

NUMÉRO 6
MAI 2003

BULLETIN D'INFORMATION DU SECRÉTARIAT DU SYSTÈME DU SANG

de la coordonnatrice *Mot*

L'importance des données relatives aux incidents et aux accidents transfusionnels ainsi que celle des données qui portent sur l'utilisation des produits sanguins démontrent la très grande vitalité du réseau d'hémovigilance et du système du sang au Québec. Ce résultat est le fruit de la collaboration de tous les acteurs intéressés : chargés de sécurité transfusionnelle, adjoints aux chefs technologistes, hématologues, technologues des banques de sang, assistants et chefs technologistes, infirmiers, médecins traitants et médecins de santé publique ainsi que toute l'équipe du Secrétariat du système du sang.



L'hémovigilance est la surveillance tant des effets indésirables de la transfusion que de l'utilisation des produits sanguins afin d'assurer la sécurité optimale du système du sang. L'objectif principal de l'hémovigilance est de recueillir, d'analyser et de diffuser les données nécessaires à la sécurité transfusionnelle en vue de connaître les causes des problèmes et de prévenir l'apparition d'autres problèmes.

L'hémovigilance comprend, entre autres activités, le signalement des incidents et des accidents transfusionnels, l'enquête sur ces événements, les mesures d'intervention, la traçabilité des produits sanguins, l'alerte ainsi que le suivi et l'évaluation de chacune de ces activités.

L'hémovigilance est complémentaire aux moyens utilisés pour améliorer la gestion des banques de sang et l'utilisation des produits sanguins. Ainsi, les données sur les incidents et les accidents transfusionnels ou sur l'utilisation des produits sanguins sont des éléments associés au processus de gestion de la qualité de la transfusion sanguine et, plus globalement, au maintien de la qualité des soins à la population.

Les rapports portant sur les incidents et les accidents transfusionnels en 2000 et 2001 et sur l'utilisation des produits sanguins en 2001-2002 pourront être consultés sur le site Internet du Secrétariat du système du sang au cours du printemps.

Bonne lecture !

Ann Fortin

- 2 PLUS QU'UN PROJET, LE SIATH DEVIENT UN ACTIF POUR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ
- 3 UTILISATION DES PRODUITS SANGUINS AU QUÉBEC
- 5 ANALYSE DES DONNÉES RELATIVES À L'HÉMOVIGILANCE
- 9 LA FACTURATION ET LA BUDGÉTISATION VIRTUELLES DANS LES CENTRES HOSPITALIERS
- 10 LE 109 RENCONTRE MONSIEUR DAVID PAGE
- 12 NOUVELLES BRÈVES

Sommaire

Santé
et Services sociaux

Québec



Plus qu'un projet, le SIIATH devient un actif pour les professionnels de la santé

LA PREMIÈRE PHASE EST UN SUCCÈS

Plus de 60 établissements sont dotés de la version 1.0

Annoncé depuis la toute première parution du bulletin *Le 109*, en mars 2000, le Système d'information intégré sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilance (SIIATH) est maintenant une réalité quotidienne dans plus de 60 établissements. En effet, la première phase de déploiement, qui s'est amorcée en janvier 2002 et s'est terminée en décembre dernier, a permis l'informatisation de la banque de sang de nombreux établissements qui n'étaient pas déjà informatisés. Le personnel médical bénéficie aujourd'hui des premières fonctionnalités du système.

L'informatisation de ce secteur au moyen du progiciel Traceline était essentielle pour atteindre un niveau de sécurité maximal, sans compromis. La première phase de déploiement a permis aux différents intervenants des établissements d'utiliser de nouveaux processus de travail et de nouvelles méthodes de vérification qui appuient les mesures déjà mises en place pour assurer la sécurité transfusionnelle.

Bien sûr, l'informatisation demande des efforts soutenus, tant pendant la mise en place de l'infrastructure technologique qu'au cours de l'apprentissage des nouveaux processus de travail. Merci aux équipes locales (superutilisateurs, chargés de projet, ressources informatiques, etc.) qui ont contribué au succès de la première phase !

DES FONCTIONNALITÉS APPRÉCIÉES PAR LES UTILISATEURS

Un atout pour la sécurité transfusionnelle

Les résultats préliminaires du sondage, effectué par l'équipe de projet du Secrétariat du système du sang dans les 30 premiers sites où le SIIATH a été implanté, montrent un ensemble de gains prometteurs liés à l'utilisation de Traceline par les banques de sang. Interrogés quatre mois après l'implantation du système, les utilisateurs ont souligné l'apport de celui-ci en ce qui concerne la sécurité transfusionnelle (l'un des principaux objectifs du SIIATH). En effet, cet aspect recueille le plus haut pointage (3,43/4,0) ; il est suivi de la gestion des activités de laboratoire (3,16/4,0), qui figure aussi parmi les fonctions les plus appréciées.

Globalement, après seulement quatre ou cinq mois d'utilisation, la première version est bien accueillie par les utilisateurs, ces derniers se disant plutôt d'accord sur les améliorations apportées par le système (3,08/4,0).

D'autres évaluations sont prévues au cours des prochains mois. Nous espérons continuer sur cette lancée et augmenter le degré de satisfaction des utilisateurs tout au long du déploiement du système.

ET ENCORE PLUS POUR 2003 !

La phase II débute

La version que nous avons déployée pendant la première phase offre des avantages significatifs sur le plan de la sécurité. Et ce n'est qu'un début ! La deuxième phase permettra d'ajouter graduellement des composantes qui ajouteront tour à tour les différentes fonctions attendues par les utilisateurs du SIIATH, comme :

- le sommaire transfusionnel, qui est supporté par le logiciel HNS et dont l'expérimentation a commencé en février 2003 au CH des Vallées de l'Outaouais et au CH-CHSLD de Papineau. On prévoit intégrer cette fonction à l'ensemble des établissements qui bénéficieront du SIIATH ;
- la mécanique de conversion des données, dont l'expérimentation s'est amorcée à l'automne 2002 au CH Beauce-Etchemin et se poursuit dans l'ensemble des établissements où l'implantation est prévue d'ici juin 2003 (bloc n° 3) ;
- la version complète de TraceLine, qui permettra l'intégration des fonctions citées plus haut, mais aussi l'ajout des fonctions liées à la greffe de moelle, au rapport d'incident ou d'accident et à la facturation ainsi que plusieurs autres améliorations. L'expérimentation de cette prochaine version doit commencer à l'automne 2003 à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

La deuxième phase du déploiement du SIIATH permettra d'intégrer, dès qu'elles seront prêtes, les composantes qui donneront sa pleine mesure à ce système. L'année 2003 s'annonce très positive en matière de sécurité transfusionnelle ; nous assisterons ensemble à la mise en place d'un actif technologique majeur qui permettra une interaction rapide et sécuritaire entre les établissements.

