

Session orale IDE 2

Nurses oral session 2

© SRLF et Springer-Verlag France 2013

SOI008

Évaluation du bruit dans une unité de réanimation polyvalente et mise en place d'une stratégie visant à limiter les nuisances sonores

C. Charra¹, M. Direz¹, H. Jallu¹, F. Zeni², M. Darmon², E. Fortier³, S. Mondiere⁴

¹Réanimation polyvalente, CHU Saint-Étienne, Saint-Étienne, France
²Service de réanimation médicochirurgicale, CHU Saint-Étienne, Saint-Étienne, France

³Qualité, CHU Saint-Étienne, Saint-Étienne, France

⁴Réanimation polyvalente, CHU Saint-Étienne, hôpital Nord, Saint-Étienne, France

Introduction : La conférence de consensus « mieux vivre en réanimation » de 2009 souligne que les premières sources d'inconfort rapportées par les patients sont les nuisances sonores [1]. De même, leur aptitude à faire face au stress provoqué par le bruit est amoindrie. L'OMS recommande que le niveau sonore à l'hôpital soit inférieur à 45 dB le jour et 35 dB la nuit [2]. Devant la plainte récurrente des patients, des familles, et des professionnels concernant le volume sonore de notre unité de réanimation, nous avons souhaité évaluer la sonorité au sein du service, évaluer les causes de bruit et mettre en place des mesures correctives.

Patients et Méthodes : Un groupe de travail composé de trois infirmières, d'un cadre de santé, d'un ingénieur du service qualité de l'établissement a permis d'évaluer le ressenti et les connaissances des professionnels sur le bruit par l'intermédiaire d'un questionnaire. L'ensemble des catégories de personnels (66,3 ETP professionnels paramédicaux, 13,5 ETP médicaux et 4 ETP pour les autres) de cette unité de réanimation médico-chirurgicale de 15 lits a été interrogé. Le groupe s'est parallèlement documenté sur les normes en matière de bruit dans les établissements de santé ainsi que sur les conséquences du bruit sur les patients et sur les soignants. Enfin, des relevés sonométriques ont permis d'obtenir des données objectives sur la sonorité dans le service de réanimation et dans la chambre d'un patient. Ces relevés ont été effectués par un sonomètre de marque ESSILOR – modèle CLS95 et les données ont été extraites grâce au logiciel 01dB-METRAVIB.

Résultats : 100 questionnaires ont été remis aux professionnels, avec un taux de retour de 73 %. L'analyse met en évidence que 96 % des soignants percevaient une nuisance sonore considérée comme importante pendant la journée. Seulement 3 % des personnes interrogées

connaissent les seuils de décibel préconisés pour les établissements de santé. Les relevés sonométriques dans notre unité sont rapportés dans le tableau ci-joint et confirment la perception des patients et des professionnels de santé.

Les causes de bruit identifiées étaient la fréquence et le volume des alarmes des appareils de surveillance (scopes, respirateurs, seringues électriques), ainsi que les nuisances sonores liées aux téléphones et interphones. Seuls 38 % des soignants avaient conscience d'être eux même source de bruit dans l'unité.

Discussion : Cette évaluation a confirmé les nuisances sonores et l'importance de ces dernières dans notre unité. Elle a permis de discuter et de mettre en place des mesures correctrices. La principale mesure corrective a été de diminuer les réglages par défaut des scopes en réduisant le volume sonore des appareils à 20 %. Nous avons diminué le nombre de postes téléphoniques, utilisé le mode vibreur de ces appareils dès que possible et fait remplacer l'interphone utilisé par les familles afin que les appels soient transférés directement sur un DECT. Enfin, ce travail nous a autorisé à élaborer un guide des bonnes pratiques pour aider les soignants dans le réglage des alarmes, l'utilisation plus systématique du mode privé des scopes, la mise à disposition des bouchons d'oreilles pour les patients et la sensibilisation des professionnels sur leur comportement. Ces mesures seront suivies de relevés sonométriques au cours du premier semestre 2014 afin d'en évaluer l'impact sur la sonorité de l'unité.

Conclusion : Ce travail a confirmé l'importance des nuisances sonores dans notre unité et a permis d'identifier des facteurs sur lesquels des mesures correctrices pouvaient être envisagées. Les données objectives montrent que le niveau sonore dépasse largement les recommandations de l'OMS, atteint fréquemment les seuils dits de risque (90 dB) et parfois les seuils de la douleur (120 dB). Ces données sont largement supérieures à celles retrouvées récemment dans la littérature [2]. La sensibilisation et la formation des professionnels de ces unités techniques devraient permettre de réduire les nuisances sonores et ainsi améliorer le vécu des patients et des soignants.

