

Transfusion et HAD

Document cadre et recommandations émises par la SFTS et la SFVTT

Dr Jean-Jacques CABAUD

Coordinateur du groupe « Recherche et démarche qualité » SFTS

*Responsable scientifique et pédagogique
Département enseignement et formation – INTS
jjcabaud@ints.fr*

Le contexte*

- **La transfusion en HAD**
 - Faible activité (**0,01%**)
 - mais **fort potentiel de développement** d'activité
 - Important **service rendu** pour les patients
- **Principaux freins identifiés**
 - Absence de **recommandations** scientifiques
 - Tarification inadaptée : activité fortement **déficitaire**
- **Sensibilisation des pouvoirs publics**
 - Annonce d'une revalorisation de l'activité transfusionnelle en HAD par la Ministre des Solidarités et de la Santé, A. BUZYN en décembre 2017
 - **Augmentation des tarifs** à partir du 1^{er} mars 2018

**Dr Mickaël BENZAQUI, FNEHAD, CNCRH mars 2018*

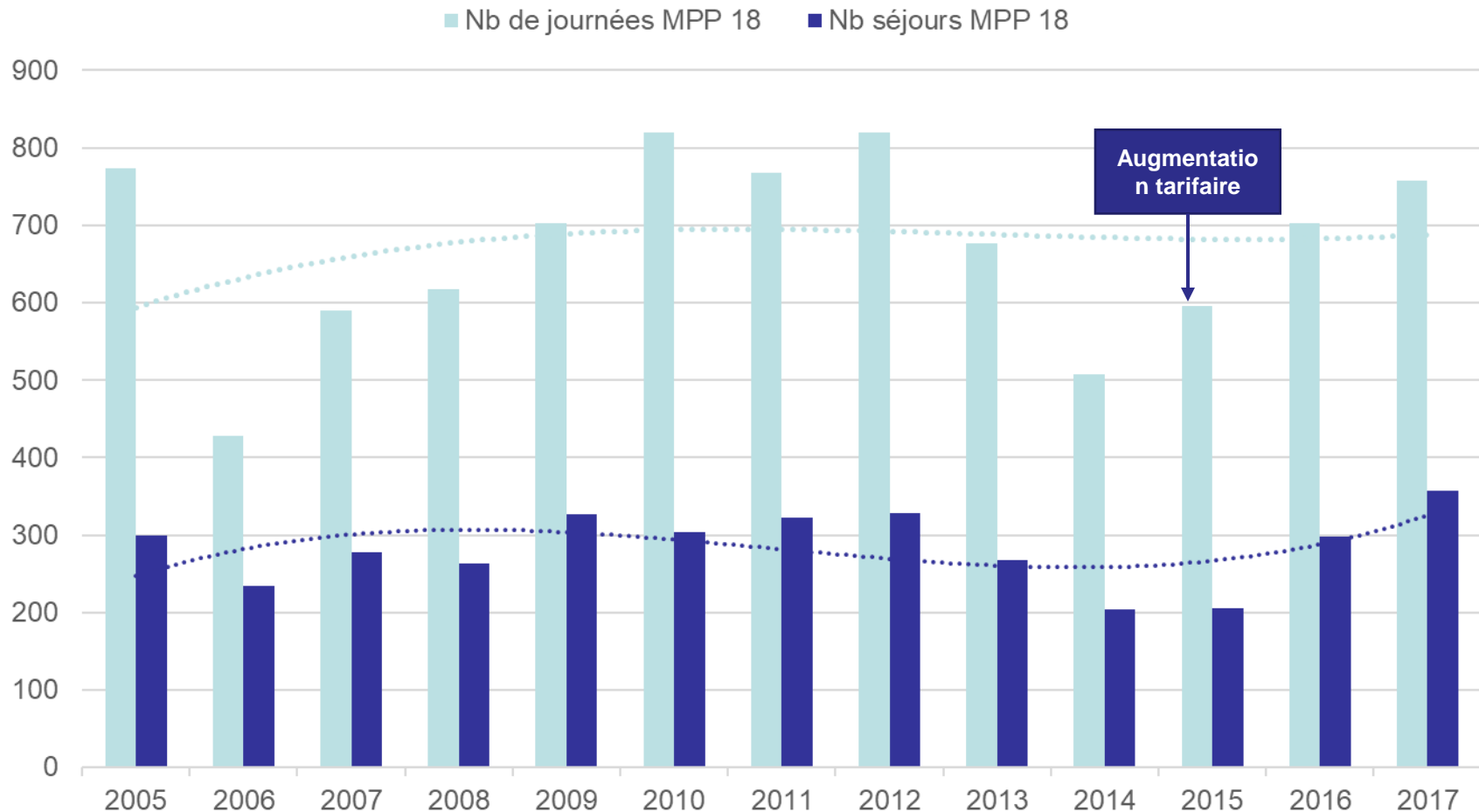
L'activité de transfusion en HAD

Etat des lieux

MP 18 Transfusion sanguine

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations	Codage des diagnostics avec la CIM-10, acte CCAM
Transfusion sanguine	18	<p>La transfusion sanguine est assurée directement par l'équipe médico-soignante de la structure d'HAD.</p> <p><u>Cet acte nécessite la disponibilité d'un médecin transfuseur pouvant intervenir à tout moment.</u></p>	Cette prise en charge comporte la prescription médicale, le rôle infirmier dans la transfusion sanguine et la surveillance des incidents le jour de la transfusion.	L'association avec le MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> n'est possible que sous réserve qu'il soit utilisé pour des actions éducatives non liées à la transfusion sanguine codée en tant que MPP.	<p>Le code de la maladie motivant la transfusion sanguine doit être enregistré comme diagnostic dans le RPSS (DP, DCMPP, DCMPA).</p> <p>Par exemple : DP : Anémie D46.– DCMPP : Leucémie C91.–</p> <p>L'acte CCAM de transfusion sanguine à domicile doit être décrit dans le RAPSS.</p>

