

CONSEIL DE L'EUROPE

COMITE DES MINISTRES

Recommandation Rec(2002)11

du Comité des Ministres aux Etats membres

sur le rôle de l'hôpital et du clinicien s'agissant de garantir l'usage optimal du sang et des produits sanguins

*(adoptée par le Comité des Ministres le 10 octobre 2002,
lors de la 811e réunion des Délégués des Ministres)*

Le Comité des Ministres, conformément aux dispositions de l'article 15.b du Statut du Conseil de l'Europe,

Considérant que le but du Conseil de l'Europe est de réaliser une union plus étroite entre ses membres et que ce but peut être poursuivi, entre autres, par l'adoption de mesures communes dans le domaine de la santé;

Considérant que la transfusion de sang et de produits sanguins, qui vise à sauver la vie ou à améliorer la santé du receveur, entraîne parfois accidentellement la transmission d'une maladie ou quelque autre effet secondaire indésirable;

Conscient de l'importance d'utiliser le sang et les produits sanguins disponibles avec le maximum de précaution et de les exploiter au mieux;

Reconnaissant qu'il faut éviter de recourir inutilement, ou de façon inappropriée, à la transfusion de sang ou de produits sanguins;

Reconnaissant le rôle et la responsabilité essentiels des cliniciens dans le traitement des patients, en particulier dans les décisions concernant la transfusion de composants et de produits sanguins, et le recours à des méthodes autres que la transfusion;

Reconnaissant que le développement de la médecine transfusionnelle devrait être encouragé par des Recommandations du Conseil de l'Europe;

Reconnaissant que l'organisation des services de santé et l'administration de soins médicaux restent du ressort des Etats membres;

Reconnaissant que les Etats membres doivent tenir compte, pour remplir les objectifs de cette Recommandation, des dispositions réglementaires et organisationnelles régissant l'administration des soins de santé;

Rappelant ses Recommandations n° R (85) 5 relative à un modèle de programme pour la formation des futurs spécialistes en transfusion sanguine, n° R (88) 4 sur les responsabilités sanitaires dans le domaine de la transfusion sanguine (en ce qu'elle concerne le caractère bénévole et non rémunéré du don de sang), n° R (95) 14 sur la protection de la santé des donneurs et des receveurs dans le cadre de la transfusion sanguine;

Rappelant les lignes directrices et les principes définis dans ses Recommandations n° R (95) 15 sur la préparation, l'utilisation et l'assurance de qualité des composants sanguins et n° R (96) 11 sur la documentation et l'archivage destinés à garantir le suivi du sang et des produits sanguins, notamment dans les hôpitaux;

Se félicitant de la publication des actes de la conférence de l'Union européenne, tenue en 1999, sur le thème «la sécurité du sang dans la Communauté européenne – une initiative pour un usage optimal», et de l'initiative de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur une thérapie de transfusion rationnelle;

Prenant en considération les conseils donnés dans l'annexe à cette recommandation,

Recommande aux gouvernements des Etats membres d'appliquer les principes suivants, au besoin par l'intermédiaire des autorités compétentes concernées:

1. élaborer une politique nationale de médecine transfusionnelle;
2. promouvoir une politique nationale d'enseignement et de formation dans le domaine de l'usage thérapeutique du sang et des produits sanguins;
3. établir des directives sur l'usage thérapeutique du sang et des produits sanguins par des médecins spécialistes de la transfusion conjointement avec les autres parties au processus de transfusion. Elles contiendront des indications fondées sur des données cliniques ou d'autres critères approuvés de la transfusion de sang et de produits sanguins, afin d'assurer la plus grande efficacité et d'éviter les transfusions inutiles;
4. promouvoir la mise en place de structures chargées de faire appliquer les directives nationales d'usage thérapeutique du sang et des produits sanguins;
5. promouvoir la mise en place, au niveau local ou régional, de structures adéquates menant à la création de comités de transfusion hospitalière pluridisciplinaires afin de mettre en oeuvre un système d'assurance qualité pour l'utilisation thérapeutique du sang et des problèmes sanguins;
6. encourager la réalisation d'études sur l'usage thérapeutique du sang et des produits sanguins, en recueillant et en comparant des indicateurs d'usage aux niveaux régional et national;
7. encourager le recours à des solutions de rechange à la transfusion sanguine allogène, et de mettre au point des stratégies de prévention pour réduire la perte de sang;
8. prendre des mesures pour éliminer les gaspillages et les pertes de sang et de produits sanguins dus à des raisons techniques.

