

PLAN NATIONAL DE GESTION EN CAS DE PÉNURIES DE COMPOSANTS SANGUINS LABILES

Le Comité consultatif national sur le sang et les
produits sanguins
et
la Société canadienne du sang



National Advisory Committee | Comité consultatif national sur
on Blood and Blood Products | le sang et les produits sanguins

Société canadienne du sang
Donnez, c'est dans votre nature

2009.09.28

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS	5
REMERCIEMENTS.....	6
RÉSUMÉ.....	8
1 INTRODUCTION	10
1.1 Le système canadien d'approvisionnement en sang.....	10
1.2 Mise en place d'un plan national de gestion des pénuries de composants sanguins labiles	10
1.3 Objet et portée	11
1.4 Principaux participants et intervenants	12
2 HYPOTHÈSES DE TRAVAIL	12
3 STRUCTURE DU PLAN – APERÇU.....	16
3.1 Phase d'indisponibilité des réserves	16
3.1.1 Phase verte.....	16
3.1.2 Phase jaune.....	16
3.1.3 Phase rouge	16
3.1.4 Phase de retour à la normale	16
3.1.5 Niveau des réserves de la SCS en phases verte, jaune et rouge	17
3.1.6 Niveau total des réserves.....	18
3.1.7 Attribution réelle de composants sanguins en cas de pénurie	19
3.2 Rôles et responsabilités clés des participants	19
3.2.1 Société canadienne du sang	19
3.2.2 Comité de liaison SCS-P/T du sang	20
3.2.3 Ministères de la Santé des provinces et des territoires.....	20
3.2.4 Comité consultatif national sur le sang et les produits sanguins	21
3.2.5 Hôpitaux et autorités régionales de la santé	22
4 COMITÉS D'URGENCE POUR LA GESTION DES RÉSERVES DE SANG	22
4.1 Comité national d'urgence pour la gestion des réserves de sang.....	22
4.1.1 Mandat	23
4.1.2 Composition.....	23
4.1.3 Réunions et quorum.....	24
4.1.4 Communications	24
4.2 Comités provinciaux-territoriaux d'urgence pour la gestion du sang.....	24

4.3	Comité hospitalier/ARS d'urgence pour la gestion des réserves de sang	26
5	COMMUNICATIONS.....	26
5.1	Communications opérationnelles.....	27
5.1.1	Activation des communications opérationnelles en cas de pénurie de sang	27
5.1.2	Renseignements transmis par le CNUGRS au CPTUGS et au CHRUGS....	28
5.2	Communications informationnelles.....	28
5.2.1	Composition et portée du sous-comité des communications	29
6	ACTIONS PARTICULIÈRES DES PARTICIPANTS.....	30
6.1	Phase verte	31
6.1.1	Société canadienne du sang	31
6.1.2	Provinces et territoires.....	32
6.1.3	Hôpitaux et ARS	32
6.2	Phase jaune.....	33
6.2.1	Société canadienne du sang	33
6.2.2	Provinces et territoires.....	34
6.2.3	Hôpitaux et ARS	34
6.3	Phase rouge.....	35
6.3.1	Société canadienne du sang	35
6.3.2	Provinces et territoires.....	35
6.3.3	Hôpitaux et ARS	36
6.4	Détermination de l'attribution de composants sanguins par la SCS aux hôpitaux et aux ARS pendant les phases jaune et rouge	37
6.5	Phase de retour à la normale	38
	Tableau 1 : Directives pour les transfusions de globules rouges aux enfants et aux adultes en situation de pénurie	39
	Tableau 2 : Directives pour les transfusions de plaquettes aux enfants et aux adultes en situation de pénurie	40
	ANNEXES.....	42
	ANNEXE A : Comité consultatif national sur le sang et les produits sanguins.....	43
	ANNEXE B : Consultation des intervenants en vue de l'élaboration du Plan national de gestion des pénuries de composants sanguins labiles	48
	ANNEXE C : Plans de continuité des opérations de la Société canadienne du sang.....	54
	ANNEXE D : Considérations éthique pour la gestion des pénuries de sang.....	58
	ANNEXE E : AUTRES PLANS POUR ABORDER LES PÉNURIES DE SANG	62

ANNEXE F : Mandat du Comité national d'urgence pour la gestion des réserves de sang⁶³
ANNEXE G : LIGNES DIRECTRICES POUR L'UTILISATION OPTIMALE DES
COMPOSANTS SANGUINS 66
ANNEXE H : Trousse de documentation..... 70

ABRÉVIATIONS

ARS	Autorités régionales de la santé
CCN	Comité consultatif national sur le sang et les produits sanguins
CHRUGS	Comité hospitalier/régional d'urgence pour la gestion du sang
CLSCS-P/T	Comité de liaison SCS/provincial-territorial sur le sang
CNUGRS	Comité national d'urgence pour la gestion des réserves de sang
CPTUGS	Comité provincial-territorial d'urgence pour la gestion du sang
CSA	Association canadienne de normalisation
DPBTG	Direction des produits biologiques et des thérapies génétiques
GTPS	Groupe de travail sur les pénuries de sang
GTPS - CCN	Groupe de travail sur les pénuries de sang du Comité consultatif national
HQ	Héma-Québec
HTC	Comité de transfusions sanguines de l'hôpital
MBOS	Protocole standardisé d'ordonnance de produits sanguins (en chirurgie)
MS	Ministère de la Santé
PBCO	Bureau provincial de coordination du sang
P/T	Provincial-territorial
SCS	Société canadienne du sang

REMERCIEMENTS

Le Comité consultatif national sur le sang et les produits sanguins (CCN) et la Société canadienne du sang (SCS) désirent remercier pour leur contribution les membres du Groupe de travail sur les pénuries de sang du CCN (GTPS-CCN) qui ont tous participé à l'élaboration du Plan national de gestion des pénuries de produits sanguins labiles. Les personnes suivantes du GTPS-CCN ont participé à la préparation du Plan :

Comité consultatif national sur le sang et les produits sanguins et Groupe de travail sur les pénuries de sang

D^{re} Heather Hume, coprésidente
Directrice médicale, Médecine transfusionnelle
Société canadienne du sang

D^{re} Susan Nahirniak, coprésidente
Présidente, Comité consultatif national
Services de santé de l'Alberta, Edmonton (Alberta)

Représentants du Comité consultatif national sur le sang et les produits sanguins

D^r David Anderson
Chef, Division de l'hématologie
QE II Health Sciences Centre, Halifax
Conseiller clinicien
Programme de coordination du sang de la Nouvelle-Écosse

D^{re} Jeannie Callum
Sunnybrook Health Sciences Centre
Toronto (Ont.)

D^r Louis Wadsworth,
Children's & Women's Health Centre of
BC
Vancouver (C.-B.)

Représentants des provinces et des territoires

M^{me} Madelaine Swaters
Gestionnaire, Services du sang
Alberta Health and Wellness

Samantha Cassie, agente de la sécurité transfusionnelle
Division de la santé publique
Alberta Health & Wellness
Marina Hamilton, gestionnaire de programme
Programme provincial de coordination du sang
Nouvelle-Écosse

M^{me} Lori Clarke
Conseillère de laboratoire
Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick

Représentants de la Société canadienne du sang

M. David Howe
Directeur exécutif
Gestion des produits et services aux hôpitaux

Robert Romans, directeur
Gestion des produits et services aux hôpitaux
Centre du Canada

Plan national de gestion des pénuries de composants sanguins labiles

M. Ahmed Coovadia
Spécialiste de la liaison avec les hôpitaux
Centre de l'Ontario
M^{me} Judie Leach Bennett
Directrice exécutive
Questions juridiques et gestion du risque
D^r Edward Alport
Directeur médical, Centre de la
Saskatchewan

M. Steven Smith, directeur
Soutien des opérations
Société canadienne du sang
M^{me} Jodi Murray
Conseillère juridique

D^{re} Margaret Fearon
Directrice médicale exécutive
Microbiologie médicale

Liaison – Ministère de la Santé, Québec

D^r Georges Rivard
Centre Hospitalier universitaire Sainte-
Justine
Montréal (Québec)

Autres

D^{re} Katerina Pavenski
Directrice, Médecine transfusionnelle
Hôpital St. Michael
Toronto (Ontario)

Le GTPS-CCN aimerait remercier la D^{re} Sheila Ward, directrice, Soutien des opérations et Projets spéciaux, Société canadienne du sang, pour sa contribution à la mise en marche du processus et à la première version du document.

