

HEMOVIGILANCE

Rapport 2010

Dr Christian RÜD

Correspondant Régional d'Hémovigilance

Sommaire

Sommaire	2
Résumé	3
Glossaire	4
Introduction	5
Les données 2010	6
Les dons de sang	6
Les transfusions	8
Les Etablissements de Santé	10
Les PSL	10
Destruction	11
Traçabilité	11
Evènements indésirables	12
Les dépôts	13
Le réseau d'hémovigilance	15
L'informatisation des ES	15
L'autosuffisance régionale	15
Le bilan	16
Orientations 2011-2012	18
Annexes	19

RESUME

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

Les changements d'équipe survenus au début de l'année 2011, et en particulier le départ à la retraite de mon estimé collègue le Dr. E. Estrade, que j'ai remplacée dans son rôle de Coordonnateur Régional rendent délicates toutes tentatives de synthétiser l'activité des personnes.

Je me suis quand même efforcé dans ce document de relater les événements marquants de l'année 2010.

L'activité de transfusion sanguine a été observée notamment au travers du dossier d'informatisation : Pour assurer l'obligation de traçabilité, l'installation de logiciels dédiés et accessibles à la majorité des soignants a débuté dans tous les établissements de santé concernés par la question ; l'objectif étant une facilitation et une fiabilisation du soin et du recueil de données.

Un dépôt d'urgence s'est ouvert à la clinique Les Eaux Claires : la création de ce dépôt de produits sanguins d'urgence permet une disponibilité immédiate d'un stock de concentrés globulaires. L'activité obstétricale et chirurgicale de la clinique est ainsi sécurisée, le temps de transport routier des produits étant des plus aléatoires.

L'acheminement aérien vers St Martin des produits sanguins a été sécurisé par l'établissement de protocoles d'accord entre les transporteurs. En effet, les produits sanguins labiles doivent voyager à température contrôlée et les délais respectés.

Trois réunions régionales de coordination ont été organisées, avec pour objectif la mise à jour des procédures en cas d'incident transfusionnel.

Au bilan, la transfusion sanguine en Guadeloupe fonctionne correctement et les besoins de la population avec ses spécificités médicales et géographiques sont couverts.

Certains points de fragilité sont toutefois à surveiller de près, car l'autosuffisance régionale n'est pas assurée.

La collecte régionale semble être en diminution, et l'accent devrait être mis sur le recrutement de nouveaux donneurs

Tous les indicateurs mettent en évidence la nécessité d'un effort de formation et de remise à niveau des pratiques pour les professionnels afin de se rapprocher du standard national, tant au niveau de l'utilisation des produits, du retour d'informations post-transfusionnelles que de la déclaration des effets indésirables.

Les données régionales brutes sont disponibles en annexe.

Dr Christian RÜD

GLOSSAIRE

Afssaps :	Agence Française de Sécurité Sanitaire 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
ETS :	Etablissement de transfusion sanguine
FEIGD	Fiche d'Effet Indésirable Grave Donneur
FEIR :	Fiche d'Effet Indésirable Receveur
IG :	Incident grave de la chaîne transfusionnelle
MCP :	Mélange de Concentrés Plaquettaires
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
TRALI :	Acronyme anglais pour « Syndrome de détresse respiratoire aigulié à la transfusion »

Source des Données

Les données ont été arrêtées à la date du 30 mars 2011.

Elles proviennent notamment :

- De l'EFS Guadeloupe-Guyane, 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 Coordonnateurs 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.

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.

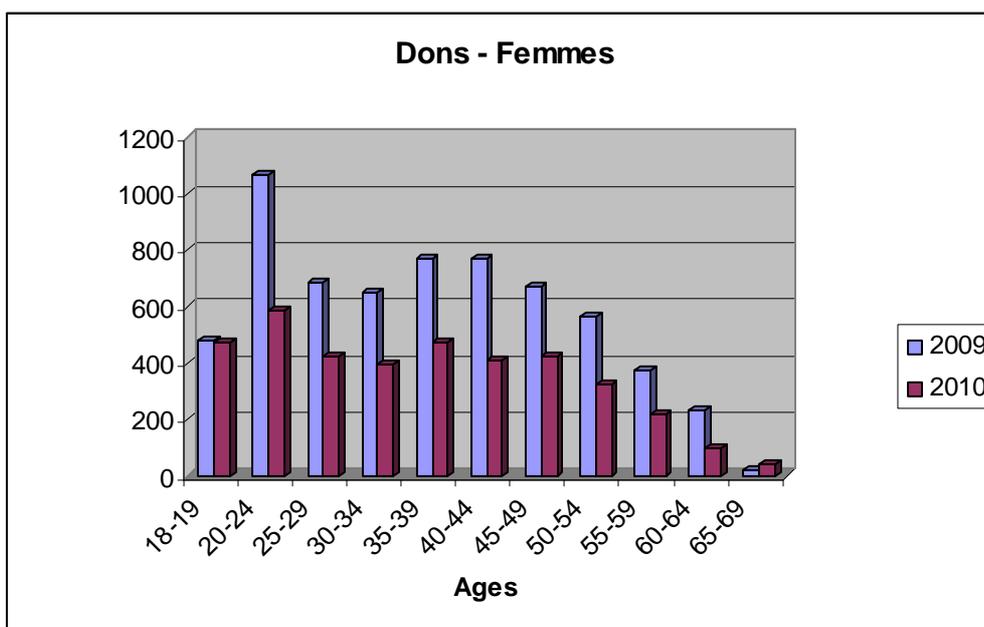
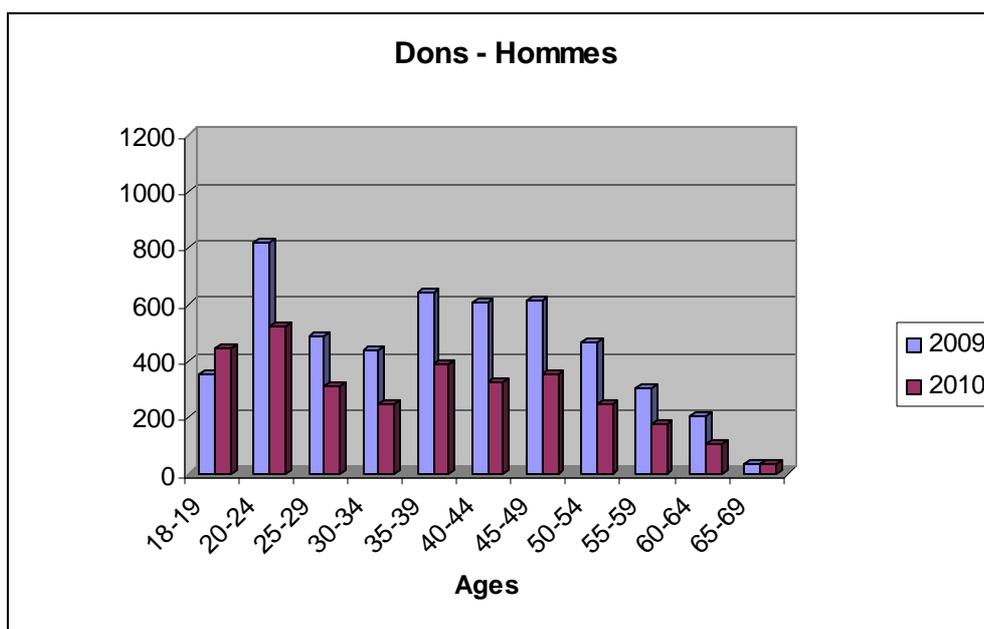
Les données 2010

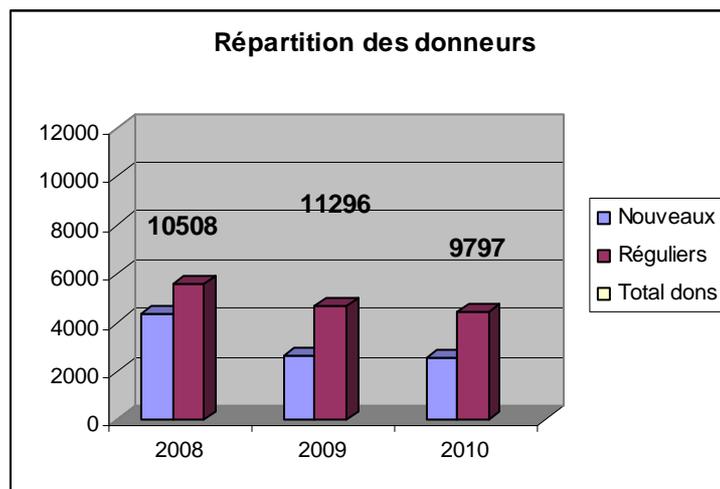
Les dons de sang dans la région

Le nombre total de dons pour la région en 2010 est de **9797**.