Annexe à la Recommandation Rec(2002)11

1. Introduction

La présente annexe formule des conseils sur la manière d'appliquer les principes généraux énoncés dans la recommandation. Il est établi que ces conseils doivent être appliqués en tenant dûment compte de l'organisation et des structures des services de santé dans les Etats membres ainsi que des développements nationaux de la médecine transfusionnelle.

On donne du sang à un patient pour lui sauver la vie ou améliorer sa santé. Ce don inestimable ne doit pas être galvaudé par un usage inutile ou inefficace. Par ailleurs, ce don entraîne aussi malheureusement le risque de transmission d'agents infectieux et de diverses autres complications. Il est donc d'importance primordiale de n'y recourir qu'à bon escient, en s'efforçant d'en maximiser les avantages et d'en minimiser les risques.

Pour optimiser l'utilisation du sang, il faut satisfaire à deux grandes conditions:

1. disposer d'une logistique efficace et de bonnes pratiques de laboratoire, permettant d'éliminer les gaspillages et les pertes dus à des raisons techniques;
2. déterminer les indications cliniques ou fondées sur tout autre critère approuvé de la transfusion de composants sanguins, afin d'assurer la plus grande efficacité et d'éviter des transfusions inutiles.

Limitier les transfusions réduit les risques pour le patient; de plus, certaines solutions peuvent présenter un meilleur rapport coût/efficacité. L'exploitation optimale du sang disponible devrait aider à surmonter les difficultés découlant des pénuries saisonnières de sang et de plasma, et pallier l'insuffisance générale de sang et de produits sanguins dont pâtissent nombre de pays.

Il y a beaucoup à faire pour améliorer les pratiques actuelles. De nos jours, on admet généralement que l'existence de protocoles définissant en détail les pratiques et procédures de fonctionnement normalisés à respecter à toutes les étapes contribue largement à l'assurance de qualité (AQ) et à la qualité de la gestion (QG) de la transfusion sanguine. Cela étant, seul un petit nombre de pays ont élaboré des politiques et des directives concernant l'utilisation thérapeutique du sang et des produits sanguins, et l'on y trouve une très grande diversité.

Pour harmoniser les pratiques de la transfusion sanguine en Europe, il serait souhaitable de définir des recommandations au niveau européen, et que ces recommandations soient adoptées le plus largement possible. Dans ce contexte, il faut souligner l'importance du rôle joué par l'hôpital et par le praticien, quels que soient le niveau et la structure du système de santé et du système de transfusion sanguine du pays (centralisés, régionaux, centrés sur l'hôpital), car ils sont des éléments-clés de l'usage optimal du sang. Leur rôle est tout aussi important en matière de surveillance et d'évaluation de l'usage thérapeutique du sang.

2. L'utilisation thérapeutique du sang et des produits sanguins

2.1 La situation actuelle

A l'heure actuelle, l'usage du sang et des produits sanguins, dans des situations comparables, est extrêmement variable d'un pays européen à l'autre. Souvent d'ailleurs, on manque de renseignements aussi bien sur le processus que sur son résultat. Aussi la pratique médicale actuelle ne satisfait-elle pas aux critères garantissant l'utilisation optimale du sang et des produits sanguins, qu'on peut définir comme le fait d'administrer la bonne quantité du bon produit sanguin au bon moment et au bon patient. Les études menées par le Conseil de l'Europe et d'autres organismes révélant une grande diversité dans la consommation d'érythrocytes, de plasma frais congelé et d'autres produits sanguins et dérivés du plasma. Une raison de cet état de choses est qu'on ne dispose pas de données scientifiques convenables sur les indications médicales imposant la transfusion de sang et de produits sanguins, ni sur le dosage de ces derniers, dans les diverses situations thérapeutiques. Il est donc difficile d'établir des normes concernant l'utilisation et la consommation optimales des ressources sanguines en fonction des disponibilités et de la production. De plus, il y a pénurie d'informations sur les solutions de rechange à l'hémothérapie en Europe - à l'exception de l'autotransfusion -, et l'on n'a pas véritablement établi les moyens médicaux et chirurgicaux et les méthodes préventives propres à réduire la perte de sang. Il sera nécessaire de procéder à davantage d'essais cliniques contrôlés dont les résultats puissent être assimilés et interprétés par méta-analyse.

