

«Patient blood management» dans les petits hôpitaux

Dr méd. Christoph Harms^a, Dr méd. Regina Metzger^b, Dr méd. Heinz Bhend^c

^a Ehem. Abteilung Anästhesie, Spital Zofingen; ^b Interdisziplinäre Intensivstation, SRO Spital Langenthal; ^c Praxis Städtli Aarburg AG, Aarburg

Vous trouverez l'éditorial relatif à cet article à la page 351 de ce numéro.

Les effets impressionnants des programmes de «patient blood management» observés dans les grandes études ne sont pas nécessairement transposables en l'état aux petits hôpitaux. Toutefois, l'introduction de tels programmes est également profitable dans les petits établissements, comme montré à l'hôpital de Zofingue.

Introduction

Les raisons avancées pour expliquer le succès du concept de «patient blood management» (PBM) incluent entre autres: réduction des transfusions, des complications, des infections, de la durée d'hospitalisation et de la mortalité, avec en parallèle une diminution considérable des coûts thérapeutiques. D'après Spahn et al., même un hôpital de taille moyenne peut tabler sur des économies annuelles se chiffrant en millions en mettant en place un programme de PBM [1]. Ces estimations reposent sur des données issues d'une grande étude australienne qui, selon nous, ne sont toutefois pas aisément transposables à un hôpital de petite taille suisse [2]. Pour établir un PBM à l'hôpital de Zofingue, nous avons comparé nos données initiales à celles de la littérature et avons tenté d'évaluer le bénéfice prévisible d'un tel concept pour notre hôpital.

Contexte historique

Le terme «patient blood management» a été utilisé pour la première fois en 2005 par l'hématologue australien James Isbister [3]. Déjà en 1988, il avait appelé à un changement de paradigme concernant les composants sanguins, invitant à ne plus se concentrer sur l'aspect de l'«approvisionnement» mais sur les «besoins» du patient [4]. La bonne question clinique à se poser devrait être «Qu'est-ce qui est le mieux pour le patient?» et non pas «Quel est le meilleur substitut sanguin?». De premières études ont déjà mis en lumière au début des années 1980 une association entre les transfusions sanguines et un plus mauvais devenir des patients [5–8]. Ces études ont suggéré que les transfusions sanguines pourraient avoir un impact nettement plus grand sur les processus immunitaires péri-opératoires et le développement de complications postopé-

ratoires que ce qui était jusqu'alors admis. Au cours des années 1990, les données montrant un lien direct entre les transfusions sanguines allogéniques, les complications postopératoires et les durées d'hospitalisation prolongées se sont densifiées [9, 10]. Bien que cela ne prouvait pas encore l'existence d'un lien de causalité et que les données existantes ont suscité une grande controverse, Blumberg et Heal ont fait remarquer en 1996 que la qualité et la quantité des données issues d'expériences animales et d'études épidémiologiques disponibles à ce moment-là avaient selon eux la même valeur que les données qui avaient par le passé indiqué un lien entre le tabagisme d'une part et les maladies cardiovasculaires et le cancer du poumon d'autre part. A l'époque, ils avaient déclaré: «... if even only 10% of the association demonstrated in epidemiologic studies is causal, immunomodulation could be quantitatively more significant than the total of all other currently identified risks of mortality attributed to allogeneic transfusions» [11].

Quand transfuser des concentrés érythrocytaires?

La question du seuil transfusionnel pour les concentrés érythrocytaires (CE) restait toujours ouverte. Dans une première grande étude multicentrique, prospective, randomisée, Hébert et al. ont montré qu'en appliquant un régime transfusionnel restrictif (valeur cible d'hémoglobine [Hb] comprise entre 70 et 90 g/l), la mortalité hospitalière chez les malades critiques était significativement plus faible qu'en appliquant un régime libéral (valeur cible d'Hb comprise entre 100 et 120 g/l) [12]. Des études ultérieures conduites avec de très grandes populations de patients ont confirmé ce résultat et ont montré que les transfusions étaient associées de façon quantité-dépendante à une élévation significative de la morbidité et de la mortalité [13–15].



