

EDITO

Cher(e)s collègues,

Vous êtes nombreux à utiliser les outils mis à votre disposition par **RéAC**, comme l'EPP automatisée, les statistiques en ligne ou l'extraction de vos propres données. Grâce à vous RéAC devient l'archétype même du registre, avec un modèle transposable à d'autres problématiques. Ainsi, cette année 2016 verra la naissance du **RéDoT**, le Registre électronique de la Douleur Thoracique. L'objectif reste le même : se diriger vers la culture de l'excellence. C'est pourquoi nous travaillons chaque jour à mettre à disposition des praticiens de l'urgence tous les outils nécessaires à l'analyse et à l'amélioration continue de leurs pratiques.

Nous continuons donc à travailler au service des praticiens, au bénéfice des patients.

Le numéro du journal que vous avez entre les mains est le premier d'une longue série dans laquelle nous vous transmettons toutes les informations, les publications et les évolutions de nos deux registres.

Rejoignez le réseau des registres français de l'urgence !

Pr. Pierre-Yves Gueugniaud
et Pr. Hervé Hubert



Lancement du registre de la Douleur Thoracique

Entretien avec Patrick Goldstein et Carlos El Khoury

Page 2 et 4

Lancement du RéAC Intra-Hospitalier
page 3

Les registres, un moyen d'auto-évaluer sans effort vos pratiques
page 5

L'équipe soignante impliquée dans la recherche
page 6



Retrouvez le planning de nos interventions à Urgences 2016
page 7



La place des registres pour les urgentistes

Entretien avec Patrick Goldstein

Pouvez-vous nous rappeler votre parcours ?

«Je suis anesthésiste réanimateur médecin urgentiste. J'ai intégré le domaine de la médecine d'urgence en 1977 et aujourd'hui je suis chef de pôle des urgences du CHRU de Lille, mon rôle étant d'essayer de conduire les projets de médecine d'urgence. Quand j'ai commencé j'étais un vrai spécialiste du polytraumatisé et au fil du temps je me suis intéressé à autre chose et en particulier au syndrome coronaire aigu. Je suis probablement aujourd'hui dans la médecine d'urgence un de ceux qui connaissent le mieux ce sujet. Il existe désormais un réseau national de médecins urgentistes qui s'occupent des syndromes coronaires aigus et prêts à prendre le relais. Il y a en effet un savoir-faire français qui est reconnu au niveau international.»

Dans vos pratiques quotidiennes, que représente la douleur thoracique en terme de SMUR, de régulation médicale ?

«Lorsqu'on parle de régulation, on parle d'un signe de douleur thoracique et quand vous êtes au SMUR, vous arrivez sur un diagnostic : ce qui est différent. Les douleurs thoraciques en terme de régulation représentent au minimum 30% des appels et derrière c'est l'infarctus massif en passant par la névralgie intercostale et la crise de spasmophilie ou d'angoisse.»

«La vraie vie c'est les registres»

Quelle est la problématique du RéDoT ?

«Je pense que nous allons nous étouffer avec un nombre trop important de dossiers de régulation. Ce qui sera embêtant pour les médecins régulateurs ou les gens du SAMU. Cependant, les tas de données scientifiques et en particulier l'adhérence aux recommandations est vraiment quelque chose de très intéressant. J'ai soulevé il y a quelque temps l'absence d'un registre partagé entre la société française de la médecine d'urgence et la société française de cardiologie, allant du processus hospitalier jusqu'à la sortie du service d'USIC. C'est cette période là qui nous intéresse. Nous avons une masse de données d'exploitation qui sont fantastiques, ce qui nous permettrait ensuite de mettre en place une démarche qualité.»

«RéAC est pour moi le prototype du bon registre»

Quelle est la place de RéAC et RéDoT dans l'Evaluation des Pratiques Professionnelles ?

«Essentielle. On ne peut pas faire sans registre. Les guidelines sont influencés par des études. Ces études sont publiées dans des revues à impact fort. La question qu'il faut se poser est : les études sont-elles le reflet de la vraie vie? La vraie vie c'est les registres. C'est la confrontation des recommandations avec la vraie vie, les publications scientifiques de haut niveau et la vraie vie des registres. RéAC est pour moi le prototype du bon registre avec une rigueur scientifique absolue conduit comme il le faut. L'analyse et la méthodologie qui est autour est tout à fait remarquable. On regarde au sein du registre ce qui est rentré et ce qui n'est pas rentré et à ce moment on peut avoir une action pédagogique, ainsi qu'une action d'amélioration de la qualité des soins et de la prise en charge des patients.»

Quelle est la place de l'urgentiste dans cette démarche ?

«Il y a quelques années, au niveau européen et au niveau de la société européenne de cardiologie, il était inenvisageable d'imaginer qu'il y avait quelque chose avant le cardiologue. On avait cette particularité française à travers le système SAMU/SMUR. Le statut de l'urgentiste a fini par être reconnu car l'ensemble de la communauté a beaucoup publié.»

Que faut-il faire pour l'évolution de la saisie des données d'intervention en SMUR ?

«Il faut les automatiser. Il faut se positionner dans le système «SI-SAMU» qui est un projet national d'informatisation cohérente de tous les SAMU de France. Ce qu'il faudrait c'est ne plus avoir besoin de papier. Il faut des outils informatisés qui soient transmis pour la saisie automatique et que toutes les données nécessaires soient sur une seule page.»

