



RÉQUA

Réseau Qualité des établissements  
de santé de Franche - Comté



*Liberté • Égalité • Fraternité*

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DIRECTION REGIONALE  
DES AFFAIRES  
SANITAIRES ET SOCIALES  
FRANCHE-COMTE

# Pratiques de prescription des concentrés de globules rouges (CGR)

Évaluation des pratiques professionnelles  
Groupe de travail régional DRASS Hémovigilance – RéQua

Dr V. Daucourt – Dr A. Delbosc

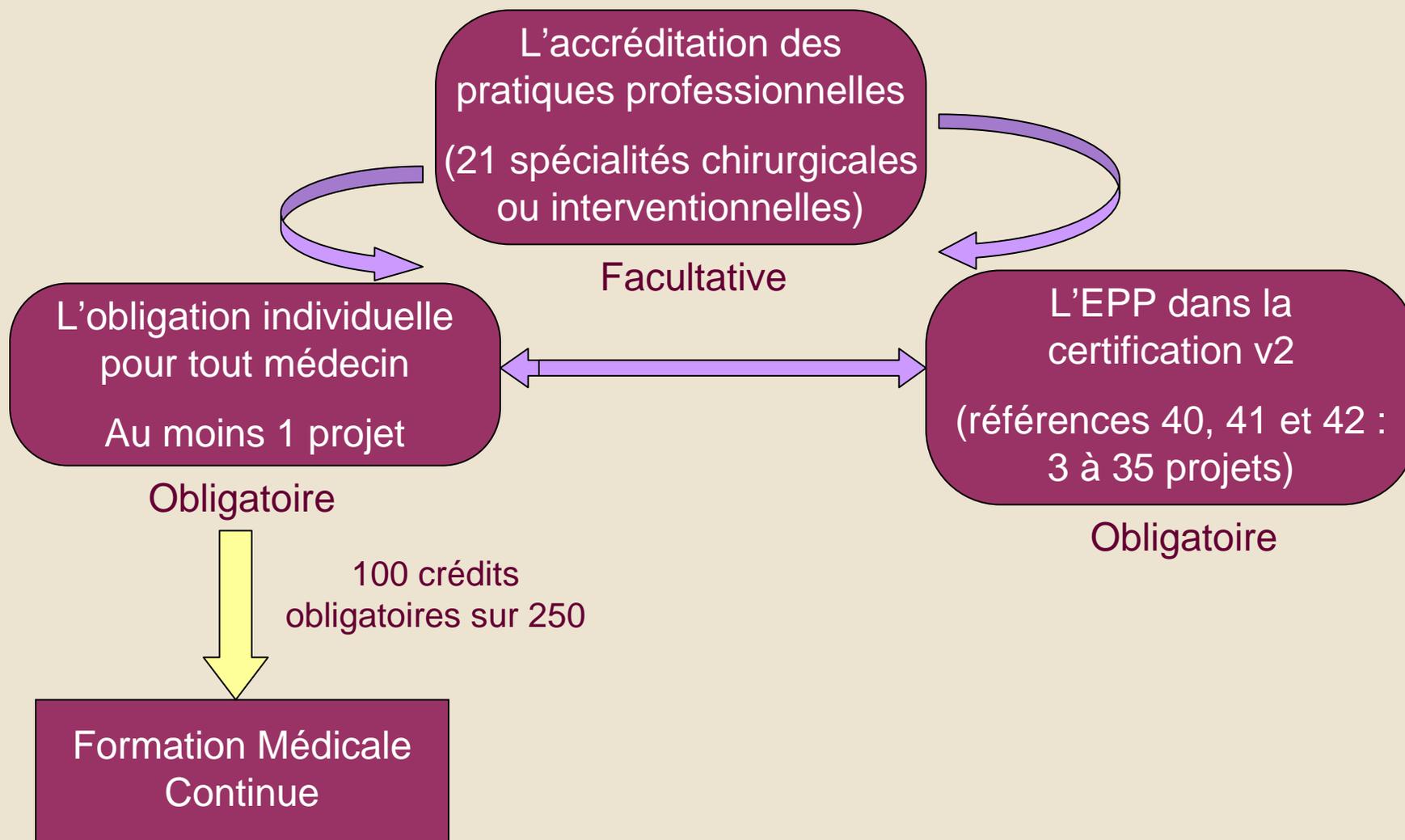


## Définition

- Analyse de la pratique professionnelle
  - destinée à identifier des écarts
  - en référence à des recommandations (pratique considérée comme optimale : CC, RPC...)
- Selon une méthode validée comportant
  - une mesure
  - l'analyse des écarts
  - la mise en oeuvre d'actions d'amélioration des pratiques
  - et le suivi de ces actions (efficacité)



