



Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille



HOSPIDOM
L'AP-HM À DOMICILE



TRANSFUSION EN HAD

Notre expérience de six ans

JUIN 2019

INTERVENANT
Dr Didier ZANINI, APHM



HOSPIDOM c'est ?

Un service hospitalier de l'AP-HM

2011 : projet institutionnel de réouverture d'un service d'HAD

Janvier 2012 : naissance d'HOSPIDOM avec PEC obstétrique et néonatal
(filiales et/ou chemin clinique ou parcours organisationnel...)

Avril 2012 : ouverture des PEC adulte

1 numéro unique/ standart/ **1 continuité des soins (7/7j et 24/24h)**

1 capacité de 50 places à l'ouverture (tx occupation >100%) /illimité depuis circuler 2013

*1 périmètre d'intervention
sur l'ensemble de Marseille
et les communes environnantes (Martigues, Aix, Aubagne)*





HOSPIDOM c'est aussi ?

HAD : soins non réalisables en ville car trop complexes, trop intenses ou trop techniques, continuité et coordination pluridisciplinaires et médicalisés.

1 prise en charge pluridisciplinaire en amont et en aval de l'hôpital.

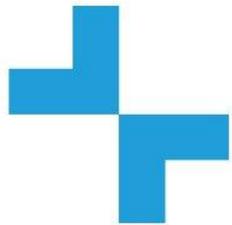
1 projet personnalisé du patient

1 prise en charge variée, complexe et coordonnée au domicile des patients, en EHPA(D) / MAS, en établissement de santé...

- 70 patients / jour
- 20 000 journées / an – DMS 15 jours
- 3 départements de soins (obstétrique, néonatalogie/pédiatrie et Adultes)
- MPP principaux
 - 29% traitements IV, 12% pansements complexes, 10% surveillance GRE
 - 9% transfusions
 - Chimiothérapie injectable (vidaza s/c, syndrome myelodysplasique)
- Personnel
 - 28 ETP IDE salariées, activité mixte (80%-20%)
 - 2,2 ETP médecins coordonnateurs



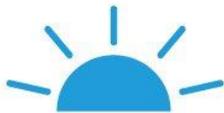
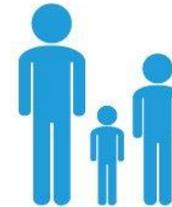
HOSPIDOM c'est aussi ? (en 2018)



HOSPIDOM EN CHIFFRES

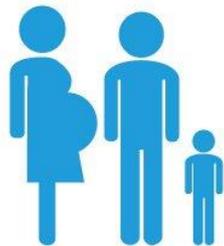


.....
PLUS DE 3000 PATIENTS PRIS EN CHARGE



.....
20 000 JOURNÉES PAR AN D'HOSPITALISATION À DOMICILE
.....

DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR **19 JOURS**
.....