Christoph Harms

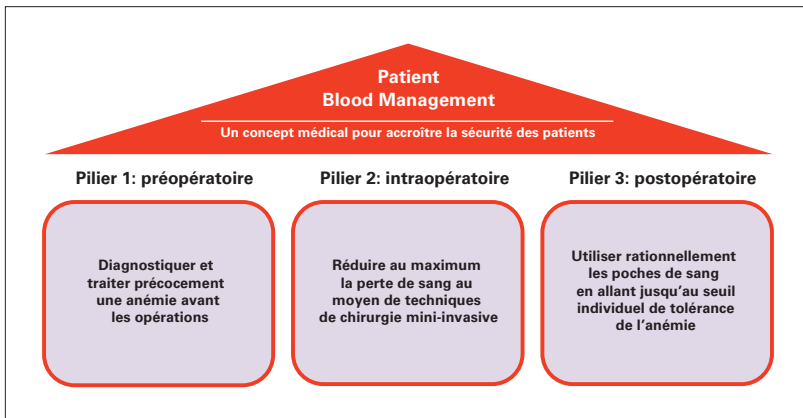


Figure 1: Les trois piliers du concept de «patient blood management» dans le domaine péri-opératoire.

Développement du concept de PBM

Le point de départ du développement du concept actuel de PBM a été la première étude comparative autrichienne réalisée en 2007 par Gombotz et al. [16]. Les auteurs ont identifié trois facteurs prédictifs qui déterminaient le risque de transfusion dans 97,4% des cas et ils ont estimé que les transfusions de CE pouvaient être diminuées d'environ 50% au total via un dépistage et un traitement des anémies préopératoires et d'environ 40% via un comportement plus restrictif en matière de transfusions. C'est sur la base de ces connaissances que le concept actuel a vu le jour dans le cadre d'une collaboration internationale. Dans le domaine péri-opératoire, ce concept a désormais fait l'objet de nombreuses publications en tant que modèle à trois piliers [17–19].

La figure 1 illustre de façon simplifiée la manière dont l'administration de produits sanguins peut être minimisée dans la pratique clinique quotidienne en se focalisant de façon systématique sur le devenir du patient. En 2010, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a adopté la résolution WHA63.12 «Disponibilité, innocuité et qualité des produits sanguins» [20]. Cette dernière invite instamment les Etats membres, dont fait également partie la Suisse, à créer et mettre en œuvre des programmes d'utilisation des produits du sang et du plasma coordonnés au niveau national, gérés efficacement et viables. Depuis 2011, l'OMS demande également l'introduction de tels programmes à l'échelle des institutions [21].

PBM – Quelle est la situation en Suisse?

A notre connaissance, l'Italie est actuellement le seul pays dans lequel la mise en œuvre du PBM est imposée par la loi [22]. Dans de nombreux pays, il existe des programmes en partie soutenus par les pouvoirs publics pour la mise en œuvre du PBM, mais ils présentent cependant de grandes divergences en termes de contenu et de portée [23]. Il en va de même pour les réseaux de

PBM qui ont jusqu'à présent vu le jour à l'échelle nationale et internationale. En Suisse, il n'existe à ce jour ni stratégie nationale pour la mise en œuvre du PBM, ni réseau national. La mise en œuvre de la résolution WHA63.12 de l'OMS est jusqu'à présent facultative et elle est laissée à l'appréciation des institutions. Il n'existe pas de lignes directrices nationales relatives à l'établissement d'un PBM pour les hôpitaux.

Les nombreuses publications et lignes directrices internationales relatives à l'implémentation du PBM nous ont paru inappropriées ou inapplicables à différents égards pour la mise en œuvre concrète du PBM dans notre hôpital régional. Soit elles sont très abstraites et décrivent des stratégies générales pour l'implémentation de nouveaux comportements ou la suppression d'anciens comportements, soit elles sont si détaillées qu'elles dépassent largement les ressources d'un petit hôpital [22, 24–28]. Par ailleurs, nous avons déploré dans toutes les publications l'absence d'ancrage régional des programmes de PBM, par lequel nous entendons l'implication active des médecins installés en cabinet. Nous estimons que l'implication des médecins de famille est décisive pour l'implémentation réussie d'un PBM dans un petit hôpital. Ils sont les premiers interlocuteurs des patients qui sont par la suite adressés à l'hôpital pour y être opérés.

Analyse pour l'établissement du PBM ancré au niveau régional à l'hôpital de Zofingue

Le principal objectif d'un programme de PBM est l'amélioration du devenir des patients par le biais d'une utilisation rationnelle des produits sanguins. Dans le domaine opératoire, cette stratégie inclut en tant qu'éléments clés la détection et le traitement précoces d'une anémie avant les interventions électives associées à un risque de transfusion supérieur à 10% («focus groups»), ainsi qu'une pratique transfusionnelle restrictive. A cet effet, il est nécessaire de disposer des connaissances médicales appropriées et d'adapter les processus. Afin d'établir un programme de PBM ancré au niveau régional dans notre hôpital, nous nous sommes posés les questions suivantes comme point de départ:

- Quels sont les «focus groups» chirurgicaux d'un PBM à l'hôpital de Zofingue?
- Dans notre hôpital, quelle est la prévalence de l'anémie dans ces «focus groups»?
- Quelles sont les fenêtres temporelles tout au long du parcours des patients pour ces interventions?
- A combien s'élèvent les pertes de sang pour ces interventions dans notre établissement?
- A quoi ressemble le comportement actuel en matière de transfusions dans notre hôpital?