## EPP en établissement de santé





## Méthodes : 4 types d'approche

- Approche par comparaison
    - Comparer la pratique réelle à la pratique idéale (référentiel)
  - Approche par processus
    - Optimiser ou améliorer une prise en charge ou un processus donné
  - Approche par problèmes
    - Analyser et traiter un dysfonctionnement, des événements indésirables
  - Approche par indicateur
    - Surveiller un phénomène important et réagir en fonction du résultat
- Audit clinique  
Revue de pertinence des soins
- Analyse de processus  
Chemin clinique
- Méthode de résolution de problème  
Méthode d'analyse des causes  
Revue de mortalité-morbidité
- Mise en place d'indicateurs  
Maîtrise statistique des processus



## Les étapes communes à toute EPP

- Choix de la thématique
- Choix du texte définissant la pratique de référence
- Choix de la méthode d'évaluation
- Identification des écarts entre la pratique et le texte de référence
- Analyse des causes des écarts
- Mise en œuvre d'un plan d'amélioration pour réduire ces écarts
- Mise en œuvre d'un suivi avec mesure et maintien des résultats (indicateurs)



## Choix de la prescription des CGR

- Justification
  - Recommandations existantes
  - Situation clinique fréquente en Franche-Comté
    - 44 000 PSL transfusés chaque année (CGR +++)
    - 8 000 patients
    - 25 établissements transfuseurs
  - Situation à risque
    - Incidents peu fréquents mais graves (6,0 pour 1 000 PSL en FC)



## Choix de la prescription des CGR

- Justification
  - Améliorations possibles
    - Connaissances médicales (Gouezec 2007)
    - Justification de la prescription : carences dans 50% des dossiers (Friedman 2006)
    - Éléments du dossier transfusionnel (Ingrand 1998, Saillour 2004)
    - Information et suivi du patient (Fialon 2002)
  - Complément logique du travail régional sur les pratiques de l'acte transfusionnel



## Objectifs de l'évaluation

- Objectif
  - Améliorer les pratiques de prescription de concentrés de globules rouges
    - Traçabilité de la justification de la prescription ( $\neq$  pertinence)
    - Traçabilité des éléments réglementaires
    - Délai d'administration des produits commandés en urgence
    - Information et suivi du patient



RÉQUA



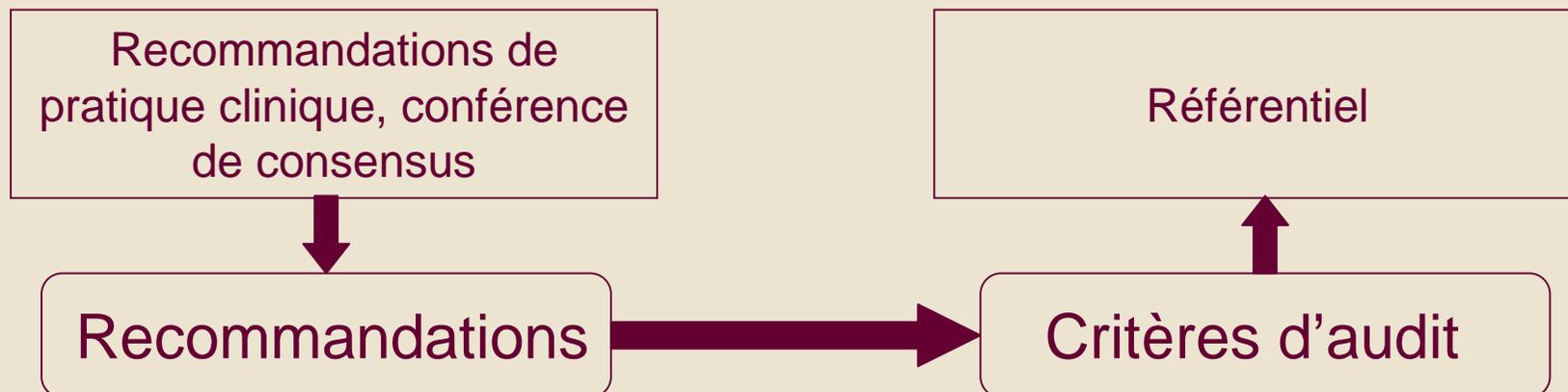
## Établissements RéQua participant

- Centre Hospitalier, Belfort-Montbéliard
- Centre Hospitalier, Champagnole
- Centre Hospitalier, Dole
- Centre Hospitalier, Gray
- Centre Hospitalier, Saint-Claude
- CHI Haute-Saône, Vesoul
- Centre Hospitalier Universitaire, Besançon
- Centre de Soins Les Tilleroyes, Besançon
- Polyclinique de Franche-Comté , Besançon



