

Une évaluation des pratiques transfusionnelles au CHU de Nantes en 2012

Xème Congrès National d'Hémovigilance et de Sécurité Transfusionnelle

Nantes - Jeudi 15 novembre 2012

Léa Bruneau - Dr JC. Rigal – Dr V. Betbèze – Dr H. Abbey - Gaëlle Talbot



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES

Contexte, au CHU de Nantes

- **30 000 CGR** transfusés en 2011
- **Démarche d'amélioration continue** de la sécurité transfusionnelle
- **3^{ème} accident ABO** en 5 ans > RMM

Questions soulevées

- Efficacité du **plan de formation** ?
- **Utilisation des outils d'aide à la transfusion** ?
- **Compétences** réellement **acquises** des professionnels ?
- **Dérives** dans les pratiques transfusionnelles ?

Objectifs

- **Evaluer les connaissances théoriques et pratiques des IDE en transfusion**
- **Sensibiliser le personnel soignant aux bonnes pratiques transfusionnelles**
- **Structurer une formation pertinente et formaliser des outils d'aide**

Déroulement

THEORIE

PRATIQUE

Auto-Questionnaire

Audit observationnel

2 Avril

3 Mai

28 Mai

29 Juin

100 distribués

83 recueillis

30 prévus

24 observés

Méthode

	QUESTIONNAIRE AUTOADMINISTRE	AUDIT CLINIQUE
Type d'Etude	Etude transversale	
Champ d'application	IDE du CHU	
Echantillonnage	100 questionnaires Tirage au sort Stratification en fonction du nombre de PSL transfusés	30 observations Echantillonnage aléatoire selon les transfusions réalisées au CHU pendant la période de recueil
Recueil des données	Correspondants EPP	8 auditeurs
Champ de l'audit		De la délivrance du CGR à l'EFS à la fin de la transfusion
Modalités	4 parties, 15 questions I. Votre expérience dans le domaine transfusionnel II. Recherche d'agglutinines irrégulières III. Groupage sanguin IV. Contrôle Ultime Pré-Transfusionnel	5 parties, 9 critères, 66 items (Grille modifiée de l'Hôpital Tenon) I. Contrôle à réception du CGR II. Etapes de préparation à la pratique transfusionnelle III. Contrôles ultimes pré-transfusionnels IV. Surveillance transfusionnelle V. Traçabilité

Résultats (1)

- **Formation**

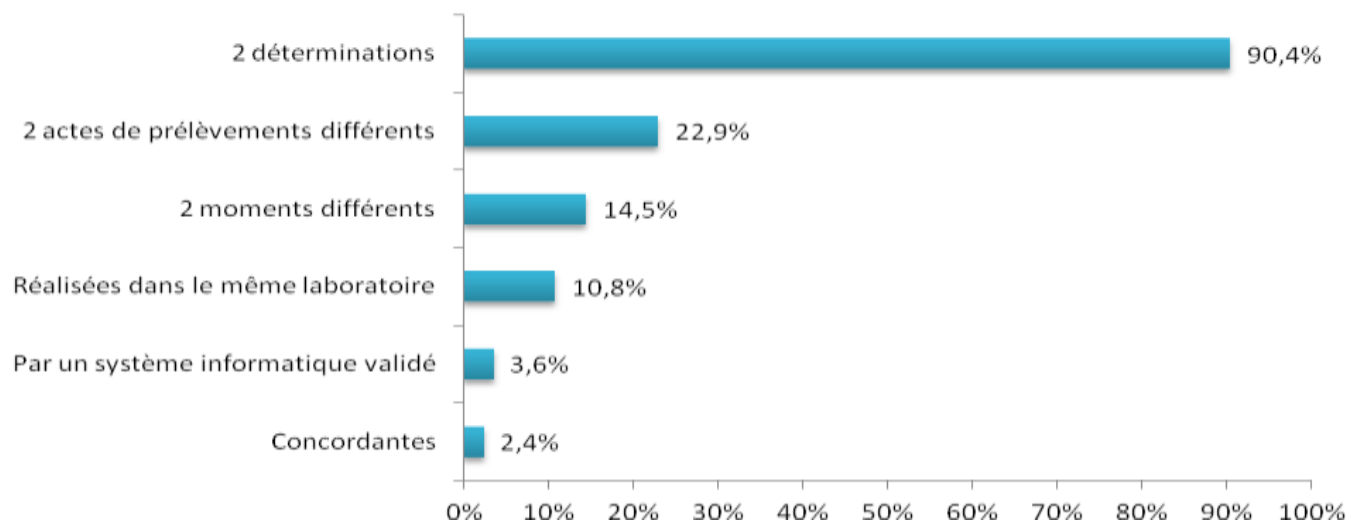
- Formation en hémovigilance < 5 ans : **43%** (n=36)
- Aucune formation continue en hémovigilance : **31%** (n=26)

- **Outils d'aide**

- Connaissance des documents d'aide à la transfusion de PSL : **77%** (n=64)
- Non utilisation de la Check-list : **87%** (n=20)

- **Carte de groupe**

Qu'est ce qu'une carte de groupe sanguin valide?