Utilisation des produits sanguins au Québec en 2001-2002

Le Secrétariat du système du sang présentera prochainement son premier rapport annuel d'utilisation des produits sanguins pour la période allant d'avril 2001 à mars 2002. L'exercice a pour but de mettre en évidence certaines données de gestion des produits sanguins conservés dans les banques de sang des centres hospitaliers (CH) au Québec. Ce rapport peut être consulté sur le site Internet du Secrétariat depuis avril 2003.

Méthode

Les données sur l'utilisation des produits sanguins sont transmises à l'aide du formulaire standardisé de gestion des inventaires ; les CH les envoient au Secrétariat du système du sang sur une base volontaire à la fin de chacune des treize périodes financières.

Les données concernant uniquement les produits labiles ont été compilées et analysées par établissement, par grappe d'établissements (CH désigné, ses CH associés et centres affiliés), par région sociosanitaire, puis pour tout le Québec.

Les termes suivants ont été utilisés : unités reçues, unités transfusées, unités brisées ou rejetées, unités périmées et unités retournées à Héma-Québec.

Résultats

Les 20 CH désignés et 75 CH associés ont fait parvenir leurs statistiques sur l'utilisation des produits sanguins au Secrétariat du système du sang. Quatre centres affiliés ont déclaré avoir utilisé des produits sanguins en 2001-2002.

Les produits labiles les plus utilisés au Québec sont les culots globulaires, les plaquettes et le plasma (voir le tableau 1). Le nombre de plaquettes reçues regroupe 114 149 unités de plaquettes régulières et 1 891 unités de plaquettes prélevées par aphérèse. Le plasma reçu représente 34 257 unités de plasma régulier, 7 010 unités de plasma aphérèse et 6 722 unités de plasma SD.

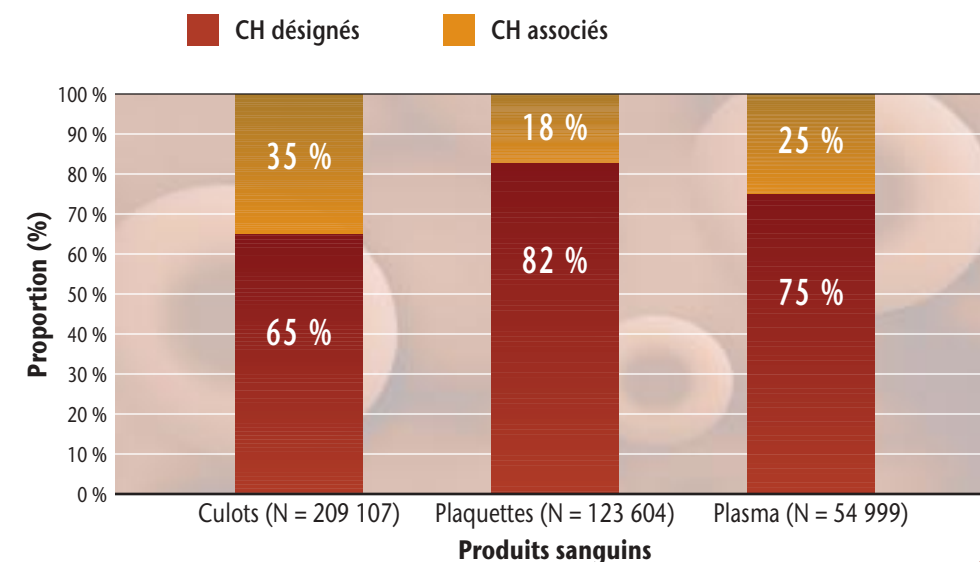
TABLEAU 1 Utilisation des culots globulaires, des plaquettes et du plasma au Québec en 2001-2002

	Dons allogéniques		
	Culots globulaires	Plaquettes ¹ (régulières + aphérèse)	Plasma ² (régulier + aphérèse + SD)
Unités reçues ³	209 209	123 604	54 999
Unités transfusées	198 093 (94,7 %)	108 887 (88,1 %)	49 917 (90,8 %)
Unités brisées ou jetées	1 963 (0,9 %)	946 (0,8 %)	2 875 (5,2 %)
Unités non périmées retournées à HQ	126 (0,1 %)	70 (0,1 %)	721 (1,3 %)
Unités périmées	8 730 (4,2 %)	13 542 (11,0 %)	1 355 (2,5 %)

1. On a considéré qu'une unité de plaquettes aphérèse équivaut à cinq unités de plaquettes.
2. On a considéré qu'une unité de plasma aphérèse équivaut à deux unités de plasma et qu'une unité de plasma SD équivaut à une unité de plasma.
3. Les unités reçues comprennent les unités reçues d'Héma-Québec, des autres CH ou d'ailleurs et celles qui ont été prélevées à l'hôpital, desquelles on soustrait celles qui ont été envoyées à d'autres CH.

La majorité des culots globulaires sont utilisés dans les 20 CH désignés du Québec ; il en est de même pour les plaquettes et le plasma (voir la figure 1). Puisque ces produits ont été utilisés dans des proportions infimes (N = 102 culots globulaires) par les centres affiliés, ils n'ont pas été inclus dans la figure 1.

FIGURE 1 Répartition de l'utilisation des culots globulaires, des plaquettes et du plasma selon le type d'établissement



Le nombre de culots globulaires utilisés varie de 876 à 20 777 unités dans les différents CH désignés et de 0 à 6 135 unités dans les CH associés. Pour ce qui est de l'utilisation des plaquettes dans les CH désignés et les CH associés, la variation est de 348 à 19 324 et de 0 à 4 219 unités respectivement. Enfin, la comparaison des unités de plasma utilisées dans les CH désignés et les CH associés permet de constater des variations respectives de 165 à 8 768 et de 0 à 3 213.

Lorsque les données sont présentées par type d'établissement, on obtient des proportions de transfusion des culots globulaires d'environ 97 %, 91 % et 97 % respectivement dans les CH désignés, les CH associés et les centres affiliés (voir la figure 2).

Discussion

Les proportions d'unités transfusées qui s'établissent à environ 95 %, 88 % et 91 %

respectivement pour les culots globulaires, les plaquettes et le plasma (voir le tableau 1) indiquent que la grande majorité des produits sont transfusés. La proportion plus faible d'unités de plaquettes transfusées et la proportion relativement plus élevée d'unités de plaquettes périmées (plus de deux fois celle des culots globulaires) s'expliquent probablement par la courte durée de vie du produit. Le taux d'unités de plasma brisées ou jetées est plus élevé que les taux établis pour les unités de culots globulaires et de plaquettes. Une certaine fragilité des sacs due à la congélation pourrait expliquer le bris des poches pendant la décongélation. Par ailleurs, le taux de péremption moindre des unités de plasma s'explique possiblement par une durée de vie relativement longue du produit (1 an) par rapport à celle des culots globulaires (de 35 à 42 jours) et des plaquettes (de 1 à 5 jours).

