
RAPPORT SUR LA SIMULATION ONTARIENNE DE PÉNURIE DE SANG DE 2018



2018

Table des matières

Résumé.....	3
Contexte.....	4
Méthodologie.....	4
Outil de communication pour la gestion des urgences	5
Communication aux hôpitaux	5
Évaluation de l'exercice	6
Résultats – Hôpitaux participants	6
Répondants.....	6
Plan interne d'urgence pour la gestion des pénuries de sang.....	6
Détails des plans internes	6
Catégorisation des demandes.....	7
Gestion des stocks.....	8
Communications internes.....	8
Communications entourant la simulation	9
Avant l'exercice de simulation	9
Pendant la simulation	9
Outil de communication pour la gestion des urgences	10
Retour sur l'exercice	11
Résultats – Participants de la Société canadienne du sang	11
Résultats – Réponses au sondage des membres du Comité ontarien de gestion d'urgence des réserves de sang	13
Discussion.....	14
Communications	14
Délai de transfusion / de catégorisation.....	15
Gestion des stocks	17
Recommandations	17
Hôpitaux.....	17
SCS.....	17
MSSLD/COGUS	17
Annexes.....	19
Annexe A : Commentaires sur les principaux objectifs d'apprentissage ou sur les lacunes cernées en cours d'exercice	19
Annexe B : Autres commentaires	24
Annexe C : Tableau comparatif – Simulations ontariennes de pénurie de sang - Recommandations*	28

Résumé

En février 2017, la dernière version du Plan ontarien d'urgence pour la gestion des pénuries de sang (le « Plan ontarien », version 3) a été distribuée dans les hôpitaux. Un exercice de simulation a eu lieu pour évaluer les changements apportés dans cette version du Plan. Les pénuries de sang sont classées selon un code couleur en fonction de leur gravité. La phase verte indique que les stocks sont à un niveau optimal; à la phase jaune, les besoins non urgents de certains patients peuvent être affectés; à la phase rouge, une pénurie grave limite le stock aux situations où le pronostic vital est engagé.

Cette simulation provinciale portait sur une pénurie de globules rouges. Tous les hôpitaux de l'Ontario ont été invités à y participer. Plusieurs séances d'information ont aidé le personnel hospitalier à se préparer à l'exercice.

Le Comité ontarien d'urgence de gestion du sang (COUGS) s'est réuni le 15 mai avant que la Société canadienne du sang (SCS) envoie le lendemain matin (16 mai) un avis de pénurie. La SCS a envoyé l'avis par télécopieur et par courriel. La simulation a duré une trentaine (30) d'heures pendant lesquelles les hôpitaux ont été invités à simuler une catégorisation des demandes de globules rouges. Dans le cadre de l'exercice, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a évalué la possibilité de recourir à l'outil provincial de communication pour la gestion des urgences (OCGU) dans de telles circonstances. Le 17 mai en après-midi, la SCS a envoyé un avis aux hôpitaux pour signaler la fin de la simulation.

Cent-soixante-treize (173) personnes représentant 139 hôpitaux ont répondu au sondage qui a suivi la simulation pour signaler leur participation et transmettre leurs commentaires sur l'exercice. Quarante-cinq pour cent (45 %) des répondants étaient membres du comité hospitalier d'urgence de gestion du sang de leur établissement. Quatre-vingt-quatorze pour cent (94 %) des répondants ont dit que leur hôpital avait un plan interne pour les guider en cas de pénurie, et 78 % de ces plans avaient été mis à jour à la publication de la dernière version du Plan ontarien.

Soixante-dix-neuf pour cent (79 %) des hôpitaux ont en place un plan de redistribution des composants en période de pénurie de sang. Les répondants ont fourni une liste de mesures à prendre pour diminuer l'utilisation du composant affecté. Quarante-huit pour cent (48 %) des répondants ont rapporté les résultats de leurs décisions de catégorisation simulée. L'emploi de globules rouges reporté représentait 75 % de l'emploi moyen pour la même période.

La transmission de l'avis de la SCS aux hôpitaux par télécopieur a causé des délais à certains endroits. La SCS cherche des moyens d'améliorer la situation. Le recours à l'OCGU a suscité de la confusion, parce que la plupart des participants ignoraient jusqu'alors l'existence de cet outil. Quatre-vingt-trois pour cent (83 %) des répondants hospitaliers ont indiqué qu'ils voulaient faire une réunion de suivi interne pour cerner les améliorations requises. Quatre-vingt-huit (88 %) des répondants ont dit que leur hôpital ne planifiait pas organiser leur propre exercice, et 91 % ont trouvé l'exercice provincial très utile.

Voici les points d'amélioration déterminés à la suite de cet exercice :

- La réception des avis de la SCS devrait se faire en temps utile et de façon uniforme
- Tous les hôpitaux ontariens dotés d'un service de médecine transfusionnelle devraient avoir un plan de gestion des soins en cas de pénurie de sang qui reprend les éléments du Plan ontarien d'urgence pour la gestion du sang, y compris une procédure de redistribution et un mécanisme de rapport à la SCS sur ses stocks, au besoin
- Les plans de communication interne de l'hôpital (en cas de pénurie de sang) doivent être régulièrement revus et mis à jour
- Il faut motiver davantage les médecins à sensibiliser le personnel aux pénuries de sang et à s'y préparer
- Il faut déterminer comment les recommandations et avis du COUGS seraient transmis avec rapidité et efficacité aux cliniciens responsables de la catégorisation des demandes pour assurer une approche uniforme
- Des précisions sur la place de l'OCGU en situation de pénurie de sang sont nécessaires

Plusieurs recommandations ont fait suite à l'exercice. Elles se trouvent à la page 17 du présent rapport.

Contexte

C'est la Société canadienne du sang (SCS) qui approvisionne les hôpitaux en composants et produits sanguins. Les laboratoires des services de médecine transfusionnelle en gardent un stock suffisant pour fournir du sang à leurs patients même si la demande est supérieure à la moyenne. Ce « coussin » leur offre aussi une certaine protection en période de baisse des réserves à la SCS et assure un stock suffisant pour le maintien de leurs activités habituelles.

Pour soutenir les hôpitaux en cas de pénurie grave de sang, des plans ont été mis au point : ils guideront les professionnels de la santé obligés de gérer des quantités limitées de sang et en minimiseront les répercussions négatives sur le devenir des patients. Le Plan ontarien d'urgence pour la gestion des pénuries de sang (1) a été élaboré et transmis aux hôpitaux en 2008. Peu après, en 2010, un Plan national (2) a été publié. Ces plans ont tous deux été mis à jour après des exercices de simulation et de révision. La version la plus récente du Plan national se trouve [ici](#), alors que celle du Plan ontarien se trouve [ici](#). Les deux plans ont recours à un code couleur pour qualifier les phases qui déterminent la gravité de la pénurie. La phase verte signifie que les stocks sont de niveau optimal et que les activités habituelles peuvent se poursuivre. La phase jaune signifie que les niveaux de stocks ont baissé et que les hôpitaux pourraient devoir réduire leurs niveaux de stock cibles; si la phase jaune se prolonge, les établissements pourraient devoir réduire leur utilisation du composant sanguin affecté. Quant à la phase rouge, elle indique que le niveau des stocks est dangereusement bas et que le sang doit être réservé aux patients dont le pronostic vital est menacé.

Dans chacun de ces deux plans, on recommande à tout hôpital qui gère des composants ou produits sanguins d'avoir en place son propre plan de gestion des réserves en cas de pénurie de sang qui détaille les mesures à prendre dès la réception d'un avis de pénurie de sang en provenance de la SCS. Le plan de l'hôpital doit préciser qui doit être averti, qui sera responsable de gérer les stocks, qui catégorisera les demandes de sang à leur réception et comment les mises à jour circuleront pour en informer toutes les personnes concernées. Le Réseau régional ontarien de conservation du sang (RRoCS) offre une trousse d'outils (3) qui aidera les hôpitaux à rédiger leur propre plan interne et à y inclure tous les éléments nécessaires. <http://transfusionontario.org/fr/documents/?cat=gestion-du-sang-en-situation-durgence>

Pour assurer la bonne exécution des plans, il est opportun d'en vérifier l'efficacité lors d'exercices de simulation. On a pu conclure des réponses reçues après l'exercice provincial de 2014 que la plupart des hôpitaux (96 %) n'organisent pas leur propre simulation interne de pénurie de sang (4). En conséquence, le Groupe de travail sur la planification des mesures d'urgence de l'Ontario, sous-comité du Comité ontarien d'urgence pour la gestion du sang (COUGS) qui a rédigé et qui met à jour le Plan ontarien d'urgence pour la gestion des pénuries de sang, a le mandat d'organiser et de tenir régulièrement des exercices de simulation.

Méthode

Des simulations de pénurie de sang avaient déjà eu lieu en Ontario en 2010 et 2014. En 2018, après la publication de la 3^e version du Plan ontarien, une troisième simulation a eu lieu pour évaluer les changements faits au Plan et pour donner aux hôpitaux une autre occasion d'appliquer leur propre plan interne de gestion des pénuries de sang.

Un petit groupe de travail a été formé pour élaborer le scénario et le calendrier de la simulation ontarienne de pénurie de sang de 2018. Des représentants de la SCS, du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD), du RRoCS et des hôpitaux en faisaient partie. Un plan de travail détaillé a été rédigé pour faciliter les préparatifs.

Selon la mise en scène, la contamination d'un lot de solution SAGM (saline-adénine-glucose-mannitol) ajoutée aux culots globulaires avait entraîné une baisse soudaine et grave des stocks de globules rouges seulement. Les hôpitaux ont été avertis qu'environ la moitié de leur stock interne et quasiment tout le stock des centres de services de la SCS qui approvisionnaient les hôpitaux ontariens étaient affectés. La simulation de pénurie a duré environ 30 heures, temps nécessaire en réalité pour que les stocks puissent être remplacés par ceux d'autres centres de la SCS qui n'avaient pas été contaminés et distribués aux hôpitaux.

Plusieurs séances de formation ont eu lieu pour aider les hôpitaux participants à se préparer à la simulation. On y a passé en revue les objectifs, les attentes et le scénario d'ensemble de la simulation; les intervenants des hôpitaux ont pu poser des questions à ceux qui planifiaient l'exercice. Un document contenant ces questions et réponses a par la suite été affiché sur le site Web [transfusionontario.org](http://transfusionontario.org/fr/download/questions-et-reponses-liees-aux-seances-de-formation-par-webinaire/) afin de diffuser le dialogue amorcé lors des séances de formation

Outil de communication pour la gestion des urgences

Un des changements à la version 3 du Plan ontarien était le recours à un outil de communication lancé par la Direction de la gestion des situations d'urgence du MSSLD, connu sous le nom d'Outil de communication pour la gestion des urgences (OCGU). Une courte [vidéo de 9 minutes](#) fait un survol de l'outil et offre des renseignements complémentaires.

L'OCGU a été mis en place comme moyen efficace de partager rapidement de l'information sur tout événement émergent à l'échelle de la province. Le personnel de gestion des urgences des hôpitaux de toute la province est relié par cet outil et peut transmettre de l'information en situation d'urgence, dans son propre établissement au moyen des mécanismes de communication interne de l'hôpital. Les planificateurs de la simulation de 2018 ont décidé de profiter de cette occasion pour sensibiliser les intervenants des hôpitaux à l'existence de cet outil. C'était aussi une occasion de vérifier l'utilité de l'outil en situation de pénurie de sang. Les gens qui se servaient de l'OCGU ont été informés à l'avance que l'outil servirait pendant la simulation de pénurie de sang. Les noms des utilisateurs de l'OCGU dans chaque établissement ont été fournis au personnel du Service de médecine transfusionnelle (SMT) pour aider à établir un lien entre ces intervenants. On espérait ainsi favoriser la communication entre les utilisateurs de l'OCGU et le personnel du SMT avant la simulation pour les inciter à communiquer entre eux pendant l'exercice. Au moment de la simulation, 14 des 155 hôpitaux de la province environ ne s'étaient pas encore inscrits au système de l'OCGU.

Communication aux hôpitaux

Le MSSLD a fait parvenir aux directions des réseaux locaux intégrés de services de santé (RLISS) une lettre pour leur dire qu'un exercice de simulation à l'échelle de la province allait avoir lieu. La simulation visait à vérifier l'efficacité des plans de gestion de pénurie de sang; tous les hôpitaux étaient encouragés à y participer. Les directions des RLISS ont ensuite transmis cette lettre aux directions des hôpitaux de leur réseau. Le RRoCS a fait parvenir un message semblable à ses contacts dans les services de médecine transfusionnelle.

La simulation devait au départ avoir lieu au début du mois de mars 2018. Toutefois, la SCS a émis un avertissement de phase verte (niveaux moins qu'optimaux – généralement de courte durée) quant aux stocks de globules rouges de groupe O Rh négatif à la fin de février et au début de mars. Afin de concentrer les efforts sur cette situation et de permettre un retour à la normale des stocks, on a demandé à l'Ontario de retarder la simulation de pénurie de sang. Une deuxième date de la mi-mai a été choisie. La direction des RLISS et des hôpitaux ainsi que les contacts dans les services de médecine transfusionnelle ont été avertis de ce délai.