Références

1. Mieux vivre la réanimation. 6^e conférence de consensus SRLF-SFAR: 2009
2. Darbyshire JL, Young JD (2013) An investigation of sound levels on intensive care units with reference to the WHO guidelines. Crit Care 17:R187

	Jour		Nuit	
	Pic	Moyenne	Pic	Moyenne
Unité centrale	124,4 dB	88,1 dB	102,6 dB	76,2 dB
Chambre patient	84,5 dB	68,1 dB	88,1 dB	64,1 dB

SOI009**Mise en place d'un comité de retour d'expérience dans un service de réanimation**

M. Bouchier, E. Havard, K. Guinoiseau, C. Gautier, C. Dupéron, M. Vaudour, P. Richardeau, A. Almeida, K. Robillard, R.-P. Demon, A.-S. Tregaro, A. Legras

Service de réanimation médicale, CHU de Tours, hôpital Bretonneau, Tours, France

Introduction : Les services de réanimation sont des secteurs à risque et ont l'obligation de mettre en place des revues de morbi-mortalité. En complément, dans le cadre de la démarche qualité du service, un comité de retour d'expérience (CREX) était mis en place. Il s'agit d'une démarche collective dont les objectifs sont d'identifier les risques, d'analyser les événements précurseurs et/ou les presque accidents sans conséquence sur le patient, la famille ou le matériel, de s'interroger sur leur caractère évitable et de proposer des actions d'amélioration.

Matériels et méthodes : Un groupe pluridisciplinaire (médecins, cadres, infirmières et aides-soignantes) était constitué dans le service de réanimation piloté par un des médecins du service après information des professionnels. La mise en œuvre du comité était accompagnée par un praticien pilotant un CREX dans un autre service et faisant partie du comité qualité de l'établissement. Les outils institutionnels proposés étaient utilisés et validés par le trio de pôle (charte de confiance pour la gestion des risques, fiche de signalement). Une urne de recueil des signalements était placée dans chaque unité. Un tableau de déclaration et un tableau de bord du suivi étaient mis en place ainsi qu'un modèle de compte-rendu. Le calendrier des réunions était défini. L'ordre du jour comportait l'approbation du compte-rendu précédent, l'analyse selon la méthode ALARM de l'événement choisi lors de la réunion précédente, le rapport des actions d'amélioration proposées, la lecture des événements déclarés, le choix de l'événement à analyser et la désignation des pilotes.

Résultats : Depuis la mise en place du CREX en octobre 2010, 16 réunions ont eu lieu. Le nombre d'événements déclarés était de 347 (organisation $n = 114$, circuit du médicament $n = 74$, acte de soin $n = 52$, dispositif médical $n = 32$, appareil biomédical $n = 26$, transmission d'information $n = 22$, autres $n = 27$). Les déclarations étaient faites par les infirmières ($n = 174$), les médecins ($n = 92$), les aides-soignantes ($n = 36$), les secrétaires ($n = 9$), les cadres ($n = 7$), les ASH ($n = 3$) et des professionnels autres ou non identifiés ($n = 26$). Le nombre d'actions d'amélioration était de 30 dont 24 actions étaient réalisées et 6 restaient en cours.

Discussion : Les actions d'amélioration proposées permettaient principalement l'amélioration de la prise en charge des patients dont par exemple la procédure de nettoyage des housses de matelas, l'utilisation à usage unique des débitmètres de pointe, les supports de montage et vérification des respirateurs, le dossier de sortie des patients ou la rationalisation de l'utilisation des régulateurs de débit de perfusion. Les limites et difficultés de cette démarche qualité après trois ans de fonctionnement étaient le manque d'évaluation objective des actions correctives réalisées, la diminution du nombre de déclarations, la participation fluctuante aux réunions, et la difficulté de pérennisation de l'efficacité des actions menées nécessitant un renouvellement régulier de l'information.

Conclusion : La mise en place d'un CREX dans un service de réanimation permet de réaliser des actions d'amélioration de la qualité des soins. C'est une évolution des pratiques dans l'action de déclarer des événements indésirables qui se positionne dans l'obligation de l'évaluation des pratiques professionnelles.

