

## Groupe de travail « Recherche et démarche qualité »

*Avril 2016* : Session consacrée à la transfusion sanguine en ambulatoire et en 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* : Plusieurs réunions consacrées à la rédaction d'un document cadre HAD et transfusion avec 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 » au Université 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.*

# 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.

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.

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.

# Société Française de Transfusion Sanguine

*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.

*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



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

### Représentants de la CNCRH

Dr Philippe CABRE

Dr Isabelle HERVE

Dr Delphine GORODETZKY

Dr Laure JONCA

Dr Marianne SANDLARZ

### Pour la FNEHAD

Dr Mickaël BENZAQUI, conseiller médical

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

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