Tableau 1: Prévalence de l'anémie en fonction de l'âge et du sexe chez les patients qui ont reçu une prothèse totale de hanche ou de genou à l'hôpital de Zofingue en 2016.

Population	Tous		Avec anémie		<65 ans		≥65 ans	
	n	(%)	n	(prévalence)	n	n (prévalence)	n	n (prévalence)
Tous	197	(100%)	21	(10,7%)	75	7 (9,3%)	122	14 (11,5%)
Femmes	108	(54,8%)	15	(13,9%)	33	4 (12,1%)	75	11 (14,7%)
Hommes	89	(45,2%)	6	(6,7%)	42	3 (7,1%)	47	3 (6,4%)

Définition de l'anémie selon l'OMS: femmes <120 g/l, hommes <130 g/l.

- Quel est le niveau de connaissances des parties prenantes jouant un rôle décisif pour l'implémentation d'un PBM?
- Quel serait le bénéfice d'un PBM à l'hôpital de Zofingue?

«Focus groups» chirurgicaux

Les lignes directrices internationales préconisent de rechercher une anémie, de la diagnostiquer et de la traiter avant l'opération pour les interventions électives associées à un risque de transfusion de ≥10% [24, 28, 29]. A cet égard, l'Inselspital de Berne a publié sur Internet une liste concrète d'interventions chirurgicales, que nous avons utilisée comme base [30]. C'est ainsi que pour l'hôpital de Zofingue, nous avons uniquement identifié les poses de prothèse totale de hanche et de genou comme «focus group». En 2016, nous avons réalisé au total 107 poses de prothèse totale de hanche et 90 poses de prothèse totale de genou.

Prévalence de l'anémie dans les «focus groups» chirurgicaux

La prévalence calculée de l'anémie préopératoire dans le cadre des poses de prothèse totale de hanche et de genou s'élevait à 10,7% (tab. 1).

Fenêtres temporelles tout au long du parcours des patients pour les «focus groups» chirurgicaux

Afin de déterminer les fenêtres temporelles tout au long du parcours des patients, nous avons collecté à partir des 197 dossiers médicaux les lettres dans lesquelles les médecins de famille adressaient les patients aux orthopédistes, les dates de consultation chez les orthopédistes, les inscriptions aux opérations auprès du triage central des patients, les données des consultations d'anesthésie et les données relatives à l'opération. Sur cette base, quatre fenêtres temporelles ont été calculées (fig. 2):

- Fenêtre temporelle 1: de la lettre du médecin de famille jusqu'à la date de consultation chez l'orthopédiste;
- Fenêtre temporelle 2: de l'inscription à l'opération par le chirurgien jusqu'à la date de l'opération;
- Fenêtre temporelle 3: de la lettre du médecin de famille jusqu'à la date de l'opération;
- Fenêtre temporelle 4: de la consultation d'anesthésie jusqu'à la date de l'opération.

Les durées moyennes des fenêtres temporelles étaient les suivantes: fenêtre temporelle 1 28 jours (durée médiane 21 jours, n = 59), fenêtre temporelle 2 36 jours