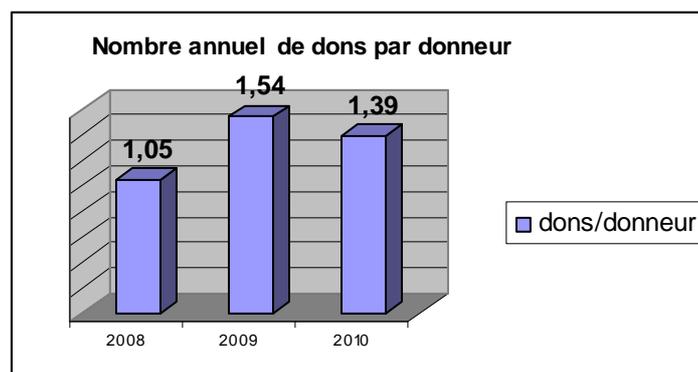
Ces dons ont été collectés lors de 485 collectes mobiles qui ont procuré 8480 dons (86 % des dons).

Les 1317 autres dons ont été prélevés sur le site de l'EFS à Pointe à Pitre.





A l'évidence le nombre de prélèvements dans la région subit une décroissance, parallèlement à une raréfaction des donneurs, qu'ils soient réguliers ou nouveaux.

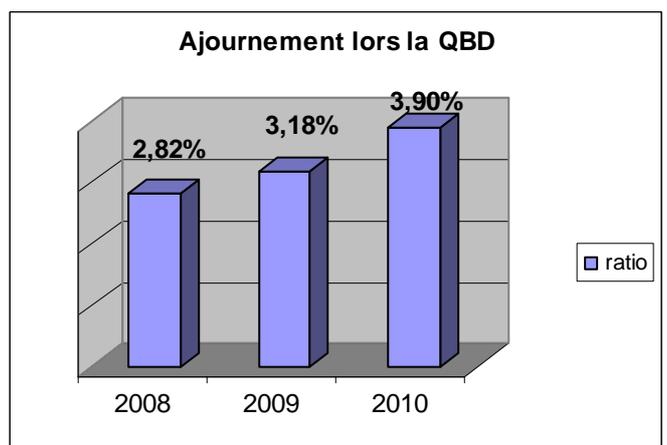
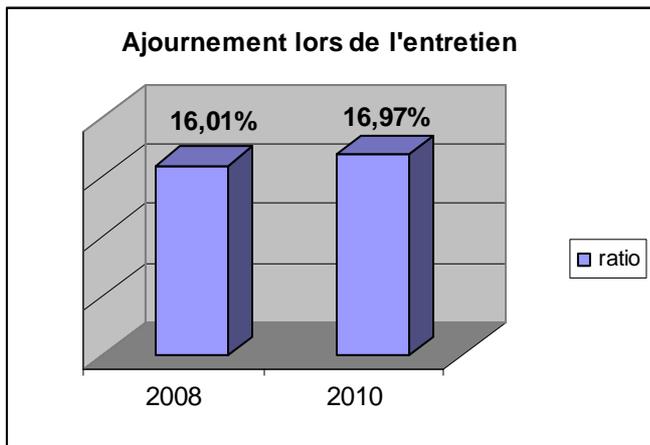


La baisse du nombre de donneurs est mal compensée par l'augmentation du rythme des prélèvements, qui se rapproche de la moyenne nationale (1,7/an en 2009).

Lors de leur arrivée sur le site de prélèvement, les donneurs ont un entretien avec le médecin préleveur en vue de déterminer leur aptitude au don. Cet entretien porte sur de nombreux points, et en particulier sur toutes les possibilités de contamination du donneur lors des mois précédents (séjours en zone d'endémie, infections récentes, interventions chirurgicales, rapports sexuels non protégés...)

Le taux de prélèvements ajournés lors de l'entretien reste stable depuis 2008, mais très élevé (17 % des candidats au don ajournés contre 9 % en métropole).

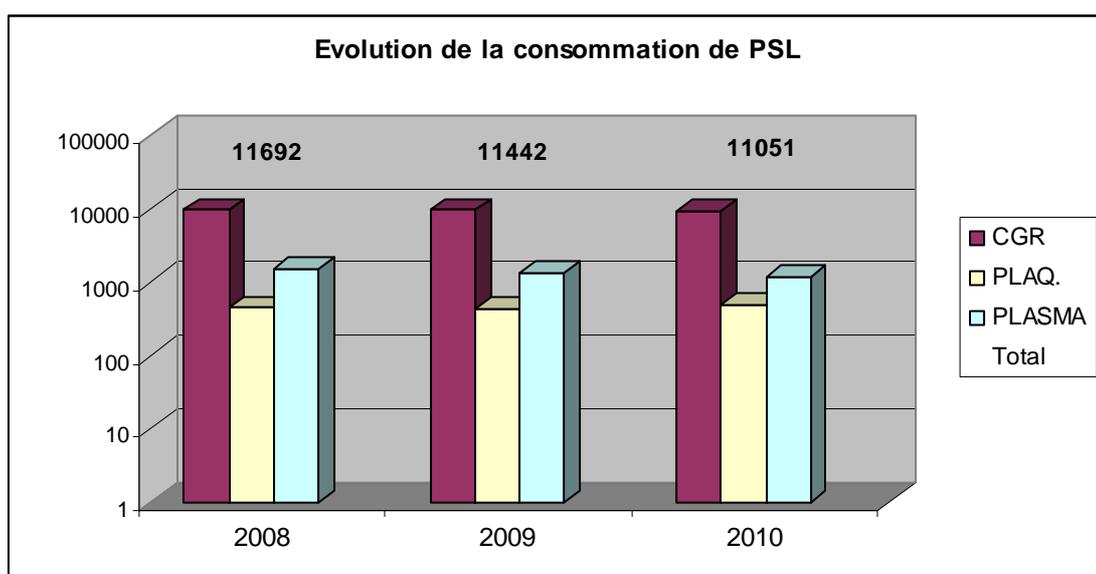
Après le prélèvement, chaque don subit une qualification biologique (QBD), qui établit les caractéristiques du produit (groupe, numération...) et effectue un dépistage des agents infectieux.

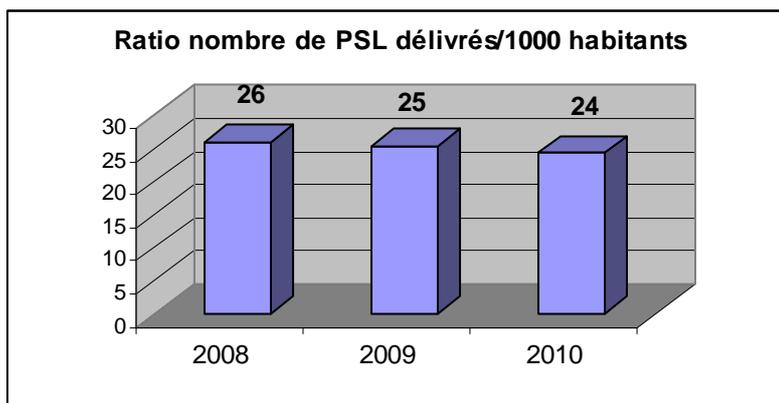


Cette année ce sont près de 550 dons qui ont été écartés du circuit.
 Les causes de cette augmentation n'ont pas encore été analysées.
 Les algorithmes décisionnels de l'EFS ont été revus en 2009, et sont peut-être à l'origine de cet écart.
 Une autre possibilité est une mise en évidence d'une augmentation de la prévalence d'infections silencieuses au sein de la population, ce qui demande à être vérifié.

Les transfusions

La délivrance de produits par l'EFS reste stable.



