

HEMOVIGILANCE

dans les

Départements Français d'Amérique



Rapport 2012

Dr Christian RÜD
Correspondant Régional d'Hémovigilance

Sommaire

Sommaire	2
Résumé	4
Glossaire	5
Introduction	7
Effectif & bilan financier	8
Indicateurs Régionaux d'hémovigilance	9
<u>La consommation de PSL</u>	9
<u>Les dons de sang</u>	12
<u>L'autosuffisance régionale</u>	13
<u>La traçabilité</u>	14
<u>Le taux de destruction</u>	14
<u>Les Effets Indésirables Receveur</u>	15
<u>Les Incidents Graves</u>	16
<u>Les Effets Indésirables Donneur</u>	18
<u>Les dépôts</u>	18
<u>Les CSTH</u>	18
Les établissements de soins en Guadeloupe	20
<u>Le CHU</u>	20
<u>Le CHBT</u>	21
<u>Le CH de Saint-Martin</u>	23
<u>Le CH de Marie-Galante</u>	24
<u>Le CH Maurice Selbonne</u>	26
<u>La clinique des Eaux-Clares</u>	26
<u>La polyclinique de la Guadeloupe</u>	27
<u>Le Centre Médico-Social</u>	28
<u>La clinique de Choisy</u>	28
<u>La clinique des Nouvelles Eaux Vives</u>	29
<u>La polyclinique de Marie-Galante</u>	29
<u>L'hôpital Irénée de Bruyn</u>	29
Les établissements de soins en Guyane	30
<u>Le Centre Hospitalier Andrée Rosemon à Cayenne</u>	30
<u>Le Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais</u>	32
<u>Le Centre Médico-Chirurgical de Kourou</u>	33
<u>La clinique Véronique à Cayenne</u>	33
Les établissements de soins en Martinique	34
<u>Le Centre Hospitalier Universitaire de la Martinique</u>	34
<u>Le Centre Hospitalier P. Zobda-Quitman à Fort de France</u>	34
<u>Maison de la Femme, de la Mère et de l'Enfant</u>	35
<u>Le Centre Hospitalier du Lamentin</u>	35
<u>Le Centre Hospitalier Louis Domergue à Trinité</u>	36
<u>L'hôpital Clarac à Fort-de-France</u>	37
<u>Le Centre Hospitalier de Saint-Esprit</u>	38
<u>Le Centre Hospitalier du Marin</u>	39
<u>La clinique Saint-Paul à Fort-de-France</u>	39
<u>La clinique Sainte-Marie à Schoelcher</u>	39
<u>La STEER à Fort-de-France</u>	40
Synthèse	41

RESUME

En raison de l'absence de Coordonnateur Régional d'Hémovigilance (CRH) dans les régions Guyane et Martinique, les missions afférentes ont été prises en charge par le CRH de Guadeloupe.

La charge de travail étant considérable, le présent rapport ne pas pourra fournir des synthèses approfondies de la situation transfusionnelle pour tous les sites des trois régions. Toutefois, ceci permet de situer chacune des régions par rapport aux autres et d'en définir des problématiques communes.

Le présent rapport a pour but de fournir un aperçu de la situation de la transfusion sanguine en Guadeloupe, Guyane et Martinique à la lumière des données fournies en particulier par le réseau local d'hémovigilance.

Les situations défavorables déjà relevées les années antérieures ne montrent aucune amélioration, voire une aggravation, en dépit des actions entreprises par les acteurs locaux, volontaires mais globalement mal soutenus par leurs administrations.

La consommation de produits sanguins poursuit son ascension, alors que l'activité de collecte insuffisante nécessite toujours plus d'importations depuis les centres métropolitains.

Quelques timides avancées dans le domaine de l'informatisation permettent d'espérer une traçabilité aux normes dans le futur.

Le taux de destruction reste un problème majeur dans nos régions aux ressources limitées, et ne montre aucune tendance à l'amélioration.

La deuxième partie du rapport expose succinctement mes activités en matière de webmestre pour le réseau national des coordonnateurs d'hémovigilance.

Dr Christian RÜD

GLOSSAIRE

Afssaps :	..... Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
ARS	Agence Régionale de Santé
CGR :	..... Concentré de Globules Rouges
CH :	..... Correspondant d'Hémovigilance
CHBT	Centre Hospitalier de la Basse Terre
CHU	Centre Hospitalier Universitaire de Pointe-À-Pitre/Abymes
CRH :	..... Coordonnateur Régional d'Hémovigilance
CSTH :	..... Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance
CPA :	..... Concentré de Plaquettes d'Aphérèse
ES :	..... Etablissement de Santé
EFS :	..... Etablissement Français du Sang
EID	Effet indésirable Donneur
EIR :	..... Effet Indésirable Receveur
ETP	Equivalent Temps Plein
ETS :	..... Etablissement de transfusion sanguine
FEIGD	Fiche d'Effet Indésirable Grave Donneur
FEIR :	..... Fiche d'Effet Indésirable Receveur
IADE	Infirmière Anesthésiste DE
IG :	..... Incident grave de la chaîne transfusionnelle
IPD	Information post-don
MCP :	..... Mélange de Concentrés Plaquettaires
MIG	Mission d'Intérêt Général
OAP :	..... Œdème Aigu du Poumon
PFC :	..... Plasma Frais Congelé
PSL :	..... Produits Sanguins Labiles
PVA-IA	Plasma Viro-atténué par Amotosalem
PVA SD:	Plasma Viro-Atténué par solvant détergent
PVA BM:	Plasma Viro-Atténué par Bleu de Méthylène
QBD	Qualification biologique du don
SOTS	Schéma d'Organisation de la Transfusion Sanguine
TACO	Acronyme anglais pour « Surcharge volémique liée à la transfusion »
TRALI :	..... Acronyme anglais pour « Syndrome de détresse respiratoire aigu lié à la transfusion »

Source des Données

Les données ont été arrêtées à la date du 30 mars 2012.

Elles proviennent notamment :

- Des EFS Guadeloupe-Guyane et Martinique, pour les transfusions de PSL., les malades transfusés et la traçabilité. Leur traitement a été effectué par le Coordonnateur Régional d'Hémovigilance de Guadeloupe
- Des Coordonnateur Régionaux d'Hémovigilance de Martinique et de Guadeloupe pour les effets indésirables receveurs, les incidents graves, les effets indésirables graves donneur.
- Du Coordonnateur Régional de Guadeloupe pour les données sur les établissements de santé et les CSTH.

- Des données nationales de la Conférence de Coordonnateurs Régionaux d'Hémovigilance, et en particulier du rapport d'activité 2011.

■ Introduction

L'hémovigilance est un élément déterminant de la sécurité transfusionnelle.

Les bases en sont posées sur l'article R1221-22 et suivants du code de la Santé Publique. Elle comporte le recueil, la conservation et la transmission des informations relatives aux prélèvements de sang, à la préparation, à l'utilisation de produits sanguins labiles ainsi qu'aux incidents et effets indésirables survenant chez le donneur, le receveur ainsi qu'à tout évènement grave de la chaîne transfusionnelle.

Dans chaque région, un coordonnateur d'hémovigilance placé auprès du directeur général de l'agence régionale de santé est chargé :

De suivre la mise en œuvre par les établissements de santé et de transfusion sanguine de la région des dispositions du présent article, des décisions du directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé et des actions entreprises par les comités de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance des établissements

D'entretenir des relations directes avec chacun des correspondants d'hémovigilance de la région, de veiller avec eux à la qualité et à la fiabilité des informations recueillies.

D'informer le directeur général de l'agence régionale de santé et le directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé de son activité, notamment par un rapport annuel d'activité, dont il adresse copie à l'Etablissement français du sang.

Ce rapport annuel du Coordonnateur Régional d'Hémovigilance est destiné à présenter un état synthétique de la qualité et de la sécurité transfusionnelle en région dans tous ses aspects : sécurité d'approvisionnement, en quantité et qualité, des structures de santé, sécurité des dons et des donneurs, qualité et sécurité des produits sanguins labiles, qualité et sécurité des pratiques transfusionnelles.

Les données collectées dans chaque Etablissement de santé (ES) et à l'Etablissement Français du Sang (EFS) sont collectées au niveau régional pour être ensuite relayées vers le niveau national à l'AFSSAPS

Dans chaque ES transfuseur ainsi qu'à l'EFS un correspondant d'hémovigilance (CH) est chargé de la collecte régulière des données transfusionnelles et de la transmission en continu (délai inférieur à 48 h) du signalement des effets indésirables receveurs ou donneurs (EIR ou EID), et des dysfonctionnements de la chaîne transfusionnelle (incidents graves – IG).

Au sein des ES les Comités de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance (CSTH) analysent et comparent les données locales, régionales et nationales pour définir la politique transfusionnelle de l'établissement.

La présence du Coordonnateur Régional d'Hémovigilance (CRH) permet une harmonisation avec les orientations nationales.

La synthèse des données au niveau national met en évidence les points forts et faibles de l'organisation de la transfusion en France.

L'élaboration d'un standard national permet à chaque entité du niveau local de se situer en termes de qualité et de sécurité des pratiques.

La centralisation des effets indésirables assure une détection précoce des alertes qui seront retransmises immédiatement par voie descendante, assurant ainsi une gestion optimale des risques.

Effectifs

La cellule hémovigilance régionale en Guadeloupe ne comporte qu'une seule personne employée à 0,8 ETP : le Dr Christian RUD, praticien hospitalier.

Cet effectif réduit est suffisant pour la stricte collecte des données transfusionnelles et gestion des évènements indésirables.

Les besoins de la Guadeloupe en matière d'actions de formation et d'organisation nécessitent une présence de terrain soutenue, aucune autre structure en dehors de l'EFS n'étant susceptible de les prendre en charge.

A cela s'est ajouté cette année l'activité d'hémovigilance des régions Guyane et Martinique en raison de l'absence du Dr Robert-Meniane, en congés longue durée avant de faire valoir ses droits à la retraite, et non remplacée.

Bilan Financier

Le fonctionnement de l'hémovigilance est assuré par une dotation au titre des MIG, celle-ci servant essentiellement à compenser le salaire du ou des CRH auprès de leurs établissements d'origine.

Les années précédentes les demandes de renseignement inhérentes au financement de la cellule n'ont pu aboutir, aucune donnée n'étant fournie par les structures comptables et financières.

2012 marque une évolution notable, qui a permis de mettre en évidence certaines aberrations comptables coûteuses pour l'ARS.

La dotation au titre des MIG a été de **152 590** € pour l'année 2012.

Le budget voyages et déplacements du CRH a été de **4888,06** € pour les déplacements aériens, les autres frais de mission s'élevant à **1146,03** €.

De façon très surprenante le montant de la MIG est versé intégralement au CHU de Pointe à Pitre, et par ailleurs le CHBT a reçu une compensation annuelle de **121424,06** € au titre du salaire du CRH.

De ce fait le bilan financier de la cellule d'hémovigilance présente un déficit pour l'année 2012 de **127 458,15** €

	C		D
Dotation MIG	152 590,00	Versement CHU	152 590,00
		Billets avion	4 888,06
		Hébergement, repas	1 146,03
		Salaire CHBT	121 424,06
		Solde	-127 458,15

L'origine de cette incohérence semble être la méconnaissance de la part des structures administratives du fonctionnement de l'hémovigilance, la DRH ayant omis de préciser que le Dr RUD est rattaché au CHBT et non au CHU d'une part, et d'autre part les services comptables semblant ignorer que le fonctionnement de l'hémovigilance faisait l'objet d'une dotation ministérielle.

En principe le budget de l'hémovigilance aurait dû se présenter ainsi :

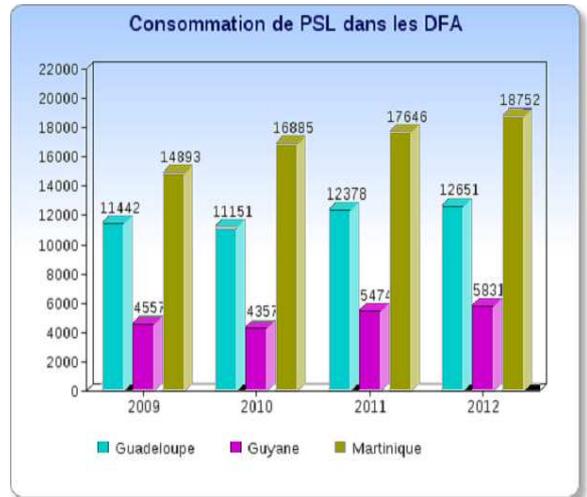
	C		D
Dotation MIG	152 590,00	Billets avion	4 888,06
		Hébergement, repas	1 146,03
		Salaire CHBT	121 424,06
		Solde	25 131.85

Si ces anomalies comptables n'ont pas empêché le fonctionnement de l'hémovigilance, il n'en reste pas moins que nombre d'actions, en particulier de communication et de formation auraient pu être envisagées, alors que le besoin s'en fait cruellement sentir au vu de la médiocrité des indicateurs régionaux de ces dernières années.

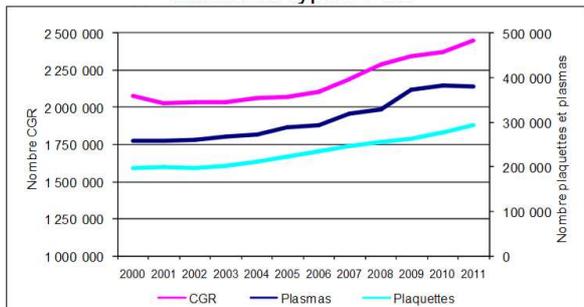
Il paraît donc plus judicieux qu'à l'avenir le CRH ait une meilleure mainmise sur le budget de la cellule d'hémovigilance, le fonctionnement actuel étant générateur de dépenses inutiles, cause de dysfonctionnements notables au niveau de l'intendance et potentiellement à risque de fortes difficultés relationnelles futures.

Les indicateurs régionaux d'hémovigilance

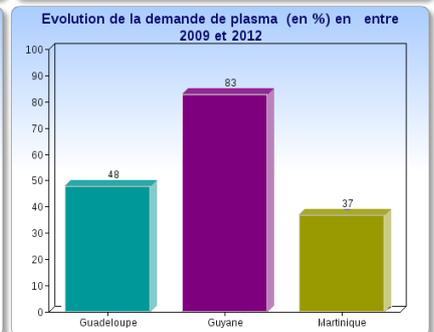
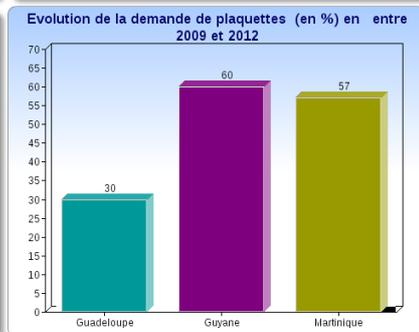
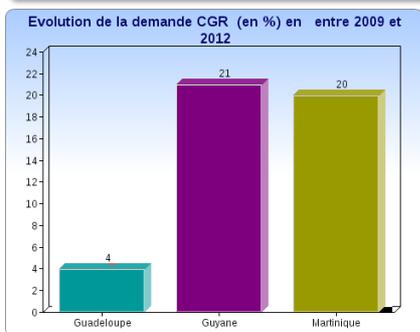
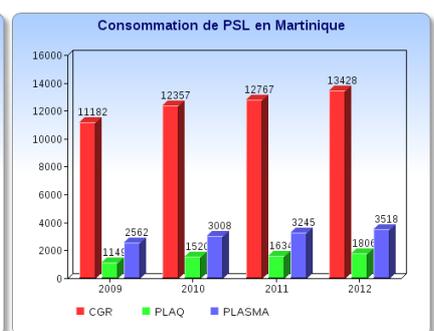
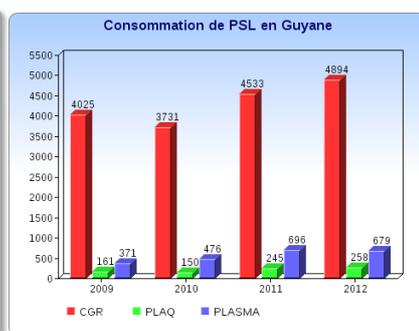
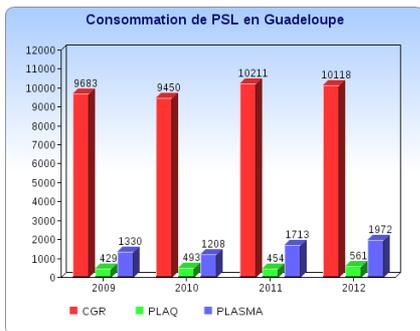
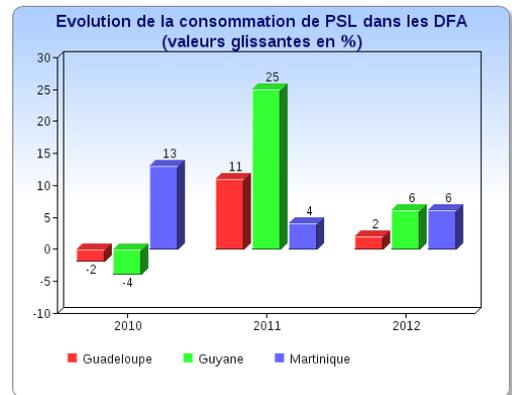
La consommation de produits sanguins labile continue sa progression, à un rythme supérieur à celui de la métropole (qui est en moyenne +1.9% par an depuis 10 ans)



