



Transfusion en HAD

Comment concilier bénéfice
pour le patient et exigences de
sécurité transfusionnelle

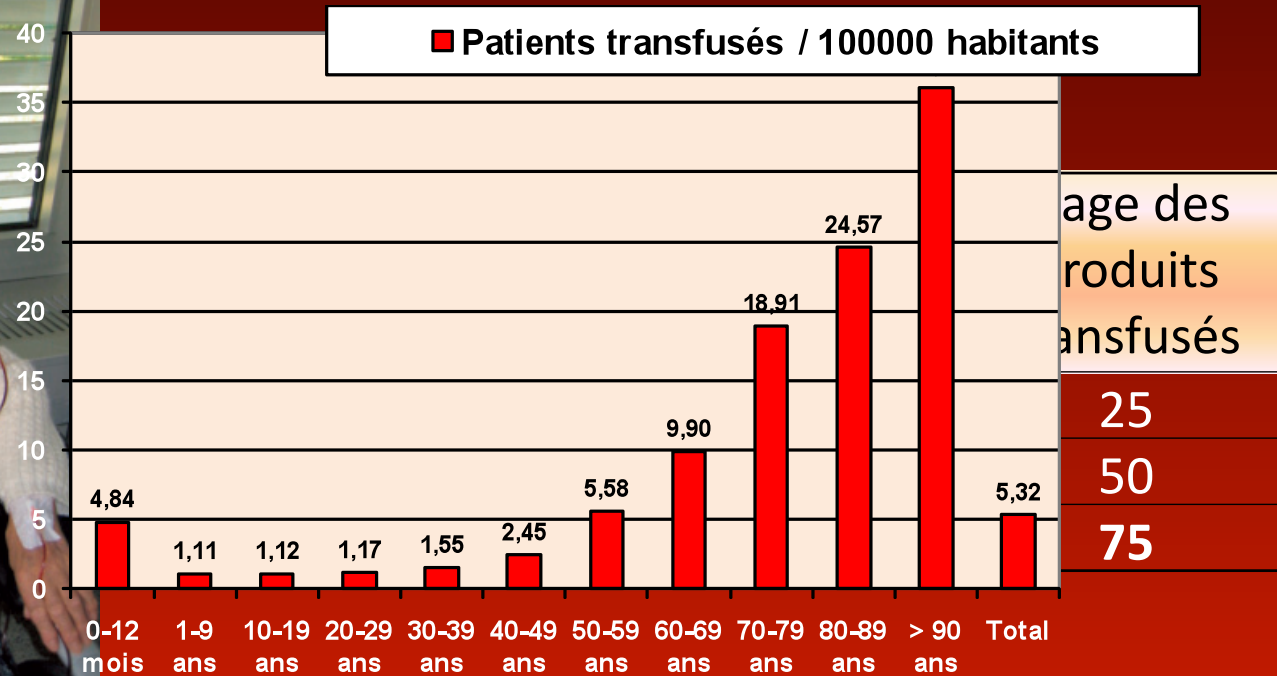
M. CARLIER, CRH Champagne Ardenne

Groupe Recherche et Démarche qualité


EN PREAMBULE



2030 : 28% de la population aura plus de 65 ans



OBJECTIFS PEDAGOGIQUES

- 
- Rappeler la réglementation en sécurité transfusionnelle
 - Expliquer les bases réglementaires, le fonctionnement de l' HAD et son évolution à terme.
 - Envisager une organisation optimale pour favoriser l'acte transfusionnel en HAD

ETAT DES LIEUX



- Législation : sécurité transfusionnelle / HAD
- Les structures HAD :
 Organisation générale
 Expériences en cours

LEGISLATION



- Circulaire DGS/DHOS/AFSSaPS 15/12/2003 : acte transfusionnel :

à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment

- Circulaire DGS/DHOS/AFSSaPS 15/12/2003 15/12/2003 : recommandations sur CAT en cas de Suspicion d'ITCB :

- *acte thérapeutique délégué sous responsabilité médicale*
- *prescripteur doit pouvoir intervenir immédiatement auprès du patient*
- *s'il s'absente, doit prévenir le médecin de garde*
- *surveillance continue 15mn puis adaptée*

LEGISLATION



- Décret 2004-802 du 29/7/2004 : compétences infirmier
 - *habilité à accomplir sur prescription médicale écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, les actes et soins suivants, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment :*
 - Injections et perfusions de produits d'origine humaine nécessitant, préalablement à leur réalisation, lorsque le produit l'exige, un contrôle d'identité et de compatibilité obligatoire effectué par l'infirmier ou l'infirmière*