2.2 Le cadre

La décision de transfuser est prise par l'équipe médicale responsable du patient. Pour ce faire, cette équipe devrait se référer à un cadre constitué des éléments suivants:

1. une politique et des directives clairement formulées au niveau national concernant l'utilisation du sang et des produits sanguins au niveau national;
2. la surveillance et le soutien de comités nationaux, régionaux et locaux et hospitaliers de transfusion sanguine, chargés de faire appliquer et de réexaminer la politique et son fonctionnement effectif;
3. l'existence de solutions de rechange, permettant de minimiser le recours à la transfusion;
4. la formation appropriée de tout le personnel concerné, tant au niveau de l'hôpital qu'à celui du service de transfusion;
5. le suivi et l'évaluation de la politique et des directives nationales, dans le contexte d'un système d'assurance qualité garantissant un approvisionnement sûr et suffisant de sang et de produits sanguins par les banques de sang et leur usage efficace par les praticiens.

3. Politique en matière d'usage thérapeutique du sang et des produits sanguins au niveau national

En fonction du cadre et de la stratégie définis par les programmes nationaux en la matière, chaque Etat devrait élaborer, à l'intention du corps médical, une politique de transfusion sanguine au niveau national. Cette politique devrait viser les grands aspects suivants:

1. l'usage optimal du sang et des produits sanguins au niveau national et au niveau local;
2. la limitation de la transfusion de sang et de produits sanguins aux seuls cas où le médecin l'estime indispensable, après en avoir pesé les avantages et les inconvénients pour le patient. Exiger le consentement informé du patient est une bonne manière de sensibiliser et de responsabiliser à la fois le médecin et le patient;
3. la promotion et la disponibilité de fluides intraveineux de remplacement, de produits pharmaceutiques et de tous moyens de minimiser le recours à la transfusion;
4. l'établissement d'un mécanisme garantissant la mise en œuvre locale des directives nationales qui existent concernant l'usage thérapeutique du sang et des produits sanguins, notamment, l'application de procédures de qualité totale (aux stades de la prétransfusion, de la transfusion, et de la surveillance médicale), l'hémovigilance à toutes les étapes de la transfusion et le suivi de l'utilisation du sang et des produits sanguins. Il conviendrait de recueillir et d'analyser systématiquement des données à ce sujet aux niveaux local et national;
5. engagement de tout le personnel de transfusion à se former en permanence aux meilleures techniques d'utilisation du sang et des produits sanguins et à appliquer les directives;
6. l'harmonisation des pratiques dans tous les aspects liés à l'utilisation thérapeutique du sang et des produits sanguins;
7. la mise en place, dans le cadre du système de santé du pays, de procédures d'évaluation des rapports coût-efficacité et coût-avantages et de la récupération des coûts.

4. Directives sur l'usage thérapeutique du sang et des produits sanguins au niveau national

Des médecins-spécialistes de la transfusion devraient, en collaboration avec les autres parties au processus de transfusion, notamment les principaux utilisateurs (prescripteurs), rédiger des directives complètes sur l'usage thérapeutique du sang et des produits sanguins. Les principaux objectifs en seraient les suivants:

1. établir des protocoles pour chaque étape du processus de transfusion;
2. répertorier les indications thérapeutiques de la transfusion de sang ou de produits sanguins;
3. promouvoir les solutions autres que la transfusion, et tous les moyens de minimiser son utilisation;
4. exiger que tous les dossiers de transfusion soient tenus de manière à faciliter l'hémovigilance et le suivi de l'utilisation de sang et de produits sanguins pour permettre l'amélioration permanente de cette thérapie;
5. définir les procédés d'identification du patient lors du prélèvement de sang;
6. instaurer l'emploi de formulaires normalisés de demande de sang et d'ordonnancement des commandes, pour assurer l'enregistrement de toutes les données nécessaires au contrôle de l'utilisation de sang, tout en sensibilisant les médecins à cet aspect de la transfusion;
7. établir des protocoles de transfusion. Ces protocoles envisageront chaque situation: hémothérapie de patients souffrant de thalassémie et d'hémophilie, auto-transfusion, chirurgie à cœur ouvert, exsanguino-transfusion et autres pratiques ;
8. rédiger des protocoles relatifs aux cas d'urgence et à la gestion des crises.

