

[Texte]

The Chairman: Just another question, which is sort of unrelated. We are firing them at you today.

From the time blood is taken until it is administered, do you have any idea of the shrinkage involved? For example, physicians will order blood but never administer it. It is left on wards, though not as much as it used to be. Is there an inefficiency in the system in that manner? In other words, are we losing a valuable product through lack of organization or carelessness or lack of knowledge?

Dr. Pinkerton: I cannot give you the precise figures. The wastage figures are in the Red Cross's annual reports. In our own centre, even the wastage by hospital is recorded. It is a comparatively small figure. It is certainly less than 5%.

It depends on the product, too. The longer the shelf-life, the less chance there is of wastage. The shorter the shelf-life, the more chance there is of wastage.

The Chairman: Do you know if the Canadian Hematology Society was consulted by the Red Cross in 1984 or 1985 concerning the possibility of the transmission of AIDS and the dangers?

Dr. Pinkerton: There was no direct consultation between the Red Cross and the Canadian Hematology Society.

The Chairman: Or the CBC and the Hematology Society?

Dr. Pinkerton: There was a nominee from the Canadian Hematology Society on the Canadian Blood Committee's advisory committee, presumably there to act as an adviser to the CBC and presumably a conduit for information back to the Canadian Hematology Society, but I don't know what the interchanges were. As I mentioned, I've never been a member of the executive committee of the Canadian Hematology Society.

• 1040

Mr. Pagtakhan: Dr. Pinkerton, in relation to the frequency of risk of failure to detect, you indicated 1 in 200,000 to 1 in 300,000. It would appear to be a very low rate of failure indeed. Could you tell the committee how a unit of blood could infect a pool of blood? In other words, if you have 1 in 300,000 donations, how many units of blood are pooled such that if you had only one unit infected it does not make a difference if it is 300,000, if in fact that unit of blood could have an impact on the 300,000 donations? I would imagine not, but could you give us a little sense of how a unit of blood could find its way through blood products, etc., notwithstanding the availability of the heat treatment?

Dr. Pinkerton: The average number of components made from a unit of blood is probably three, so there are three pathways down which an infected unit could reach a recipient. One of these putative pathways might be factor VIII concentrate, so that when you say 1 in 300,000 per donation you might be saying 1 in 100,000 per transfusion.

Mr. Pagtakhan: That was what I was trying to get from you.

Dr. Pinkerton: I have stuck with donation because I do not know how many fractions are made from any given donation.

[Traduction]

Le président: Juste une autre question, qui n'est pas tellement en rapport avec cela. Nous vous bombardons de questions aujourd'hui.

À partir du moment où le sang est prélevé jusqu'à ce qu'il soit administré, avez-vous une idée des pertes encourues? Par exemple, il arrive que des médecins commandent du sang mais ne l'administrent pas. Le sang reste là, mais cela se produit moins souvent que dans le passé. Le système présente-t-il donc une certaine inefficacité? Autrement dit, perdons-nous un produit de grande valeur à cause d'un manque d'organisation, de négligence ou d'un manque de connaissances?

Dr. Pinkerton: Je ne peux vous donner des chiffres précis. Les chiffres concernant les pertes figurent dans le rapport annuel de la Croix-Rouge. Dans notre propre centre de transfusion, on enregistre même les pertes par hôpital. C'est un chiffre comparativement faible. Il est certainement inférieur à 5 p. 100.

Cela dépend également du produit. Plus la durée de conservation est longue, moins il y a de chances de gaspillage et inversement.

Le président: Savez-vous si la Société canadienne d'hématologie a été consultée par la Croix-Rouge en 1984 ou 1985 à propos de la possibilité de transmission du sida et des dangers?

Dr. Pinkerton: Il n'y a pas eu de consultations directes entre la Croix-Rouge et la Société canadienne d'hématologie.

Le président: Ou entre le Comité canadien du sang et la Société canadienne d'hématologie?

Dr. Pinkerton: Il y avait un représentant de la Société canadienne d'hématologie qui siégeait au Comité consultatif du Comité canadien du sang, probablement à titre de conseiller auprès du CCS et probablement pour retransmettre l'information à la Société canadienne d'hématologie, mais je ne sais pas quels ont été les échanges. Comme je l'ai déjà mentionné, je n'ai jamais été membre du comité de direction de la Société canadienne d'hématologie.

M. Pagtakhan: Docteur Pinkerton, en matière de fréquence du risque de non-détection, vous avez parlé de 1 sur 200 000 à 1 sur 300 000. Il semblerait qu'il s'agisse là d'un taux d'échec très faible. Pourriez-vous dire aux membres du comité comment une unité de sang pourrait contaminer un réservoir de sang? Autrement dit, si vous avez un don sur 300 000, combien d'unités de sang sont regroupées de façon telle que si vous aviez une seule unité contaminée, cela ne fait pas de différence s'il s'agit de 300 000, si en fait cette unité de sang pourrait avoir des répercussions sur les 300 000 dons? J'ose imaginer que non, mais pourriez-vous nous expliquer un peu comment une unité de sang pourrait se retrouver dans des produits sanguins, etc., nonobstant la disponibilité du traitement thermique?

Dr. Pinkerton: En moyenne, on tire trois composants d'une unité de sang, si bien qu'il existe trois voies par lesquelles une unité contaminée pourrait injecter quelqu'un. L'une de ces voies présumées pourrait être un concentrat de facteur VIII, si bien que lorsque vous mentionnez 1 sur 300 000 par don, vous pourriez dire 1 sur 100 000 par transfusion.

M. Pagtakhan: C'est ce que j'essayais de vous faire dire.

Dr. Pinkerton: J'ai mentionné par don parce que je ne sais pas combien de fractions sont tirées d'un don donné.