

# Le refus de transfusion sanguine vu par le médecin

**André LIENHART**

**Anesthésiste-Réanimateur  
Médiateur médical**



**Conflits d'intérêt (non rémunérés)**

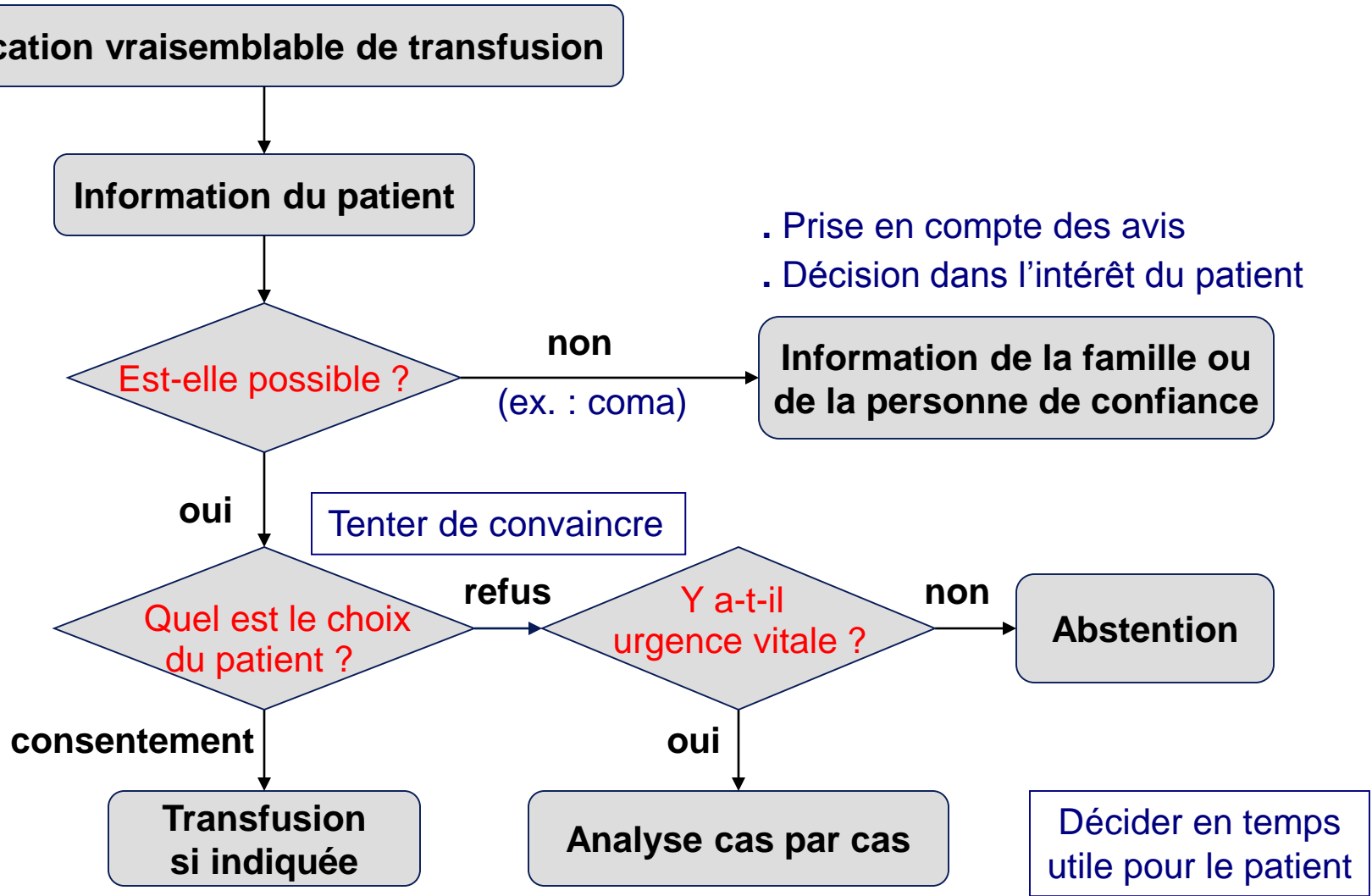


**Groupe de travail**

**« indication de la transfusion de  
globules rouges »**



**Commission Nationale  
des Accidents Médicaux**



- . Alternative ? Proportionnalité ?
- . Justifier dans le dossier la décision (de transfuser ou de ne pas transfuser)