5. Structures pour l'application de la politique relative à l'usage thérapeutique du sang

Des structures appropriées sont nécessaires pour l'application d'une politique relative à l'usage thérapeutique du sang.

Une approche possible est la mise en place d'un comité sur l'usage thérapeutique du sang, chargé de veiller à l'application d'une politique harmonieuse. Sa composition pourra varier selon la situation locale; toutefois, ses membres devront, dans l'ensemble, être des représentants de rang élevé de toutes les parties concernées par la fourniture et la prescription de sang. Toutefois, pour que ce comité puisse fonctionner convenablement, il est sans doute souhaitable qu'il compte moins de dix membres.

Ces derniers peuvent être, par exemple:

1. un haut fonctionnaire du ministère de la Santé (directeur de la santé publique, directeur du Service de transfusion sanguine, etc.);
2. le président, ou un représentant, de l'organe consultatif national compétent pour les services de transfusion;
3. des représentants de la Société d'hématologie et des sociétés de transfusion sanguine, ainsi que des associations professionnelles des utilisateurs les plus représentatifs (par exemple, anesthésistes, chirurgiens, obstétriciens, oncologues, pédiatres, infirmières, spécialistes de l'hémophilie et de la thalassémie);
4. des représentants des comités de transfusion des hôpitaux;
5. des responsables de l'hémovigilance;
6. des représentants de l'Agence nationale du Médicament;
7. des représentants des ONG concernées (Croix-Rouge, Croissant-Rouge, associations de donneurs de sang, associations de polytransfusés).

6. Services médicaux fournis par les centres de transfusion

Dans tous les grands hôpitaux le service de transfusion sanguine devrait être une unité distincte, disposant d'un personnel spécialisé, de son propre système de gestion et de son propre financement. Toutefois, ce service collabore obligatoirement avec beaucoup d'autres. Par ailleurs, les médecins qui y sont rattachés travaillent souvent aussi dans des établissements qui traitent des patients présentant des troubles hématologiques aigus ou chroniques, ou dont l'état de santé nécessite une aphérèse sanguine. Ils peuvent aussi travailler dans un service d'oncologie, ou dans un service dispensant un traitement anticoagulant ambulatoire, ou opérant des transplantations de moelle osseuse; de façon générale, ils font profiter de leurs compétences les patients ayant besoin d'un traitement hématologique ou d'une hémothérapie. Les sérologistes spécialisés dans la transfusion sanguine peuvent également travailler dans des laboratoires d'immunologie et d'histocompatibilité. En général, les patients polytransfusés présentant un syndrome de thalassémie, d'autres types d'anémie chronique ou divers troubles hémorragiques, héréditaires, sont soignés par un médecin hématologiste expérimenté dans un service interné ou ambulatoire d'un établissement de transfusion.

Pour être efficace, la coopération entre le service de transfusion hospitalier et les médecins spécialistes de la transfusion, d'une part, et les hôpitaux et les médecins praticiens, d'autre part, exige un effort des deux côtés. En particulier, l'élaboration d'une politique et de directives nationales sur l'usage thérapeutique du sang impose une collaboration de toutes les parties.