■ Propos recueillis par S. Lakhali et M. Menay



SOUTENEZ NOTRE ACTION SUR WWW.FEDECARDIO.ORG

Fédération Française de Cardiologie
1^{ère} association de lutte contre les maladies cardiaque-vasculaires

En Bref



Le vendredi 18 mars 2016 a eu lieu la JÉPAC, Journée d'éducation et de Prévention de l'Arrêt Cardiaque dans les locaux de la faculté d'Ingénierie et Management de la Santé (ILIS) à Lille. La journée était divisée en plusieurs opérations : une initiation sur des nounours pour les enfants de 7 à 9 ans, une formation pour les enfants de 10 à 11 ans suivies d'une formation pour les étudiants et le personnel de l'Université Lille 2 Droit et Santé. Au total ce sont 46 enfants et plus de 150 adultes qui ont été formés.

En chiffres

60 000

C'est le nombre d'arrêts cardiaques recensés par RéAC depuis juillet 2011.

«Partir c'est mourir un peu, mourir c'est partir beaucoup»

Alphonse Allais

L'appli du moment

Urgences 2016

Cette année encore, profitez de l'application Urgences 2016 pour recevoir toutes les informations du Congrès. Consultez le programme final, gérez vos sessions, auteurs et exposants favoris et répondez aux questions durant les sessions de quizz.

L'application est gratuite et disponible sur iPhone et Android.

Lancement du registre RéAC Intra-Hospitalier

Le lancement du RéAC intra-hospitalier est prévu lors du Congrès SFAR (Société Française d'Anesthésie et de Réanimation) en Septembre 2016. Il permettra le recueil des arrêts cardiaques survenant dans les différents services de l'hôpital tels que les Services d'Accueil des Urgences (SAU), les services de réanimation et soins continus. La prise en charge de l'AC intra-hospitalier sera différente de la prise en charge extra-hospitalière de par les moyens disponibles et la formation des intervenants. Les référents projet sont Pierre Michet et Laurent Ducros.

Le Pr. Pierre Michelet, Chef de service des Urgences Timone 2 à Marseille, témoigne

de l'importance d'un registre de l'arrêt cardiaque intra-hospitalier :

«*La survenue d'un arrêt cardiaque intra-hospitalier, bien que rare, constitue un challenge pour les spécialistes de l'urgence. En effet malgré l'existence de moyens techniques et humains importants, la mortalité reste majeure. L'amélioration des connaissances épidémiologiques, physiopathologiques (implication forte de la défaillance respiratoire dans la survenue), organisationnelles et thérapeutiques devront aider le praticien dans cette progression. Les enjeux d'un registre de l'AC intra-hospitalier sont donc multiples : préciser les organisations hospitalières, les conditions de survenue et les pratiques*

médicales afin d'en améliorer tant la prise en charge que la prévention.» La participation au RéAC «AC intra-hospitalier» permet la valorisation du travail d'équipe, l'évaluation des pratiques, la réutilisation des données saisies.

Comme pour le registre extra-hospitalier, les données saisies sont à votre disposition et vous pouvez les utiliser pour vos propres travaux de recherche. Ces données peuvent être valorisées en les publiant ou en les présentant lors de congrès. Des statistiques automatisées vous permettront de suivre la progression de vos pratiques. Une EPP sera également prochainement mise en ligne afin d'évaluer la prise en charge de votre centre hospitalier.

Ils ont tweeté !



Hervé Hubert

@President_ReAC



Très belle journée, des partenaires unis et 200 personnes formées MERCI @PhilipsFrance @RegistreAC #JéPAC @ILIS_officiel @AssoRMCBFM



Laurent Gout

@UrgenTic

«Arrêt sans témoin, chagrin...» Seul un massage cardiaque précoce par un témoin peut faire espérer > Apprenez les gestes qui sauvent.



Fédé de Cardiologie

@fedecardio

Infarctus : les femmes appellent le SAMU 1h plus tard que les hommes.

En phase de test depuis Juillet 2015, le lancement national du Registre de l'arrêt cardiaque intra-hospitalier est prévu en septembre 2016.



Comment s'inscrire ?

sur www.registreac.org, dans la rubrique inscription.

Comment fonctionne l'étude ?

Il n'y a pas de CRF papier à saisir, il suffit de saisir les données sur le e-CRF disponible sur le site du registre. Une version papier est mise à disposition des centres. Vous pourrez la télécharger directement sur le site RéAC.

Le mot de l'expert

L'utilisation de l'adrénaline dans la prise en charge de l'Arrêt Cardiaque est source de controverse et déchaîne ses défenseurs et détracteurs. Et si la réponse était dans le consensus ?



Le Pr. **Eric Wiel**, chef de Pôle Adjoint, Coordonnateur de la Clinique des Urgences Adultes, Chef de Service des Urgences Adultes du Pôle de l'Urgence du CHRU de Lille et membre de la commission scientifique de RéAC, nous donne son point de vue ci-dessous.

«L'adrénaline fait couler beaucoup d'encre dans la prise en charge de l'AC. La controverse sera encore alimentée par une nouvelle étude en cours comparant l'adrénaline à un ... placebo au cours de la prise en charge d'arrêts cardiaques extra-hospitaliers (étude PARAMEDIC2, ISRCTN73485024), nous en attendons avec impatience les résultats. Plusieurs études randomisées ont déjà été menées contre placebo. Elles ont montré un effet bénéfique de l'utilisation de l'adrénaline en termes de RACS et de survie à l'admission mais toutes ont montré l'absence de différence significative en termes de survie à la sortie de l'hôpital et de pronostic neurologique (basé sur le CPC), parfois même avec un pronostic neurologique plus défavorable en utilisant l'adrénaline (Dumas F, et al. J Am Coll Cardiol 2014 ;64 :2360-7).