Le GTPS-CCN aimerait aussi reconnaître le soutien administratif des personnes suivantes et les en remercier :

- M^{me} Karen Asmar, gestionnaire, Programme de médecine transfusionnelle, Société canadienne du sang
- M^{me} Colleen Bruneau, adjointe administrative principale, Médecine transfusionnelle, Société canadienne du sang
- M^{me} Kim MacKenzie-Dort, coordonnatrice de projet pour le CCN, Nouvelle-Écosse.

RÉSUMÉ

Les composants sanguins labiles, c'est-à-dire ceux qui sont recueillis, produits et distribués par les fournisseurs de sang canadiens, sont une ressource essentielle d'appui aux soins de santé au Canada. L'approvisionnement pourrait être compromis par diverses menaces externes comme les interruptions de travail, l'écllosion d'une maladie endémique, des conditions climatiques extrêmes ou des perturbations des systèmes de transport. En période de pénurie grave, l'attribution de composants sanguins pourrait représenter un défi de taille à la prestation des soins de santé. Pour se préparer à un tel défi, le Comité de liaison provincial-territorial (P/T) de la Société canadienne du sang (SCS) a demandé au Comité consultatif national sur le sang et les produits sanguins (CCN) d'élaborer un cadre de travail visant à déterminer la répartition équitable des composants sanguins labiles en période de pénurie grave. En réponse à cette demande, le CCN, en collaboration avec la SCS, a préparé un cadre préliminaire qui a été largement diffusé auprès des intervenants potentiels, puis révisé pour tenir compte des observations reçues. Ce document, le Plan national de gestion des pénuries de composants sanguins labiles (le « Plan ») est le cadre recommandé résultant de ce processus.

L'objet précis du Plan est de maximiser l'efficacité d'une réponse nationale en situation de crise qui aurait des incidences sur la pertinence de l'approvisionnement en sang au Canada, principalement dans les secteurs de responsabilité desservis par la SCS, mais aussi en collaboration étroite avec les participants du système d'approvisionnement en sang du Québec. Le Plan suppose que tout a à été mis en œuvre pour accroître l'approvisionnement en composants sanguins et aborde la question de l'attribution des réserves peu abondantes de sang. Le Plan aborde aussi les composants sanguins labiles. Toutefois, plusieurs des principes s'appliqueraient également en cas de pénurie de produits de protéines plasmatiques fractionnées ou recombinaisons.

Le Plan offre un cadre de travail qui permettra aux ministères provinciaux et territoriaux de la Santé, aux hôpitaux et aux autorités régionales de la santé (ARS) d'élaborer leurs propres plans de gestion en cas de pénurie qui corresponde au modèle du plan national. Cette approche vise à établir la collaboration et l'uniformité essentielles à la gestion efficace d'une pénurie de sang.

Suivant certaines des hypothèses énoncées, le Plan définit quatre phases de disponibilité des réserves – verte, jaune, rouge et le retour à la normale.

- La phase verte signifie que le niveau des réserves de composants sanguins est normal et répond généralement à la demande. Cette phase comprend une large gamme de niveaux des réserves qui vont de réserves idéales à une pénurie temporaire pouvant survenir périodiquement et pouvant être gérée grâce aux mesures courantes de la Société canadienne du sang et des hôpitaux.
- La phase jaune signifie que les réserves de sang sont insuffisantes pour maintenir les activités normales de transfusions sanguines et que les hôpitaux et les ARS devront prendre des mesures particulières pour réduire l'utilisation de sang.

- La phase rouge signifie que les réserves de sang sont insuffisantes pour que les patients ayant des besoins transfusionnels non facultatifs puissent recevoir les transfusions requises.
- La phase de retour à la normale signifie que les réserves de composants sanguins ont recommencé à augmenter et qu'elles devraient se maintenir à un niveau qui permettrait de passer de la phase rouge à la phase jaune et éventuellement, de la phase jaune à la phase verte.

Le présent document décrit les rôles et les responsabilités des principaux participants, c'est-à-dire la SCS, les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé, les hôpitaux canadiens et les ARS du Canada au cours de chacune de ces phases. Le Plan détermine également quels comités de gestion du sang en situation d'urgence devraient se mobiliser pour gérer avec succès une pénurie de sang ainsi que pour proposer un plan de communication.

La gestion optimale d'une pénurie grave dépendra de l'engagement de tous les intervenants du système d'approvisionnement en sang et de leur travail de collaboration afin d'assurer que la rareté des ressources soit gérée de manière juste et équitable. Le Plan est destiné à fournir un cadre de travail qui, s'il est respecté, assurera cette optimisation. Il est néanmoins reconnu que de nouvelles leçons seront tirées de chaque nouveau cas de pénurie et on s'attend que le Plan subisse des modifications selon les situations différentes dans lesquelles il sera appliqué.

1 INTRODUCTION

1.1 Le système canadien d'approvisionnement en sang

Au Canada, deux organisations sont chargées du système d'approvisionnement en sang : la Société canadienne du sang (SCS), qui dessert toutes les provinces et tous les territoires, à l'exception du Québec, et Héma-Québec (HQ), qui dessert le Québec. La SCS et HQ recueillent le sang de donateurs volontaires, préparent les composants sanguins et les distribuent aux hôpitaux de leurs secteurs de responsabilité respectifs. La SCS et HQ sont financés par les provinces et les territoires qu'ils desservent, mais la gestion de l'approvisionnement en sang relève entièrement de la SCS et de HQ dans leurs champs de compétence respectifs. La SCS et HQ sont également chargés de gérer l'approvisionnement en produits de protéines plasmatiques (gammaglobuline intraveineuse, albumine et concentrés de facteur de coagulation) et en facteurs de coagulation recombinés.

Dans le ministère de la Santé de chaque province et de chaque territoire desservis par la SCS, il y a une personne, le représentant provincial-territorial, qui est principalement chargé des interactions entre la SCS et la province ou le territoire. Les ministères P/T de la Santé choisissent aux deux ans un des secteurs de compétence pour agir, à tour de rôle, comme responsable de tous les autres secteurs.

Les représentants des provinces et des territoires, en collaboration avec des représentants des équipes de hauts dirigeants et de cadres supérieurs de la SCS forment un comité connu sous le nom de Comité de liaison SCS-provincial/territorial (CLSCS-P/T). Ce comité est présidé conjointement par un représentant de la SCS et le représentant P/T de la province choisie. Ce comité se réunit à intervalles réguliers et constitue la principale tribune pour les communications officielles entre la SCS et ses sources de financement.

La SCS sollicite l'avis de différents intervenants en s'adressant à leurs comités consultatifs (et d'autres tribunes spéciales). Un de ces comités est le Comité consultatif national sur le sang et les produits sanguins (CCN), qui est formé principalement de médecins nommés par leurs MSP/T respectifs et ayant une expertise en médecine transfusionnelle. Le CCN relève du CLSCS-P/T (la composition actuelle et le mandat du CCN figurent à l'annexe A). Comme on pourra le lire plus loin, le CCN joue un rôle central dans l'élaboration du Plan national de gestion des pénuries de sang.

1.2 Mise en place d'un plan national de gestion des pénuries de composants sanguins labiles

En janvier 2007, la Société canadienne du sang a demandé au CLSCS-P/T que soit préparé un plan coordonné destiné à gérer l'attribution des réserves disponibles de composants sanguins entre les hôpitaux canadiens (et finalement entre les patients canadiens) desservis

par la SCS en période de pénurie extrême. Le CLSCS-P/T a donné suite à cette demande et a prié le CCN d'assurer le leadership de l'élaboration d'un Plan national de gestion des pénuries de sang, qui devrait :

- définir des principes éthiques importantes à appliquer en cas de pénurie de sang;
- formuler des recommandations pour l'intégration, en période de pénurie importante de sang, des activités des établissements et des organisations chargées de la collecte, de la distribution et de l'utilisation du sang;
- formuler des recommandations pour la gestion de l'attribution et de l'utilisation des composants sanguins en période de pénurie importante de sang;
- décrire les rôles et les responsabilités de la SCS, des autorités provinciales et territoriales, des hôpitaux et des autorités régionales de la santé (ARS) concernant l'attribution de faibles quantités de composants sanguins en période de pénurie et les préparatifs nécessaires pour permettre aux responsables d'agir rapidement pour bien gérer les réserves en cas de pénurie;
- fournir du matériel de référence aux hôpitaux et aux ARS pour leur faciliter la tâche d'élaborer un plan de gestion de pénuries de sang;
- examiner le Plan et le mettre à jour au moins une fois aux cinq ans ou plus souvent, s'il y a lieu, et après chaque activation du Plan.