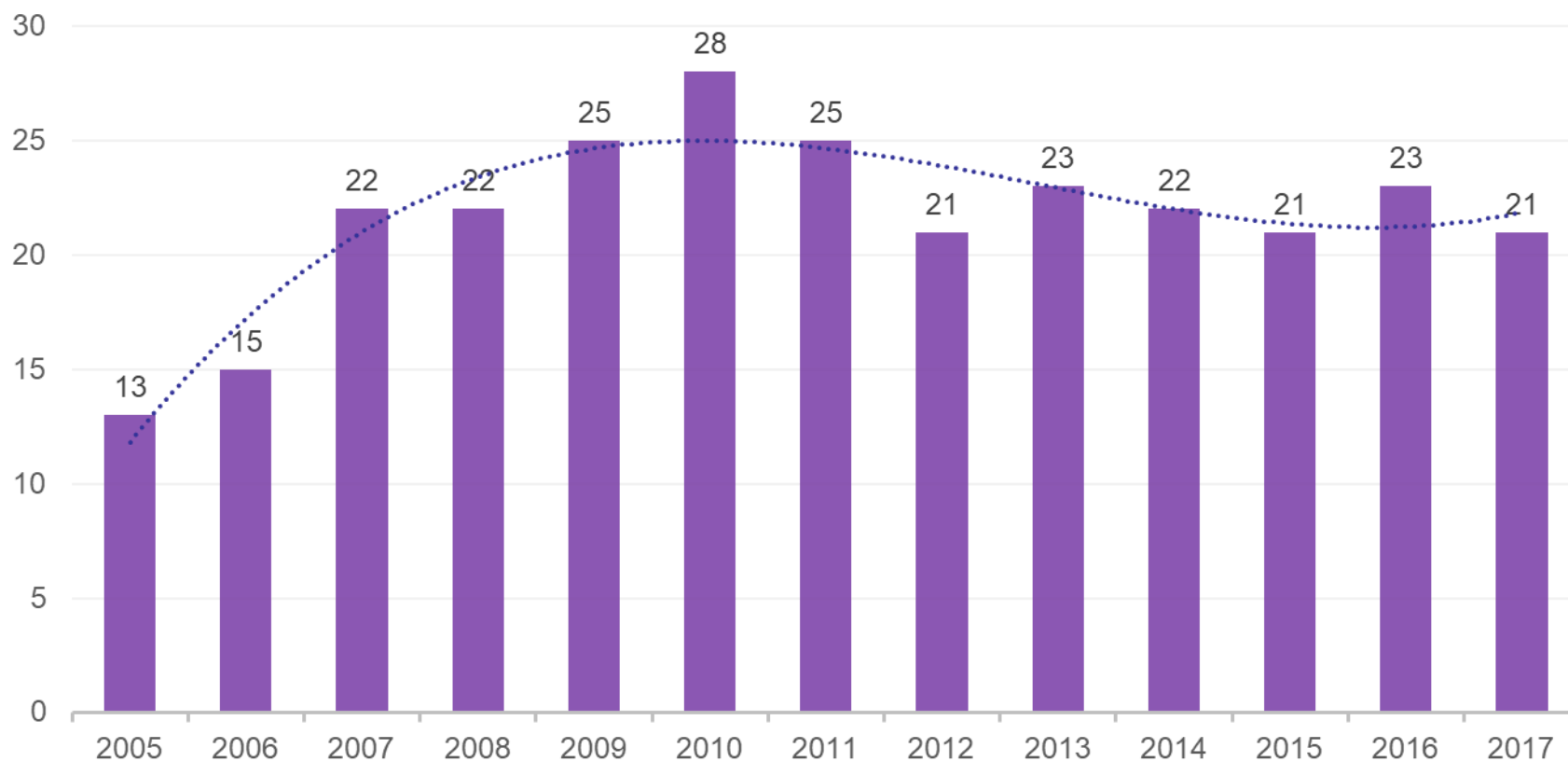
Evolution de l'activité de transfusion en HAD



Source : ATIH, retraitement