



MISE EN PLACE D'INDICATEURS QUALITÉ EN TRANSFUSION AU CHU DE DIJON

Dr E. BERGER, C. ROUX, B. HUET, A. FOREY
Hémovigilance CHU DIJON

***XII^e Congrès National d'Hémovigilance et de
Sécurité Transfusionnelle LYON 2016***

Déclaration de conflits d'intérêts

Nom : BERGER ELISABETH

Je déclare ne pas avoir de conflit d'intérêt

Mise en place d'indicateurs

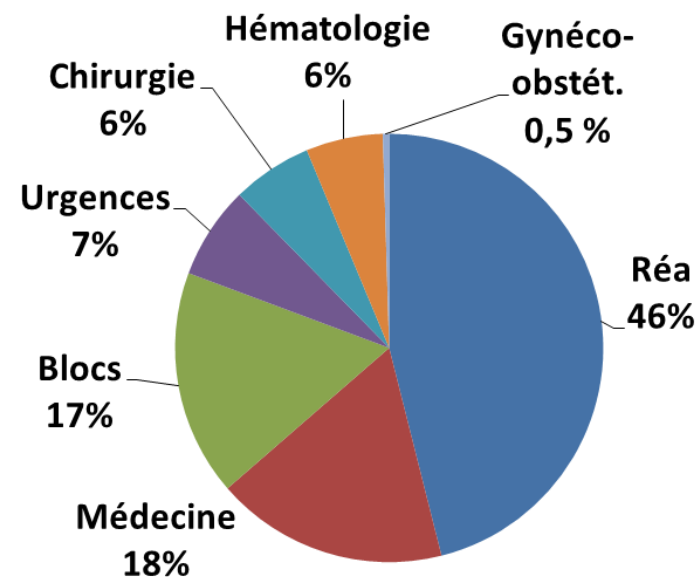
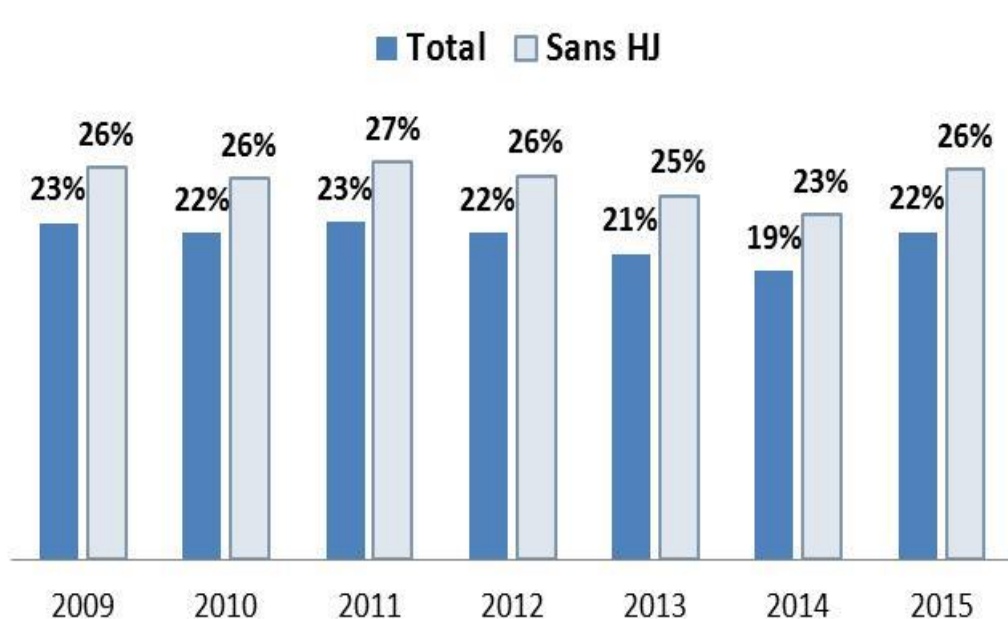
- **Indicateurs** suite à l'analyse d'incidents de la chaîne transfusionnelle dans des situations à risque
 - Transfusions nocturnes
 - Transfusions en urgence vitale
 - Transfusions de CPA pédiatriques en néonatalogie
 - **Indicateur de surveillance, plus général**
 - Non conformités des Prescriptions Médicales (en attendant l'informatisation...)
- **contrôle et suivi des bonnes pratiques d'un processus**
- **outil de travail interne à chaque service**