L'adrénaline est ainsi régulièrement remise en cause en raison, entre autres, de ses effets secondaires. A côté de ses effets alpha-adrénergiques (permettant d'augmenter les pressions de perfusion cérébrale et coronaire), elle a des effets bêta-adrénergiques (inotrope et chronotrope positifs) responsables d'une augmentation du débit sanguin cérébral et coronaire avec augmentation de la consommation en oxygène

du myocarde et risques d'arythmies ventriculaires ectopiques (notamment sur un myocarde en milieu acide), d'une hypoxémie transitoire par shunt artério-veineux pulmonaire, d'une altération de la microcirculation et des dysfonctions myocardiques majeures post-arrêt. Eu égard à ces résultats, il serait tentant d'ôter l'adrénaline de notre arsenal thérapeutique dans la prise en charge de l'AC. Toutefois ce serait méconnaître la vraie question sous-tendue par le fait que nous ne connaissons pas la dose optimale d'adrénaline dans la prise en charge de l'AC. De plus aucune étude ne supporte l'usage d'adrénaline à doses répétées. En effet des doses cumulées croissantes d'adrénaline pendant la RCP Spécialisée (RCPS) chez des patients souffrant d'asystolie ou d'activité électrique sans pouls est un facteur de risque indépendant d'évolution fonctionnelle défavorable et de mortalité intra-hospitalière.

En 2016, les recommandations retiennent une posologie de 1 mg d'adrénaline toutes les 3-5 min pendant la réanimation (RCPS) de l'AC. Au regard des données de la littérature en termes de survie à la sortie de l'hôpital et d'évolution neurologique (score CPC) toutes basées sur une injection de 1 mg d'adrénaline toutes les 3-5 min,

il nous faut mener une réflexion sur la bonne dose d'adrénaline dans l'AC, avant de l'enterrer, tant il semble évident qu'une dose de 1 mg soit trop élevée.

Nous menons actuellement une réflexion avec le GR-RéAC sur un abaissement de cette dose d'adrénaline (bien en-deçà de 1 mg), que nous qualifierons de micro-dose, dans la prise en charge de l'AC. Cette réflexion devrait déboucher en fin d'année 2016 sur la mise en place d'une étude européenne diligentée par le GR-RéAC.

L'adrénaline n'est peut-être pas si morte que cela...to be continued...»

Selon le Pr. **Karim Tazarourte** «le pas d'après sera de tester l'association d'un bêta bloquant à l'adrénaline. Les études expérimentales chez l'animal sont prometteuses. Chez 24 cochons en AC, le groupe Bêtabloquant (esmolol) associé à l'adrénaline améliore la survie immédiate et à plus long terme en réduisant le syndrome post resuscitation (Zang, Plos one 2013). Les résultats sont suffisamment éloquent pour que des études chez l'homme soient conduites à l'avenir. L'avenir le dira.»

Lancement du Registre de la Douleur Thoracique

RéDoT, le Registre électronique de la Douleur Thoracique, sera lancé nationalement au dernier semestre de l'année 2016. Le docteur Carlos El Khoury, à l'origine de l'initiative, nous en dit plus sur ce nouveau registre.

Pouvez-vous nous rappeler votre parcours ?

«Ma thèse de médecine générale portait sur l'évaluation de la prise en charge de l'infarctus aigu du myocarde par le SMUR de Vienne, ce qui m'a ouvert les portes des urgences du même hôpital où j'exerce depuis 2002. Très vite j'ai compris l'intérêt d'élaborer des protocoles de soins communs avec les cardiologues, une volonté que partageait le Pr Eric Bonnefoy avec qui nous avons réussi à fédérer dès 2005 médecine d'urgence et cardiologie lyonnaise au sein du réseau RESCUE. RESCUE regroupe aujourd'hui 40 SU [service d'urgences ndlr] autour de 10 centres de cardiologie interventionnelle sur 5 départements. Son fonctionnement est fondé sur le partage de référentiels, la formation médicale continue et l'évaluation des pratiques cliniques.

Aujourd'hui, je suis chef du pôle urgence médecine et soins critiques à l'hôpital de Vienne et préside la commission évaluation et qualité à la SFMU. En mars dernier, j'ai soutenu une thèse de science et continue à piloter l'action de RESCUE entouré d'une équipe multidisciplinaire et grâce à un financement de l'ARS.»



Dr Carlos El Khoury

«Transformer le CRF en dossier médical standardisé permet d'impliquer le médecin urgentiste dans une démarche d'EPP à moindre effort»

Quelle est votre motivation quant à la création du RéDoT ?

«RéDoT est à la fois un dossier médical, un support de formation et un outil d'évaluation. Dès l'implémentation de l'observatoire du SCA à RESCUE (OSCAR) nous avons cherché à professionnaliser le processus de recueil des données en confiant le monitoring à nos ARC. Mon objectif était de ne pas rajouter une tâche à l'urgentiste. Plus tard, l'adoption du CRF comme dossier médical a permis à la fois de standardiser le recueil, de le rendre exhaustif et d'impliquer le médecin urgentiste dans une démarche d'EPP en lui rappelant les étapes de prise en charge, de traitement et d'orientation du patient. Ainsi, RéDoT devient un programme d'EPP à part entière et un support structurant pour la mise en place de réseaux d'urgences.

Comment le recueil des données est-il assuré ?