FNEHAD au 10-03-2018

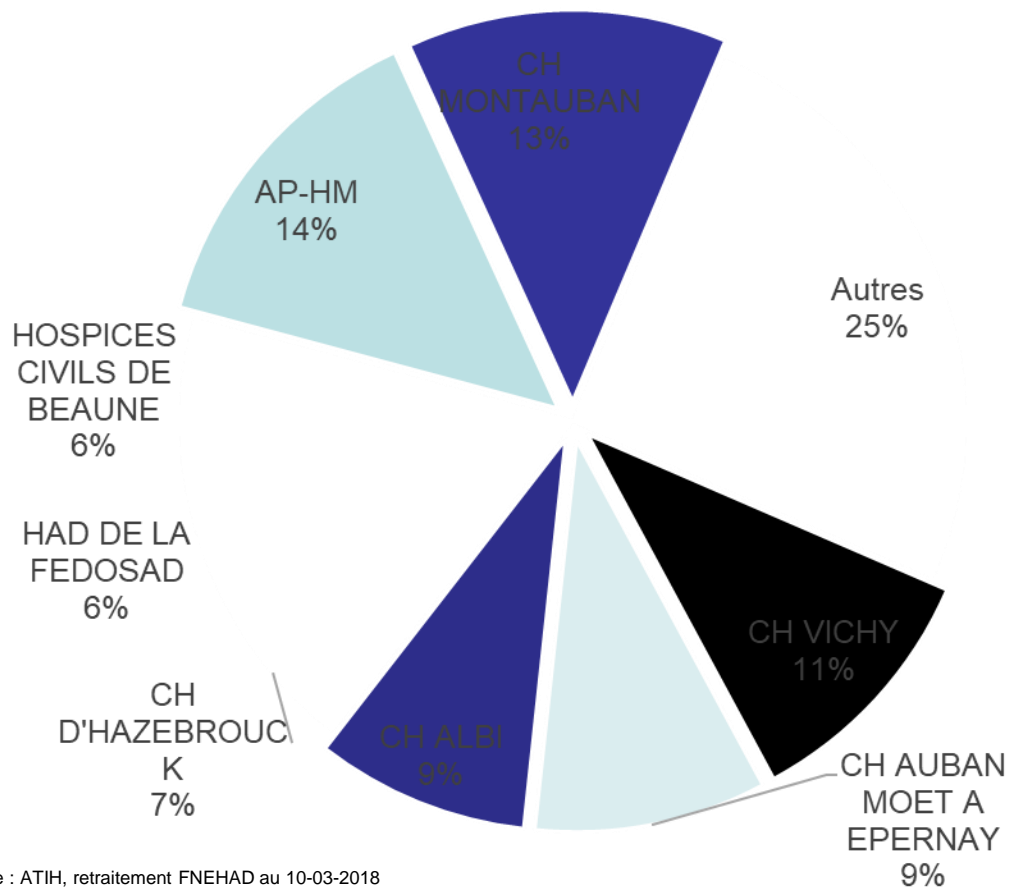
Evolution de l'activité de transfusion en HAD