Évolution de la consommation des différents types PSL

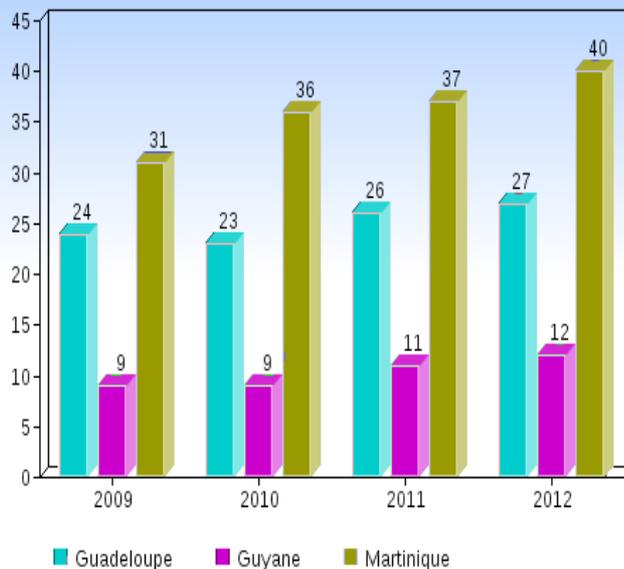


Source EFS et CTSA *Rapport ANSM 2011*



De la même manière qu'en Métropole, c'est la consommation de plaquettes et de plasma qui a subi la plus forte croissance, mais à des taux bien supérieurs (env. 20% par an pour les plaquettes en Guyane et Martinique, jusqu'à 27 % pour le plasma en Guyane)

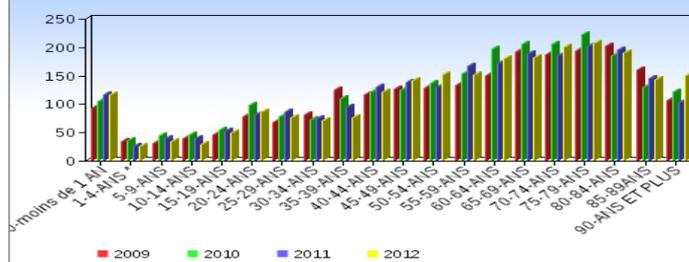
Transfusion en PSL pour 100 habitants dans les DFA



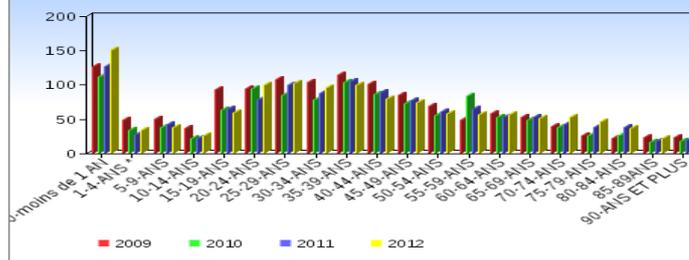
Le taux de produits transfusés par habitant suit la même évolution. On note une forte disparité entre les trois régions, que l'on retrouve en comparant la transfusion par tranche d'âge :

Il apparaît clairement que les indications transfusionnelles sont comparables entre Guadeloupe et Martinique, avec une forte augmentation de la transfusion des sujets âgés sur ces dernières années. La Guyane, avec sa population moitié moindre de celle des deux îles, consomme davantage de PSL pour les indications néo-natales et dans la tranche des 30-45 ans, ce qui correspond en général aux indications obstétricales.

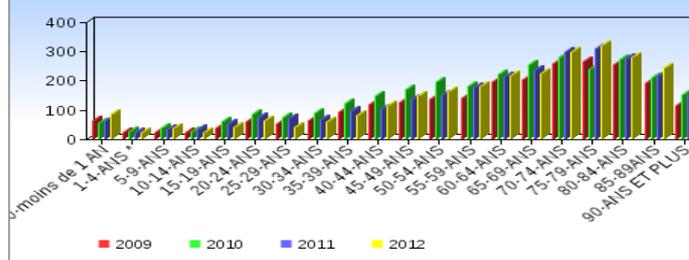
Transfusion par tranche d'âge en Guadeloupe



Transfusion par tranche d'âge en Guyane

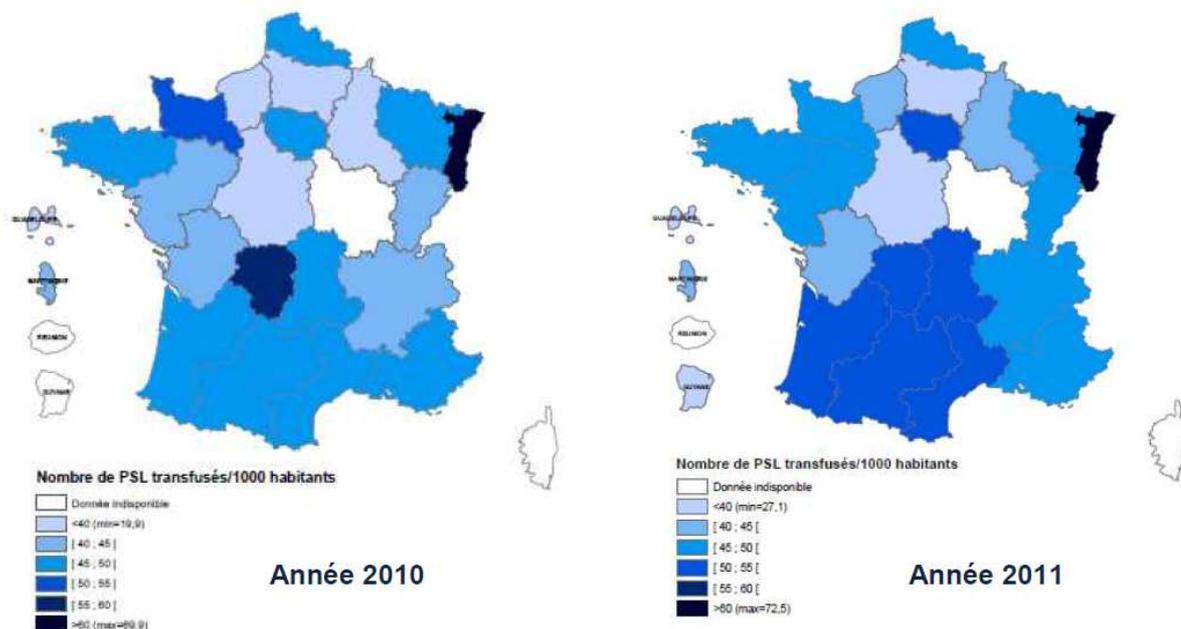


Transfusion par tranche d'âge en Martinique



Par rapport à la métropole, la demande en PSL reste modérée.

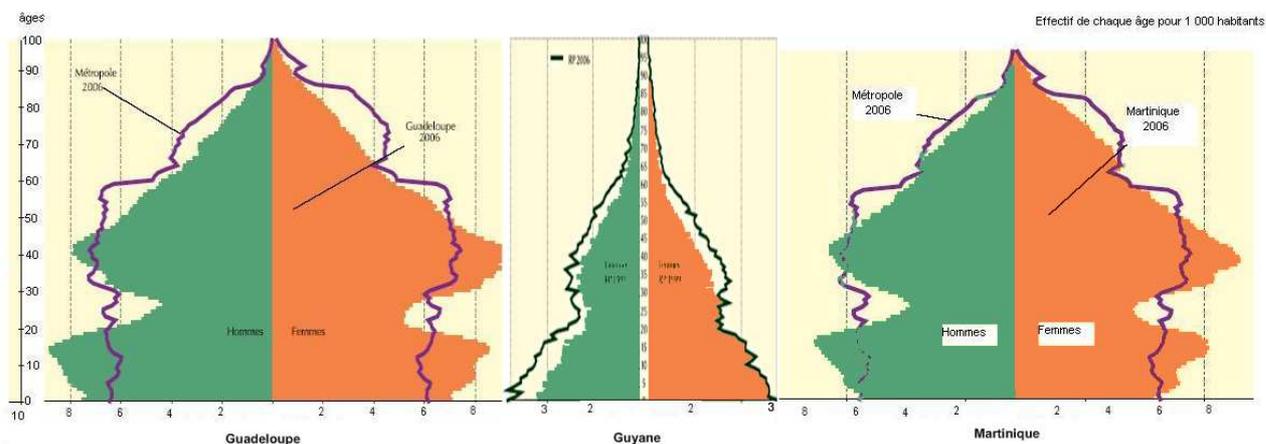
Cartographie du ratio de PSL transfusés pour 1000 habitants



Rapport CNCRH 2011

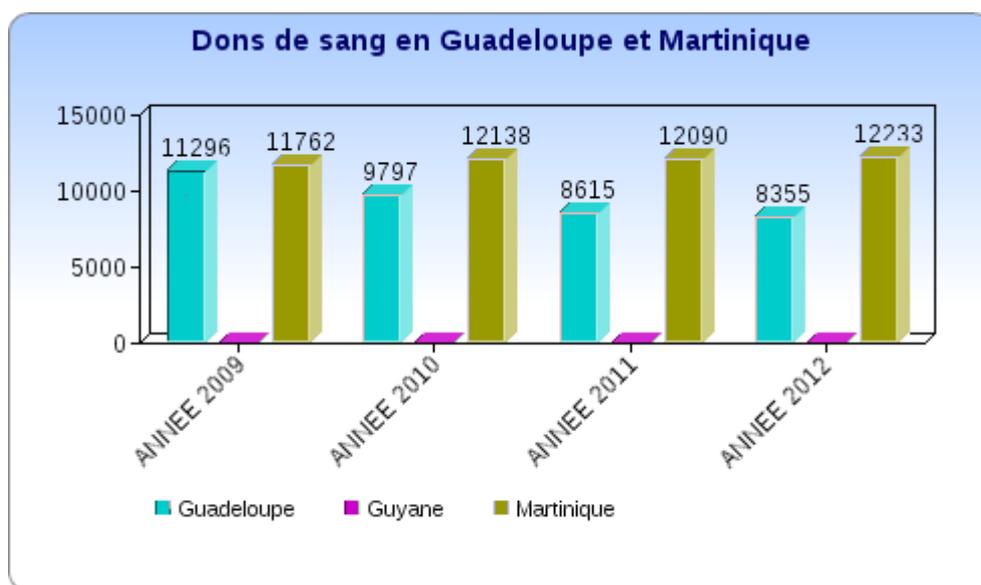
La plus forte consommation en Martinique s'explique par l'activité de chirurgie cardiaque et neurologique, grosses consommatrices de PSL.

A contrario, la démographie de la Guyane explique le peu de transfusion dans les tranches âgées de la population.



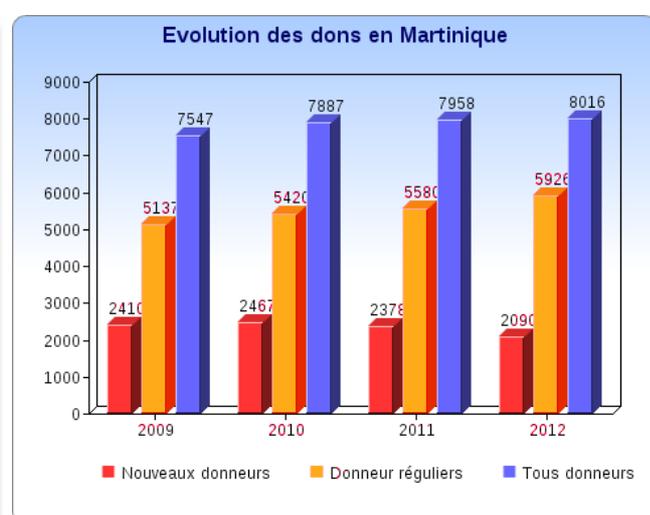
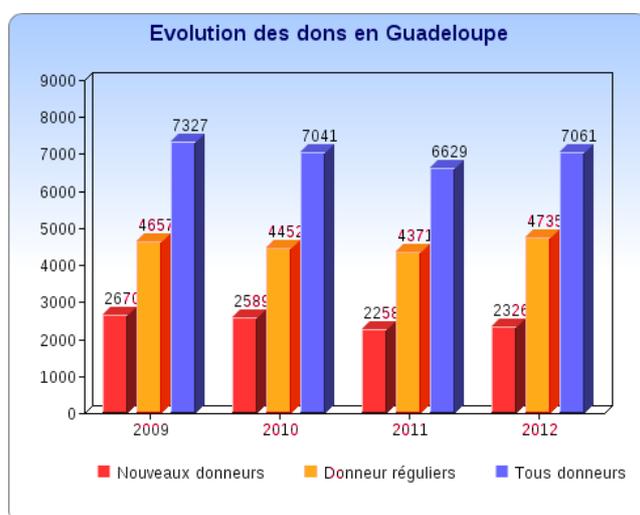
Pyramides des âges des trois régions (INSEE)

Les dons de sang



La collecte de sang en Martinique reste stable, elle continue sa décroissance déjà notée depuis plusieurs années en Guadeloupe.

La Guyane est exclue du don depuis 1995 suite à un arrêté préfectoral motivé par la prévalence de parasites sanguins et en particulier celui de la maladie de Chagas.



La courbe décroissance du nombre de donneurs en Guadeloupe semble se stabiliser, le nombre de nouveaux donneurs en Martinique connaît un léger fléchissement.

Le nombre de prélèvements annuels reste globalement stable, à un rythme inférieur à celui observé en métropole (1,8/an, source ANSM), même si la Martinique sollicite davantage ses donneurs.

Les efforts de recrutement de nouveaux donneurs restent toutefois insuffisants, et l'ensemble des départements reste dans l'obligation d'importer des produits sanguins depuis la métropole.

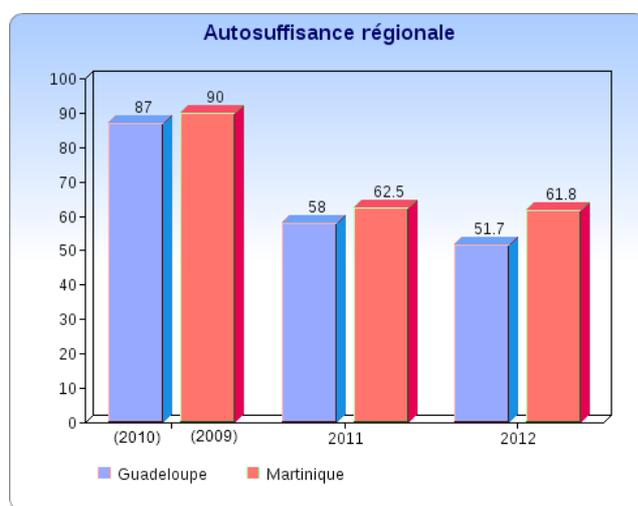
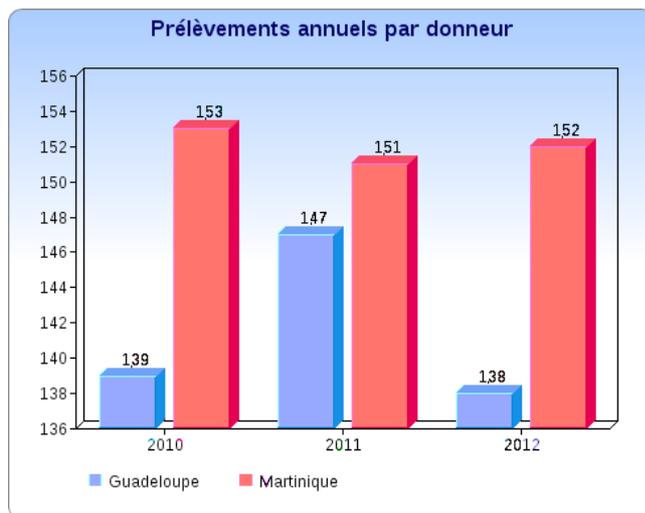
Ce déficit est particulièrement marqué pour la Guadeloupe en raison de l'absence de collecte en Guyane.

Cette importation de produits pose en outre le problème de la compatibilité sanguine, les phénotypes sanguins des populations antillaises étant statistiquement différents de ceux rencontrés en métropole.

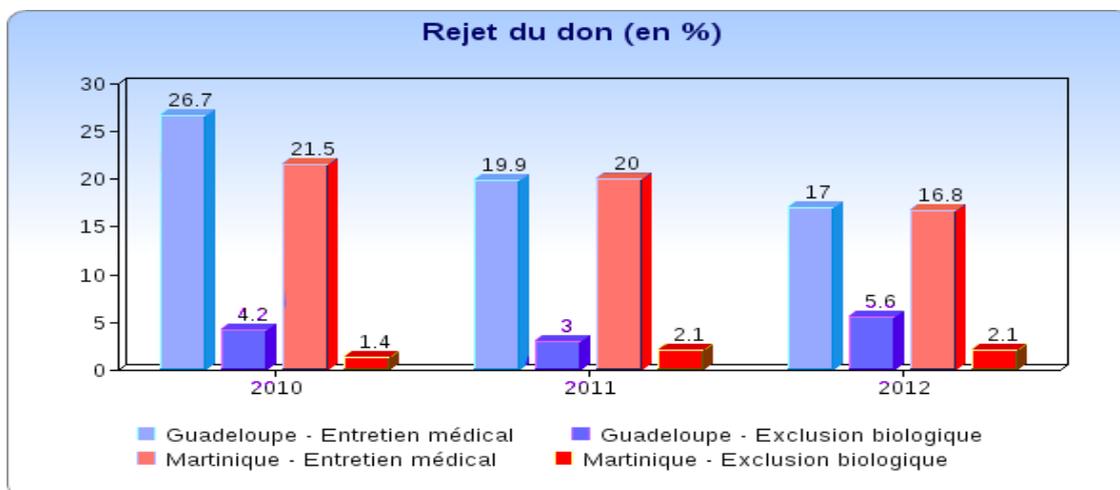
Ces particularités ont conduit à plusieurs reprises à des situations de tension sur les stocks et à des adaptations de stratégies transfusionnelles pour certains patients, en particuliers ceux nécessitant des transfusions itératives (Drépanocytaires p.ex^o)

Fort heureusement aucun effet délétère n'a été signalé à ce jour.