LEGISLATION



- Loi Hospitalière du 31/12/1970 : *Les services des centres hospitaliers peuvent se prolonger à domicile, sous réserve du consentement du malade ou de sa famille, pour continuer le traitement avec le concours du médecin traitant*
- Loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière *reconnaissant l'Hospitalisation à Domicile comme une alternative à part entière à l'hospitalisation traditionnelle*
- Décret 92-1101 du 2/10/1992 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation
- Décret 92-1102 du 2/10/1992 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des structures de soins.

LEGISLATION



- Circulaire 30/5/2000 :
 - *malade atteint de pathologie grave, aiguë ou chronique, évolutive et/ou instable, qui, en l'absence d'HAD serait hospitalisé*
 - soins complexes, formalisés dans un projet thérapeutique clinique et psychosocial
 - *souhaitable d'organiser une permanence téléphonique 24H/24 avec une équipe formée aux soins palliatifs*

LEGISLATION



- Annexe du 11/12/2000 à la circulaire du 30/5/2000 : 19 modes de prise en charge, dont la transfusion :
 - *La transfusion sanguine est assurée directement, selon les lieux, par l'équipe médico-soignante de l'HAD ou en partenariat direct avec l'EFS. Cette prise en charge comporte la prescription médicale, le rôle infirmier dans la transfusion sanguine et la surveillance des incidents et accidents*
 - *Associé à un autre mode de prise en charge, ou Karnofsky 50 %*
 - *Soins ponctuels OU soins continus si :*
 - *associés à au moins deux autres modes de prise en charge*
 - *- et/ou Karnofsky 50 %*

LEGISLATION



- Circulaire 1/12/2006 :
 - *caractère polyvalent, généraliste,*
 - *régime autorisation,*
 - *obligations,*
 - *rôle des acteurs,*
 - *position dans l'offre de soins.*
 - *Rémunération/T2A : forfait journalier selon soins*
- 2006 : pédiatrie-périnatal
- 2007 : EHPA

LEGISLATION



- Loi 4 mars 2002 relative aux droits des usagers de la santé :
 - *L'information porte sur les... traitements ... proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus*
 - *L'information doit permettre au patient de contrôler, préparer et conserver une certaine maîtrise des soins via une discussion approfondie avec le médecin ou l'équipe*
 - *L'information doit permettre au patient de mieux connaître les phases de la maladie et/ou de ses complications et de déterminer en conséquence les traitements qui peuvent être mis en œuvre et ceux qu'il ne souhaite pas être mis en place ou interrompus.*

LEGISLATION



- Loi 2005-370 du 22/4/2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (Léonetti) : *Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté. Ces actes ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable.*

LEGISLATION



- Loi 2005-370 du 22/4/2005 :

Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage.

LEGISLATION



- Loi 2005-370 du 22/4/2005 : *Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus.*
- *Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.*

LEGISLATION



- Loi 2005-370 du 22/4/2005 : *Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre tout traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en oeuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Il peut faire appel à un autre membre du corps médical. Dans tous les cas, le malade doit réitérer sa décision après un délai raisonnable. Celle-ci est inscrite dans son dossier médical. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10.*

LEGISLATION



- Loi 2005-370 du 22/4/2005 :

Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, décide de limiter ou d'arrêter tout traitement, le médecin respecte sa volonté après l'avoir informée des conséquences de son choix. La décision du malade est inscrite dans son dossier médical.

STRUCTURE

données FNEHAD



1790 : La Rochefoucault-Liancourt
1957 : APHP
2008 : 9500 places
2010 : 15000 places



647 770 J. Hospit.

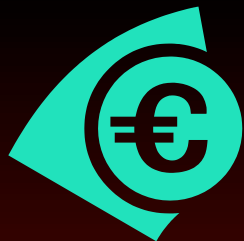
794 962 J. Hospit.

IDE
Sages femmes
Puéricultrices
Kiné
Psychologue...

851 344 J. Hospit.

135 413 J. Hospit.