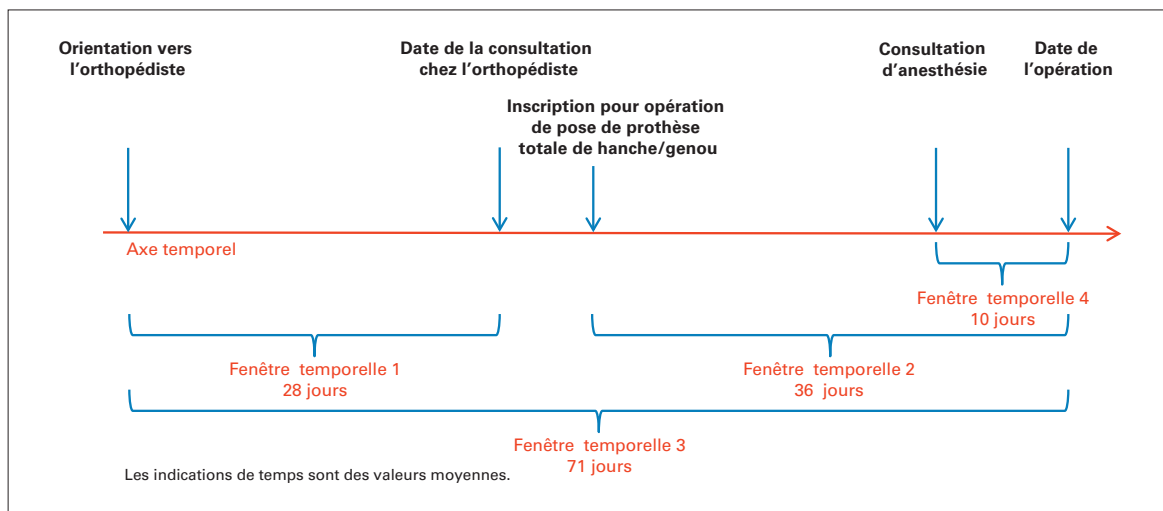


Figure 2: Les quatre fenêtres temporelles tout au long du parcours des patients.

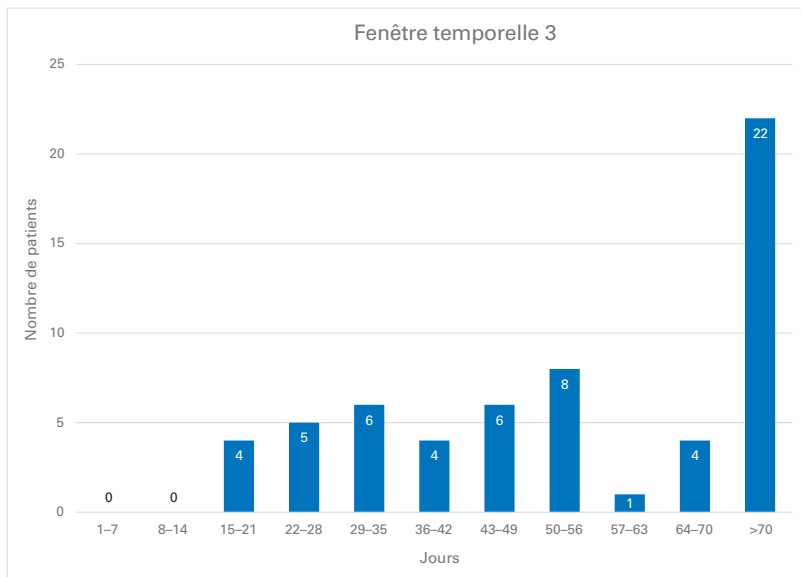


Figure 3: Fenêtre temporelle 3, de la lettre d'orientation du médecin de famille à la date de l'opération. Distribution par paliers d'une semaine, 60 patients.

(durée médiane 23 jours, n = 194), fenêtre temporelle 3 71 jours (durée médiane 55 jours, n = 60) et fenêtre temporelle 4 10 jours (durée médiane 8 jours, n = 192). La distribution au sein de la fenêtre temporelle 3 est représentée par paliers d'une semaine dans la figure 3.

Pertes de sang dans les «focus groups» chirurgicaux

Afin de déterminer les pertes de sang, nous avons additionné les pertes de sang intra-opératoires (documentées en tant qu'estimations sur le compte-rendu d'anesthésie) et les pertes de sang post-opératoires mesurées dans les drainages. Pour les poses de prothèse totale de hanche, les pertes de sang s'élevaient en moyenne à 901 ml (493 ml en intra-opératoire, n = 100; 408 ml en post-opératoire, n = 107) et pour les poses de prothèse totale de genou, elles s'élevaient en moyenne à 884 ml (382 ml en intra-opératoire, n = 80; 502 ml en post-opératoire, n = 90).

Comportement en matière de transfusions à l'hôpital de Zofingue

Le comportement en matière de transfusions des médecins de notre hôpital a été évalué d'une part de manière qualitative au moyen d'une courte enquête en ligne anonyme et d'autre part via l'analyse de toutes les transfusions de CE durant l'année 2016. Sur un total de 49 médecins, 16 ont répondu à l'enquête en ligne (médecine 44%, chirurgie 19%, anesthésie 37%, dont 56% de médecins-cadres et 44% de médecins-assistants). Les questions et les résultats de l'enquête en ligne sont présentés en détails dans l'annexe 1 joint à l'article en ligne.