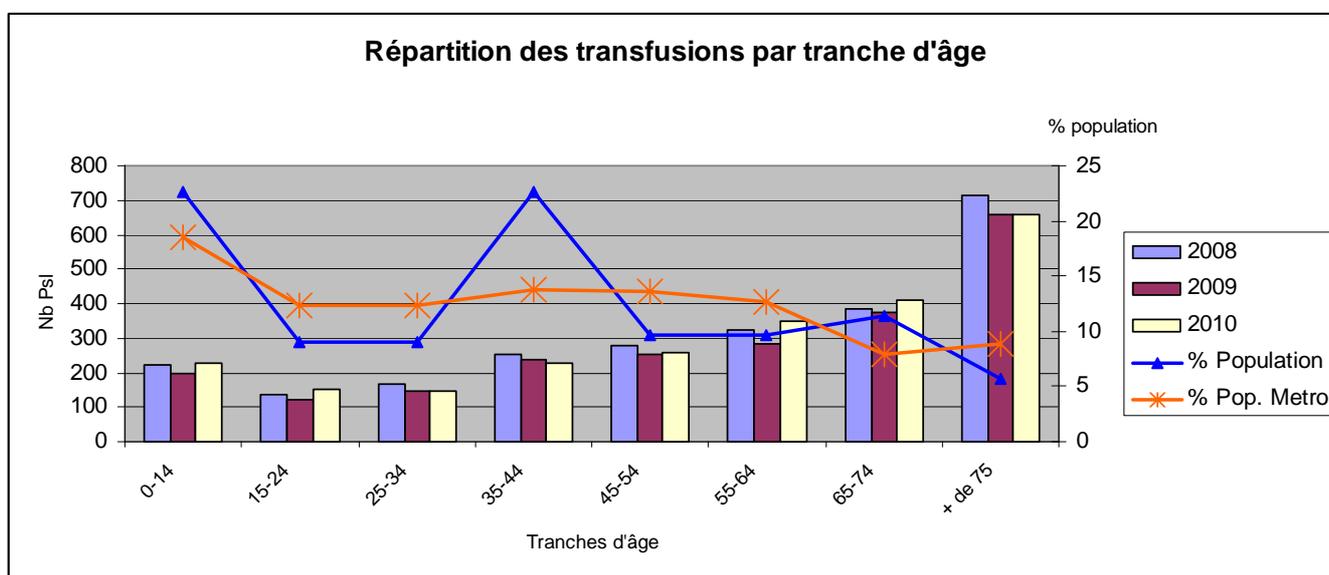


Le nombre de produits délivrés par millier d'habitants est extrêmement bas par rapport aux données métropolitaines, et va même en diminuant, alors que la tendance générale est à l'augmentation de la consommation. (Cf. annexes)

Cet écart est habituellement attribué au fait que les pathologies lourdes sont plutôt traitées en métropole.

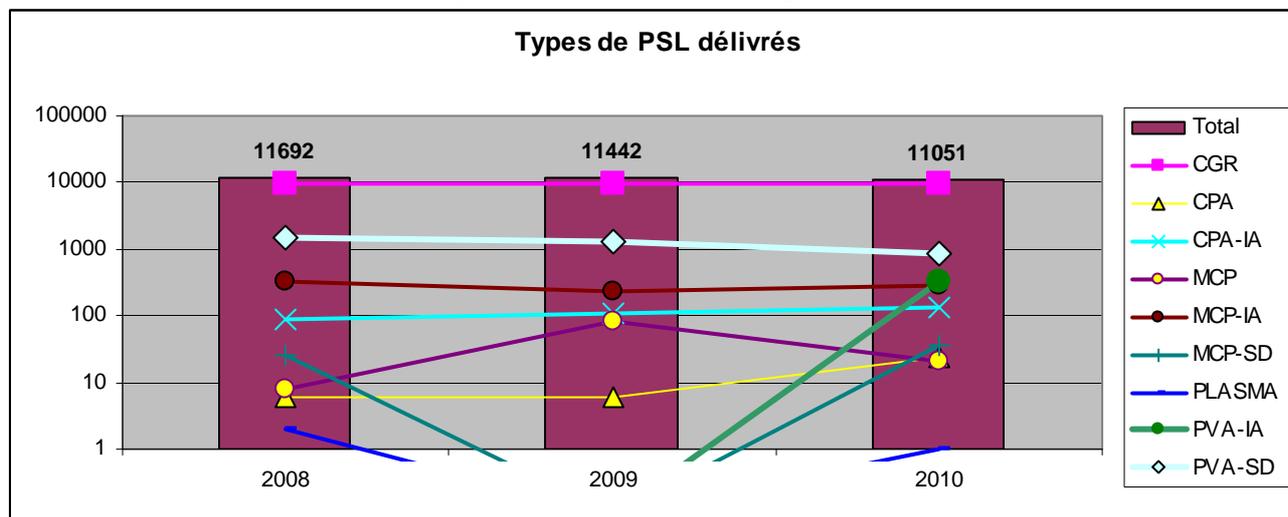
Les caractéristiques de la population guadeloupéenne, qui jusqu'ici comptait parmi les plus jeunes de France. (Cf. annexes) ont sans doute leur importance.

Ce sont en effet les tranches de population les plus âgées qui ont le plus recours à la transfusion sanguine.



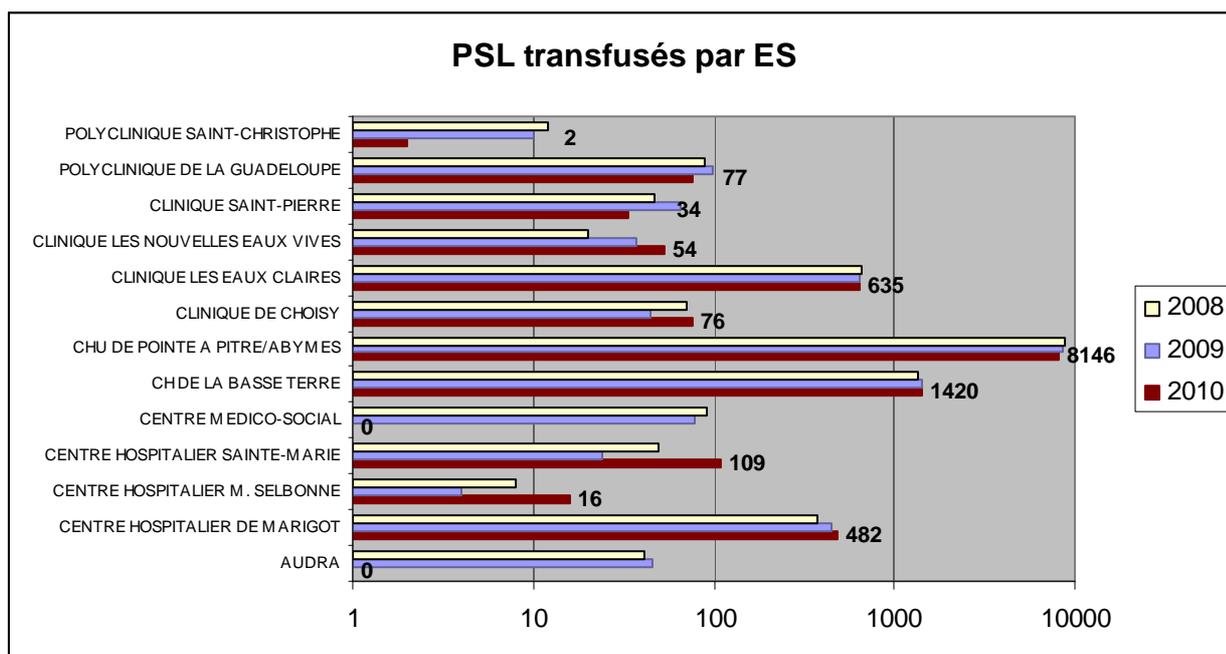
Les types de PSL délivrés s'écartent légèrement de standard national en ce qui concerne le **ratio CGR/plasma**, qui est localement de **7,7** pour **6.3** en France, et accusent une franche déviation en ce qui concerne la consommation de plaquettes qui a un ratio de **19** au lieu de **9** en métropole.

La consommation des différents types de produits reste globalement stable.



Notons l'apparition cette année du plasma viro-atténué par Amotosalem (PVA-IA) qui comme les plaquettes IA fait l'objet d'une étude pilote dans notre département.