Transfusions nocturnes : Etat des lieux et suivi annuel

En 2015 : 33 500 transfusions (+ 23 % en 7 ans)

↳ **Taux annuel de TN** : Nb TN entre 20h et 8h /Nb total de Transfusions

- ↳ Données de traçabilité informatisée CHU (Hémoservice) – base excel
- ↳ Stable depuis 6 ans - 22 %
- 75 % en « Réa, Blocs, Urgences, SI » vs 25 % en secteur «conventionnel»
- 25 % le week-end

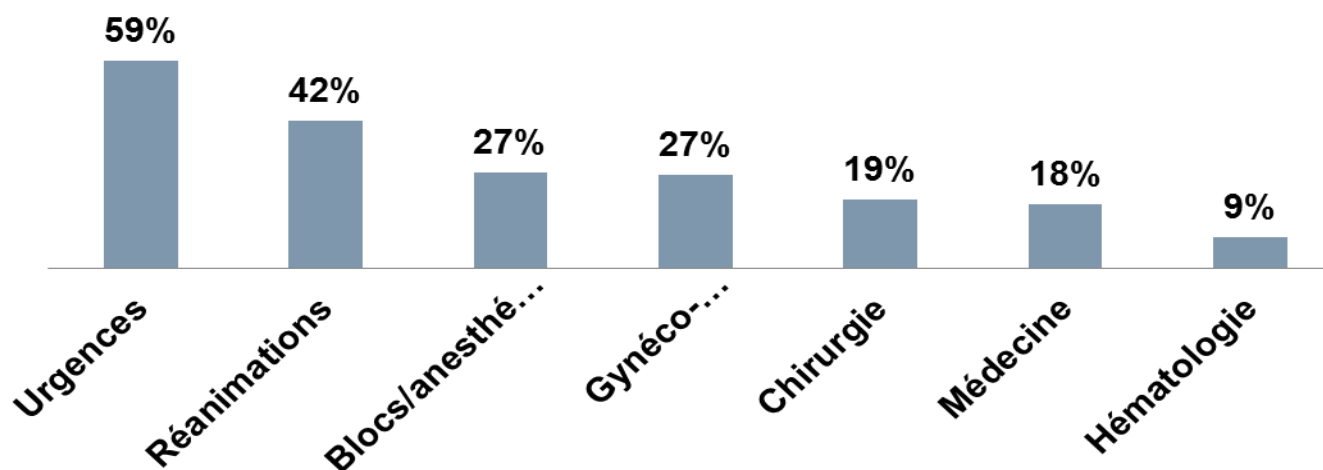


Indicateur : Taux de Transfusions nocturnes

↳ En fonction du secteur d'activité

- Secteur «blocs, réas, urgences, SI» : taux ~ 30 %
- Secteur «conventionnel» : taux à 17 % en 2015 en diminution depuis 2009
- Mais certains services conventionnels dépassent largement les taux de 25 %

↳ En fonction du type d'activité du service et pour chaque unité de soins



↳ En fonction de l'activité transfusionnelle en secteur « conventionnel »

- Les services peu ou très peu transfuseurs ont tendance à avoir un taux de transfusions nocturnes supérieur aux services transfuseurs (22 % vs 16 %)

Transfusions nocturnes : Conclusion

- **Ces indicateurs permettent**
 - de s'assurer de l'absence de dérive
 - de cibler les actions au niveau des services « conventionnels » avec un taux dépassant les 25 % ou certains peu transfuseurs....
 - Mais pas que....
- **Ils ont révélé** un taux de transfusions nocturnes de 59 % au Service d'Accueil des Urgences. Or ce service n'a pas que des transfusions «urgentes» à gérer....Et leur activité se répercute sur les services receveurs. Une analyse plus approfondie va être réalisée avec études de pertinence
- **Les autres actions restent indispensables**
 - Analyses des causes, études de pertinence
 - Sensibilisation permanente des prescripteurs