Synthèse des réponses de l'enquête: Aucune des personnes interrogées n'a estimé qu'une valeur d'Hb <80 g/l constituait une indication générale de transfusion. Pour les patients coronariens et les patients avec symptômes d'anémie, près de la moitié des personnes interrogées procéderaient à une transfusion à partir d'une valeur d'Hb de 70-80 g/l et les deux tiers à partir d'une valeur d'Hb <70 g/l chez tous les patients. Par ailleurs, 94% des personnes interrogées ont indiqué qu'elles savaient que les transfusions pouvaient détériorer le devenir des patients et qu'en cas de transfusion, elles n'administreraient à chaque fois qu'un CE en une fois. Pour près des deux tiers des répondants, une anémie avant une intervention électorale associée à un risque de transfusion de >10% représentait une contre-indication. D'après les dires des personnes interviewées, l'indication d'une transfusion serait toujours posée par un médecin-cadre. Il n'existait pas de lignes directrices internes relatives aux transfusions, mais de telles lignes directrices seraient souhaitables. En médecine, s'agissant des transfusions, un comportement restrictif et individualisé en fonction de chaque patient est enseigné aux médecins-assistants. Ce faisant, les seuils transfusionnels utilisés sont une valeur d'Hb <70 g/l d'une manière générale et une valeur d'Hb légèrement plus élevée, de l'ordre de 70-80 g/l, chez les patients avec symptômes d'anémie. En chirurgie, un enseignement systématique fait défaut.

Tableau 2: Statistiques relatives aux transfusions de concentrés érythrocytaires à l'hôpital de Zofingue en 2016.

Domaine	Soins aigus	Médecine	Chirurgie	Orthopédie	Hôpital de jour
Type d'hospitalisation	Stationnaire	Stationnaire	Stationnaire	Stationnaire	Ambulatoire
Total des patients	5010	1592	2943	546	6636
Total des transfusions	453	172	167	15	180
Patients avec transfusion	181	62	75	9	27
Taux de transfusions	9,0%	10,8%	5,7%	2,7%	2,7%
Indice de transfusions	2,5	2,8	2,2	1,7	6,7

Taux de transfusions = nombre d'unités transfusées par rapport au nombre total du domaine, indice de transfusions = nombre moyen d'unités administrées par patient.

L'analyse des statistiques des transfusions de CE pour l'année 2016 (tab. 2) a abouti à un taux de transfusions de 9% pour l'ensemble du secteur des soins aigus de l'hôpital. Les taux les plus élevés de transfusions s'observaient en médecine (10,8%), suivie de la chirurgie (5,7%) et de l'hôpital de jour (2,7%). Dans le service d'orthopédie, avec les «focus groups» chirurgicaux que nous avons identifiés (à savoir poses de prothèse totale de hanche et de genou), nous avons constaté un taux de transfusions de 2,7%. Les hémorragies gastro-intestinales représentaient l'indication principale pour l'administration de produits sanguins en médecine (51,7%). En chirurgie, 61,1% des CE ont été administrés à des patients avec une fracture du fémur proximal. Les patients qui se sont fait implanter une prothèse totale de hanche ou de genou ont reçu 3,3% de tous les CE transfusés dans le secteur des soins aigus stationnaires. Dans 89,5% des transfusions de CE, une valeur d'Hb avant la transfusion a pu être déterminée, avec un seuil transfusionnel de <70 g/l dans 63,2% des cas, de 70–80 g/l dans 27,1% des cas et de >80 g/l dans 9,7% des cas.

Connaissances des parties prenantes jouant un rôle décisif pour l'implémentation d'un PBM

Nous avons considéré en tant que parties prenantes jouant un rôle «décisif» pour l'établissement d'un PBM toutes les parties prenantes en contact direct avec les patients des «focus groups» chirurgicaux, car elles ont une influence directe sur les mesures d'un PBM. Il s'agit des médecins de famille de la région, de nos médecins orthopédistes agréés et des médecins internes des disciplines chirurgicales. S'y ajoutent le responsable médical du service médical ambulatoire en tant que conseiller pour le dépistage ambulatoire de l'anémie et le triage central des patients en tant qu'interface de coordination tout au long du parcours des patients. L'objectif était de se faire une idée générale de l'état actuel des connaissances de ces groupes de personnes au sujet du PBM et non pas de réaliser une évaluation quantitative exacte. A cet effet, nous avons utilisé des sondages anonymes lors de deux manifestations d'information sur le PBM et un questionnaire en ligne, complétés par des entretiens avec des parties prenantes sélectionnées. Environ 70 médecins de famille exercent dans la région de Zofingue. Il existe deux associations de médecins de famille, l'HAERZ et l'Argomed Aargau Südwest, comptant un total de 43 membres au moment de l'enquête. Parmi eux, 22 ont participé à l'une des deux manifestations d'information. Par ailleurs, 20 médecins de famille ont participé au sondage en ligne (taux de réponse de 36%). Les questions et les résultats du sondage en ligne sont présentés en détails dans l'annexe 2 joint à l'article en ligne.