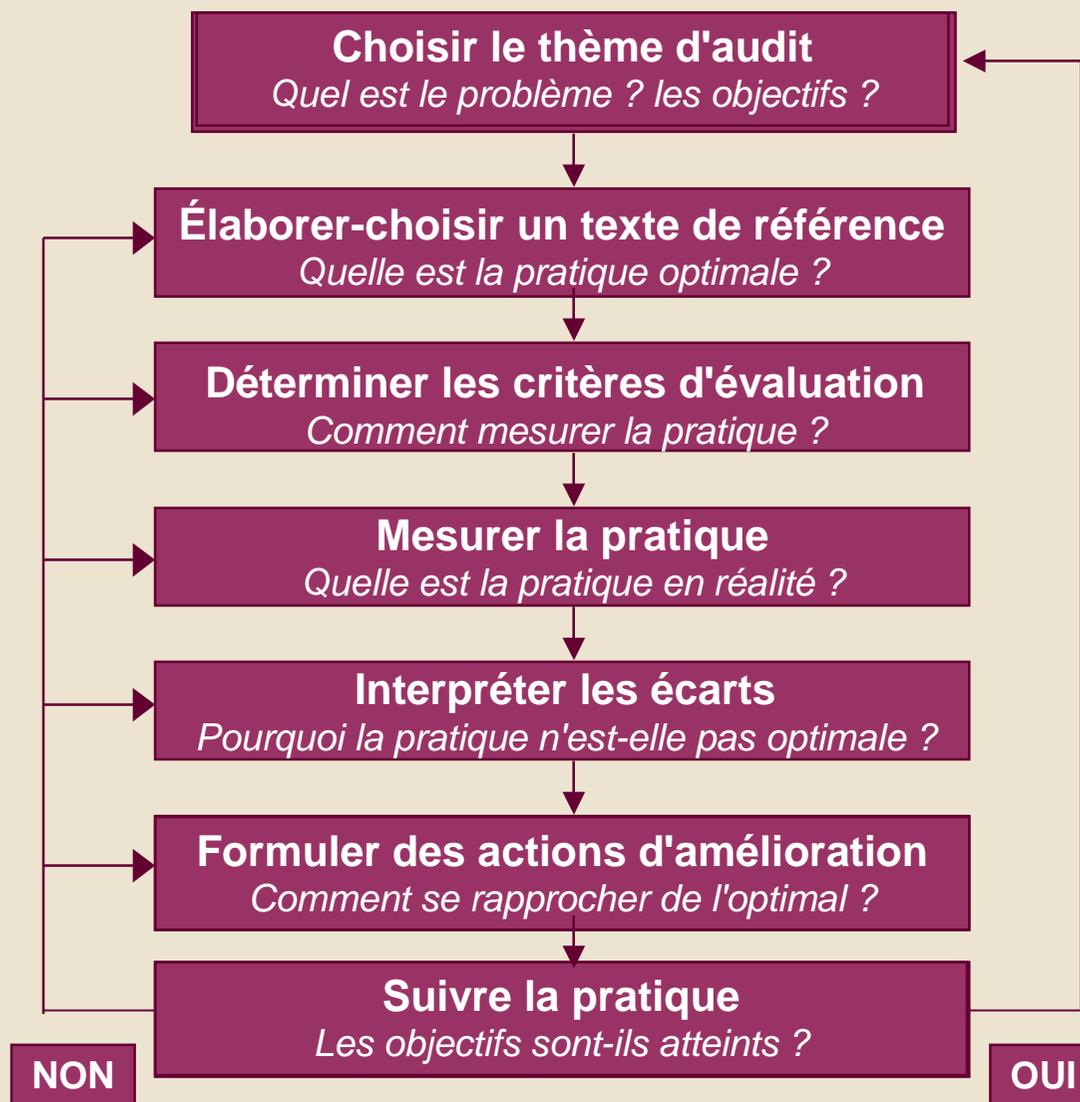
# Méthode d'EPP retenue : audit clinique