# Témoins de Jéhovah : les pièges

---

## Éviter :

- de ne pas tenir compte de leur souhait
- de ne pas les considérer individuellement
- de faire des promesses dont on n'est pas sûr qu'elles pourront être tenues
- de cacher ce qu'on fait
- de considérer qu'un papier peut « couvrir »
- de ne considérer le problème qu'une seule fois

# Les attitudes recommandables

---

- Éviter les ghettos
- Rendre possible la généralisation

# **Le consentement et le refus en transfusion :**

## **Que dire, que faire ?**

---

- En consultation**
- Face à l'urgence**

# Que dire, que faire ?

---

- **En consultation**
- Face à l'urgence

# L'information sur la transfusion

---

- **Si elle a une certaine probabilité**
- **Ses avantages avant ses risques**
- **Discussion**
  - **souvent simple**
  - **parfois plus difficile : avoir compris l'argumentaire**

# Le refus persistant de transfusion

---

- **Le noter et en informer l'équipe**
- **Mettre en œuvre les moyens de le respecter**
  - **Environnement technique**
    - équipe chirurgicale
    - radiologie interventionnelle
    - logistique d'approvisionnement
    - cell-saver parfois accepté
    - réanimation
  - **Les techniques et les médicaments**
    - fer, EPO, pas d'anticoagulants (prévenir du risque)
    - acide tranexamique
    - remplissage (-> hémodilution)
- **Parfois, selon les cas**
  - abstention de l'acte hémorragique
  - proposition d'un établissement mieux équipé



# L'anticipation ne se limite pas aux seuils

---

- **Choix des structures**
  - embolisation ?
  - réanimation ?
  - proximité d'une banque du sang ?
  
- **Choix des techniques**
  - anesthésie-réanimation
  - chirurgie, obstétrique...