800 PATIENTS PAR AN

UNE DIZAINE DE FEMMES ENCEINTES PAR JOUR

UNE VINGTAINÉ D'ENFANTS

UNE QUARANTAINE D'ADULTES





ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

•La transfusion en HAD en France

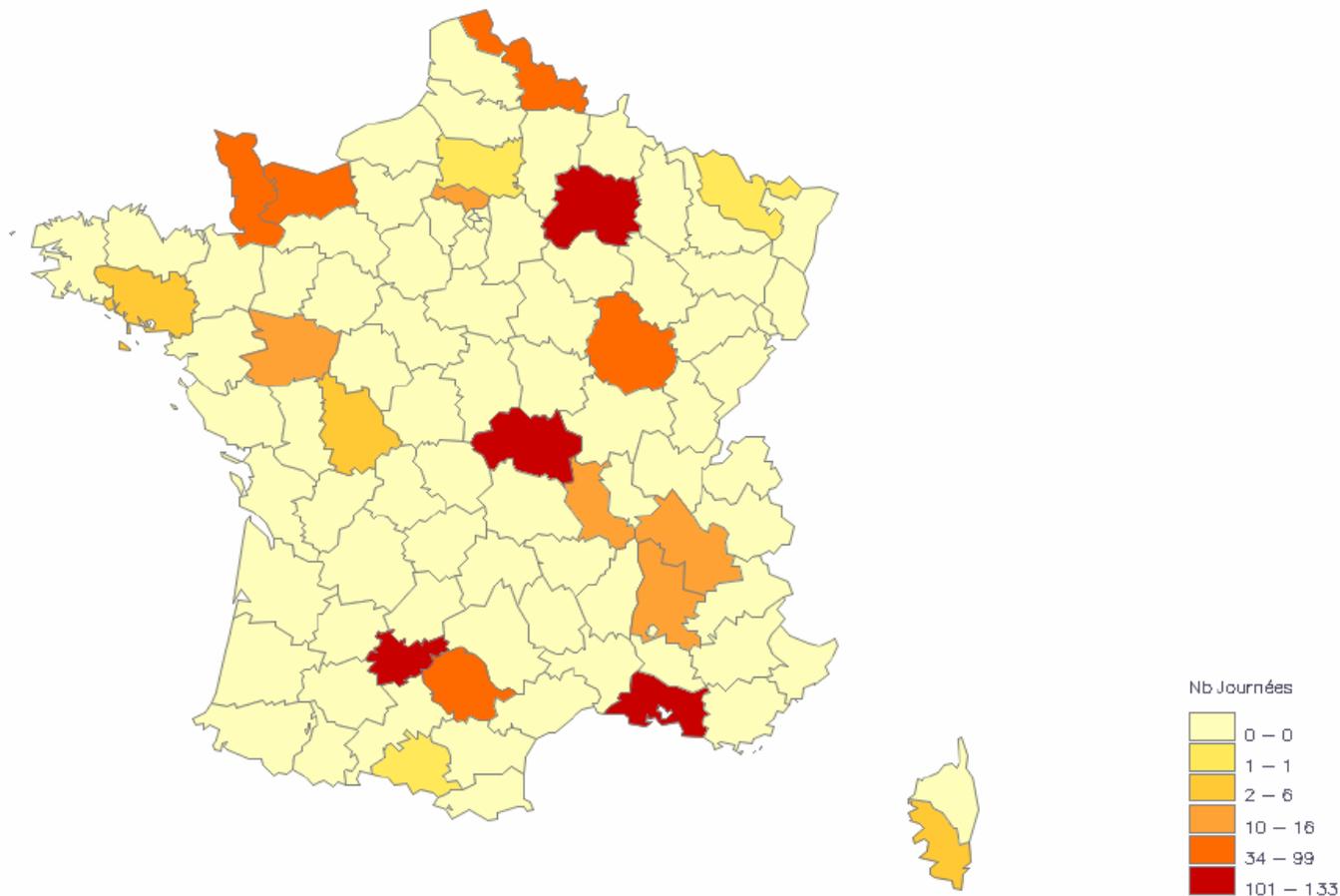
- Faible activité (**0,01%**)
- mais **fort potentiel de développement** d'activité
- Important **service rendu** pour les patients

•Principaux freins identifiés

- Absence de **recommandations** scientifiques
- Tarification inadaptée : activité parfois **déficitaire** /**Sensibilisation des pouvoirs publics**
- Annonce d'un revalorisation de l'activité transfusionnelle en HAD par A. BUZYN en décembre 2017
- Augmentation des tarifs** à partir du 1er mars 2018