7. Le comité de transfusion de l'hôpital

7.1 Objectifs et tâches

Il est recommandé d'instituer un comité de transfusion hospitalier (CTH) pluridisciplinaire dans tout hôpital offrant un service de transfusion. Si tel est plus approprié, un comité régional peut également être créé. Ce comité sera chargé d'appliquer la politique et les directives nationales, et de contrôler l'utilisation de sang et de produits sanguins dans son secteur. Ses principales tâches seront:

1. de définir, en se référant aux directives nationales, des politiques de transfusion adaptées aux activités de l'établissement hospitalier concerné;
2. d'effectuer une évaluation régulière des pratiques de transfusion sanguine;
3. de surveiller l'usage thérapeutique du sang en vue de l'optimiser, de prévenir les transfusions inutiles et d'éviter les gaspillages;
4. de favoriser l'introduction de solutions de rechange à la transfusion qui soient plus sûres, et présentent un meilleur rapport coût-efficacité;
5. de prévenir et de traiter précocement les états risquant de rendre nécessaire le recours à la transfusion;
6. de participer à des programmes nationaux de prévention et de gestion des conditions héréditaires entraînant des maladies hématologiques chroniques nécessitant une hémothérapie (hémophilie, hémoglobinopathies, etc.);

7. d'analyser les réactions indésirables à la transfusion sanguine, faire en sorte qu'elles soient signalées au réseau d'hémovigilance et autres autorités concernées, et prendre des mesures correctrices;

8. d'instaurer des programmes de formation continue à l'usage thérapeutique du sang, à l'intention de tous les médecins et infirmiers qui effectuent des transfusions et du personnel du service de transfusion.

Le CTH devrait se composer de représentants de rang élevé du service de transfusion et des services hospitaliers qui recourent fréquemment à la transfusion, en particulier, les services d'anesthésiologie, d'hématologie, de chirurgie, de pédiatrie et de gynécologie obstétrique. Il est recommandé que les infirmiers et le personnel administratif y soient également représentés. Le membre du personnel hospitalier responsable de la fourniture de fluides intravasculaires de remplacement, de produits pharmaceutiques, d'équipement médical et de matériel stérile jetable, pourrait également en faire partie. De plus, un membre de l'équipe de gestion ou un financier, ainsi que des représentants des patients, pourraient y participer. Toutefois, ce comité ne devrait pas être trop nombreux pour fonctionner efficacement. Le CTH devrait être responsable devant le niveau le plus élevé de la direction de l'hôpital.

7.2 Gestion de la qualité

Divers organismes internationaux recommandent de désigner un responsable local de la qualité, qui serait chargé de veiller au bon accomplissement des tâches ci-dessus, avec l'aide et sous le contrôle du CTH. Si l'hôpital dispose déjà d'un système de gestion de la qualité, la gestion de la qualité de l'usage thérapeutique des produits sanguins devrait s'y intégrer.

De plus, le responsable de la transfusion et le CTH devraient définir des procédures normalisées de fonctionnement (PNF), à caractère obligatoire pour le personnel de santé, et effectuer des audits internes pour vérifier le respect des directives et des PNF. Il incombe également aux responsables de la qualité et au CTH d'évaluer l'efficacité et la sécurité des manipulations sanguines et d'en informer les médecins.

Les procédures normalisées de fonctionnement devraient être appliquées tout le long du processus de transfusion sanguine, et, notamment:

1. le système d'identification qui établit le lien entre l'identité du patient, l'opérateur, l'échantillon sanguin pendant toutes les manipulations, le produit sanguin et confirme l'identité du patient originel lors de l'administration du sang. Une importance particulière doit être accordée à la détection des erreurs.
2. à l'administration de sang et de produits sanguins;
3. à la gestion et au suivi des effets indésirables;
4. aux procédures d'urgence;
5. au traitement des unités de sang et de produits sanguins non utilisées;
6. aux conditions de transport et de stockage des produits sanguins à l'extérieur du service de transfusion sanguine;
7. à l'enregistrement circonstancié des démarches ci-dessus et de leurs résultats.

7.3 Enseignement et formation

Pour que la politique nationale soit appliquée efficacement, il faut un programme national d'enseignement et de formation à l'usage thérapeutique du sang. Une politique d'enseignement complète devrait assurer une formation dans tous les secteurs ci-dessous.

1. Niveau universitaire (premier degré et deuxième degré):
 - a. écoles de médecine, hôpitaux universitaires;
 - b. écoles d'infirmiers.
2. Formation en cours d'emploi:
 - a. praticiens des différentes spécialités (en priorité: anesthésistes, gynécologues, chirurgiens, pédiatres, hématologistes);
 - b. infirmiers;
 - c. personnel des services de transfusion.
3. Formation médicale continue:
 - a. en hôpital;
 - b. lors de séminaires ou conférences;
 - c. par des publications.