Synthèse des réponses des enquêtes: Les deux tiers des répondants ont indiqué n'avoir encore jamais entendu le terme «patient blood management» et/ou ne pas avoir de connaissances approfondies à ce sujet. Près d'un tiers des répondants connaissaient la valeur limite définie par l'OMS pour l'anémie. Plus de la moitié des répondants ont estimé correctement la prévalence de l'anémie préopératoire avant la pose d'une prothèse totale de hanche ou de genou. De même, la moitié des participants savaient que l'anémie préopératoire constituait un facteur prédictif indépendant d'un risque accru de morbidité et de mortalité péri-opératoires. La moitié des personnes interrogées ont indiqué qu'elles utilisaient leur propre algorithme diagnostique pour le dépistage d'une anémie. Sur ce point, moins d'un tiers des participants se basent sur les lignes directrices publiées. Plus de 90% des répondants apprécieraient que l'hôpital de Zofingue publie un algorithme diagnostique, mais seul un tiers se sont dits prêts à suivre cet algorithme. Les deux tiers des répondants ont estimé la durée moyenne entre le premier contact d'un patient dans leur consultation et la date de l'opération pour une prothèse totale de hanche ou de genou à plus de quatre semaines, et un tiers a estimé cette durée à moins de quatre semaines. Lorsqu'ils ont été interrogés au sujet des difficultés du dépistage et du traitement d'une anémie préopératoire du point de vue du médecin de famille, plus de 90% des répondants ont indiqué le facteur «temps». Seuls quelques répondants ont mentionné la facturation incertaine des coûts générés ou une charge administrative supplémentaire vis-à-vis des caisses-maladie. Le sondage des autres parties prenantes considérées comme jouant un rôle décisif a livré des résultats similaires, qui ne sont pas présentés en détails dans cet article.

Estimation du bénéfice d'un PBM à l'hôpital de Zofingue

Effets potentiels sur les interventions chirurgicales cibles

A l'hôpital de Zofingue, seules les poses de prothèse totale de hanche et de genou sont des interventions électives qui sont associées à une probabilité de transfusion de $\geq 10\%$. Nous avons calculé que la prévalence de l'anémie préopératoire dans le cadre de ces interventions s'élevait à 10,7%, ce qui est nettement plus faible par rapport aux valeurs de comparaison publiées [26, 31, 32]. Dans leur étude de contrôle, un an après l'introduction d'un PBM à la clinique universitaire Balgrist, Theusinger et al. ont obtenu une diminution de l'anémie préopératoire de 17,6% à 12,9% pour les interventions au niveau de la hanche et de 15,5% à 7,8% pour

les interventions au niveau du genou. L'étude PREPARE a montré une prévalence préopératoire de 8% dans des centres appliquant le PBM chez une population de patients similaire [33]. Si un PBM permettait d'abaisser à ce niveau la prévalence de l'anémie pour nos interventions cibles, cela permettrait qu'environ cinq patients de moins soient opérés avec une anémie préopératoire sur les quelques 200 poses de prothèse totale de hanche et de genou que nous pratiquons par an.

Dans notre hôpital, toutes les interventions de pose de prothèse totale de hanche et de genou ont été réalisées au moyen d'une technique mini-invasive par trois médecins orthopédistes agréés. Les pertes de sang moyennes étaient similaires ou inférieures par rapport aux données de la littérature [31, 34–36]. Nous avons pu exclure des facteurs ayant une influence pertinente sur la coagulation sanguine intra-opératoire pour ces interventions. Au moment de notre étude, de l'acide tranexamique n'était pas administré de façon routinière dans le cadre de ces interventions dans notre hôpital. Deux méta-analyses portant sur les prothèses totales de hanche et de genou ont montré que l'utilisation d'acide tranexamique était associée à une réduction significative des pertes de sang péri-opératoires [37, 38]. L'utilisation routinière d'acide tranexamique dans le cadre d'un PBM pourrait ainsi permettre de réduire encore davantage les pertes de sang intra-opératoires.