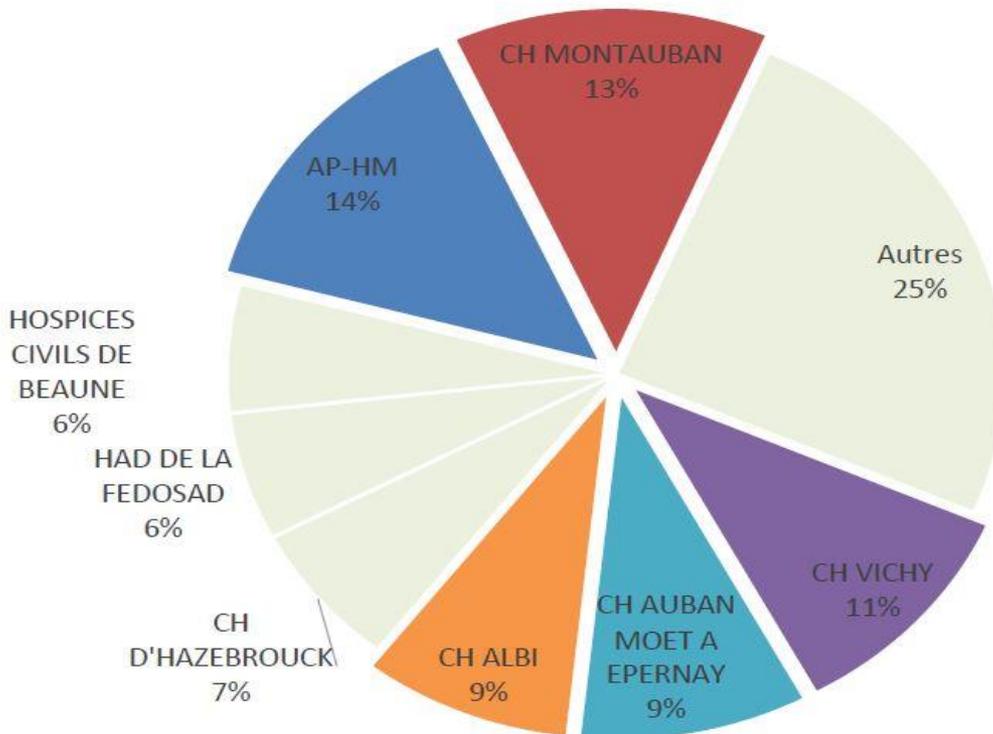


Evolution de l'activité de transfusion en HAD





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)



L'ACTIVITÉ DE TRANSFUSION EN HAD

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>Cet acte nécessite la disponibilité d'un médecin transfuseur pouvant intervenir à tout moment.</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, DCMPPA).</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>



UNE ACTIVITÉ FINANCIÈREMENT CÔUTEUSE...

- Coûts: 1 CGR = 198€ + Transport CGR = 50€ + Biologie (phénotype, RAI,...) = 23€
+/- Acte IDEL + déplacement = 130€ + Matériel + Déchet = 45€

Total pour HAD : **446€ (pour 2 CGR = 684€)** hors frais structure (medico, coordination IDEC, fonctions supports,...)

...AYANT NÉCESSITÉ DES REVALORISATIONS TARIFAIRES

- Augmentations tarifaires en 2015 et 2018
- Tarifs HAD :
 - GHT₂₀₁₇ → 252€ /j (IK=60 / ex-DG / hors EHPAD)
 - GHT₂₀₁₈ → **369€ /j** (IK=60 / ex-DG / hors EHPAD)
- Coût AM : HAD → **738€** (codage sur 2 jours)
- Coût AM : HDJ + transport → **835€** (source : ARS IdF)



HOSPIDOM HAD AP-HM

- *Mise en place transfusions dès 2014/2018/ Certification*
- *Chemin organisation/ chemin clinique/
transfusions à domicile et en Etab Med sociaux*
- *Réunions/Procédures/protocole/ HAD/EFS*



H.A.D et Transfusion Sanguine : les modalités Etape 1

1- Prescription médicale nominative se fait sur le triptyque ORDONNANCE DE PRODUITS SANGUINS LABILES par le médecin coordonnateur de l'HAD

Avec les éléments obligatoires habituels :

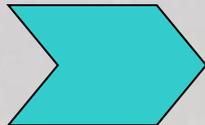
- *L'identité, étiquette du patient*
- *Le nom et la signature du prescripteur*
- *Quantité et qualité des produits désirés*
- *Pour les Plaquettes : le résultat numération plaquettaire et Poids du patient*
- *Date et heure de transfusion souhaitées*

2- Examens Immuno-hématologiques

- **2** déterminations de groupages ABO + phénotypes Rh Kell
- **1** R.A.I (datant de 3 jours) pour T de CGR
si Positive Compatibilité croisée à l'EFS (1 tube de sang 5 ml)

3- Information du patient et recueil de consentement

Documents 1 + 2



Site de distribution (EFS BAILLE)



ÉTABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG-NORMANDIE

PRESCRIPTION DE PRODUITS SANGUINS LABILES

- Faire une prescription pour chaque livraison de produits -

Sont exigés 2 déterminations de groupe phénotype ABO RH-Kell et, pour les CGR, 1 résultat de RAI validés.

