction after heart-lung and lung transplantation. *J Heart Lung Transplant* 23:105-9

FC108

Critères de succès d'extubation dans une population de patients cérébrésés. Étude préliminaire

T. Godet¹, R. Chabanne², S. Kauffmann², C. Fernandez-Canal¹, R. Blondonnet³, D. Guelon³, J.M. Constantin⁴, J.E. Bazin⁵, P. Schoeffler⁶
¹Département d'anesthésie-réanimation chirurgicale, CHU de Clermont-Ferrand, Clermont-Ferrand, France

²Neuroréanimation, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand, France

³Service de réanimation polyvalente, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand, France

⁴Service de réanimation adulte et de soins continus, CHU Estaing, Clermont-Ferrand, France

⁵Département d'anesthésie-réanimation chirurgicale, CHU Estaing, Clermont-Ferrand, France

⁶Département d'anesthésie-réanimation chirurgicale, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand, France

Introduction : Le retard de sevrage de la ventilation mécanique conduit à une hausse de la morbidité des patients de réanimation. Les patients cérébrésés réussissent généralement les épreuves de sevrage conventionnelles. Par contre, ils connaissent un taux d'échec d'extubation souvent plus important que la population générale de réanimation (entre 10 et 35 % contre 5 à 20 %). Il existe en effet, une incertitude concernant la capacité de ces patients à pouvoir protéger leurs voies aériennes, gérer le carrefour pharyngolaryngé et réaliser leur toilette bronchique. L'objectif de cette étude préliminaire est d'identifier les facteurs prédictifs de succès d'extubation dans cette population.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective observationnelle réalisée dans 3 réanimations d'un même CHU. Tous les patients consécutifs admis pour lésion cérébrale, ventilés mécaniquement pendant plus de 48 heures et prévus pour une extubation ont été inclus. Le critère de jugement principal est le taux d'échec d'extubation, défini comme une réintubation dans les 48 heures. La normalité de la répartition des données a été étudiée par le test de Shapiro-Wilk. Les données ont ensuite été comparées soit par le test de Student, soit par le test de Mann-Whitney-Wilcoxon. Les résultats sont présentés sous forme de médiane et valeurs extrêmes ou interquartiles.

Résultats : Le nombre de patients inclus dans notre étude était de 51 patients sur la période de juillet 2012 à juin 2013. Le taux d'échec d'extubation était de 27 %. Le score de Glasgow à l'admission en réanimation était respectivement de 9 (3-15) dans le groupe succès (S) et de 4 (3-13) dans le groupe échec (E) ($p = 0,035$) sans différence significative du score IGS II (33 ± 15 vs 46 ± 16 respectivement, $p = 0,14$). A l'admission, les groupes étaient comparables notamment concernant les antécédents pulmonaires et les étiologies de lésion cérébrale. Les durées de ventilation mécanique préextubation étaient semblables (18 (3-81) vs 10 (6-56) jours respectivement, $p = 0,37$). Les scores de Glasgow au moment de l'extubation n'étaient pas significativement différents (10 (4-11) vs 11 (7-11) respectivement, $p = 0,10$). Les critères associés à un succès d'extubation étaient la présence d'un réflexe nauséux (84 % (S) vs 36 % (E), $p = 0,002$) et l'existence d'un suivi du regard (81 % (S) vs 36 % (E), $p = 0,02$). Les valeurs de « Base Excess » étaient significativement différentes entre les deux groupes ($3,4 \pm 3,0$ vs $0,1 \pm 2,2$ respectivement, $p < 0,001$), bien que les pH, PaCO₂ et la lactatémie soient identiques. Il n'y avait pas de différence concernant les scores de toux, de déglutition, de sécrétions trachéobronchiques et de delirium entre les 2 groupes. La durée de séjour était plus importante dans le groupe échec d'extubation (18 (11-25) vs 31 (25-37) jours respectivement, $p = 0,049$), sans différence de mortalité (aucun décès en réanimation). Les causes d'échec d'extubation comprenaient 7 encombrements trachéobronchiques (50 %), 5 troubles de la déglutition (36 %), 4 absences de toux (29 %), 3 dyspnées laryngées (21 %) et 3 hypoxémies (21 %), avec plusieurs causes possibles.

Discussion : Le taux d'échec d'extubation retrouvé dans notre cohorte est élevé mais en accord avec les données de la littérature. Le suivi du regard semble être un critère prédictif de succès d'extubation pouvant correspondre à un état de conscience plus élevé. La capacité à déglutir semble également importante, traduite par l'existence d'un réflexe nauséux. Cependant, ces résultats sont à manier avec prudence en raison du faible nombre de patients inclus.

Conclusion : Les critères d'échec d'extubation des patients cérébro-lésés ne sont, à l'heure actuelle, pas identifiés et des études de plus ample envergure sont nécessaires.