(Source : *Etude de la satisfaction des besoins quantitatifs et qualitatifs des receveurs de PSL en région non autosuffisante*
C.Bésiers,R.Courbil/Transfusion Clinique et Biologique 20(2013)1-14)



Le déficit en donneurs est non seulement quantitatif, mais aussi qualitatif :



Alors qu'en métropole moins de 10 % des candidats au don de sang se voient récusés lors de l'entretien médical préalable, c'est presque le double qui se voit écarté en Guadeloupe et en Martinique.

Au cours des examens biologique de qualification, une autre part des dons est rejetée, plus importante en Guadeloupe.

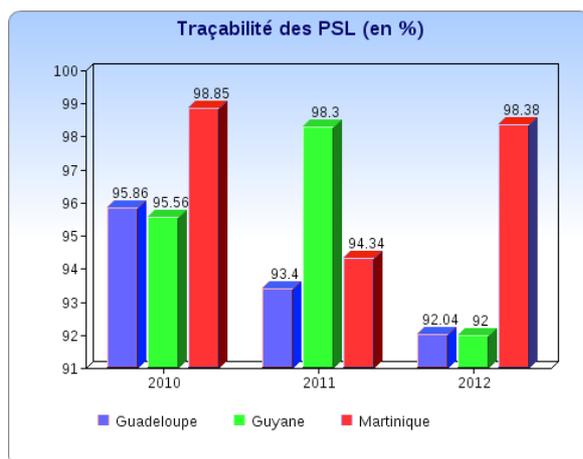
Au total près de 20 % de la ressource potentielle est rejetée.

La traçabilité

La traçabilité des produits reflète globalement le fonctionnement de l'établissement de santé en ce qui concerne le respect des procédures transfusionnelles.

Elle repose à la fois sur les soignants qui saisissent les données, et sur le service d'hémovigilance qui les centralise et se charge de les transmettre.

Cet indicateur est médiocre pour la Guadeloupe et la Guyane, et reste en deçà du niveau national pour la Martinique.

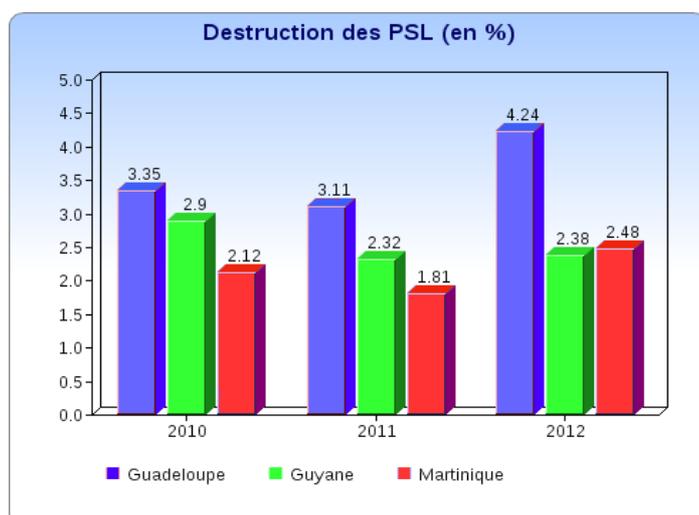


(Le taux moyen national de traçabilité est de 99,4 % en 2011 : 99,5% pour les établissements publics et établissements privés participant au service public, 99,0% pour les établissements privés, 99,8 pour les établissements militaires. Rapport ANSM 2011)

Les causes de cette situation sont multiples : manque de formation des soignants, charge de travail trop importante faisant passer les tâches administratives au second plan, circuit de l'information mal défini, équipes d'hémovigilance surchargées ou peu impliquées...

Le taux de destruction

La destruction des PSL est un problème récurrent en Guadeloupe, mais qui atteint aussi des taux largement supérieurs au niveau national (1.13% données CNCRH 2012) en Martinique et Guyane.



Si on peut comprendre qu'en Guyane, compte tenu des délais de route et de la non-reprise des PSL des produits peuvent devenir non-conformes, en Martinique et en Guadeloupe les circuits de distribution et de retour sont bien maîtrisés, et de surcroît ce sont les deux hôpitaux majeurs qui sont les principaux acteurs de la destruction, alors qu'ils sont au plus près de l'EFS.

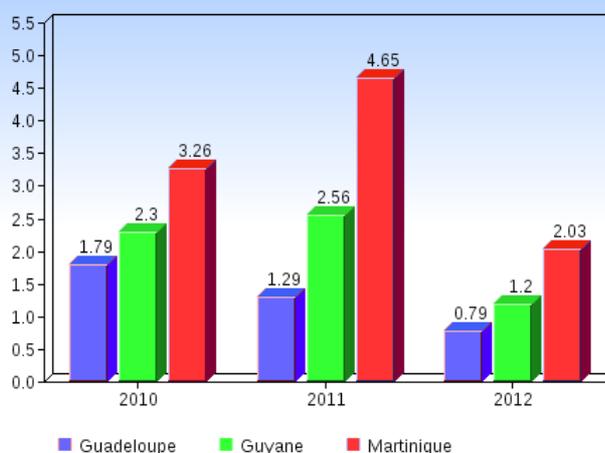
Les déclarations d'évènements indésirables receveur

Le taux de déclaration national en 2012 est de 2.59 EIR pour 1000 PSL transfusés (données CNCRH 2012).

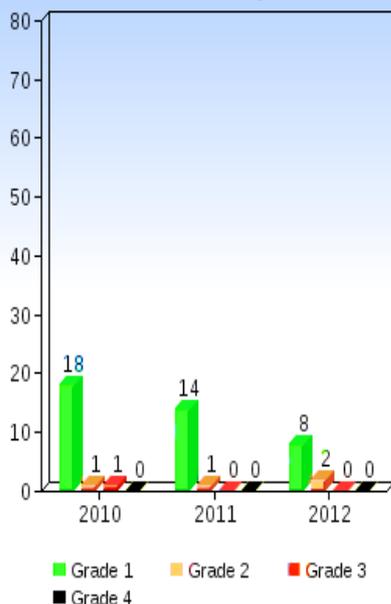
La Martinique fait ici figure de bon élève, témoignant d'une bonne surveillance des patients lors de la transfusion, et d'un système déclaratif efficace.

Compte tenu du petit nombre de produits transfusés, il est difficile de tirer des conclusions pour la Guyane, et la Guadeloupe peine toujours à intégrer la vigilance dans ses pratiques.

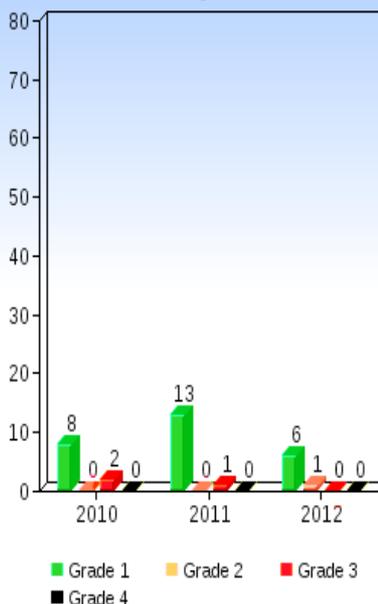
Déclaration des EIR (pour 1000 PSL transfusés)



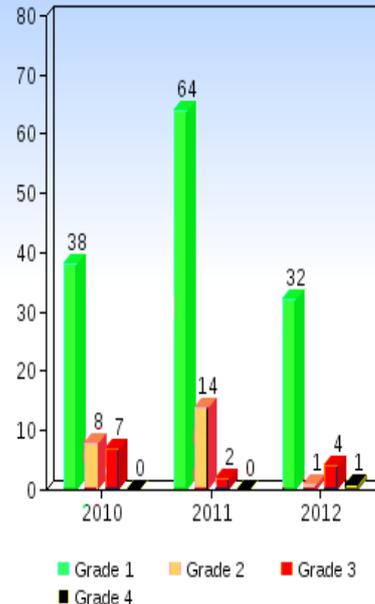
Evènements Indésirables Receveur en Guadeloupe

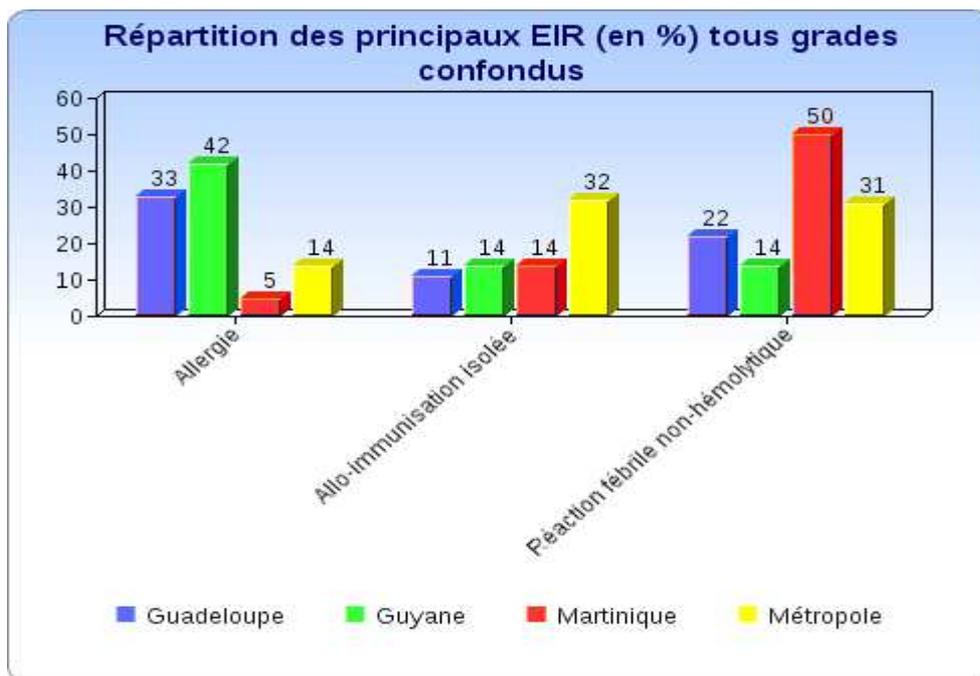


Evènements Indésirables Receveur en Guyane



Evènements Indésirables Receveur en Martinique





On notera des divergences considérables entre les taux de déclaration des divers EIR par rapport à la métropole.

Il paraît difficile d'en attribuer l'origine aux différences entre les populations de receveur. Ces différences paraissent plutôt liées à l'appréciation subjective du caractère important à déclarer du symptôme considéré par les acteurs de l'hémovigilance.

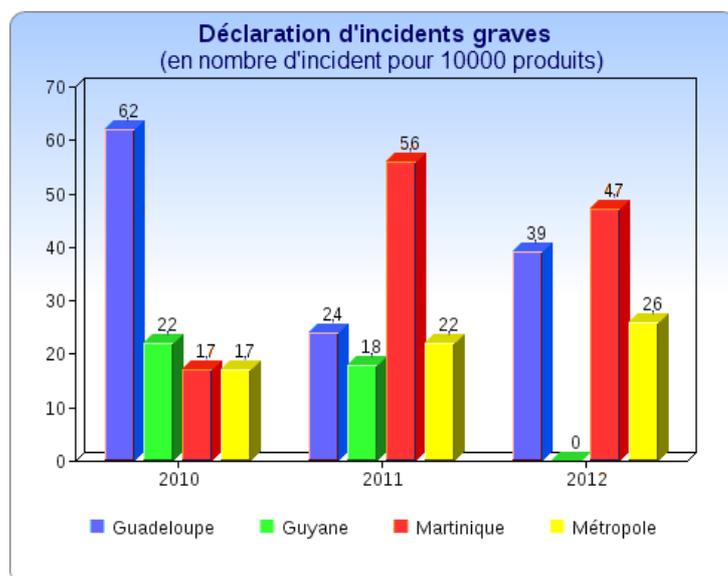
Par exemple la réaction fébrile non hémolytique, essentiellement bénigne est sur-déclarée en Martinique, alors qu'en Guadeloupe c'est l'allergie.

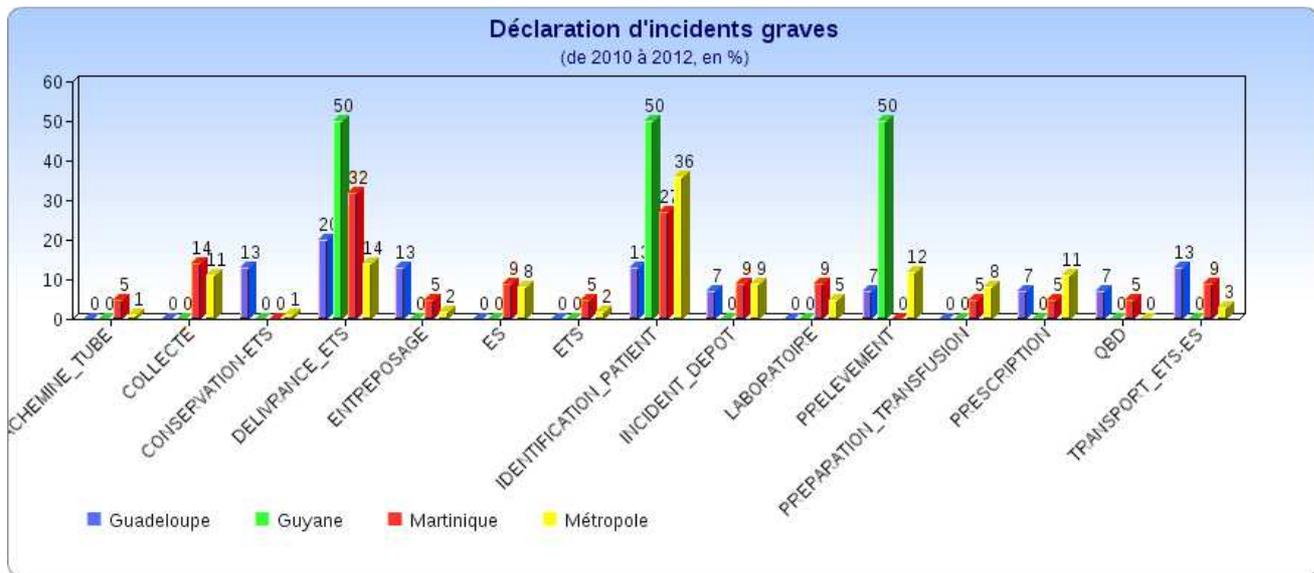
Ceci témoigne d'une nécessité de réactualisation des critères diagnostiques par les correspondants locaux, même si cette analyse ne peut être considérée comme significative eu égard au faible nombre de déclarations.

Les incidents graves de la chaîne transfusionnelle

Compte tenu du petit nombre de déclarations, il est difficile de tirer des conclusions.

La Guadeloupe semble être en voie de résoudre ses problèmes de fonctionnement, contrairement à la Martinique qui paraît être en butte à des difficultés d'organisation.





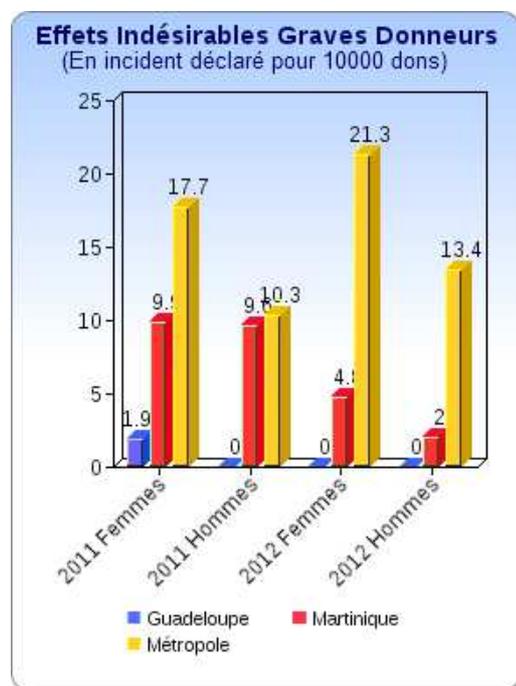
Tout comme en métropole, le problème de l'identification du patient semble être la plus importante source de dysfonctionnements.

La deuxième source d'incidents pourrait être la délivrance au niveau de l'EFS.

Toutefois, le contrôle qualité au sein de l'EFS est performant et le système déclaratif beaucoup plus sensible, le pic de déclarations observé n'est pas forcément représentatif.

Les Effets Indésirables Donneurs

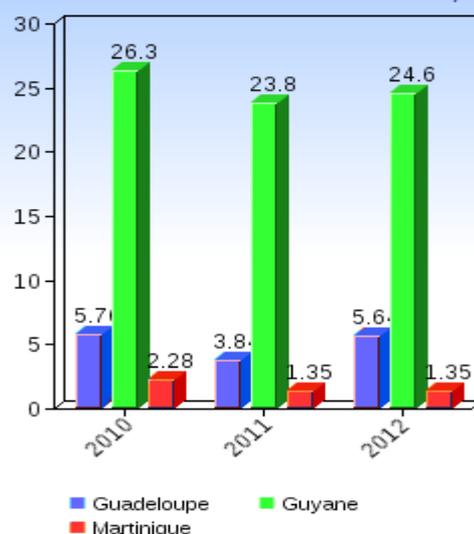
La déclaration des Evènements Indésirables Donneurs semble être sous déclarée en Martinique, et inexistante en Guadeloupe.



