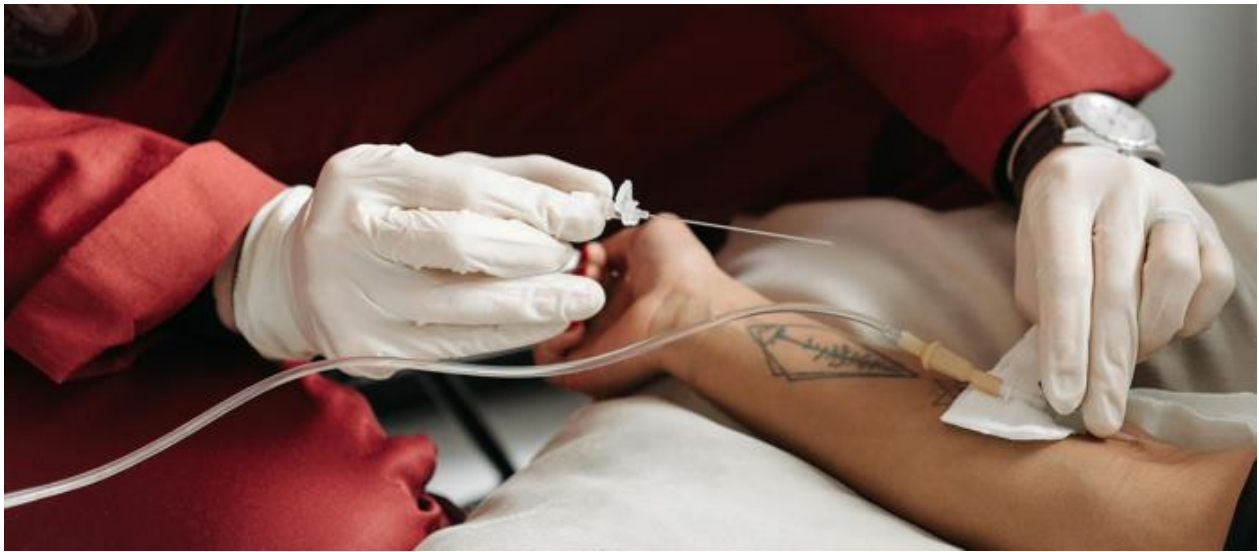


Santé / Sepsis / Recherche Médicale/Résultats d'étude

Choc septique : faut-il vraiment poser un cathéter artériel à tous les patients en réanimation ? Une grande étude française remet en question cette pratique de routine

L'essai français EVERDAC, mené dans neuf services de réanimation grâce au réseau CRICS-TRIGGERSEP, spécialisé dans les soins critiques et le sepsis, labellisé F-CRIN, montre qu'il est possible de différer la pose d'un cathéter artériel chez les patients en état de choc sans perte de chance de survie et avec moins de complications locales. Ces résultats viennent d'être publiés dans le prestigieux New England Journal of Medicine.***



Chaque année, environ **50 millions de personnes**, dont **20 millions d'enfants**, sont touchées par le sepsis, une réaction immunitaire excessive de l'organisme à une infection grave, qui demeure une **cause majeure de mortalité et de morbidité dans les services de réanimation**. Malgré les progrès de la prise en charge, les traitements restent peu personnalisés et leurs résultats hétérogènes selon les patients. Dans la plupart des services de réanimation, la pose d'un cathéter artériel, une fine sonde insérée dans une artère pour surveiller la tension en continu, est devenue un geste presque automatique chez les patients en état de choc septique. Mais cette pratique, souvent considérée comme indispensable, ne l'est pas autant qu'on le pense. C'est ce que démontre l'étude **EVERDAC** (*Early Versus Deferred Arterial Catheterization*)*, menée dans **neuf services de réanimation en France**, grâce au soutien du **réseau CRICS-TRIGGERSEP** (*Clinical Research in Intensive Care & Sepsis Trial Group for Global Evaluation and Research in Sepsis*), labellisé par F-CRIN.

Coordonnée par les **Drs Grégoire Muller et Thierry Boulain**, membres de **CRICS-TRIGGERSEP** et praticiens hospitaliers dans le **service de médecine intensive et réanimation au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Orléans**, cette étude, soutenue par le **Ministère de la Santé**, cherchait à savoir s'il est réellement nécessaire d'introduire un cathéter artériel dès les premières heures d'un choc septique, ou s'il est possible de **surveiller la tension artérielle par brassard** et de **différer la pose du cathéter sans danger**.