Le nombre d'unités relativement élevé de produits utilisés dans les CH désignés s'explique en grande partie par leur désignation selon le volume

d'activité. En effet, les CH ont été désignés par le ministre en fonction des critères tels que les volumes de produits labiles et de produits stables administrés, le nombre d'établissements composant le CH désigné, le nombre de CH associés, la complexité des activités transfusionnelles, etc. Le nombre de produits transfusés dans certains CH associés peut dépasser celui de certains CH désignés puisque la désignation de ces derniers a tenu compte entre autres de la répartition géographique des établissements et non seulement des volumes d'activités transfusionnelles.

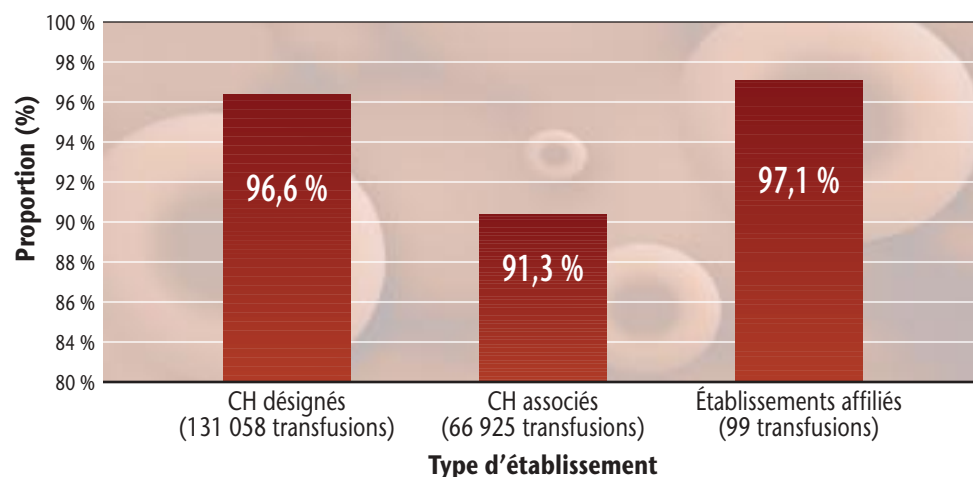
Les proportions de culots globulaires transfusés sont d'environ 97 %, 91 % et 97 % respectivement pour les CH désignés, les CH associés et les établissements affiliés (voir la figure 2). Ces derniers présentent un taux élevé de transfusion étant donné que les culots globulaires qui leur sont envoyés sont généralement destinés à des patients connus. Si un de ceux-ci ne nécessite pas de transfusion, on retourne le culot globulaire au CH désigné ou au CH associé qui l'a fourni. Les CH désignés peuvent généralement bénéficier d'un meilleur « roulement » des produits en vertu d'une activité transfusionnelle importante qui leur évite d'atteindre un haut taux de péremption des produits. Les CH associés possèdent globalement des inventaires de produits sanguins moindres, mais le bas taux de « roulement » de ceux-ci augmente généralement le taux de péremption.

La comparaison entre les données sur la livraison publiées par Héma-Québec et celles qui concernent les produits sanguins transfusés dans les établissements nous permet de conclure que la déclaration volontaire faite par les établissements donne une image relativement juste de l'utilisation des produits sanguins labiles au Québec.

Conclusion

Le premier exercice d'analyse des données concernant l'utilisation des produits sanguins au Québec en 2001-2002 a porté essentiellement sur les produits labiles. Certains établissements considérés jusqu'ici comme des CH associés n'ont cependant pas fourni de données à ce sujet. Des efforts seront faits pour améliorer le système de déclaration et l'analyse des données reçues. Il sera intéressant d'approfondir l'analyse de l'utilisation des dons autologues, désignés ou dirigés et des produits stables. Les transferts de produits entre les établissements devraient également être étudiés de plus près.

FIGURE 2 Proportion de culots globulaires transfusés dans les CH désignés, les CH associés et les établissements affiliés



Héma-Québec a fourni de son côté des statistiques sur la livraison de produits sanguins, lesquelles peuvent être comparées aux nombres d'unités utilisées dans les établissements du Québec :

Produits sanguins livrés par Héma-Québec

209 759 unités de culots
123 905 unités de plaquettes
47 459 unités de plasma*

Produits sanguins utilisés par les CH

209 170 unités de culots
123 604 unités de plaquettes
48 270 unités de plasma*

* Exclut les unités de plasma SD.

Le léger écart entre les chiffres comparés s'explique par l'ajout de l'inventaire en main au début de la première période aux unités reçues en cours d'année et par la soustraction des unités en inventaire à la fin de la dernière période. Cet ajustement est fait pour connaître les quantités de produits réellement utilisés au cours de la période de référence.

Analyse des données relatives à l'hémovigilance en 2000 et 2001

Introduction

Le 1^{er} février 2000, un nouveau système de signalement des réactions indésirables liées à une transfusion a été implanté au Québec. Ce système est basé sur l'utilisation d'un formulaire standardisé de signalement des incidents et accidents transfusionnels (RIAT). Lorsque survient un événement défavorable relatif à une transfusion, les chargés de la sécurité transfusionnelle des centres hospitaliers désignés font une enquête, remplissent le formulaire et en envoient une copie anonyme au Secrétariat du système sang par voie électronique (formulaire Lotus Notes) ou par la poste.