Bibliographie

1. Coplin WM, Pierson DJ, Cooley KD, et al (2000) Implications of extubation delay in brain injured patients meeting standard weaning criteria. *Am J Respir Crit Care Med* 161:1530-6
2. Lazaridis C, DeSantis SM, McLawhorn M, et al (2012) Liberation of neurosurgical patients from mechanical ventilation and tracheostomy in neurocritical care. *J Crit Care* 27:417.e1-e8

FC109

Enquête de pratique sur la réhabilitation précoce des patients ventilés en unité de réanimation adulte (RepRea)

N. Dousse¹, A. Constan², T. Pham³, J. Roeseler⁴, S. Delisle⁵, S. Gérard⁶, J. Simons⁷, T. Sottiaux⁸, A. Mercat⁹, J.C.M. Richard¹, N. Terzi¹⁰

¹Service de soins intensifs, hôpitaux universitaires de Genève, Genève, Suisse

²Service de réanimation médicale, CHU Henri-Mondor, Créteil, France

³Service de réanimation médico-chirurgicale, CHU Tenon, Paris, France

⁴Service de soins intensifs, Clinique Saint-Luc, Bruxelles, Belgique

⁵Service de pneumologie, hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, Montréal, Canada

⁶Service de soins intensifs, hôpital Pourtales, Neuchâtel, Suisse

⁷Service de soins intensifs, CHU Vaudois, Lausanne, Suisse

⁸Service de soins intensifs, clinique Notre-Dame-de-Grâce, Gosselies, Belgique

⁹Service de réanimation médicale et de médecine hyperbare, CHU d'Angers, Angers, France

¹⁰Service de réanimation médicale, Inserm U1075, CHU Côte-de-Nacre, Caen, France

Introduction : Les atteintes neuromusculaires sont fréquentes chez les patients de réanimation, particulièrement lorsqu'ils sont ventilés. Les conséquences sont maintenant bien décrites : difficultés de sevrage de la ventilation mécanique, augmentation de la durée du séjour en réanimation et à l'hôpital, dégradation de la qualité de vie. Parallèlement, la faisabilité de la réhabilitation précoce a été démontrée et sa prise en charge a fait l'objet d'une réunion d'experts [1]. Il n'existe à notre connaissance aucune donnée concernant la pratique clinique de la réhabilitation précoce en réanimation. Nous avons donc mené une enquête de pratiques au sein d'unités de réanimation francophones adultes.

Matériels et méthodes : Un questionnaire a été envoyé sous la forme d'une enquête en ligne aux services membres du Réseau Européen de Recherche en Ventilation Artificielle (ReVA) et de la Société

Internationale en Ventilation Artificielle (SIVA) après accord de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Dans chaque service participant, un questionnaire unique a été rempli par un médecin et/ou par la (es) personne(s) référente(s) de la réhabilitation. Les résultats sont exprimés en moyenne (\pm déviation standard) et médiane [intervalle interquartile].

Résultats : 115 questionnaires complétés par 115 services ont été analysés. 69 % des services répondants étaient Français, les autres émanaient de Suisse, de Belgique et du Canada. Ceux-ci comprennent 15 [10-18] lits, ont une durée de séjour de 6,8 [5-9] jours et réalisent 635 [450-1 000] admissions par an dont 350 [222-500] sont des patients ventilés de manière invasive. Seuls 5 % des services possèdent une unité dédiée au sevrage de la ventilation. La majorité des services déclare avoir une procédure standardisée de sevrage de la ventilation (51 %), une procédure de gestion de la sédation (72 %), et réalise une diminution quotidienne de la sédation (63 %). Une minorité de services déclare disposer d'une procédure standardisée de réhabilitation (7 %). La réhabilitation est pratiquée en moyenne $5 \pm 1,3$ jour par semaine. La durée de réhabilitation est en moyenne de 40 (± 24) minutes par jour et par patient en bénéficiant. Les patients ventilés, qu'ils soient conscients ou non, sont fréquemment mobilisés (97 % et 86 % des cas). Parmi les services répondeurs, 81 % déclarent mettre régulièrement les patients trachéotomisés au fauteuil et 56 % les patients intubés-ventilés ; 25 % déclarent faire déambuler les patients intubés-ventilés, 29 % les patients sous ventilation non-invasive et 45 % les patients trachéotomisés. La réhabilitation consiste pour 61 % d'entre eux en un traitement combinant un travail manuel et mécanique. Les obstacles à la réhabilitation précoce sont le manque de temps pour 74 % des répondants, le manque de personnel disponible (70 %) et l'administration de sédation (55 %). La comparaison des services Français aux autres pays francophones met en évidence des séances de réhabilitation moins fréquentes ($5,7 \pm 1,4$ vs $4,9 \pm 0,9$ jours ; $p < 0,001$) et plus courtes (30 vs 45 minutes, $p = 0,002$). En France, une équipe spécifique dédiée à la réhabilitation est plus rare (9 % vs 31 % ; $p = 0,008$), la modification de l'analgésie par l'infirmière est moins fréquente (70 % vs 94 % ; $p = 0,023$). La réhabilitation en dehors de la France consiste plus rarement en un traitement exclusivement manuel (0 % vs 32 % ; $p < 0,001$), les services y sont mieux équipés en matériel dédié à la réhabilitation, notamment plus de fauteuils spécifiques 14 [5,5-15] vs 9 [3-13] ($p = 0,03$), de cycloergomètres pour les membres inférieurs 2 [1-2] vs 1 [1-2] ($p < 0,001$) et de *legpress* 1 [1-2] vs 1 [1-1] ($p = 0,004$).

Conclusion : Cette enquête montre des hétérogénéités en matière de réhabilitation des malades ventilés. Si la plupart des services répondeurs déclarent mettre au fauteuil les patients ventilés, moins de la moitié fait déambuler les patients trachéotomisés et moins de 1 sur 4 fait déambuler les patients intubés.

Référence

1. Roeseler J, Sottiaux T, Lemaile V, et al (2013) Prise en charge de la mobilisation précoce en réanimation, chez l'adulte et l'enfant (électrostimulation incluse). *Réanimation* 22:207-18