Évaluation de l'exercice

Pour obtenir les commentaires des participants sur leur expérience de l'exercice, trois courts sondages en ligne ont été créés à l'aide de LimeSurvey. Le premier ciblait le Comité ontarien d'urgence de gestion du sang (COUGS), le deuxième, les participants des hôpitaux et le troisième, les participants de la SCS. Les sondages ont été distribués le lendemain de la fin de la simulation de pénurie de sang en Ontario de 2018 (18 mai 2018). Le sondage pour les hôpitaux a été envoyé aux contacts des services de médecine transfusionnelle qui les faisaient parvenir à qui ils le voulaient dans leur hôpital. Le sondage pour la SCS a été envoyé aux agents de liaison avec les hôpitaux et aux gestionnaires ou superviseurs de la chaîne d'approvisionnement ainsi qu'au représentant de la Société membre du groupe de planification de la simulation. Ici encore, on leur a suggéré d'acheminer le sondage au sein de la SCS à quiconque avait participé à l'exercice. Le sondage destiné au COUGS a été envoyé à tous les membres du comité. La période de sondage s'est terminée le 28 juin 2018.

Résultats – Hôpitaux participants

Répondants

Cent-soixante-treize (173) sondages représentant 139 hôpitaux ont été retournés. Un hôpital a signalé ne pas avoir participé à la simulation, en raison des réserves minimales qu'il gardait en stock. Les répondants provenaient surtout du Service de médecine transfusionnelle. La fonction la plus souvent occupée par les répondants était celle de gestionnaire de laboratoire (26 %), puis de superviseur de laboratoire (22 %). Un grand nombre de répondants ont signalé faire partie de la catégorie « Autre ». Des médecins (pathologistes, hématologues), directeurs de laboratoire, membres du personnel de gestion des risques et de la pharmacie ont aussi répondu au sondage. À la question sur leur rôle en cas de pénurie de sang, quarante-cinq pour cent (45 %) des répondants au sondage destiné aux hôpitaux ont répondu qu'ils étaient membres de leur Comité hospitalier d'urgence de gestion du sang (CHUGS), 10 % présidaient le CHUGS et 11 % étaient membres de l'équipe de catégorisation des demandes de sang de leur hôpital (en cas de pénurie de sang). Il y avait aussi une longue liste de répondants qui mentionnaient leur rôle particulier en situation de pénurie de sang. On y trouvait surtout le rôle de coordonnateur de laboratoire, mais aussi de coordonnateur régional, de spécialiste des communications, de membre du comité interne de médecine transfusionnelle, de rédacteur de politique et de gestionnaire de l'approvisionnement.

Plan interne d'urgence pour la gestion des pénuries de sang

Détails des plans internes

Quatre-vingt-quatorze pour cent (146/156) des répondants à la question ont affirmé que leur hôpital avait un plan d'urgence interne de gestion du sang. Parmi ces répondants, 114 (78 %) avaient mis à jour leur plan pour refléter la troisième version du Plan ontarien d'urgence pour la gestion des pénuries de sang. Soixante-quinze pour cent (110/146) ont dit avoir reçu une formation sur les changements apportés à la version 3 du Plan ontarien et 82 % (120/146) ont dit que leur personnel avait aussi reçu une formation à ce sujet.

La presque totalité des hôpitaux répondants a dit qu'ils avaient défini un seuil de globules rouges à stocker pour chaque phase d'une pénurie de sang.

Mesures prises, selon les répondants, en situation de pénurie de GR de phase rouge (consulter la figure 1).

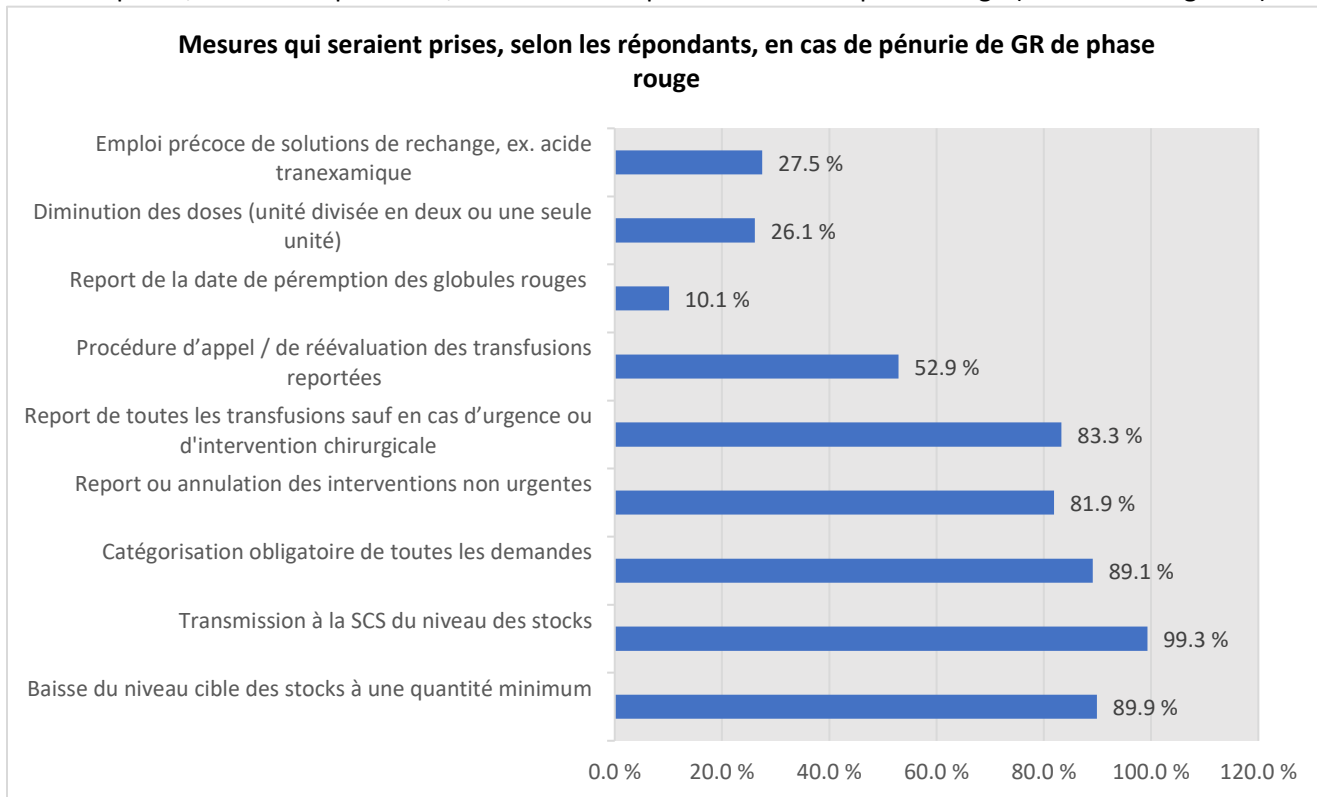


Figure 1 : Mesures prises, selon les établissements participants, en cas de pénurie de globules rouges de phase rouge.

Catégorisation des demandes

Quatre-vingt-sept pour cent (87 %) des répondants ont déclaré que les personnes responsables de la catégorisation des demandes de sang en cas de pénurie avant été identifiées dans leur hôpital et 74 % ont fait participer ces personnes à l'exercice de simulation. Si quelqu'un avait répondu que personne n'avait été identifié pour faire la catégorisation à son hôpital, on lui demandait qui allait faire ce travail.

Les réponses variaient, mais la plus fréquente était le médecin-chef ou le chef de chirurgie. D'autres réponses - gestionnaire du laboratoire, technologiste du laboratoire et médecin traitant - ont aussi été mentionnées. Selon plusieurs répondants, c'est le comité hospitalier d'urgence de gestion du sang qui attribuerait cette fonction au moment d'une pénurie.

Environ la moitié des répondants au sondage (48,5 %) ont indiqué que la simulation portait aussi sur les décisions d'annuler ou de reporter les demandes de sangs. À la question sur le nombre de transfusions de globules rouges qui auraient été reportées pendant cette période de 30 heures, la réponse a été 931 unités. Le nombre médian d'unités reportées par établissement a été de 6 (minimum 0, maximum 250). Quatre-vingt-cinq pour cent (85 %) de ces reports ont été documentés.

Selon les données de 2017-2018, environ 41 unités de globules rouges sont transfusées (en moyenne) toutes les heures en Ontario. Sur une période de 30 heures, on transfuserait donc en moyenne 1 236 unités. Pendant cette simulation, le report des transfusions de globules rouges mentionné représentait 75 % des transfusions faites en moyenne.

En situation réelle de pénurie de sang qui entraîne le report d'interventions chirurgicales ou de traitements, il doit y avoir en place un plan de rappel une fois la pénurie terminée, lorsque l'hôpital est en mesure de revenir à ses activités régulières. Nous avons donc demandé dans le sondage si les plans des hôpitaux comportaient une telle étape. Quarante-

deux pour cent (42 %) des répondants ont indiqué que leur plan comportait cette étape, alors que 38,0 % ont dit que leur plan ne comportait pas d'étape de ce genre. Les autres répondants à cette question ont indiqué ne pas avoir de plan interne de gestion d'urgence du sang dans leur établissement.

Gestion des stocks

Lorsqu'on a demandé aux répondants du sondage si leur hôpital avait un plan de redistribution à suivre au besoin en cas de pénurie de sang, 79 % ont répondu avoir un plan, 18,6 % ont répondu ne pas avoir de plan et 2 % n'ont pas répondu. Quand on leur a demandé comment se passerait la redistribution, 45 % ont dit qu'ils communiqueraient avec le bureau central de leur RLIS, et 75,2 % qu'ils communiqueraient avec l'hôpital le plus proche ayant des globules rouges en stock (les répondants pouvaient donner plus d'une réponse à cette question).

Les hôpitaux se sont conformés aux demandes de la SCS et ont transmis l'état de leurs stocks lorsqu'on leur a demandé de le faire pendant la simulation. Quatre-vingt-six pour cent (86 %) des établissements ontariens ont transmis l'état de leurs stocks à la SCS dans les délais requis.

Communications internes

On a demandé dans le sondage si le plan interne d'urgence de gestion du sang comprenait une liste de personnes à avertir et un plan de communication. La plupart (83,7 %) des gens ont répondu par l'affirmative à cette question. Environ 15 % des répondants ont dit qu'il n'y avait pas de plan interne d'urgence de gestion du sang dans leur établissement.

On a demandé aux hôpitaux comment ils avertissaient les personnes concernées de l'hôpital d'une pénurie de sang. On a obtenu diverses réponses, notamment par téléavertisseur (11,6 %), par annonce générale (5,4 %), courriel (86,8 %) et téléphone (53,5 %). D'autres moyens ont aussi été mentionnés :

- Télécopieur
- Note de service
- Affichage de message sur intranet
- Messagerie texte
- Transmission en personne (par avis verbal ou par remise d'un avis en mains propres)

Plusieurs répondants ont indiqué qu'ils se servaient du service de localisation interne de leur hôpital pour soutenir la transmission de l'avis.