Le CCN à son tour a confié au Groupe de travail sur les pénuries de sang du Comité consultatif national (GTPS SCN) la tâche d'élaborer le Plan. Une dernière version préliminaire du Plan a été présentée aux intervenants afin d'obtenir leurs observations à l'automne 2008. Le processus de consultation et les résultats obtenus sont résumés à l'annexe B. Le document a ensuite été révisé pour tenir compte des observations reçues. Le présent document, le Plan, daté du 28 septembre 2009, a été endossé par le Comité consultatif national sur le sang et les produits sanguins, par la Société canadienne du sang, et par les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé dans les secteurs de compétence desservis par la SCS.

1.3 Objet et portée

L'objet du plan est de maximiser l'efficacité d'une réponse nationale à toute crise en rapport avec les réserves de sang disponibles au Canada, principalement dans les champs de compétence desservis par la SCS, mais aussi en tenant compte de la collaboration étroite avec les participants du système d'approvisionnement en sang du Québec. Le Plan est un cadre présenté aux ministères provinciaux et territoriaux de la Santé, aux hôpitaux et aux ARS pour leur permettre d'élaborer leurs propres plans de gestion des pénuries de sang. Cette approche vise à créer l'uniformité et la collaboration qui sont essentielles à la répartition équitable des ressources peu abondantes de produits sanguins en cas de pénurie grave. Le Plan vise les composants sanguins recueillis, produits et distribués par la SCS (globules rouges, plaquettes et composants plasmiques congelés). Toutefois, plusieurs des principes qu'il contient pourraient aussi s'appliquer en cas de pénurie de produits de protéines plasmiques fractionnées ou recombinées.

1.4 Principaux participants et intervenants

Il est prévu que le Plan sera utilisé par les participants clés du système du sang qui, aux fins du Plan, sont la Société canadienne du sang, les hôpitaux, les autorités régionales de la santé, les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé et le CCN. Certaines provinces ont un bureau provincial de coordination des programmes de sang; bien que ces bureaux ne soient pas mentionnés précisément dans le Plan, il est entendu que ceux-ci relèvent de leur ministère de la Santé provincial et qu'ils joueront eux aussi un rôle clé dans la mise en œuvre du Plan. Le Plan décrit les rôles et les responsabilités de tous ces participants.

Les intervenants du Plan sont considérés comme étant ces participants, comme d'autres instances potentiellement touchées par le Plan (ou leurs représentants) comme les patients, les sociétés de personnes ayant reçu du sang, les sociétés de professionnels de la santé, Héma-Québec, Santé Canada et d'autres.

2 HYPOTHÈSES DE TRAVAIL

Les hypothèses qui ont servi à l'élaboration du Plan sont les suivantes :

- A. Le Plan s'insère dans la structure existante du système d'approvisionnement en sang, y compris le cadre législatif et réglementaire actuellement en place.

Un des principes de base du système canadien d'approvisionnement en sang qui s'applique au Plan a été énoncé de la manière suivante par le juge Horace Krever (*Rapport final de la Commission d'enquête sur l'approvisionnement en sang au Canada*, page 1047) :

Le système d'approvisionnement en sang au Canada doit reposer sur une valeur fondamentale, à savoir que le sang est une ressource publique donnée de façon altruiste par des personnes au Canada à d'autres personnes au Canada. On ne doit pas faire de profits à partir du sang donné au Canada. L'exploitant du système d'approvisionnement en sang est en quelque sorte le fiduciaire de cette ressource publique pour le compte de toutes les personnes au Canada

Les principaux fondements législatifs et réglementaires du Plans sont les suivants :

- l'autorité provinciale et territoriale et la responsabilité de la prestation des services de santé canadiens conférée par les principes de la *Loi canadienne sur la santé* : les provinces ou territoires doivent en conséquence jouer un rôle dans la gestion de l'approvisionnement en sang et dans l'utilisation du sang dans leur champs de compétence respectifs, y compris un rôle de surveillance des hôpitaux;
- la mission de la Société canadienne du sang : « *La Société canadienne du sang gère le système d'approvisionnement en sang du Canada de manière à favoriser la confiance et l'engagement de tous les Canadiens et Canadiennes. Elle fournit un approvisionnement en sang, en produits sanguins et en produits de remplacement*

de qualité, sûr, adéquat, abordable, accessible et présentant un bon rapport coût-efficacité »;

- la réglementation du système d'approvisionnement en sang par Santé Canada, en vertu de la *Loi sur les aliments et drogues*, et la conformité à une série de normes existantes de l'industrie.

B. Le Plan suppose que tous les efforts pour accroître les réserves disponibles de composants sanguins ont déjà été déployés.

Comme on l'a indiqué plus haut (section 1.3) et comme l'indique le titre du document, l'objet du Plan est d'optimiser l'attribution des composants sanguins lorsque les réserves sont gravement compromises. Le Plan n'a pas pour objet de déterminer les mécanismes destinés à accroître les réserves de composants sanguins en cas de menace à l'approvisionnement. Ces aspects des préparatifs en cas d'urgence sont extrêmement importants et ils doivent être traités par la SCS dans d'autres plans et documents, ce qui a été fait (voir la section 3.2.1 et l'annexe C). Aux fins du présent Plan, il est entendu qu'en cas de pénurie grave, la SCS a déjà mis en place toutes ces mesures et que malgré tout, l'approvisionnement en sang est insuffisant pour répondre à la demande.

C. Le Plan favorise la collaboration.

Le Plan a pour but de favoriser l'utilisation la plus efficace des réserves de composants sanguins en situation d'urgence, grâce à la collaboration importante des participants du système canadien du sang, en profitant collectivement des avantages et en assumant collectivement les risques des opérations. La répartition optimale des composants sanguins en cas de pénurie grave dépend de la capacité de tous les participants d'agir avec un haut niveau de professionnalisme, de collaboration et de transparence.

D. Le Plan s'appuie sur des principes éthiques établis.

En période de pénurie de sang, des décisions difficiles doivent être prises sur la manière de rationner les composants sanguins. Il faut pouvoir mettre en œuvre des approches collaboratives qui peuvent transcender les besoins d'un seul patient, d'un professionnel de la santé ou d'un établissement de soins de santé en particulier. Cela peut représenter un changement de paradigme dans la prise de décisions pour les médecins – en passant du bien d'un seul patient au « bien d'un plus grand nombre ». Ainsi, afin d'assurer l'acceptation et la collaboration de tous les participants, il faut élaborer un processus d'établissement équitable des priorités pour le rationnement. Le processus de prise de décisions utilisé pour la préparation du présent Plan est fondé sur les principes éthiques établis, comme il est indiqué plus en détail à l'annexe D.

E. Le Plan reconnaît le travail passé et en cours dans ce domaine et il représente un processus itératif.

Au départ, on s'est inspiré des travaux disponibles d'autres auteurs sur la gestion des pénuries au moment où les travaux du GTPS-CCN ont commencé, en particulier les plans

mis au point par les services nationaux du sang du Royaume-Uni, par Héma Québec et par le Programme provincial de coordination du sang de la Nouvelle-Écosse, ainsi que les travaux plus généraux effectués par les groupes chargés de la planification en cas de catastrophe ou de pandémie. À mesure que le Plan progressait, d'autres plans élaborés au Canada et ailleurs ont été publiés et consultés. La liste des plans disponibles dans le public figure à l'annexe E. Le Plan intègre aussi plusieurs initiatives déjà prises par les hôpitaux canadiens pour encourager la pratique optimale des transfusions.