SOI010**Évaluation de la douleur chez des patients intubés ventilés sous sédation-analgésie en réanimation**

C. Gane¹, L. Geron Pineda²

¹Réanimation polyvalente, CHRU Dupuytren Limoges, Limoges, France

²Réanimation, CHRU Dupuytren Limoges, Limoges, France

Introduction : Afin d'évaluer la douleur des patients en Réanimation de façon objective, il est recommandé d'utiliser une échelle de douleur comportementale. Notre grille de référence est la BPS (*Behavioural Pain Scale*) mise en place dans notre service depuis 2011. Malgré l'utilisation de cette échelle, l'évaluation de la douleur n'est ni régulière ni systématiquement tracée dans le dossier de soins informatisé. **Objectif du travail :** développer une culture d'évaluation de la douleur en sensibilisant les équipes aux pratiques en cours dans d'autres établissements et en évaluant l'utilisation de la BPS, avant et après une formation personnalisée et adaptée aux infirmières.

Matériels et méthodes : Afin de comparer les pratiques, 4 infirmières ont réalisé des stages sur 2 hôpitaux (octobre 2012) utilisant une grille d'évaluation de la douleur : le service de Réanimation Médicale de l'Hôpital Bicêtre à Paris utilisant l'échelle VICOMORE et le service de Réanimation Polyvalente du CHU de Grenoble, utilisant l'échelle BPS. Dans un premier temps, à la suite de ces stages, un questionnaire a été élaboré pour évaluer les pratiques infirmières, ainsi qu'un requêtage informatique concernant 100 dossiers tirés au sort (système ICIP, Philips), de patients intubés ventilés, sous analgésie-sédation continue. Dans un second temps, en juin 2013, une formation individualisée des infirmières a été organisée. Elle consistait à rappeler les critères et la méthode d'utilisation de la BPS. Une plaquette individuelle d'utilisation des antalgiques en Réanimation était remise au décours de cette formation. Notre objectif était que la douleur soit évaluée au minimum une fois par équipe. Dans un troisième temps, un nouveau requêtage informatique aléatoire a été réalisé, il concernait 100 dossiers tirés au sort pour évaluer l'impact de la formation.

Résultats : Le questionnaire montre que sur 36 infirmières interrogées, 8 ne connaissent pas la BPS, 3 la connaissent mais ne l'utilisent pas, et 25 l'utilisent sans respecter les critères d'utilisation et seulement 1 fois/24 h. Le requêtage informatique concernant des patients intubés, ventilés, sous sédation-analgésie continue fait avant et après formation, montre les résultats suivants : avant formation 10 % des patients n'étaient jamais évalués et lorsqu'ils étaient évalués c'était inférieur à 1 fois par équipe dans 66 % des cas. Après formation tous les patients sont évalués et l'évaluation est supérieure à 1 fois par équipe dans 60 % des cas.

Discussion : La prise en charge de la douleur par les professionnels de santé est un droit fondamental du patient. Ce travail montre que le nombre de patients dont la douleur a été évaluée au moins une fois par équipe a augmenté après une action de sensibilisation et de formation des équipes. Cette évaluation demande un sens aigu de l'observation : expression du visage, tonus des membres supérieurs, adaptation au respirateur. La formation effectuée dans notre service doit être poursuivie avec des actions de corrections individuelles, car parmi les 59 % des patients évalués par la BPS, 52 % ont eu une évaluation irrégulière de la douleur, les intervalles entre chaque évaluation restant très arbitraires.

Conclusion : Cette étude montre que l'évaluation de la douleur des patients intubés ventilés sous sédation-analgésie continue reste difficile à standardiser même après une formation ciblée des équipes infirmières. Un accompagnement à plus long terme s'avère nécessaire avant de réaliser une nouvelle évaluation de nos pratiques.

SOI011**Où en est-on sur la perception paramédicale du travail en équipe ?**

M. Nyunga¹, P. Ruggiero², J. Pirog², I. Polle²,
A. El Yaghmour², C. Claus²

¹Service de réanimation, centre hospitalier de Roubaix, Roubaix, France

²Réanimation polyvalente, centre hospitalier de Roubaix, Roubaix, France

Introduction : En cette époque de la culture sécurité, il nous a paru important d'évaluer la perception paramédicale du travail en équipe dans notre service de réanimation polyvalente du centre hospitalier de Roubaix. En effet l'harmonie entre les infirmiers (IDE) et les aides-soignants (AS) au sein d'une équipe permet une meilleure qualité de soin pour le patient et un bien-être pour le professionnel. Les objectifs de cette enquête sont donc de sensibiliser chaque membre du personnel sur la nécessité d'un travail en équipe, ainsi que d'établir des axes concrets d'amélioration au sein de notre service.

