

Prise en charge de la douleur en préhospitalier, à la phase aiguë de l'infarctus du myocarde

Auteurs

M. BISCHOFF (1),
C. EL KHOURY (2),
E. FLOCARD (1),
N. EYDOUX (3),
A. PEIRETTI (3),
P. SERRE (4),
E. BONNEFOY (5)

1. RESeau Cardiologie Urgence, RESCUE, Centre Hospitalier Lucien Hussel, VIENNE, France
2. Service d'Accueil des Urgences, Centre Hospitalier Lucien Hussel, VIENNE, France
3. Cellule de Coordination et de Recherche Clinique, RESeau Cardiologie Urgence, RESCUE, VIENNE, France
4. SAMU 01, Centre Hospitalier de Bourg en Bresse, BOURG EN BRESSE, France
5. Soins Intensifs de Cardiologie, Hôpital Louis Pradel, LYON, France



Introduction

Dans le but d'évaluer la prescription d'antalgique à la phase aiguë de l'IDM, nous nous sommes appuyés sur un registre observationnel multicentrique mis en place sur notre bassin de population depuis février 2008.

Méthode

Nous avons recueilli dans notre registre des indicateurs en rapport avec la phase aiguë jusqu'à un an post-infarctus, conformément aux recommandations de la HAS. Nous avons analysé les données en rapport avec la prise en charge préhospitalière de la douleur.

Résultats

1 184 patients ont été inclus entre février 2008 et juin 2010 par 18 SMUR : 49 % des patients ont bénéficié de l'administration d'antalgique, parmi lesquels 55 % ont reçu un morphinique seul, 26 % un antalgique de classe I et 19 % les deux. 40 % des patients traités ont exprimé une diminution de la douleur, vs. 29 % parmi ceux non traités ($p < 0,001$). La prescription d'un antalgique morphinique varie entre 29 % et 80 % d'un centre SMUR à un autre. Elle n'est pas influencée par les caractéristiques des patients (sexe, facteurs de risque), les délais de prise en charge, ni la localisation de l'infarctus. L'âge médian du groupe traité est de 63 ans [52-74], vs. 67 ans [55-79] dans le groupe non traité ($p < 0,001$).

Discussion

La mise en place de notre registre a permis d'évaluer la prise en charge de la douleur à la phase aiguë de l'IDM. Ces résultats nous ont permis de mettre en place des actions d'amélioration des pratiques locales : (i) sensibilisation des praticiens par un retour régulier d'information sur leurs pratiques (benchmarking), (ii) mise en place d'un groupe de travail pour la rédaction d'un référentiel spécifique à la prise en charge de la douleur de l'IDM et formation des soignants à son application, (iii) intégration du recueil de la valeur de l'EVA (échelle visuelle analogique) dans la nouvelle version du registre mis en place en juin 2010. Une évaluation de l'impact de ces actions est prévue en 2011.

