

## POLITIQUE

### Notification écrite aux receveurs de produits sanguins

N° Politique : **POL-050**

Responsable de l'application : Direction des services professionnels

N° Procédure découlant : **PRO-030**

Approuvée par : **Comité de direction**

Date d'approbation :  
**2017-10-24**

Date de révision :  
**2021-10-24**

Destinataires : Personnel médical, personnel des banques de sang et de la médecine transfusionnelle, infirmières, candidates à l'exercice de la profession infirmière (CEPI) et inhalothérapeutes œuvrant au bloc opératoire du CIUSSS de l'Est-de-l'Île de Montréal. Installations : Hôpital Maison-neuve-Rosemont et Hôpital Santa Cabrini

#### 1. CONTEXTE

L'administration de produits sanguins labiles et stables est soumise à des obligations légales et éthiques. Parmi celles-ci, le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS-EMTL) doit mettre en application la notification au receveur de produits sanguins, tel que décrit dans la norme CAN/CSA-Z902-15 Sang et produits sanguins et la norme Transfusion d'Agrément Canada. Ces normes prévoient qu'il doit y avoir une politique et une procédure pour informer les usagers qu'ils ont reçus des produits sanguins et qui comprend l'ajout d'une note à leur dossier. Une lettre du Ministère de la Santé et des Services sociaux vient également détailler les obligations des établissements dans ce dossier. (voir annexe 1).

#### 2. CHAMP D'APPLICATION

Cette politique s'adresse au personnel médical et aux professionnels œuvrant au sein du CIUSSS-EMTL (personnel des banques de sang et de médecine transfusionnelle, infirmières et infirmiers, CEPI et aux inhalothérapeutes œuvrant au bloc opératoire) impliqués dans le processus transfusionnel.

La présente politique et la procédure en découlant :

- visent les produits sanguins labiles et stables ;
- s'appliquent dans tous les milieux de soins où il y a administration de produits sanguins à la clientèle hospitalisée (incluant les usagers de la chirurgie d'un jour) ou à l'urgence ;
- ne s'appliquent pas lors de l'administration de produits sanguins à la clientèle des secteurs ambulatoires du CIUSSS-EMTL ;
- ne s'appliquent pas au programme de prélèvement de sang périopératoire (auto-transfusion).

### 3. OBJECTIFS

Mettre en œuvre une stratégie de notification de l'utilisateur après une transfusion.

### 4. DÉFINITIONS

#### 4.1. Notification

Acte officiel et dans les formes légales par lequel on notifie et informe un usager qu'il a reçu des produits sanguins lors de son hospitalisation au CIUSSS-EMTL.

#### 4.2. Produits sanguins labiles

Sang total ou composant thérapeutique du sang destiné à la transfusion (ex. : globules rouges, granulocytes, plaquettes, plasma etc.).

#### 4.3. Produits sanguins stables

Tout produit thérapeutique dérivé du sang ou du plasma dont la méthode de fabrication prévoit la mise en commun de plusieurs poches (ex. : albumine sérique humaine, immunoglobuline, produits de coagulation etc.).

### 5. ÉNONCÉ

Pour assurer le droit à l'information ainsi que la qualité du processus et de l'information transmise, la notification écrite est prévue pour les usagers hospitalisés et de l'urgence. La lettre de notification est remise à l'utilisateur lors de son congé et la procédure doit être documentée au dossier.

Dans la mesure où l'utilisateur n'a pas été en mesure de consentir lui-même à la transfusion (inapte ou situation d'urgence) et/ou que le consentement a été donné par un tiers, l'utilisateur doit tout de même être informé de la transfusion reçue. Une copie de la lettre doit donc lui être remise, ainsi qu'à son représentant légal, le cas échéant. Pour la clientèle mineure, les mêmes règles que celles en vigueur pour le consentement aux soins s'appliquent. La procédure associée à la présente politique (PRO-030) détaille le processus à suivre pour procéder à la notification.

### 6. RÔLES ET RESPONSABILITÉS

#### 6.1. Direction des soins infirmiers

**Direction des services professionnels**

**Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées**

**Direction du programme jeunesse**

Elles ont la responsabilité de s'assurer que la présente politique et la procédure associée soient connues et correctement appliquées par l'ensemble du personnel de leur directeurat ou de leur équipe respective. Elles doivent implanter les mesures correctives nécessaires lors d'audits révélant des non-conformités au niveau de l'application de la politique et procédure.