PRESCRIPTEUR :

Nom (majuscule) : _____
Prénom : _____
Date de la prescription : _____ Heure : _____
Signature (obligatoire) : _____

ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ :

Identification : _____
Service (UF) : _____
Tél direct : _____
Renseignements Cliniques : _____

PATIENT (Étiquette patient) Sexe : F M

Nom usuel : _____
Nom de naissance : _____
Prénom : _____
NIP ou N° admission : _____
Date de Naissance : _____
Lieu de Naissance : _____
N° dossier EFS : _____

Urgence vitale immédiate (délivrance sans délai)
 Urgence vitale (délai d'obtention des PSL < 30 minutes)
 Urgence relative (délai d'obtention des PSL 2 à 3 heures)

 COMMANDE FERME :
Date de la délivrance : _____
Heure de la délivrance : _____

CONCENTRÉ DE GLOBULES ROUGES :

Taux d'hémoglobine : _____ g/dl ou _____ mMol/l
Nombre d'unités : _____

Dérogation à la validité de 3 jours de la RAI => RAI négative valide 21 jours et absence d'anticorps transfusionnels ou d'autres IgGvdes immunisants (grossesse, greffe...) dans les six mois précédents (à P, après le 15.09.03).
Signature du médecin obligatoire : _____

Non phénotypé
 Phénotypé Rh Kell
 CMV négatif
 Irradié
 Compatibilité (pondre 5ml de sang)
 Préparation pédiatrique _____ ml
 Autres (préciser) _____

MISE EN RÉSERVE pour _____ jours

Demande de distribution des produits préalablement mis en réserve

PGL : _____
Quantité : _____
Date et heure de la transfusion : _____
Là : _____ à _____

Prescripteur :
Nom : _____
Prénom : _____
Signature : _____

* : Le produit le plus adapté sera sélectionné en fonction des produits disponibles

CONCENTRÉ DE PLAQUETTES * :

• Poids : _____ kg
• Num. plaquettaire : _____ (avant transfusion)
Posologie recommandée : 0,5x10¹¹ pour 7kg de poids

CPA MCPS
Quantité : _____ 10¹¹

CMV négatif
 Irradié
 Autres (préciser) _____

PLASMA FRAIS DÉCONGELÉ * :

(entité du 03.12.91)
 PVA BM PVA 3D
Quantité : _____ unité(s) de 200 ml

Indication de la transfusion

CIVD
 Hémorragie massive avec déficit global des facteurs de coagulation
 Déficit complexes et rares en facteurs de coagulation
 Échange plasmatique _____ ml
 Autre (préciser) _____

PRODUITS SANGUINS LABILES AUTOLOGUES :

AUTRES (préciser) _____

Quantité désirée : CGR PFC

Site d'Alger Tél: 02 32 21 24 01 Fax: 02 32 21 21 25	Site de Casablanca Tél: 02 31 88 03 00 Fax: 02 31 88 03 02	Site de Clermont Tél: 02 32 14 76 15 Fax: 02 32 14 80 12	Site d'Orléans Tél: 02 39 09 01 47 Fax: 02 39 09 22 08	Site de Lille Tél: 02 31 41 73 84 Fax: 02 31 75 33 98	Site de Lyon Tél: 02 32 58 08 02 Fax: 02 32 70 31 54	Site de Rouen Tél: 02 32 58 08 02 Fax: 02 32 70 31 54	Site de Saint-Louis Tél: 02 33 05 03 08 Fax: 02 33 05 03 08
--	--	--	--	---	--	---	---

EFS-Normandie

Créateur : IHC - IMMUNO-HEMATOLOGIE CLINIQUE



DEMANDE D'ANALYSE D'IMMUNO-HÉMATOLOGIE

EFS-NORMANDIE Site de Rouen

Laboratoire d'Immuno-Hématologie Clinique Pavillon Derocque-Rez de Jardin

Tel : 02 32 88 09 02 ou 68090 (interne CHU)