Les dépôts de PSL

Le graphe pourrait faire penser que l'activité des dépôts de PSL est minime en Guadeloupe et en Martinique, mais si on tient compte du fait que près de 90 % de la consommation de PSL se fait dans les CHU, proches de leurs EFS, il apparaît que l'importance des dépôts est majeure dans les hôpitaux périphériques, particulièrement en Guyane.

Activité des dépôts
(en % de la consommation totale de PSL)



Les CSTH

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
GUADELOUPE							
CENTRE HOSPITALIER DE MARIGOT	1	0	5	2	2	1	2
CENTRE HOSPITALIER SAINTE-MARIE	0	1	1	1	0	1	1
CENTRE MEDICO-SOCIAL	0	1	0	0	0	0	1
CH DE LA BASSE TERRE	1	2	4	2	1	2	3
CHU DE POINTE A PITRE/ABYMES	0	4	4	5	3	3	3
CLINIQUE DE CHOISY	0	0	1	1	1	1	1
CLINIQUE LES EAUX CLAIRES	1	1	1	1	2	1	0
POLYCLINIQUE DE LA GUADELOUPE	0	0	1	0	0	0	1
POLYCLINIQUE SAINT-CHRISTOPHE	0	0	0	1	0	0	0
GUYANE							
CENTRE HOSPITALIER DE CAYENNE	1	1	1	2	3	1	2
CENTRE HOSPITALIER DE L'OUEST-GUYANAIS	3	3	1	2	1	1	1
CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL DE KOUROU	1	1	2	3	1	2	1
CLINIQUE LES HIBISCUS	0	0	0	1	0	1	0
CLINIQUE VERONIQUE	0	0	0	0	0	1	0
MARTINIQUE							
CENTRE HOSPITALIER DU LAMENTIN	3	2	2	2	1	1	0
CH LOUIS DOMERGUE	3	3	1	3	2	1	0
CHU DE FORT DE FRANCE ZOBDA-QUITMAN	3	3	3	2	3	2	2
CHU HOPITAL CLARAC	3	3	3	2	0	0	0
CHU MFME	2	3	3	2	3	0	0
CLINIQUE SAINT-PAUL	1	1	1	1	1	1	0
HOPITAL DE ST ESPRIT	0	1	0	0	1	1	0
HOPITAL DU MARIN	1	1	1	1	0	1	0
SA CLINIQUE SAINTE MARIE	0	1	1	0	1	1	0

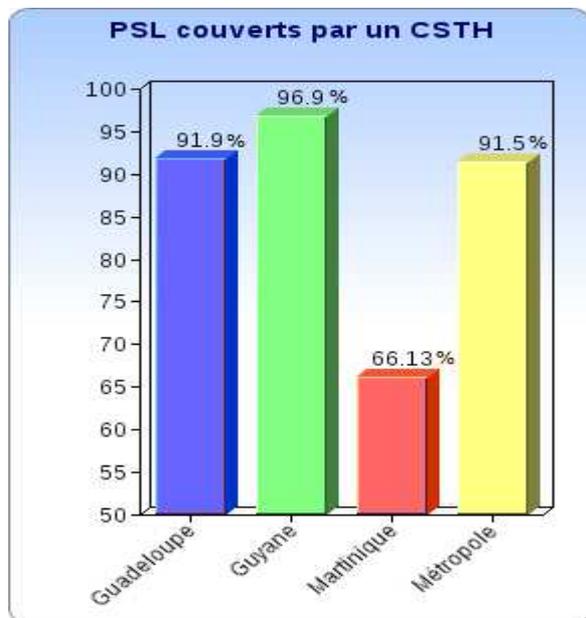
(Il est possible que certains CSTH de Martinique n'aient pas été répertoriés)

Au vu des données disponibles, la part des PSL couverts par un CSTH en 2012 est de 91.4% en Guadeloupe, 66.13 % en Martinique et 96.97 % en Guyane

Le rôle des Csth (Comité de Sécurité Transfusionnelle et HémoVigilance) est de s'assurer du bon fonctionnement de l'activité transfusionnelle au sein de l'établissement, en élaborant les procédures transfusionnelles et en établissant un rapport annuel d'activité.

La plupart des PSL transfusés en Guadeloupe et Guyane le sont dans un établissement organisant au moins un Csth dans l'année, ce qui note d'une implication certaine des équipes d'hémoVigilance.

On peut redouter une certaine désaffection des acteurs du réseau martiniquais vis-à-vis de la sécurité transfusionnelle.



Les établissements de soins en Guadeloupe

Le Centre Hospitalier Universitaire Pointe-a-Pitre – Abymes

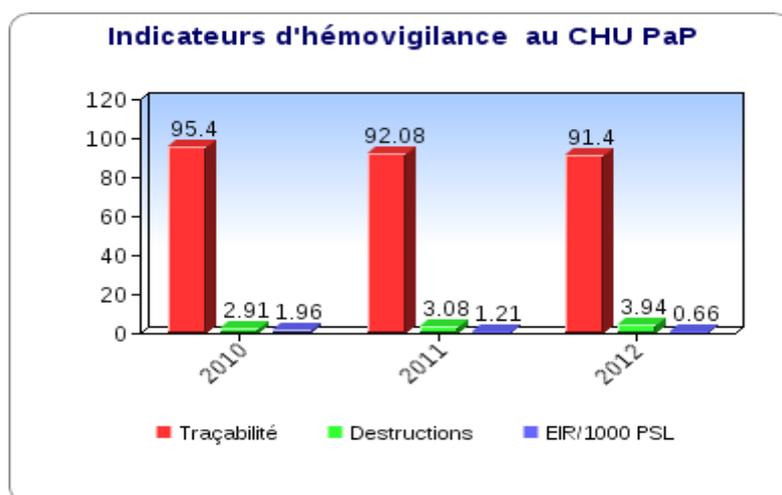
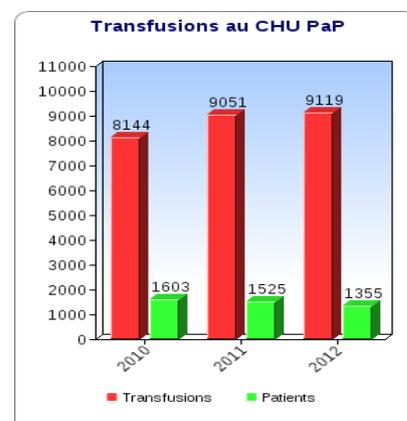
Correspondant hémovigilance : Dr I. Noyon

La consommation de PSL continue son augmentation, malgré la diminution du nombre de patients transfusés.

Cette consommation représente 72 % des PSL transfusés en Guadeloupe

Le nombre moyen de PSL par patient est de 6.77 pour 5.77 en métropole, ce qui ne représente pas une variation significative.

Tout au plus pourrait-on penser que les indications transfusionnelles sont plus réfléchies.



Les indicateurs d'hémovigilance restent extrêmement médiocres, et vont en se dégradant.

Depuis février 2012 le CHU est doté d'un **dépôt d'urgence vitale**, pour couvrir les besoins de la maternité (Responsable Dr M.F. SOLLBERGER).

En 2012 le dépôt a délivré 22 CGR (dont plusieurs destinés au bloc opératoire, mais toujours dans un contexte UV).

Même si on doit déplorer une destruction de 10 CGR due à des problèmes de fiabilité de la surveillance thermique, le dépôt remplit son rôle de secours.

L'informatisation du processus transfusionnel se poursuit, en augmentant progressivement le nombre de services connectés.

Toutefois le lien informatique avec le laboratoire d'immuno-hématologie de l'EFS est toujours non fonctionnel.

Seules sont échangées les données concernant la délivrance des produits et la confirmation de transfusion.

Au total, malgré les efforts du réseau d'hémovigilance, la situation semble ne pas évoluer. La médiocrité des indicateurs, déjà relevée en 2011 et 2012 avait fait l'objet d'un courrier à la direction du CHU en juillet 2012.

Pour pallier à ces insuffisances, un temps partiel de secrétariat a été alloué au Dr NOYON pour l'aider dans ses tâches administratives et pouvoir davantage se consacrer à la formation des personnels, à la fois sur l'aspect maîtrise de l'outil informatique et sur l'importance de la culture déclarative.

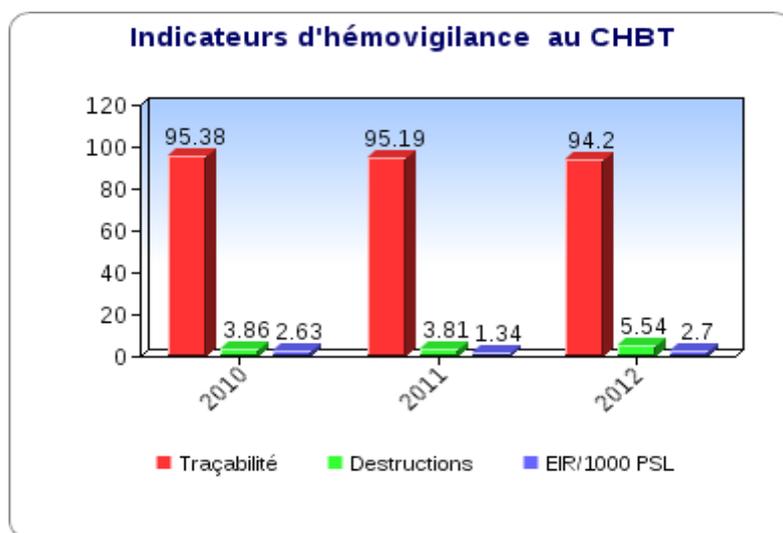
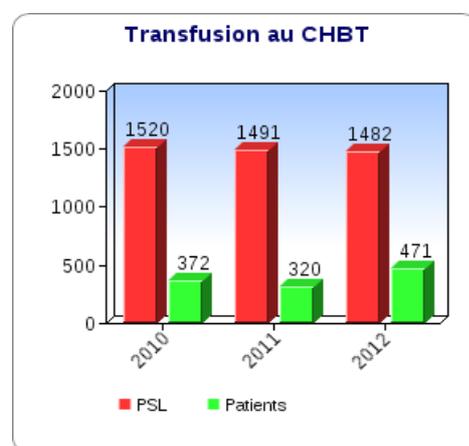
Apparemment cette aide est insuffisante pour pouvoir obtenir des résultats rapides.

Le Centre Hospitalier de la Basse Terre

Correspondant d'hémovigilance : Dr A. Proton

La consommation de PSL au CHBT, contrairement à la tendance générale, a tendance à diminuer, alors que le nombre de patients transfusés explose.

Les récentes restructurations, en orientant l'activité vers celle d'un hôpital de proximité, en sont certainement responsables.



Les indicateurs d'hémovigilance restent médiocres en ce qui concerne la traçabilité. Suite à des pannes de congélateur, le taux de destruction est monté en flèche, sans que cela préjuge d'une mauvaise gestion du dépôt.

Le taux de déclaration des EIR s'améliore, témoin de l'implication des acteurs du réseau.

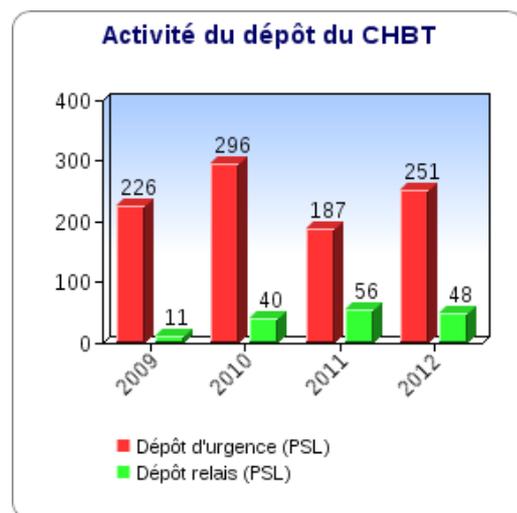
Le dépôt de PSL est de type Urgence-Relais.

Responsable du dépôt : Dr J. Bringier

L'activité du dépôt d'urgence est très fluctuante selon les années, et non corrélée avec la consommation de l'établissement.

Le dépôt relais pose le problème des produits délivrés nominativement par l'EFS et non repris en cas de non-utilisation.

Cette contrainte avait été identifiée comme une des causes de la destruction exagérée de PSL au CHBT.



Bien que les consignes données aux prescripteurs aient été de limiter au maximum ces mises en réserve si l'indication transfusionnelle n'était pas formelle, le recours au relais semble avoir atteint un plancher.

Toutefois, le taux de destruction pour 2012 corrigé pour ne pas tenir compte de l'accident de conservation des produits semble être en amélioration.

Le Schéma d'Organisation de la Transfusion Sanguine (SOTS) 2012-2017 prévoyait une mutation du dépôt du CHBT vers une activité de type délivrance.

Cette réorganisation entraînerait un surcoût considérable, dû essentiellement aux charges de personnel.

En effet, actuellement c'est l'IADE de salle de réveil qui est chargée de la délivrance des PSL, et une augmentation de la charge ce travail de près de 500% est inenvisageable.

Il faudrait donc envisager un personnel dédié au dépôt, ce que l'évolution de la consommation ne justifie pas.

Le dépôt de PSL a été inspecté par l'ARS le 29 juin 2012

Les observations du rapport provisoire portent sur la nécessité d'informatisation, la réactualisation et validation des procédures, listes de personnel et des plans de formation.

L'informatisation de la transfusion au CHBT est en voie de finalisation, malgré des débuts difficiles.

Le logiciel est installé depuis près de deux ans, le personnel a déjà bénéficié d'une campagne de formation, malheureusement l'installation des flux informatiques vers l'EFS s'est heurtée à de nombreuses difficultés.

Début 2013 les connections concernant la délivrance et le retour de traçabilité sont opérationnelles, ainsi que celle entre le laboratoire IH du CHBT et le logiciel.

Les campagnes de formation du personnel sont programmées pour la fin du premier trimestre.

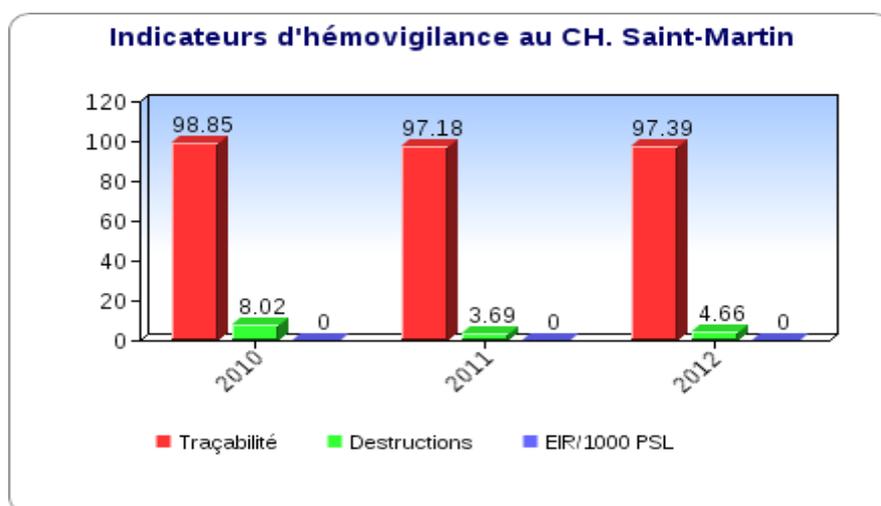
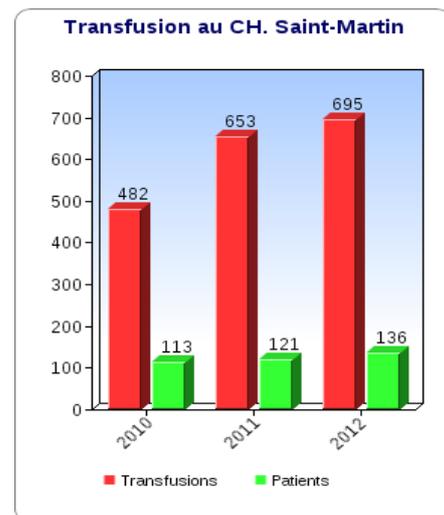
La dernière étape consistera en l'activation du flux des résultats IH et l'EFS, afin d'éviter la transmission d'échantillons de sang dans la majorité des cas.

Le centre hospitalier L.C. Fleming de Saint Martin

Correspondant d'hémovigilance : Dr L. Noubou

L'activité transfusionnelle continue son ascension, ainsi que le nombre de patients transfusés.

Depuis 2002, cette consommation a augmenté de près de 400 %



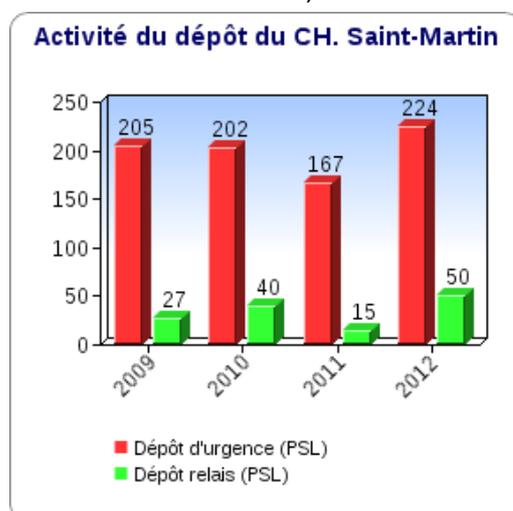
Si la traçabilité de la transfusion peut être considérée comme bonne pour la Guadeloupe, le taux de destruction est élevé et ne semble pas s'améliorer. La déclaration des effets indésirables est inexistante.

Le dépôt de PSL est du type Urgence-Relais (responsable Dr L. Noubou)

L'activité du dépôt est constante et croît avec celle de l'hôpital (NB. le « trou » en 2011 est dû à une perte de données suite à l'installation du système informatique)

30 % des produits transfusés dans l'ES sont passés par le dépôt.