Une pratique très répandue... mais pas forcément justifiée

En réanimation, le **cathéter artériel est utilisé pour mesurer la tension en temps réel** et faciliter les prélèvements sanguins. Pourtant, aucune étude n'avait jusqu'ici prouvé que cette surveillance invasive améliorerait la survie. « *Nous nous sommes rendu compte que certains cathéters pouvaient être posés par habitude, pas forcément par nécessité* », explique le Dr Muller. **Et ce geste n'est pas anodin : il expose à des risques de complications** (infections, hématomes, douleurs, perte sanguines) et demande du temps de soins.

L'étude EVERDAC : tester une approche plus raisonnée

EVERDAC a comparé deux stratégies chez plus de 1 000 patients adultes admis en réanimation pour choc septique :

- **Stratégie habituelle** : pose immédiate d'un cathéter artériel.
- **Stratégie différée non invasive** : surveillance par brassard, avec pose du cathéter uniquement si l'état du patient l'exige.

Les chercheurs ont évalué la **survie à 28 jours**, la durée d'hospitalisation et les complications afin de déterminer si une approche moins invasive pouvait être aussi efficace.



Vers une réanimation plus douce

Les résultats, publiés dans *The New England Journal of Medicine*, confirment que **la stratégie différée est aussi sûre que la pose immédiate** : chez des patients en état de choc, surveiller la tension par brassard et retarder la pose d'un cathéter n'entraîne pas plus de décès à 28 jours. Par ailleurs, les **complications** liées au cathéter artériel (hématome ou saignement local) étaient **moins fréquentes avec la stratégie non invasive** : 1 % contre 8 %. Seul petit revers : le brassard automatique a provoqué un peu plus d'inconfort chez certains patients (13 % contre 9 %), sans gravité.

Cette étude pourrait **changer les pratiques en soins critiques**, en France et à l'étranger :

- Moins de gestes invasifs et de douleurs pour les patients,
- Moins de risques infectieux,
- Moins de gaspillage de matériel et de sang,
- Et un gain de temps pour les équipes soignantes.

« Notre but n'est pas de tout remettre en cause, mais d'adapter nos pratiques à chaque patient, de façon plus raisonnée et plus humaine. L'étude démontre que l'on peut **démarrer sans cathéter artériel et ne le poser qu'en cas de besoin, sans perte de chance** sur la survie, tout en **réduisant les complications locales**. » souligne le Dr Muller.

*<https://clinicaltrials.gov/study/NCT03680963>

**<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2502136>

À propos de F-CRIN

Mise en place en 2012, F-CRIN (French Clinical Research Infrastructure Network) est une plateforme nationale dédiée au développement de la recherche clinique française. Elle est portée par l'Inserm en association avec les hôpitaux, les industriels en santé et les universités, et soutenue par l'Agence nationale de la Recherche et le ministère de la Santé dans le cadre de « France Santé 2030 ». Sa mission est de fédérer les acteurs de la recherche clinique pour renforcer la compétitivité et l'attractivité de la recherche française à l'international, développer l'expertise des professionnels en mutualisant savoir-faire, ressources et moyens et, ainsi, accélérer l'appropriation de nouvelles pratiques et le développement de nouvelles solutions thérapeutiques. Aujourd'hui, F-CRIN repose sur un modèle fédératif structuré autour de 28 composantes : 26 réseaux thématiques de recherche et d'investigation clinique, une plateforme multiservices à disposition des promoteurs et investigateurs pour accompagner leurs essais, et une unité de coordination nationale, siège de l'infrastructure, installée à Toulouse. Forte de plus de 2 000 professionnels unissant leurs expertises et leurs moyens, F-CRIN constitue également l'interface française du réseau européen de recherche clinique ECRIN pour favoriser la participation des équipes et centres français aux essais cliniques multinationaux. Pour en savoir plus : <https://www.fcrin.org>

À propos de CRICS-TRIGGERSEP

CRICS-TRIGGERSEP est un réseau de recherche clinique en soins intensifs - réanimation qui concentre principalement son activité de recherche sur le sepsis. Dirigé par le Pr Ferhat Meziani et le Pr Stephan Ehrmann depuis 2021, il vise à structurer la recherche clinique au sein des unités de soins intensifs - réanimation et identifier des traitements spécifiques pour les patients atteints du sepsis. Labellisé « réseau d'excellence » par F-CRIN en 2013, CRICS-TRIGGERSEP est composé de 42 unités de soins intensifs et réanimation en France et en Belgique. 180 études cliniques sont actuellement en cours au sein du réseau, et 5000 inclusions annuelles sont réalisées chaque année au sein du réseau, un chiffre qui tend à augmenter, et a atteint 5900 en 2023. CRICS-TRIGGERSEP participe également à des publications scientifiques de qualité, entre autres, dans *The Lancet*, *JAMA* et *The New England Journal of Medicine*. Plus d'informations : <https://www.crics-triggersep.org/>

Contact Presse : EVE'VOTREDIRCOM - 06 62 46 84 82 - servicepresse@votredircom.fr