IDENTITE DU PATIENT (coller étiquette ou renseigner)		SERVICE :
<p>UP: _____ Tel: _____ Adresse e-mail (code barre EFS): _____</p>		
<p>Nom: _____ Prénoms: _____ Nom de jeune fille: _____ Date de naissance: _____ Sexe: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></p>		
PRESCRIPTEUR	PRÉLEVEUR (mention obligatoire) :	
Date: _____ Signature: _____	Date: _____ Heure: _____ Signature: _____	

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

OBSTETRIQUE	<input type="checkbox"/> INCIDENT	URGENT : (résultat provisoire délivré en absence de validation par le biologiste)
PARITE: _____ GESTATION: _____	<input type="checkbox"/> TRANSFUSIONNEL	<input type="checkbox"/> CHIRURGIE
Grossesse en cours : _____	(prélever 2 tubes EDTA et un tube sec)	<input type="checkbox"/> Transfusion immédiate
Traumatisme: _____		<input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____
Dose d'anti D: _____		
DOUE <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
Date: _____		
Date de la dernière RAI négative: _____		

PRELEVEMENT : 1 TUBE EDTA MAUVE de 5ml (2 si groupe phéno RAI)

<input type="checkbox"/> Groupage ABO RH-KELL <input type="checkbox"/> RAI <input type="checkbox"/> TEST DIRECT A L'ANTIGLOBULINE (Coombs direct) <input type="checkbox"/> RECHERCHE d'ANTI D RESIDUELS <input type="checkbox"/> ÉPREUVE DIRECTE DE COMPATIBILITÉ <input type="checkbox"/> Recherche et titrage d'ANTICORPS IMMUNS ABO <input type="checkbox"/> RECHERCHE d'AGGLUTININES FROIDES <input type="checkbox"/> DOSAGE PONDERAL d'anti D (CNRHP) <input type="checkbox"/> BILAN D'ANEMIE HEMOLYTIQUE (RAI, TDA, Agglutinines Froides)	<input type="checkbox"/> PHENOTYPAGE ETENDU Duffy (Fya, Fyb), Kidd (Jka, Jkb), MNSs(S), MNS4(s) Autres antigènes érythrocytaires : (cocher les systèmes recherchés) <input type="checkbox"/> Lewis (Lea, Leb) <input type="checkbox"/> MNS (M ; N) <input type="checkbox"/> PI
---	--

HORODATAGE LABO :



FICHE DE SURVEILLANCE
TRANSFUSIONNELLE

UNE FICHE PAR DÉLIVRANCE DE PRODUITS SANGUINS LABILES (P.S.L.)

ETIQUETTE
PATIENT

Hôpital : Nord Conception Timone Ad. Timone Ent. Sud

Unité de soins : UF :

Réception P.S.L. (date et heure) :

..... a h.

Type de P.S.L. Concentré de globules rouges ou plasma ou plaquettes	①	②	③
Étiquette P.S.L.			
Personne qui réalise l'acte Nom et Fonction			

VERIFIER dès réception de la commande

La commande :

CONFORME

- 1 Concordance entre ordonnance et livraison (type et nombre de P.S.L. et identité du receveur)
- 1 Aspect, intégrité et péremption du ou des P.S.L.
- 1 Concordance entre Fiche de Délivrance (F.D.) et P.S.L. (n° de P.S.L. et identité du receveur)
- ⇨ Si non conformité de la commande : appeler l'EFS et noter les consignes de l'EFS

La transfusion est réalisée à température ambiante (Ne jamais mettre les poches au réfrigérateur)

CONTROLLER au lit du patient

Contrôle d'identité pour tout type de P.S.L.

P.S.L.

- 1 Identité du receveur (nom, prénom, date de naissance)
- 1 Concordance F.D. / n° P.S.L.

Le contrôle de compatibilité uniquement pour les C.G.R. :

- 1 Après vérification de la date de péremption de la carte le transfuseur réalise le contrôle ultime au lit du patient.
- 1 Les réactions sont compatibles entre receveur et donneur ⇨ JE TRANSFUSE
- 1 Les réactions ne sont pas compatibles ou vous avez un doute ⇨ ... JE NE TRANSFUSE PAS

Dans ce dernier cas, appel du Médecin .