«Adopter RéDoT comme dossier médical de la douleur thoracique en SMUR permet de saisir une fois par an pendant 15 jours ses propres données sur un e-CRF. L'accès sécurisé permet au médecin urgentiste de générer automatiquement les analyses statistiques de son équipe et de se comparer à la moyenne nationale s'il le souhaite. Cette action d'analyse des pratiques professionnelles permet de répondre aux obligations de DPC conformément aux recommandations de la HAS sans effort supplémentaire. Nous travaillons doré et déjà à un support informatisé qui permettra une saisie au fil de l'eau.»

A qui doit s'adresser l'ensemble des données ?

«Elles s'adressent à tous les acteurs du parcours de soins : aux médecins et à leurs équipes soignantes pour leur permettre d'analyser leurs pratiques, aux directeurs d'établissements pour apprécier la cohérence du parcours, aux réseaux des urgences pour apprécier l'impact et la

pénétration des référentiels, et aux autorités de santé pour ajuster leurs actions de santé publique.»

Quelles sont les perspectives de recherche ?

«Les perspectives de recherche sont illimitées. La douleur thoracique constitue 20% des motifs d'interventions SMUR. Le CRF de RéDoT permet aisément la mise en place d'un essai clinique et le rajout de variables pour des besoins épidémiologiques ou d'appréciation de la portée d'une recommandation. Evaluer les filières de prise en charge de pathologies plus rares comme la dissection aigüe de l'aorte va enfin devenir possible. Comprendre les facteurs de risque de survenue de mort subite en rapprochant les données de RéAC de celle de RéDoT est un sujet majeur de recherche.»

Pour participer ou simplement recevoir les dernières informations sur le lancement du registre, scannez le code ou rendez-vous sur le site www.registredot.org



RéDoT est promu par la Société Française de Médecine d'Urgence, la Société Française de Cardiologie et le réseau RESCUE.

Investigateur coordinateur : Carlos El KHOURY

Comité scientifique : François BRAUN, Sandrine CHARPENTIER, Tahar CHOUHED, Nicolas DANCHIN, Carlos El KHOURY, Patrick GOLDSTEIN, Pierre-Yves GUEUGNIAUD, Hervé HUBERT, Frédéric LAPOSTOLLE, Nicolas PESCHANSKI, Dominique SAVARY

ARC Coordinateurs : Nicolas EYDOUX, Marion MENAY

Data management : Marion MENAY

Statistiques : Mohamed LEMDANI, Cyrielle DUMONT

Financement : RESCUE, RéAC et un consortium d'industriels

En chiffres

Le nombre de consultations pour douleur thoracique dans nos structures d'urgence en France est estimé à plus de

600 000

par an.

Parmi les douleurs thoraciques prises en charge aux urgences,

16,2% sont d'origine cardiovasculaire.
(D'après l'enquête nationale de la DREES aux urgences en 2013)



**Partenaire
du RéAC
depuis
2014**

Les registres, un moyen d'auto-évaluer vos pratiques

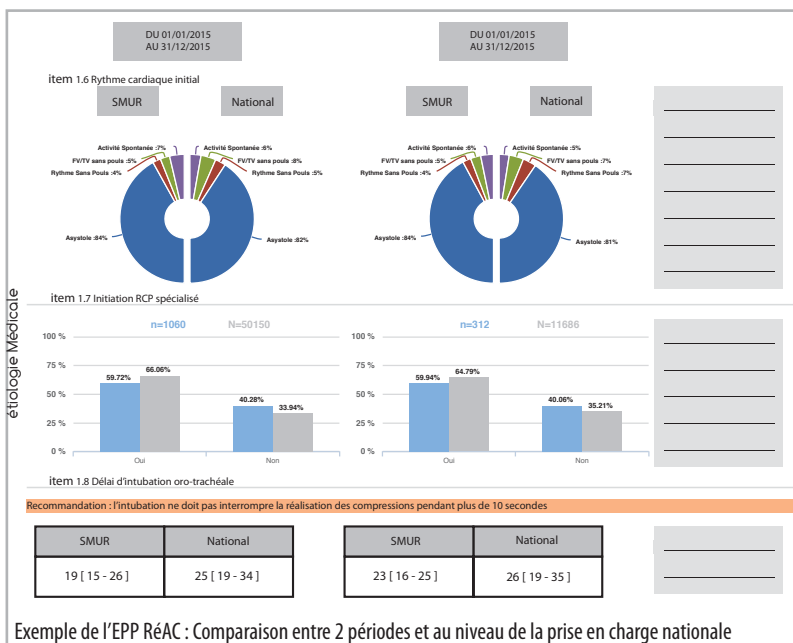
Depuis sa création en 2011, RéAC propose aux équipes médicales d'analyser leurs pratiques, d'évaluer la qualité de leur prise en charge pour ainsi, à terme, améliorer la survie des patients. Pour cela des outils statistiques simples et avancés ont été mis en place. En juin 2014, RéAC s'est doté d'une Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) totalement automatisée et disponible en ligne.

« L'évaluation des pratiques professionnelles mentionnée à l'article L.4133-161 a pour but l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé. » (Article D4133-23 du code de santé publique). L'EPP consiste à comparer sa pratique à une pratique de référence qui est représentée soit par les recommandations internationales, soit par les données nationales.

RéAC a conçu un dossier EPP adapté à la prise en charge des arrêts cardiaques pré-hospitaliers.

Aujourd'hui, RéAC, compte tenu de son large déploiement dans les SMUR, est un programme parfaitement adapté à ce type d'évaluation. L'association RéAC est, de plus, une organisation labellisée pour les actions d'EPP (CFMU n°2012-03). A partir des informations recueillies par le registre, l'équipe RéAC a conçu un dossier d'EPP adapté à la prise en charge des arrêts cardiaques pré-hospitaliers.