Nombre d'établissements HAD
ayant une activité de transfusions à domicile



Source : ATIH, retraitement FNEHAD au 10-03-2018

Activité des HAD ayant réalisé plus de 20 séjours avec transfusion en 2017



En 2017, **5 HAD** ont réalisé **55% de l'activité transfusionnelle** :

- AP-HM (0,7% / 6,4%)
- CH Montauban (1,6% / 17,1%)
- CH Vichy (0,7% / 9%)
- CH Epernay (1,5% / 12,6%)
- CH Albi (0,5% / 12,2%)

(% activité en nb journées / % activité en nb séjours)

Source : ATIH, retraitement FNEHAD au 10-03-2018

Les patients transfusés en HAD en 2017*

- Age moyen : 84 ans
- IK moyen = 50%
- Principaux diagnostics renseignés :
 - Anémies (carence martiale/sans précision) : 56%
 - Syndromes myélodysplasiques : 13%

**Dr Mickaël BENZAQUI, FNEHAD, CNCRH mars 2018*

Groupe de travail « Recherche et démarche qualité »

Avril 2016 : Session consacrée à la transfusion sanguine en ambulatoire et extra hospitalier au cours de la journée de printemps de la SFTS.

Septembre 2016 : Saisine de la présidente de la FNEHAD pour mettre en place une réflexion collaborative sur la transfusion sanguine en HAD et formaliser les argumentaires médicoteknique, sécuritaire et économique nécessaires au développement de cette activité thérapeutique pour des patients en hospitalisation à domicile.

Novembre 2016 : Mandat donné par le président de la SFTS au GT RDQ pour constituer un groupe de travail spécifique s'inscrivant dans la continuité des travaux menés en 2009 puis 2012. Groupe regroupant des membres de la SFTS, de la SFVTT, de la CNCRH et de la FNEHAD.

Avril 2017 – Avril 2018 : Rédaction d'un document cadre « HAD et transfusion » comprenant 18 recommandations pour la réalisation d'une transfusion d'un patient en hospitalisation à domicile.

Groupe de travail « Recherche et démarche qualité »

L'objectif fixé était de lever les freins et permettre à un plus grand nombre de patients en HAD de pouvoir bénéficier de cette thérapeutique en appui de recommandations professionnelles et dans des conditions de sécurité et de qualité du soin optimales.

- Revue de la littérature
- Sélection des patients / critères d'inclusion – exclusion
- Définition des rôles et responsabilités des différents intervenants
- 18 Recommandations émises par les experts
- Références réglementaires et bibliographiques

Groupe de travail « Recherche et démarche qualité »

Présentation du projet « document cadre et ses recommandations » aux Universités d'Hiver de la FNEHAD des 6 et 7 décembre 2017.