Non conformités des Prescriptions de PSL

- **Prescription médicale** : Toujours papier ! Erreurs de remplissage !
- **La plupart des médecins** n'utilisent pas la prescription informatisée en raison de l'absence d'interface ou d'envoi automatisé vers l'EFS
- **L'EFS nous extrait chaque année des données des non conformités saisies dans INLOG (Fiches de délivrance)**

9 types de non conformités

Bloquantes	Non bloquantes
<ul style="list-style-type: none">➤ Absence de signature du médecin➤ Problème Identité du patient➤ Type de qualification de PSL➤ Absence de Bilan IH	<ul style="list-style-type: none">➤ Nom du prescripteur➤ Service demandeur➤ Date➤ Numération plaquettaire /poids patient➤ Indication du plasma

Non conformités des Prescriptions : Suivi annuel

Taux annuel de non conformités (NC) = Nb NC/ Nb fiches de délivrance

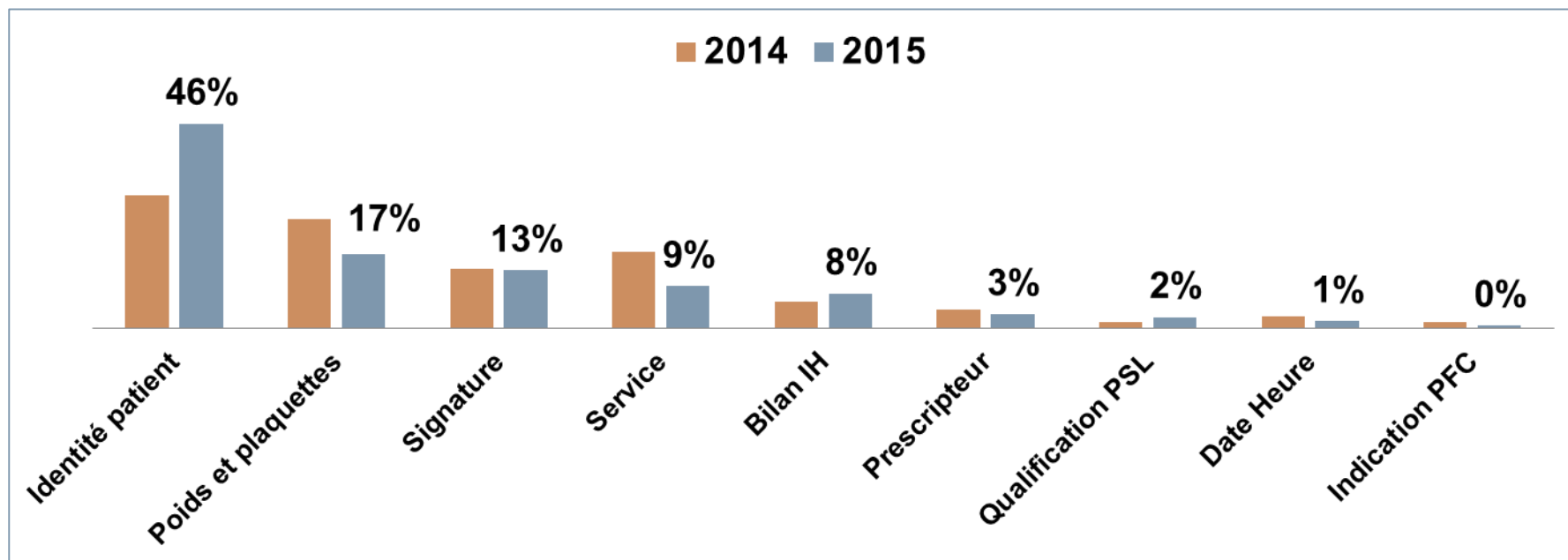
- Stable depuis 2 ans : 2,8 % en 2015

➤ Taux en fonction des services : Très variable que le service soit très transfuseur ou peu transfuseur