Quels que soient l'activité et le statut des médecins, l'EPP permet de déceler les points forts et les points faibles afin d'assurer une qualité de soins optimale en matière de prise en charge de l'arrêt cardiaque. Elle peut également servir de base à une EPP pour l'ensemble de l'équipe quel que soit le statut des membres qui la compose.



Grâce à cet outil rapide et efficace, les centres peuvent avoir accès à leur diagnostic (nombre d'AC par mois, nombre de dossiers incomplets...). En un clic, ils ont l'opportunité de comparer leurs pratiques d'une période sur l'autre et au national et de commenter leurs résultats dans un espace libre à chaque item.

Comment obtenir son EPP ?

L'EPP RéAC est disponible en ligne sur www.registreac.org et est téléchargeable par chaque investigateur de centre sans travail supplémentaire, de façon automatique et en temps réel. La seule contrainte étant d'être le plus exhaustif possible dans la saisie des données au registre.

L'EPP RéAC, un modèle reproductible pour RéDoT

Dans la continuité de RéAC, RéDoT développe des outils automatisés tels que des statistiques en ligne simples, des statistiques avancées et une Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) automatisée. L'EPP de la douleur thoracique sera dans un premier temps développée sur la prise en charge du syndrome coronarien aigu. Pour Dr Tahar Chouihed, urgentiste à Nancy, «l'EPP SCA permettra d'analyser la pénétration des guidelines dans nos pratiques, leurs conséquences sur nos filières de soins et l'impact clinique dans la vie des patients.»



L'EPP entièrement automatisée



Valentine Baert, Attachée de Recherche Clinique au RéAC, est l'auteur de l'article «Le registre national français de l'arrêt cardiaque (RéAC) comme source de développement d'une EPP entièrement automatisée». Elle souligne l'importance de cet outil pour valoriser le travail de l'équipe SMUR.

«Les centres peuvent évaluer leurs pratiques, les améliorer pour ensuite les réévaluer et ce de façon répétée. C'est en mettant en place une telle politique de qualité que les praticiens améliorent leurs pratiques, donc les soins prodigués aux victimes d'un arrêt cardiaque, ce qui améliorera indéniablement leur devenir. Tout ceci ayant un impact en terme de santé publique. Le but de toute cette démarche est de remplir pleinement les objectifs fixés par le slogan de RéAC : un registre au service des praticiens, au bénéfice des patients.»

En Bref

Le 30 Avril à Tourmignies (Nord), les 46 enfants initiés aux gestes qui sauvent à l'ILIS ont défié leurs parents lors d'une après-midi de formation. Ainsi, 50 adultes ont été formés.



«Papa ! pourquoi tu dors encore à l'hôpital ?»



«Son témoignage est précieux, rare, indispensable»

Mathieu Doukhan, médecin urgentiste de 34 ans, témoigne sur sa vie quotidienne aux urgences. Il fait part de son expérience et exprime les difficultés du métier d'urgentiste. Il révèle les différents angles de la vie aux urgences par ses joies, ses peines et ses amertumes. Dans certaines de ses chroniques, il conforte l'idée de litiges entre les médecins et les patients. Il vous plonge dans un contexte humoristique tout en restant dans un monde plein d'humanité. Ce jeune Lillois participe au RéAC depuis 2012 pour le SMUR de Tourcoing.

15€ - édition de l'Opportun

Partenaires du RéAC depuis 2011

Université de Lille 2 DROIT ET SANTÉ

L'équipe soignante impliquée dans la recherche

RéAC se veut être un registre au service des praticiens et au bénéfice des patients. Cet objectif ne peut être atteint que grâce à la participation des praticiens à l'exploitation de cette base de données. C'est pourquoi l'ensemble de l'équipe soignante est invité à utiliser ses données dans le cadre de travaux universitaires ou de publications scientifiques. Steven Lagadec, infirmier au SMUR de Corbeil-Essonnes et Marion Caresmel, élève IADE à l'institut Gernez Rieux à Lille en sont de parfaits exemples.



Steven Lagadec
Infirmier depuis 2000 et après avoir exercé quelques années en service de réanimation puis aux urgences, Steven Lagadec occupe aujourd'hui un poste d'infirmier au SMUR de Corbeil-Essonnes. Il participe au RéAC depuis 2012 et concourt aujourd'hui pour le prix du U d'or infirmier au Congrès Urgences 2016 avec son abstract "Intérêt pronostic de la SPO2 à l'admission hospitalière chez les survivants d'un arrêt cardiorespiratoire non hypoxique".

"L'étude de notre base locale du RéAC permet aisément d'identifier certaines problématiques notamment dans une démarche d'EPP"

De quoi parle votre abstract exactement ?

« Notre étude s'intéresse au pronostic vital et neurologique des survivants d'ACR en fonction des valeurs de SpO2 observées lors de la prise en charge SMUR. En effet l'hyperoxie, dans les 24 premières heures d'une reprise d'activité circulatoire spontanée (RACS) suivant un arrêt cardiorespiratoire (ACR) aggrave le pronostic neurologique et la mortalité hospitalière. Il est donc recommandé d'ajuster l'oxygénothérapie afin d'obtenir une SpO2 cible comprise entre 94 et 98 %. Cependant les conséquences de l'hyperoxie à la phase précoce du RACS demeurent peu connues. A partir des données du RéAC, nous nous sommes intéressés à la relation entre les valeurs de SpO2 observées à l'admission hospitalière et le devenir des survivants. »

Qu'est-ce qui vous a poussé à écrire l'abstract et pourquoi ?