- Définition ANAES
  - Méthode d'évaluation qui permet à l'aide de critères déterminés de comparer les pratiques de soins à des références admises, en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et des résultats de soins avec l'objectif de les améliorer





## Méthode d'EPP retenue : audit clinique





## Recommandations/référentiels utilisés

- SRLF. Transfusion érythrocytaire en réanimation (nouveau-né exclu). XXIIIème conférence de consensus, 23 octobre 2003, Paris
- SFAR. Les apports d'érythrocytes pour la compensation des pertes sanguines en chirurgie de l'adulte. Conférence de consensus, décembre 1993, Paris
- AFSSAPS. Transfusion de globules rouges homologues : produits, indications, alternatives. Recommandations, août 2002, Paris
- SFAR – HAS. Transfusion en anesthésie-réanimation. Référentiel de pratiques professionnelles. Juin 2005, Paris
- DRASS Franche-Comté-RéQua. Référentiel régional - Franche-Comté. Sécurité transfusionnelle et l'hémovigilance, Besançon, 2006



## Structures à mettre en place

- Comité de pilotage
  - Constitution
    - commission ou Conférence médicale d'établissement (CME) ou sous-commission en charge de l'EPP
    - CSTH
  - Missions
    - suivre l'avancement du projet
    - valider les actions à mettre en œuvre
    - juger de la possibilité de l'éventuelle attribution de moyens



## Structures à mettre en place

- Groupe de travail
  - Constitution
    - différents professionnels impliqués aux différentes étapes de la prise en charge : prescripteurs de CGR, cadres de santé, IDE, correspondant et référents en hémovigilance...
    - Responsable de projet : médecin
  - Missions
    - s'approprier la méthodologie et les outils de recueil retenus
    - mettre en œuvre l'évaluation (conduite de l'audit)
    - contribuer à l'analyse des résultats et à la définition et à la mise en œuvre d'actions d'amélioration



## Calendrier (exemple)

Action	Début	Fin	Qui ?
Information des instances	Mai 2008	Juin 2008	
Appropriation de la méthodologie par le groupe de travail	Mai 2008	Juin 2008	Aide DRASS RéQua
Appropriation des outils de recueil par le groupe de travail	Mai 2008	Juin 2008	Aide DRASS RéQua
Recueil des données	Juin 2008	Octobre 2008	
Saisie des données	Octobre 2008	Novembre 2008	
Analyse des données	Décembre 2008	Janvier 2009	DRASS- RéQua
Définition des actions d'amélioration par le groupe de travail	Janvier 2009	Mars 2009	Aide DRASS RéQua
Validation des actions d'amélioration par le comité de pilotage	Mars 2009	Mars 2009	
Mise en oeuvre des actions d'amélioration	Mars 2009	Juin 2009	
Nouvelle mesure (critères identiques ou indicateurs)	Décembre 2009	Janvier 2010	Aide DRASS RéQua



## Population

- Inclusions
  - services :
    - services d'hospitalisation de médecine et/ou chirurgie de l'établissement
    - services d'urgence
    - blocs opératoires
  - patients : patient ayant fait l'objet d'une prescription de CGR homologues
- Exclusions
  - services : pédiatrie, néo-natalogie, gynéco-obstétrique
  - patients : moins de 16 ans



## Type d'étude

- Revue de dossiers
  - Analyse rétrospective
  - Fiche de recueil spécifique
- Durée et période de recueil
  - Fonction du nombre de cas pris en charge
    - Année ou du semestre précédent
    - Tirage au sort ou exhaustivité (outil RéQua)



## Taille de l'échantillon

- Prise en compte
  - du recrutement
  - de la faisabilité (temps)
  - de la puissance statistique souhaitée
- Exemples
  - Taux observé de 60 % sur 30 patients : [41 - 77]
  - Taux observé de 60 % sur 100 patients : [50 - 70]
- Nombre conseillé : 100, ou exhaustivité



# Audit organisationnel

- Critères d'évaluation
  - Document écrit d'information du patient sur les risques liés à la transfusion
    - validé par le CSTH
  - Document écrit d'information post-transfusionnelle du patient
    - validé par le CSTH
  - Règles de prescription de RAI post-transfusionnelle définies (procédure écrite au sein de l'établissement)