Version finalisée soumise au bureau de la SFTS le 22 février 2018 et diffusée pour avis aux membres des CA de la SFTS et de la SFVTT.

Présentation en Conférence nationale des coordonnateurs régionaux d'hémovigilance le 21 mars 2018.

Document cadre HAD et transfusion validé mis en ligne fin avril 2018 sur les sites internet des sociétés savantes partenaires SFTS / SFVTT ainsi que de la CNCRH.

Communiqué de presse commun FNEHAD, SFTS, SFVTT, CNCRH diffusé début mai 2018.

Présentation en Journée régionale d'hémovigilance normande à Caen en mai, aux Universités d'Eté FNEHAD à Lyon en juin, en Journée régionale EFS AURA à Lyon en juin, en Journée régionale HST CHU Bordeaux en juin, au Congrès SFVTT à St Malo en novembre 2018

Société Française de Transfusion Sanguine

Recommandation n°1 : les critères d'inclusion et d'exclusion doivent être formalisés dans un document établi par l'établissement d'HAD et mis à disposition de tout médecin susceptible de prescrire (médecin traitant, médecin coordonnateur de l'HAD, médecin hospitalier référent) une transfusion pour un patient en HAD.

Recommandation n°2 : les professionnels médicaux et paramédicaux susceptibles d'être impliqués dans la thérapeutique transfusionnelle sont formés et habilités. Ce processus et le suivi de leurs compétences sont assurés par l'établissement d'HAD.

Recommandation n°3 : les médecins qui vont inclure le patient dans un programme de transfusion en HAD doivent disposer de toutes les informations nécessaires : dossier médical complet avec le dossier transfusionnel et les résultats pré-transfusionnels obligatoires (2 déterminations de groupage sanguin et RAI valides) ainsi que les éventuelles consignes transfusionnelles.

Société Française de Transfusion Sanguine

Recommandation n°4 : le médecin prescripteur (le médecin traitant par exemple), ou le cas échéant le médecin coordonnateur de l'HAD, s'engage par écrit à être joignable à tout moment pendant la transfusion et dans les deux heures qui suivent la fin de la transfusion.

Recommandation n°5 : un document d'information pré et post transfusionnel doit être remis à tout patient transfusé et/ou au proche du patient, précisant le type de surveillance clinique rapprochée pendant les 2 heures qui suivent la transfusion. Ce document indique également le numéro de téléphone de la personne à contacter en cas de besoin.

Recommandation n°6 : le prescripteur s'engage à respecter les bonnes pratiques transfusionnelles qui lui incombent. Il est recommandé de ne prescrire qu'un seul CGR. Un contrôle biologique du taux d'hémoglobine sera réalisé dès le lendemain de la transfusion. En fonction de l'évaluation clinique du patient, un deuxième CGR pourra être prescrit, en veillant à la validité de la RAI.

Société Française de Transfusion Sanguine

Recommandation n°7 : le patient doit disposer d'une information médicale éclairée sur l'acte réalisé et avoir donné son consentement. Les proches s'engagent à rester auprès du patient pendant et au minimum deux heures après la fin de la transfusion.

Recommandation n°8 : l'HAD met en place une organisation en respectant les conditions prévues pour la transfusion et son suivi :

- L'acte transfusionnel est réalisé par un médecin ou sur prescription médicale, par un infirmier à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment.
- L'infirmier s'assure que le patient est en état de recevoir le soin par la prise des paramètres vitaux de référence
- Un CGR doit être transfusé dans les 6 heures suivant la réception réalisée conforme au domicile du patient.
- Obligation de la réalisation des contrôles ultimes pré-transfusionnels : contrôle des concordances et contrôle ultime de compatibilité ABO du sang du patient et du CGR à transfuser.
- Surveillance de la transfusion pendant et 2 heures après son arrêt.
- Retour de traçabilité du produit transfusé vers la structure de délivrance.
- Prise en charge du patient en cas de survenue d'un EIR.
- Mise à disposition d'une trousse d'urgence dont le contenu est précisé dans la procédure annexe.