« La participation au quotidien pour le RéAC et notamment la saisie des données et le suivi des survivants permet l'identification de nombreuses thématiques d'intérêts. L'étude de notre base locale du RéAC permet aisément d'identifier certaines problématiques notamment dans une démarche d'EPP. En effet, notre sujet d'étude a tout d'abord été motivé par les écarts de pratiques observés par rapport aux recommandations. »

Comment avez-vous contribué à la réalisation de cet article ? Qu'est-ce que cela vous a apporté ?

« C'est avant tout un travail d'équipe qui a fait collaborer l'équipe du SMUR de Corbeil et la remarquable équipe du RéAC de Lille. Ma contribution a permis d'identifier la problématique, les variables d'intérêt pour l'étude, la coordination de l'étude et enfin la rédaction. »

"Les registres sont précieux pour la recherche clinique et épidémiologique"

Où en êtes-vous aujourd'hui ?

« Aujourd'hui nous travaillons à la rédaction de l'article pour une revue référencée et nous poursuivons les communications sur les congrès de société savantes. Nous souhaitons poursuivre nos recherches sur les nombreuses thématiques intéressant les sciences infirmières au travers du RéAC. »

Selon vous, le RéAC représente-t-il une source de donnée essentielle ?

« Le RéAC est un outil qui permet aujourd'hui d'apporter une matière de recherche extrêmement dense et précise. Les registres sont précieux pour la recherche clinique et épidémiologique, les données qu'ils contiennent sont essentielles, le RéAC est une mine d'or. »

Marion Caresmel
Infirmière de formation ayant exercée au sein du pôle urgences et soins critiques du Centre Hospitalier d'Arras et ancienne stagiaire au RéAC. Dans le cadre de sa formation d'infirmière anesthésiste à Lille, Marion Caresmel, a été épaulée par Joséphine, lors de la rédaction de son mémoire.



Pouvez-vous nous expliquer en quoi a consisté votre projet avec Joséphine Escutnaire, Responsable de la Promotion Clinique ?

« Deux projets ont été menés en collaboration avec Joséphine. En effet, dans le cadre de la formation IADE, nous devons effectuer un stage Recherche. »

« J'ai effectué le mien au sein du RéAC. Joséphine, responsable de mon stage m'a donc formée à la recherche clinique. De plus, lors de ce stage, j'ai pu participer à la réalisation d'un abstract et j'ai donc été formée à cette occasion aux contraintes et aux impératifs rédactionnels pour un tel travail. Le second projet, actuellement en cours est la réalisation de mon mémoire de fin d'études IADE, en effet, Joséphine est ma directrice de mémoire dont la soutenance aura lieu le 20 juin 2016. »

Comment avez-vous contribué à la réalisation de ce travail ?

« Je me suis formée à l'usage de la base de données du registre, j'ai fait des recherches personnelles. Je me suis servie de mes compétences et de mon expertise professionnelle pour les mettre à profit du RéAC et apporter une analyse « de terrain » aux résultats obtenus par le registre. »

Pourquoi avez-vous décidé de réaliser ce projet ?

« J'ai décidé de réaliser ce projet car lors de mon exercice professionnel, je m'interrogeais sur l'optimisation de la mise en place de la chaîne de survie en France. Cela m'a également permis de prendre de la distance sur mes pratiques professionnelles. »

Avez-vous rencontré des problèmes ? Si oui, Pourquoi ?

« Je n'ai pas rencontré de problème, mais beaucoup d'interrogations. La base de données étant très dense, il est difficile de choisir un seul angle d'étude car beaucoup de sujets sont possibles. J'ai découvert que la recherche ne consiste pas seulement à « trouver » mais qu'elle ouvre l'esprit et amène à de nouveaux questionnements. »

Nos publications

Epidémiologie des arrêts cardiaques extrahospitaliers recensés en Basse-Normandie par le registre RéAC

G. Zamparini, C. Buléon, D. Bonniex, H. De Facq Regent, G. Oriot, O. Rebet, B. Al Afandi, X. Arrot, A.-S. Genain Soulier, L. Halbout, D. Harel, T. Leraître, M. Moneron, J.-L. Gérard, J.-L. Hanouz, GR-RéAC
Original Research Article Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation, 2014, Volume 33, Issue 12, Pages 648-654

Rationale, methodology, implementation and first results of the french out-of-hospital cardiac arrest registry

H. Hubert, K. Tazarourte, E. Wiel, D. Zitouni, C. Vilhelm, J. Escutnaire, P. Cassan, P. Gueugniaud; on behalf of GR-RéAC
Original Research Article Prehospital emergency care, 2014, Issue 18, Pages 511-519

Five-year evolution of reperfusion strategies and early mortality in patients with acute myocardial infarction in France

C. El Khoury, T. Bochaton, E. Flocard, P. Serre, D. Tomasevic, N. Mewton, E. Bonnefoy-Cudraz; on behalf of the Observatoire des Syndromes Coronaires Aigus dans RESCUE (OSCAR) Research Team.
Eur Heart J Acute Cardiovasc Care, 2015, Issue 10