Les contraintes d'éloignement de Saint-Martin ont un coût considérable, tous les PSL hors ceux du dépôt d'urgence font l'objet d'un envoi individuel par fret aérien.



C'est pourquoi le processus de mutation vers un dépôt de délivrance a été débuté en 2012, conformément au SOTS 2012-2017.

La faisabilité de cette évolution est bonne, les locaux et le matériel de conservation étant compatibles avec le cahier des charges d'un dépôt de délivrance.

Le système informatique répond aux contraintes, seule la liaison avec le laboratoire d'immuno-hématologie est à installer (laboratoire privé à St Martin).

Le seul écueil se situe au niveau des ressources humaines, en particulier pour la formation réglementaire du responsable du dépôt, qui présente un coût de l'ordre de 30000 €, pour lequel le CH a demandé une aide financière.

Compte tenu de l'augmentation de l'activité transfusionnelle et des bénéfices attendus, cet accompagnement semble être une nécessité.

Le dépôt de PSL a été inspecté par l'ARS le 10 juillet 2012.

Le rapport d'inspection souligne la rigueur et la compétence des personnels et n'amène aucune remarque particulière.

L'informatisation de la transfusion.

Le système est installé et opérationnel depuis 2011, mais sous-employé car les soignants n'ont pas eu la formation nécessaire pour pouvoir saisir les données de traçabilité.

Ce sont donc les responsables de l'hémovigilance qui effectuent cette saisie *à posteriori*, ce qui représente une perte de temps et de compétence inutile.

De plus ce mode de fonctionnement reposant sur un groupe restreint de personnes entraîne une fragilité du système qui doit être consolidée.

Il est regrettable que faute de moyens le CRH n'ait pas pu aller effectuer ces formations, malgré la demande pressante de l'établissement.

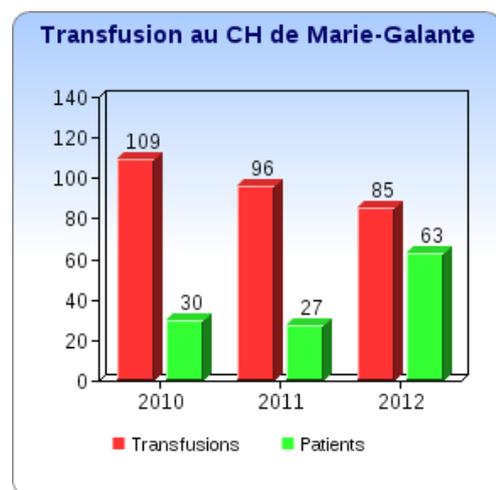
Le centre hospitalier de Marie-Galante

Correspondant d'hémovigilance : Dr A. Loco-Piquion

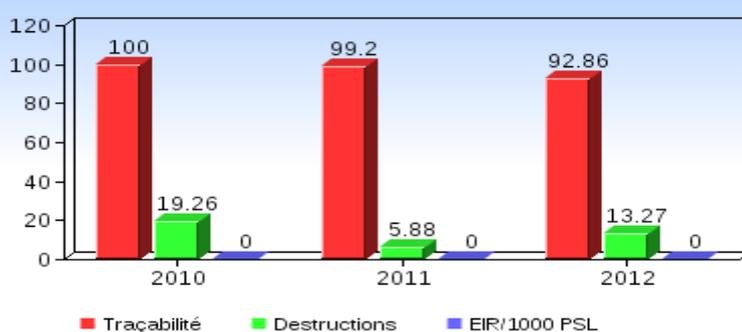
Le centre hospitalier Sainte-Marie a subi courant 2012 une profonde réorganisation, orientant son activité vers celle d'un centre de proximité.

De manière encore plus accentuée qu'au CHBT, le nombre de produits transfusés a drastiquement baissé, et le nombre de patients fortement augmenté.

Cette transformation ayant eu lieu en milieu d'année, il faut s'attendre à ce que ces modifications soient encore plus accentuées l'année prochaine.



Indicateurs d'hémovigilance au CH de Marie-Galante



La restructuration du CH a entraîné de profonds bouleversements dans le fonctionnement de la filière transfusionnelle.

Le Dr Loco-Piquion, qui jusque-là assurait seule le fonctionnement du système a dû aller exercer sur la Guadeloupe à temps partiel, ce qui a considérablement compliqué la gestion du dépôt et de la traçabilité.

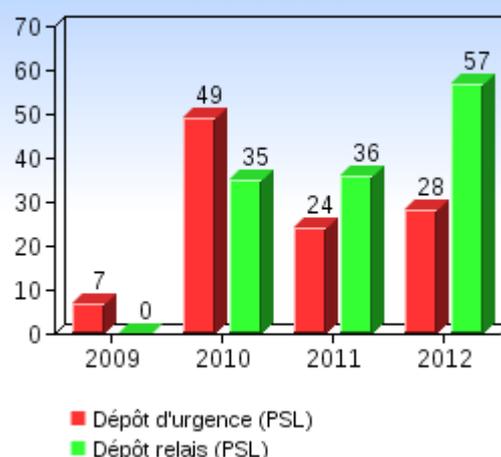
Le dépôt de PSL

Les données récentes manquent pour apprécier le nouveau mode de fonctionnement du dépôt.

Le saut d'activité du dépôt relais est dû aux modifications de fonctionnement instaurées en 2011, tous les PSL livrés à l'hôpital devant transiter par le dépôt relais en raison d'un taux de destruction élevé.

A l'heure actuelle, la transfusion non urgente est devenue inexistante à Sainte-Marie.

Activité du dépôt au CH de Marie-Galante



La récente volonté de démission de son poste du Dr Loco-Piquion a encore compliqué les choses.

Actuellement aucun médecin du centre hospitalier n'a formellement accepté la charge de correspondant d'hémovigilance et de responsable de dépôt.

Etant données les éloignements répétés du Dr Loco-Piquion, les infirmières des urgences ont suivi une formation à la délivrance, et la seule IADE a suivi celle de responsable de dépôt.

De fait le dépôt se trouve sans responsable médical au moins deux jours par semaine.

Les mesures de sécurité entreprises ont été la suppression de l'activité relais, pour ne plus conserver au dépôt que des CGR de groupe O, afin de minimiser les risques d'erreur de délivrance.

La suppression pure et simple du dépôt paraît par contre impensable, compte tenu des délais d'obtention des PSL et de la population de l'île.

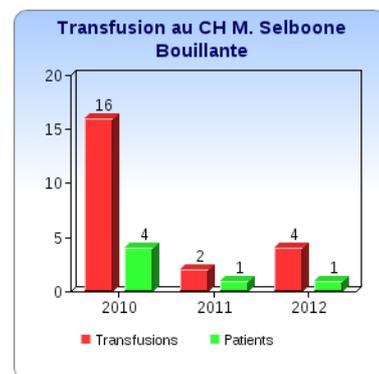
Un des médecins urgentistes pourrait accepter la charge de responsable courant 2013, mais aucune confirmation officielle n'a été donnée à ce jour.

Ceci souligne par ailleurs la fragilité des systèmes reposant sur la bonne volonté d'une ou deux personnes, déjà évoquée pour le CH de Saint-Martin.

Le centre hospitalier Maurice Selbonne à Bouillante

Correspondant hémovigilance : Dr C. Marchant

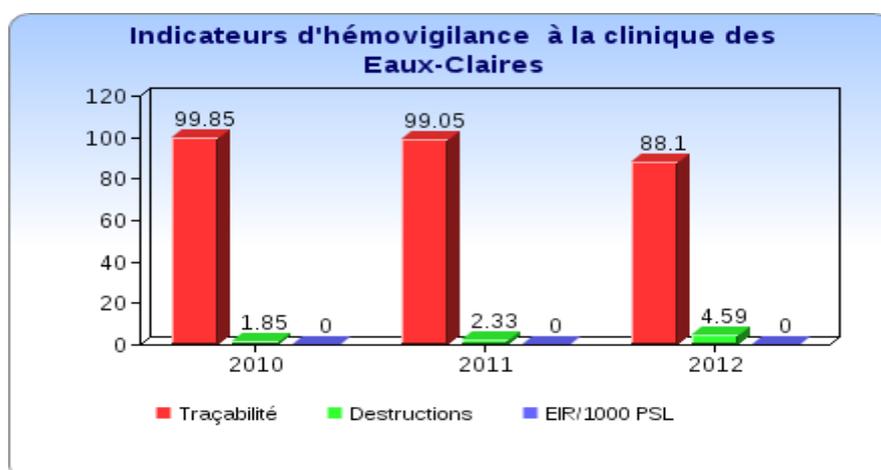
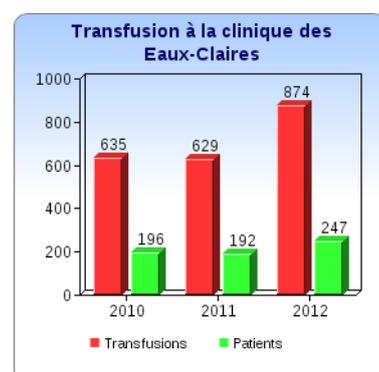
Le C.H. transfuse de manière anecdotique et ne pose pas de problème de fonctionnement.



La clinique des Eaux-Clares de Baie-Mahault

Correspondant d'hémovigilance : Dr Y. Partouche

Suite à des modifications d'activité, l'activité transfusionnelle de la clinique a fortement augmenté depuis l'année dernière.



Les indicateurs d'hémovigilance se sont fortement dégradés depuis l'année dernière, et le système déclaratif est inexistant.

Le dépôt de PSL est du type Urgence Vitale (Responsable Dr C. Garnier)

Ce dépôt a été autorisé en 2010 au titre de l'urgence vitale en obstétrique, motivée par la difficulté de transport routier depuis l'EFS aux heures de pointe ou en cas d'ouverture du pont de la Gabarre.

Son activité a augmenté parallèlement avec celle de la clinique, avec toutefois un manque de rigueur dans la gestion, relevée lors des visites régulières du CRH et de l'EFS.



Chacune de ces visites s'est faite en l'absence des responsables médicaux, le seul interlocuteur étant la cadre de soins Mme S.

La dégradation des performances de l'établissement est contemporaine du départ à la retraite de Mme S., qui s'occupait de l'ensemble des tâches de l'hémovigilance et du fonctionnement du dépôt.

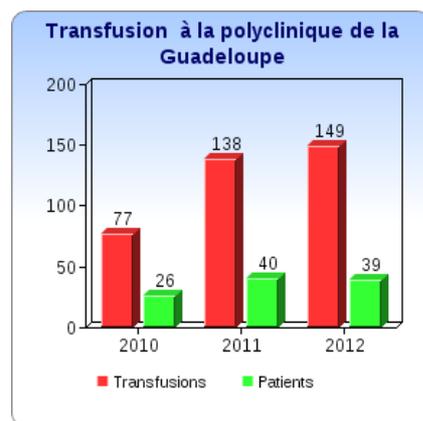
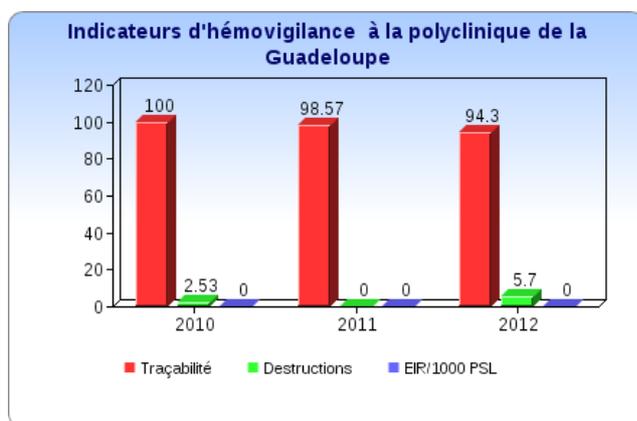
Depuis cette responsabilité a été confiée à Mme N., qui n'a eu aucune formation préalable.

Devant le manque d'implication des responsables médicaux, rendez-vous a été pris avec la direction de la clinique pour nommer à ces postes des personnes motivées, et mettre sur pied un plan de formation pour le personnel, la sécurité de l'acte transfusionnel étant manifestement très peu encadrée dans la clinique.

La polyclinique de la Guadeloupe aux Abymes

Correspondant hémovigilance : Dr R. Laisne

L'activité transfusionnelle croît régulièrement.



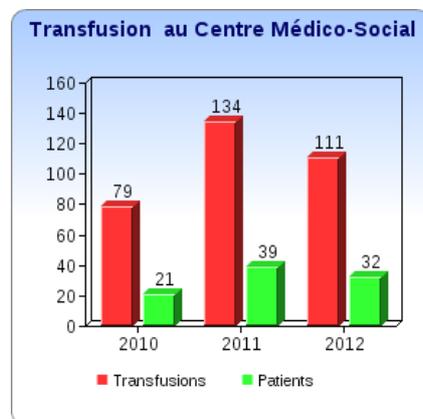
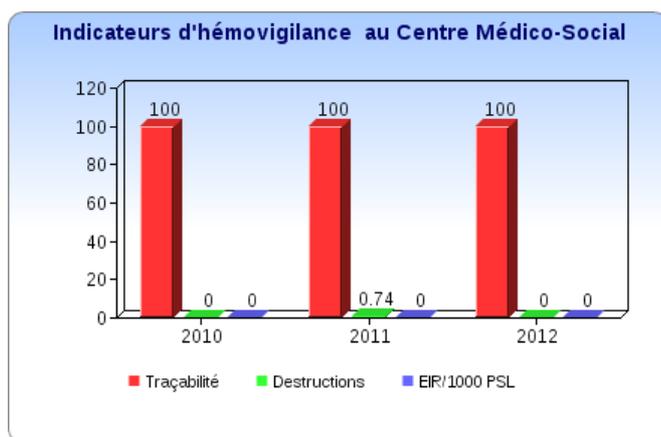
Les indicateurs d'hémovigilance sont médiocres, avec en particulier un taux de destruction excessif en 2012.

Un cycle de formation des soignants sur les bonnes pratiques transfusionnelles a eu lieu fin 2012.

Le Centre Médico-Social à Basse Terre

Correspondant d'hémovigilance : Dr C. Germain

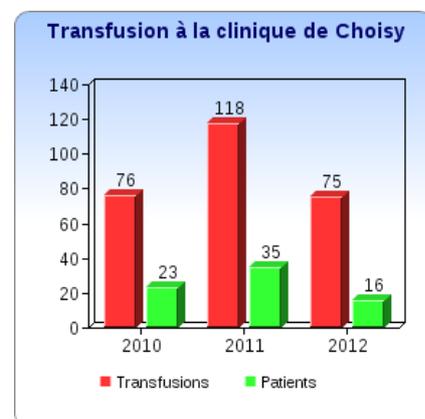
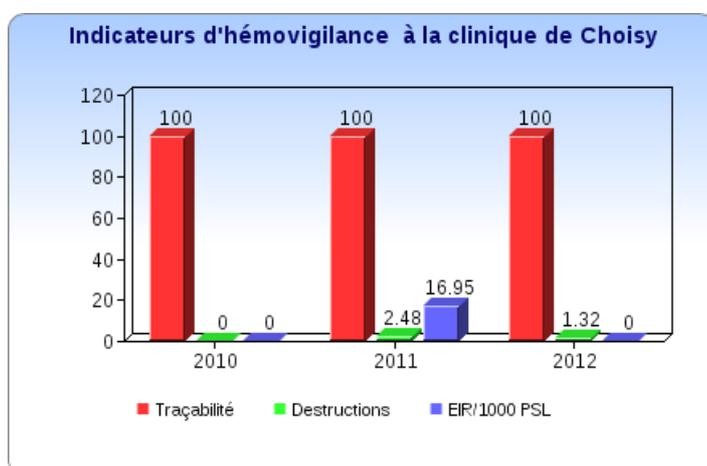
L'activité transfusionnelle est régulière, les indicateurs d'hémovigilance excellents.



La clinique de Choisy à Gosier

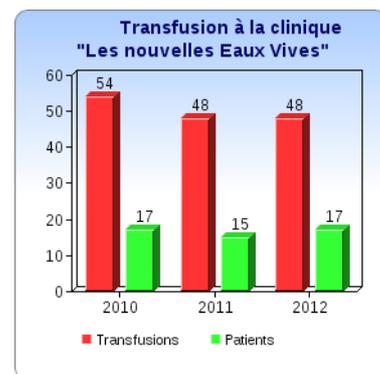
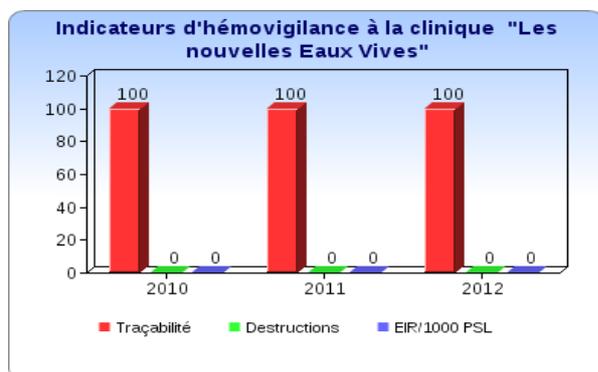
Correspondant hémovigilance : Dr C. Duvic

Les indicateurs pourraient paraître alarmants sont en fait élevés en raison du faible nombre de PSL transfusés. Le processus transfusionnel est parfaitement encadré.