MÉTHODE

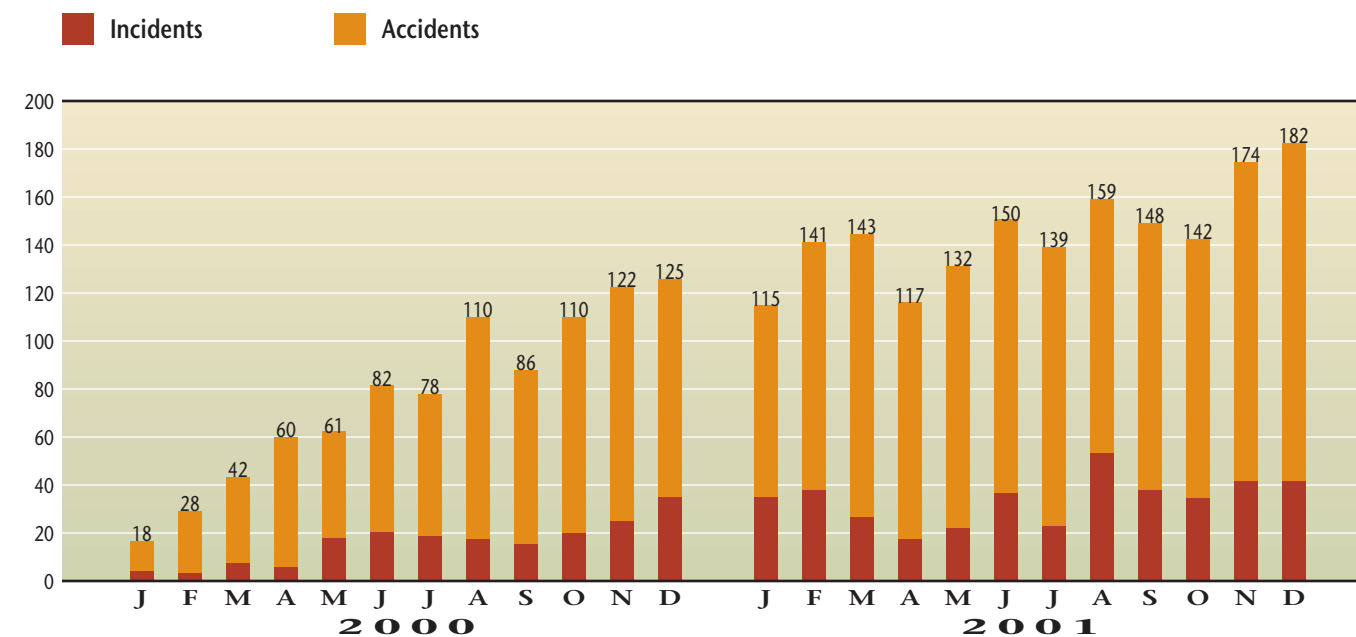
La conseillère provinciale en médecine transfusionnelle au Secrétariat du système du sang fait une première vérification de l'information fournie. Pour les réactions transfusionnelles graves, le médecin-conseil en hémovigilance fait une vérification supplémentaire et procède, au besoin, à une reclassification. Les définitions standardisées des diagnostics et des critères précisant la gravité des réactions ou la relation de ces réactions avec la transfusion sont données dans le Guide d'utilisation du RIAT en ligne. Constitue un incident toute erreur ou tout dysfonctionnement constaté avant que la transfusion n'ait eu lieu ; constitue un accident toute erreur ou tout dysfonctionnement constaté après le début d'une transfusion ou toute réaction défavorable survenant à la suite de l'administration d'un produit sanguin labile (sang total, culot globulaire, plaquettes, plasma, cryoprécipités, granulocytes) ou stable (produit de fraction-

nement du plasma comme l'albumine, les immunoglobulines intraveineuses ou intramusculaires, etc.). Les données sur l'utilisation des produits labiles sont tirées des rapports périodiques que les hôpitaux ont envoyés à Héma-Québec ou au Secrétariat du système du sang. Comme l'information sur l'utilisation des produits stables n'est pas connue actuellement, les résultats présentés ici ne porteront que sur les incidents et accidents transfusionnels liés aux produits labiles.

RÉSULTATS

Entre le 1^{er} janvier 2000 et le 31 décembre 2001, 2 664 rapports d'incidents ou d'accidents transfusionnels ont été transmis au Secrétariat du système du sang. En 2000, les 922 incidents ou accidents ont été signalés par 28 centres hospitaliers. En 2001, 5 centres hospitaliers de plus ont participé au système de surveillance et un total de 1 742 incidents ou accidents ont été rapportés.

FIGURE 1 Répartition des incidents et accidents transfusionnels selon le mois où ils se sont produits en 2000 et 2001



La majeure partie de l'activité transfusionnelle au Québec s'effectue dans ces centres hospitaliers puisque 80 % des produits labiles y ont été transfusés. La répartition des incidents et accidents signalés selon le mois où ils se sont produits est présentée à la figure 1. Il est à noter que l'augmentation constante du nombre de signalements au fil des mois résulte probablement d'une utilisation croissante du système de surveillance et ne constitue pas le reflet d'une tendance à la hausse du nombre d'incidents ou d'accidents transfusionnels au Québec.

LES INCIDENTS TRANSFUSIONNELS

Un total de 587 incidents (184 en 2000 et 403 en 2001) ont été signalés, représentant un peu plus de 20 % de tous les signalements. Parmi les incidents signalés, les erreurs les plus fréquentes ont été les erreurs de prélèvement (28,3 %), les erreurs d'étiquetage (13,4 %), les problèmes de conservation des produits sanguins (11,2 %),

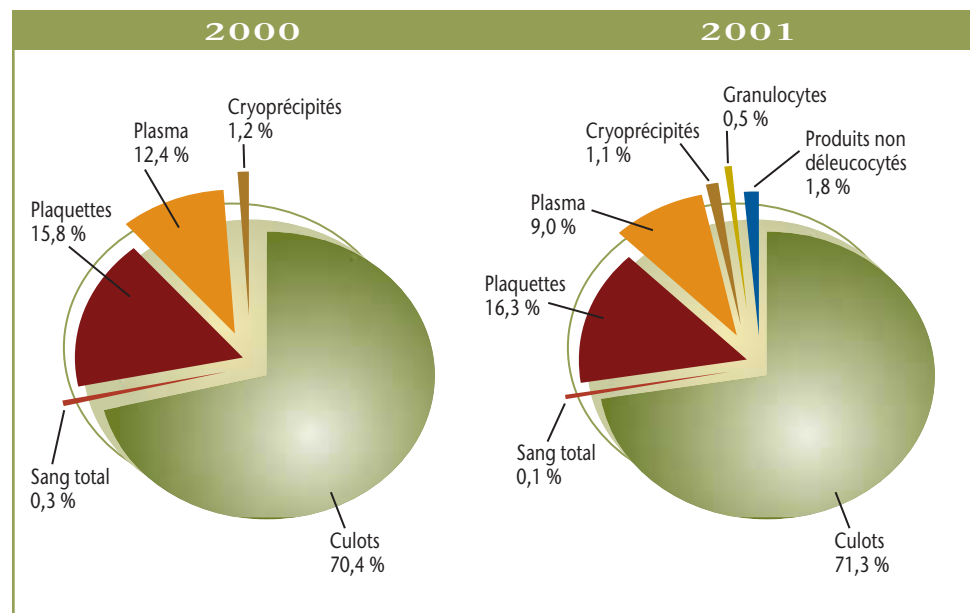
les erreurs d'identification du tube de prélèvement (7,6 %) et les erreurs d'identification au moment de la réquisition de produits (6,0 %). Les autres incidents signalés étaient dus soit à des erreurs humaines, soit à la défaillance d'appareils. En nous basant sur d'autres systèmes de surveillance, nous pouvons supposer que le nombre d'incidents signalés est de beaucoup inférieur au nombre d'incidents réels.

LES ACCIDENTS TRANSFUSIONNELS

Au total, 2 077 accidents ont été signalés (738 en 2000 et 1 339 en 2001), dont 90 % étaient liés à la transfusion de produits labiles. Il y a eu 1 874 accidents liés aux produits de ce type : 674 en 2000 et 1 200 en 2001. Ces accidents touchent autant les hommes que les femmes et 55 % de ces accidents concernaient des personnes âgées de 60 ans ou plus.