Patients et méthodes : Un questionnaire anonyme a été adressé aux 30 AS et 45 IDE d'un service de réanimation polyvalente de 25 lits. Il contenait des questions à items fermés sur 5 dimensions : profil, structure de l'équipe, direction, contrôle de la situation, soutien mutuel et communication.

Résultats : Ont répondu 26 AS/30 (86,6 %) et 38 IDE/45 (84,4 %). Les AS se constituaient de 6 hommes et 20 femmes, respectivement d'âge moyen de 48,8 ans [40-55] versus (vs) 43,9 ans [30-56], d'expérience professionnelle moyenne en réanimation de 13,5 ans [7-22] vs 11 ans [1,5-32]. Les IDE se composaient de 7 hommes et 31 femmes respectivement d'âge moyen de 33,3 ans [29-44] vs 37,7 ans [22-58], d'expérience professionnelle moyenne en réanimation de 8,2 ans [2-19] vs 10,6 ans [0,5-33]. En ce qui concerne la dimension « structure », 69 % des IDE vs 77 % des AS pensent que les compétences se complètent, alors que 26 % des IDE vs 15 % des AS sont neutres. Néanmoins la majorité des IDE (84,6 %) et des AS (81 %) acceptent la notion de responsabilité collective. Cependant 41 % des IDE vs 50 % estiment partager des informations cruciales au bon moment ; et seulement 26,2 % des IDE vs 34,6 % des AS estiment que l'utilisation des ressources au sein de l'équipe est efficace. Seulement 17,9 % des IDE vs 57,7 % des AS perçoivent les objectifs du service. En ce qui concerne la dimension « direction », 42,3 % des AS vs 48,7 % d'IDE disent ne pas être sollicités par le cadre lors des prises des décisions, après un incident ou pour développer un plan de soin pour un patient. Seuls 23 % des AS et IDE estiment le cadre capable de générer une bonne ambiance. En ce qui concerne la dimension « contrôle de la situation », 53,8 % des AS vs 38,5 % des IDE pensent que l'équipe anticipe les besoins des autres. La majorité des IDE (64,1 %) et des AS (73,1 %) échangent des informations pertinentes et corrigent mutuellement les erreurs. En ce qui concerne la dimension « soutien mutuel », il existe une entraide en fonction de la charge de travail (75,4 % des AS - 71,8 % des IDE). 46,1 % des AS vs 57,6 % des IDE se targuent du fait que l'équipe sait plaider pour le patient. Enfin pour la dimension « communication », la majorité des AS (69,2 %) et des IDE (79,5 %) utilisent une méthode de transmission standardisée, et vérifient oralement les informations reçues d'un collègue. Le personnel a le souci de donner des informations claires au patient et à la famille, et de consacrer du temps de conversation au patient (56,4 % IDE vs 53,8 % des AS).

Conclusion : La coopération en équipe des AS-IDE commence par une bonne compréhension de ce qu'est en réanimation la structure de soin ainsi que ses objectifs : optimiser la prise en charge du patient dans un environnement serein. Il est également essentiel d'œuvrer au renforcement de l'encadrement du personnel paramédical, de favoriser

la communication et la diffusion d'informations pertinentes de façon plus efficace. Ce sont les axes de travail, auxquels s'attaquera notre service, qui perçoit plus que jamais toutes les dimensions, qu'implique un travail en équipe.

SOI012**Respect des objectifs de pression artérielle chez les patients traités par noradrénaline**

N. Patouillard, A. Malatray, M. Lassaing, R. Hernu, M. Cour, L. Argaud

Service de réanimation médicale, CHU de Lyon, hôpital Édouard-Herriot, Lyon, France

Introduction : La noradrénaline est une catécholamine utilisée quotidiennement en réanimation pour maintenir une pression artérielle moyenne (PAM) adéquate. Son index thérapeutique est étroit. Les sous-dosages ainsi que les surdosages peuvent être délétères pour les patients. Il apparaît donc nécessaire de maintenir la PAM dans des bornes thérapeutiques prédéfinies. Le but de ce travail a été d'étudier l'adéquation entre la PAM effective et les objectifs de pression prescrits chez les patients traités par noradrénaline.