Effets potentiels en dehors des interventions chirurgicales cibles

Il n'existait pas de lignes directrices relatives aux transfusions à l'hôpital de Zofingue. L'indication d'une transfusion était posée par le médecin-cadre responsable. Un comportement en matière de transfusions individualisé en fonction de chaque patient était déjà enseigné aux médecins-assistants en médecine. Un seuil transfusionnel correspondant à une valeur d'Hb de <70 g/l était appliqué d'une manière générale; dans des cas individuels et chez les patients symptomatiques, des valeurs légèrement plus élevées de 70–80 g/l étaient aussi utilisées. En chirurgie, un tel enseignement faisait défaut.

Des lignes directrices récentes préconisent un régime restrictif pour les transfusions de CE avec des valeurs seuils de 70 g/l, ou de 80 g/l en cas de syndrome coronarien aigu, ainsi que l'administration d'à chaque fois un seul CE [39, 40]. En Suisse, la Société Suisse de Médecine Interne Générale et la Société Suisse d'Anesthésie et de Réanimation soutiennent ces lignes directrices en ce sens qu'elles ont intégré l'utilisation restrictive des transfusions de CE dans leur liste Top 5 de l'initiative «Choosing Wisely» [41]. Le seuil transfusionnel que nous avons constaté pour l'ensemble du secteur des

soins aigus de notre hôpital était inférieur à 70 g/l dans 63,2% des cas, de l'ordre de 70–80 g/l dans 27,1% des cas et supérieur à 80 g/l dans 9,7% des cas. Si l'introduction d'un PBM permettait de respecter les recommandations actuelles relatives aux transfusions, nous pourrions espérer réaliser des économies sensibles de transfusions de CE dans notre hôpital. Dans un programme de surveillance intensive et de feedback relatif à la PBM implémenté à l'échelle de toute une clinique, Mehra et al. ont obtenu une diminution de 24% des transfusions de CE [42].

Discussion et élaboration de mesures basées sur l'analyse de la situation actuelle

En vue d'une implémentation efficace, le savoir relatif au concept de PBM et à ses fondements scientifiques doit être amélioré non seulement en interne au sein de l'hôpital, mais aussi à l'échelle régionale. Ce savoir est insuffisant, aussi bien chez les médecins hospitaliers que chez les médecins de famille et les spécialistes de la région. En tant que limite à cette affirmation, il convient de mentionner que le savoir relatif au PBM n'a pas été évalué au moyen d'une analyse scientifique exacte. Les taux de réponse des enquêtes en ligne étaient en outre plutôt faibles. Néanmoins, nous devons partir du principe que de nombreux médecins ne considèrent pas encore l'anémie préopératoire avant les interventions électives associées à un risque accru de transfusion comme une contre-indication à l'intervention. Aujourd'hui, une telle anémie doit impérativement être dépistée et traitée avant une opération. L'implication des médecins de famille et spécialistes de la région est décisive à cet égard, ce qui présuppose une adaptation des processus existants. Pour les médecins de famille, le principal problème réside dans le court laps de temps qui leur est imparti entre l'annonce de l'indication de l'opération et la date de l'opération. Les lignes directrices préconisent un délai d'au moins 3–4 semaines pour l'évaluation et le traitement préopératoires d'une anémie avant les interventions électives [22, 24, 29, 43]. Les fenêtres temporelles que nous avons déterminées montrent que le médecin de famille dispose de suffisamment de temps lorsque la recherche de l'anémie se fait dans le même temps que l'orientation du patient vers le spécialiste. Chez 85% de nos patients, plus de quatre semaines s'écoulaient entre la visite chez le médecin de famille et la date de l'opération et chez un tiers des patients, ce laps de temps est même supérieur à dix semaines. En revanche, quand une anémie est seulement décelée lors de la consultation d'anesthésie, l'intervention devrait être repoussée afin d'évaluer et de traiter l'anémie. De concert avec les représentants des deux associations de

médecins de famille régionales, nous avons donc convenu que les médecins de famille réaliseraient un hémogramme partiel avec recherche ciblée d'une anémie déjà au moment de l'orientation de leurs patients vers l'orthopédiste pour une éventuelle pose de prothèse totale de hanche ou de genou. Si une anémie est trouvée, le médecin de famille est libre de l'évaluer et de la traiter ou alors d'orienter le patient vers l'hôpital à cette fin. Dans cette optique, nous avons nouvellement créé une offre de consultation d'anémie ambulatoire. Comme autre outil, tous les cabinets de la région ont reçu une brochure d'information sur le PBM à l'attention des patients. Des exemplaires supplémentaires peuvent à tout moment être commandés gratuitement à l'hôpital. Sur le site Internet de l'hôpital, nous avons mis en ligne une section dédiée au PBM, qui contient des informations pour les médecins de famille et les patients. Des outils relatifs au nouveau processus patient, les lignes directrices sur l'évaluation de l'anémie et les contacts pour les offres de l'hôpital y sont disponibles.