Il faudra raffiner et modifier le Plan de temps à autre lorsque d'autres renseignements seront disponibles, à mesure que les méthodes de gestion des réserves et de prévision de la demande s'amélioreront et lorsqu'une nouvelle expérience sera acquise en situation de pénurie. Les participants établiront un processus pour examiner périodiquement le contenu du Plan et le modifier au besoin (voir la section 1.2).

F. Le Plan tient compte des questions relatives à la responsabilité légale.

Le Plan reconnaît la possibilité de recours légaux au nom de patients privés de composants sanguins en période de pénurie, lorsque la décision de ne pas administrer du sang – décision prise en conformité du protocole accepté dans le Plan – a des conséquences indésirables. Il est recommandé que le Plan fasse l'objet d'un examen légal ou d'un examen des risques à gérer par des représentants des institutions participantes et que, dans la mesure du possible, des mécanismes de protection soient mis en place pour ceux qui appliqueront le Plan et qui devront prendre des décisions en temps réel en vertu du Plan. Il faut espérer que l'élaboration d'un Plan national pourra aider les hôpitaux et les médecins à prendre la décision médicale (et donc légale) la plus appropriée.

Le GTPS-CCN reconnaît le dilemme éthique qui se pose pour les médecins et les hôpitaux qui devront prendre des décisions difficiles afin de préserver et de prioriser l'utilisation des réserves. Pour appuyer les personnes chargées de prendre de telles décisions, le CCM formera un sous-comité chargé d'établir des lignes directrices sur l'interruption des transfusions sanguines pour les personnes ayant des besoins considérables de sang et dont les probabilités d'en bénéficier sont très minces. Ces lignes directrices figureront dans une annexe du Plan dès qu'elles seront prêtes. Enfin, pour diverses raisons, y compris des considérations d'ordre juridique, le soin apporté à la tenue des registres des décisions prises en vertu du Plan sera d'une importance capitale. Il est recommandé qu'on établisse une manière simple et efficace d'inscrire les décisions en situation de crise. L'annexe H – Trousse de documentation contient des exemples de formulaires qui pourraient être adaptés par les hôpitaux ou les autorités régionales de la santé pour utilisation en période de pénurie de sang.

G. Le Plan suppose que toutes les régions du pays desservies par la SCS seraient touchées simultanément et d'une manière à peu près égale. Cependant, le Plan peut être appliqué malgré des différences de situation entre les provinces ou les régions.

Le Plan est rédigé pour les situations de pénurie grave de réserves de sang en supposant que la demande de sang serait sensiblement égale dans tous les champs de juridiction desservis

par la SCS. Cependant, en raison de la taille du pays, il se pourrait que les scénarios de l'offre et de la demande diffèrent d'une région à l'autre. Comme la SCS gère l'inventaire au niveau national, une baisse de l'approvisionnement attribuable à une diminution du nombre de collectes de sang dans une région donnée (comme cela peut se produire pendant une interruption de travail importante et prolongée) sans qu'il y ait une baisse correspondante de la demande ou une augmentation des collectes de sang dans une autre région pourrait entraîner une diminution des réserves disponibles pour tous les hôpitaux desservis par la SCS. Par ailleurs, une diminution simultanée de l'offre et de la demande pourrait se produire dans une seule région (comme cela s'est produit en 2002 avec l'écllosion du SRAS en Ontario). Ce scénario n'entraînerait pas nécessairement l'activation du Plan, à moins que l'offre de sang ne soit affectée plus fortement que la demande. Si les réserves de sang étaient gravement compromises, mais que la demande de sang variait selon les régions dans le pays, alors le besoin moins grand de sang dans une ou plusieurs régions pourrait être intégré dans les décisions sur l'attribution des composants sanguins. Toutefois, il est entendu que cette planification aurait lieu quand même selon les mécanismes décrits dans le Plan.

H. Le Plan tient compte de la diversité géographique et des compétences inégales en matière de médecine transfusionnelle au Canada.

Le Plan tient compte de la diversité géographique canadienne, des régions éloignées et du fait qu'il existe beaucoup de très petits hôpitaux dans les régions rurales qui ne gardent pas des réserves importantes de sang. La réalité est qu'il n'y a pas beaucoup de spécialistes de la médecine transfusionnelle dans ces régions éloignées ou rurales. C'est donc un élément qu'il faudra considérer. Toute réduction ou toute recommandation devra tenir compte des besoins particuliers de ces champs de compétence.

3 STRUCTURE DU PLAN – APERÇU

Conformément à d'autres plans de gestion des pénuries de sang, le présent Plan envisage les quatre phases de disponibilité des réserves définies ci-dessous. Les rôles et les responsabilités des participants (SCS, MSP/T, hôpitaux et ARS) sont décrits ci-dessous en termes généraux et, à la section 6, en termes plus spécifiques pour chacun des participants et pour chacune des phases.

3.1 Phase d'indisponibilité des réserves

Le Plan prévoit quatre phases de disponibilité des réserves – verte, jaune, rouge et retour à la normale. Une phase de disponibilité ou de pénurie de réserves pourrait s'appliquer à un seul composant (plaquettes) ou à un composant sanguin en particulier (globules rouges du groupe O négatif) ou pourrait mettre en cause plusieurs composants sanguins. De même, différents composants pourraient être visés par des phases différentes (la disponibilité de globules rouges pourrait faire l'objet d'une phase jaune, tandis que celle de plaquettes pourrait être en phase rouge).

3.1.1 Phase verte

La phase verte signifie que le niveau des réserves de composants sanguins est normal et répond généralement à la demande. Cette phase comprend une large gamme de niveaux des réserves qui vont de réserves idéales à une pénurie temporaire pouvant survenir périodiquement et pouvant être gérée grâce aux mesures courantes de la Société canadienne du sang et des hôpitaux.

3.1.2 Phase jaune

La phase jaune signifie que les réserves de sang sont insuffisantes pour maintenir les activités normales de transfusions sanguines et que les hôpitaux et les ARS devront prendre des mesures particulières pour réduire l'utilisation de sang.

3.1.3 Phase rouge

La phase rouge signifie que les réserves de sang sont insuffisantes pour que les patients ayant des besoins transfusionnels non facultatifs puissent recevoir les transfusions requises.

3.1.4 Phase de retour à la normale

La phase de retour à la normale signifie que les réserves de composants sanguins ont commencé à augmenter et devraient se maintenir à un niveau qui permettrait aux hôpitaux de passer de la phase rouge à la phase jaune et par la suite, de la phase jaune à la phase verte.

3.1.5 Niveau des réserves de la SCS en phases verte, jaune et rouge

A priori, il n'est pas possible de définir précisément le niveau national des réserves qui déclencherait automatiquement l'instauration d'une phase jaune ou rouge. Les niveaux critiques varient en fonction du composant (plus particulièrement en fonction de la durée de conservation acceptable d'un composant), du groupe sanguin et de la durée anticipée d'une pénurie (y compris les effets des prélèvements prévus). Les réserves de globules rouges (réserves d'unités prêtes à être attribuées, à l'exclusion des unités faisant l'objet d'un traitement ou de vérifications) de la SCS vont d'optimales à critiques selon le nombre de jours de réserve qui, comme il est indiqué plus bas, correspond approximativement au niveau des réserves des phases verte, jaune et rouge. En réalité, la SCS détermine sur une base quotidienne le niveau des réserves pour chaque groupe sanguin. À l'interne, la SCS a défini des mécanismes de réponse qui sont activés après trois jours consécutifs de réserves de moins de 72 heures pour l'un des groupes sanguins suivants : O Rh positif, O Rh négatif, A Rh positif ou A Rh négatif. L'instauration d'une phase jaune ou rouge dépendrait autant de la capacité anticipée de la SCS d'accroître ses réserves de sang grâce à une augmentation des collectes de sang qu'aux réserves d'une journée donnée; par exemple, la SCS ne déclarerait une phase rouge ou jaune que si elle prévoyait une diminution continue du niveau de ses réserves.

Les tableaux qui suivent indiquent les niveaux des réserves qui pourraient donner lieu à l'instauration d'une phase jaune ou rouge.