Patients et méthodes : Pendant une période de 3 mois, chez tous les patients traités par noradrénaline pendant plus de 6 heures, les PAM ont été analysées. Des objectifs de PAM étaient prescrits chez tous les patients. Les mesures de PAM étaient recueillies toutes les heures pendant un maximum de 72 heures. Le critère de jugement principal de l'étude était le temps pendant lequel la PAM mesurée se situait en dehors des objectifs thérapeutiques.

Résultats : Pendant la durée de l'étude, parmi les 186 patients admis en réanimation, 50 (27 %) ont été traités par noradrénaline pendant plus de 6 heures. Les caractéristiques des patients étaient les suivantes : âge : 61 ± 17 ans ; sexe masculin : 56 % ; admission médicale : 98 % dont 36 chocs septiques (72 %) ; score IGS II : 58 ± 18 ; durée de séjour : 10 ± 10 jours ; mortalité en réanimation : 13/50 (26 %). Les objectifs de PAM prescrits étaient : 65-75 mmHg chez 38 (76 %) patients ; 70-80 mmHg chez 9 (18 %) patients et 80-90 mmHg chez 3 (6 %) patients. Le temps d'exposition à la noradrénaline pendant la période d'observation était en moyenne de 42 ± 22 heures. La PAM se situait en dehors des objectifs thérapeutiques pendant 19 ± 11 heures, soit 50 ± 20 % du temps d'exposition. La PAM était inférieure à l'objectif thérapeutique prescrit pendant 6 ± 8 heures (14 ± 16 % du temps d'exposition) et au-dessus de cet objectif pendant 12 ± 9 heures (33 ± 23 % du temps).

Conclusion : Nos résultats indiquent que lors d'un traitement par noradrénaline, la PAM se situe fréquemment en dehors des objectifs attendus : dans environ de la moitié du temps d'exposition dans ce travail. Cette étude incite à réfléchir à des moyens simples pour améliorer la qualité de ce soin.

SOI013**Connaissance et pratique de nutrition dans les services de réanimation : résultats d'une enquête auprès des infirmiers belges francophones**

M. de Ryckere, J.C. Preiser

Service de réanimation médicochirurgicale, hôpital Erasme, Bruxelles, Belgique

Introduction : Bien que son importance ait été largement démontrée dans de nombreux travaux, la prise en charge nutritionnelle des patients

de réanimation reste trop souvent peu présente dans le programme de formation des futurs infirmiers de réanimation. Au quotidien, lors de la prise en charge des patients aigus, cet aspect passe trop souvent au second plan. Nous avons voulu analyser les connaissances et les pratiques des infirmiers belges francophones de réanimation.

Patients et méthodes : Pour cela, un questionnaire « en ligne » a été envoyé aux membres de la Société Belge des Infirmiers de Soins Intensifs (SIZ-Nursing), en collaboration avec la Société Belge de Nutrition Clinique. Les questions posées étaient relatives à l'expérience professionnelle, les connaissances théoriques et les aspects pratiques de la gestion de la nutrition.

Résultats : Deux-cents vingt infirmiers, travaillant dans 52 unités différentes de réanimation, ont répondu à celui-ci. Sur l'ensemble des répondants, 34 % avaient une ancienneté de 2 à 10 ans, 30 % de plus de 20 ans, 20 % de 10 à 20 ans et 7 % de moins de 2 ans. En ce qui concerne la partie connaissances, le taux moyen de bonnes réponses aux 8 questions posées est de 57 %. En ce qui concerne l'aspect pratique, la nutrition entérale (NE) est administrée de façon continue dans 95 % des réponses. Elle est dans 85 % des réponses débutée avant les 48 premières heures de séjours et dans 45 % avant les premières 24 heures. 67 % des personnes ayant répondu au questionnaire disent utiliser une nutrition parentérale complémentaire à la NE avant le 5ème jour de NE. Parmi ces 67 %, 6 % des personnes interrogées l'utilise dès l'instauration de la NE. La mesure du volume gastrique résiduel est réalisée chez 95 % des répondants. Le volume seuil avant modification est variable mais la majorité (78 %) se situe entre 150 et 350 ml. L'adaptation du débit suite à un volume résiduel élevé est aussi fortement variable et les prokinétiques sont utilisés dans 27 % des réponses. 61 % des répondants possèdent un protocole de support nutritionnel dans leur service et 66 % une diététicienne attachée à celui-ci.