Répartition des NC en fonction du caractère « Bloquant ou non »

- 69 % de NC bloquantes en 2015 (vs 50 % en 2014)

Répartition des NC en fonction de leur type



Non conformités des prescriptions de PSL : Conclusion

A ce jour :

- Objectif atteint : avoir moins de 5 % de non conformités

Futur :

- La Prescription médicale informatisée
 - Item non ou mal rempli = bloquant
- Pour l'adhésion des prescripteurs : transfert informatique automatisé des prescriptions du CHU vers EFS lors de la commande des PSL

Transfusions en Urgence Vitale

Signalements réguliers de l'EFS concernant des incohérences :

- Des demandes de PSL en UVI mais des retraits à l'EFS très à distance de la demande
- Des demandes en UV30 mais des retraits pneumatiques quasi immédiats

Mise en place d'indicateurs

↳ d'ordre général – Etat des lieux annuel : Taux de délivrances en UV ou UVI

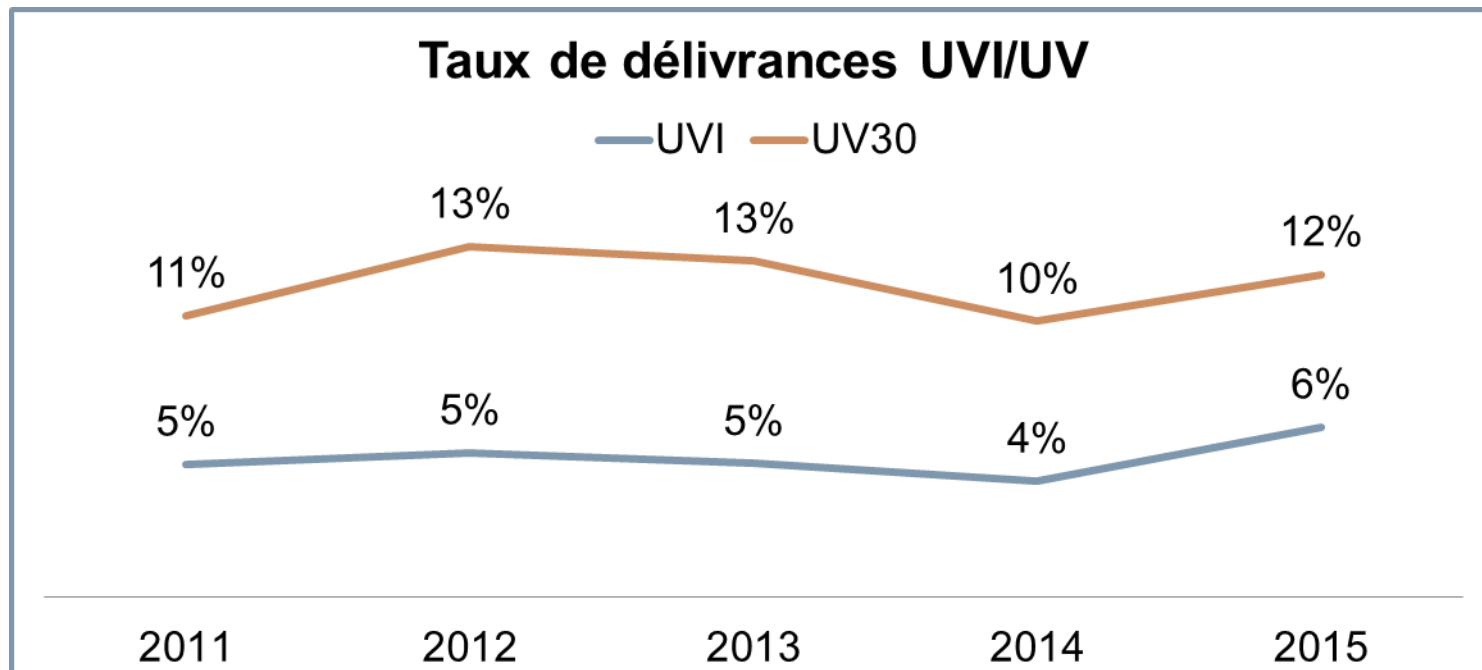
- Nb délivrance en UV ou UVI / Nb total de délivrances
- Données EFS / données CHU