Il convient d'accorder une attention particulière à la formation et à l'évaluation régulière des compétences du personnel infirmier et des jeunes médecins qui s'occupent plus directement de la transfusion des malades alités. Dans bien des établissements, les transfusions sanguines sont peu fréquentes, et le personnel, ayant rarement l'occasion d'en effectuer, peut être ne pas très au courant des procédures de transfusion à respecter au chevet des patients.

7.4 Surveillance de l'usage thérapeutique du sang

Le Comité national devrait mener, lui-même ou par l'intermédiaire d'un organisme approprié, des études sur l'usage thérapeutique du sang, en recueillant et en comparant des indicateurs d'utilisation au niveau régional et national. Les CTH peuvent effectuer des analyses analogues au niveau local. Les grands indicateurs couramment utilisés sont le nombre d'unités de globules rouges transfusés rapporté au nombre de patients sortis et au nombre de lits. Un certain nombre d'autres indicateurs possibles figurent dans le paragraphe ci-dessous. Les différences que font apparaître ces indicateurs entre centres de soins, hôpitaux et régions peuvent donner une image générale des facteurs qui influent sur l'approvisionnement des établissements de soin de niveau local, régional et national, et montrer où des améliorations sont nécessaires. Une analyse sérieuse doit prendre en compte des facteurs tels que la différence entre les types d'hôpitaux (local, régional ou universitaire).

7.5 Indicateurs annuels d'utilisation de sang et de produits sanguins

Note: Il convient de calculer les indicateurs suivants pour le plasma et les plaquettes, ainsi que pour les érythrocytes.

1. Evaluation de l'utilisation du sang au niveau national

Nombre d'unités de sang transfusées
Nombre d'unités de sang recueillies

Nombre d'unités de sang transfusées
Nombre d'unités de sang distribuées

Nombre d'unités de sang ayant fait l'objet d'une recherche de compatibilité
Nombre d'unités de sang transfusées

Nombre de groupes de sang « O » donnés à des patients du groupe « A » ou du groupe « B »

2. Evaluation de l'utilisation de sang au niveau local

Nombre d'unités de sang transfusées
Nombre d'unités de sang distribuées

Nombre d'unités de sang transfusées
Nombre d'unités de sang prescrites

Nombre de patients/lit
Nombre d'unités de sang/lit
Nombre d'unités de sang/patient
Nombre d'unités de sang transfusées/service hospitalier
Nombre (moyen) d'unités de sang transfusées/catégorie d'indication thérapeutique

3. Utilisation de sang/hôpital/local/régional/universitaire

4. Fourniture de sang par le centre de transfusion au service de transfusion de l'hôpital

Nombre d'unités distribuées
Nombre total d'unités transfusées

5. Gestion des stocks

Nombre d'unités de sang jetées/conditions de stockage
Nombre d'unités de sang jetées/ expiration de la validité

Nombre total d'unités de sang jetées/transport
Nombre de groupes « O » Rh nég. périmés ou transfusés à des patients Rh positifs

6. Rapport coût-efficacité, analyse coût avantage, évaluation de la récupération des coûts

7.6 Le laboratoire de transfusion de l'hôpital: enquête sur les réactions indésirables

Le CTH devrait veiller à ce que le laboratoire de transfusion de l'hôpital enquête soigneusement sur toute réaction indésirable déclenchée par la transfusion de sang ou de produits sanguins et en informe le centre de transfusion producteur. Le LTH coordonne l'enquête locale sur les réactions indésirables, récupère les unités sanguines pour les renvoyer au centre de transfusion, effectue tous les tests de son ressort et collabore avec le laboratoire de microbiologie de l'hôpital et d'autres laboratoires pour faire effectuer les tests complémentaires en fonction de la nature de l'incident. Il exclut les causes possibles de réaction transfusionnelle comme l'incompatibilité ABO et les anticorps plaquettaires et recherche si le problème ne vient pas des réactifs ou du matériel de collecte.