Les Etablissements de santé

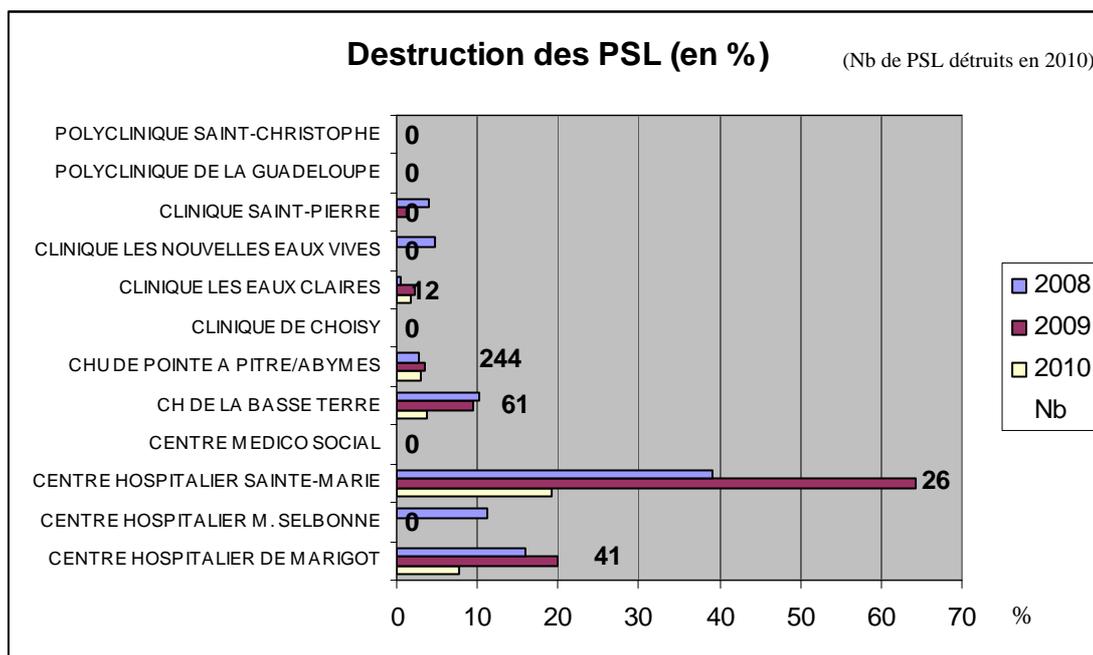


Le niveau de consommation des établissements gros consommateurs de PSL reste stable.

Deux établissements ont cessé toute activité transfusionnelle (Audra et Centre MédicoSocial) sans pouvoir déterminer s'il s'agit d'une politique délibérée de l'établissement ou une absence d'indication de PSL.

Il s'agit de structures peu demandeuses, et leur absence du paysage transfusionnel ne modifie pas beaucoup la situation régionale, de même que la fermeture de la clinique St Pierre à la fin de l'année.

Le **taux de destruction** des PSL au sein des ES est élevé.

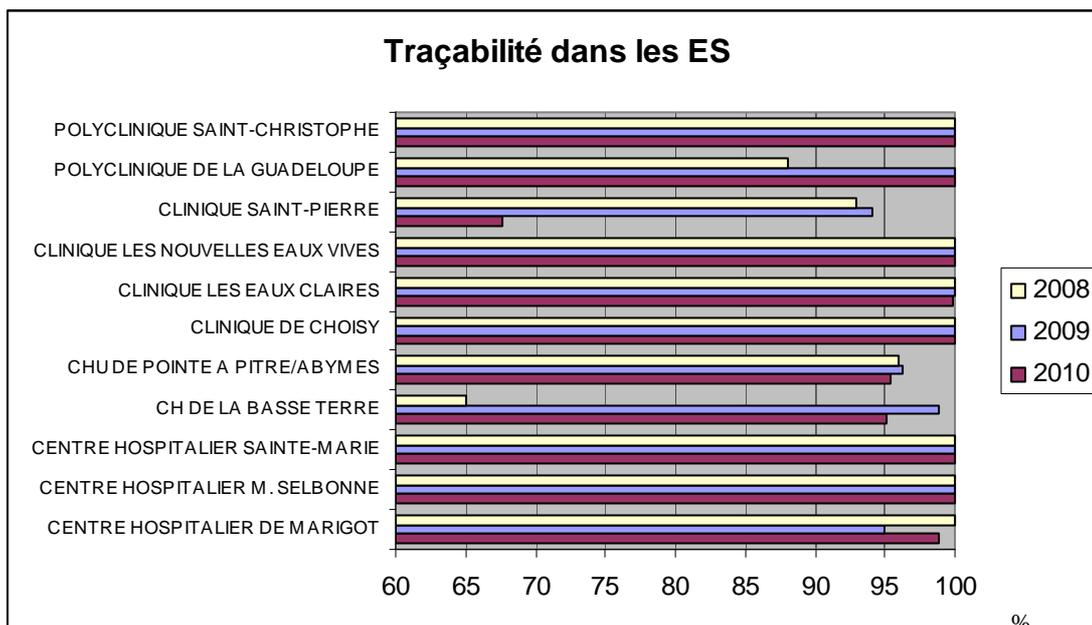


La tendance générale va vers une baisse des destructions.

La traçabilité des produits commandés est une obligation légale.(Décret no 95-566 du 6 mai 1995) Imposant à tout ES ayant administré un produit sanguin de s'assurer de la transmission des informations post-transfusionnelles à l'EFS et au réseau d'hémovigilance.

Les résultats 2010 sont très insatisfaisants et en régression par rapport aux années précédentes.

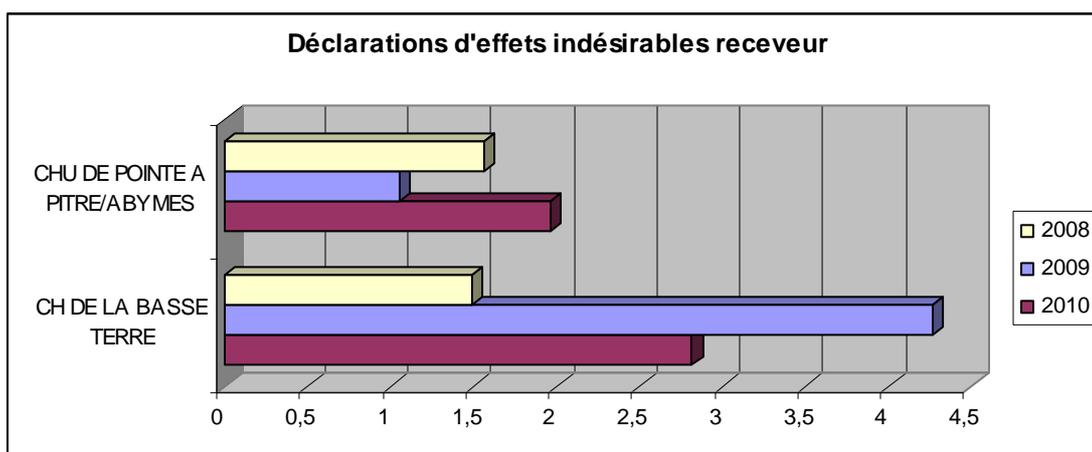
Le taux de 95.83 % est loin du standard national (99.2 % en 2009). (Cf. annexes)



Les **Evènements Indésirables** font l'objet d'une déclaration obligatoire auprès du système d'hémovigilance.

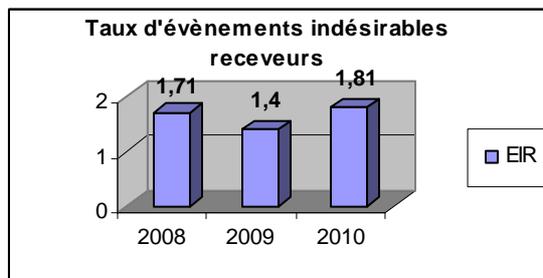
On distingue les évènements receveurs (EIR), les évènements donneur (EIGD) et les dysfonctionnements de la chaîne transfusionnelle (IG) en dehors de leurs conséquence pour les personnes.

Seuls deux ES ont déclaré des **effets indésirables receveurs**.



Le taux national est de 2,6 EIR pour 1000 PSL cédés.

Même s'il est difficile d'extrapoler aux petites structures, le taux 2010 de 1,81 EIR/1000 PSL laisse supposer une sous-déclaration des évènements indésirables.



Toutefois on note une amélioration par rapport aux années précédentes.

Sur les 20 EIR déclarés, un seul a impliqué une menace vitale immédiate (grade 3), 4 ont été cotés manifestations sévères (grade 2), les 15 autres étant classés minimales (grade 1). Le seul incident grade 3 a eu une imputabilité jugée peu probable en ce qui concerne la transfusion.

Six **incidents graves** ont été déclarés :

- Le CHU a signalé un retard à la transfusion pour une urgence vitale en raison de délais de transport excessifs.
- Le CHBT a été confronté à une erreur de compatibilité lors d'une distribution manuelle. Le processus a été stoppé à temps.
- Un colis de produits sanguins expédié par avion à St Martin s'est perdu et a été retrouvé 10 jours plus tard.
- Les trois autres incidents ont eu lieu à l'EFS (panne électrique, erreurs de procédure)

Aucun de ces incidents n'a eu de conséquence sur la santé des patients, tous étaient potentiellement délétères.

Un seul **évènement grave donneur** a été signalé, à type de malaise après le don, sans gravité secondaire.