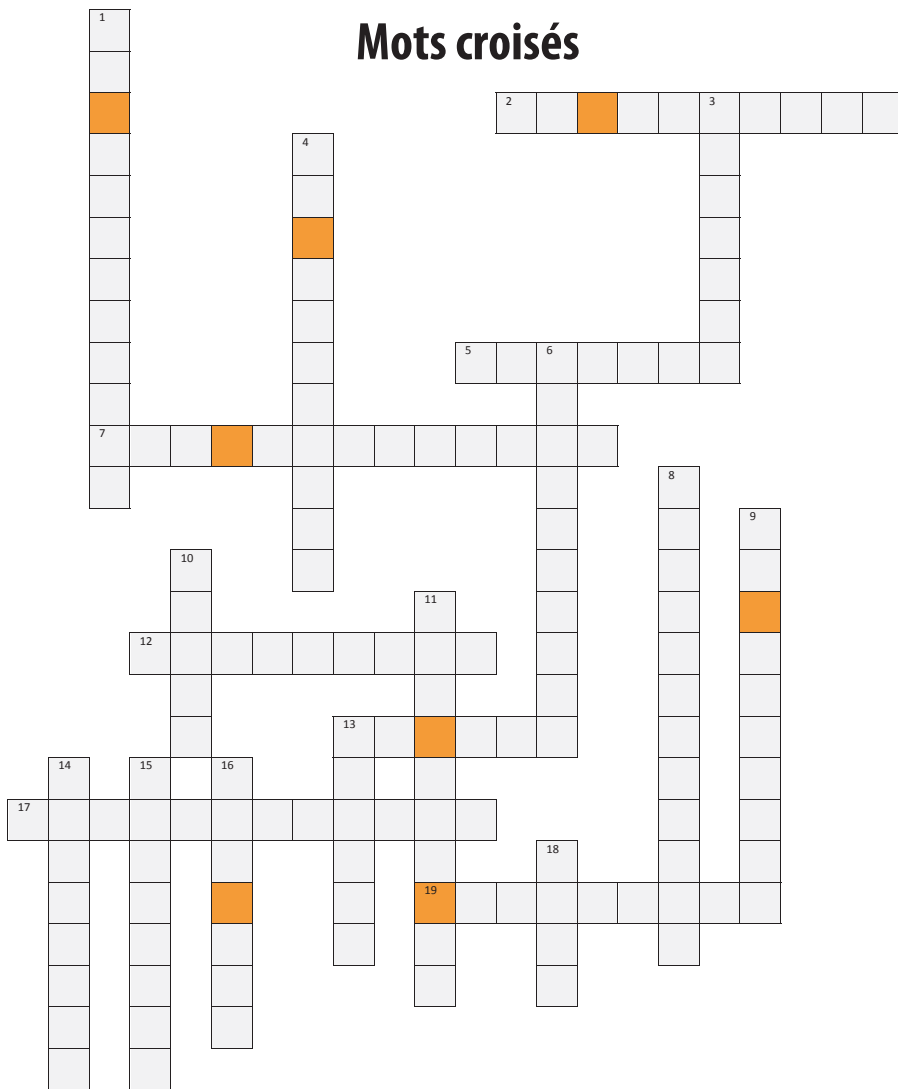
Epidemiology of Cardiac Arrests in Airports: Four Years Results of the French National Cardiac Arrest Registry

J. Escutnaire, P. Bargain, E. Babykina, K. Tazarourte, C. El Khoury, C. Vilhelm, J. Marc, E. Wiel, Ni. Segal, P. Gueugniaud, H. Hubert; on behalf of GR-RéAC
Original Research Article British Journal of Medicine & Medical Research (In press, Accepted manuscript)

Can we identify termination of resuscitation criteria in cardiac arrest due to drowning: results from the French National Out-of-hospital Cardiac Arrest Registry

H. Hubert, J. Escutnaire, P. Michelet, E. Babykina, C. El Khoury, K. Tazarourte, C. Vilhelm, L. El Hiki, B. Guinhouya, P. Gueugniaud
Original Research Article Journal of Evaluation in Clinical Practice (In press, Accepted manuscript)

Mots croisés



Sudoku

4	5			2		9
3		7	4			1
6	2					
			4			7
	6		9	7		8
	1				3	
2			1	8		
1		5				3
			2	9		7

Horizontal

- 2. Provocateur d'envie pressante
- 5. De surf ou à masser
- 7. Des petits trous, toujours des petits trous
- 12. Ne bat pas la mesure
- 13. De gorge ou de poitrine
- 17. Beaucoup trop vite
- 19. Embouteillage

Vertical

- 1. Disciple de Morphée
- 3. Ne manque pas d'air
- 4. A l'ouïe fine
- 6. Calme le jeu
- 8. Coup de sang
- 9. Explosive !
- 10. Signe d'agonie
- 11. Fin mot de l'histoire
- 13. Grande avenue
- 14. Si t'as pas de veine tu l'as dans l'os
- 15. Avec ou sans R, elle fait mal
- 16. Evaluation «made in Scotland»
- 18. L'important est de trouver la bonne

Mot Mystère : _____

Mercredi 01 Juin

- Poster «Formation ACR»
9h - Zone poster 2

RÉAC comme source de développement d'une EPP automatisée en ligne sur l'arrêt cardiaque

- Communication libre «ACR prise en charge»
10h30 - Salle 253

État des lieux de l'utilisation de la voie intraosseuse lors de la prise en charge d'un arrêt cardiaque extra hospitalier en France entre 2011 et 2015

- Poster «Pédiatrie»
11h30 - Zone poster 1

Circonstance et survie des enfants victimes d'arrêt cardiaque extra hospitalier de cause traumatique. Étude observationnelle

- Communication libre «cardiologie»
14h30 - Salle 342B

Quels patients pris en charge pour un SCA ST+ bénéficient encore d'un abord fémoral pour la réalisation de l'angioplastie ?