La répartition des accidents transfusionnels selon le type de produit labile transfusé est présentée à la figure 2.

FIGURE 2 Distribution des accidents selon le type de produit labile transfusé en 2000 et 2001

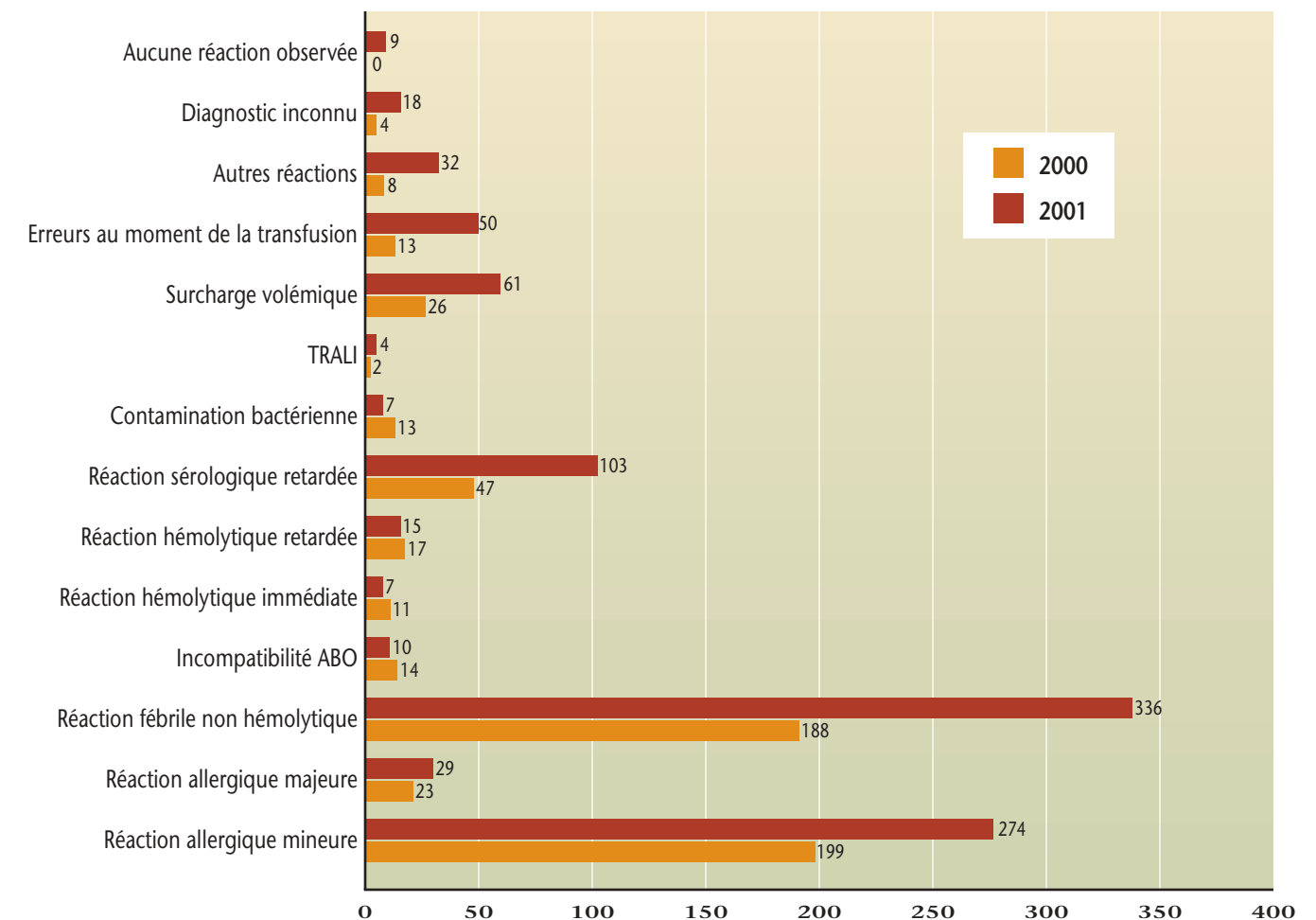


Parmi les réactions transfusionnelles indésirables signalées en 2001, celles qui ont été attribuées aux produits non déleucocytés sont des cas d'hépatite C diagnostiqués chez des polytransfusés ayant reçu différents produits sanguins avant 1999, alors que le programme systématique de déleucocytation du sang n'avait pas encore été instauré chez Héma-Québec.

Tous les accidents signalés n'étaient pas nécessairement dus à la transfusion d'un produit sanguin. La distribution des accidents selon le degré de relation avec la transfusion est similaire au cours des deux années. Des 1 828 accidents pour lesquels l'information est connue, 315 (17 %) ont une relation douteuse ou n'ont aucune relation avec une transfusion, 401 (22 %) ont une relation possible, 691 (38 %) ont une relation probable et 421 (23 %) ont une relation certaine avec une transfusion.

Parmi les 1 513 accidents dont la relation avec la transfusion est possible, probable ou certaine, 84 % ont été sans conséquence grave pour le patient (86,5 % en 2000 et 82,7 % en 2001). Toutefois, 5,0 % de ces accidents en 2000 et 9,9 % de ceux qui sont survenus en 2001 ont été responsables de morbidité à long terme chez les receveurs. Ces derniers ont développé des anticorps susceptibles de provoquer une réaction à l'occasion de transfusions ultérieures ou ont contracté une infection virale. De plus, 7,0 % des accidents survenus en 2000 et 5,9 % de ceux qui se sont produits en 2001 ont nécessité un traitement majeur ou ont entraîné le transfert du patient aux soins intensifs. Enfin, 8 décès en 2000 et 5 décès en 2001 avaient une relation possible, probable ou certaine avec une transfusion. Une enquête plus approfondie a permis de conclure que 4 des décès survenus en 2000 étaient associés d'une façon certaine à une transfusion, mais il n'y en a eu aucun en 2001.

FIGURE 3 Distribution des principaux accidents transfusionnels signalés en 2000 et 2001, selon le résultat d'enquête



La figure 3 présente les principaux accidents transfusionnels signalés ayant une relation possible, probable ou certaine avec la transfusion selon le résultat d'enquête établi par l'hématologue.

Le nombre total de réactions transfusionnelles dépasse le nombre d'accidents signalés puisque, dans certains cas, plus d'une réaction a été établie lors d'un accident. On peut constater qu'une bonne partie des diagnostics concernent des réactions peu sévères : 554 sont des réactions fébriles non hémolytiques et 473, des réactions

allergiques mineures. Toutefois, il y a eu 14 transfusions en 2000 et 10 en 2001 où le produit transfusé était incompatible avec le groupe sanguin du receveur. Par ailleurs, le nombre de cas de contamination bactérienne du produit est passé de 13 à 7 entre 2000 et 2001. La catégorie « erreurs au moment de la transfusion » regroupe les erreurs d'administration du produit ; celle qui est le plus fréquemment signalée est un délai de plus de 4 heures entre la sortie du produit (sang total ou globules rouges) du réfrigérateur et la fin de la transfusion.