Société Française de Transfusion Sanguine

Recommandation n°9 : l'établissement d'HAD non rattaché à un établissement de santé doit avoir **identifié un correspondant d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle** pour son activité transfusionnelle. Une convention de partenariat est établie entre la structure d'HAD indépendante et l'établissement de santé de référence.

Recommandation n°10 : **la structure de délivrance** s'engage à respecter les bonnes pratiques qui lui incombent.

Recommandation n°11 : **le transport du PSL** est assuré dans le respect des bonnes pratiques par un professionnel formé à cette activité dans le respect des termes définis dans le contrat de prestation. Dans certains cas particuliers, le personnel infirmier en charge du patient peut lui-même assurer le transport à condition de disposer du matériel validé conjointement avec la structure de délivrance.

Société Française de Transfusion Sanguine

Recommandation n°12 : les exigences de sécurité transfusionnelle imposent **que l'infirmier devant réaliser l'acte transfusionnel puisse disposer de tous les éléments du dossier transfusionnel** lui permettant d'effectuer les vérifications ultimes pré-transfusionnelles. Une procédure doit expliciter les vérifications à effectuer à réception du produit sanguin labile au domicile du patient par l'infirmier (check list : vérification de la conformité du transport, présence et vérification des concordances des documents de groupage sanguin et de RAI, de l'identité du patient, conformité du PSL...)

Recommandation n°13 : avant de débiter la transfusion, **l'infirmier doit s'assurer** que le médecin responsable est joignable afin de pouvoir intervenir à tout moment de l'acte transfusionnel dans les meilleurs délais.

Recommandation n°14 : **l'infirmier** qui a posé et mis en route la transfusion **doit assurer une présence et une surveillance conforme** aux consignes transmises par le médecin prescripteur durant toute la transfusion.

Société Française de Transfusion Sanguine

Recommandation n°15 : la surveillance doit être particulièrement attentive et continue au moins les 15 premières minutes puis régulière par la suite. Elle impose la traçabilité des paramètres vitaux (pouls, pression artérielle, température et fréquence respiratoire) avant le début, pendant et à la fin de la transfusion ainsi qu'avant le départ de l'infirmier (par exemple après avoir rangé le matériel). L'infirmier remet au patient et au proche un document précisant les conditions de la surveillance dans les deux heures qui suivent la fin de la transfusion, les signes d'alerte d'EIR et les personnes à contacter.

Le proche s'engage à rester auprès du patient durant les deux heures qui suivent la fin de la transfusion.

L'emploi de technologies modernes de surveillance (vidéotransmission, objets connectés...) sera introduit dans la mesure des moyens disponibles.

Recommandation n°16 : une procédure de conduite à tenir en cas de survenue d'un EIR au cours ou au décours de la transfusion doit être à disposition de l'infirmier et du médecin responsable. Tout dysfonctionnement de la chaîne transfusionnelle doit également être signalé au correspondant d'hémovigilance de l'HAD dans les meilleurs délais afin d'être déclaré au réseau national d'hémovigilance et analysé.

Recommandation n°17 : une procédure doit expliciter le devenir, après transfusion, de la poche transfusée, du dispositif de contrôle pré transfusionnel et du matériel nécessaire à la réalisation de l'acte transfusionnel.

Recommandation n°18 : une procédure doit expliciter le devenir de la fiche de délivrance et des documents liés à la réalisation et la surveillance de la transfusion (documents à placer dans le dossier transfusionnel du patient et document à adresser au correspondant d'hémovigilance concerné ou directement à la structure de délivrance selon la procédure définie).