- P059 à P066 - Poster «ACR épidémiolo»
15h - Zone poster 1

- Poster «SCA évaluation»
16h30 - Zone poster 2

Évaluation du recours à la thrombolyse chez les SCA ST+ de moins de 2 heures se présentant dans les structures d'urgence sans coronarographie sur site ni à proximité

Jeudi 02 Juin

- P089 à P095 - Poster «SCA»
8h - Zone poster 1

- P103 à P109 - Poster «ACR prise en charge»
9h - Zone poster 1

- Communication libre «Préhospitalier»
16h30 - Salle 342B

Intérêt pronostic de la SpO2 chez les survivants d'un arrêt cardio-respiratoire non hypoxique préhospitalier



RéDoT
Registre électronique de la Douleur Thoracique

Pour obtenir toutes les dernières informations concernant le registre RéDoT, venez assister à la réunion le :

Vendredi 03 Juin de 12h à 14h en salle 227

Vendredi 03 Juin

Réunion d'information RéDoT 12h-14h Salle 227



- Communication libre «ACR épidémiologie»
16h30 - Salle 243

Survie des arrêts cardiaques extrahospitalier en fonction des durées combinées de no flow et low flow

Mémento des chiffres clés de l'arrêts cardiaque en France : résultats du registre national des arrêts cardiaques

Pronostic des arrêts cardiaques pendant l'activité sportive : étude d'après le registre national RéAC

Les hommes et les femmes ont-ils un pronostic identique dans l'arrêt cardiaque traumatique ?

- Communication libre «SCA»
16h30 - Salle 352B

Les données de l'étude ATLANTIC sont-elles transposables à la vraie vie ?

Évaluation des syndromes coronaires aigus avec sus-décalage de ST (SCA ST+) pris en charge dans la première heure suivant la douleur

Délai de prise en charge des syndromes coronaires aigus avec sus-décalage de ST en fonction de la nature du symptôme

- Communication libre «filière de soins»
16h30 - Salle 353

Évaluation des délais de réalisation de l'angioplastie intracoronaire chez les SCA ST+ thrombolysés en fonction des conclusions de l'étude STREAM

Description de la Filière de Soins dans les Syndromes d'Insuffisance Cardiaque Aiguë aux urgences. Résultats de l'étude DeFSSICA

Programme Urgences 2016

En chiffres

L'incidence de l'Arrêt Cardiaque en France est de

40000

par an, selon l'étude réalisée par le Pr. Gérald Luc en collaboration avec RéAC

«Il faut faire aujourd'hui ce que tout le monde fera demain»

Jean Cocteau

RéDoT en six étapes

1

J'adopte RéDoT comme support d'observation préhospitalière de la douleur thoracique

2

Il concerne tous les patients pris en charge en SMUR pour douleur thoracique à l'appel et vivant à l'arrivée de l'équipe

3

Une fois par an et pendant 15 jours - à définir- je saisis mes dossiers sur la plateforme registredot.org

4

J'intègre ainsi une démarche nationale d'EPP

5

Je bénéficie en temps réel d'une analyse des pratiques cliniques de mon équipe

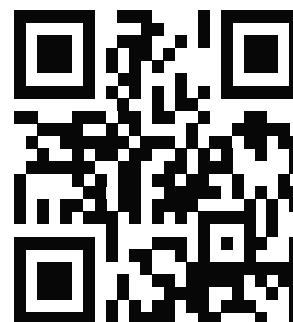
6

Je fais valoir cette EPP dans le cadre de la certification de mon établissement



Pour commander vos dossiers : 04 37 02 10 59

Scannez et inscrivez-vous pour participer et recevoir toutes les informations concernant le registre de la Douleur Thoracique (RéDoT)



www.registredot.org

Nos partenaires



Hôpitaux de Lyon



1^{ère} association de lutte contre les maladies cardio-vasculaires

Crédits

Document élaboré sous la direction du Pr Pierre-Yves Gueugniaud, Pr Hervé Hubert & et du Dr Carlos El Khoury.
Expertise professionnelle : Dr Laurent Ducros, Dr Carlos El Khoury, Dr Patrick Goldstein, M. Steven Lagadec, Mme Marion Caresmel, Pr Pierre Michelet, Pr Eric Wiel

Conception des graphiques et mise en page :

Mme Aurélie Aldebert-Vilhelm, Mme Tesnim Aiouaz, Mme Valentine Baert, Mme Louise Bizet, Mme Joséphine Escutnaire, M. Nicolas Eydoux, Mme Sara Lakhali, Mme Marion Menay, M. Nicolas Menay, Mme Elodie Pocholle

RéAC est une association à but non lucratif loi de 1901
Président du conseil d'administration : Pr Hervé Hubert
Vice-présidente : Mme Marion Dhers
Secrétaire Général : Pr Karim Tazarourte
Président du conseil scientifique : Pr Pierre-Yves Gueugniaud
Trésorier : Dr Christian Vilhelm

Le RESUVAL est le réseau des urgences de la vallée du Rhône créé en 2008 à partir du réseau RESCUE qui fonctionne depuis 2004

Médecin coordinateur : Dr Carlos El Khoury
Médecin coordinateur adjoint : Dr Patrice Serre
Assistante de coordination : Mme Magali Bischoff
Chargés d'études : M Nicolas Eydoux, Mme Alexandra Peiretti
Statisticienne : Mme Elodie Flocard
Infirmière : Mme Nathalie Pavan
Secrétaires : Mme Sylvie Besnier, Mme Cathy Vincent
Secrétaire ROR : Mme Nathalie Wehr

Merci à tous !
A l'année prochaine !

Rejoignez-nous en devenant partenaire !

Pour plus d'informations, merci d'adresser votre demande à notre équipe au stand n°40 !

NOUS CONTACTER
5 rue d'Antin
59000 Lille, FRANCE
TEL : 07 81 97 89 95
FAX : 03 45 44 05 62
contact@registreac.org