Les Dépôts de PSL

La Guadeloupe compte 4 dépôts de PSL, rendus nécessaires par l'éloignement géographique et/ou temporel de l'EFS.

Les **dépôts d'urgence** ont pour vocation de pallier aux urgences hémorragiques (médicales, obstétricales, traumatiques). Leur stock est limité à des produits dits « universels » : globules rouges de groupe O et éventuellement plasma AB.

Le stock est régulièrement renouvelé et les produits inutilisés repartent dans le circuit de distribution.

Les **dépôts relais** permettent le stockage de produits attribués nominativement par l'EFS dans des conditions normalisées, en vue de leur utilisation ultérieure.

La réglementation interdisant la réattribution des produits, tout produit non utilisé est détruit.

- Le dépôt du CHBT est de type urgence + relais.
Son approvisionnement se fait pour les produits d'urgence par une société de transports agréée, à intervalle fixe.
Les produits nominatifs sont acheminés par les soins du service de transport de l'ES.

En 2010, **296** produits d'urgence ont été délivrés (CGR et PVA), ainsi que 40 produits nominatifs.

Le circuit des produits d'urgence fonctionne sans problème.

Le dépôt relais a dû détruire 46 CGR arrivés à péremption.

- Le dépôt du CH Ste Marie de Marie-Galante est lui aussi de type urgence + relais
L'approvisionnement se fait par la même société de transports, l'agent de transport accompagnant le colis sur le bateau, à l'aller et au retour.
En cas de produit nominatif, une société d'ambulance de Marie-Galante envoie un agent sur le bateau qui récupère le colis à la gare maritime et le ramène sur l'île.

Aucun dysfonctionnement n'a été signalé en 2010.

L'activité du dépôt porte sur **84** CGR au total, avec 20 destructions.

- Le dépôt de St Martin est de type urgence vitale.
Depuis l'établissement d'une convention avec la société de transports, l'acheminement des produits d'urgence se fait sans anomalie.
Le transporteur accompagne les produits dans l'avion à l'aller et au retour.
En ce qui concerne les commandes urgentes, ce même transporteur a effectué des démarches auprès des différentes compagnies.
Une seule a accepté un contrat d'abonnement avec un caractère prioritaire du fret déposé.
En cas d'incompatibilité d'horaires, les autres compagnies acceptent le transport, mais sans garantie de délai.
C'est ce type de situation qui est à l'origine du dysfonctionnement cité plus haut *

Les données d'activité du dépôt ne sont pas disponibles à ce jour, l'activité 2009 portait sur **205** CGR

- Le dépôt de la clinique des Eaux Claires a été mentionné au SOTS 2007 et autorisé en octobre 2010 pour sécuriser la pratique obstétricale. En effet l'ouverture au milieu de la nuit des ponts sur la rivière salée isole la clinique de l'EFS, et a conduit à plusieurs reprises à des retards de transfusion. En dehors de ce cas particulier, les conditions de circulation très aléatoires rendent la durée du transport très hasardeuse.
Il s'agit donc d'un dépôt d'urgence vitale, avec un stock minimal.
L'approvisionnement est assuré par le transporteur agréé, **3** CGR ont été délivrés en 2010.

Le réseau d'hémovigilance

La base du réseau est assurée par les Correspondants d'Hémovigilance dans chaque ES ainsi qu'à l'EFS (voir annexe).

Le rôle de Coordonnateur Régional d'Hémovigilance a été assuré par le Dr E. Estrade.

Pendant l'année 2010 le CRH a assisté à 7 Comités de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance (CSTH), et a effectué 13 visites dans les ES à d'autres occasions.

Trois réunions du réseau ont été organisées, avec pour ordre du jour les diverses modalités déclaratives qui ont beaucoup évolué, les pratiques transfusionnelles, les compte-rendu des différents congrès de la spécialité..

L'informatisation des ES

Le processus d'informatisation des ES pour la transfusion sanguine a été lancé sous l'impulsion de l'ARH en 2008, allant dans le sens de la circulaire DGS/DH/AFS/97 N° 97/816 du 24 Décembre 1997 recommandant la transmission des données par voie informatique pour les grands centres. (cf. annexe Etat de l'informatisation au niveau national)

Les bénéfices attendus en sont :

- Une sécurisation des opérations de délivrance au niveau des dépôts d'urgence (cf. IG au dépôt de Basse Terre)
- Une simplification des procédures pour les soignants, pour qui la procédure transfusionnelle est fastidieuse en raison du grand nombre de documents à remplir.
- Une amélioration de la traçabilité en facilitant la transmission des informations post-transfusionnelles à l'EFS et au réseau d'hémovigilance.

Le processus débuté en 2009 s'est heurté à de nombreuses difficultés techniques et en particulier la gestion des identités.

Si les systèmes informatiques sont effectivement implantés au niveau des trois grands centres hospitaliers (CHU, CHBT, St Martin) et fonctionnels, leur utilisation n'est pour l'instant pas effective.

L'autosuffisance régionale

En 2010, le pourcentage d'autosuffisance a été de **87 %**.

L'approvisionnement complémentaire est assuré depuis la métropole, par des produits provenant de l'EFS Nord de France, acheminés par transport aérien sur les compagnies régulières.

La situation semble se détériorer, en 2008 le taux était de 93 %.

Le bilan 2010

Les besoins en produits sanguins de la population guadeloupéenne sont globalement couverts par l'organisation actuelle de la transfusion.

Les prélèvements, la préparation, la conservation et la distribution des produits se font dans le respect des normes en vigueur.

La transfusion dans les ES donne lieu à quelques évènements indésirables qui sont largement dans la norme actuelle.

Certains points de fragilité sont à relever :

Les **dons de sang** subissent une diminution, à la fois par désaffection des donneurs réguliers et par manque de recrutement de nouveaux donneurs.

Les entretiens pré-dons aboutissent à l'ajournement de près de 17 % des candidats au don (9 % en métropole).

Le nombre de prélèvement annuel par donneur est proche de la moyenne nationale.

Les besoins transfusionnels risquent d'augmenter avec le vieillissement de la population.

Il semble donc nécessaire de renforcer la promotion du don de sang dans le but de recruter et de fidéliser une nouvelle population de donneurs.

Les **besoins en plaquettes** sont plus élevés qu'en métropole.

Les données disponibles sont insuffisantes pour expliquer cette situation, mais le rôle des épidémies de dengue pourrait être significatif.

La possibilité d'une pénurie en cas d'épidémie grave mérite d'être envisagée.

Le **transport des produits sanguins** et l'approvisionnement des ES reste un point délicat.

Le CHU, par son emplacement proche de l'EFS ne subit pas de difficultés particulières hors urgence extrême.

Le recours à un prestataire externe conventionné et agréé a largement amélioré les conditions de fonctionnement pour tous les autres ES périphériques.

La situation reste toutefois entièrement dépendante de la pérennité de cette seule entreprise.

Les **dépôts d'urgence** remplissent parfaitement leur rôle.

En 2010 ce sont près de 500 CGR qui ont été délivrés dans ces conditions.

Toutefois, la dotation en CGR exclusivement de groupe O entraîne un léger décalage de la consommation par rapport aux autres groupes, parfois générateur de difficultés d'approvisionnement pour l'EFS. Aucune situation de franche pénurie n'a été pour autant relevée.

Le **taux de destruction** des produits est inacceptable.

Même si certaines des destructions sont inévitables (décès du patient avant transfusion, mise en réserve de produits dans les dépôts relais en raison d'une situation potentiellement hémorragique ; mais non utilisée), la quantité de produits perdus est excessivement élevée.

Les efforts des différents acteurs du réseau d'hémovigilance, par le biais d'une accentuation des formations auprès des soignants, ont commencé à porter leurs fruits, mais sont encore insuffisants.

La **traçabilité des produits** n'est pas assurée de manière satisfaisante.

Les campagnes de formation effectuées dans tous les ES peinent à améliorer le retour des données.

L'**informatisation** qui tarde à s'installer n'améliore pas la situation. En effet, dans cette attente, bon nombre de formations aux procédures transfusionnelles ont été différées, puisque appelées à être recommencées à brève échéance.

Le **signalement des effets indésirables** commence seulement à être considéré comme une ressource par l'ensemble des acteurs, et accepté en tant que tel.

L'**autosuffisance régionale** n'est pas assurée.

L'insuffisance de la ressource locale est actuellement correctement compensée par l'importation de produits provenant d'autres EFS.

Il faut néanmoins remarquer que même si les dons en métropole sont toujours en augmentation, la demande en produits sanguins croît elle aussi dans de toutes autres proportions (Voir annexes).