Réserves de globules rouges

<i>Niveau des réserves de globules rouges</i>	<i>N^{bre} de jours des réserves de la SCS</i>	<i>N^{bre} d'unités de réserve de la SCS</i>
Phase verte (diminution minimale à niveau optimale)	>72 heures	> 8 900 unités
Phase jaune (niveau préoccupant)	48 – 72 heures	6 000 à 8 899
Phase rouge (niveau critique)	< 48 heures	< 5 999

Réserves de plaquettes

<i>Niveau des réserves de plaquettes*</i>	<i>% des besoins nationaux</i>
Phase verte (diminution)	50 à 100 % des besoins quotidiens nationaux

minimale à niveau optimal)	
Phase jaune (niveau préoccupant)	25 à 50 % des besoins quotidiens nationaux, retour à la normale prévu dans les 12 heures
Phase rouge (niveau critique)	< 25 % des besoins quotidiens nationaux, pas de retour à la normale prévu dans les 12 heures

* Comme les plaquettes ont une durée de conservation de cinq jours et que les réserves usuelles de la SCS ne sont que d'une journée et demie, le niveau des plaquettes est exprimé en pourcentage des besoins quotidiens nationaux plutôt qu'en nombre de jours de réserve.

Réserves de plasma congelé

<i>Niveau des réserves de plasma congelé</i>	<i>N^{bre} de jours des réserves de la SCS</i>	<i>N^{bre} d'unités de réserve de la SCS</i>
Phase verte (diminution minimale à niveau optimal)	> 10 jours	8 900 unités
Phase jaune (niveau préoccupant)	3 à 10 jours	2 700 à 8 899 unités
Phase rouge (niveau critique)	< 3 jours	< 2 699 unités

Réserves de cryoprécipités

<i>Niveau des réserves de cryoprécipités</i>	<i>N^{bre} de jours des réserves de la SCS</i>	<i>N^{bre} d'unités de réserve de la SCS</i>
Phase verte (diminution minimale à niveau optimal)	> 20 jours	2 800 unités
Phase jaune (niveau préoccupant)	6 à 20 jours	800 à 2 799 unités
Phase rouge (niveau critique)	< 6 jours	< 799 unités

La SCS poursuit des travaux (dans le cadre du Forum sur la gestion de la chaîne d'approvisionnement de la SCS) pour améliorer les cibles de production et pour mieux définir les niveaux de réserves requises pour bien soutenir les hôpitaux. Ces travaux permettront d'en arriver à des définitions plus uniformes et plus rigoureuses pour les cibles de réserves pour tous les composants sanguins. Les résultats seront incorporés au Plan.

3.1.6 Niveau total des réserves

Les réserves de la SCS ne constituent qu'une partie des réserves totales du système du sang étant donné qu'une large part (pour ne pas dire la plus grande partie) des réserves totales est déjà entreposée dans les banques de sang des hôpitaux et des ARS. La gestion optimale des réserves en cas de pénurie de sang exigera d'obtenir des renseignements sur les réserves totales de sang, y compris des données sur les réserves des hôpitaux et des ARS. La SCS

travaille actuellement en collaboration avec les hôpitaux pour recueillir ces renseignements en temps réel et avec les hôpitaux et les MSP/T afin de déterminer la meilleure façon de partager ces renseignements avec tous les intervenants appropriés.

3.1.7 Attribution réelle de composants sanguins en cas de pénurie

L'attribution réelle de composants sanguins aux hôpitaux et aux ARS en période de pénurie grave sera déterminée par la SCS en consultation avec les comités national, provinciaux et territoriaux d'urgence pour la gestion des réserves de sang (décrits à la section 4) et tiendra compte des besoins normaux, de la nature des événements qui donnent lieu à la pénurie, des réserves requises et du travail effectué par les hôpitaux et les ARS dans le cadre des activités de la phase verte (décrites à la section 6.1). Des détails supplémentaires à ce sujet sont fournis à la section 6.4).

3.2 Rôles et responsabilités clés des participants

Cette section décrit les rôles et les responsabilités générales des organismes et des établissements suivants en ce qui a trait uniquement aux composants sanguins, mais sans inclure les responsabilités plus larges d'un point de vue de santé publique. Chaque organisme et établissement a la responsabilité d'élaborer son propre plan de mesures d'urgence en cas de catastrophe, lequel comprendra la gestion des réserves de sang en cas de pénurie.

3.2.1 Société canadienne du sang

La Société canadienne du sang (SCS) gère l'approvisionnement de sang dans toutes les provinces et tous les territoires, sauf au Québec. Dans le cadre de son mandat, la SCS participe à diverses activités pour identifier, éviter et, au besoin, atténuer et gérer une pénurie nationale. Son activité de base consiste donc à assurer une gestion constante des stocks comme s'il s'agissait de réserves nationales uniques (par opposition à de multiples réserves régionales). La SCS dispose aussi de mécanismes pour favoriser le partage de composants sanguins entre la SCS et Héma-Québec en cas de besoin.

La SCS s'est dotée de plans de continuité des opérations et de retour à la normale pour minimiser les conséquences d'événements indésirables sur les réserves nationales, et elle continue d'améliorer ces plans. Le Cadre de gestion de la continuité des opérations de la SCS reconnaît que des événements ou des catastrophes pourraient avoir des incidences négatives sur la disponibilité de donneurs, sur le personnel de la SCS, sur l'équipement, sur les systèmes de TI, sur les systèmes de transport et sur les installations dont le maintien des réserves nationales est essentiellement dépendant. Les plans de continuité des opérations et de retour à la normale ont été élaborés pour atténuer les perturbations de chacun de ces éléments essentiels (des « points de défaillance ») et sont décrits de manière plus détaillée à l'annexe C.

Pour s'assurer que la planification de la gestion de la continuité des opérations tienne compte des meilleures pratiques de l'industrie, la SCS est membre d'un groupe international de fournisseurs de sang, qui comprend l'American Red Cross, l'America's Blood Centres, l'Australian Red Cross Blood Service et la European Blood Alliance. La SCS travaille aussi en étroite collaboration avec l'Agence de santé publique du Canada et d'autres ministères fédéraux (dont Transports Canada), provinciaux et territoriaux pour mettre au point ses plans de continuité des opérations.

En ce qui a trait aux exigences particulières du Plan, la Société canadienne du sang sera ultimement responsable de décréter les diverses phases de pénurie de composants sanguins et de retour des réserves à des niveaux normaux, et aussi de déterminer l'attribution de composants sanguins conformément à la gravité de la situation. Toutefois, comme il est précisé à la section 4.1, ces deux mesures surviendraient uniquement après consultation du Comité national d'urgence pour la gestion des réserves de sang (CNUGRS) et en tenant compte des avis exprimés par ces entités.

La Société canadienne du sang jouera aussi un rôle clé dans la coordination des communications comme le prévoit la section 5 et fournira les services de secrétariat pour le CNUGRS.

3.2.2 Comité de liaison SCS-P/T du sang

Le mandat général du Comité de liaison SCS-P/T du sang est de faciliter le travail entre les gouvernements participants et la SCS afin de soutenir la SCS dans la fourniture d'un approvisionnement national sûr, sécuritaire et abordable de sang.

Aux fins du Plan, le Comité a la responsabilité d'établir le CNUGRS et d'en préciser le mandat, y compris la composition et les axes de communication qui permettront d'intervenir rapidement et de prendre les décisions nécessaires à son bon fonctionnement en cas de pénurie de sang.

Le Comité de liaison SCS-P/T du sang est aussi chargé d'examiner le Plan de temps à autre et de s'assurer que le CCN fait une mise à niveau du Plan selon les besoins.

3.2.3 Ministères de la Santé des provinces et des territoires

Compte tenu que la prestation de soins de santé et de services essentiels est de juridiction provinciale et territoriale, il y aura diverses façons pour les ministères de la Santé et leurs fonctionnaires de participer à la mise en œuvre du Plan. Chaque ministère de la Santé est responsable d'établir des plans provinciaux et territoriaux détaillés pour la gestion des réserves de sang en cas de pénurie, y compris de créer au sein des provinces et territoires un comité provincial-territorial d'urgence pour la gestion du sang (CPTUGS) et d'en préciser le mandat. Les plans provinciaux et territoriaux devraient s'accorder avec les exigences

décrites dans le Plan et devraient être reliés aux plans de mesures d'urgence des autres provinces et territoires. Il est fortement recommandé que les provinces et les territoires se dotent d'un système harmonisé de phases indiquant la disponibilité de réserves (verte, jaune, rouge et retour à la normale). Les MSP/T devraient jouer un rôle de leadership pour inciter les hôpitaux et les ARS à se conformer aux plans provinciaux et territoriaux et aussi au Plan national; de même, en collaboration avec le CPTUGS, les ministères devraient surveiller dans quelle mesure les établissements de leur champ de compétence respectent les plans.