19% séjours : cancéro
15% séjours : soins palliatifs



0,7 % dépenses
hospitalières

L'hospitalisation à domicile,
une prise en charge qui s'adresse à tous les patients

Exploitation des données du PMSI HAD 2006

Anissa Afrite*, Mylène Chalot*, Laure Corn-Ruellet*, Héliane Valdellèvre*

Modes de prise en charge principaux appliqués à l'admission en HAD

	Séjours		Journées	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Périnatalité	19 073	22,4	144 708	6,8
Soins techniques de cancérologie	16 142	19,0	137 398	6,5
Soins palliatifs	12 428	14,6	417 549	19,7
Assistance respiratoire ou nutritionnelle	7 160	8,4	341 670	16,2
Traitement intraveineux	6 628	7,8	100 315	4,7
Pansements complexes et soins spécifiques	6 167	7,3	389 123	18,4
Rééducation-réadaptation-éducation	3 174	3,7	130 764	6,2
Soins de <i>nursing lourds</i>	2 936	3,5	195 992	9,3
Autres motifs	11 275	13,3	257 082	12,2
Transfusion sanguine	212	0,2	382	0,0

ACTIVITE

données FNEHAD 2008



Evolution répartition des journées



par mode de prise en charge principal entre 2006 et 2008 : *Source : Tableaux MAT2A 2008 – ATIH*

Mode de prise en charge principal	2006		2007		2008	
	Journées	poids relatif	Journées	poids relatif	Journées	poids relatif
04-soins palliatifs	427 465	21,94%	536 307	22,54%	658 231	23,70%
18 - transfusion sanguine	428	0,02%	590	0,02%	618	0,02%

ACTIVITE

données FNEHAD



Evolution répartition des séjours



par mode de prise en charge principal entre 2006 et 2008 principal entre 2006 et 2008 : Source : Tableaux MAT2A 2008 – ATIH

Mode de prise en charge principal	2006		2007		2008	
	Journées	poids relatif	Journées	poids relatif	Journées	poids relatif
04-soins palliatifs	14 321	16,67%	17 829	17,62%	21 689	18,06%
18 - transfusion sanguine	234	0,27%	277	0,27%	263	0,22%

ACTIVITE

données FNEHAD 2008



La transfusion en HAD est une activité presque symbolique avec à peine 618 journées réalisées pour 263 séjours en 2008.

22 établissements (9,4%) déclarent avoir eu recours à ce mode de prise en charge principalement pour des syndromes myélodysplasiques (20%), alors **qu'elle représente 2,5% de la valorisation brute**

Quel intérêt ?



Expérience du CH de
CHAMBERY

Autres

Avantages

CH CHAMBERY



- 2006 : procédure acte transfusionnel en HAD, formation équipes
- 2007 : approbation par pôle de cancérologie, direction de soins, commission de soins et CSTH
- Modalités : patient et entourage consentants, informés, MT OK, pas d'atcd EIR transfusionnel

CH CHAMBERY



- Indication et suivi de la Tf, prise en charge si EIR par le médecin de l'HAD (délai PEC 20mn)
- IDE sur place tout au long de l'acte Tf
- 2009 : 3tf de 2CE à 3 patients : pas d'EIR, pas de pb patient/équipe, qualité surveillance accrue par présence IDE tout le long de l'acte transfusionnel

CH CHAMBERY





MAIS

juillet 2009, réticence DSI du fait
de l'absence de médecin pendant
l'acte transfusionnel

LES EXPERIENCES



- Nord Pas de Calais
- Rhône Alpes : ? 
- Ile de France : 
- Champagne Ardenne ?

22 ES en 2009 ??

AVANTAGES



- Confort patient ; Loi Léonetti
- Coût : IRDES 2/2007 :
 - SSR : 263 €
 - HAD : 169 €
- Rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie sur l'efficience de l'hôpital (juin 2009)
 - coût moyen d'une journée d'hospitalisation conventionnelle $\approx 703\text{€}$: 3,5 fois le coût moyen d'une journée d'HAD

AVANTAGES



- Transfert de compétences +++ :
adaptation face à la pénurie médicale : loi
26/7/2005 relative au développement des
services à la personne