## Audit clinique : critères d'évaluation

- Le dossier transfusionnel comporte la trace des transfusions précédentes
- Le dossier comporte la trace de l'information pré-transfusionnelle donnée au patient par le médecin (hors UV et UVI)
- Le dossier comporte la trace de la remise d'un document d'information pré-transfusionnelle au patient (hors UV et UVI)
- Les valeurs biologiques utiles à la décision transfusionnelle sont présentes dans le dossier
  - hémoglobine dans les 3 jours précédant la transfusion
  - hémoglobine entre J1 et J3 après la transfusion (ou prescription)



RÉQUA



# Audit clinique : critères d'évaluation

- Le dossier comporte la trace de la justification de la transfusion
- Le dossier transfusionnel comporte les éléments réglementaires pour la transfusion considérée
  - la prescription (nom et signature du médecin, date et heure)
  - la fiche de délivrance
  - la copie de la carte de groupe sanguin (hors UVI)
  - les résultats de la RAI pré-transfusionnelle (hors UV)
  - la prescription post-transfusionnelle de RAI
  - les résultats de la RAI post-transfusionnelle
  - la fiche d'incident transfusionnel renseignée (en cas d'incident)



RÉQUA



## Audit clinique : critères d'évaluation

- Les produits commandés en « urgence relative », « urgence vitale » et « urgence vitale immédiate » ont été transfusés dans les délais recommandés
- Le dossier porte la trace que les produits commandés ont été transfusés ou retournés
- Le dossier comporte la trace de la remise d'un document d'information post-transfusionnelle au patient



## Recueil des données

- Outils ?
  - Grille de recueil
  - Guide d'utilisation
- Par qui ?
  - Au moins un médecin
  - Si possible en binôme
  - Répartition des dossiers entre les différents médecins impliqués

Pertinence de la prescription de concentrés de globules rouges (CGR)

Caractéristiques du patient et du séjour

Etablissement : ..... Service : .....  
 Numéro patient : ..... Age : ..... ans Sexe :  H  F

Épisode transfusionnel (transfusion d'un ou plusieurs CGR issus d'une même prescription)  
 S'il s'agit d'un patient polytransfusé, analyser le dernier épisode transfusionnel en date

Quantité de CGR prescrits : ..... Quantité de CGR délivrés : .....  
 Quantité de CGR transfusés : ..... Quantité de CGR retournés : .....

Degré d'urgence de la prescription :

Urgence vitale immédiate  Urgence vitale  Urgence vitale relative  Programmée

date et heure de la prescription : le ...../...../..... à ..... h .....  
 date et heure de la délivrance : le ...../...../..... à ..... h .....  
 date et heure de l'administration : le ...../...../..... à ..... h .....

Première transfusion du patient dans l'établissement:  Non  Oui  
 Si oui, date d'ouverture du dossier transfusionnel : ...../...../.....  
 Si non, présence dans le dossier transfusionnel :  des traces de transfusions précédentes  
 des prescriptions correspondantes

Motif de la transfusion :

Anémie aiguë post-op  Anémie aiguë autre  Anémie chronique  Autre : .....

Présence dans le dossier (DP : dossier patient - DT : dossier transfusionnel) :

- d'un raisonnement écrit justifiant la transfusion  Non  DP  DT  
 - du taux d'Hb avant transfusion  Non  DP  DT ..... g/dL  
 - du taux d'Hb entre J1 et J3 après transfusion  Non  DP  DT ..... g/dL

Présence dans le dossier transfusionnel :

- prescription (nom et signature du médecin, horodatage)  Non  Oui  
 - fiche de délivrance  Non  Oui  
 - copie de la carte de groupe sanguin  Non  Oui  NA  
 - résultats de la RAI pré-transfusionnelle  Non  Oui  NA  
 - fiche d'incident transfusionnel renseignée (le cas échéant)  Non  Oui  NA

Traçabilité dans le dossier de l'information et du suivi du patient

Information pré-transfusionnelle orale par médecin  Non  DP  DT  NA  
 Information pré-transfusionnelle orale par IDE  Non  DP  DT  NA  
 Information pré-transfusionnelle écrite  Non  DP  DT  NA  
 Information post-transfusionnelle écrite  Non  DP  DT  NA  
 Prescription de la RAI post-transfusionnelle  Non  DP  DT  
 Résultats de la RAI post-transfusionnelle  Non  DP  DT

Référentiel d'EPP DRASS Franche-Comté - RéQua page 13



## Saisie et analyse des résultats

- Saisie
  - Par l'établissement
  - Avec masque de saisie fourni par le RéQua
- Analyse des données
  - Aide du RéQua (fichier Excel ou à partir du fichier transmis par l'établissement)
  - Résultats fournis
    - Description de l'échantillon
    - Taux de conformité aux différents critères
    - Comparaison à la valeur moyenne des établissements ?