Ce recours pourrait donc devenir insuffisant dans l'avenir.

Par ailleurs une situation de crise aboutirait rapidement à un épuisement des ressources locales. (P. ex. évènements de février 2009, arrêt des prélèvements et dépendance totale de la métropole).

Orientations 2010-2011

Les missions préférentielles de l'hémovigilance porteront sur :

Amélioration de l'autosuffisance :

Les campagnes de promotion et incitation au don semblent nécessaires pour enrayer la raréfaction des donneurs. Celles-ci sont habituellement du domaine de l'EFS

Le taux de destruction des produits doit être amélioré :

Accentuation de la formation :

Pour les prescripteurs rappel des indications et des seuils transfusionnels.

Pour les soignants mise à jour des connaissances sur les procédures transfusionnelles et les conditions de conservation des produits.

L'amélioration de la traçabilité des produits passe elle aussi par les efforts de formation auprès des différents acteurs.

Le processus d'**informatisation** au niveau des ES doit être poursuivi et si possible finalisé fin 2010.

Sécurité transfusionnelle

Le projet de dépôt d'urgence intra-muros du CHU qui avait été mis en sommeil a été réactivé début 2011.

Il répond à la déclaration d'incident grave lors d'un retard à la transfusion, le délai de transport entre le bloc obstétrical et l'EFS étant incompressible en dessous de 20 minutes.

Ce dossier fera donc l'objet d'une demande d'autorisation dans le cours de l'année.

Culture déclarative

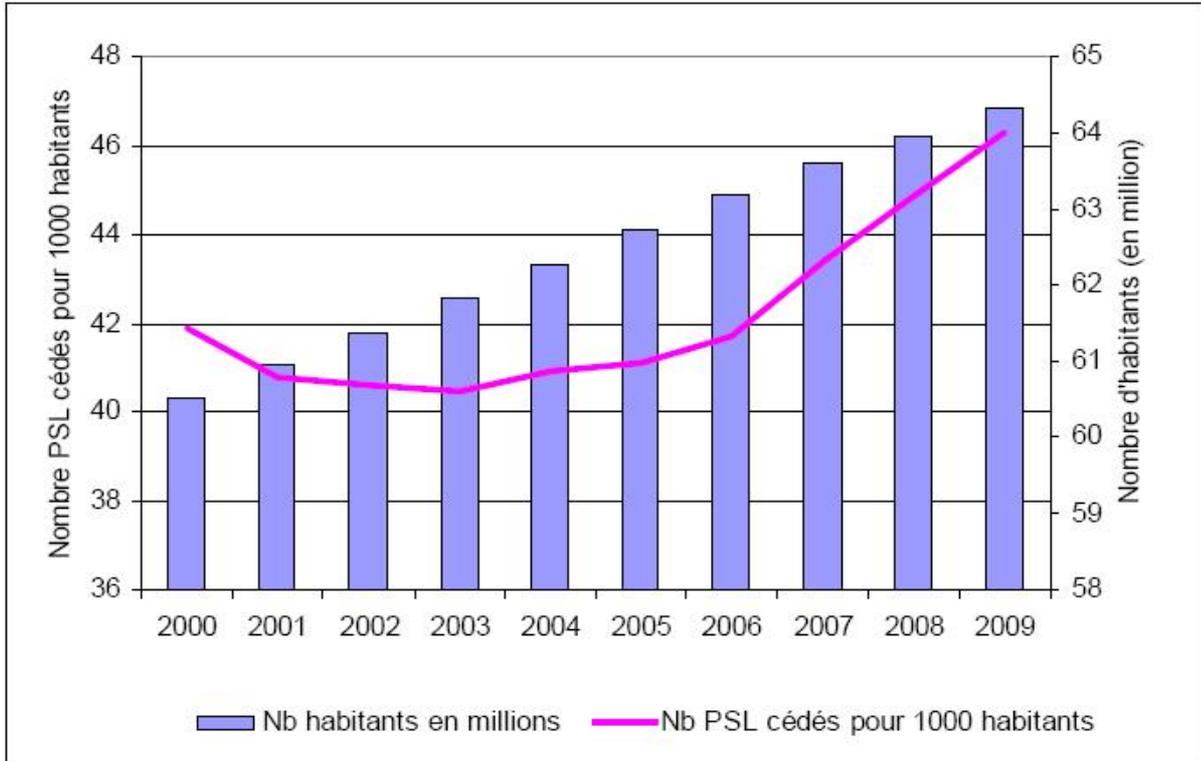
Les événements indésirables sont sous-déclarés, souvent par ignorance des modalités de la par des soignants.

Les différentes formations incluront donc ces points dans leur contenu.

ANNEXES

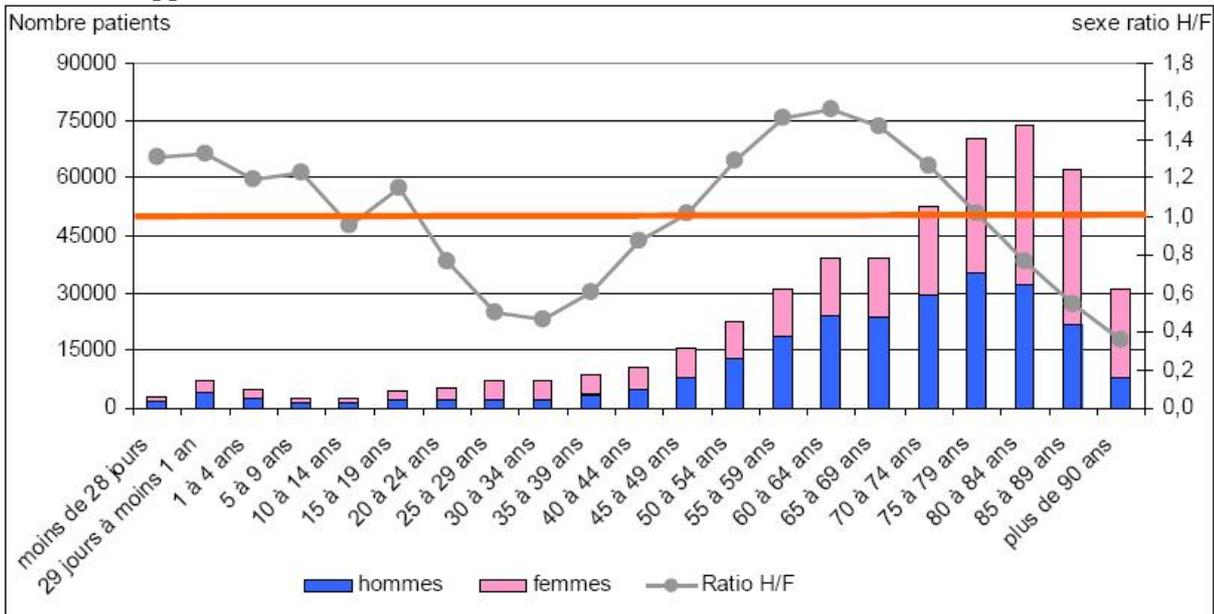
Evolution du taux d'utilisation des PSL en métropole pour 1000 habitants

(Source rapport AFSSAPS 2009)



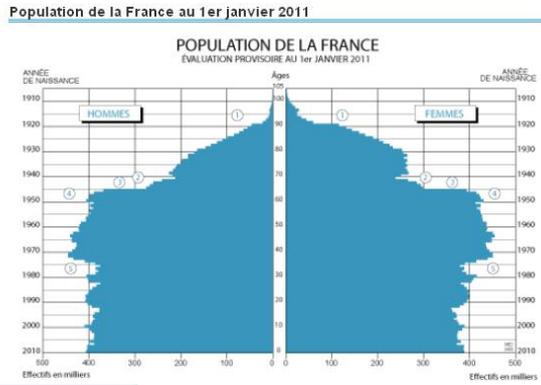
Démographie des receveurs en France métropolitaine

(Source : rapport AFSSAPS 2009)



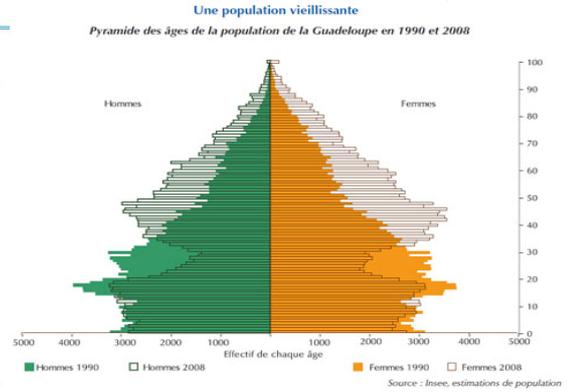
Pyramide des âges en France

(Source : INED)