On a demandé aux répondants s'il y avait dans leur hôpital un comité d'urgence de gestion du sang (CHUGS), comme le recommandent le plan national et le plan provincial de gestion d'urgence des réserves de sang. Seulement 65,9 % ont indiqué qu'un tel comité existait dans leur hôpital, alors que 34,1 % ont indiqué ne pas en avoir. Parmi ceux qui avaient un tel comité, 84,7 % faisaient participer leur comité à cet exercice. Nous leur avons alors demandé à quelle phase d'une pénurie de sang leur CHUGS serait avisé. Le tableau 1 ci-dessous illustre leurs réponses :

À quelle phase d'une pénurie le CHUGS serait-il avisé?	Pourcentage (%)
Rouge	67,1 %
Jaune	51,8 %
Verte	2,3 %
Retour à la normale	43,5 %
Toutes les phases	32,9 %

Tableau 1 - Phase à laquelle le Comité hospitalier d'urgence de gestion du sang est avisé

Diverses personnes ont été avisées dans le cadre de cet exercice (voir la figure 2 ci-dessous) :

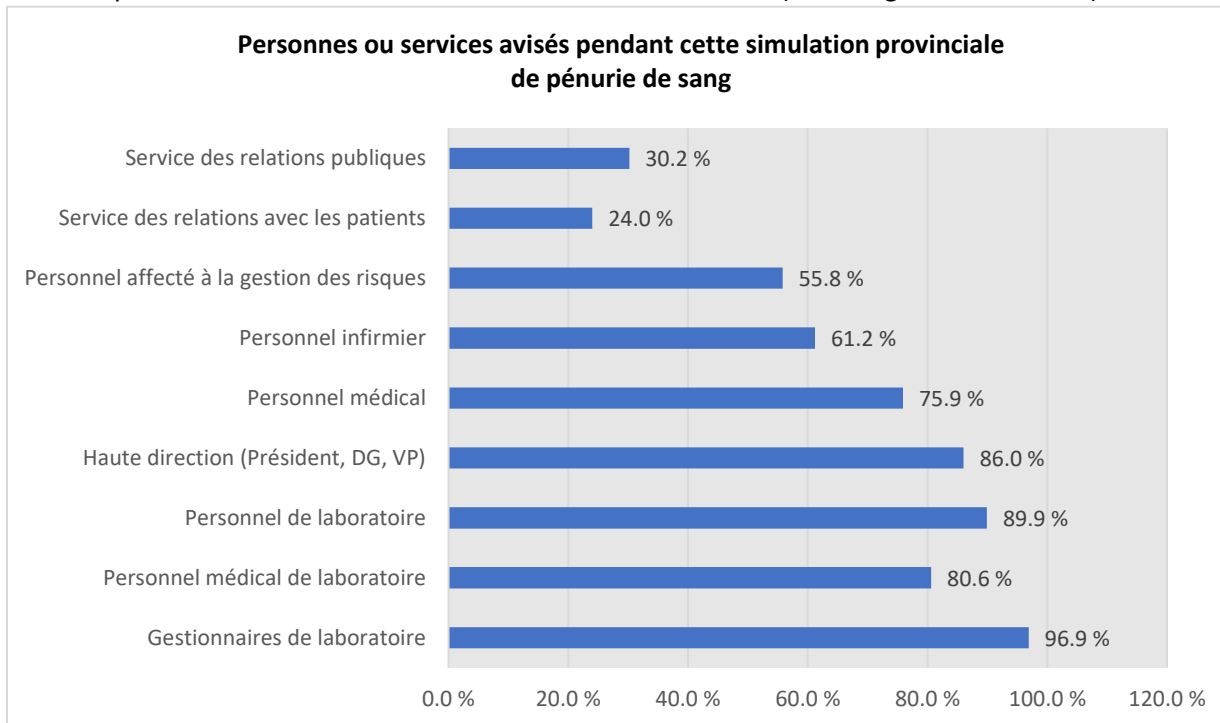


Figure 2 : Personnes ou services avisés dans le cadre de cette simulation provinciale de pénurie de sang selon le sondage.

Bon nombre d'autres services ont été avisés selon les réponses au sondage, notamment le Comité de médecine transfusionnelle, le CHUGS, la Pharmacie, le Comité d'éthique, le groupe de planification des urgences, les Finances, et les sages-femmes.

Communications entourant la simulation

Avant la simulation

Plusieurs séances de formation ont eu lieu pendant le mois précédant la simulation pour aider à préciser le but et les objectifs de l'exercice et pour permettre aux hôpitaux de poser des questions. Quatre-vingt-trois pour cent (83 %) des répondants ont indiqué avoir participé aux séances de formation.

Pendant la simulation

L'avis aux hôpitaux a été envoyé par les centres de distribution de la SCS situés à Ottawa, Brampton et Winnipeg. Conformément au Plan de l'Ontario, cet avis est envoyé par télécopieur et suivi d'un courriel. Après l'envoi de l'avis, l'équipe des agents de liaison avec les hôpitaux de la SCS a organisé des conférences téléphoniques pour permettre aux hôpitaux de faire des commentaires et de poser des questions. Ces téléconférences ont eu lieu aux trois centres de la SCS participant à la simulation, environ quatre heures après l'annonce du début de la simulation. Il y a eu une grande participation des représentants des hôpitaux (89,9 % des répondants au sondage), venus de divers milieux : directeurs des Services de médecine transfusionnelle, gestionnaires, superviseurs et membres du personnel de laboratoire, membres de CHUGS, et membres de la haute direction. Les participants actifs à la conférence téléphonique étaient surtout gestionnaires de laboratoire ou technologistes principales.

Selon les commentaires obtenus des hôpitaux durant cette conférence téléphonique, la réception de l'avis par télécopieur a été tardive dans certains établissements en fonction de la position de leur numéro de télécopieur sur la liste d'envoi. Les retards les plus importants ont été signalés par les établissements rattachés au centre de Brampton,

probablement en raison du nombre d'hôpitaux desservis par ce centre. Les hôpitaux ont dit qu'ils préféreraient un avis par téléphone. À l'heure actuelle, la SCS n'est pas en mesure de téléphoner à chaque établissement en cas de pénurie de sang; même si la SCS tentait de répondre à cette demande, les délais seraient encore longs et dépendraient de la position d'un établissement sur la liste d'appel.

Outil de communication pour la gestion des urgences

La simulation a sensibilisé les participants à l'existence de l'Outil de communication pour la gestion des urgences (OCGU), mais la plupart semblaient incertains de sa place et de son utilité dans une simulation de pénurie de sang. Les listes d'utilisateurs de l'OCGU n'étaient pas à jour. À l'heure actuelle, les utilisateurs de cet outil sont les planificateurs des mesures d'urgence et les administrateurs haut placés. L'Outil peut envoyer aux utilisateurs des avis de nouveaux messages, mais il peut y avoir des difficultés de traitement de ces messages à l'interne. Il doit y avoir une coordination entre les utilisateurs d'un établissement pour qu'un utilisateur ayant une « fonction » donnée et qui se trouve en ligne achemine bien le message aux autres. Le système est conçu pour envoyer un avis de nouveau message (par courriel ou message texte) seulement lorsqu'aucun utilisateur d'une « fonction » donnée n'est actif dans le système quand le message est envoyé.

Les utilisateurs de l'OCGU doivent être « en ligne » pour voir l'information, ce qui n'est probablement pas réaliste pour bon nombre des gens qui travaillent directement au traitement des demandes de sang et à la gestion des stocks en période de pénurie. L'OCGU se limite aux messages qui n'ont pas de portée clinique.

Quatre-vingt-sept pour cent (87 %) des répondants au sondage ont indiqué qu'ils connaissaient l'existence de l'OCGU. Même si une liste des utilisateurs de chaque établissement inscrits à l'Outil a été envoyée aux contacts de médecine transfusionnelle de chaque hôpital, seulement 70,8 % des répondants ont déclaré qu'ils en avaient été informés. Quatorze ont répondu que leur hôpital ne s'était pas encore inscrit à l'OCGU. Parmi les 80 personnes sachant qui était inscrit à l'OCGU dans leur hôpital, 65 (81 %) ont de fait communiqué avec elles. Celles qui ne sont pas entrées en contact avec les utilisateurs de l'OCGU ont fourni plusieurs raisons :

- La prise de contact avait été faite par une autre personne de l'hôpital (le plus souvent, gestionnaire du laboratoire)
- Ce n'était qu'une simulation
- Ce sont habituellement les utilisateurs de l'OCGU qui communiquent avec eux d'abord
- La façon de se servir de l'Outil dans cet exercice n'était pas claire
- L'OCGU n'était pas encore pleinement fonctionnel dans leur établissement

On a demandé aux répondants comment l'OCGU pourrait servir dans leur hôpital pendant une pénurie de sang. La plupart ont indiqué qu'ils ne savaient pas vraiment comment l'OCGU serait utile pendant une pénurie de sang. Certains ont toutefois fait des suggestions. En voici la liste :

- Aider à la gestion du sang dans les hôpitaux de la région
- Faciliter la communication dans l'hôpital
- Aider le personnel de l'hôpital à se tenir informé de la situation en surveillant les « billets »
- Transmettre toute information reçue dans l'établissement aux dirigeants du Service de médecine transfusionnelle et des comités d'urgence
- Communiquer avec le personnel de médecine transfusionnelle dans les situations impliquant un grand nombre de blessés
- Intégrer l'Outil au centre de commande d'urgence de l'hôpital
- Comme l'OCGU est un outil de gestion globale des urgences hospitalières, aider à réunir les membres de la haute direction pour prendre des décisions au besoin
- Aider à coordonner les activités avec d'autres hôpitaux, comme le transfert de patients

Il semblait aussi y avoir une certaine confusion au sujet de l'utilité de l'OCGU pendant une pénurie de sang. Certains ont répondu que l'Outil pourrait servir à faire le triage des patients, à avertir les autres établissements si l'hôpital n'acceptait plus de patients, à faciliter la redistribution du sang entre les établissements et à remplacer la SCS comme principale source de communication avec les services de médecine transfusionnelle des hôpitaux.

Retour sur l'exercice

Quatre-vingt-neuf répondants (83 %) ont indiqué qu'ils organiseraient une forme quelconque de retour sur leur participation à l'exercice.

Nous avons demandé dans le sondage si les hôpitaux organisaient des simulations internes de pénurie de sang. Plus de 88 % ont répondu « non ». Cent-sept répondants (90,7 %) ont dit qu'ils avaient trouvé leur participation à la simulation provinciale de 2018 utile, car cela les a aidé à cerner des lacunes dans leur propre plan de gestion des pénuries de sang. Cent-cinq (105) répondants ont pris le temps de noter dans leurs commentaires les principales choses apprises ou les lacunes cernées. La liste des commentaires se trouve en annexe. La plupart des commentaires portaient sur la communication (liste ou procédure d'avis) et sur l'importance de préciser les responsabilités des divers intervenants qui doivent gérer une telle situation. Il y a aussi eu plusieurs commentaires sur le temps nécessaire pour évaluer les demandes de sang et prendre une décision de catégorisation; l'importance d'intégrer ce fait à leur planification et d'en informer le personnel a aussi été mentionnée.

Certains se sont inquiétés de la normalisation des pratiques et se sont demandé si tous les établissements feraient preuve de la même rigueur dans la prise des décisions de catégorisation s'il s'agissait d'une réelle pénurie de sang. Un établissement a même commenté que l'exercice a permis au personnel de reconnaître qu'il y aurait peut-être des améliorations à apporter à l'utilisation de sang au quotidien.

Plusieurs commentaires ont porté sur la difficulté de motiver le personnel clinique à participer à cette simulation de pénurie de sang.

À la fin du sondage, nous avons demandé aux hôpitaux s'ils avaient d'autres commentaires et nous en avons reçu 116. Vous pouvez les lire à l'annexe B. REMARQUE : nous avons retiré tout élément d'identification, le cas échéant.

Un grand nombre de répondants ont mentionné qu'ils avaient trouvé l'exercice bénéfique et que ces simulations sont importantes pour aider à se préparer à une réelle pénurie. Quelques-uns ont recommandé que l'exercice ait lieu chaque année.

Plusieurs commentaires ont révélé des problèmes liés à la procédure d'avis, et quelques répondants se sont interrogés sur la terminologie liée à la phase dans les avis envoyés. Plusieurs ont mentionné que des mises à jour quotidiennes en provenance de la SCS seraient utiles en cas de réelle pénurie.

Résultats – Participants de la Société canadienne du sang

Nous avons reçu douze (12) réponses des participants de la SCS. Les répondants occupaient les fonctions suivantes – liaison avec les hôpitaux, gestion du service à la clientèle et de la distribution, continuité des opérations et direction médicale. Tous ont mentionné qu'une de leurs principales tâches en cas de pénurie de sang était de communiquer avec les hôpitaux.

Tous les répondants ont indiqué que leur centre de la SCS avait un plan à suivre pour gérer toute pénurie de sang et qu'ils étaient au courant du Plan national de gestion des réserves de sang. La plupart (91,6 %) connaissaient le Plan ontarien d'urgence de gestion du sang.

Le tableau 2 dresse la liste des mesures qui seraient prises pendant une pénurie de phase rouge.

Mesures à prendre pendant une pénurie de phase rouge	Pourcentage des répondants
Étudier les rapports des hôpitaux sur leurs stocks de phase rouge	54,5 %
Étudier l'état des stocks mentionnés par les hôpitaux le jour de l'événement	63,6 %
Déterminer comment répondre aux demandes de sang des hôpitaux	54,5 %
Autres*	18,2 %

*Cette catégorie comprenait : répondre aux questions des hôpitaux et communiquer

Tableau 2 - Mesures que la SCS devrait prendre pendant une pénurie de phase rouge

Neuf des douze répondants (81,8 %) ont répondu que la SCS avait déterminé quelles personnes allaient évaluer les demandes de sang pendant une pénurie; 77,8 % de ces personnes ont été en mesure de participer à la simulation.

Tous les répondants ont indiqué avoir participé à la téléconférence qui avait suivi l'envoi de l'avis aux hôpitaux. Sept des douze répondants avaient participé à l'envoi de ces avis aux hôpitaux. Parmi ces derniers, un seul répondant a trouvé que l'envoi des avis s'était bien passé. Lorsqu'on leur a demandé pourquoi l'envoi ne s'était pas bien passé, la plupart des répondants ont mentionné les délais de réception de l'avis par télécopieur (plusieurs heures) ou les difficultés de réception des pièces jointes au courriel (certains hôpitaux n'acceptent pas les documents de type .doc) et le fait que certains hôpitaux voulaient un appel téléphonique ou un accusé de réception. Certains hôpitaux n'ont pas reçu d'avis par télécopieur, alors que d'autres ont reçu plusieurs avis ou courriels.