Le médecin informe le patient sur la transfusion réalisée et organise le suivi immuno-hématologique (RAI 1 à 3 mois après la transfusion)

Groupe de travail « Recherche et démarche qualité »

Représentants de la SFTS

Dr Jean Jacques CABAUD, coordinateur du GT RDQ

Dr Monique CARLIER

Madame Charlotte de la GIRENNERIE

Dr Pierre MONCHARMONT

Madame Marie-Françoise RAYNAL



<http://www.sfts.asso.fr/association/sfts>

Représentants de la SFVTT

Dr Hervé GOUËZEC

Dr Silvana LEO-KODELI

Dr Bernard LASSALE

Dr Laure JONCA



<http://www.sfvtt.org/>

Représentants de la CNCRH

Dr Philippe CABRE

Dr Isabelle HERVE

Dr Delphine GORODETZKY

Dr Marianne SANDLARZ

Pour la FNEHAD

Dr Mickaël BENZAQUI

Dr Laure BOISSERIE-LACROIX

<https://www.fnehad.fr/>

<http://hemovigilance-cncrh.fr/www2/actualites/alaune.html>

Stratégie médicale

Les critères d'inclusion / exclusion retenus dans le document cadre « HAD et transfusion » élaboré par la SFTS* et la SFVTT** doivent être remplis.

RAPPEL

En transfusion en HAD, toutes les vérifications habituelles doivent être réalisées, les contrôles à réception du CGR et contrôles ultimes pré transfusionnels obligatoire au lit du patient.

Tout CGR doit être transfusé de préférence dès la réception, à l'aide d'un transfuseur et le soignant doit disposer de tous les documents et matériels nécessaires à la réalisation de l'acte transfusionnel et la surveillance du patient.

Le soignant reste présent tout au long de l'acte transfusionnel.

Le médecin responsable de la transfusion s'est engagé par écrit à intervenir sans délai en cas de besoin.

*https://www.sfts.asso.fr/Media/association/20180430_document_had_transfusion.pdf

**<http://www.sfvtt.org/collaboration-sfts-sfvtt-fnehad-cncrh-recommandations-pour-la-transfusion-en-had/>

Numéros de téléphone et fax utile

Médecin Coordonnateur HAD

Tél :

Bip :

Fax :

Médecin traitant

Tél :

Bip :

Fax :

Correspondant d'hémovigilance

- ES Tél fixe :

Portable :

Fax :

- EFS Tél :

Fax :

Site de distribution délivrance ETS

Tél :

Fax :

Abréviations

CAT : conduite à tenir

CGR : concentré de globules rouges

CHV : correspondant d'hémovigilance

EFS : établissement français du sang

ES : établissement de santé

ETS : établissement de transfusion sanguine

IDE : infirmier(e)

HAD : hospitalisation à domicile

PSL : produit sanguin labile

RAI : recherche d'anticorps irréguliers anti-érythrocytaires

Ce document a été élaboré selon les procédures et protocoles transfusionnels de l'HAD conformément aux Bonnes Pratiques Transfusionnelles.

Validé par le « Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance » du "X mois année"

LOGO
HAD

Aide mémoire Pour le prescripteur de CGR en HAD



10 points à connaître

- 1 - Responsabilité médicale* engagée
- 2 - Connaissance des protocoles
- 3 - Justification de l'indication transfusionnelle
- 4 - Information médicale du patient et de l'aidant*
- 5 - Connaissance de l'organisation « Transfusion en HAD »
- 6 - Biologie pré transfusionnelle*
- 7 - Ordonnance*
- 8 - L'acte transfusionnel
- 9 - CAT en cas d'effet indésirable receveur*
- 10 - Contrôle du rendement, suivi et information après la transfusion*

*** points faisant l'objet d'une disposition réglementaire ou d'une recommandation de bonnes pratiques**

1) Responsabilité médicale*

engagée : textes réglementaires, recommandations spécifiques HAD :