La clinique des Nouvelles Eaux Vives

Correspondant d'hémovigilance : Dr R. Dufresne

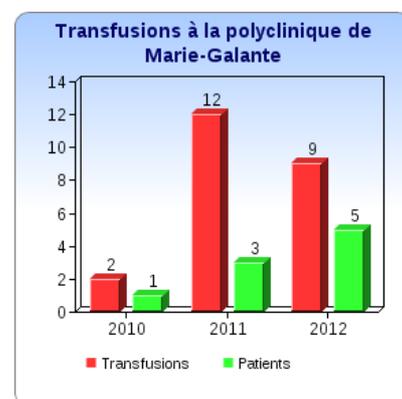
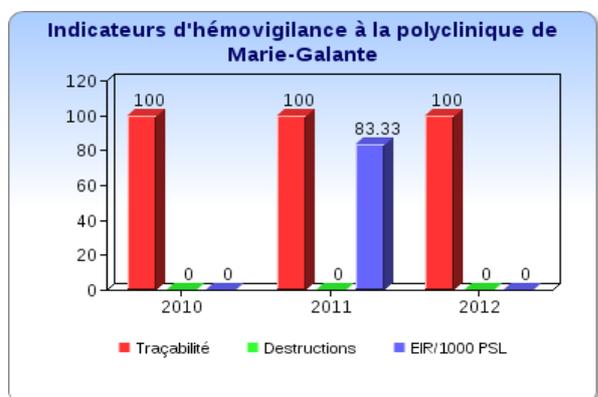


L'activité transfusionnelle est bien encadrée, aucune réunion de CSTH n'est organisée depuis plusieurs années.

La polyclinique de Marie-Galante

Correspondant d'hémovigilance : Dr M. Etzol

La polyclinique a récemment recommencé à transfuser ses patients (essentiellement en service de gériatrie) pour leur éviter les inconvénients d'un transfert dans un autre hôpital.



Après quelques difficultés organisationnelles, en particulier pour les transports, les procédures sont bien rodées et les processus bien maîtrisés.

L'hôpital Irenée de Bruyn à Saint-Barthélemy

L'hôpital de St Barthélemy n'a pas officiellement enregistré de transfusion depuis 2006.

Or des patients de cet établissement sont régulièrement transfusés :

- Soit par demandes de produits en urgence adressées au dépôt d'urgence du CH de St Martin, qui ne peut que fournir les produits demandés.
- Soit en transférant les patients sur l'île de St Martin.

Ces deux cas de figure sont incorrects, car en aucun cas la transfusion n'était urgente, et le transfert des patients (très âgés) leur est très préjudiciable.

Une réunion a eu lieu en juillet 2012 pour trouver des solutions à ce problème.

La filière de transport par voie aérienne depuis Pointe à Pitre existe et les procédures peuvent être calquées sur celles de St Martin, qui donnent toute satisfaction.

Le seul écueil est l'absence d'un responsable médical sur St Barthélémy pour se charger du processus d'hémovigilance.

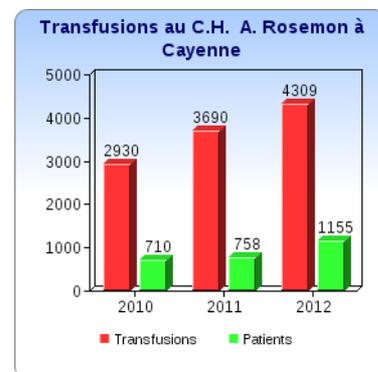
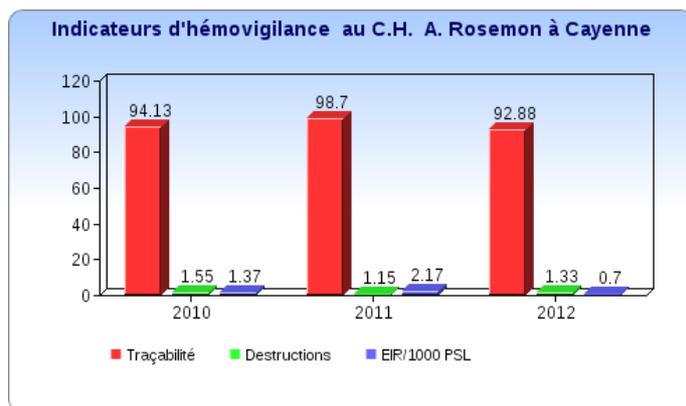
A ce jour le dossier n'a pas avancé.

Les établissements de soins en Guyane

Le Centre Hospitalier Andrée Rosemon à Cayenne

Correspondant d'hémovigilance : Dr H. Kallel

L'activité transfusionnelle au CHAR a très fortement augmenté ces dernières années.



Le Dr Kallel, nouvellement nommé, a dû faire face à de nombreuses difficultés d'organisation, en particulier en ce qui concerne la gestion de l'information post-transfusionnelle.

La dégradation de l'indicateur de traçabilité en témoigne, les structures existantes n'ayant pu faire face à la montée en charge de la transfusion.

Un accompagnement de ses missions a été réclamé auprès de la direction de l'établissement, en particulier pour l'accomplissement des tâches administratives.

Il existe un projet de création d'un dépôt de PSL d'urgence pour le CHAR, motivé par un éloignement temporel de l'EFS de l'ordre de la vingtaine de minutes.

Le dossier commence à se structurer avec l'identification des ressources humaines du dépôt, et l'établissement des procédures de fonctionnement, mais il semble que les besoins et les contraintes aient été assez mal évalués au départ.

De plus, aucun signalement d'effet indésirable de type retard à la transfusion n'a été déclaré ces dernières années.

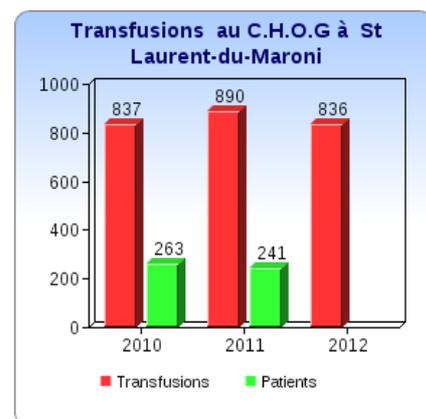
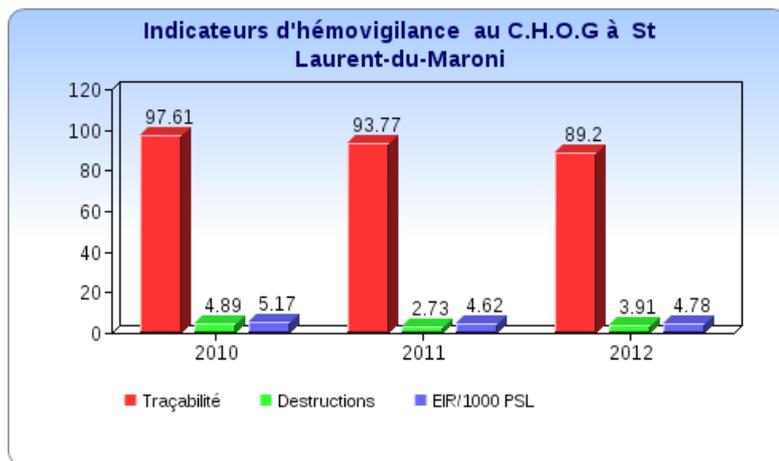
L'utilité de ce dépôt reste donc pour l'instant problématique, et est à mettre en balance avec une organisation spécifique des transports en urgence.

Le Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais à St Laurent du Maroni

Correspondant d'hémovigilance : Dr R. Boukhari

L'activité transfusionnelle est stable.

Malgré l'implication du Dr Boukhari, et des biologistes du service de biologie médicale les indicateurs se dégradent, en particulier en ce qui concerne l'information post-transfusionnelle.



Le CHOG est doté d'un **dépôt de type Urgence + Relais** dont la responsabilité incombe au Dr Boukhari.

Le dépôt est géré par les biologistes du service, et tous les PSL délivrés par l'EFS y transitent, chaque prescription faisant l'objet d'un conseil transfusionnel.

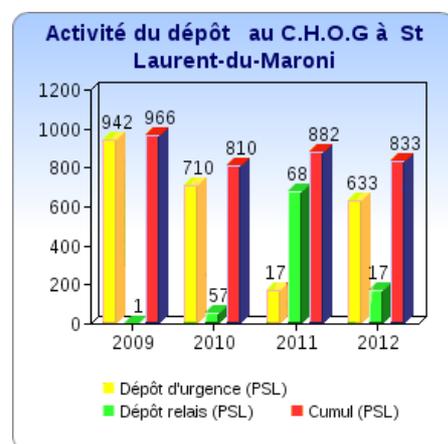
Cette organisation très sécurisante est menacée par d'importants problèmes de recrutement (turn-over des biologistes et absence d'effectif para-médical dédié au dépôt)

Depuis novembre 2012 aucun responsable de dépôt adjoint n'est identifié, ce qui pose un réel problème en cas d'absence.

Le SOTS 2012-2017 prévoit une évolution du dépôt vers la catégorie Délivrance.

Cette mutation est jugée impossible par les responsables du dépôt en raison de la lourdeur du coût en ressources humaines, celles existantes étant déjà insuffisantes.

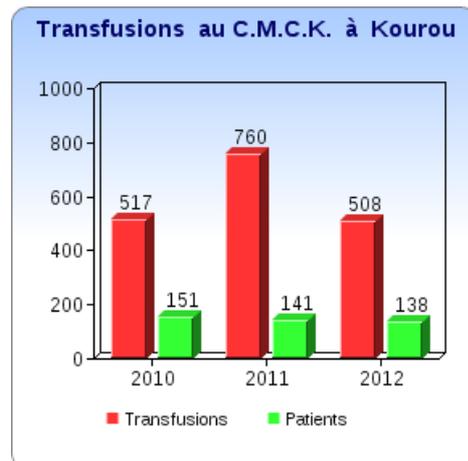
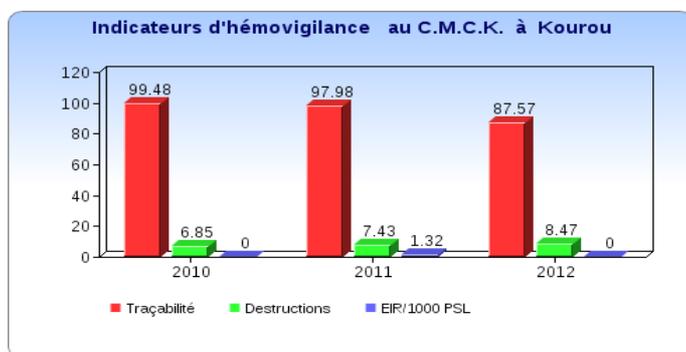
Enfin le CHOG est fréquemment en butte à des difficultés d'approvisionnement en phénotypes particuliers, mais aucune déclaration de retard à la transfusion n'a été établie à ce sujet.



Le Centre Médico-Chirurgical de Kourou

Correspondant d'hémovigilance : Dr L. Salinier

L'activité transfusionnelle a peu évolué ces dernières années, mais les indicateurs sont en nette régression, avec un taux de destruction préoccupant.

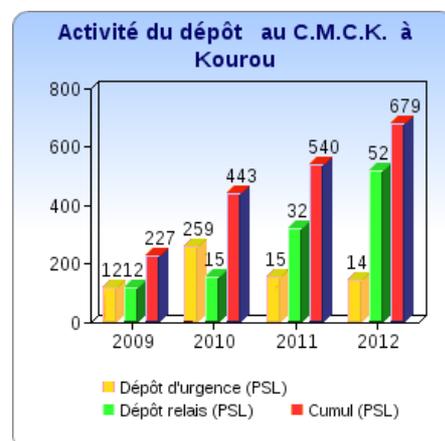


Le CMCK est doté d'un **dépôt de type Urgence + Relais**

Les modalités d'approvisionnement ont été revues pour faire transiter par le dépôt la totalité des PSL délivrés par l'EFS.

Cette procédure a pour but une meilleure sécurisation du processus transfusionnel, mais a un coût humain non négligeable fortement ressenti par les personnels chargés de la gestion du dépôt.

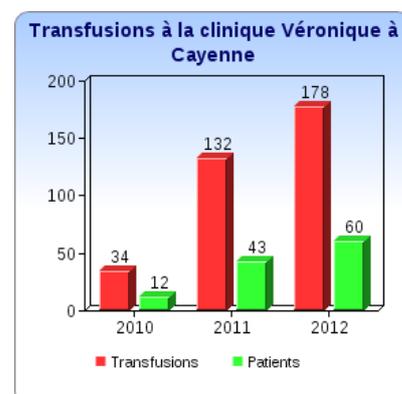
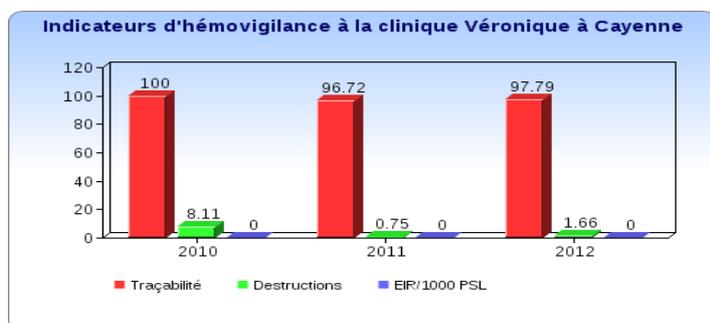
L'informatisation de la transfusion et du dépôt est en cours de refonte avec l'installation du logiciel **Cursus®**. L'utilisation en routine est prévue pour fin 2013.



La clinique Véronique à Cayenne

Correspondant d'hémovigilance : Dr M. Meddeb.

L'activité transfusionnelle croît fortement depuis 2010



Les indicateurs d'hémovigilance sont bons, l'activité cumulée est trop faible pour pouvoir juger du système déclaratif.

Les établissements de soins en Martinique

Le Centre Hospitalier Universitaire de la Martinique

Le CHUM est né de la fusion administrative de plusieurs établissements martiniquais.

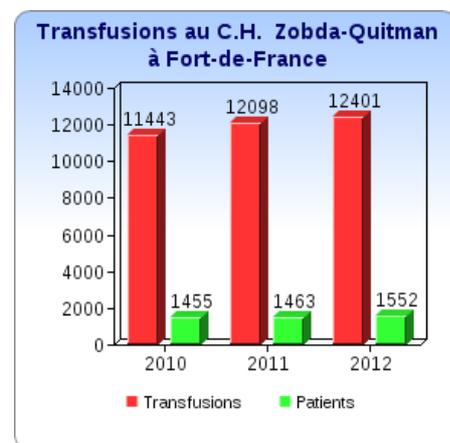
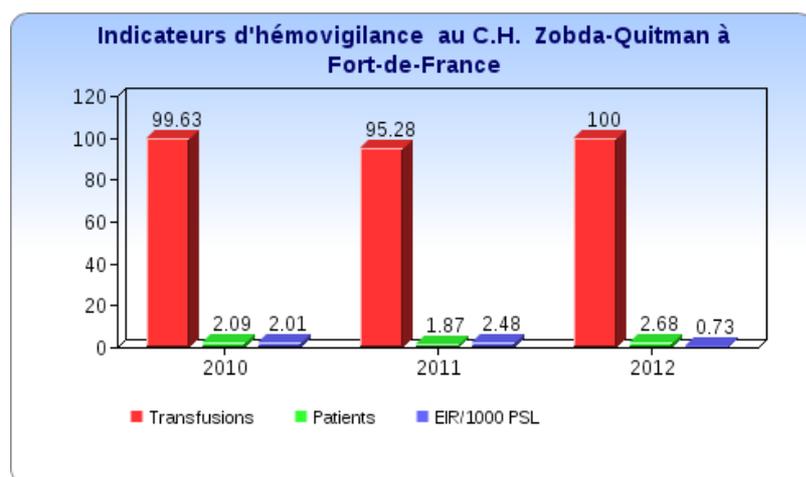
Toutefois les entités qui composent le CHUM sont très différentes à la fois par leurs activités et par leurs localisations, nous les présenterons donc séparément.

Le Centre Hospitalier Universitaire Pierre Zobda-Quitman à Fort de France

Correspondant d'hémovigilance : Dr B. Kerob-Bauchet

L'activité transfusionnelle augmente régulièrement à un taux comparable avec celui de la métropole.

L'établissement représente à lui seul 72 % de la consommation de PSL en Martinique.



Les indicateurs d'hémovigilance sont excellents, il faut souligner la performance d'un taux de traçabilité à 100% sur un établissement de cette taille

On relèvera toutefois un taux de destructions un peu élevé, mais qui représente en valeur absolue un nombre de PSL conséquent (476) et difficile à expliquer en raison de la proximité de l'EFS.

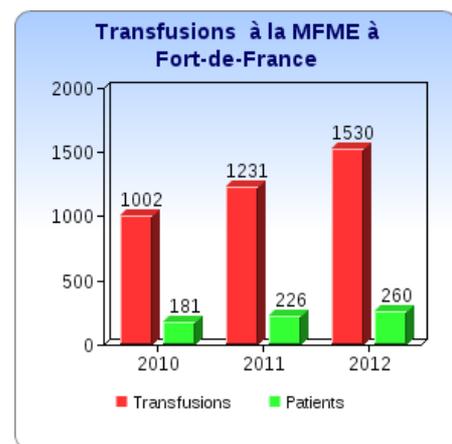
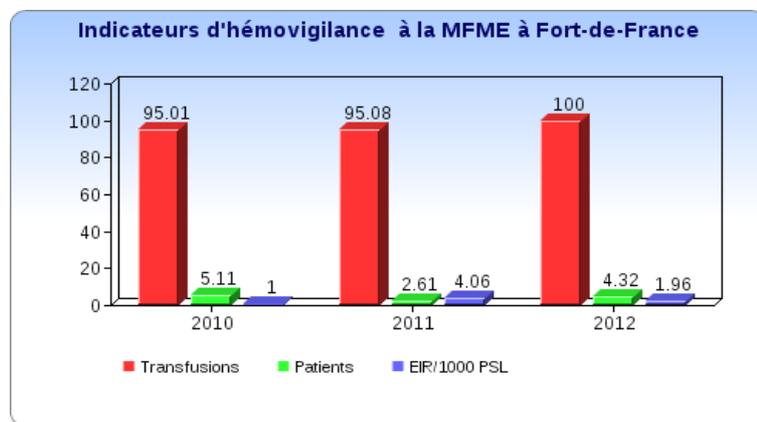
Le nombre de déclarations d'EIR est anormalement bas et demandera à être surveillé sur les années à venir.