En réponse à la question sur les moyens d'améliorer la procédure, les répondants ont mentionné qu'une solution électronique est nécessaire et que de multiples lignes de télécopieur seraient requises. Il faut aussi que les pièces jointes soient envoyées dans un format que le système de messagerie de l'hôpital pourra accepter (par ex. .docx ou pdf) pour diminuer la fréquence des échecs de transmission par courriel.

Tous les répondants de la SCS à la question (8/12) ont dit que leur établissement avait un comité de gestion d'urgence des réserves de sang, mais que la SCS avait choisi de ne pas convoquer ces comités pendant cette simulation. Les répondants ont mentionné que ces comités possèdent une liste d'appel et un plan de communication. Pendant cet exercice, les gestionnaires de la production et de la distribution, le personnel médical ainsi que les gestionnaires de la poursuite des opérations, des risques et des relations gouvernementales ainsi que la haute direction de la SCS ont tous été avertis.

Sept des huit répondants ont participé aux séances de formation. Le même nombre de répondants estimait que leur participation à l'exercice avait aidé à cerner les lacunes dans leur propre plan. Voici certaines des principales leçons apprises :

1. Il faut améliorer la procédure d'avis aux hôpitaux (plus rapide, plus équitable)
2. Il faut préciser à qui les hôpitaux doivent adresser toutes leurs questions pendant un tel événement
3. L'avis de retour à la normale n'a pas été envoyé à certains hôpitaux
4. Pendant la conférence téléphonique avec la SCS, certaines questions soulevées portaient davantage sur les patients, hors du champ de compétence de la SCS; il faut trouver une meilleure façon de rediriger ces questions ou d'aborder ces préoccupations.

Les commentaires généraux portaient sur l'importance pour les hôpitaux de se conformer aux exigences de rapport sur les stocks, en particulier en période de pénurie de sang et sur la nécessité pour les hôpitaux de discuter d'aspects plus cliniques. Dans les derniers commentaires, les répondants ont mentionné que la simulation s'était bien passée à leur avis et que ce genre d'exercice est un bon moyen d'évaluer le système et de trouver les éléments à améliorer.

Résultats – Réponses au sondage des membres du Comité ontarien de gestion d'urgence des réserves de sang

Quinze (15) membres du COUGS ont répondu au sondage. Tous ont mentionné qu'ils connaissaient le plan national de réponse aux pénuries de sang, mais seulement 11 étaient au courant des changements apportés à la version 3 du Plan ontarien. Parmi les 14 qui ont répondu, tous ont dit qu'ils avaient trouvé utile de recevoir les mises à jour des stocks nationaux et provinciaux pendant une pénurie de sang. Bien des commentaires portaient sur ce rapport au sujet des stocks.

Les commentaires portaient sur les points suivants :

1. Avoir cette information aiderait le comité à prendre des décisions et à faire des recommandations sur l'utilisation dans les hôpitaux des composants affectés par la pénurie
2. L'information pourrait renseigner sur les tendances (détérioration ou amélioration)
3. Il serait utile qu'un représentant de la SCS puisse interpréter ou présenter l'information du rapport sur les stocks
4. Le rapport pourrait être produit tous les jours pour faire un suivi de l'utilisation dans les hôpitaux et évaluer les possibilités de transferts interhospitaliers

Quatorze des quinze répondants ont indiqué avoir été présents à l'appel du COUGS et douze pensaient être assez représentatifs pour fournir des commentaires au nom de toute la province. Une personne a commenté qu'il y avait une préoccupation (soulevée au sujet de l'appel de la SCS après l'avis) : les hôpitaux avaient peut-être encore besoin d'un mécanisme pour discuter de problèmes liés aux patients.

Douze des répondants pensaient que la circulation d'information de la SCS était satisfaisante. Deux ont parlé de problème lié à l'avis par télécopieur (délais pour certains hôpitaux) et du fait que 12 hôpitaux desservis par le centre de Winnipeg n'avaient pas reçu l'avis de retour à la normale signalant la fin de l'exercice. Quatorze membres ont répondu qu'à leur avis les communications du Ministère étaient adéquates, et aucun commentaire n'a mentionné de façon de les améliorer.

À la question portant sur la communication en général pendant cet exercice, une seule personne a commenté sur une amélioration, en disant qu'il serait utile qu'une lettre soit envoyée à chaque CHUGS.

Voici les principaux points à retenir de cet exercice :

1. Il faut trouver un moyen de communication pour les comités hospitaliers d'urgence de gestion du sang
2. Des précisions sont requises sur l'envoi de messages du COUGS aux hôpitaux et sur la personne responsable
3. Il peut avoir une lacune quant aux directives à donner aux hôpitaux sur la catégorisation en phase rouge (c'est-à-dire que l'outil de catégorisation ne doit pas s'appliquer aux patients en hémorragie, mais qu'autre chose serait nécessaire)
4. Il faut trouver un remplaçant à la présidence du COUGS (La liste d'envoi des avis de la SCS n'avait pas été actualisée pour inclure les changements à la présidence du COUGS ou à la direction du Réseau Trillium)
5. Les membres COUGS doivent mieux comprendre leur rôle pendant une pénurie de sang et les mécanismes de transmission de recommandations cliniques aux hôpitaux (l'OCGU n'est pas l'outil approprié)
6. La raison d'être et l'utilité de l'OCGU pendant une pénurie de sang doivent être mieux définies

Dans leurs autres commentaires, les membres du COUGS ont dit que la simulation était utile et qu'elle jouait un rôle de sensibilisation dans les hôpitaux. Ils ont relevé certains problèmes liés à l'emploi de l'OCGU (retards et manque d'uniformité dans l'envoi des avis, raison d'être à clarifier). Tous ont convenu qu'il fallait aussi organiser un appel distinct ou réserver une partie de l'appel de la SCS pour que les représentants hospitaliers puissent poser des questions cliniques ou concrètes sur la façon de gérer la pénurie de sang.

L'annexe C présente un tableau comparatif des résultats obtenus aux exercices de simulation provinciale de pénurie de sang de 2010, 2014 et 2018.

Discussion

Divers thèmes se dégagent de cette simulation. L'exercice s'est bien déroulé comme prévu dans l'ensemble, et les participants l'ont trouvé utile parce qu'il a permis de cerner les lacunes dans leur propre plan. Les plus gros problèmes étaient liés aux communications.

Communications

Avis de la SCS – Comme lors de la simulation de 2014, l'envoi par télécopieur de la SCS aux hôpitaux s'est révélé problématique. Les hôpitaux s'attendent à recevoir à peu près au même moment l'avis de pénurie. La technologie du télécopieur reposant sur un système de composition séquentielle des numéros, il y a de nets délais entre les établissements qui se trouvent au début de la liste de contacts et ceux qui se trouvent à la fin. Plus la liste est longue, plus les délais sont importants. Pour régler ce problème, la SCS a commencé à chercher des solutions de rechange pour avertir les hôpitaux et procède à des essais d'un système automatisé externe. Même si cette solution repose encore sur la technologie de la télécopie, le système serait capable d'envoyer simultanément des messages à de multiples établissements.

Un centre de la SCS n'a pas avisé les hôpitaux d'une région de la province de la phase de retour à la normale. En conséquence, des établissements n'étaient pas au courant de la fin de la simulation. Il devrait y avoir une procédure en place pour que cette situation ne se produise pas en cas de réelle pénurie. La SCS est consciente du problème et cherche des solutions.

On a constaté que la transmission par courriel peut causer certains problèmes. Comme toute organisation moderne, les hôpitaux sont menacés par les pourriels et les liens non sécuritaires qui peuvent compromettre la nature confidentielle des données. C'est la raison pour laquelle, bien des établissements ont renforcé leurs pare-feu et n'acceptent pas certains types de documents joints à des courriels (p. ex. .doc). Comme la situation évolue très rapidement dans un grand nombre d'organisations de la province, il est presque impossible d'avoir l'assurance qu'un message envoyé par courriel atteindra en tout temps la totalité des récipiendaires ciblés. L'envoi par courriel peut être un moyen de distribution d'appoint, mais cela ne doit pas être la seule méthode de communication.

Appels de la SCS – Les hôpitaux ont indiqué que divers membres de leur personnel avaient participé à la conférence téléphonique qui a eu lieu pendant la simulation. La liste comprend non seulement du personnel de laboratoire, mais aussi des médecins et des hauts dirigeants. Chaque hôpital devrait établir sa propre politique, mais il serait probablement sage de nommer une personne ou un titulaire de poste responsable d'assister à la mise à jour quotidienne de la SCS. Cette personne pourrait ensuite transmettre les renseignements pertinents aux autres membres de l'équipe. Les membres du CHUGS, les directeurs médicaux et les hauts dirigeants auraient probablement d'autres tâches exigeant leur attention. La fréquence des appels de la SCS sera proportionnelle à la gravité de la situation; on peut s'attendre toutefois à ce qu'il y ait au moins un appel par jour visant à fournir une mise à jour à tous les hôpitaux.

OCGU – Un des objectifs de cet exercice était de faire connaître l'OCGU, ce qui a été fait (87 % des répondants au sondage ont indiqué qu'ils étaient au courant de l'existence de cet outil). Le rôle positif que pourrait jouer l'OCGU en cas de pénurie de sang reste toutefois à préciser. De nombreux répondants ne comprenaient pas vraiment ce que le Ministère voulait faire de cet outil. Il importe de souligner que l'OCGU n'est PAS conçu pour partager ou transmettre des

données cliniques ou des renseignements quelconques sur les patients. Il n'est PAS conçu non plus pour remplacer la SCS comme principal moyen d'avertir les hôpitaux d'une pénurie de sang.

Il faut poursuivre la discussion sur les principes généraux au sein du groupe de travail de l'OEMBC; les hôpitaux, les RLIS et le Ministère doivent aussi continuer à discuter de la transmission de renseignements, tant du point de vue de la gestion des urgences que point de vue des aspects cliniques ou opérationnels.

Dans l'ensemble, l'OCGU a peu servi pendant l'exercice. L'intervenant du Ministère a relayé l'avis initial de simulation de pénurie de sang à 198 titulaires de postes dans le système de santé. Un seul autre titulaire de poste a activement ajouté dans l'OCGU de l'information relative à la situation, même si le système confirme qu'une poignée d'autres personnes ont interagi avec l'information (« billet »). Pour le reste, il y a plusieurs possibilités :

- mauvais utilisateurs dans le système, de sorte que les organisations n'ont pas bien reçu l'information au moyen de l'OCGU
- un utilisateur/poste bien identifié dans le système a reçu l'information, mais n'a pas réagi et n'a pas partagé l'information dans son organisation
- les bons utilisateurs ont reçu l'avis d'arrivée d'un « billet », mais en ont pris connaissance seulement par courriel
- les bons utilisateurs ont reçu l'information par OCGU, mais n'ont pas pris les moyens nécessaires pour recevoir l'avis par courriel ou téléphone.

En consultant les entrées du système, il est impossible de déterminer lesquels de ces événements sont survenus dans une organisation quelconque.

Communications intrahospitalières – Bien des commentaires sur les leçons apprises dans les hôpitaux par leur participation à cette simulation portaient sur les listes d'appel et l'importance d'assurer leur mise à jour régulière. Il est aussi très important de voir à ce que la boucle de communication soit fermée. Une fois qu'une personne ou qu'un groupe est averti d'une phase quelconque de la situation, il est essentiel de l'avertir aussi si la situation ou si le problème se règle pour que la boucle puisse se fermer.

Plusieurs établissements ont indiqué qu'ils allaient discuter de la simulation avec d'autres hôpitaux de leur région. Les réactions nous permettent de conclure que le travail de collaboration dans de telles situations est à la hausse. Il semble aussi y avoir une plus grande participation des dirigeants comparativement aux simulations précédentes. Plusieurs commentaires portaient sur le fait que l'exercice avait mis en lumière la nécessité de mettre à jour les plans pour qu'ils soient conformes à la version la plus récente du Plan ontarien. La plupart des hôpitaux (78 %) ont dit avoir mis à jour leur plan interne pour y intégrer les changements faits au document provincial (publié en février 2017).

Conférence téléphonique des cliniciens pour discuter des recommandations ou lignes directrices – Plusieurs participants ont fait la même suggestion : qu'une conférence téléphonique puisse regrouper les médecins et les responsables de la catégorisation des demandes de sang pour leur permettre de discuter de la prise en charge des patients. Même si les appels de la SCS doivent se concentrer sur les stocks, il devrait y avoir une autre plateforme sur laquelle le personnel clinique pourrait poser des questions et recevoir une rétroaction d'autres cliniciens. Cela contribuerait aussi à l'uniformité de l'approche et à l'équité des soins.

Délai de transfusion / de catégorisation

Le plan national et le plan provincial de gestion des pénuries de sang insistent sur l'importance de documenter tout report ou toute annulation de transfusion pendant une pénurie de sang. La trousse d'outils de l'Ontario fournit des modèles à cet effet <http://transfusionontario.org/fr/documents/?cat=gestion-du-sang-en-situation-durgence>.