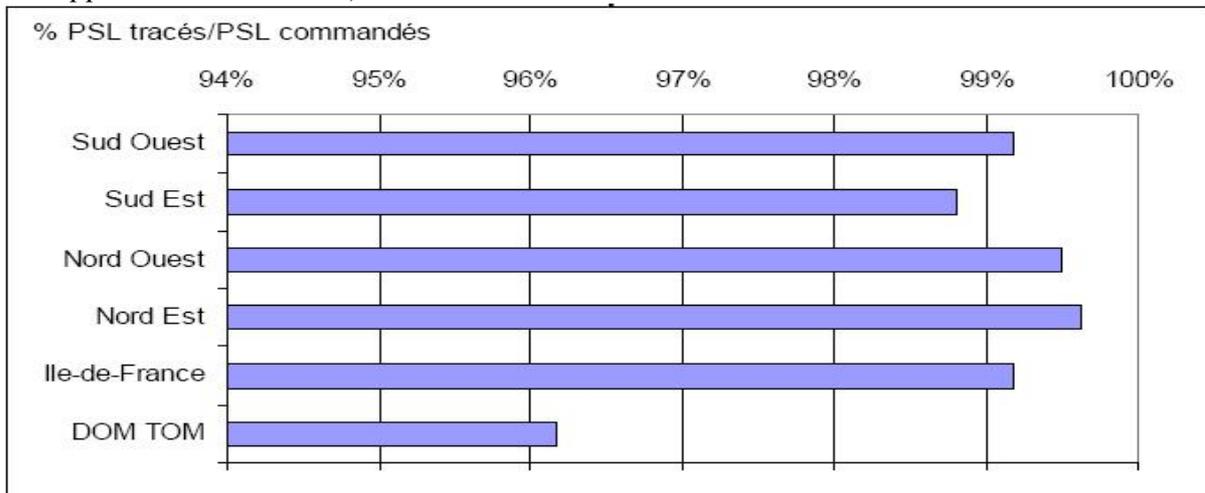
En Guadeloupe

(Source : INSEE)



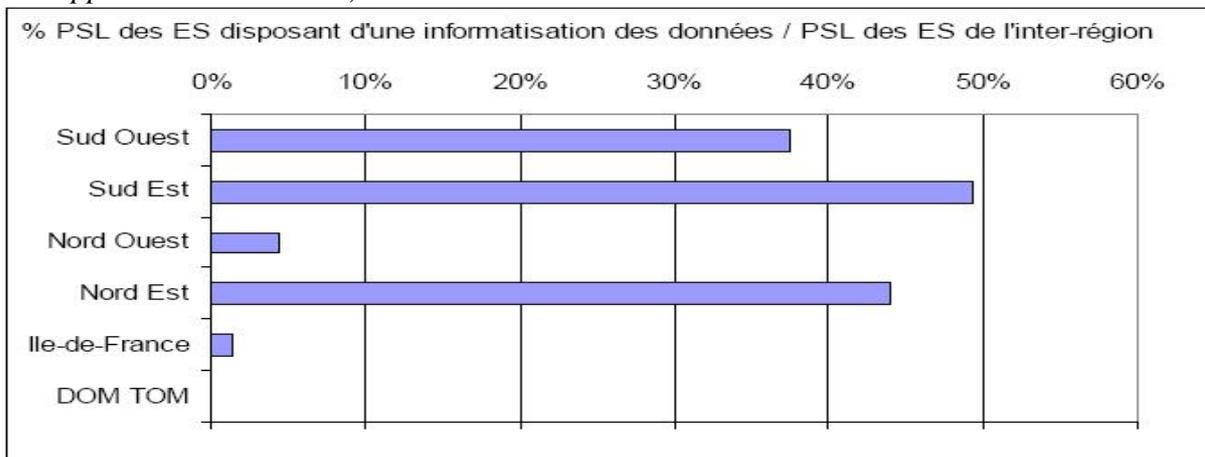
Traçabilité des produits sanguins en 2010

(Source rapport AFSSAPS 2009)

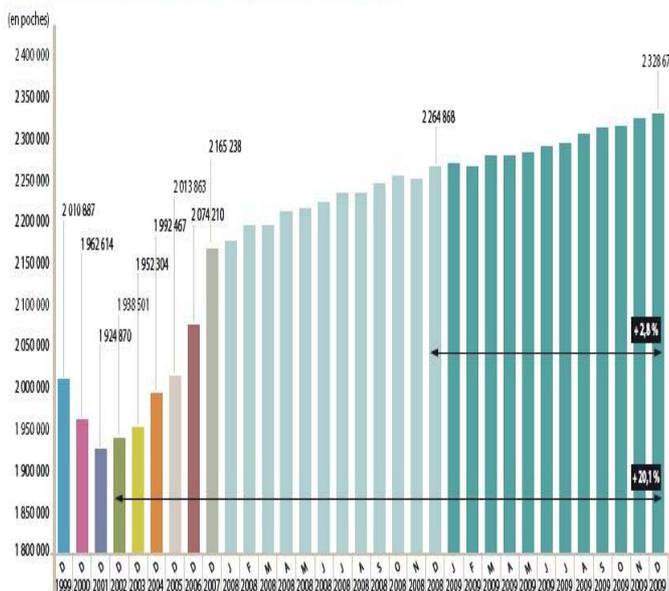


Informatisation des ES

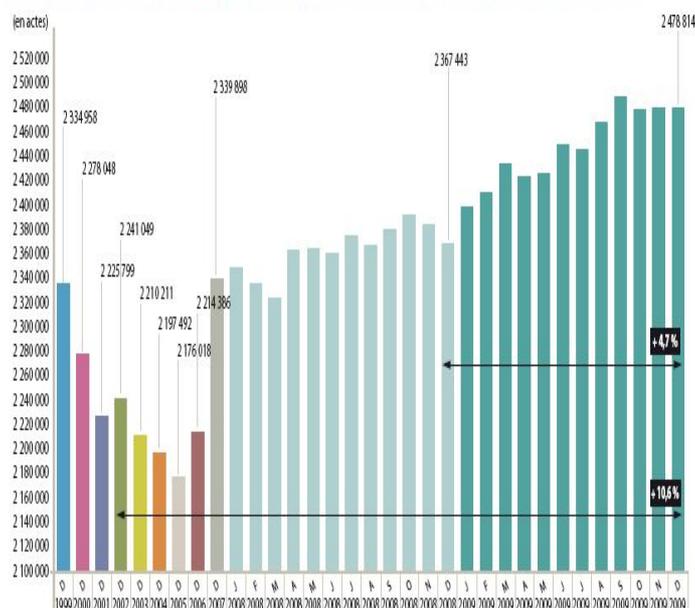
(Source rapport AFSSAPS 2009)



Évolution des cessions de CGR sur 12 mois glissants entre 1999 et 2009



Évolution des prélèvements de sang total homologues et autologues sur 12 mois glissants entre 1999 et 2009



Source : Rapport national EFS 2009



Liste des Correspondants d'hémovigilance classée par E.S.



Nom de l'E.S	Nom du Correspondant	Prénom
AUDRA	VERT PRE	FELIX
CENTRE HOSPITALIER DE MARIGOT	VALADE	JEAN MICHEL
CENTRE HOSPITALIER M. SELBONNE	MARCHANT	CAROLE
CENTRE HOSPITALIER SAINTE MARIE	LOCO-PIQUION	ALICE
CENTRE MEDICO-SOCIAL	GERMAIN	CHRISTIAN
CH DE LA BASSE TERRE	RUD	CHRISTIAN
CHU DE POINTE A PITRE/ABYMES	NOYON_SEYMOUR	ISABELLE
CLINIQUE DE CHOISY	DUVIC	CHRISTIAN
CLINIQUE LES EAUX CLAIRES	PARTOUCHE	YVES
CLINIQUE LES NOUVELLES EAUX VIVES	DUFRESNE	ROGER
CLINIQUE SAINT-PIERRE	DULYS	PIERRE-HENRY
POLYCLINIQUE DE LA GUADELOUPE	LAISNE	RICHARD
POLYCLINIQUE SAINT-CHRISTOPHE	ETZOL	MARYSE