3.2.3.1 Représentants provinciaux et territoriaux

Une grande responsabilité du représentant provincial-territorial est de conseiller et de soutenir le sous-ministre et le ministre de la Santé sur des questions touchant le système du sang. À ce titre, les représentants provinciaux-territoriaux auraient un rôle central à jouer dans la création d'un comité provincial-territorial d'urgence pour la gestion du sang (CPTUGS) et dans l'élaboration de plans détaillés de gestion des pénuries de composants sanguins dans leurs provinces et leurs territoires respectifs.

Tous les représentants provinciaux et territoriaux participeront aux travaux du CNUGRS pour assurer un lien entre les plans d'intervention national et provinciaux et territoriaux et ainsi s'assurer qu'il y ait une réponse nationale uniforme et coordonnée en cas de pénurie de composants sanguins (voir la section 4). À ce titre, les représentants veilleront à l'établissement de liens de communication internes et externes dans les champs de compétence des provinces et des territoires, au sein des hôpitaux et des ARS et chez les exploitants du système du sang et également entre eux.

3.2.3.2 Représentant provincial-territorial responsable

Le représentant de la province ou du territoire responsable aura un rôle de leadership à jouer pour faciliter les communications entre les divers participants et intervenants et chacun des ministères de la Santé des provinces et territoires.

3.2.4 Comité consultatif national sur le sang et les produits sanguins

Le mandat du CCN est de donner des conseils médicaux et techniques sur la gestion de l'utilisation du sang et des produits sanguins aux ministères de la Santé des provinces et des territoires (MSP/T) et à la SCS. Compte tenu de ce mandat et de l'expertise du CCN, le Comité de liaison SCS-P/T lui a demandé d'élaborer le présent Plan. À cette fin, le CCN a établi le Groupe de travail sur les pénuries de sang du CCN (GTPS-CCN). Ce groupe a par la suite constitué le Sous-comité des communications, décrit à la section 5.2.1, et s'affaire présentement à créer un sous comité chargé d'élaborer des lignes directrices pour la cessation des transfusions sanguines à des fins thérapeutiques pour les patients qui pourraient avoir des besoins considérables mais pour lesquels les probabilités de bienfaits sont très minimales comme le précise la partie F de la section 2.

Le Groupe de travail sur les pénuries de sang du CCN examinera la mise en œuvre et les résultats du Plan après chaque exercice de simulation et d'activation du Plan dans un souci de constante amélioration et de modification du Plan et rendra compte des constatations à tous les membres du CCN et du CNUGRS.

Le CCN aura aussi un rôle clé à jouer au sein du CNUGRS : le président du CCN présidera les travaux du CNUGRS et tous les membres du CCN feront aussi partie du CNUGRS (voir la section 4.1).

3.2.5 Hôpitaux et autorités régionales de la santé

Chaque établissement/région devrait mettre sur pied un comité hospitalier/régional d'urgence pour la gestion du sang (CHAUGRS) (voir la section 4.3) et se doter d'un plan de gestion hospitalier/régional des pénuries de sang. Ce plan vise à déterminer la hiérarchie des responsabilités, les processus de prise de décisions et permettre au CHAUGRS d'agir de manière appropriée en cas de pénurie. Ces plans devraient également définir quels membres du personnel feront partie du CHAUGRS et comment on en arrivera à réduire l'utilisation de composants sanguins.

Les plans des hôpitaux et des régions pour la gestion des pénuries de sang devraient être basés sur les exigences décrites dans le présent Plan et s'y conformer. Il est fortement recommandé que ces plans comportent un système harmonisé de phases indiquant la disponibilité des réserves (verte, jaune, rouge et retour à la normale).

4 COMITÉS D'URGENCE POUR LA GESTION DES RÉSERVES DE SANG

Cette section décrit les comités d'urgence pour la gestion des réserves de sang nécessaires aux niveaux national, provincial et territorial et dans les hôpitaux et les ARS pour faciliter la communication de renseignements et la prise de décisions.

4.1 Comité national d'urgence pour la gestion des réserves de sang

La création d'un comité national d'urgence pour la gestion des réserves de sang (CNUGRS) s'impose pour veiller à la mise en œuvre d'un Plan national. Le GTPS-CCN a considéré avec soin la taille et le mode de fonctionnement de ce comité et a pu ainsi en établir la composition et le mandat en tenant compte de la nécessité pour toutes les régions de partager des renseignements et de participer au processus de prise de décisions. Ce faisant, il a pris conscience de la difficulté de convoquer un tel comité en temps opportun.

Les principaux éléments du mode de fonctionnement du CNUGRS sont les suivants (voir l'annexe F) :

4.1.1 Mandat

Le Comité national d'urgence pour la gestion des réserves de sang (CNUGRS) élaborera des recommandations et conseillera les ministères de la Santé des provinces et des territoires, les hôpitaux et les ARS, de même que la SCS en vue de soutenir une réponse uniforme et coordonnée en cas de grave pénurie de sang au Canada.

À cette fin, le CNUGRS :

- conseille la SCS sur la pertinence de décréter une phase jaune ou rouge, et sur la façon de revenir à la normale;
- formule des recommandations sur l'attribution de composants pendant les phases jaunes et rouges;
- formule des recommandations sur des situations antérieures imprévues liées à de graves pénuries de sang;
- formule des recommandations sur la communication de renseignements sur les pénuries à des intervenants clés;
- assure les communications nécessaires entre le CNUGRS et les CPTUGS.

4.1.2 Composition

La présidence du CNUGRS sera assurée par le président en poste de la SCS.

La composition du CNUGRS est la suivante :

- agents de la SCS désignés par la SCS, notamment les suivants :
 - chef de l'exploitation
 - directeur exécutif, Gestion des produits et services aux hôpitaux
 - directeur, Gestion des produits et services aux hôpitaux
 - directeur, Soutien des opérations
 - directeur médical exécutif
 - directeur, Relations avec les gouvernements
 - directeur, Communications internes
 - directeur, Relations avec les médias et communications externes
- tous les membres du Comité consultatif national sur le sang et les produits sanguins (CCN)
- tous les représentants provinciaux et territoriaux
- représentant du MS du Québec (à déterminer)
- représentant d'Héma-Québec (à déterminer)
- représentant de la DPBTG de Santé Canada (membre d'office)
- deux représentants des receveurs de transfusions, choisis conjointement par la SCS et par le CCN. L'un d'eux devrait être un receveur courant ou récent d'une transfusion sanguine et l'autre, un représentant d'un groupe approprié de patients.

4.1.3 Réunions et quorum

Le CNUGRS tient des réunions régulières et des simulations de réunions d'urgence et convoque des réunions en temps de pénurie. Les réunions régulières et les simulations de réunion d'urgence sont extrêmement importantes pour que le comité puisse bien fonctionner en période de pénurie. Les rencontres en temps de pénurie sont convoquées à la demande de la SCS ou de la province responsable ainsi qu'il est décrit à la section 5.1.1.

Il n'y a pas d'exigence en matière de quorum et les décisions du CNUGRS se prendront par consensus, c'est-à-dire avec l'accord de 80 % ou plus des membres du Comité qui seront présents. En cas de consensus, le chef de la direction de la SCS se servira de la recommandation du comité comme guide principal pour rendre des décisions liées aux questions identifiées dans le mandat du CNUGRS. Faute de consensus, le chef de la direction de la SCS rendra ses décisions en tenant compte des renseignements concernant les réserves courantes et futures de la SCS et des conseils fournis par le CNUGRS. Un secrétariat, assuré par la SCS, appuiera les travaux du CNUGRS.