INCIDENCE DES ACCIDENTS TRANSFUSIONNELS

Le nombre d'unités de produits labiles transfusés durant les années 2000 et 2001 dans les centres hospitaliers ayant participé au système de surveillance apparaît dans le tableau 1. Les culots globulaires représentent plus de la moitié des produits utilisés. Le nombre total d'unités transfusées a augmenté de 2,4 % entre 2000 et 2001.

TABLEAU 1 Nombre d'unités des produits sanguins labiles transfusées en 2000 et 2001

Type de produit	Nombre d'unités transfusées		
	2000	2001	Total
Culots globulaires	138 605	143 212	281 817
Sang total	805	764	1 569
Plaquettes	79 875	82 979	162 854
Plasma	35 481	33 980	69 461
Cryoprécipités	14 595	13 692	28 287
Granulocytes	7	84	91
Total	269 368	274 711	544 079

TABLEAU 2 Incidence des accidents transfusionnels selon le type de produit labile transfusé (pour 10 000 unités)

Type de réaction	Culots globulaires		Plaquettes		Plasma		Tous les produits	
	2000	2001	2000	2001	2000	2001	2000	2001
Réaction allergique mineure	7,21	9,43	6,51	8,92	12,40	16,19	7,39	9,97
Réaction allergique majeure	0,43	0,70	1,25	1,08	1,97	2,35	0,85	1,06
Réaction fébrile non hémolytique	11,18	19,34	2,63	4,82	3,10	5,30	6,98	12,23
Incompatibilité	0,72	0,21	–	0,12	1,13	1,77	0,52	0,36
Réaction hémolytique immédiate	0,79	0,49	–	–	–	–	0,41	0,25
Réaction hémolytique retardée	1,15	1,05	0,13	–	–	–	0,63	0,55
Réaction sérologique retardée	3,17	6,42	0,38	0,84	–	0,88	1,74	3,75
Contamination bactérienne (Sac+)	0,36	0,21	0,88	0,48	0,28	–	0,48	0,25
TRALI	0,07	0,07	0,13	0,36	–	–	0,07	0,15
Surcharge volémique	1,66	3,21	0,13	0,96	0,56	2,06	0,97	2,22
Décès	0,36	0,14	0,13	0,12	–	–	0,22	0,11

Seuls les accidents dont la relation avec la transfusion était possible, probable ou certaine ont été utilisés pour le calcul des taux présentés dans le tableau 2.

Les résultats de ce tableau montrent que l'incidence de certaines réactions transfusionnelles, particulièrement celles qui sont peu sévères – comme les réactions fébriles non hémolytiques, les réactions allergiques mineures

et les réactions sérologiques retardées –, est un peu plus élevée en 2001 qu'en 2000, cette hausse reflétant probablement une plus grande utilisation du système pour le signalement des accidents transfusionnels. Il faut noter qu'en ce qui concerne les plaquettes, l'incidence réelle est cinq fois supérieure à celle qui est inscrite dans le tableau puisque le produit transfusé provient la plupart du temps d'un pool de cinq unités.

Par ailleurs, la diminution de l'incidence de certains autres accidents comme l'incompatibilité peut indiquer que les mesures mises en place à la suite de l'information fournie par le système de surveillance en 2000 donnent déjà des résultats bénéfiques, mais ce n'est qu'au cours des prochaines années que ces premières constatations pourront être confirmées ou infirmées.

Conclusion

L'analyse des données relatives au signalement des incidents et accidents transfusionnels survenus en 2000 et 2001 montre que le système de surveillance implanté au Québec depuis seulement deux ans se compare avantageusement à d'autres systèmes semblables dans le monde. En effet, les taux des accidents transfusionnels signalés sont plus élevés que ceux qui sont rapportés dans d'autres pays, notamment en France et en Grande-Bretagne où il semble y avoir une sous-déclaration importante. L'incidence des réactions transfusionnelles graves est semblable à celle qui est rapportée dans des études prospectives ou rétrospectives menées ailleurs dans le monde. Toutefois, la faible proportion d'incidents signalés laisse croire que le système en place n'est peut-être pas le meilleur outil pour la surveillance de tels événements. Des efforts devront être consentis pour améliorer la déclaration des incidents afin d'en déterminer les causes et d'instaurer les mesures permettant d'en réduire le nombre.

N.B. : Le rapport final concernant les données relatives à l'hémovigilance en 2000 et 2001 sera produit sous peu.

La facturation et la budgétisation virtuelles dans les centres hospitaliers

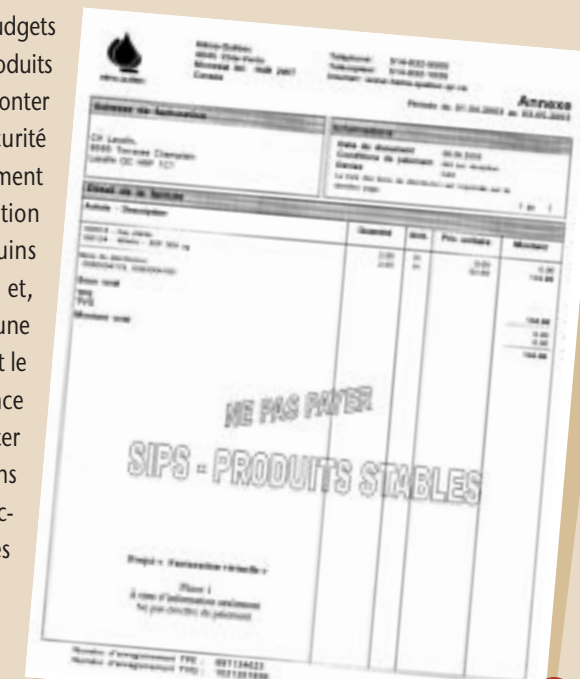
Le ministère de la Santé et des Services sociaux entend expérimenter l'octroi de budgets pour l'approvisionnement des produits sanguins au cours de l'exercice 2003-2004. C'est ainsi que les régies régionales et les centres hospitaliers désignés ou associés du Québec testeront, pendant le prochain exercice financier, un modèle virtuel de facturation et d'allocation budgétaire.

À cet égard, Héma-Québec émettra, après chacune des treize périodes financières de quatre semaines, des factures virtuelles à l'intention des centres hospitaliers pour la fourniture de ses produits labiles et de ses produits stables ou de remplacement. Vous trouverez, ci-dessous, un exemple de la facture pour les produits labiles qui sera envoyée aux centres hospitaliers désignés et associés au cours du prochain exercice financier. On y retrouve, entre autres, le nom de l'établissement, les produits livrés ainsi que leur prix.