# L'information sur l'urgence vitale

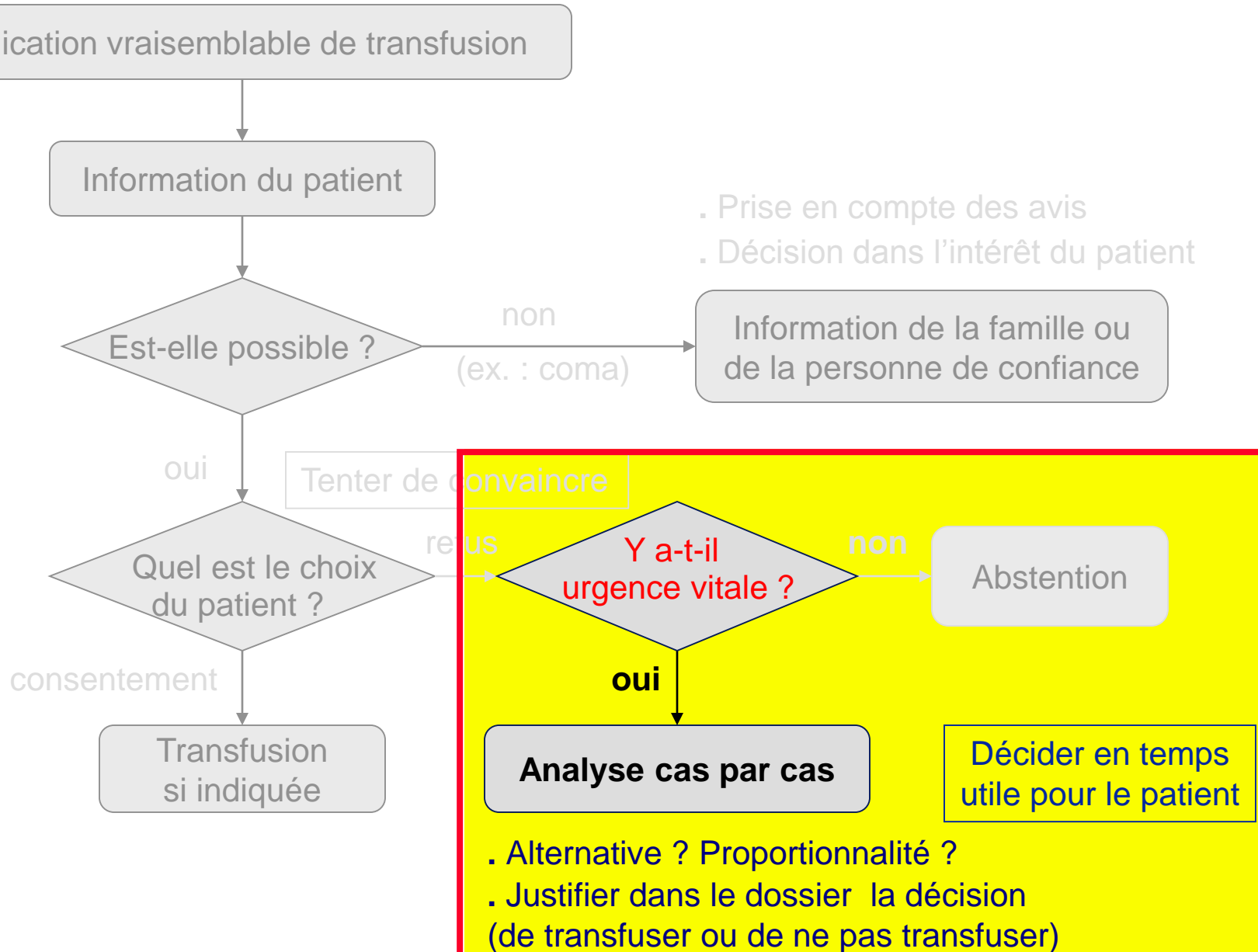
---

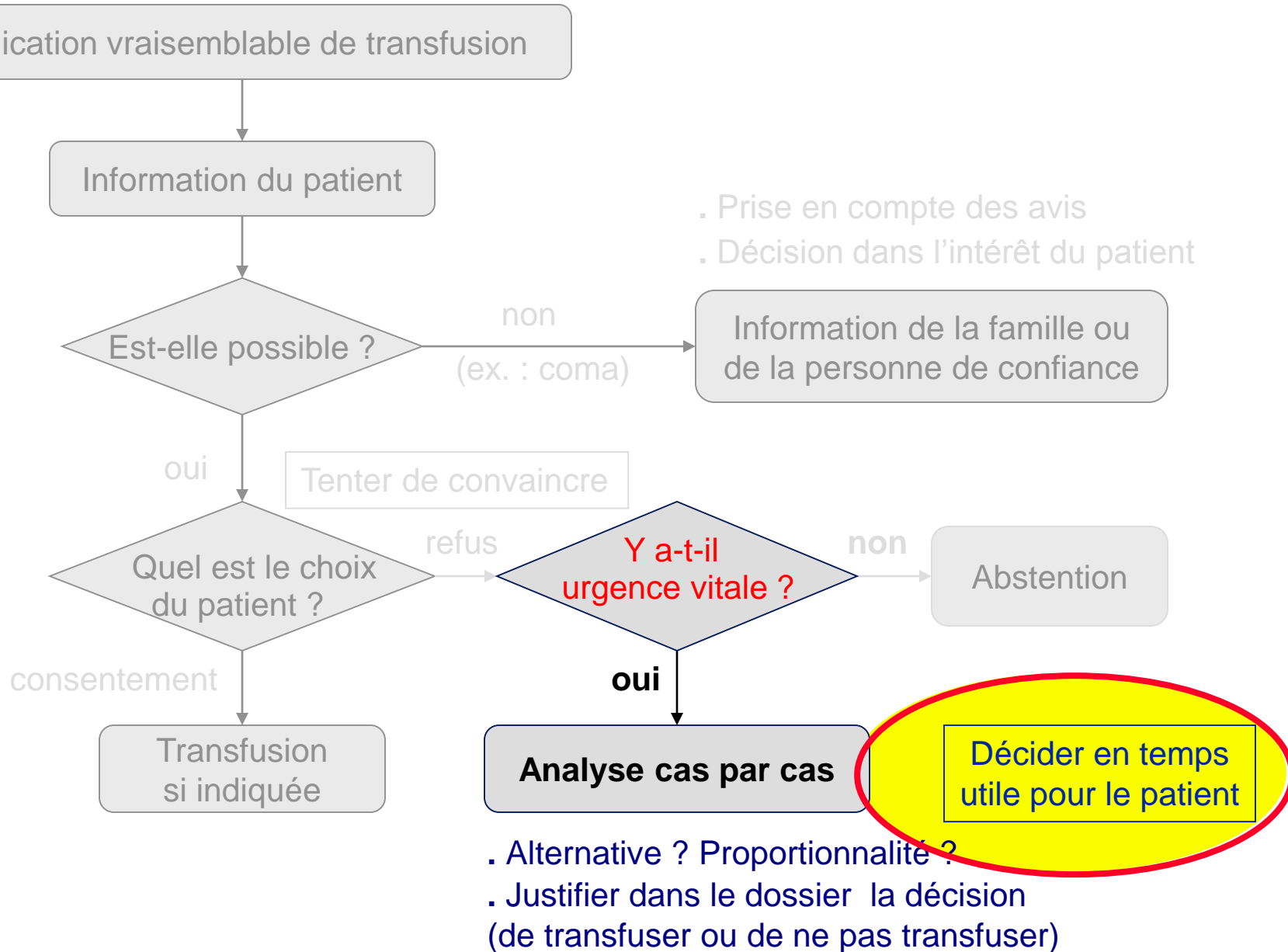
- **En consultation d'anesthésie**
  - évaluation de son risque réel
  - indiquer les moyens mis en œuvre
  - ne pas promettre ce qu'on n'est pas sûr de pouvoir tenir
  - ce qui diffère de : « *on transfusera si nécessaire* »
  - indiquer que rien ne sera caché (incluant l'AG)
  - résumer l'entretien dans le dossier médical
- **Après ?**
  - le patient vient se faire opérer ou pas
  - il existe un délai réglementaire pour cette consultation

# Que dire, que faire ?

---

- En consultation
- **Face à l'urgence**





# La décision en cas de dilemme

---

## Problème ancien

- L'erreur serait de ne rien décider
    - même s'il n'y a pas de bonne solution
    - du moins *a priori*
  
  - Mais il faut savoir
    - qu'on peut être amené à devoir se justifier
    - au moins *a posteriori*
- Importance du dossier médical  
et du respect de la procédure

# La décision en cas de dilemme

L'âne, à force de ne pas choisir entre sa faim et sa soif, finit par mourir des deux

« *Isosthénie volontaire* »