RISQUES



LE PATIENT
Loi Léonetti



LE SYSTÈME
DE SOINS

Décret 29/7/2004

Décret 25/6/2004

RISQUES *Amalberti*

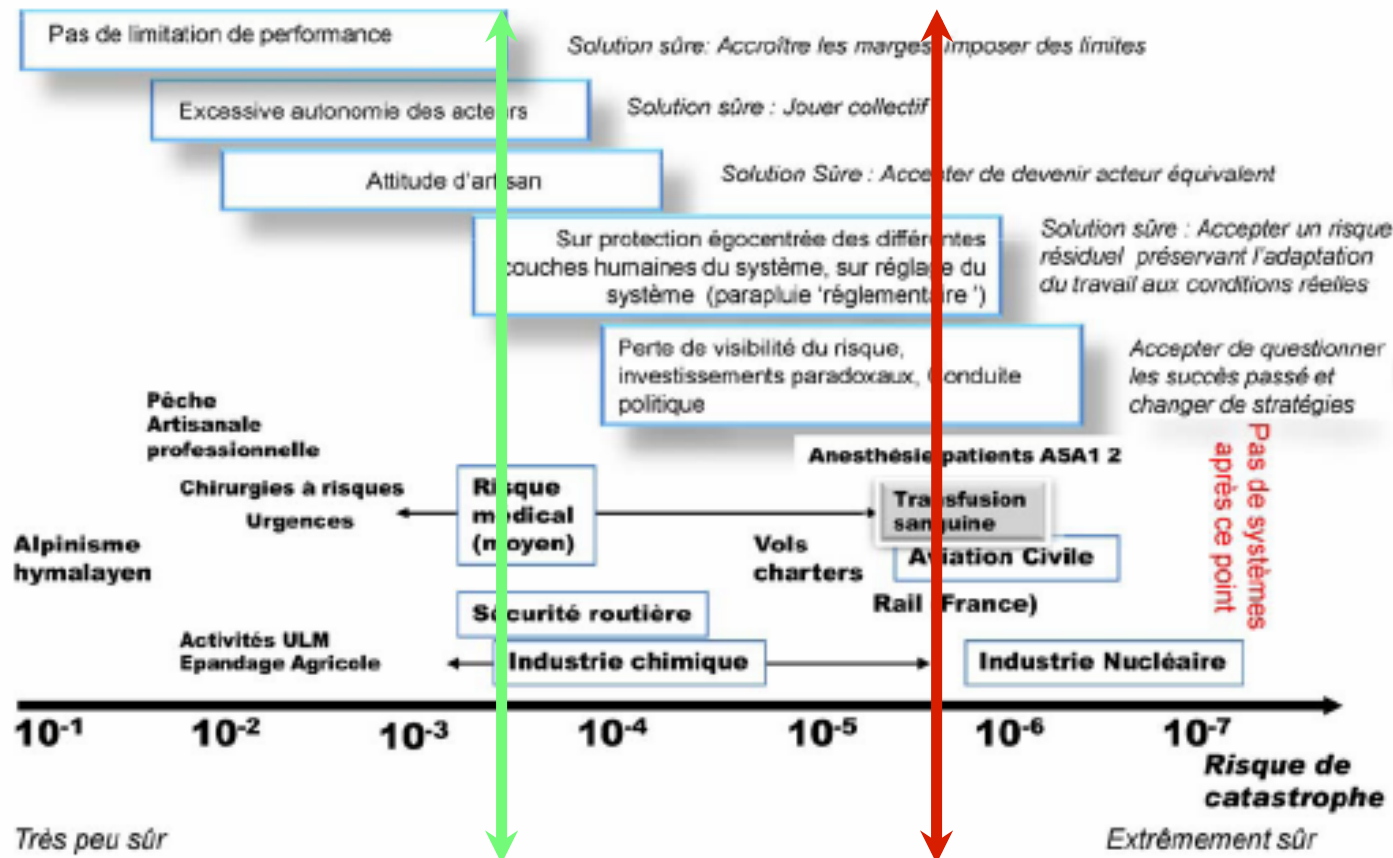
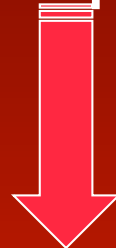


Fig. 3. L'évolution vers les systèmes ultrasûrs [4]. La figure montre le risque comparé de plusieurs activités professionnelles humaines avec cinq barrières qui expliquent, quand elles ne sont pas franchies, une impossibilité de progresser en matière de sécurité. Compte tenu de sa position son excellente position sur l'échelle comparée, la transfusion sanguine est surtout concernée par deux dernières barrières.

ORGANISATION OPTIMALE



SROS II, plan hôpital 2007, HPST



montée en charge du système

Optimisation :



- Adaptations locales : MT, contrat+++
- CNAM
- SFTS : juristes...



MERCI

À vous

Aux membres du groupe RDQ

Au Dr Valérie GAY, CH Chambéry

Au Dr Odile Marquestaut, MISP
DR DASS Champagne Ardenne