Cependant, il n'y aura pas d'échange d'argent entre Héma-Québec et les centres hospitaliers pendant la période d'expérimentation 2003-2004 ni pendant les années suivantes. En effet, bien qu'une facture et qu'un budget soient transmis aux centres hospitaliers, le Ministère entend continuer à verser à Héma-Québec, en lieu et place des établissements, les sommes dues pour la fourniture du sang et des produits sanguins.

L'expérimentation de la facturation et de la budgétisation virtuelles amènera le Ministère à procéder, pour l'exercice 2004-2005, à l'octroi effectif de budgets aux régies régionales et aux centres hospitaliers pour l'approvisionnement des produits sanguins, lequel octroi s'effectuera en fonction du calendrier fixé pour le déploiement du Système d'information intégré sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilance (SIIATH). Ce système d'information intégré permettra d'assurer, entre autres, la gestion de la facturation et des inventaires des produits labiles, stables ou de remplacement dans les centres hospitaliers.

Rappelons que le l'octroi de budgets pour l'approvisionnement des produits sanguins a pour objectif de surmonter les difficultés que pose la sécurité du système du sang, premièrement en encourageant une utilisation appropriée des produits sanguins dans les centres hospitaliers et, deuxièmement, en établissant une distance entre le gouvernement et le fournisseur de sang. Cette distance contribuera par ailleurs à renforcer le principe selon lequel les décisions doivent être prises non pas en fonction de considérations politiques mais en fonction de la sécurité.



Le 109 rencontre... monsieur David Page Président du Comité d'hémovigilance

PROPOS RECUEILLIS PAR STÉPHAN LAROUCHE

Le Comité d'hémovigilance est un comité très important dans le nouveau système du sang québécois, d'où l'intérêt pour le Secrétariat du système du sang de faire une place toute particulière à son président, M. David Page, dans le présent bulletin.

Rappelons que ce comité fut créé en 1998 par la Loi sur Héma-Québec et sur le Comité d'hémovigilance. Il est composé de trois personnes représentant le public, de quatre hématologues, d'un représentant du Laboratoire de santé publique du Québec ainsi que de deux représentants des directions régionales de santé publique ; il comprend également un médecin épidémiologiste, une microbiologiste-infectiologue, un éthicien, un représentant du fournisseur de sang québécois, de même que deux représentants du Ministère. Pour ce qui est de son mandat, disons que le Comité d'hémovigilance a pour fonctions et responsabilités d'examiner et de suivre les données recueillies par le système, d'examiner et de suivre les effets inattendus ou indésirables observés chez les receveurs, d'examiner et de suivre les données épidémiologiques et de faire régulièrement une revue de la littérature pertinente. L'aspect le plus intéressant du mandat du comité, sans toutefois minimiser les autres, consiste en ses responsabilités d'émettre pour le ministre des avis sur l'état des risques liés à la transfusion sanguine, de répondre à des situations urgentes et de faire annuellement état au ministre de la sécurité du système du sang au Québec.

Stéphan Larouche : Concernant le mandat du Comité d'hémovigilance, quelles sont les réalisations de ses membres depuis sa création en 1998 ?

David Page : Bien que le comité en soit à ses premières années, ses réalisations sont nombreuses. Notons particulièrement ses avis concernant les critères d'exclusion de certains donneurs ayant séjourné au Royaume-Uni et ayant pour objet la prévention de la transmission de la maladie de Creutzfeldt-Jakob. Il y a également la mise en place au Québec d'un système unique de signalement volontaire des incidents et accidents transfusionnels ainsi que l'organisation de deux forums publics portant sur l'hémovigilance. Évidemment, il reste beaucoup à faire dans le domaine de l'hémovigilance au Québec, notamment de rendre intelligibles les données recueillies par notre système de signalement et de les faire parler. Ce travail n'est pas banal puisqu'il implique pour le comité de devoir éventuellement émettre des recommandations à l'intention du ministre sur des effets inattendus ou indésirables de la transfusion sanguine qui auront été observés.

S.L. : Qu'est-ce qui vous a amené à accepter la présidence du Comité d'hémovigilance ?

D.P. : Sans aucun doute ma maladie et certainement l'influence de mes parents. Premièrement, il faut savoir que je suis hémophile déclaré depuis l'âge de 11 mois. Dans un second temps, il ne faut pas minimiser l'influence de mes parents. Ceux-ci ont toujours été présents pour moi et m'ont toujours soutenu dans ma maladie. D'ailleurs, ils ont été de ceux qui ont fondé la Société canadienne de l'hémophilie et, par la suite, la Fédération mondiale de l'hémophilie.

Peut-être pour suivre les traces de ses parents, mais assurément pour avoir une certaine influence sur sa qualité de vie et sur celle des hommes et des femmes qui, comme lui, sont atteints d'hémophilie, M. David Page s'implique dès le début des années quatre-vingt dans la Société canadienne de l'hémophilie. De 1985 à 1988 et de 1990 à 1992, il préside la section québécoise de la Société canadienne de l'hémophilie. De 1992 à 1994, il occupera le poste de président de l'organisation au niveau national. Au cours des années passées à la tête de cette organisation, M. David Page mènera des négociations avec les gouvernements provinciaux et territoriaux afin d'obtenir une compensation financière pour les personnes infectées par le VIH à la suite d'une transfusion. Bien qu'il joue un rôle plus effacé auprès de cette organisation, M. Page n'en demeure pas moins un membre très actif. En 1996, il est membre de l'Agence canadienne du sang et participe aux travaux du comité d'experts qui évalue les soumissions relatives au fractionnement du plasma canadien et à l'approvisionnement en produits sanguins. En 1999, il est membre du comité consultatif de la Société canadienne du sang, lequel comité s'intéresse à la nouvelle variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob et à l'approvisionnement en sang.



Enfin, depuis trois ans, M. Page agit à titre de vice-président de la Fédération mondiale de l'hémophilie et comme membre du comité de sécurité du fournisseur de sang québécois, Héma-Québec.

S.L. : Le militantisme n'est sûrement pas votre seule passion ?

D.P. : Ma première passion fut l'enseignement, profession qui a pris une grande partie de ma vie jusqu'à tout récemment. Aujourd'hui, je prends un peu plus de temps pour ce que j'aime vraiment. Mon père étant météorologue de son métier, j'ai été initié très jeune aux caprices de Dame Nature et à tout ce qu'elle peut nous réserver. C'est pourquoi je tente maintenant de défier les prédictions climatiques à long terme et je lance des paris à mon père à la retraite. Sans vouloir paraître narcissique, disons que mes résultats sont fort respectables.

