

Québec, le 22 septembre 2008

Monsieur Yves Bolduc
Ministre de la Santé et des Services sociaux
Gouvernement du Québec
1075, chemin Sainte-Foy, 15^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

Objet : Avis sur l'instauration d'un système automatisé d'identification des patients dans les centres hospitaliers québécois pour réduire les risques d'erreurs transfusionnelles

Monsieur le Ministre,

Comme nous l'avons souligné dans chacun des rapports annuels transmis au ministre de la Santé et des Services sociaux au cours des dernières années, l'un des principaux risques associés à la transfusion résulte d'erreurs humaines pouvant conduire à l'administration d'un produit sanguin incompatible avec le sang du receveur. En effet, les erreurs d'identification des patients ou de leurs échantillons au moment du prélèvement sanguin et l'absence de confirmation de l'identité du patient au moment de la transfusion comptent parmi les problèmes les plus fréquemment rapportés au système de surveillance québécois. Heureusement, dans la grande majorité des cas, ces erreurs sont découvertes avant la transfusion et n'ont pas de conséquence fâcheuse sur la santé des patients. Toutefois, depuis la mise en place du système de surveillance des risques transfusionnels en 2000, nous sommes à même de constater que 61 cas d'incompatibilité ABO ont été rapportés causant le décès d'une personne et menaçant la vie de 16 autres.

Force est de constater que malgré les efforts soutenus des hématologues responsables des banques de sang et des chargés de sécurité transfusionnelle, encore trop d'erreurs menaçant la santé, voire la vie, des personnes transfusées surviennent. Les multiples étapes de la chaîne transfusionnelle sont tellement complexes que le Comité en conclut que la sécurité du processus de l'acte transfusionnel ne peut reposer uniquement sur les épaules des professionnels. Une recherche spécialement réalisée pour le Comité d'hémovigilance du Québec au cours de la dernière année a démontré que l'utilisation des technologies automatisées d'identification des patients pourrait représenter une partie de la solution et permettre une plus grande sécurité ainsi qu'une meilleure efficacité.

Jusqu'à présent, et de façon récurrente, des millions de dollars ont été investis pour assurer la qualité et la sécurité du produit au niveau du manufacturier : le produit sanguin qui en résulte répond aux plus hauts standards de sécurité. Au Québec, le risque d'être infecté par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) lors d'une transfusion sanguine est actuellement estimé à 1 sur près de 13 millions d'unités transfusées et celui d'être infecté par le virus de l'hépatite C (VHC) est de 1 sur près de 5 millions d'unités transfusées (Héma-Québec, Rapport annuel 2006-2007). En comparaison, on estime, à partir des données du système de surveillance québécois, que la fréquence d'une transfusion d'un produit incompatible est d'environ 1 sur 46 000 unités de produits sanguins transfusées.

C'est donc à l'unanimité que les membres du Comité ont résolu de recommander l'instauration d'un système automatisé d'identification des patients dans les centres hospitaliers du Québec. Il nous apparaît prioritaire d'entreprendre des initiatives qui vont au-delà de la sécurité apportée par le manufacturier. Il est nécessaire de s'assurer que le bon produit soit administré au bon patient.

Pour discuter de cet avis et des autres sujets concernant la sécurité de la transfusion et de la transplantation des cellules, tissus et organes au Québec, les membres du Comité seraient heureux de vous rencontrer.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de nos meilleurs sentiments.

Daniel Tremblay
Président
Comité d'hémovigilance du Québec