Cet exercice a démontré qu'une importante quantité de sang (estimée à 75 % de l'utilisation moyenne de globules rouges dans la province) pouvait être préservée grâce à des reports de transfusion. Ce geste pourrait devenir une étape

cruciale de conservation de réserves en baisse et assurer un stock suffisant de composants ou produits sanguins pour ceux dont la vie en dépendrait.

Catégorisation – Dans la mesure du possible, le plan de l'hôpital doit déterminer les personnes responsables de procéder à la catégorisation des demandes de sang à chaque phase d'une pénurie. Les personnes affectées à ce travail doivent avoir une procédure à suivre et des lignes directrices qui assureront l'équité de leurs décisions. Il est bon d'inclure dans la procédure un moyen quelconque de faire un audit des décisions de catégorisation, soit pendant ou après l'événement, pour aider à confirmer le respect des lignes directrices. Un grand pourcentage d'hôpitaux a indiqué avoir affecté des personnes précises à ce travail de catégorisation. Plusieurs commentaires ont abordé le fait que la catégorisation des demandes de sang prenait beaucoup de temps. Le plan de l'hôpital devrait en tenir compte et s'assurer d'y affecter assez de ressources.

L'affectation d'une personne à la catégorisation au moment même d'une pénurie pourrait causer des problèmes, car cette personne risque de ne pas connaître la procédure à suivre. En outre, le médecin traitant pourrait vouloir teinter la prise de décision. Il faut cependant reconnaître que dans les petits hôpitaux, le bassin de médecins disponibles pour faire la catégorisation sera assez petit et qu'il faudra peut-être y affecter des médecins au fur et à mesure de l'évolution de la situation. La gestionnaire du laboratoire ou la technologue principale ne doit pas avoir la responsabilité de retarder des transfusions. Cette responsabilité incombe à un médecin. Plusieurs commentaires ont mentionné le manque de motivation des médecins de leur hôpital à participer à cet exercice. Il faudra s'efforcer d'assurer la participation des médecins aux futures simulations.

Une question difficile se pose souvent pendant les simulations de pénurie de sang et les activités du genre : « Comment savoir si tous les hôpitaux adoptent les mêmes critères au sujet du report des interventions chirurgicales et des traitements par transfusion? »

Le COUGS se réunit au tout début d'une pénurie de sang et discute des recommandations à faire aux hôpitaux sur la catégorisation. De toute évidence, chaque situation sera probablement unique, de sorte qu'il sera difficile de faire des recommandations et directives qui les couvriront toutes. On estime que, dans ce comité, la représentation de l'expertise clinique en provenance de toute la province permet au comité de faire des recommandations dans n'importe quelle situation de pénurie de sang. L'élément essentiel est le partage de cette information avec tous les hôpitaux en temps utile. Les courriels du MSSLD seraient envoyés par les responsables de la planification d'urgence au RLISS et aux hôpitaux. Le RRoCS transmettrait aussi de l'information aux hôpitaux, mais comme le RRoCS n'assure pas une présence ininterrompue (24/7), il y a une lacune à combler. Les recommandations sur les décisions de report du COUGS devraient contribuer à l'uniformité des pratiques et à l'équité des soins dans tous les hôpitaux de la province.

Voici une autre suggestion pour faciliter le partage de cette information : les messages du COUGS seraient transmis au CHUGS (et/ou au Comité de médecine transfusionnelle) par l'intermédiaire du laboratoire pendant une pénurie de sang. L'OCGU pourrait servir à informer le personnel des hôpitaux de l'existence de recommandations d'orientation en provenance du COUGS et à leur dire où ces recommandations sont accessibles. L'Outil servirait probablement d'appoint aux communications par courriel envoyées aux comités internes de gestion de la pénurie de sang de chaque hôpital. Il devient alors plus important pour les hôpitaux de mettre en place des protocoles internes de communication, y compris une chaîne de contact entre les utilisateurs de l'OCGU, le laboratoire et le comité d'urgence de gestion du sang.

Préoccupations relatives à la responsabilité des médecins – Les décisions de report et de catégorisation des demandes de sang suscitent des inquiétudes au sujet de la responsabilité des médecins. Des éthiciens ont procédé à une étude exhaustive du Plan national, sur lequel le Plan de l'Ontario est essentiellement fondé. La correspondance avec l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario sur ce sujet appuie le recours aux lignes directrices et aux plans approuvés en place de même que la documentation des décisions prises au dossier du patient. Les médecins sont responsables de toutes les décisions qu'ils prennent. Le recours à des documents d'orientation reconnus et fondés sur des preuves constitue une meilleure protection que la décision de les ignorer et d'expliquer pourquoi ces documents n'ont pas été

pris en compte. Il faut envisager de faire étudier le plan ontarien du point de vue éthique et juridique et d'obtenir l'opinion d'experts dans ces domaines ainsi qu'en gestion des risques.

Gestion des stocks

Les hôpitaux participants à cette simulation de pénurie de sang ont indiqué qu'ils avaient défini leurs seuils de réserves de sang pour les diverses phases d'une pénurie. Cette simple mesure contribuerait pour beaucoup au maintien des réserves. Les hôpitaux se conforment à la demande de faire des rapports sur leurs stocks à la SCS lorsqu'on leur demande de le faire. Pendant la simulation de pénurie de sang, 86 % des hôpitaux de la province ont envoyé un rapport sur l'état de leurs réserves en se servant du système de rapports de la SCS.

Comparativement à la simulation de 2014, un pourcentage plus élevé d'hôpitaux ont déclaré avoir un plan de redistribution des composants sanguins en cas de pénurie (79 % contre seulement 58 % en 2014). La simulation de 2014 mettait en cause une pénurie de plaquettes, ce qui peut compliquer la comparaison des données. Les réponses de 2014 pourraient simplement faire état de la redistribution de plaquettes et non de globules rouges. Même si la planification de tous les hôpitaux devrait comprendre un plan de redistribution des globules rouges, on ne peut probablement pas s'attendre à ce que les petits hôpitaux élaborent un plan de redistribution de plaquettes ou d'autres composants qu'ils auraient rarement en réserve.

Recommandations

Hôpitaux

1. Les hôpitaux qui n'ont pas de plan d'urgence interne de gestion du sang devraient en rédiger un et mettre en place des procédures de formation et de révision de ce plan. Ce plan devrait contenir tous les éléments recommandés dans la version 3 du Plan ontarien d'urgence pour la gestion des pénuries de sang.
2. Le personnel de l'hôpital devrait revoir ses plans de communication interne pour s'assurer qu'ils sont satisfaisants, c'est-à-dire qu'ils permettent la distribution des communications en temps utile au personnel et aux titulaires de postes concernés.
3. Le plan interne devrait comprendre un plan de redistribution des composants sanguins.
4. Les laboratoires des hôpitaux devraient signaler régulièrement à la SCS l'état de leurs réserves, tout particulièrement quand on leur demande de le faire (pendant un avis de phase verte, par exemple) pour aider la SCS à gérer les fluctuations des réserves de sang.

SCS

1. La SCS devrait adopter une procédure uniforme de transmission de ses avis dans tous ses centres.
2. La SCS devrait résoudre les problèmes de transmission d'avis aux hôpitaux CBS qui ont été soulevés dans le présent exercice et les simulations antérieures.

MSSLD/COUGS

1. Entre les simulations provinciales de pénurie de sang en bonne et due forme (qui se tiennent environ tous les quatre ans), il faudrait organiser des simulations simplifiées, sans documentation, pour tester les communications et s'assurer que les messages se rendent aux bonnes personnes dans des délais raisonnables.
2. Le MSSLD devrait préciser en quoi l'OCGU peut offrir une valeur ajoutée aux hôpitaux pendant une pénurie de sang.

3. Le MSSLD devrait préciser la chaîne de communication des recommandations et conseils du COUGS au personnel concerné des hôpitaux.
4. Pendant une pénurie de sang, le MSSLD/COUGS devrait organiser une conférence téléphonique pour que les cliniciens puissent poser des questions et parler de leurs préoccupations.
5. Un spécialiste de l'éthique médicale devrait revoir le plan provincial en ce qui a trait à la responsabilité des médecins. De plus, il faudrait aborder les aspects juridiques et la gestion des risques liés à ce plan.

Références

1.	Comité ontarien d'urgence pour la gestion du sang. Plan ontarien d'urgence pour la gestion des pénuries de sang v3; 2016.
2.	Comité consultatif national sur le sang et les produits sanguins et Société canadienne du sang. Plan national de gestion en cas de pénuries de composants sanguins labiles; 2015.
3.	Comité ontarien d'urgence pour la gestion du sang. Trousse d'outils de gestion d'urgence des réserves de sang destinée aux hôpitaux de l'Ontario; 2016.
4.	Comité ontarien d'urgence pour la gestion du sang. transfusionontario.org. [En ligne]; Report on Ontario Blood Shortage P Exercise held February 2014 [consulté le 30 novembre 2018. En ligne : http://transfusionontario.org/en/download/report-on-ontario-blood-shortage-exercise/ .

Annexes

Annexe A : Commentaires sur les principaux objectifs d'apprentissage ou sur les lacunes observées pendant l'exercice

1. Besoin d'un mécanisme d'annonce générale pour aviser le CHUGS
2. Si le médecin-chef n'est pas joignable – nommer une personne qui le remplacera pour communiquer avec la direction du laboratoire.
3. Les médecins aimeraient que quelques questions soient ajoutées à la démarche de catégorisation – Le patient présente-t-il des symptômes d'anémie? Vient-il de subir une intervention chirurgicale ou va-t-il en subir une? En situation de pénurie de sang, y a-t-il un protocole associé à l'arrêt des transfusions à un polytraumatisé avant que tout le stock soit administré au même patient? i.e. 20 unités pourraient servir en cas de polytraumatisme.
4. Besoin de finaliser la procédure d'avis pour les patients aux soins de jour. Besoin d'élaborer un plan de communication (autre qu'avec le CHUGS et le personnel du Service de médecine transfusionnelle)
5. Directives plus précises pour le personnel de soutien du LMT, mise à jour de la liste de contacts
6. Le courriel reste encore le principal moyen de communication interne (dans l'hôpital) dans ce genre de situation.
7. Le directeur médical du LMT comprend beaucoup mieux à quel moment faire intervenir la haute direction et les équipes de gestion d'urgence en cas de réelle pénurie de sang. L'OCGU est un outil d'appoint; nous n'en sommes pas au point où il peut servir d'unique outil de communication. Nous n'avons pas affiché de messages dans l'OCGU pendant cette simulation de pénurie, et il y aurait peut-être moyen de s'en servir de cette façon dans des situations réelles.
8. Nous avons actualisé les numéros de téléphone des personnes figurant sur la liste d'appel.
9. importance des communications et besoin d'un plan interne
10. Les communications doivent être plus rapides à tous les paliers, y compris les avis de la SCS aux hôpitaux.
11. La participation des médecins doit être plus grande
12. L'OCGU a été inutile pour le personnel de laboratoire qui n'a pas le droit de s'en servir.
13. Communication entre les hôpitaux de la région.
14. Cela a aidé à préciser qui était responsable au départ à chaque niveau.
15. Les listes de distribution par courriel ne servent qu'à communiquer avec les gens qui ont des adresses intranet.
16. Des corrections ont été apportées aux listes de distribution.
17. Les courriels ne sont pas le meilleur outil de communication
18. La personne responsable de catégoriser les demandes de produit n'est pas accessible en tout temps. On se demande qui fera ce travail après les heures de travail et si le personnel régulier (à qui l'on demanderait de faire la catégorisation) se sentirait à l'aise de faire des recommandations au sujet des patients qui devraient ou non recevoir une transfusion.
19. Méthode de transmission des avis. Inclure adjointes administratives des médecins aux personnes à aviser – qui a accès à l'OCGU
20. Il n'y a pas assez de personnel de jour au LMT pour prendre en charge cette simulation. Il faudrait appeler du personnel supplémentaire qui s'occuperait de transmettre les avis; les membres de la direction le feront, y compris aviser la pathologie.
21. Les avis envoyés aux unités affectées et aux chefs de départements ou services n'ont pas été remarqués. IL faut faire un suivi téléphonique ou demander un appel pour accuser réception de l'avis.
22. Besoin de tester le plan localement. La participation des médecins pose un défi.
23. Le labo avait un plan très détaillé. Cependant les procédures du comité hospitalier de planification des urgences de ce type ne sont pas solides, si elles existent. Il y a aussi un très gros délai entre les envois des avis par télécopieur et par courriel, ce qui poserait un problème si la pénurie survenait hors des heures de travail régulières (lundi au vendredi, 8 h à 16 h). On a aussi reçu de multiples envois du même courriel.
24. Nous devons mettre à jour notre plan interne et former un comité interne (CHUGS).
25. Nous allons peut-être devoir élaborer un « code » pour les urgences liées à la chaîne d'approvisionnement.
26. Il n'y a eu aucune communication interne transmise par l'OCGU, nous n'avons pas reçu d'information de la SCS au sujet de la conférence téléphonique. Nous allons chercher à produire un plan d'urgence interne.
27. Précisions supplémentaires requises sur la procédure de transmission des avis. Manque de formation pour le personnel de gestion.
28. Nous avons la chance d'avoir un plan de réserve de sang avec des hôpitaux partenaires
 - Qui doit être réellement avisé?
 - Mises à jour par courriel