↳ Taux de non conformité des délais de transfusion en UVI et UV30

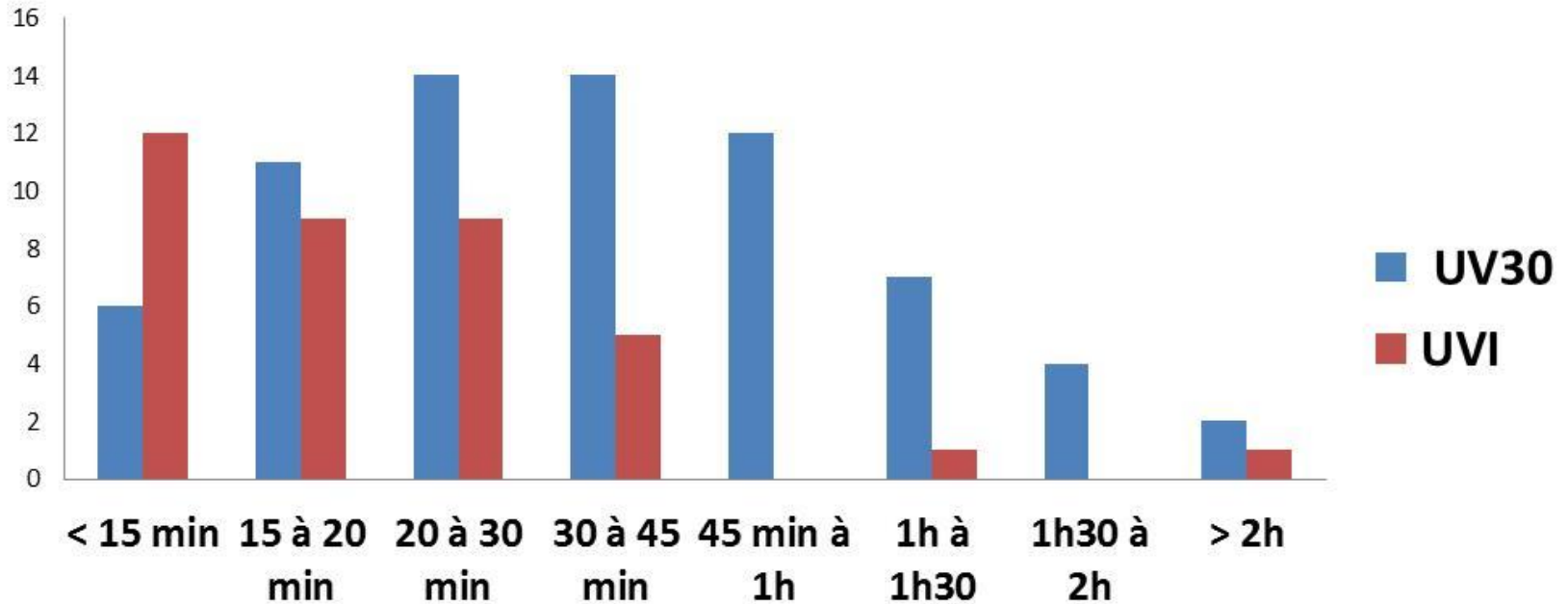
- Etude rétrospective en 2015 sur 13 jours :
 - 70 patients / 18 services / 108 prescriptions
 - 37 en UVI (34%) et 71 en UV30 (66%)

Transfusions en Urgence Vitale : Suivi annuel

- ↳ Répartition des délivrances en UVI / UV : 30 % versus 70 %
- ↳ Taux de délivrances en UVI/UV stable avec en moyenne sur 5 ans :
 - 5 % en UVI et 12% en UV30



Délais entre arrivée du fax de la Prescription à l'EFS et la Transfusion



UVI Délai Médian : 19 mn (3mn-2h24)