8. Principales indications thérapeutiques de la transfusion de sang et de produits sanguins

- hémorragie (aiguë, chronique);
- anémie (aiguë, chronique) (lorsque les autres thérapies se révèlent inapplicables ou inefficaces);
- chirurgie (à chaud, à froid) traumatismes, brûlures;
- traitement de soutien:
- hémophilie et autres troubles hémorragiques et congénitaux;
- thalassémie et autres hémoglobinopathies;
- déficiences immunitaires (y compris infection par le VIH);
- thrombocytopénie;
- dysfonctionnement de la moelle osseuse;
- transplantations;
- oncologie (tumeurs isolées, leucémie/lymphomes);
- anémie néonatale;
- maladie hémolytique du nouveau-né;
- exsanguino-transfusion;
- thrombocytopenie;
- carence en vitamine K;
- anémies pédiatriques (d'origine nutritionnelle, infectieuse, paludéenne, etc.);
- anémie de la femme enceinte (lorsque les autres traitements se sont révélés inefficaces);
- saignement obstétrique excessif;
- coagulation intravasculaire diffuse;

Solutions de rechange à la transfusion sanguine allogène:

- prévention de l'anémie (femmes enceintes et nouveaux-nés);
- diagnostic prénatal de troubles hématologiques et héréditaires (thalassémie, anémie falciforme, hémophilie, etc.);

- administration d'agents pharmaceutiques (hématinines, érythropoïétine);
- prévention de l'hémolyse due à une carence enzymatique des globules rouges;
- optimisation de l'état nutritionnel, supplémentation en fer;
- transfusion autologue;
- dépôt préopératoire;
- hémodilution préopératoire immédiate;
- récupération du sang en cours d'opération;
- substituts volémiques:
- solutions cristalloïdales;
- solutions colloïdales.

Stratégies de prévention de la perte de sang:

- anticipation de la nécessité de remplacer du sang pour en traiter une anémie existante en visant, non seulement la normalisation de l'hématocrite, mais également la reconstitution des réserves de fer;
- préparation adéquate du patient avant une opération chirurgicale;
- mise en œuvre de stratégies médicales visant à réduire la perte de sang par des procédés tels que la position du patient durant une opération, la température, le mode d'anesthésie, le recours à des antifibrinolytiques et à la réduction des médicaments connus pour favoriser le saignement;
- rationalisation des prélèvements: ceux-ci devraient être effectués en temps opportun et limités au volume minimum - par exemple, quantifiés «pédiatriques»;
- les stratégies de santé publique tendant à prévenir l'anémie nutritionnelle, la consommation excessive de médicaments provoquant des saignements gastro-intestinaux, comme l'aspirine et les AINS, et le traitement des parasitoses entraînant des anémies.

9. Conclusions

Etant donné la diversité observable dans l'utilisation du sang et des produits sanguins selon les pays, ainsi qu'entre les hôpitaux et à l'intérieur des hôpitaux d'un même pays, et l'absence de normes optimales internationalement acceptées, qui définiraient la qualité en termes d'usage approprié des ressources sanguines, il apparaît nécessaire de mettre en œuvre un système de gestion de la qualité entraînant l'engagement et la coopération de toutes les parties au processus de transfusion sanguine. Il faut souligner l'importance, à cet égard, du rôle de l'hôpital et du praticien, ainsi que du personnel infirmier et de tous les autres soignants, s'agissant d'assurer le niveau maximum de qualité, de sécurité et d'efficacité de la transfusion sanguine. Ce système doit s'appuyer sur l'analyse des aspects organisationnels, économiques, éducatifs et cliniques de l'hémothérapie, de ses solutions de rechange à l'hémothérapie et des moyens de prévenir la perte de sang, et définir les tâches et les responsabilités au niveau national et niveau local. L'objectif de ce système est de permettre de disposer de ressources suffisantes de sang utilisable en toute sécurité pour le patient nécessitant une hémothérapie - sans jamais déroger au principe fondamental de recruter et de retenir des donateurs bénévoles non rémunérés.

Documents liés

Réunions

[811 Réunion des Délégués des Ministres / 10 octobre 2002](#)

Documents connexes

[811/6.2b / 10 octobre 2002](#) 