- Avis initial aux DG et aux principaux dirigeants des trois hôpitaux
- Groupes sanguins sur les registres de documentation du laboratoire
- Pour aider le CHUGS à approuver les transfusions en se fondant sur les niveaux actuels des stocks en phase rouge
- Ajouter les données de groupage, de compatibilité et d'examen sur la liste des interventions chirurgicales
- Aide le labo et le CHUGS à approuver les transfusions
- Le Centre de coordination des urgences doit aussi aviser le dirigeant principal de l'information qui sera responsable des communications avec le public

Soutien du CHUGS

- Comment assurer un soutien ininterrompu (24/7)
- Qui va prendre les décisions en dehors des heures régulières de travail
- Quelle forme prendra ce soutien? i.e. téléavertisseur, conférence téléphonique

Notes de service - Avertissements

- Utiliser les modèles de la trousse d'outils pour la simulation
- Préciser le libellé et l'adapter à l'hôpital

Liste des patients à rappeler en priorité si leur intervention chirurgicale, procédure ou traitement a été retardé à cause de la pénurie de sang

- Ajouter au Plan de gestion d'urgence des réserves de sang

29. Retard des communications par OCGU. Le personnel du labo ne connaît pas bien la politique de l'hôpital
30. Délai de l'avis de la SCS envoyé par courriel (9 h) par rapport à celui envoyé par télécopieur (10 h 30). Retard dans l'hôpital lié au contact par courriel des membres du CHUGS. Besoin d'enrichir la procédure de report des interventions chirurgicales – sous-groupe du CHUGS. Catégorisation des demandes de sang doit se faire jour et nuit – qui est disponible (de garde) pour faire ce travail.
31. Confirmation de la procédure décrite dans notre plan.
32. Pas facile de motiver le personnel clinique à participer et à prendre au sérieux l'idée d'une pénurie de sang! Deux des six membres de l'équipe médicale ont assisté à la simulation de réunion du CHUGS. Lorsqu'ils ont catégorisé les demandes de globules rouges, les deux médecins qui avaient assisté à la réunion n'ont refusé aucune demande avant d'avoir parlé avec le médecin prescripteur. Si la pénurie avait été réelle, cette façon de faire aurait pris beaucoup de temps. Il n'y a aucune limite aux transfusions prescrites en cas d'hémorragie. Un des membres du CHUGS estimait que cela devait être ajouté à notre protocole.
33. Les personnes-clés à contacter ne sont pas bien définies.
34. Nous n'avons ni CHUGS, ni équipe de catégorisation. Il n'y a aucune communication entre l'équipe de l'OCGU de notre hôpital et le laboratoire de médecine transfusionnelle.
35. 1) Plus grande participation de l'hôpital pour rédiger le PHUGS et le faire connaître.
2) Formation du personnel nécessaire.
3) Stratégies de Communication à clarifier et à simplifier.
4) Procédure d'avertissement des patients à améliorer.
36. Même si le laboratoire a rédigé la procédure, le secteur clinique doit participer plus activement.
37. De toute évidence, il faut motiver davantage les cliniciens à participer à l'exercice
38. Nous devons vérifier régulièrement notre télécopieur. Nous avons changé notre façon de faire des rapports sur nos réserves. Nous allons nous servir des demandes pour faire une présentation à notre comité de médecine transfusionnelle – informer les médecins des lignes directrices Choisir avec soin.
39. Nous devons nous assurer que les coordonnées de tous les principaux intervenants sont mises à jour et accessibles.
40. Certaines modifications du libellé dans nos notes de service. Ajout de noms à la liste de contacts originale.
41. Nous n'avons pas été avertis de la fin de la simulation. Lorsque le sondage a été publié, j'ai communiqué avec le RRoCS et appris que la simulation s'était terminée la veille. Nous avons poursuivi la catégorisation et aurions pu rejeter 8 autres demandes de transfusion.
42. Est-ce que les avis que nous recevons de la SCS pourraient contenir une section supplémentaire où inscrire les coordonnées de notre hôpital avant de le renvoyer par télécopieur? Autrement, comment la SCS sait-elle qui retourne son avis?
43. Dans l'ensemble, ce fut une bonne expérience d'apprentissage.
44. Nous n'avons pas de code particulier pour les pénuries de sang. La gestionnaire de notre laboratoire va aborder le sujet avec nos comités de direction. Nous avons pris conscience qu'il y avait plus de travail à faire dans notre établissement.
45. Nous avons constaté que la liste des coordonnées de nos intervenants était périmée. Nous ajouterons des détails sur la conférence téléphonique à notre plan pour la réunion du CHUGS, car il est difficile de réunir à court préavis tous les membres du comité. La catégorisation de toutes les demandes de globules rouges peut prendre beaucoup de temps – envisager de demander à d'autres membres du personnel du LMT de venir aider en cas de réelle pénurie.

46. Nous n'avons pas de code particulier pour les pénuries de sang. La gestionnaire de notre laboratoire va aborder le sujet avec la direction pour voir où il peut s'intégrer à nos codes existants. Nous avons cependant découvert que nous devons mieux les attribuer dans notre établissement.
47. Les procédures internes du labo ont été bien utiles. La communication avec l'administration pose des défis, mais ils ne sont pas insurmontables. Certains membres du LMT ne sont pas capables d'entrer les données sur nos réserves dans le site Web de la SCS. Il faut augmenter le nombre de personnes inscrites. Il nous faut une chaîne téléphonique incluant les médecins au cas où il faudrait rapatrier des unités mises en circulation. Nous sommes l'hôpital pivot du RLISS – nous ne savons pas vraiment encore comment prioriser les demandes de nos partenaires du RLISS (sans savoir si ces demandes ont été catégorisées avec rigueur). Nous supposons que les règles de catégorisation sont aussi strictes dans toute la province – mais est-ce vraiment le cas? Notre hôpital pivot est aussi un établissement de néonatalogie et la plupart des algorithmes de catégorisation donnent la priorité à la mise en circulation de produits pour les nouveau-nés. Nous avons peur de compromettre nos réserves destinées à nos patients les plus vulnérables. Nous avons déterminé que notre pratique transfusionnelle HABITUELLE pourrait être optimisée – même hors d'une simulation de pénurie! Nous avons hâte de lancer sous peu notre PAQ.
48. L'absence totale de participation (ou même de question) de notre personnel médical (CHUGS) est notre plus grave problème, donc AUCUN apprentissage sur la démarche de révision en cas de pénurie réelle.
49. Notre plan de communication doit être mis à jour, car c'est le laboratoire qui est responsable d'informer tout le monde; nous n'avons pas de chaîne téléphonique. Aussi, les médecins ne se servent que de leur adresse courriel personnelle et aucun d'eux n'a consulté ses courriels au sujet de la simulation, de sorte qu'ils n'avaient aucune idée de ce qui se passait, malgré les nombreux avis.
50. Nous planifions une séance de suivi (débriefage) pour évaluer les échecs de communication et chercher des moyens d'améliorer et d'actualiser nos politiques et nos procédures.
51. Notre plan interne fait appel à une équipe de gestion des incidents qui prend des décisions dans les situations où le pronostic vital est menacé. L'identité des membres de cette équipe n'a pas été révélée à la Banque de sang ni au directeur médical de la banque de sang qui n'est pas dans l'établissement.
52. Avis aux médecins, communications de la SCS
53. Avertir le CHUGS ne suffit pas. Nous avons trouvé que plus de personnes doivent être avisées.
54. Peut-être tous les médecins. La communication par courriel ne suffit pas à assurer une transmission efficace et rapide de l'information. Nous avons décidé de recourir au standard de l'hôpital pour appeler les membres du CHUGS en plus de leur envoyer des courriels.
55. Notre plan de communication doit être plus détaillé. Le registre de suivi doit être plus détaillé.
56. Nous avons trouvé plusieurs lacunes et travaillons en ce moment aux aspects suivants : modèles de documents, communication, politique, formation
57. Nous avons constaté que la direction de la MT n'était pas au courant de la version 3 – nous avons commencé à travailler à définir clairement tous les éléments de notre procédure. Nous avons commencé à identifier les personnes qui seront contactées pour approuver les transfusions en période de pénurie de globules rouges afin que les membres pertinents de l'équipe prennent part à cette démarche décisionnelle
58. Besoin de meilleures communications. Personnel clé indisponible. Politique incomplète.
59. Le manuel doit être mis à jour.
60. Nous avons appris l'existence du groupe OCGU dont nous n'avons pas entendu parler avant cet exercice
61. Nous pensions être prêts – aucun changement apporté en fonction de la version 3 et pas de CHUGS mis sur pied. Besoin d'en former un. Besoin aussi d'un outil pour que les personnes contactées pendant une pénurie de sang puissent confirmer qu'elles sont au courant de la situation critique en cours et d'un échéancier d'activation de la chaîne téléphonique.
62. À venir – nous n'avons pas encore eu l'occasion de revenir sur l'exercice avec notre comité
63. Nous avons cerné des domaines à améliorer – l'accès à des téléphones pour nos centres opérationnels. Nous travaillons à confirmer nos capacités de transport de patients ou de produits. Nous avons déterminé qu'il fallait des communications plus efficaces avec les chefs de service ou de département. Nous devons aussi évaluer la procédure critique.
64. Points clés : garder tous les membres du comité au courant de ce qui se passe, parce que la composition du comité change souvent; avoir les dernières nouvelles dans notre RLISS sur les plans de catégorisation et de redistribution.
65. Le message par télécopieur est arrivé tardivement. Seul un courriel a été envoyé à la direction. En cas d'urgence réelle, j'ose penser que le département serait averti d'abord par télécopieur ou un autre moyen.
66. Besoin d'un plan de rechange pour joindre le CHUGS, car les courriels ne sont pas très efficaces – le tiers des membres seulement a répondu. Faire intervenir un gestionnaire des communications. Besoin de renforcer l'équipe de catégorisation. Nous prévoyons réunir le CHUGS à l'automne pour faire une simulation et revoir tous les cas.
67. Avis et communications parfois tardives. Il faut agir quand un courriel arrive parce que les télécopies sont parfois retardées.

68. Nous sommes un petit hôpital sans service de chirurgie; les seules répercussions en situation de pénurie de sang réelle seraient sur les patients qui arrivent en ambulance et qui ont besoin de sang. Les transfusions prévues se font rarement chez nous.
69. Nous avons déterminé qu'une autre personne devait faire partie de la liste de contacts. Ces listes doivent être intégrées à la procédure et non constituer un document séparé. Nous devons ajouter à la procédure quelque chose au sujet des rappels (VBacks) pour déterminer les besoins de sang éventuels des prochains jours.
70. La liste de contacts était périmée!
71. Pendant nos préparatifs à la simulation, nous avons constaté qu'un nombre important de membres clés ne faisaient pas partie de notre CHUGS. L'erreur a été corrigée.
72. Nous avons aussi découvert que le plan d'urgence dans le manuel du SMT ne correspondait pas toujours au plan d'urgence du Manuel de gestion des urgences.
73. Nous n'avons pas de CHUGS.
74. Besoin de feuilles de contrôle mises à jour
75. Comment gérer les avis au personnel.
76. Ce ne sont pas tous les membres du personnel du labo qui avaient accès au portail de la SCS sur l'état des réserves. Nous avons créé une ouverture de session générique pour que n'importe quel membre du personnel puisse envoyer à la SCS un rapport sur l'état de nos réserves chaque jour et aussi souvent que nécessaire en période de pénurie de sang.
77. Je crois vraiment qu'un accusé de réception de l'avis devrait être envoyé à la SCS.
78. Mettre à jour la liste de contacts... Première expérience de catégorisation des demandes faite par la direction du SMT.
79. Nous aurions besoin d'une équipe de catégorisation plus structurée si la situation était réelle.
80. Nous devons finaliser la composition du CHUGS et du comité de catégorisation. Nous devons faire un résumé des critères de catégorisation pour les membres du comité de catégorisation qui n'auront pas le temps de fouiller dans toute la documentation au moment d'une pénurie, même s'ils auront déjà lu les documents.
81. Meilleure communication. Convocation de l'équipe. Simulation plus complète avec étude de la vraie liste des interventions chirurgicales
82. Plan d'urgence périmé. Liste des utilisateurs de l'OCGU aurait dû être mise à jour avant l'exercice
83. Meilleur système de communication avec les membres du CHUGS cette fois-ci.
84. Besoin d'un avertissement autre que par courriel pour convoquer le CHUGS.
85. La personne responsable de la liaison avec la SCS était absente le deuxième jour. Le nom de la gestionnaire du laboratoire a été ajouté à la liste de contacts d'urgence à la SCS. Le courriel d'avis du personnel envoyé par courriel à la direction reprendra le contenu du message dans le texte et non en pièce jointe. Nous demanderons une confirmation de la réception de l'avis par courriel.
86. La simulation nous a fait étudier de près nos procédés et notre procédure. Mise à jour requise en raison de changements aux postes de direction. Elle nous a présenté des situations auxquelles nous n'avons pas pensé au moment de l'élaboration de la politique. Même les étapes que devait suivre le personnel de première ligne pour communiquer – tout le monde n'avait pas le même accès, procédure plus détaillée nécessaire.
87. Avant la simulation, il n'y avait qu'une personne responsable de la catégorisation, aucune équipe n'avait été formée. Il n'y a pas de télécopieur directement lié au Service de médecine transfusionnelle pour recevoir les avis de la SCS.
88. La communication initiale par télécopieur de la SCS a été retardée dans tous nos hôpitaux. L'OCGU était en retard de plusieurs heures.
89. Besoin de personnel supplémentaire formé pour se servir du programme de l'OCGU. Besoin d'un nouveau code spécifique aux pénuries de sang. Le Service de médecine transfusionnelle étudie la possibilité d'obtenir des produits à répartir par région au besoin.
90. Tous les technologues de laboratoire ont été appelés à lire toutes les procédures normalisées, tous les formulaires et autres documents liés au plan interne avant la simulation. Il reste à rédiger un questionnaire de vérification des connaissances sur les pénuries de sang. Les procédures de communication ont besoin d'amélioration. Le Plan interne a été complètement réécrit pour qu'il soit conforme à la version 3 du plan ontarien et à la trousse provinciale d'outils de gestion d'urgence des réserves de sang. En conséquence, la simulation s'est beaucoup mieux déroulée qu'en 2014.
91. Il faut s'assurer que les avis d'alerte ne seront pas bloqués par les pare-feu; les responsabilités précises des personnes dont le nom figure dans la chaîne téléphonique doivent être plus claires
92. Communication
93. Nous avons nommé une personne qui sera responsable de communiquer avec les chirurgiens que la pénurie pourrait affecter.
94. Nous sommes un très petit hôpital et nos réserves de sang sont très limitées, de sorte que cette simulation ne s'appliquait pas vraiment à nous. Nous n'avons pas d'interventions chirurgicales ou de transfusions prévues à reporter. En raison de notre taille et des besoins de nos patients, il semble inutile de faire participer tous les paliers de la direction à l'exercice. Il serait plus