4.1.4 Communications

4.1.4.1 Membres du CCN

Dans le cadre du CNUGRS, les membres du CCN agissent en tant que conseillers médicaux ou techniques pour leurs provinces respectives. De concert avec leurs représentants provinciaux et territoriaux respectifs, ils facilitent la diffusion et la mise en œuvre des recommandations du CNUGRS auprès du CHRUGS et du CPTUGS.

4.1.4.2 Représentants des provinces et des territoires

Dans le cadre du CNUGRS, les représentants provinciaux et territoriaux facilitent la diffusion et la mise en œuvre des recommandations du CNUGRS auprès de leur CPTUGS.

4.2 Comités provinciaux-territoriaux d'urgence pour la gestion du sang

Il incombe au ministère de la Santé de chacune des provinces d'établir un comité provincial (ou territorial) d'urgence pour la gestion du sang (CPTUGS). Le mandat de ce comité devrait comprendre les responsabilités suivantes :

- élaborer un plan d'intervention pour minimiser les répercussions provinciales et territoriales de toute pénurie de sang;
- travailler selon les lignes directrices présentées dans le Plan;

- s'assurer que les recommandations du CNUGRS et les décisions nationales qui en résultent sont communiquées de manière appropriée dans leurs champs de compétence;
- solliciter la rétroaction du CHRUGS sur la mise en œuvre du Plan;
- fournir le mécanisme pour la communication et la rétroaction entre le CNUGRS et le CHRUGS;
- établir un mécanisme pour surveiller l'application du Plan en cas de pénurie de sang;
- formuler des recommandations sur la gestion du non-respect du Plan en cas de pénurie de sang.

Ainsi, chaque CPTUGS travaillera en collaboration avec le CNUGRS et le CHRUGS de son champ de compétence.

Les provinces et les territoires peuvent souhaiter un CPTUGS central ou exécutif dont la composition pourra être élargie en fonction de l'ampleur de la crise.

L'équipe de base doit comprendre les participants suivants :

- représentant provincial-territorial des programmes de sang;
- membre provincial du CCN.

L'équipe de base devrait aussi inclure les personnes suivantes :

- directeur de la santé;
- directeur médical du programme provincial de sang (s'il y a lieu);
- gestionnaire de programme, Programme provincial de sang (s'il y a lieu);
- représentants des services de transfusion tertiaires;
- représentants des sites ruraux ou éloignés;
- directeur médical régional ou directeurs médicaux régionaux, Société canadienne du Sang;
- directeur régional ou directeurs régionaux, Gestion des produits et services aux hôpitaux;
- spécialiste régional ou spécialistes régionaux, liaison avec les hôpitaux, Société canadienne du sang.

Si la situation le justifiait, l'équipe de base pourrait inclure les personnes suivantes :

- autorités de la santé de district ou régionales de la santé et chefs de la direction de centres de soins tertiaires;
- autorités de district ou régionales de la santé et remplaçants du centre de soins tertiaires pour les personnes suivantes :
 - directeurs médicaux des services de transfusion;
 - gestionnaires de laboratoire;
 - gestionnaires de risque;
 - agents de sécurité transfusionnelle;
 - spécialistes de la qualité;
 - administrateurs du nursing;

- représentants des cadres supérieurs;
- représentants de groupe de médecins utilisateurs;
- présidents de comités de transfusion;
- représentant(s) de receveurs de sang;
- autres personnes désignées par le groupe.

4.3 Comité hospitalier/ARS d'urgence pour la gestion des réserves de sang

Chaque autorité régionale de la santé (ARS) est responsable d'établir un Comité hospitalier/ARS d'urgence pour la gestion du sang (CHRUGS) dont le mandat est d'élaborer un plan de gestion du sang en cas de pénurie conformément aux lignes directrices du présent Plan et de s'assurer que ces plans sont communiqués et suivis de manière appropriée en cas de pénurie de sang. Les CHRUGS devraient également servir de vecteur pour les communications à l'intention du CPTUGS. Dans les provinces et les territoires de plus petite taille, il est possible que le CPTUGS et le CHRUGS ne constituent qu'un seul organisme.

La composition du CHRUGS variera selon l'établissement. La composition pourrait ressembler à ce qui suit :

- représentant de la haute direction de l'hôpital/de l'ARS;
- directeur médical, Service des transfusions sanguines;
- chef, Département de médecine interne (ou dans les plus grands centres, chef des soins intensifs et du département d'hématologie/d'oncologie);
- chef, Département de chirurgie;
- chef, Département d'anesthésie;
- chef, Service d'urgence;
- chef, Département d'obstétrique et de gynécologie;
- président, Comité transfusionnel;
- directeur des soins;
- gestionnaire, Laboratoire des services transfusionnels;
- agent de sécurité transfusionnelle;
- gestionnaire d'hôpital/de risque;
- directeur des Communications/affaires publiques;
- autres personnes jugées appropriées par le Comité de transfusion sanguine de l'hôpital/de l'ARS.

5 COMMUNICATIONS

Il faudra une solide coordination des communications pour la gestion optimale des réserves de sang en cas de pénurie grave. Deux types de communications sont à envisager :

1) communications opérationnelles entre les divers organismes ou organisations et les

groupes de professionnels des soins de santé et au sein de ces groupes pour que les actions requises puissent être prises (communications de premier niveau); et 2) communications informationnelles entre les auditoires internes (personnel) et externes (public et médias) (communication plus larges).

En cas de pénurie grave de sang, ces deux types de communications ont cours presque simultanément, d'où la nécessité d'une bonne coordination et d'une certaine uniformité. La planification préalable est essentielle. La section qui suit donne un aperçu de l'approche aux deux types de communications.

5.1 Communications opérationnelles

Les communications opérationnelles dans le système du sang correspondent aux « échanges de premier niveau » entre les organismes ou organisations et les groupes de professionnels des soins de santé qui seront chargés de la mise en œuvre du Plan.

5.1.1 Activation des communications opérationnelles en cas de pénurie de sang

Dans la plupart des cas, la SCS identifierait d'abord le risque qu'une pénurie importante de composants sanguins entraîne (ou entraînerait, dans certains cas) la déclaration d'une situation jaune (ou moins souvent, rouge). Toutefois, il est possible que ce soit un ministère provincial de la Santé ou un autre intervenant qui soit le premier à identifier une pénurie de sang. Dans un cas comme dans l'autre, il incombe à la SCS ou au ministère provincial par l'entremise de la province responsable de communiquer avec le président du CCN pour lui demander de convoquer le CNUGRS. Par la suite, les membres ou les remplaçants disponibles du CNUGRS se réuniraient dans un délai approprié (habituellement 24 heures ou moins) à la situation en présence. Comme il est décrit à la section 4.1, aucun quorum n'est requis et les décisions seraient prises par les personnes présentes. Les décisions finales concernant les mesures à prendre incomberaient au chef de la direction de la SCS, conformément au mode de fonctionnement du CNUGRS (section 4.1 et annexe F), en fonction des données connues sur les réserves courantes et futures de la SCS et compte tenu des conseils formulés par le CNUGRS. Les décisions comprendraient ce qui suit :

- la détermination de la phase (instauration de la phase jaune ou rouge, ou décision de maintenir la phase verte);
- les questions portant sur le niveau des réserves que la SCS distribuerait à chacune des provinces et territoires;
- le moment approprié pour communiquer avec les hôpitaux et les ARS et la façon de le faire;
- la détermination de la fréquence des réunions futures du CNUGRS;
- toute autre question pouvant exiger que le comité prenne une décision explicite.

5.1.2 Renseignements transmis par le CNUGRS au CPTUGS et au CHRUGS

Ainsi qu'il est mentionné plus haut, tous les représentants (ou leurs remplaçants) seraient membres du CNUGRS et de leurs CPTUGS respectifs, ce qui leur permettrait d'agir comme lien de communication entre le comité national et les comités provinciaux et territoriaux. À la suite d'une réunion du CNUGRS, chaque représentant provincial/territorial des programmes de sang convoquerait immédiatement (ou en temps opportun) son CPTUGS afin de s'assurer que chaque province et chaque territoire donne suite aux communications et actions nécessaires. Si la décision était prise de passer à la phase jaune ou rouge (ou de laisser tomber cette phase), elle serait communiquée au CPTUGS et les responsables détermineraient comment communiquer cette information aux hôpitaux de leur champ de compétence, préférablement selon un plan préalablement établi. Chaque CHRUGS serait convoqué suivant le plan provincial ou territorial préétabli.