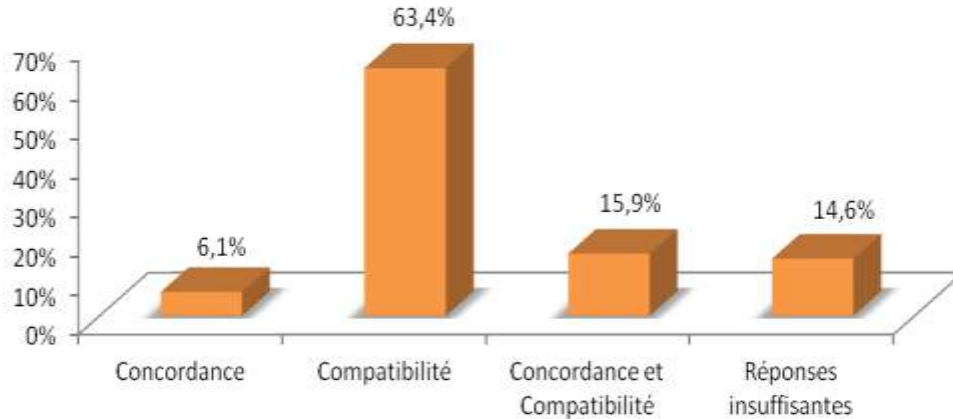
Résultats (2)

- **Contrôle à réception**

- Réception du CGR dès son arrivée dans le service dans **65%** des cas (n=15)
- Contrôle de concordance à réception :
 - Ordonnance/FDN : non fait dans **26%** des cas (n=6)
 - Ordonnance/Identité du patient : non fait dans **13%** des cas (n=3)
- Contrôle à réception, informatique non fait dans **22%** des cas (n=5)

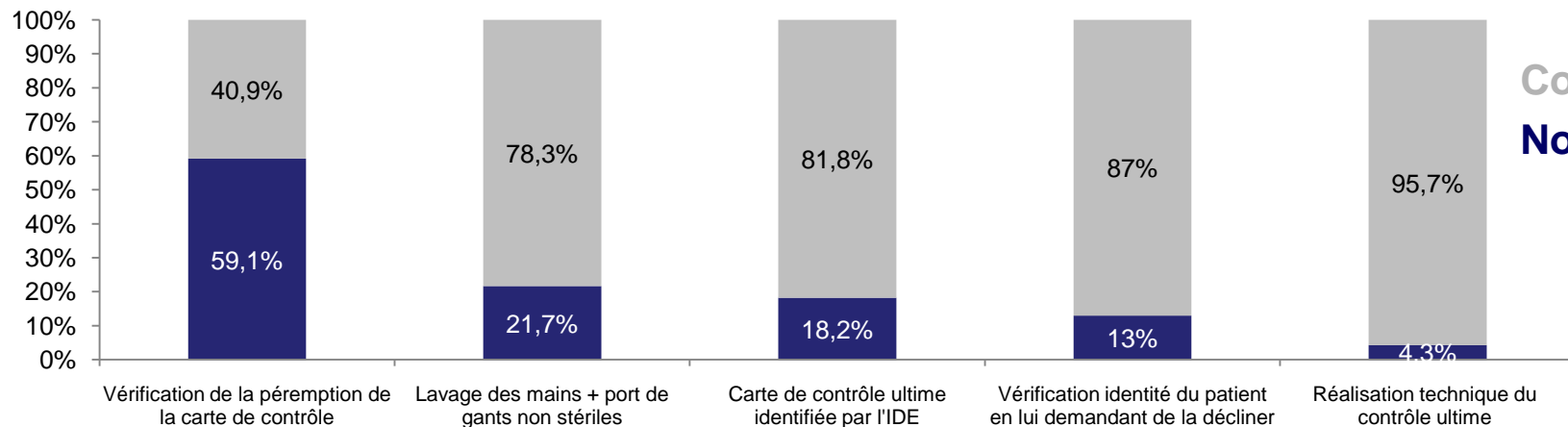
Résultats (3)

- 2 grandes étapes du CUPT
- Lecture de 3 cartes de CUC



- **25%** des IDE ont eu au moins une mauvaise réponse
- **une transfusion incompatible**

Réalisation du Contrôle Ultime de Compatibilité



Conformité
Non conformité

Résultats (4)

- **Prise des constantes (pouls/TA) des patients**
 - Avant la transfusion : **100%**
 - Toutes les 30 min : **83%** (n=19/23)
 - En fin de transfusion : **100%**
- L'IDE restait les dix 1ères minutes dans **91%** des cas (n=21/23)
- **Connaissances**
 - Signes d'incident transfusionnel : **91%** des cas (n=21/23)
 - Règle des 6 heures : **95%** des cas (n=21/22)
 - CAT en cas d'incident transfusionnel : **100%** des cas, avec médecin identifié prêt à intervenir
 - Durée de conservation (poche + Controlab) : **91%** (n=21/23)
- **Traçabilité**
 - Dossier papier : **100%**
 - Informatique : **96%** (n=22/23)

Synthèse

- **Points positifs**
 - Surveillance et CAT en cas d'incident
 - Traçabilité dans le dossier de soins
 - Impact pédagogique
- **Points à améliorer**
 - 2 actes de prélèvements différents pour le groupage sanguin
= 2 processus d'identification différents
 - Contrôle à réception
 - Contrôle ultime de concordance
 - Lecture des cartes de contrôles ultimes de compatibilité
- **Limites**
 - Chronophage
 - Questions ouvertes

Actions d'amélioration

- **Formation**

- Redéfinition des objectifs pédagogiques
- Formation aux outils informatiques
- Mise en place « Bloodquizz », E-learning
- Simulation ?

- **Communication**

- Révision des documents d'aide (création d'un pense-bête)
- Création d'un réseau de correspondants paramédicaux en hémovigilance

- **Prochaine EPP prévue en 201? en incluant le corps médical**

MERCI DE VOTRE ATTENTION

