

## Lancement de la nouvelle série « Ventilation à domicile »

A. Mercat<sup>1</sup>, J.-L. Pépin<sup>2</sup>, A. Cuvelier<sup>3</sup>

En 1979, la *Revue Française des Maladies Respiratoires* publiait un numéro spécial entièrement consacré à la « ventilation assistée à domicile des insuffisants respiratoires chroniques » [1]. A cette époque, une enquête de pratique avait montré que seulement 38 % des médecins prenant en charge des patients atteints d'insuffisance respiratoire chronique (IRC), avaient recours à l'assistance ventilatoire à domicile (AVD) [2]. Vingt-cinq ans plus tard, la meilleure compréhension de la physiopathologie et de l'évolution de l'IRC, les progrès technologiques et surtout le dynamisme de quelques pionniers ont été à l'origine du très large développement qu'a connu l'AVD. En 2004, tout pneumologue clinicien est amené à prendre en charge des patients relevant de cette modalité thérapeutique. Au-delà, l'AVD concerne des professionnels de santé de plus en plus nombreux et d'horizons de plus en plus variés. Il en est ainsi, par exemple, des réanimateurs, souvent confrontés pour l'aval de leur prise en charge à la discussion d'une AVD, dans ses indications, modalités et gestion pratique. Il en est déjà ainsi des neurologues, dans la « clientèle » desquels seront sans doute de plus en plus nombreux les patients probablement susceptibles de bénéficier de cette modalité thérapeutique, au moins en terme de qualité de vie. Les pneumopédiatres ne doivent pas être oubliés : les progrès médicaux en général et les progrès techniques de l'assistance ventilatoire en particulier ont fait exploser le nombre d'enfants ventilés à domicile, et ce n'est sans doute qu'un début. La meilleure intégration de la dimension respiratoire dans la gestion des divers types de handicaps met aussi d'ores et déjà les médecins rééducateurs en première ligne de l'AVD, et là encore on peut anticiper qu'ils le seront de plus en plus. Infirmières, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, et sans doute bien d'autres sont et seront également concernés. Face à la « dissémination » de l'AVD, à la multiplication des techniques, à la diversification des interlocuteurs (y compris prestataire), et à la banalisation de l'offre de soins, il n'est pas certain que l'information et la formation suivent. Aussi, le Comité de Rédaction de la *Revue* (devenue « *Revue des Maladies Respiratoires* » depuis la publication du numéro spécial de 1979) a-t-il jugé utile d'initier une série d'articles réali-

<sup>1</sup> Département de Réanimation Médicale et Médecine Hyperbare, CHU d'Angers, Angers, France.

<sup>2</sup> Département de Médecine aiguë spécialisée, CHU de Grenoble, Grenoble, France.

<sup>3</sup> Service de Pneumologie, Hôpital de Bois-Guillaume, Rouen, France.

**Tirés à part** : A. Mercat, Département de Réanimation Médicale et Médecine Hyperbare, CHU d'Angers, 4 rue Larrey, 49 933 Angers Cedex 9, France.  
AlMercat@chu-angers.fr

sant une synthèse actualisée des connaissances dans ce domaine.

Nous souhaitons que cette série puisse apporter des réponses argumentées aux questions suivantes : quels bénéfices attendre de l'AVD dans chaque type d'IRC ? Quels mécanismes physiopathologiques expliquent ces bénéfices ? Sur quel(s) critère(s) débiter une AVD dans chaque indication ? Quelles sont les indications respectives de la ventilation non invasive et de la ventilation sur trachéotomie ? Quel type de respirateur et quel mode de ventilation choisir dans chacune de ces modalités d'assistance ? Quels réglages initiaux utiliser ? Comment adapter ces réglages ? Quelles sont les modalités optimales de suivi des patients sous AVD ? Quelle éducation proposer au patient et à son entourage ? Quelle est la place de l'AVD dans l'IRC obstructive ? Quels sont les indications et les particularités de l'AVD chez l'enfant ?

Pour répondre à ces questions, nous avons sollicité des experts reconnus dans le domaine, que nous tenons à remercier pour leur contribution. Leurs articles seront publiés sur une période de 18 mois dans les prochains numéros de la *Revue*. Ils devraient être complétés par des fiches techniques permettant d'aborder des problèmes plus ponctuels.

À côté des aspects purement médicaux et techniques évoqués plus haut, l'AVD a, notamment du fait des contraintes logistiques qu'elle impose, une dimension socio-économique importante. Cet aspect de l'AVD sera bien évidemment largement abordé. À ce titre, il nous a paru intéressant d'ouvrir cette

série par trois éditoriaux permettant de comparer l'organisation de l'AVD en France à celles du Royaume-Uni et des États-Unis [3-5]. Le Comité de Rédaction tient aussi à remercier tout particulièrement ces éditorialistes d'avoir bien voulu faire profiter les lecteurs de la *Revue* de leurs expériences.

Nous tenons enfin à remercier les membres du Groupe Assistance Ventilatoire de la Société de Pneumologie de Langue Française pour l'aide qu'il nous ont apporté dans la conception de cette série.

Comme d'habitude, les lecteurs de la *Revue* seront juges de l'intérêt de cette série. Les coordonnateurs comptent sur eux pour leur communiquer leurs réactions (splf@splf.org).

## Références

- 1 Liot F : La ventilation assistée à domicile des insuffisants respiratoires chroniques. *Rev Mal Respir* 1979 ; 7 : 321-440.
- 2 Drouet D, Kauffmann F, Brille D, Hatzfeld C, Liot F, Kompalitch M : La prescription en France de ventilation assistée à domicile dans le traitement des insuffisants respiratoires chroniques. *Rev Mal Respir* 1979 ; 7 : 324-30.
- 3 Simonds AK : Assistance ventilatoire à domicile : la perspective anglaise. *Rev Mal Respir* 2004 ; 21 : 350-3.
- 4 Hill NS : Assistance ventilatoire mécanique à domicile : la perspective nord-américaine. *Rev Mal Respir* 2004 ; 21 : 354-7.
- 5 Roque d'Orbcastel O, Polu JM : L'assistance respiratoire à domicile : encore une exception française ? *Rev Mal Respir* 2004 ; 21 : 345-9.