Nom du Médecin appelé :

Heure d' appel :

Décisions prises :

La carte de contrôle ultime, le transfuseur et le P.S.L. sont gardés 02h.00 après la transfusion puis jetés



FICHE DE SURVEILLANCE
TRANSFUSIONNELLE

UNE FICHE PAR DÉLIVRANCE DE PRODUITS SANGUINS LABILES (P.S.L.)

ETIQUETTE
PATIENT

REALISER la transfusion & SURVEILLER le receveur pour tout type de P.S.L.

Il est fortement déconseillé de perfuser un autre produit en même temps (Transfusion en Y à proscrire)
En cas d'impossibilité de VVP, autres voies d'abord possibles portacath, picc line, VVC (attention au débit trop rapide)
La personne qui réalise l'acte doit rester les 15 premières minutes auprès du receveur

Type de P.S.L. ①	Heure	Pouls	T.A.	T°	Sa O2	Freq. Respiratoire	Observations
Début de la transfusion	H						
à 15 mn	H						
à m n	H						
Fin de la transfusion	H						

Type de P.S.L. ②	Heure	Pouls	T.A.	T°	Sa O2	Freq. Respiratoire	Observations
Début de la transfusion	H						
à 15 mn	H						
à m n	H						
Fin de la transfusion	H						

Type de P.S.L. ③	Heure	Pouls	T.A.	T°	Sa O2	Freq. Respiratoire	Observations
Début de la transfusion	H						
à 15 mn	H						
à m n	H						
Fin de la transfusion	H						

GERER un Effet Indésirable RECEVEUR (E.I.R.)

- 1 P.S.L. NON TRANSFUSES P.S.L.
- pourquoi ?

Si Effet Indésirable au cours ou au décours de la transfusion :

- 1 Arrêt de la transfusion (Garder la voie veineuse)
- 1 Prendre les constantes et prévenir le médecin
- 1 Prévenir le médecin
- 1 Prévenir l'EFS de site et faire redescendre la poche à l'EFS.
- 1 Prévenir le correspondant d'Hémovigilance (repondre: 44331)
- 1 Remplir la fiche de déclaration d'Incident Transfusionnel dans Bue Mod

N.B. : Cette fiche doit être conservée dans le dossier de soins du patient.



Exemple Protocole HOSPIDOM : EN CAS D'EVENEMENT INDESIRABLE

En cas d'intolérance du patient (hyperthermie, frissons, céphalées, troubles de la conscience, chute de tension artérielle, etc.) : **1- Arrêter la transfusion.** **2- Maintenir la voie d'abord.** **3- Prendre les constantes.** **4- Prévenir :** le médecin coordonnateur de l'HAD immédiatement.

En l'absence de réponse immédiate :

- le SAMU : le **15**, en cas d'urgence vitale (signes de choc, dyspnée majeure, troubles de la conscience...),
- le médecin de l'EFS, joignable 7j/7, 24h/24 au **04.91.18.95.01** ou **04.91.18.95.03** pour un incident mineur

Si frissons + hyperthermie > 39 °C :

- Faire des Hémocultures patient (à l'APHM) et poche (à envoyer à l'EFS) :
1 flacon aérobie + 1 flacon anaérobie
- Faire un bilan Immunohématologique (à l'EFS) : 1 déterminat° ABO, Phénotype RH-K & RAI
Cocher « Bilan d'incident transfusionnel » sur le bon « PRESCRIPTION D'EXAMENS D'IMMUNO-HEMATOLOGIE » : 2 tubes EDTA
- +/- prescription d'un antipyrétique par le médecin.

Si réaction allergique : prurit, urticaire :

- Pas d'examen biologique nécessaire
- Injection d'une ampoule de Polaramine 5 mg/ml

L'hydrocortisone est réservée pour des signes cliniques plus graves avec atteinte pulmonaire ou une non régression des signes après injection de Polaramine. A faire si prescription médicale.