logique que le personnel du laboratoire avise seulement les personnes qui seraient affectées, le cas échéant. De plus, il n'y a pas de possibilité de redistribution pour notre établissement à l'heure actuelle.

95. Incapacité à modifier notre formulaire pour ajouter SIMULATION - formulaire mis à jour
96. Que la SCS n'envoie pas de courriel pour avertir de la phase de retour à la normale
97. Procédure de convocation de l'équipe d'urgence / de catégorisation.
98. Comment convoquer les membres du CHUGS.
99. Trouvé ajout à faire pour la phase de retour à la normale. Compris que nous devons avoir une personne capable de prendre des décisions jour et nuit. Précisions requises au sujet des communications.
100. C'était une bonne façon de revoir nos procédures, mais comme nous sommes un petit hôpital communautaire sans département de chirurgie et sans transfusion régulière de produits sanguins, la plupart des aspects de la simulation ne nous concernent pas.
101. La Pharmacie ne faisait pas partie de la liste préalable des contacts à aviser. Manque de responsabilisation des médecins quant à leur participation au volet de catégorisation de la simulation.
102. L'approche de la SCS par télécopieur n'est pas efficace. Nous n'avons pas de plan pour identifier et rappeler rapidement les produits contaminés... en partie parce que le numéro d'identification du produit est le seul élément que la SCS pourrait nous fournir, et en partie parce que nous devrions chercher à la main le numéro d'identification de chaque produit.
103. Besoin d'un outil en ligne pour aider les hôpitaux et la SCS à établir un lien.
104. Que faire avec les interventions chirurgicales en cours?
105. Il faut régulièrement mettre à jour la liste des contacts

Annexe B : Autres commentaires

1. Bonne occasion d'apprentissage qui met en lumière les lacunes en communication et les difficultés à coordonner les membres du CHUGS en peu de temps.
2. Ces exercices sont utiles.
3. Même si cela a exigé beaucoup de travail de ma part (je suis responsable de la banque de sang), je dois admettre que l'exercice était nécessaire pour valider la qualité de notre plan d'urgence en cas de pénurie. C'était aussi un bon outil d'apprentissage et de sensibilisation de l'ensemble du personnel. Bon nombre des membres du CHUGS ont participé à l'exercice. Le soutien des chirurgiens a été particulièrement bon.
4. Refaire chaque année s'il vous plaît
5. OCGU – les messages pourraient-ils être envoyés à des récipiendaires désignés – si je comprends bien ce que m'a dit notre agent de liaison, il doit ouvrir une session dans le système pour récupérer le message en temps réel, autrement il y a un délai de réception.
6. Le retour sur la simulation se fera plus tard pour que nous puissions en discuter avec les membres du comité de médecine transfusionnelle. Je dois dire que je pensais que nous allions recevoir un appel téléphonique. Si cela s'était passé pendant la nuit ou le week-end, je ne sais trop quand l'avis aurait été vu. À mon avis, un appel téléphonique est recommandé. C'est très important quand cela arrive et le manque de communication pourrait augmenter le stress parmi le personnel du laboratoire qui verrait la note de service plus tard.
7. Merci
8. L'exercice nous a permis de faire l'essai de notre plan de gestion des pénuries de sang et de mettre en lumière les petites lacunes de notre stratégie de communication. Cela a renforcé notre volonté de nommer dès maintenant un médecin responsable de gérer les reports d'utilisation des composants ou produits en raison de la catégorisation des demandes.
9. Bon travail!
10. Communication de la phase rouge : notre DG n'a jamais reçu l'avis (mais la direction des services infirmiers l'a reçu). Si la simulation (ou même une réelle pénurie) s'était passée pendant le week-end et que la directrice des services infirmières avait été hors d'atteinte (ce qui arrive souvent quand les gens font du camping), la personne de garde au LMT n'aurait pas été au courant de la pénurie avant le jour ouvrable suivant.
11. Cela s'est bien passé, mais je n'ai reçu qu'un courriel, donc je n'ai averti le personnel qu'une heure après l'envoi du courriel. Je trouve l'avis par télécopieur de beaucoup préférable.
12. Tout s'est bien passé ici.
13. Long délai entre l'avis par courriel et l'avis par télécopieur
14. Très difficile de faire participer activement les intervenants aux simulations de pénurie de sang
15. Bon exercice. Très utile.
16. Ces exercices sont très utiles
17. Excellent exercice qui arrive enfin à sensibiliser les principaux dirigeants
18. C'est très difficile d'organiser sans trop de préavis une simulation de réunion des gestionnaires des systèmes d'information (IMS). À l'avenir il serait préférable de connaître la date exacte de la simulation pour que nous puissions prévoir et réserver du temps dans les agendas des principaux intervenants afin de faire l'exercice avec la participation de tous.
19. Bon exercice. Je conviens que les simulations sur papier dérangent moins, mais j'ai constaté que les établissements que je contribue à administrer ne les prenaient pas autant au sérieux que s'ils doivent vérifier leurs procédures. Remarque : je ne sais pas combien de transfusions auraient été reportées puisque je n'ai pas encore vu la documentation remplie.
20. Les interventions chirurgicales non urgentes auraient été annulées.
21. Nous allons comparer nos réponses à celles des hôpitaux de notre réseau pour apprendre les uns des autres.
22. Exercice utile
23. Bon exercice!
24. La simulation a été un bon exercice d'apprentissage. Toutefois, l'avis transmis par l'OCGU est arrivé très tard et il n'y avait pas beaucoup d'information dans le billet. Comme la SCS n'envisagerait jamais de recourir à l'OCGU pendant une réelle pénurie de sang, il n'était pas réaliste de demander aux hôpitaux d'élaborer ou de modifier leur plan de gestion des pénuries de sang pour prendre en compte cet outil de communication. Notre plan interne est fondé sur l'envoi direct de courriels ou de télécopies à la Banque de sang. Dans nos préparatifs en vue de cet exercice, nous avons dû nous dépêcher de modifier notre politique en place pour qu'elle reflète le recours à l'OCGU.
25. Merci!
26. Excellente situation d'apprentissage. Je pense que cette situation devrait faire partie du Code orange, le sinistre externe étant l'incapacité de la SCS à fournir du sang. L'annonce générale du Code orange dans les haut-parleurs serait une façon plus efficace de susciter sans délai une réaction.

27. Nous n'avons jamais organisé de simulation interne avant cet exercice; nous avons cependant participé aux simulations antérieures organisées par la SCS.
28. Le personnel extérieur au laboratoire ne prend pas au sérieux l'idée d'une pénurie de sang. Je ne sais pas comment nous arriverions à réduire de 70 % notre utilisation si cela devait se produire en réalité.
29. La SCS ne nous a pas avertis de la fin de l'exercice.
30. Veuillez ajouter les réponses Ne sais pas ou Sans objet si ce sondage est repris.
31. Nous allons discuter de la simulation de pénurie de sang au Comité de conservation et de transfusion du sang.
32. Commentaires à l'intention de la SCS :
Il y a eu une certaine confusion entourant les mots et les définitions employés.
 - 1) Phase rouge - 50 % des stocks --> dans notre plan, le niveau des stocks doit être à 25 %
 - 2) Retour à la phase verte --> il n'y a pas de phase appelée Retour à la phase verte
 Une communication chaque matin aurait pu être utile pour assurer la continuité des échanges au sujet de l'état de la pénurie.
Certains ont reçu les avis de pénurie de la SCS, mais n'ont pas reçu le courriel au sujet du présent sondage.
33. Même si bien des gens ont été avertis pendant la simulation, presque personne n'a accusé réception du message ou de l'avis par courriel.
34. La simulation a été un exercice de préparation très utile. Cette situation pourrait arriver.
35. Très utile pour cerner quelques lacunes dans notre plan.
36. La démarche d'avertissement n'a pas bien fonctionné. Une meilleure procédure est nécessaire.
37. Merci d'avoir organisé cette activité - très utile! Les communications ont été un problème, mais je suppose qu'en cas de réelle pénurie, il y aurait plus de contacts avec la SCS !?
38. Nous n'avons pas encore fait le bilan de la simulation. Cela se fera en juin à la prochaine réunion de notre comité de médecine transfusionnelle.
39. Cette simulation a été utile pour notre hôpital; elle nous a donné confiance en notre capacité de gérer une telle situation, si jamais cela se produisait.
40. C'était une excellente activité d'apprentissage. Nous travaillons maintenant à combler des lacunes particulières à notre établissement.
41. Très bon exercice qui a révélé certaines lacunes. Nous allons travailler aux procédures internes de notre établissement.
42. Le nombre (#) de demandes de globules rouges reportées est un POURCENTAGE (ex. : 62 %) de toutes les demandes de globules rouges reçues dans les campus de l'hôpital – et non un nombre (#) d'unités.
43. Du côté LMT, la simulation s'est bien déroulée, MAIS il est impossible de savoir ce qui se passerait dans une réelle situation de pénurie : l'ensemble de la procédure ne sera PAS testée tant que le personnel clinique n'y participera pas.
44. Nous travaillons en ce moment à actualiser notre procédure en cas de pénurie de sang pour refléter les changements apportés à la version 3.
45. La procédure interne du laboratoire semble bien fonctionner, mais ce qui se passe hors du labo n'est pas optimal. Je comprends le commentaire lors de la conférence téléphonique de la SCS sur le traitement des produits qui sont en train d'être transfusés au moment du rappel et sur la façon de les gérer. Je pense que les médecins doivent être mieux informés de leurs responsabilités. Chacun doit savoir ce qu'il doit faire.
46. Je n'ai pas reçu le courriel de la SCS pour m'aviser du début de la simulation.
47. Ce n'est pas tout le personnel de notre hôpital qui a accès à un numériseur et qui aurait pu envoyer un courriel aux personnes figurant dans la liste du Plan interne. Si l'exercice s'était produit après les heures régulières, il aurait fallu avertir par télécopieur environ 25 personnes.
48. Nous allons revoir les données relatives à la simulation
49. Cet exercice nous a aidés à mieux nous préparer à une crise réelle. Nous sommes maintenant mieux outillés pour réagir à une réelle pénurie.
50. Il y a eu du retard dans les communications de la SCS par télécopieur. IL faudrait trouver un autre moyen de communication. L'expression RETOUR À LA PHASE VERTE utilisée dans la simulation n'est pas normalisée. Nous avons supposé qu'il s'agissait de la phase de RETOUR À LA NORMALE et avons simulé une amélioration vers la PHASE VERTE d'une durée de 20 heures avant de mettre fin à l'exercice.
51. Merci pour cette occasion d'apprentissage.
52. Excellente simulation qui a permis de bien vérifier nos procédures.
53. Exercice bienvenu, qui a mis en lumière nos lacunes et l'importance de la participation de la haute direction.
54. Bon exercice. Nous avons beaucoup de pain sur la planche. Nous voulons donner confiance au personnel au cas où la situation se présenterait en réalité.
55. Excellent exercice, j'espère que cela se fera régulièrement (p. ex. tous les deux ans).
56. Nous trouvons que l'exercice a été excellent pour informer tout le monde des lacunes.