## Définition des actions d'amélioration

- Par le groupe de travail, avec aide DRASS-RéQua
  - Réunion « régionale »
- Plan d'actions
  - Nomination d'un responsable
  - Résultats attendus
  - Professionnels concernés et les modalités d'information
  - Calendrier prévisionnel de la mise en œuvre



RÉQUA



## Mesures de suivi

- Nouvelle mesure après mise en œuvre du plan d'actions (problème du recueil rétrospectif)
  - À partir du même référentiel
  - Sur des indicateurs définis par le groupe de travail (au vu des premiers résultats et du plan d'actions)



## Communication

- Avant le lancement
  - Instances concernées (CSTH, CME, CSIRMT...)
- Après l'audit
  - Professionnels des services concernés
  - Instances concernées
  - Sous-commission de la CME (validation EPP)
  - Patients ?



## Validation de l'EPP

- Par le RéQua (OA) à la fin du projet
- Conditions
  - Participation au groupe de travail
  - Participation au recueil de données
  - Participation à l'analyse des résultats et à la définition des actions d'amélioration
  - Participation à la mise en œuvre des actions d'amélioration
- Fiche de validation
  - Partie collective (responsable de projet)
  - Partie individuelle (par médecin impliqué)



## Validation de l'EPP

Validation des actions d'évaluation des pratiques professionnelles	
<b>Identification (à remplir par le médecin responsable)</b>	
Etablissement : .....	
Nom de l'action d'EPP : .....	
Démarche réalisée dans le cadre de la certification : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Médecin responsable de l'action d'EPP :	
Nom et prénom : .....	
Service : .....	
Téléphone : .....	
Mail : .....	
Liste des médecins engagés dans le projet (et service à préciser si plusieurs engagés) : .....	
Liste des autres professionnels (et métier) engagés dans le projet, le cas échéant : .....	
<b>Description (à remplir par le médecin responsable)</b>	
Titre du thème choisi (fréquence, marge de amélioration, faisabilité des actions) : .....	
Cronogramme général (dates des différentes étapes) : .....	
Méthodes de recueil et d'analyse :	
Méthode choisie : <input type="checkbox"/> Audit <input type="checkbox"/> Analyse de processus <input type="checkbox"/> Chemin clinique <input type="checkbox"/> R.A.M.A. <input type="checkbox"/> Rqy. Pertinences <input type="checkbox"/> Indicateurs <input type="checkbox"/> Autre : .....	
Analyse : <input type="checkbox"/> Collective <input type="checkbox"/> Individuelle	
Grouping : <input type="checkbox"/> Collectif <input type="checkbox"/> Individuel	
Sources/Recommandations utilisées (origine, date, niveau de preuve, diffusion) : .....	
Résultats obtenus : .....	
Outils : .....	
A améliorer : .....	
Niveau de amélioration des pratiques : .....	
Mesures préventives envisagées : .....	
Modes de communications (interne ou externe) : .....	
Lien avec le programme institutionnel : .....	
<b>Engagement individuel (à remplir personnellement pour chaque médecin engagé dans le projet)</b>	
Nom : .....	
Prénom : .....	
Mail : .....	
Rôle personnel : .....	
Commentaires : .....	
<input type="checkbox"/> de la démarche <input type="checkbox"/> du projet <input type="checkbox"/> des données <input type="checkbox"/> des données <input type="checkbox"/> des actions de amélioration <input type="checkbox"/> des actions de amélioration	
du programme : de la amélioration des pratiques professionnelles : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <small>Nul Faible Moyen Bon Très bon</small>	
de la amélioration des pratiques professionnelles : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <small>Nul Faible Moyen Bon Très bon</small>	
d'utilité pour le patient : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <small>Nul Faible Moyen Bon Très bon</small>	
Points de satisfaction : .....	
Principales difficultés rencontrées : .....	
Proposition de améliorations de la méthode utilisée : .....	