M. David Page a obtenu un baccalauréat en éducation à l'Université McGill. Après ses études universitaires, sa femme et lui décident de déménager dans la région de Québec, question d'apprendre le français tout en enseignant aux plus petits comme aux plus âgés. Sa formation et ses expériences de travail l'amèneront à travailler pour la Commission scolaire de Greater et pour le ministère de l'Éducation, à titre de répondant provincial du dossier langue seconde. De 1992 à 1997, il publie *Option-Real-life English*, une collection de cinq volumes consacrée à l'apprentissage de l'anglais comme langue seconde. Soulignons que, parallèlement, M. Page et son épouse mettent sur pied une ferme de produits biologiques entre 1981 et 1989.

S.L. : Une ferme biologique au début des années quatre-vingt... ce n'était pas un peu risqué ?

D.P. : Assurément. Les gens commencent à peine à rechercher ce type de produits. Bien qu'il faille payer un peu plus pour se procurer des légumes dits biologiques, la commercialisation est certainement plus facile qu'auparavant. Aujourd'hui, nous nous contentons de cultiver nos propres légumes. Ma femme vous le dira : il n'y pas de meilleurs pois en ville !

Entre le militantisme, sa passion pour le climat et celle de son potager, M. Page s'adonne à la planche à voile. Parions qu'il doit utiliser ses connaissances en météorologie pour prévoir les belles journées de brise ou de vent.



Conférence sur la maladie de von Willebrand – Montréal, mai 2003

La maladie de von Willebrand est la maladie héréditaire de la coagulation la plus fréquente ; elle affecterait jusqu'à 1 % de la population. Les saignements, pouvant être variables, touchent surtout la peau et les muqueuses. Ils se présentent sous forme d'ecchymoses, d'épistaxis ou de saignement postopératoire. À ces symptômes s'ajoutent, pour les femmes, des saignements menstruels excessifs et des hémorragies pendant le post-partum. Le diagnostic de la maladie de von Willebrand est difficile à poser. Il s'agit d'une maladie méconnue à laquelle on ne pense pas d'emblée. De plus, sa détection en laboratoire peut être problématique puisque de nombreux éléments comme le stress, les hormones et même les groupes sanguins influencent les taux de facteurs von Willebrand. Une fois le diagnostic confirmé, plusieurs modalités thérapeutiques peuvent être utilisées, mais le traitement sera individualisé selon le type, la sévérité et les manifestations cliniques de la maladie.

Dans le cadre de son 50^e anniversaire, la Société canadienne de l'hémophilie a organisé la première Conférence canadienne de mise à jour sur la maladie de von Willebrand, les 8 et 9 mai 2003, au centre Sheraton de Montréal. L'organisation scientifique du congrès a été confiée à un comité présidé par le Dr David Lillicrap, directeur du Programme régional d'hémophilie à l'Université Queen's de Kingston en Ontario. L'invitation a été lancée aux médecins et aux professionnels de la santé intéressés par la maladie de von Willebrand, de même qu'aux personnes qui en sont atteintes. Le double but de la conférence était de discuter des aspects médicaux et scientifiques, et de formuler des recommandations canadiennes sur le diagnostic et le traitement de cette maladie. La conférence a débuté par les présentations d'experts mondiaux qui ont traité de quatre aspects de la maladie, soit le diagnostic (Dr Robert Montgomery), la génétique (Dr David Ginsburg), le traitement (Dr Craig Kessler) et les problèmes propres aux femmes (Dr^e Christine Lee). Ces présentations ont été suivies d'ateliers portant sur le diagnostic, le traitement, les aspects gynécologiques et obstétricaux ainsi que sur les préoccupations des personnes atteintes de la maladie. Les discussions en ateliers ont permis d'ébaucher des recommandations canadiennes qui ont ensuite été vues et finalisées en séance.

Cette conférence a été une première canadienne qui, nous l'espérons, a permis de sensibiliser tous les intervenants à cette maladie fréquente mais peu souvent diagnostiquée.

Pour plus d'information sur cette maladie, on peut joindre la Société canadienne de l'hémophilie :

Téléphone : (514) 848-0503 poste 223 ou 1 800 668-2686
Télécopieur : (514) 848-9661
Courriel : chs@hemophilia.ca

Nouvelles

BRÈVES

Rencontre portant sur les inventaires

Le 29 novembre 2002 s'est tenue à Montréal la journée portant sur les inventaires. Cette activité de formation, organisée en collaboration avec le Comité consultatif national de médecine transfusionnelle (CCNMT), s'adressait aux directeurs de banques de sang et aux adjoints au chef technologiste des centres désignés. Ce fut une journée intéressante et bien remplie.

Journée de formation

Une journée de formation pour les chargés de sécurité transfusionnelle s'est tenue à Québec le 27 mars dernier. Les présentations et les discussions portaient sur ce qui entoure la surveillance et le signalement des réactions transfusionnelles.

Maladie de Creutzfeldt-Jakob

Une conférence sur le dépistage de la variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob chez les donneurs de sang s'est tenue à Montréal, du 26 au 28 mars 2003, sous la direction d'Héma-Québec et de la Société canadienne du sang (SCS). La conférence a été l'occasion d'explorer les questions que pourrait soulever – sur le plan scientifique, sur le plan de l'éthique et sur celui de la sécurité, entre autres – l'avènement d'un test de dépistage de la nouvelle variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob. La conférence a également servi à déterminer les principes directeurs sur lesquels se baseront Héma-Québec et la SCS pour l'évaluation des tests de dépistage applicables aux donneurs.

Journée scientifique en médecine transfusionnelle

Le 24 octobre 2003 aura lieu, au Centre des congrès de Québec, la deuxième Journée scientifique en médecine transfusionnelle 2003. Cette journée, organisée par les équipes de médecine transfusionnelle du Centre hospitalier universitaire de Québec, du Centre hospitalier de l'Hôtel-Dieu de Lévis, du Centre hospitalier affilié de Québec et du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, a pour but de réunir les divers intervenants intéressés par la médecine transfusionnelle afin de leur présenter des sujets d'actualité en matière de transfusion sanguine et de leur permettre d'en discuter.

Pour plus d'information, vous pouvez joindre madame Danielle Hallé au (418) 835-7121, poste 3283.

Dans le prochain numéro

Mise à jour sur l'octroi de budgets aux Centres hospitaliers (CH)

La santé publique et les maladies à déclaration obligatoire (MADO)

Le 109 rencontre les présidents du Comité de gestion de l'approvisionnement et du financement (CGAF)

La liste des produits sanguins

Pour vous abonner au bulletin ou obtenir d'autres exemplaires du présent numéro, communiquez avec le Secrétariat du système du sang
Télécopieur : (418) 266-6779
Adresse électronique : systemedusang@msss.gouv.qc.ca

Édition produite par : la Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document peut être consulté dans le site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux à l'adresse suivante : www.msss.gouv.qc.ca/systeme-du-sang

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2003
Bibliothèque nationale du Canada, 2003
ISSN : 1492-2967
© Gouvernement du Québec