- sur les prescriptions
- sur les actes autorisés délégués
- sur l'information, le consentement éclairé et la prise en charge du patient
- sur l'engagement écrit à intervenir sans délai sur appel pendant l'épisode transfusionnel

2) Connaissance des protocoles en vigueur dans l'HAD concernant :

- la procédure de transfusion en HAD
- les critères d'inclusion des patients dans le process
- la transfusion de CGR*
- les qualifications avec leurs indications : phénotypé*, compatibilisé*, VHE négatif :
- les transformations : irradié, déplasmatisé, cryo-conservé

3) Justification de l'indication transfusionnelle

- considérer l'état du patient : contexte clinique, biologique
- rechercher les antécédents transfusionnels et/ou obstétricaux
- consulter le dossier transfusionnel existant
- évaluer les alternatives thérapeutiques à la transfusion.
- contacter le médecin Coordinateur HAD et/ou le médecin traitant pour concertation

4) Information médicale du patient tracée*

- sur les bénéfices/risques de la transfusion (explications claires et comprises)
- avec la remise du « document d'information pré-transfusionnelle » en vigueur fourni par la structure HAD au patient et à l'aidant

- l'obtention du consentement oral du patient en présence d'un tiers si mineur ou patient majeur protégé

5) Connaissance de l'organisation institutionnelle et HAD

- lieux de stockage, circuits, délais de transport des CGR
- CGR disponibles dans l'ES (dépôt)
- modalités de mise en réserve par l'ETS

6) Biologie pré transfusionnelle*

- phénotypage (érythrocytaire) ABO RH1, phénotypage RH KEL 1, phénotypage autre si justifié
- RAI
- épreuve de compatibilité au laboratoire si nécessaire
- éventuelle numération post-transfusionnelle

7) Ordonnance de PSL*

Vérifier l'identité du patient et de l'ES +++

- rédiger de façon exhaustive, dater, signer l'ordonnance institutionnelle (pré imprimée dans l'ES ou informatisée)
- préciser la date et l'heure de la transfusion prévue, en collaboration et avec l'accord du médecin Coordinateur HAD
- nature et nombre des CGR : 1 CGR par épisode transfusionnel

8) L'acte transfusionnel

- acte médical pouvant être délégué à une infirmière*, une sage-femme
- planifier la transfusion dans le respect des horaires et du personnel qualifié disponible (HAD)
- vérifier la disponibilité médicale nécessaire à pouvoir intervenir à tout moment*
- s'assurer du respect de la règle des 6 h : délai maximal entre la réception du PSL à domicile et le début de la transfusion* (sous

réserve d'un transport thermo contrôlé du CGR)

- préciser les consignes d'administration et de surveillance liées au patient
- s'assurer de la bonne exécution des deux étapes du contrôle ultime pré transfusionnel - vérifications des concordances : identité en faisant décliner son identité au patient, groupe receveur, groupe CGR, numéro de produit sur les documents accompagnant les PSL - vérification de compatibilité ABO patient et de chaque CGR*
- surveillance clinique selon protocole en vigueur per et post transfusionnelle (2h selon les recommandations HAS) par IDE HAD
- suivre la procédure en vigueur si un PSL n'est pas transfusé : retour au service délivrance pour destruction et traçabilité par IDE HAD

9) CAT en cas de signalement d'effet indésirable receveur*

- prise en charge clinique du patient et prescription du bilan biologique adapté selon procédures en vigueur
- appliquer la procédure d'hémovigilance (signalement au CHV désigné HAD dans les délais fixés selon la gravité)

10) Après la transfusion*

- vérifier l'efficacité de la transfusion (CGR), explorer une inefficacité éventuelle
- garder les poches au moins 2 heures : par IDE HAD
- assurer la traçabilité des informations relatives à la transfusion dans le dossier patient + retour d'information ETS et/ou dépôt + hémovigilance : par IDE HAD
- prescrire le contrôle post transfusionnel* de la RAI, dans un délai de 1 à 3 mois
- veiller à la complétude du dossier patient