

Résultat prévu		Interventions
	Réduire le nombre de jours de ventilation mécanique invasive	<ul style="list-style-type: none"> • Appliquer des protocoles de sevrage prévoyant une évaluation quotidienne de l'aptitude du patient à respirer spontanément • Réduire le plus possible la sédation continue ou intermittente, en ciblant des points de fin de titrage spécifiques (sédation légère, sauf contre-indication) ou par une interruption journalière de la perfusion continue des sédatifs <ul style="list-style-type: none"> • Mobilisation précoce • Mise en œuvre des interventions ci-dessus sous la forme d'un bouquet de soins (peut également réduire le délire), tel que le bouquet ABCDE (pour Awakening and Breathing Coordination, Delirium assessment/management, and Early mobility– réveil et coordination de la respiration, évaluation/prise en charge du délire et mobilisation précoce)
	Réduire l'incidence de la pneumopathie acquise sous ventilation	<ul style="list-style-type: none"> • Chez l'adolescent et l'adulte, préférer une intubation orale à une intubation nasale • Maintenir le patient en position semi-assise (tête de lit surélevée de 30° à 45°) • Utiliser un système d'aspiration en circuit fermé ; vider régulièrement la tubulure et jeter le condensat • Utiliser un nouveau circuit de ventilateur pour chaque patient ; une fois le patient ventilé, changer le circuit s'il est souillé ou endommagé, mais pas systématiquement • Remplacer l'échangeur de chaleur et d'humidité lorsqu'il ne fonctionne pas convenablement, lorsqu'il est souillé, ou tous les 5 à 7 jours
	Réduire l'incidence des infections sanguines liées au cathéter	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser une liste de contrôle, un observateur vérifiant en temps réel que chaque étape nécessaire à une insertion stérile a été réalisée ; cette liste servira à rappeler quotidiennement que le cathéter doit être retiré s'il n'est plus requis
	Réduire l'incidence des escarres	<ul style="list-style-type: none"> • Retourner le patient toutes les deux heures
	Réduire l'incidence de l'ulcère de stress et des saignements GI	<ul style="list-style-type: none"> • Instaurer une nutrition entérale précoce (dans les 24 à 48 heures suivant l'admission) <ul style="list-style-type: none"> • Chez les patients qui présentent des facteurs de risque de saignements GI, administrer des antagonistes des récepteurs H2 de l'histamine ou des inhibiteurs de la pompe à protons. Les facteurs de risque des saignements GI incluent une ventilation mécanique pendant ≥ 48 heures, la coagulopathie, un traitement substitutif de l'insuffisance rénale, une maladie hépatique, la présence de plusieurs comorbidités et un score de défaillance d'organes élevé
	<p>Réduire l'apparition d'une résistance aux antimicrobiens</p> <p>Réduire l'apparition des effets indésirables des médicaments</p> <p>Favoriser la prescription et l'utilisation appropriées d'antimicrobiens pendant la pandémie de COVID-19 (121)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Appliquer des protocoles de réduction progressive de la posologie dès que le patient est stable sur le plan clinique et qu'il ne présente plus de signes d'infection bactérienne • Exposer le patient à une antibiothérapie empirique pendant la durée la plus courte possible pour éviter la néphrotoxicité et les effets indésirables cardiaques et d'autre nature liés à l'utilisation inutile d'antimicrobiens • Lorsqu'il n'existe qu'une faible suspicion d'infection bactérienne, ne pas prescrire d'antibiotiques aux cas présumés ou confirmés de COVID-19, pour éviter les effets indésirables à court terme des antibiotiques chez le patient et les conséquences néfastes à long terme d'une hausse de la résistance aux antimicrobiens