Apologue attribué à Buridan  
Recteur de l'université de Paris (1328)

cf. Villon, Brassens

# Attendre la perte de conscience ?

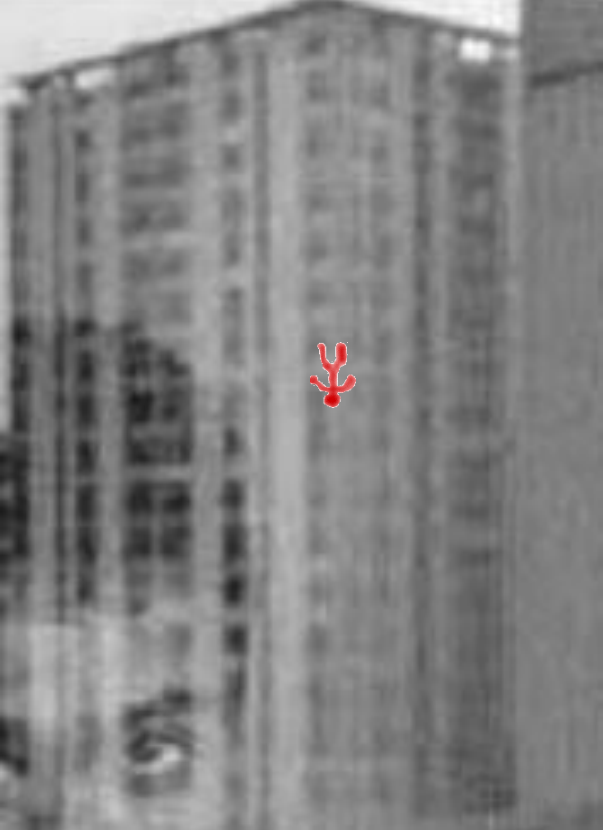
---

- **Ne résout pas le problème éthique/juridique**
  - la volonté de la personne est connue
  - l'apparente facilité se retourne contre le médecin
  
- **Ne résout pas le problème médical**
  - perte de conscience et mort sont trop proches
  - la décision doit être prise à temps

→ **Anticipation**



# Illustration des « seuils »



« Jusqu'ici,  
tout va bien... »  
(Mathieu Kassovitz)

Étage

[Hb] (g/dl)

15
14
13
12
11
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0



Transfusion avant 1990



Transfusion conseillée



Limite habituelle de tolérance



Perte de conscience



Derniers survivants



Logistique

# Résumé

---

- **Tout a-t-il été mis en œuvre pour éviter la transfusion ?**
- **Tout a-t-il été fait pour tenter de convaincre le patient ?**
- **N'existe-t-il pas d'alternative thérapeutique ?**
- **Le traitement est-il proportionné à l'état du patient ?**