Des lignes directrices relatives aux transfusions internes à l'hôpital sont élaborées. Un comportement restrictif et individualisé en matière de transfusions doit également être enseigné de façon systématique aux médecins-assistants en chirurgie. Des manifestations d'information sur le PBM ont lieu pendant la phase d'initiation, non seulement pour les médecins de famille et les spécialistes, mais aussi pour nos médecins hospitaliers. Elles sont complétées par des vitrines informatives à l'hôpital. Des conférences publiques et l'implication des médias locaux sont en planification.

Résumé

En conclusion, notre analyse montre qu'il est possible que les effets notamment économiques impressionnants des programmes de PBM mis en évidence dans de grandes études ne soient pas tout à fait transposables à un petit hôpital suisse. La situation initiale peut s'avérer trop différente s'agissant des interventions chirurgicales électives cibles, de la prévalence locale de l'anémie pour ces interventions, des techniques chirurgicales et du comportement local en matière de transfusion. Pour nos interventions cibles, nous avons constaté une prévalence de l'anémie bien plus faible que ce qui avait été publié jusqu'à présent et une perte de sang déjà faible moyennant l'utilisation de techniques de chirurgie mini-invasive. Face à cette situation initiale, des économies importantes ne sont pas escomptées pour les interventions chirurgicales cibles. En revanche, le processus de l'analyse de notre situation initiale relative à l'introduction d'un PBM nous a livré des informations précieuses et parfois surprenantes quant aux points pouvant po-

tentiellement être optimisés par l'introduction d'un PBM dans notre petit hôpital.

(1) Le processus patient pour nos interventions de pose de prothèse totale de hanche et de genou devrait être adapté. Les médecins de famille et spécialistes doivent savoir quelles sont les interventions cibles d'un PBM au sein de l'hôpital de Zofingue. Pour ces interventions, ils doivent être impliqués de façon précoce dans le dépistage préopératoire de l'anémie afin d'éviter des reports de la date d'intervention avec un court délai. A cet égard, il convient de prendre en compte les besoins individuels de ces médecins et de leur proposer des outils correspondants. (2) L'introduction d'un PBM accompagné par l'élaboration de lignes directrices relatives aux transfusions pour toutes les cliniques de l'hôpital favorise la mise en œuvre des lignes directrices actuelles sur les transfusions de CE et va dans le sens des recommandations de l'initiative «Choosing Wisely». (3) De meilleures connaissances sur le concept de PBM avec une perception modifiée des transfusions de CE chez les médecins indépendants, les médecins hospitaliers et les patients devraient dans l'ensemble permettre une utilisation rationnelle et basée sur l'évidence des ressources en sang, et donc une plus faible utilisation de sang par rapport à la situation actuelle au sein de notre hôpital. (4) La réduction des transfusions de CE et le bénéfice médical et économique prévisible ne concernent pas en premier lieu nos interventions cibles, mais ils seront atteints par une modification globale du comportement en matière de transfusions au sein de l'hôpital.

Si nous parvenons à établir le concept de PBM en tant que standard régional de cette façon, nous ne ferons pas que répondre à la demande de l'OMS, mais nous contribuerons également à l'amélioration du devenir des patients. Bien que nous considérions notre approche comme exemplaire et facile à transposer à d'autres petits hôpitaux suisses, nous encourageons l'établissement d'un réseau suisse de PBM.

Remerciements

La collecte et l'analyse des données de cette publication se sont déroulées dans le cadre du travail de master sur l'«Executive MBA Medical Management» de la co-auteure de cette publication. Dans ce contexte, nous remercions le Dr Markus Zürcher, le référent de ce mémoire de master, pour ses précieuses remarques. Nous remercions également les associations de médecins de famille et de spécialistes de la région de Zofingue, et tout particulièrement leurs présidents. Ils nous ont toujours soutenus lors de l'élaboration commune du concept de PBM.

Disclosure statement

Les auteurs n'ont pas déclaré des obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

Références

La liste complète des références est disponible dans la version en ligne de l'article sur <https://doi.org/10.4414/fms.2020.08505>.

L'annexe est disponible en tant que document séparé sur <https://doi.org/10.4414/fms.2020.08505>.

Correspondance:
Dr méd. Christoph Harms
Thunsterstrasse 15a
CH-4900 Langenthal
harms.consulting[at]
besonet.ch