Détail des transfusions par ES en 2010

Nom de l'E.S.	Nombre de réunions du C.S.T.H.	PSL Transfusés	PSL Homologues Transfusés	malades transfusés	PSL Homologues détruits	% de destruct. Homol.	% de Traçabilité	EIR / 1000 PSL	Ratio CGR/ PFC
CENTRE HOSPITALIER DE MARIGOT	2	482	482	113	42	8.02	98.85	.	8.4
CENTRE HOSPITALIER M. SELBONNE	.	16	16	4	0	0.00	100.00	.	.
CENTRE HOSPITALIER SAINTE-MARIE	.	109	109	30	26	19.26	100.00	.	.
CH DE LA BASSE TERRE	1	1520	1520	372	61	3.86	95.38	2.63	29.0
CHU DE POINTE A PITRE/ABYMES	3	8146	8144	1603	244	2.91	95.40	1.96	6.3
CLINIQUE DE CHOISY	1	76	76	23	0	0.00	100.00	.	.
CLINIQUE LES EAUX CLAIRES	2	635	635	196	12	1.85	99.85	.	15.6
CLINIQUE LES NOUVELLES EAUX VIVES	.	54	54	17	0	0.00	100.00	.	.
CLINIQUE SAINT-PIERRE	.	34	34	9	0	0.00	64.71	.	.
POLYCLINIQUE DE LA GUADELOUPE	.	77	77	26	2	2.53	100.00	.	4.9
POLYCLINIQUE SAINT-CHRISTOPHE	.	2	2	1	0	0.00	100.00	.	.

NB. pour les malades, le total des ES comporte des doubles comptes car des malades peuvent être transfusés dans plusieurs ES au cours d'une année

Détail des PSL transfusés en 2010

	CGR	CPS	PLAQ.	PLASMA	Total
CLINIQUE LES EAUX CLAIRES	591	0	6	38	635
CLINIQUE DE CHOISY	76	0	0	0	76
CENTRE HOSPITALIER M. SELBONNE	16	0	0	0	16
CHU DE POINTE A PITRE/ABYMES	6685	0	403	1058	8146
CENTRE HOSPITALIER SAINTE-MARIE	109	0	0	0	109
CH DE LA BASSE TERRE	1391	0	81	48	1520
CLINIQUE LES NOUVELLES EAUX VIVES	53	1	0	0	54
CENTRE MEDICO-SOCIAL	0	0	0	0	0
POLYCLINIQUE SAINT-CHRISTOPHE	2	0	0	0	2
POLYCLINIQUE DE LA GUADELOUPE	64	0	0	13	77
CENTRE HOSPITALIER DE MARIGOT	429	0	2	51	482
CLINIQUE SAINT-PIERRE	34	0	0	0	34
Total	9450	1	492	1208	11151

Nombre de patients transfusés par ES

Ville	Statut	Nom de l'ES	2008	2009	2010
BAIE-MAHAULT	PR	CLINIQUE LES EAUX CLAIRES	174	196	196
BASSE TERRE	PR	CLINIQUE LES NOUVELLES EAUX VIVES	6	17	17
BASSE-TERRE	PR	CENTRE MEDICO-SOCIAL	24	0	0
BASSE-TERRE	PR	CLINIQUE SAINT-PIERRE	14	9	9
BASSE-TERRE	PU	CH DE LA BASSE TERRE	495	372	372
BOUILLANTE	PU	CENTRE HOSPITALIER M. SELBONNE	3	4	4
GD-BOURG,MARIE-GALANTE	PU	CENTRE HOSPITALIER SAINTE-MARIE	17	30	30
GOSIER	PR	CLINIQUE DE CHOISY	21	23	23
LES ABYMES	PR	POLYCLINIQUE DE LA GUADELOUPE	24	26	26
LES ABYMES	PU	CHU DE POINTE A PITRE/ABYMES	1637	1603	1603
POINTE-A-PITRE	PR	AUDRA	15	0	0
SAINT-MARTIN	PU	CENTRE HOSPITALIER DE MARIGOT	70	113	113
GD-BOURG,MARIE-GALANTE	PR	POLYCLINIQUE SAINT-CHRISTOPHE	0	3	1
Total			2500	2396	2394

Activité par dépôts, établissement et année

nom de l'ES	Lieu du dépôt	Type du dépôt	Nombre PSL Délivrés	Nombre PSL activité Relais	Nombre PSL délivrés ou transférés	Nombre PSL Détruits	Nombre PSL Repris par EFS	Nombre de deuxième délivrances
CH DE LA BASSE TERRE	DANS L'HOPITAL	UV+RELAIS	336	9	345	52	126	0
CENTRE HOSPITALIER SAINTE-MARIE	CH SAINTE-MARIE, MARIE-GALANTE	UV+RELAIS	84	0	84	20	100	0
CLINIQUE LES EAUX CLAIRES	CLINIQUE EAUX CLAIRES	URGENCE VI	3	0	3	0	9	0

Taux de Traçabilité des PSL par ES et par An

Année	Etablissement de Santé	% de PSL Tracés complètement	Nombre de PSL tracés	Nombre de PSL non tracés
2010	CENTRE HOSPITALIER DE MARIGOT	98.85 %	518	6
2010	CENTRE HOSPITALIER M. SELBONNE	100.00 %	16	0
2010	CENTRE HOSPITALIER SAINTE-MARIE	100.00 %	135	0
2010	CH DE LA BASSE TERRE	95.38 %	1508	73
2010	CHU DE POINTE A PITRE/ABYMES	95.40 %	8004	386
2010	CLINIQUE DE CHOISY	100.00 %	76	0
2010	CLINIQUE LES EAUX CLAIRES	99.85 %	646	1
2010	CLINIQUE LES NOUVELLES EAUX VIVES	100.00 %	54	0
2010	CLINIQUE SAINT-PIERRE	64.71 %	22	12
2010	POLYCLINIQUE DE LA GUADELOUPE	100.00 %	79	0
2010	POLYCLINIQUE SAINT-CHRISTOPHE	100.00 %	2	0

Destruction de PSL par ES

	Destruction			Consommation			Ratio		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2009	2010
CENTRE HOSPITALIER DE MARIGOT	70	112	41	371	453	482	15,87	19,82	7,84
CENTRE HOSPITALIER M. SELBONNE	1	0	0	8	4	16	11,11	0,00	0,00
CENTRE HOSPITALIER SAINTE-MARIE	32	43	26	50	24	109	39,02	64,18	19,26
CENTRE MEDICO SOCIAL	0	0	0	92	79	0	0,00	0,00	0,00
CH DE LA BASSE TERRE	154	145	61	1344	1406	1520	10,28	9,35	3,86
CHU DE POINTE A PITRE/ABYMES	255	308	244	8892	8524	8146	2,79	3,49	2,91
CLINIQUE DE CHOISY	0	0	0	71	45	76	0,00	0,00	0,00
CLINIQUE LES EAUX CLAIRES	4	15	12	654	649	635	0,61	2,26	1,85
CLINIQUE LES NOUVELLES EAUX VIVES	1	0	0	20	37	54	4,76	0,00	0,00
CLINIQUE SAINT-PIERRE	2	1	0	47	66	34	4,08	1,49	0,00
POLYCLINIQUE DE LA GUADELOUPE	0	0	0	90	99	77	0,00	0,00	0,00
POLYCLINIQUE SAINT-CHRISTOPHE	0	0	0	12	10	2	0,00	0,00	0,00

Thèmes abordés en CSTH en 2010

Thèmes abordés en CSTH	Nombre de réunions au cours desquelles le sujet a été abordé	% du Nombre de réunions
BILAN D'ACTIVITE	7	87.50 %
DEPOT	3	37.50 %
DOSSIER TRANSFUSIONNEL	2	25.00 %
CIRCUIT DES PSL	1	12.50 %
DESTRUCTION DES PSL	1	12.50 %
INFORMATISATION	1	12.50 %
ORGANISATION DU CSTH	1	12.50 %
RELATIONS ES / ETS	1	12.50 %

Activité du CRH

Nom de l'ES	Nombre de CSTH avec participation du CRH
CENTRE HOSPITALIER DE MARIGOT	2
CH DE LA BASSE TERRE	1
CHU DE POINTE A PITRE/ABYMES	2
CLINIQUE DE CHOISY	1
CLINIQUE LES EAUX CLAIRES	1
Total	7

Visites du CRH dans les ES (Hors CSTH)

Nom de l'ES	Nombre de visites du CRH
AUDRA	1
CENTRE HOSPITALIER DE MARIGOT	1
CENTRE MEDICO-SOCIAL	2
CHU DE POINTE A PITRE/ABYMES	1
CLINIQUE LES EAUX CLAIRES	4
CLINIQUE SAINT-PIERRE	2
POLYCLINIQUE DE LA GUADELOUPE	2
Total	13