#### 6.2. Programme de biologie médicale

Le programme de biologie médicale est responsable de s'assurer que des audits soient effectués afin de valider que la notification est réalisée conformément à la politique et à la procédure associée. Il est également responsable d'assurer un retour d'information aux instances concernées pour que des correctifs soient apportés, le cas échéant.

## **7. ÉLABORATION, RÉDACTION ET MISE À JOUR DE LA POLITIQUE**

### **7.1. Grappe Optilab Montréal CHUM**

Responsable de l'élaboration, de la rédaction et de la mise à jour de la politique.

### **7.2. Direction des services professionnels**

**Direction des soins infirmiers**

**Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées**

**Direction du programme jeunesse**

Directions ayant participé à l'élaboration, la rédaction et la mise à jour de la politique.

### **7.3. Direction des ressources humaines, communication et affaires juridiques Comité des pratiques professionnelles**

Direction et comité ayant agi à titre de partenaires

### **7.4. Calendrier de révision de la politique**

La présente politique devra être révisée tous les 4 ans ou plus rapidement en fonction des besoins.

## **8. RESPONSABLE DE LA MISE EN APPLICATION**

### **8.1. Direction des services professionnels**

**Direction des soins infirmiers**

**Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées**

**Direction du programme jeunesse**

Responsables de la mise en application de la présente politique.

## **9. ENTRÉE EN VIGUEUR**

La présente politique entre en vigueur le jour de son adoption par le comité de direction et annule, par le fait même, toute autre politique en cette matière adoptée antérieurement dans l'une ou l'autre des installations administrées par le CIUSSS-EMTL.

## **10. ANNEXE(S)**

**Annexe 1 :** Lettre de la Direction générale des services de santé et médecine universitaire du MSSS : 17-MU-00023-01 (9 mai 2017)

### **Annexe 1**

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 9 mai 2017

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Mesdames,  
Messieurs,

L'administration des produits sanguins labiles et stables est soumise à des obligations légales et éthiques. Agrément Canada a donc inclus des validations spécifiques au consentement et à la notification dans le cadre des visites d'agrément du service transfusionnel.

Conformément à la norme CAN/CSA-Z902-15 Sang et produits sanguins, il a été convenu qu'Agrément Canada validera désormais les éléments suivants au Québec :

*Consentement*

- L'établissement doit avoir une politique et des procédures en vigueur pour le consentement.
- L'établissement doit faire des audits pour s'assurer que le consentement est obtenu conformément aux politiques et procédures.
- L'établissement doit évaluer le respect de la politique et des procédures et faire un retour d'information aux instances concernées pour que des correctifs soient apportés, le cas échéant.

*Notification*

- L'établissement doit avoir une politique et des procédures en vigueur pour la notification. Dans celles-ci, la notification présumée pourrait être considérée comme acceptable lorsque l'utilisateur est conscient lors de l'administration du produit. Le processus doit être défini différemment pour un usager inconscient.
- L'établissement doit faire des audits pour s'assurer que la notification est réalisée conformément aux politiques et procédures.
- L'établissement doit évaluer le respect de la politique et des procédures et faire un retour d'information aux instances concernées pour que des correctifs soient apportés, le cas échéant.

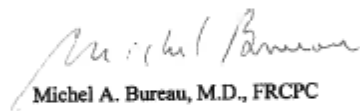
... 2

*Imputabilité du consentement et de la notification*

Bien que l'obtention du consentement et la notification du receveur soient validées auprès des services transfusionnels par Agrément Canada, le respect de ces activités relève de l'établissement dans son ensemble. L'imputabilité du non-respect des exigences doit aussi être impartie à l'instance responsable. En effet, comme l'obtention du consentement relève de la pratique médicale comme décrit aux articles 28 et 29 du Code de déontologie des médecins du Québec, le non-respect de cette exigence devrait être soumis au conseil des médecins, dentistes, et pharmaciens de votre établissement ou au directeur des services professionnels. De la même façon, la responsabilité de la notification doit mener, le cas échéant, à des démarches correctives auprès des équipes imputables.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre associé,



Michel A. Bureau, M.D., FRCPC

c. c. Directeurs des services professionnels  
Hématologues responsables de banque de sang  
Présidents des comités de médecine transfusionnelle  
Présidentes-directrices générales adjointes, présidents-directeurs généraux adjoints des  
établissements publics de santé et de services sociaux  
M. Charles Bernard, Collège des médecins du Québec  
M. Michel Fontaine, MSSS

N/Réf. : 17-MU-00023-01