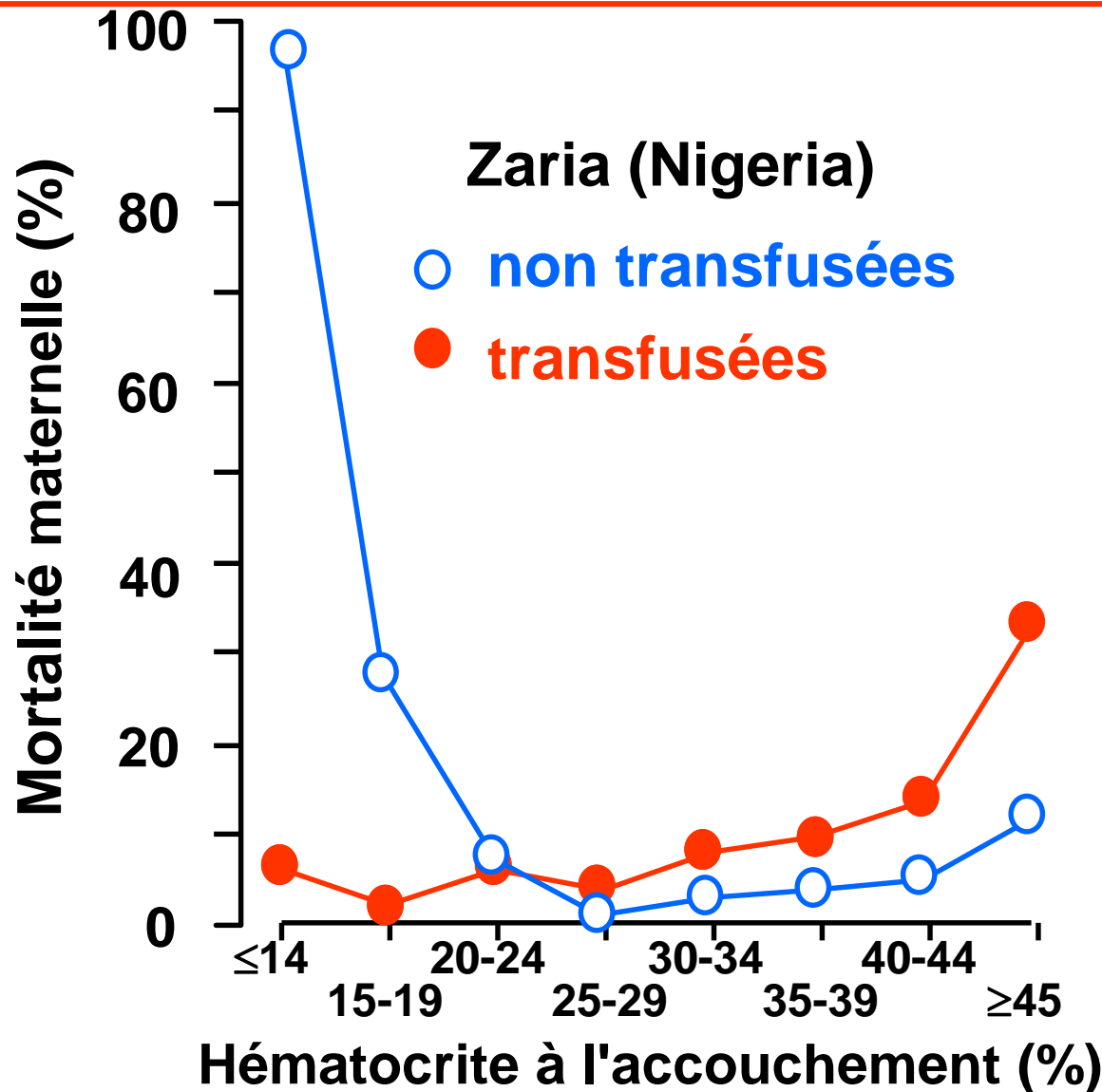
Exposition  
internationale  
surréaliste  
Paris, 1938

# Les limites de l'anémie

## données de la littérature

Hb (g/dl)	Ht (%)	Donnée	Référence
1,4	3,7	Valeur la plus basse publiée avec survie sans transfusion (sous coma et hypothermie induits)	<i>Brimacombe, 1991</i>
4		Seuil critique du transport de l'O <sub>2</sub> chez un patient (décédé à 1,6 g/dl)	<i>van Woerkens, 1991</i>
5		Seuil peranesthésique d'apparition d'anomalies du segment ST chez des sujets ASA I ou II	<i>Singbartl, 1992</i>
5		Seuil périopératoire de surmortalité chez les témoins de Jéhovah non cardiaques dans la littérature 1970-1993	<i>Viele, 1994</i>
(≈ 6)	20	Seuil à partir duquel la mortalité diminue par transfusion (Nigeria)	<i>Harrison, 1985, 1988</i>
8		Taux préopératoire à partir duquel apparaît une surmortalité chez les témoins de Jéhovah si le saignement dépasse 500 ml	<i>Carson, 1988</i>

# Mortalité maternelle et taux d'hématocrite



## Conclusion d'une juriste

---

*« Il serait déraisonnable de dicter au médecin une conduite systématique et nous croyons préférable d'admettre qu'il a un droit à résoudre en conscience le conflit de devoirs qui se présente à lui. Nous voyons mal qu'on lui impute une faute à avoir opté dans tel ou tel sens sauf à nier l'essence de l'activité médicale. »*