L'informatisation du processus transfusionnel est sans doute un des éléments déterminants des bons résultats de l'hémovigilance.

Maison de la Femme, de la Mère et de l'Enfant (MFME) à Fort-de-France

Correspondant d'hémovigilance : Dr C. Ripert

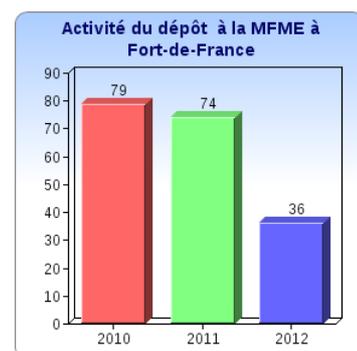
L'activité est en une forte croissance, les indicateurs d'hémovigilance sont bons



Le nombre de produits détruits est important (69) et ne peut être expliqué ni par l'incident dépôt signalé en 2012 ni par les difficultés de transport vers l'EFS.

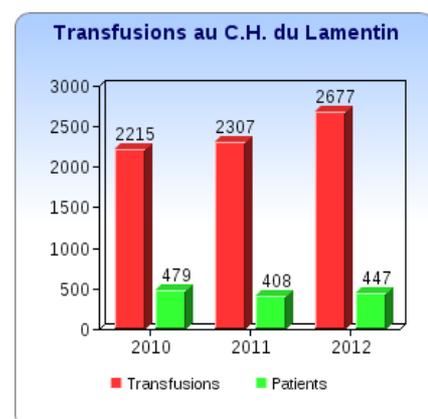
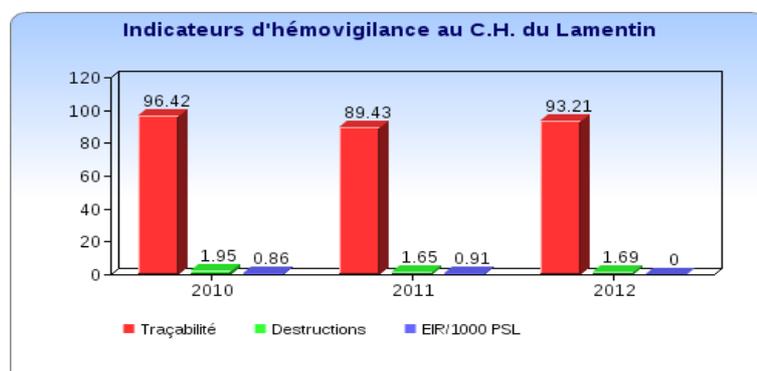
Le dépôt est de type Urgence Vitale, et son fonctionnement n'appelle aucun commentaire.

La dernière visite conjointe EFS/CRH n'a relevé aucun point défectueux, l'autorisation de fonctionnement par l'ARS est renouvelée en 2013.



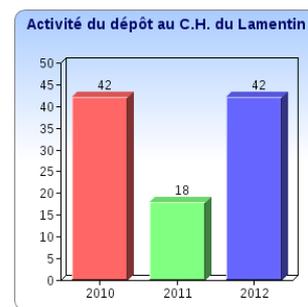
Le Centre Hospitalier du Lamentin

Correspondant d'hémovigilance : Dr A .Benani



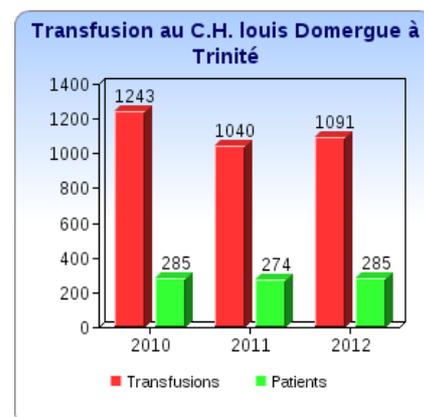
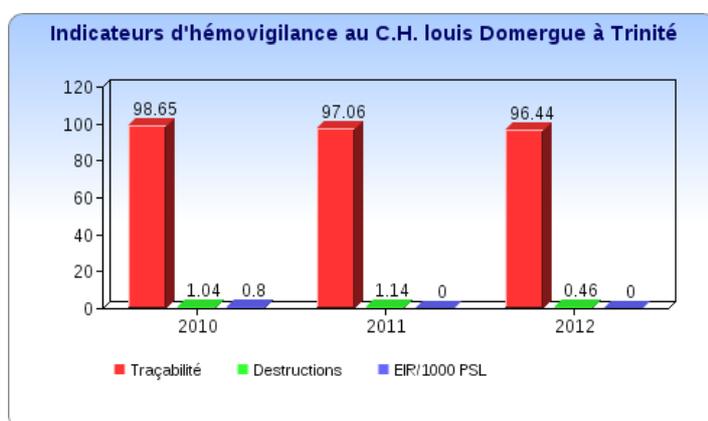
L'activité augmente bien que le nombre de patients transfusés ait tendance à diminuer. La culture déclarative semble inexistante dans l'établissement.

Il existe un **dépôt de type Urgence Vitale** dont le fonctionnement ne pose pas de problème.



Le Centre Hospitalier Louis Domergue à Trinité

Correspondant d'hémovigilance : Dr A. Marques

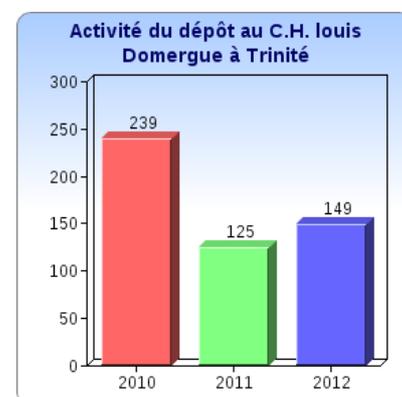


Le CHLD a vu son activité réorganisée en fin d'année 2012.

Les données d'hémovigilance, au demeurant fort bonnes, risquent de ne plus être représentatives à l'avenir.

L'abandon de la pratique des examens immuno-hématologiques au sein de l'établissement semble être problématique en raison de délais de route importants vers l'EFS, seul laboratoire susceptible de pratiquer les analyses 24h/24.

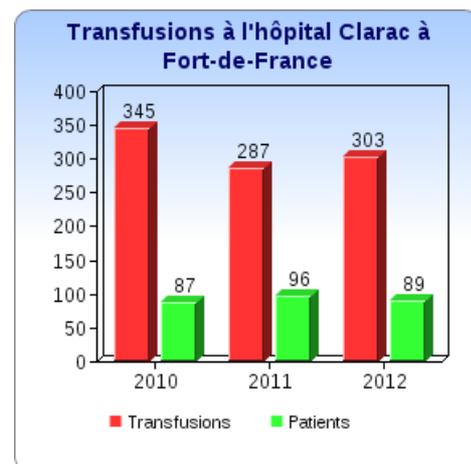
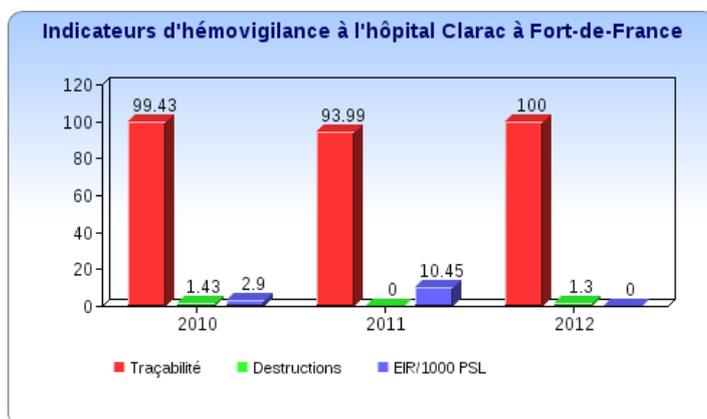
A ce jour aucun incident lié à cette situation n'a été déclaré, mais il paraît urgent d'évaluer les conditions de fonctionnement de la transfusion dans cet hôpital.



L'hôpital Clarac à Fort-de-France

Correspondant d'hémovigilance : Dr B. Kerob-Bauchet

Peu de variations de l'activité transfusionnelle, et l'acte transfusionnel paraît bien encadré.



La fusion de ces établissements en une seule identité administrative risque d'impacter les conditions de l'acte transfusionnel :

Les bénéfices attendus sont pour l'hémovigilance une harmonisation des pratiques transfusionnelles et l'extension de l'informatisation à l'ensemble des établissements.

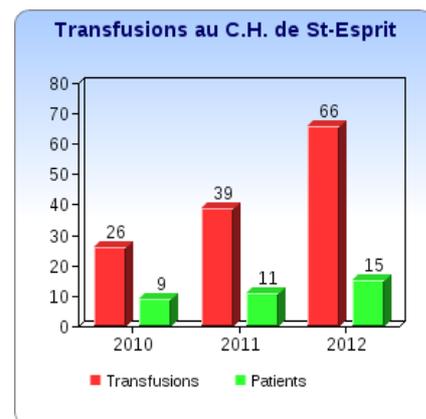
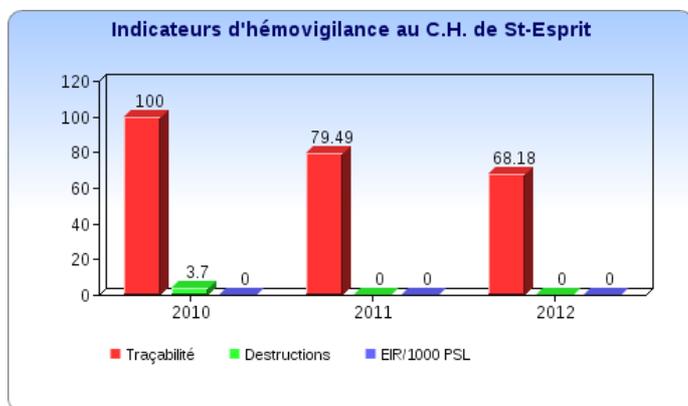
Par contre le regroupement des activités d'immuno-hématologie fait craindre des difficultés d'acheminement des prélèvements en urgence.

Une réorganisation du système des transports sera discutée au prochain CSTH en 2013.

Le Centre Hospitalier de Saint-Esprit

Correspondant d'hémovigilance : Dr M. Jannot

En raison d'un changement des pratiques médicales, l'activité transfusionnelle augmente notablement.



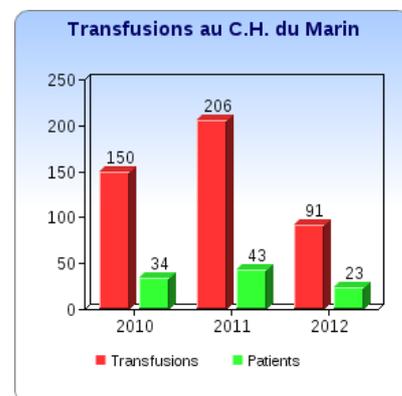
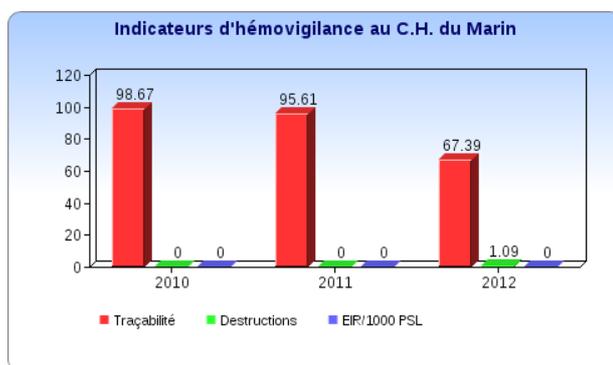
Toutefois il semble exister un fort besoin de formation à la pratique transfusionnelle car les indicateurs ont subi une dégradation concomitante.

Une refonte des procédures et un plan de formation seront à l'ordre du jour du prochain CSTH.

Le Centre Hospitalier du Marin

Correspondant d'hémovigilance : Dr J. Ludon

La consommation de PSL est en forte diminution, de même que les indicateurs.

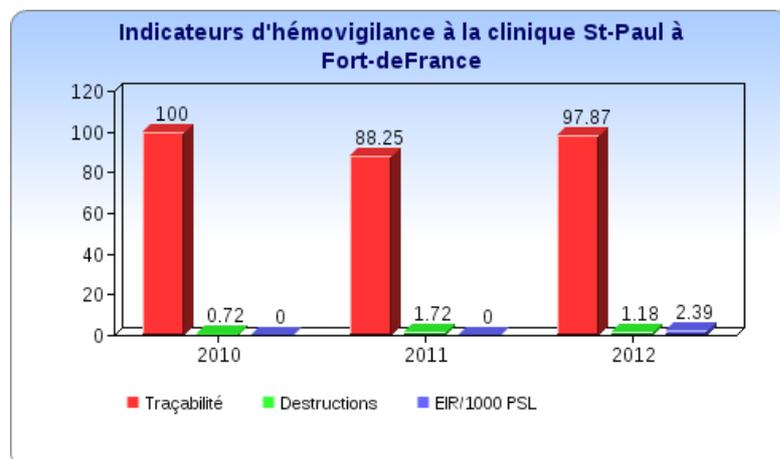


Aucun contact n'a pu être établi avec les responsables d'hémovigilance de cet établissement.

La clinique Saint-Paul à Fort-deFrance

Correspondant d'hémovigilance : Dr B. Polin

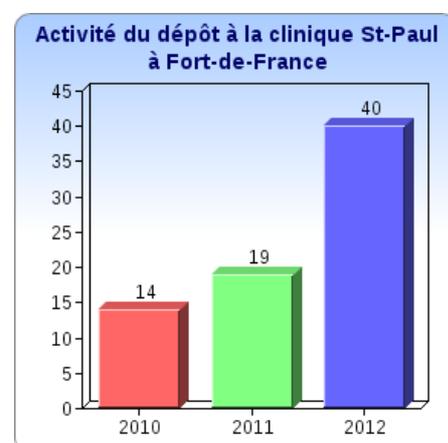
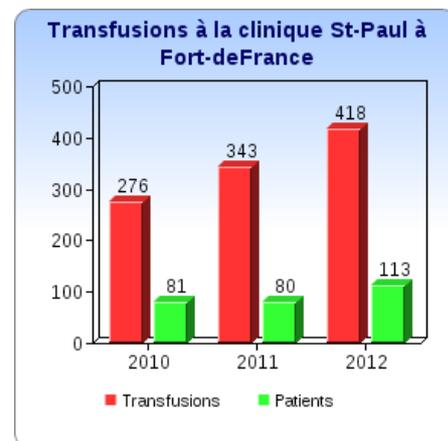
En raison de la diversification des activités chirurgicales, la consommation a fortement augmenté.



Les indicateurs d'hémovigilance sont bons.

Le dépôt est de type urgence vitale, son activité a augmenté parallèlement à celle de la clinique.

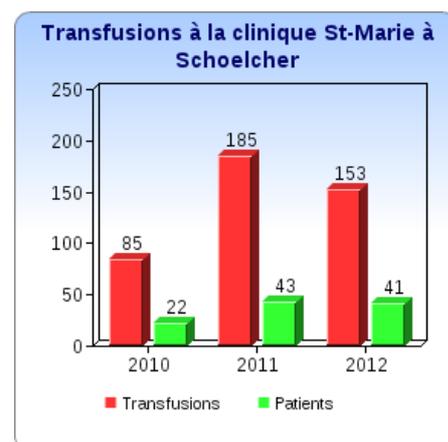
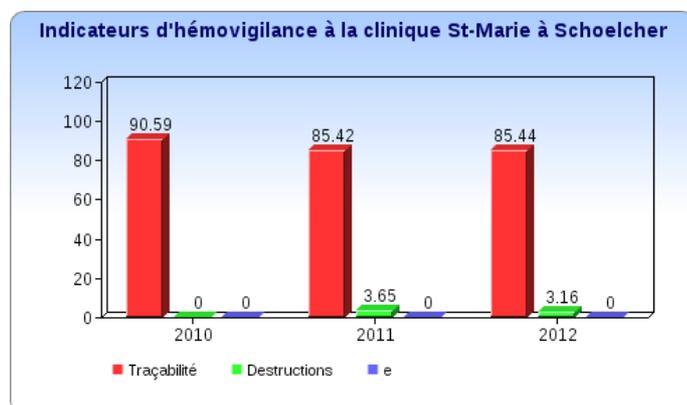
Son autorisation de fonctionnement doit être renouvelée en 2013.



La clinique Sainte-Marie à Schoelcher

Correspondant d'hémovigilance : Dr J.J. Narece

Les besoins en PSL de l'établissement sont fluctuants.

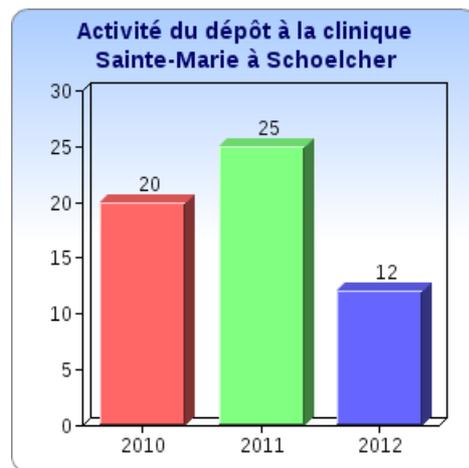


Les indicateurs d'hémovigilance témoignent d'un manque d'encadrement du processus transfusionnel.