≤ 20 min dans 66 % des UVI

≤ **30 min dans 80 % des UVI**

➤ **Avec 20% des UVI > 30 min**

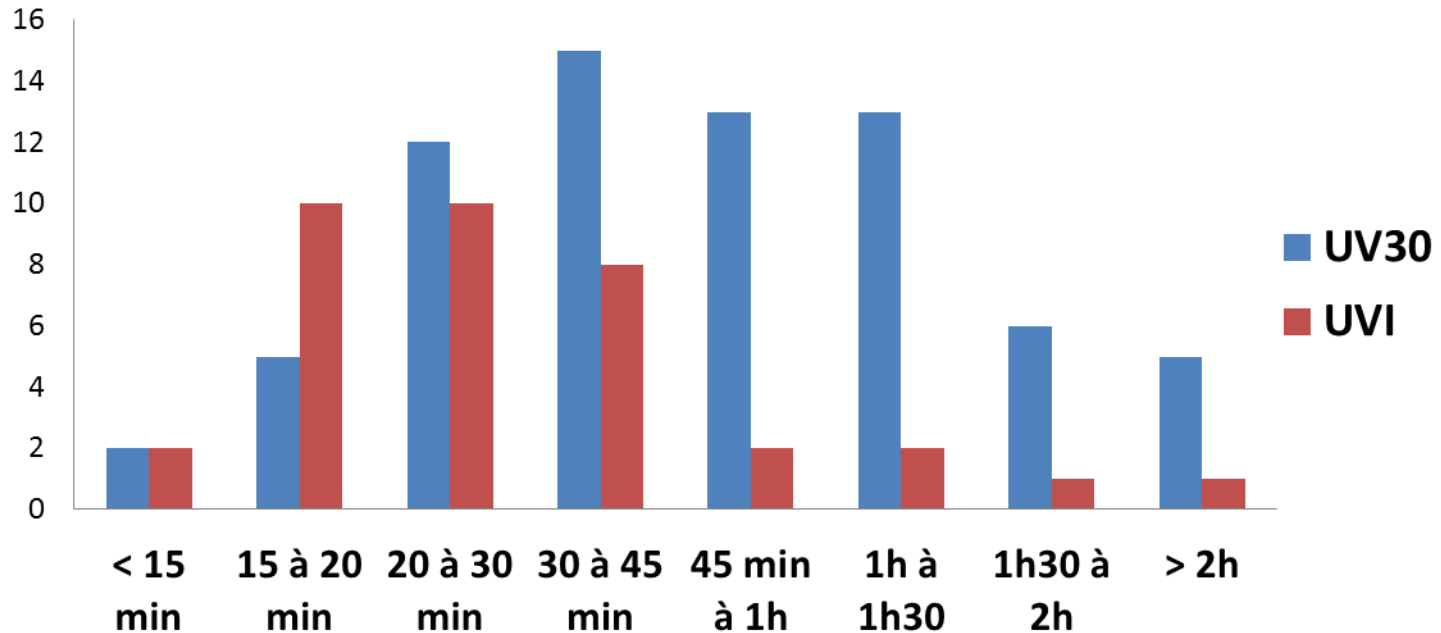
UV30 Délai Médian : 31 mn (7 mn-2h57)

≤ 30 min dans 44 %

≤ 45 min dans 73% des UV30

> **Avec 20% des UV30 > 1 heure**

Délais de la Prescription à la Transfusion



UVI Délai Médian: 27 mn (5mn-2h35)

≤ 20 min dans 32 % des UVI

≤ 30 min dans 60 % des UVI

➤ Avec 40% des UVI > 30 min

UV30 Délai Médian : 50 mn (12 mn-2h40)