Si aggravation d'un grade 1 ou constat d'un grade 3 (CHOC : OAP, Choc hémolytique, choc anaphylactique,) :

- Appel du SAMU pour conduite à tenir : **15**

Conserver les poches avec les tubulures ainsi que les cartes de contrôle dans le sac de transport des poches de PSL. Compléter le document. Faire parvenir le tout à l'EFS dans les 8 heures.



Contenu trousse d'urgence

ADRENALINE 5mg/5ml

DEXCHLORPHENIRAMINE (POLARAMINE) 5mg/ml

DIAZEPAM (VALIUM) 10mg/2ml

FUROSEMIDE (LASILIX) 20mg

IPRATROPIUM (ATROVENT) 0.5mg/2ml aérosol

METHYLPREDNISOLONE (SOLUMEDROL) 120mg

SALBUTAMOL 5mg/2.5ml aérosol

HYDROCORTISONE 100mg





DECLARATION A MINIMA D'UN INCIDENT TRANSFUSIONNEL

Etiquette patient **OU**

Nom de Naissance :

Prénom :

Date de naissance : / /

N° Hospitalisation :

Numéro(s) de PSL incriminé(s) (étiquette PSL) :

Date et heure : de la transfusion : / / :

de l'incident : / / :

L'incident est survenu : Pendant la transfusion
 Après la transfusion

Manifestations cliniques :

<input type="checkbox"/> Frissons	<input type="checkbox"/> Oligo-anurie	<input type="checkbox"/> Angoisse
<input type="checkbox"/> Nausées / vomissements	<input type="checkbox"/> Syndrome hémorragique diffus	<input type="checkbox"/> Dyspnée
<input type="checkbox"/> Hyperthermie	<input type="checkbox"/> Choc	<input type="checkbox"/> Hémoglobinurie
<input type="checkbox"/> Douleur (Préciser)	<input type="checkbox"/> Autre manifestation (préciser)	<input type="checkbox"/> Œdème aigu du poumon
.....	<input type="checkbox"/> Hypo T.A
		<input type="checkbox"/> Ictère
		<input type="checkbox"/> Urticaire

Constantes	Avant transfusion	Au moment de l'incident
Température °C °C
TA / mmHg / mmHg
Pouls puls/min puls/min

Prescription simultanée de produits stables : OUI
 NON

Matériel transfusionnel défectueux (poche, transfuseur,...) : OUI
 NON

Déclaration d'incident remplie par :

NOM PRÉNOM GRADE

A REDESCENDRE AVEC LE(S) PSL AU SITE TRANSFUSIONNEL EFS DE L'HOPITAL



H.A.D ET TRANSFUSION SANGUINE : POUR QUI ?

1- Patients ne pouvant se rendre dans les structures de soins ambulatoires (distance, état clinique, transfusions de « fin de vie » ...) ?

OU

2- Tout patient relevant de transfusions ambulatoires ?

→ CRITERES DE SELECTION ?

3- Tout patient suivi en HAD de l'AP-HM

4- tout patient à domicile, en EHPAD, en MAS

LES PATIENTS TRANSFUSÉS EN HAD EN 2018

- Age moyen : 77 ans
- IK moyen = 60%
- Principaux diagnostics renseignés :
 - Anémies (carence martiale/sans précision): 56%
 - Syndromes myélodysplasiques: 20%



Résultats de 2014-2018: 869 transfusions 173 transfusions par an 144 patients

	2014	2015	2016	2017	2018
Patients	22	25	27	29	41
CGR	96	72	161	172	110
Plaquettes	51	29	89	41	48
Total PSL	147	101	250	213	158



H.A.D et Transfusion Sanguine : CONCLUSION

- Les contraintes organisationnelles sont fortes (rédactions procédures ..)
- La Formation préalable des intervenants est essentielle
- La transfusion sanguine est un acte délégué au personnel infirmier de l'HAD
- La transfusion de 2 CGR = 3H
- Un médecin coordinateur joignable et disponible
- Un médecin doit pouvoir intervenir dans les plus brefs délais en cas d'incident (inf 20 min) convention SAMU 13/SMUR
- Satisfaction des patients/ confort +++
- Aucun évènement indésirable/ aucun accident HAD déclaré plus de 1000 Transfusions

.....?.....



Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille



HOSPIDOM
L'AP-HM À DOMICILE