Le dépôt est de type Urgence Vitale, son activité est corrélée à celle de l'établissement.

Lors de la dernière visite, de nombreux dysfonctionnements au niveau du dépôt ont été relevés.

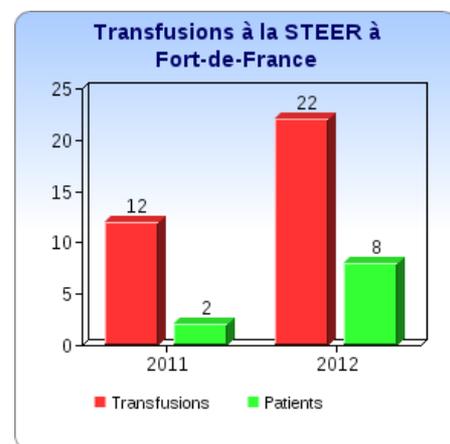
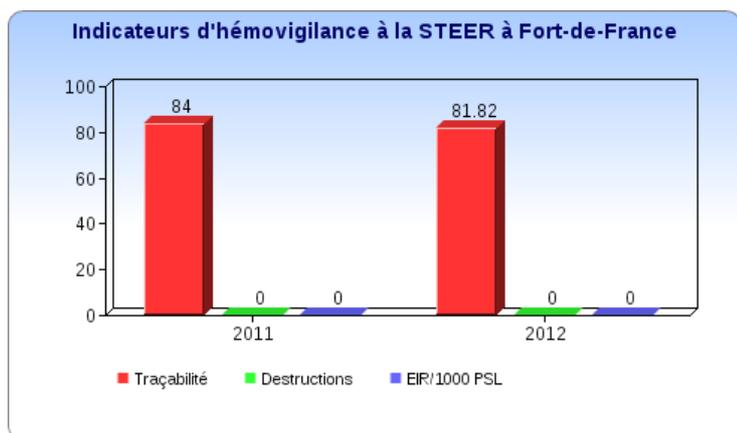
La mise en place des actions correctives sera évaluée lors du dépôt du dossier de renouvellement d'autorisation en 2013.



STEER (Société de Traitement Par Epuration Extra Rénale) à Fort-de-France

Correspondant d'hémovigilance : Dr V. Emal Aglaer

Cet établissement transfuse de manière occasionnelle, avec des indicateurs d'hémovigilance médiocres.



Il n'a pas été possible d'entrer en contact avec le correspondant d'hémovigilance.

SYNTHESE

L'analyse conjointe des données d'hémovigilance dans les DFA permet d'en dégager plusieurs problématiques communes.

La collecte des PSL est insuffisante et oblige à recourir aux importations depuis la métropole. Si la situation est bien gérée et les besoins couverts, il persiste quelques points de friction lors du recours à des phénotypes plus spécifiques des populations locales.

Les solutions employées ne font apparemment pas courir de risque identifié aux receveurs, mais génèrent des coûts logistiques extrêmement élevés.

Les besoins en PSL augmentent à un rythme supérieur à celui observé en métropole en raison du vieillissement relatif des populations.

Cette conjonction entre une demande toujours croissante et un approvisionnement limité font courir un risque de rupture du système en cas d'aléa, soulignant le caractère dépendant de ces régions.

Un recrutement de donneurs supplémentaires paraît indispensable, mais se heurte à de nombreux facteurs à la fois culturels et médicaux, et nécessiterait des actions d'envergure.

Les indicateurs d'hémovigilance, qui sont un reflet de l'encadrement du processus transfusionnel à la fois sur le plan médical et administratif ont tendance à se dégrader.

Les acteurs du réseau d'hémovigilance interrogés sur ce point déclarent en majorité être dépassés par l'ampleur de la tâche et non soutenus par la direction de leurs établissements.

Avec un taux global de 3.06% (correspondant à plus de 1100 produits), la destruction des PSL est un phénomène préoccupant.

Les causes en sont multiples, mais le nombre de produits commandés lors de la prescription est fréquemment incriminé, la totalité des poches commandées ne pouvant être transfusée avant leur fin de la validité.

On s'aperçoit que les établissements les plus destructeurs sont les hôpitaux principaux, pour la plupart tous situés à proximité d'un site EFS ou dotés d'un dépôt de délivrance.

On pourrait attribuer ces pratiques à l'inexpérience des prescripteurs travaillant dans ce type d'établissement, mais toutes les actions de formation entreprises sont invalidées par le turnover considérable des effectifs.

De la même manière le système déclaratif apparaît bien peu performant, mais le renouvellement constant des équipes complique notablement la tâche des correspondants d'hémovigilance.

La Guadeloupe peine à améliorer ses performances en termes de bonnes pratiques transfusionnelles et d'indicateurs d'hémovigilance, malgré les efforts des correspondants locaux.

Le processus d'informatisation des principaux hôpitaux a été particulièrement lent et compliqué à mettre en place, et les formations entreprises se sont très rapidement retrouvées caduques faute de pouvoir être mises en application.

Les différents flux ont été validés, reste aux équipes de s'approprier les outils, ce qui nécessitera de nouvelles campagnes de formation.



La Guyane de part sa situation très excentrée et sa population atypique nécessite une attention particulière, les besoins transfusionnels étant amenés à augmenter très rapidement.

Les structures existantes semblent être au maximum de leur capacités, il conviendra de les sécuriser pour permettre un montée en charge dans de bonnes conditions.



La Martinique vit une période difficile en raison de la fusion de ses principaux établissements de sante, en particulier en raison de la réorganisation des services logistiques.

On notera l'excellence des indicateurs d'hémovigilance, sans doute corrélés avec le fait que l'équipe d'hémovigilance du CHU comporte deux ETP de secrétariat, ce qui facilite grandement le fonctionnement de la structure.

ANNEXES

Données brutes

Année	PSL transfusés	PSL détruits	% de destruction	% de Traçabilité	EIR / 1000 PSL	Ratio CGR / PFC	Malades transfusés
CHU Pointe a Pitre - Abymes							
2001	5467	260	4.57 %	96.00 %	0.73	23.90	.
2002	6243	0	0.00 %	90.12 %	1.44	6.90	1321
2003	6246	0	0.00 %	93.80 %	0.80	6.70	1454
2004	6597	225	3.31 %	98.76 %	1.06	6.70	1591
2005	6752	190	2.75 %	98.65 %	0.89	.	1736
2006	7106	193	2.65 %	97.95 %	0.70	.	1884
2007	7495	147	1.92 %	96.20 %	1.73	.	1402
2008	8892	252	2.76 %	95.90 %	1.57	5.10	1637
2009	8524	308	3.49 %	96.30 %	1.17	5.90	1636
2010	8146	244	2.91 %	95.40 %	1.96	6.30	1603
2011	9057	288	3.08 %	92.08 %	1.21	4.70	1525
2012	9119	374	3.94 %	91.40 %	0.66	3.90	1355
CHBT							
2001	838	0	0.00 %	83.00 %	.	42.10	.
2002	777	0	0.00 %	54.70 %	.	10.00	280
2003	680	0	0.00 %	52.85 %	.	12.90	195
2004	966	125	11.46 %	88.00 %	.	14.30	279
2005	962	205	17.57 %	93.31 %	.	.	300
2006	760	174	18.63 %	89.57 %	1.31	.	250
2007	790	66	7.71 %	55.30 %	.	.	243
2008	1334	148	9.99 %	65.00 %	1.49	20.60	495
2009	1406	143	9.23 %	98.88 %	4.98	18.60	365
2010	1520	61	3.86 %	95.38 %	2.63	29.00	372
2011	1491	59	3.81 %	95.19 %	1.34	16.60	320
2012	1482	87	5.54 %	94.20 %	2.70	23.00	471
Saint-Martin							
2001	119	24	16.78 %	. %	.	.	53
2002	142	36	20.22 %	63.48 %	7.04	141.00	78
2003	180	0	0.00 %	25.56 %	5.56	34.80	52
2004	175	7	3.85 %	98.84 %	.	0.00	52
2005	255	49	16.12 %	100.00 %	.	.	79
2006	443	36	7.52 %	92.37 %	.	.	83
2007	159	3	1.85 %	18.80 %	6.29	.	43
2008	371	67	15.30 %	100.00 %	10.78	20.40	70
2009	453	113	19.96 %	96.47 %	.	10.80	115
2010	482	42	8.02 %	98.85 %	.	8.40	113
2011	653	25	3.69 %	97.18 %	.	8.00	121
2012	695	34	4.66 %	97.39 %	.	9.00	136

Année	PSL transfusés	PSL détruits	% de destruction	% de Traçabilité	EIR / 1000 PSL	Ratio CGR / PFC	Malades transfusés
CH Marie-Galante							
2001	13	0	0.00 %	100.00 %	.		7
2002	27	0	0.00 %	40.74 %	.		11
2003	30	16	34.78 %	58.70 %	.		14
2004	55	5	8.33 %	98.18 %	.		21
2005	72	4	5.26 %	91.18 %	13.89		25
2006	89	10	10.10 %	95.51 %	.		23
2007	37	3	7.50 %	67.65 %	.		13
2008	50	32	39.02 %	100.00 %	.		17
2009	24	43	64.18 %	100.00 %	.		11
2010	109	26	19.26 %	100.00 %	.		30
2011	96	6	5.88 %	99.20 %	.		27
2012	85	13	13.27 %	92.86 %	.		63
M. Selbonne							
2001	18	0	0.00 %	83.00 %	55.56		5
2002	4	0	0.00 %	50.00 %	.		2
2003	21	0	0.00 %	52.38 %	.		3
2004	55	3	5.17 %	100.00 %	.		15
2005	31	0	0.00 %	100.00 %	.		11
2006	22	0	0.00 %	100.00 %	.		7
2007	15	1	6.25 %	100.00 %	.		7
2008	8	1	11.11 %	100.00 %	.		3
2009	4	0	0.00 %	100.00 %	.		2
2010	16	0	0.00 %	100.00 %	.		4
2011	2	0	0.00 %	100.00 %	.		1
2012	4	0	0.00 %	100.00 %	.		1
Clinique des Eaux Claires							
2001	315	0	0.00 %	. %	3.17	30.50	
2002	292	24	7.64 %	91.69 %	.	144.00	192
2003	477	76	13.74 %	81.21 %	.	78.50	169
2004	617	0	0.00 %	100.00 %	.	22.50	186
2005	780	40	5.13 %	100.00 %	1.28	.	238
2006	552	24	4.17 %	98.73 %	1.81	.	195
2007	572	7	1.21 %	83.07 %	.	.	162
2008	654	5	0.76 %	100.00 %	.	12.40	174
2009	649	15	2.26 %	100.00 %	1.54	18.00	182
2010	635	12	1.85 %	99.85 %	.	15.60	196
2011	629	15	2.33 %	99.05 %	.	28.40	192
2012	874	42	4.59 %	88.10 %	.	21.80	247

Année	PSL transfusés	PSL détruits	% de destruction	% de Traçabilité	EIR / 1000 PSL	Ratio CGR / PFC	Malades transfusés
Polyclinique de la Guadeloupe							
2002	85	0	0.00 %	. %	.	13.20	24
2003	104	0	0.00 %	91.00 %	.	4.00	22
2004	77	3	3.75 %	87.01 %	.	14.40	25
2005	60	3	4.76 %	100.00 %	.	.	20
2006	101	5	4.72 %	77.23 %	.	.	32
2007	62	1	1.59 %	85.00 %	.	.	24
2008	90	0	0.00 %	88.00 %	.	17.00	24
2009	99	3	2.94 %	100.00 %	.	18.80	36
2010	77	2	2.53 %	100.00 %	.	4.90	26
2011	138	0	0.00 %	98.57 %	.	4.30	40
2012	149	9	5.70 %	94.30 %	.	3.80	39
Centre médico-social							
2001	36	0	0.00 %	95.00 %	.	.	9
2002	27	11	28.95 %	86.84 %	.	.	10
2003	65	0	0.00 %	90.77 %	.	20.30	15
2004	50	0	0.00 %	100.00 %	.	24.00	15
2005	31	0	0.00 %	100.00 %	.	.	18
2006	58	5	7.94 %	100.00 %	.	.	19
2007	49	0	0.00 %	60.00 %	20.41	.	17
2008	92	0	0.00 %	87.00 %	.	17.00	24
2009	79	0	0.00 %	100.00 %	.	.	21
2011	134	1	0.74 %	100.00 %	.	.	39
2012	111	0	0.00 %	100.00 %	.	.	32
Clinique de Choisy							
2001		3	8.11 %	85.00 %	29.41	.	11
2002		0	0.00 %	85.71 %	.	.	1
2003		0	0.00 %	100.00 %	.	.	0
2004		0	0.00 %	100.00 %	.	.	5
2005		0	0.00 %	100.00 %	.	.	14
2006		1	2.00 %	100.00 %	.	.	13
2007		0	0.00 %	70.80 %	.	.	12
2008		0	0.00 %	100.00 %	.	.	21
2009		0	0.00 %	100.00 %	.	.	17
2010		0	0.00 %	100.00 %	.	.	23

Année	PSL transfusés	PSL détruits	% de destruction	% de Traçabilité	EIR / 1000 PSL	Ratio CGR / PFC	Malades transfusés
NouvellesEaux vives							
2001	18	0	0.00 %	100.00 %	.	.	
2002	6	3	33.33 %	33.33 %	.	.	1
2003	41	0	0.00 %	100.00 %	.	.	6
2004	40	0	0.00 %	100.00 %	.	.	5
2005	34	0	0.00 %	100.00 %	.	.	6
2006	20	0	0.00 %	100.00 %	.	.	4
2007	22	1	4.35 %	70.00 %	.	.	5
2008	20	1	4.76 %	100.00 %	.	.	6
2009	37	0	0.00 %	100.00 %	.	.	11
2010	54	0	0.00 %	100.00 %	.	.	17
2011	48	0	0.00 %	100.00 %	.	.	15
2012	48	0	0.00 %	100.00 %	.	.	17
Polyclinique de Marie-Galante							
2001	21	0	0.00 %	100.00 %	.	.	6
2002	4	0	0.00 %	100.00 %	.	.	1
2003	7	3	30.00 %	40.00 %	.	.	6
2004	16	0	0.00 %	100.00 %	.	.	3
2005	17	0	0.00 %	100.00 %	.	.	4
2006	13	0	0.00 %	100.00 %	.	.	4
2007	12	0	0.00 %	58.34 %	.	.	4
2008	12	0	0.00 %	100.00 %	.	.	.
2009	10	0	0.00 %	100.00 %	.	.	3
2010	2	0	0.00 %	100.00 %	.	.	1
2011	12	0	0.00 %	100.00 %	83.33	.	3
2012	9	0	0.00 %	100.00 %	.	.	9

Activité des établissements en 2012

Nom de l'E.S.	Nombre de réunions du CSTH	PSL Transfusés	PSL homologues transfusés	Patients transfusés	PSL homologues détruits	% de destruct. Homol.	% de Traçabilité	EIR / 1000 PSL	Ratio CGR/ PFC
Guadeloupe									
CENTRE HOSPITALIER DE MARIGOT	2	695	695	136	34	4.66	97.39	.	9.0
CENTRE HOSPITALIER M. SELBONNE	.	4	4	1	0	0.00	100.00	.	.
CENTRE HOSPITALIER SAINTE-MARIE	.	85	85	63	13	13.27	92.86	.	.
CENTRE MEDICO-SOCIAL	1	111	111	32	0	0.00	100.00	.	.
CH DE LA BASSE TERRE	3	1482	1482	471	87	5.54	94.20	2.70	23.0
CHU DE POINTE A PITRE/ABYMES	3	9119	9119	1355	374	3.94	91.40	0.66	3.9
CLINIQUE DE CHOISY	1	75	75	16	1	1.32	100.00	.	.
CLINIQUE LES EAUX CLAIRES	.	874	874	247	42	4.59	88.10	.	21.8
CLINIQUE LES NOUVELLES EAUX VIVES	.	48	48	17	0	0.00	100.00	.	.
POLYCLINIQUE DE LA GUADELOUPE	1	149	149	39	9	5.70	94.30	.	3.8
POLYCLINIQUE SAINT-CHRISTOPHE	.	9	9	9	0	0.00	100.00	.	.
Guyane									
CENTRE HOSPITALIER DE CAYENNE	.	4309	4309	1155	58	1.33	92.88	0.70	6.4
CENTRE HOSPITALIER DE L'OUEST-GUYANAIS	.	836	836	.	34	3.91	89.20	4.78	9.8
CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL DE KOUROU	.	508	508	138	47	8.47	87.57	.	9.3
CLINIQUE VERONIQUE	.	178	178	60	3	1.66	97.79	.	58.0
Martinique									
CENTRE HOSPITALIER DU LAMENTIN	.	2677	2677	447	46	1.69	93.21	.	20.2
CH LOUIS DOMERGUE	.	1091	1091	285	5	0.46	96.44	.	8.1
CHU DE FORT DE FRANCE ZOBDA-QUITMAN	2	12401	12401	1552	341	2.68	100.00	0.73	2.5
CHU HOPITAL CLARAC	.	303	303	89	4	1.30	100.00	.	.
CHU MFME	.	1530	1530	260	69	4.32	100.00	1.96	7.7
CLINIQUE SAINT-PAUL	.	418	418	113	5	1.18	97.87	2.39	6.2
HOPITAL DE ST ESPRIT	.	66	66	15	0	0.00	68.18	.	.
HOPITAL DU MARIN	.	91	91	23	1	1.09	67.39	.	.
SA CLINIQUE SAINTE MARIE	.	153	153	54	5	3.16	85.44	.	29.6
STEER	.	22	22	8	0	0.00	81.82	.	.