≤ 30 min dans 27 % des UV30

≤ 45 min dans 48 % des UV30

➤ Avec 31% des UV30 > 1 heure

Transfusions en Urgence Vitale

- Taux de délivrances en UVI/UV stable avec en moyenne sur 5 ans
- Analyse de la pertinence de la prescription en UV par l'étude des délais difficile, en rétrospectif : plusieurs acteurs (médecins / soignants / EFS / logistique) et un parcours patient parfois complexe
- Dans les unités de soins, les délais ne sont pas toujours respectés
- Interprétation différente du délai selon l'EFS ou le médecin
 - ↳ La frontière UVI/UV30 ne semble pas toujours « cliniquement » significative pour l'équipe médicale
 - ↳ Manque au médecin un temps intermédiaire entre UV30 et UV Relative (2 - 3 h)
- Objectif au moins : 0 % d'UVI > 30 min et 0 % des UV30 > 1 h
- Autres Actions : Sensibilisation des prescripteurs/soignants,

Transfusion de CPA pédiatriques

- Lors de la délivrance d'une poche de CPA pédiatrique par l'EFS, le volume de la poche est généralement supérieure au volume à transfuser en particulier en néonatalogie
- L'EFS de Dijon calcule le volume à transfuser en fonction de la posologie prescrite. Ce volume est saisi ou inscrit sur la fiche de délivrance.
- Suite à une erreur de calcul du volume à transfuser par l'EFS et non détectée par l'IDE, **une étude** a été initiée sur 2 mois en 2015 chez les enfants de moins de 4 ans
- **Population**
 - 9 patients avec âge médian de 7 mois et 26 j
 - 55 transfusions de CPA dont 24 chez des enfants de moins d'1 mois
 - Poches délivrées : 50 à 200 ml et 0,6 à 2×10^{11} plaquettes

Résultats de l'évaluation

Toutes les posologies prescrites étaient entre 0.1 et 0.2 10^{11} pla/kg

Taux de non conformité des volumes calculés par l'EFS sur les FD

- 12,7 % des cas avec volume $\geq \pm 20$ % valeur théorique (- 65 à 100 %)
- Doses : 0.07 et 0.2 10^{11} pla/kg
- Aucun volume à transfuser ne dépassait 20 ml/kg (maxi: 18.8)
- Anomalies de calcul chez les enfants < 1 mois plus fréquentes : 20,8 % vs 6,5 %

Par ailleurs, il est apparu

- Que l'IDE ne trace pas toujours le volume transfusé et ne fait pas systématiquement le contrôle du volume à transfuser par rapport à la prescription

Rappel : Doses et volumes de plaquettes à transfuser définies par l'HAS

- ✓ Néonatalogie : 0,1 à 0,2 10^{11} plaquettes/kg soit 15 ml/kg sans dépasser 20 ml/kg
- ✓ Adulte : 0,5 à 0,7 10^{11} plaquettes/10 kgs (jeune enfant : fourchette haute)

Transfusion de CPA pédiatriques

Actions entreprises

EFS : Sensibilisation des techniciens

CHU : services de néonatalogie

- Information et Formation spécifique pédiatrie (simulation)
- Procédures spécifiques pédiatriques mises à jour (reco HAS)

Evaluation : 1 fois par an

Objectif fixé chez le nouveau-né :

- Volume à transfuser vérifié et tracé par l'IDE
- Pas de volume > 15-20 ml/kg

Conclusion

- **La Qualité est difficile à mesurer :**
 - Ce sont surtout les « non qualités » qui sont visibles
- **Les indicateurs choisis doivent être faciles à établir et à exploiter , ciblés sur :**
 - les performances essentielles à surveiller : détecter des dérives
 - les points à améliorer : C'est le problème rencontré qui fixe l'indicateur utile. Dans ce cas, l'indicateur pourra être supprimé une fois la situation rétablie
- **Les indicateurs peuvent évoluer** en fonction des besoins, des problèmes, des priorités, des possibilités informatiques
- **Associés aux autres évaluations** : audit, évaluation de pertinence, analyses de causes pour mieux cibler les actions d'améliorations
- **Difficultés et limites rencontrées en Hémovigilance**
 - Données non informatisées Côté ES (Prescriptions médicales)
 - Certaines données proviennent de l'EFS
 - Pas de requête automatisée (base excel) - pb de moyen, priorité...



Remerciements

C. ROUX, IDE Hémovigilance

B. HUET, A. FOREY, Externes en pharmacie

EFS Site de DIJON

Merci de votre attention