57. La communication de La SCS a été insuffisante pendant la simulation. Pas de conférence téléphonique après l'avis de phase verte. Ne comprenons pas les raisons de ce délai important et du temps qu'il a fallu à la SCS pour organiser la première conférence téléphonique. Si la pénurie avait été réelle, nous espérons que la SCS aurait convoqué une conférence téléphonique plus tôt pour aider les hôpitaux à mieux comprendre la situation.
58. Nous avons fait une réunion de suivi avec tous les laboratoires de la région
59. Ce fut un excellent exercice! Merci d'en avoir assuré la coordination.
60. Comme nous sommes un petit hôpital régional, nous avons eu quelques réunions avant l'exercice. Cela a été très utile pour que nous soyons tous sur le même plan.
61. Nous avons maintenant un CHGUS et nous avons amélioré notre politique.
62. Notre principale préoccupation est de pouvoir aviser le groupe en temps utile
63. Tout le personnel du laboratoire devra remplir la feuille de contrôle de formation et répondre au questionnaire qui se trouve dans la trousse d'outils. Il faut mettre à jour la liste des personnes à avertir dans notre hôpital.
64. La simulation s'est très bien déroulée.
65. Nos hôpitaux avaient formé un sous-comité de l'équipe de gestion des systèmes d'information en prévision de l'exercice. Cette équipe avait tous les intervenants clés et a été très efficace. Nous avons passé en revue les réserves, les interventions chirurgicales, les transfusions non urgentes à venir. Nous avons constaté que nous aurions besoin d'une catégorisation plus rigoureuse et nous la ferions en nous servant de la trousse d'outils fournie par le RRoCS.
66. La pénurie de sang (composants sanguins) est un problème qui fluctue en fonction de la cause et de divers facteurs comme la péremption des plaquettes. On peut reporter le traitement de certains patients aujourd'hui, mais leur état peut s'aggraver demain. Pour d'autres, on peut reporter le traitement et leur donner du fer. C'est difficile d'établir des critères stricts de report des transfusions.
67. Il est important d'organiser une simulation annuelle pour assurer une amélioration continue de la qualité
68. Ce fut une excellente activité d'apprentissage et je pense que notre établissement comprend mieux maintenant ce qu'il faut faire dans une réelle situation d'urgence.
69. Nous avons préparé une liste d'interventions chirurgicales et de transfusions prévues. Nous nous en serions servi pour catégoriser les demandes de transfusion en cas d'urgence réelle.
70. Simulation très utile, qui nous a fait revoir nos façons de faire plus en profondeur. Favorables à la répétition de l'exercice.
71. L'exercice s'est terminé en passant directement de la phase rouge à la phase verte. En réalité, cependant, il y aurait une phase de retour à la normale. Pour que la simulation se rapproche davantage de la réalité, nous avons donc décidé d'instaurer une phase de retour à la normale de 24 heures avant de revenir à la phase verte.
72. Les réponses à ce sondage valent pour les trois campus de notre hôpital, puisque nos politiques et procédures sont uniformisées.
73. Des mises à jour et une réunion finale avec la SCS auraient été profitables.
74. Lorsqu'une pénurie est en cours, il serait utile d'avoir de la SCS une mise à jour quotidienne le matin et une confirmation de la phase de la pénurie. La terminologie employée par la SCS portait à confusion. Le « retour à la phase verte » n'est pas mentionné dans notre politique. Le seuil de réserves de 50 % mentionné en phase rouge ne correspond pas au seuil de 25 % en phase rouge mentionné dans notre plan interne. Il n'y a pas eu de conférence téléphonique finale entre la SCS et les hôpitaux. La rétroaction des deux parties serait appréciée.
75. Exercice très utile pour mettre à jour la procédure de gestion du sang en situation de pénurie
76. Cet exercice a été une excellente façon de mettre en lumière les lacunes de notre plan. Je pense qu'une autre simulation permettrait de voir si ces lacunes sont vraiment comblées.
77. Excellente révision!
78. L'exercice a été très utile pour nous préparer à une situation réelle
79. La simulation a été très utile et une excellente occasion de déterminer ce qui fonctionnait bien et les lacunes qu'il fallait régler.
80. Excellente simulation.
81. Comme nous n'avons pas réussi à faire participer des médecins à la simulation, nous n'avons pas pu vérifier cette partie du plan.
82. Très utile
83. La procédure est mieux normalisée et les attentes sont claires.
84. Nous n'avons en stock que deux unités de GR de groupe O Pos et deux unités de GR de groupe O Neg à utiliser uniquement en cas d'urgence. Nous ne faisons habituellement ni accouchements ni interventions chirurgicales.
85. Merci pour cet exercice.
86. Communication : avis reçu par courriel et télécopieur au début de l'exercice, mais seulement par télécopieur à la fin. Il y a eu un important délai de communication avec les établissements qui se trouvent en fin de liste.

87. Notre hôpital n'est pas très grand et le niveau de nos stocks ne change pas beaucoup entre la phase VERTE et la phase ROUGE. De plus, nous ne faisons pas d'intervention chirurgicale, de sorte que toute transfusion serait une réelle urgence (question de vie ou de mort) en phase ROUGE.
88. Bon exercice à faire, aide à assurer la mise à jour de la procédure.

Annexe C : Tableau comparatif – Simulations ontariennes de pénurie de sang - Recommandations*

Recommandation	2010	%	2014	%	2018	%	Commentaires
Finaliser les plans internes	✓		✓	92	✓	94	
Mettre à jour les plans internes pour qu'ils soient conformes à la dernière version					✓	78	
Former le personnel sur les plans en cas de pénurie de sang	✓		✓	57	✓	82	
Avoir en place des procédures de redistribution	✓		✓	58	✓	79	
Avoir en place une procédure d'avertissement des patients	✓	45		80	✓	50	
Avoir en place un comité interne de gestion des pénuries de sang	✓			65	✓	66	Certains petits hôpitaux n'ont pas de comité distinct, mais recourent à un comité existant, comme le comité de médecine transfusionnelle
Identifier les personnes qui feront la catégorisation des demandes de sang pendant une pénurie	✓		✓	89	✓	87	
Inclure dans le plan interne une procédure de rappel des patients dont l'intervention a été reportée pendant une pénurie de sang			✓	43	✓	42	
Garder à jour une liste des contacts pour aviser le personnel interne d'une pénurie de sang	✓		✓	82	✓	84	
Les hôpitaux devraient déclarer l'état de leurs réserves à la SCS lorsqu'on leur demande	✓	64	✓	47	✓	86	
Documenter tout report de transfusion ou toute intervention chirurgicale	✓	3	✓	63	✓	85	
Les plans internes devraient mieux définir les mesures à prendre en phase de retour à la normale après une pénurie de sang			✓		✓	50	
Les hôpitaux devraient faire un bilan de l'exercice			✓	80	✓	83	
La SCS doit mettre en place un processus qui assurera la réception en temps utile des avis de pénurie de sang dans chaque hôpital qui reçoit des composants et produits sanguins de la SCS Un des trois aspects clés à améliorer selon la SCS après la simulation de 2014	✓		✓		✓		Non. Il y a encore d'importants retards, et la liste des contacts n'a pas été mise à jour – REMARQUE : La SCS cherche une solution technologique automatisée au problème
Une conférence téléphonique de la SCS pour faire une mise à jour sur les stocks et la situation devrait être organisée	✓						La SCS organise maintenant trois conférences téléphoniques pour

pour chaque région de la province; ces conférences devraient avoir lieu à des moments différents au cas où certaines personnes devraient assister à plusieurs conférences						servir toutes les régions de la province
La SCS devrait rédiger des modèles d'avis aux hôpitaux			✓			Des modèles standards sont maintenant utilisés
La SCS devrait rédiger une feuille de contrôle ou une trousse d'outils pour aider son personnel à suivre les mêmes procédures Un des trois aspects clés à améliorer selon la SCS après la simulation de 2014			✓		✓	Cet aspect reste à améliorer. L'avis de retour à la phase normale n'a pas été envoyé par un centre
La SCS devait fournir plus de directives dans son avis de phase de retour à la normale, soit de continuer une utilisation réduite pendant 48 heures			✓		✓	Aucune directive transmise
Trouver une solution pour collecter des données « visibles » sur les réserves des hôpitaux Un des trois aspects clés à améliorer selon la SCS après la simulation de 2014			✓			Oui. La SCS a créé un portail où les hôpitaux peuvent déclarer l'état de leurs réserves.
Les communications du MSSLD doivent être claires (éviter les acronymes)	✓					Oui
Le MSSLD doit maintenir un plan de gestion des réserves de sang en cas de pénurie et le mettre à jour au besoin			✓		✓	Oui – activité régulière
LE MSSLD doit préciser les rôles et responsabilités quant aux communications internes, avec le COUM et avec les intervenants dans les hôpitaux Un des deux aspects clés à améliorer selon le MSSLD après la simulation de 2014			✓			Oui. Un tableau de communication a été créé et ajouté à la v3 du plan provincial
Définir des « seuils » de réserves auxquels le Bureau provincial (BPCO) sera avisé			✓			Oui
Fournir une orientation aux hôpitaux quant aux décisions/critères de catégorisation pour assurer l'équité des décisions dans l'ensemble de la province			✓		✓	Oui. Le COUGS a rédigé des points clés à transmettre aux hôpitaux
Rédiger de courts documents pour sensibiliser les médecins, le personnel infirmier et le personnel du LMT de leur rôle			✓			Oui. Des documents d'une page pour les médecins, le personnel infirmier et le personnel du LMT ont été ajoutés à la v3 de la trousse d'outils
Les communications du MSSLD aux intervenants doivent être claires et concises. Rédiger des modèles à utiliser en cas de pénurie de sang.			✓			Oui. Des modèles ont servi pour la simulation de 2018

Un des deux aspects clés à améliorer selon le MSSLD après la simulation de 2014							
Préciser comment les communications et orientations seront transmises par le COUGS aux équipes de catégorisation des hôpitaux			✓		✓		Non. L'information n'a pas été transmise aux hôpitaux (décret d'élection). Il faut mettre en place un plan de communication après la réunion du COUGS
Clarifier les mesures requises en phase de retour à la normale Commentaire du COUGS après la simulation de 2014			✓				Oui. On a précisé que lorsque les hôpitaux reçoivent un avis de retour à la normale, ils doivent continuer à réduire leur utilisation pendant un certain temps (48 heures suggérées) jusqu'à la stabilisation des stocks de phase verte (inclus dans la v3 du Plan ontarien)
Fournir des lignes directrices sur la responsabilité qu'ont les établissements qui fournissent du sang à transfuser à d'autres établissements quant aux avis à leur transmettre (Administration)	✓						Oui. Le RROCs a fait cette mise à jour pendant ses visites aux hôpitaux en 2011-2012 et verra à ce que cela soit mentionné dans la trousse Émission et administration (révision prévue en 2019)
Élargir l'accès à l'application Web du RROCS sur les plaquettes			✓	16		SO	Tous les hôpitaux y ont maintenant accès
Demander au MSSLD de préciser la procédure de communication interne (Réseau Trillium/COUM/OCGU)			✓		✓		Confusion sur l'utilisation de l'OCGU en situation de pénurie de sang et sur son utilité
Inclure dans la simulation des avis à Criticall, ORNGE, et aux services ambulanciers	✓						Non. Il avait été décidé de ne pas les inclure dans le présent exercice, mais de l'envisager pour le prochain
Organiser une autre simulation de pénurie de sang dans 2-3 ans			✓		✓		À discuter au sein du COUGS – fréquence à déterminer
Inclure des modèles de documentation des mesures prises dans la prochaine trousse ontarienne	✓						Inclus dans les v2 et 3 de la trousse
Fournir un modèle d'avis au patient	✓						Inclus dans les v2 et 3 de la trousse
Fournir dans la trousse une feuille de contrôle sur la formation pour faciliter la formation du personnel	✓						Inclus dans les v2 et 3 de la trousse
Fournir un modèle/exemple de liste de contacts internes	✓						Inclus dans les v2 et 3 de la trousse
Insister sur l'importance pour les hôpitaux de déclarer leurs réserves à la SCS pendant une pénurie quand on leur demande	✓		✓				Inclus dans les v2 et 3 de la trousse

* REMARQUES :

1. La simulation de 2010 ne regroupait que 27 hôpitaux.
2. La simulation de 2014 portait une pénurie de plaquettes et un avis a été transmis à tous les hôpitaux de l'Ontario. Elle a commencé par une phase jaune, qui est passée en phase rouge avant de revenir à une période de retour à la normale.
3. La simulation de 2018 portait une pénurie de globules rouges et un avis a été transmis à tous les hôpitaux de l'Ontario. Elle a commencé par une phase rouge qui a duré environ 30 heures avant qu'un avis de retour à la normale soit émis.
4. « ✓ » indique qu'il s'agit d'une recommandation faite après la simulation
5. « % » indique le pourcentage des hôpitaux qui ont réagi à cette recommandation dans un sondage mené après la simulation