Conclusion : L'analyse des résultats a permis de mettre en évidence que les connaissances des infirmiers peuvent être améliorées. Les pratiques quotidiennes ne suivent pas totalement les dernières recommandations. Afin d'améliorer ceci, diverses formations doivent être proposées aux infirmiers. Enfin, une nouvelle évaluation réalisée après celles-ci devrait permettre de connaître leurs bénéfices.

SOI014

Évaluation de l'utilisation d'un nouveau protocole de curarisation en post-arrêt cardiaque

C. Boulila, G. Geri, A. Marincamp, S. Ben Abdallah, C. Bellotti, V. Coic, R. Lauerjat, N. Ericher, J.P. Mira, A. Cariou
Service de réanimation médicale, CHU Cochin–
Saint-Vincent-de-Paul, Site Cochin, Paris, France

Introduction : En post arrêt cardiaque (ACR), l'hypothermie thérapeutique (HT) fait désormais partie des thérapeutiques recommandées.

Une curarisation est actuellement fréquemment utilisée pour faciliter la mise en œuvre et le maintien de celle-ci. Cependant, l'utilisation prolongée des curares expose à des complications et retarde l'évaluation neurologique des patients. A l'occasion d'un changement de procédure visant à réduire la dose administrée, nous avons comparé les effets de cette nouvelle stratégie avec notre ancienne procédure.

Patients et méthodes : étude rétrospective, monocentrique de type avant/après l'introduction d'un nouveau protocole de curarisation. Le premier groupe (G1) était constitué des patients consécutivement admis en réanimation pour ACR entre mai et septembre 2012, période où l'ancien protocole (curarisation tout au long de l'hypothermie) était utilisé. Le deuxième groupe (G2) était constitué des patients consécutivement admis pour ACR entre mai et septembre 2013, après la mise en œuvre du nouveau protocole (curarisation uniquement à l'induction de l'hypothermie et en cas de frissons pendant celle-ci). Les ACR de toute cause étaient inclus mais la durée de l'hospitalisation devait être d'au moins 48 heures. Les durées de sédation, de curarisation et de ventilation mécanique ont été comparées.

Résultats : 48 patients (37 hommes, d'âge médian 65,7 [50,6-75,6] ans) ont été inclus : 25 patients G1 et 23 G2. L'ACR était lié à une cause cardiaque dans 32 (66,7 %) cas, avec des no-flow et un low-flow médians respectivement à 5 [1-7] minutes et 19 [6-25] minutes. Les caractéristiques épidémiologiques et cliniques étaient similaires dans les deux groupes. Une HT était réalisée dans 45 (93,8 %) cas, sans différence entre les deux groupes. Une sédation par midazolam et fentanyl était réalisée dans tous les cas (G1 et G2), de l'admission jusqu'au réchauffement, soit pendant une durée médiane de 36 [32-39,5] heures. Une hypothermie dès l'admission était observée dans 5 (10,4 %) cas. La durée de la sédation était significativement moins longue dans le groupe G2 que dans le groupe G1 (34 [21-36] vs 37 [24-42] heures, $p = 0,04$). La durée de curarisation était également plus courte (32 [25-38] vs 6 [2,8-8] ; $p < 0,0001$). La curarisation initiale a pu être totalement évitée chez un patient G2, hypothermie à l'arrivée sans frissons. Des bolus et la reprise d'une perfusion continue de curares au cours de l'HT ont été nécessaires chez respectivement 10 (47,6 %) et 9 (39,1 %) patients G2. La durée médiane de ventilation mécanique (5 [2-10] vs 4 [4-6], $p = 0,82$) et du séjour en réanimation (5 [2-10] vs 6 [4-7], $p = 0,60$) étaient similaires dans les deux groupes. La survenue d'une pneumopathie acquise sous ventilation mécanique semblait moins fréquente dans le G1 que dans le G2 (13 vs 40 %, $p = 0,04$). La mortalité en réanimation était similaire dans les deux groupes (17 (68 %) décès dans G1 vs 12 (52 %) décès dans G2, $p = 0,26$).

Conclusion : Cette étude montre une diminution de la durée de curarisation initiale et de la sédation avec le nouveau protocole. Moins de la moitié des patients nécessitaient une reprise de la curarisation au cours de l'HT. Ces données doivent être confirmées par des études à plus grande échelle mais soutiennent l'hypothèse d'une innocuité de la diminution de la curarisation en post-ACR.