Il sera très important que les communications provenant de diverses sources et destinées aux hôpitaux et aux ARS soient coordonnées et uniformes. Les communications aux hôpitaux et aux ARS se font suivant deux canaux : les communications directes de la SCS aux hôpitaux et aux ARS et les communications par l'entremise du CPTUGS. Par conséquent, il est essentiel que les responsables des communications à la SCS, dans les ministères de la Santé des provinces et des territoires et au CPTUGS soient constants dans leur travail et maintiennent des contacts étroits avec les hôpitaux.

En cas de pénurie anticipée, il est probable que la SCS ait déjà, pendant la phase verte, communiqué avec les hôpitaux et les ministères de la Santé provinciaux-territoriaux (MSP/T) concernant la pénurie imminente avant d'activer le réseau de communication.

Dès que la phase jaune ou rouge est décrétée, il faudrait faire en sorte que le premier message à cet effet vienne du CPTUGS ou du MSP/T. Toutefois, si cela n'est pas possible, le premier communiqué pourrait être émis par la SCS selon une entente avec les MSP/T. Une fois la phase jaune (ou rouge) décrétée, et le message transmis aux hôpitaux, la SCS devrait communiquer régulièrement (probablement sur une base quotidienne) avec les hôpitaux et les ARS au sujet des réserves de sang et des questions liées au sang. Le CPTUGS communiquerait avec les hôpitaux et les ARS suivant le plan provincial.

Tous les communiqués émis par la SCS seraient également transmis aux membres du CNUGRS. Tous les communiqués du CPTUGS transmis aux hôpitaux et aux ARS de leur juridiction seraient également envoyés au secrétariat du CNUGRS à la SCS qui, à son tour, s'assurerait que tous les membres du CNUGRS reçoivent les communiqués de la SCS avant qu'ils ne soient envoyés aux hôpitaux et aux ARS. Toutefois, il est possible que cette façon de faire ne soit pas toujours réalisable.

5.2 Communications informationnelles

En cas de pénurie grave de sang, les participants au Plan mettront en œuvre leurs propres plans de communication en cas de crise ou d'urgence, mesure qui comprendrait vraisemblablement des composantes interne et externe pour informer le personnel, les intervenants et le public (communications plus larges).

Il sera très important que toute communication destinée aux auditoires internes et au public et aux médias soit faite en temps utile, soit précise et soit uniforme. Par conséquent, la CSCS, en plus d'activer son propre plan de communication en cas d'urgence ou de crise, devra diriger un sous-comité des communications du GTPS-CCN qui établira un réseau de communication plus large pour coordonner les communications aux auditoires internes et externes, pour favoriser l'uniformité du message véhiculé et pour assurer une approche coordonnée de tous les participants aux relations avec les médias.

5.2.1 Composition et portée du sous-comité des communications

Ce sous-comité et son mode de fonctionnement sont en cours d'élaboration. La composition et le mandat proposés sont décrits dans la section qui suit, mais pourraient évoluer.

5.2.1.1 Composition

À la base, le sous-comité des communications est composé comme suit :

- coprésidents :
 - directeur, Relations avec les médias et communications externes, SCS;
 - professionnel des communications du ministère provincial ou territorial de la Santé responsable (désigné par le ministère responsable);
- représentants :
 - directeur, Relations avec les gouvernements, SCS;
 - directeur, Soutien des opérations et gestion de la continuité des opérations, SCS;
 - représentant du siège social pour les communications, SCS;
 - représentant régional des communications (un pour l'Ouest et un pour l'Est), SCS;
 - spécialiste de la liaison avec les hôpitaux représentant la SCS;
 - président du CNN;
 - représentant provincial-territorial principal;
 - autre représentant ou délégué provincial-territorial (désigné par la province ou le territoire responsable).

Outre la composition de base, les autres représentants pourraient comprendre les personnes suivantes :

- un ou plusieurs professionnels des communications des ministères de la Santé;
- un ou plusieurs professionnels des communications des hôpitaux et des ARS;
- un représentant des communications de l'Association médicale canadienne (pour aider aux communications avec les médecins).

5.2.1.2 Mandat

Le sous-comité des communications sera chargé de rédiger l'annexe sur les communications qui sera éventuellement ajoutée au Plan. Il devra, en outre, s'assurer de ce qui suit :

- considérer l'apport des représentants à tous les niveaux et s'assurer de l'obtenir;
- considérer toutes les étapes du Plan;
- considérer les plans de communication existants en cas de crise (pandémie, continuité des opérations, etc.);
- établir un réseau pour coordonner le flux des communications internes et les messages véhiculés;
- établir un réseau pour coordonner le flux des communications externes et les messages véhiculés;
- déterminer les porte-parole des médias et l'approche à adopter avec eux;
- fournir le matériel nécessaire aux communications pour chaque phase, par exemple les messages clés, une foire aux questions et d'autres outils pour aborder les auditoires interne et externe. Dans tous les cas, le message doit :
 - être honnête et sérieux au sujet de la situation;
 - être aussi rassurant que possible compte tenu de la situation, de la sécurité et des réserves;
 - décrire les mesures qui sont prises par les participants;
 - fournir une opportunité d'éduquer les auditoires sur le système du sang et les besoins continus de sang.

6 ACTIONS PARTICULIÈRES DES PARTICIPANTS

Cette section du Plan contient des recommandations visant des mesures spécifiques de la part des participants au système du sang au cours des quatre phases du plan.

D'entrée de jeu, on suppose que chacun des participants a élaboré des plans généraux d'intervention en cas d'urgence et de continuité des opérations et que ces plans seront mis en œuvre selon les besoins en cas de pénurie de sang en plus des plans particuliers en cas de pénurie de sang.

6.1 Phase verte

La phase verte signifie que le niveau des réserves de composants sanguins est normal et répond généralement à la demande. Cette phase comprend une large gamme de niveaux des réserves qui vont de réserves idéales à une pénurie temporaire pouvant survenir périodiquement et pouvant être gérée grâce aux mesures courantes de la Société canadienne du sang et des hôpitaux.

Au cours de la phase verte, les mesures prises le seront pour s'assurer que les plans abordent une pénurie potentielle et que les composants sanguins sont utilisés de manière sécuritaire et appropriée, comme il est décrit ci-dessous.

6.1.1 Société canadienne du sang

- Confirmer l'appui à ce Plan, y compris aux conséquences politiques, légales et éthiques du Plan. Élaborer un plan d'urgence en cas de catastrophe.
- Gérer les réserves nationales, y compris le suivi quotidien des stocks et la distribution des stocks partout au pays selon les besoins.
- S'assurer que les mécanismes sont en place pour le partage rapide des réserves entre la Société canadienne du sang et Héma-Québec.
- Élaborer des stratégies internes pour répondre aux exigences périodiques d'accroissement des dons de sang.
- Coordonner le fonctionnement des comités internes d'interventions en cas d'urgence (équipe nationale d'intervention de la SCS et équipes locales d'intervention) et les activités et les recommandations du CNUGRS.
- Tenir des exercices de simulation pour évaluer les réponses internes et externes à une pénurie de sang.
- Fournir le leadership concernant l'utilisation du Rapport sur l'affectation des composants sanguins afin de surveiller les composants périmés et pour mettre en œuvre des mesures visant à réduire le nombre de composants périmés.
- Aider les hôpitaux et les ARS à déterminer leurs réserves des phases verte (optimale), jaune (situation grave) et rouge (situation critique).
- Élaborer des stratégies et des plans de communication pour informer les hôpitaux, Santé Canada et les ministères de la Santé des provinces et des territoires de toute variation des réserves, y compris la diminution sous le niveau optimal et le retour à la situation normale.
- Travailler avec les ministères de la Santé des provinces et des territoires et avec les hôpitaux et les ARS pour établir des systèmes transparents de partage d'information sur les réserves et l'utilisation de composants sanguins, y compris le partage de renseignements entre les hôpitaux et les ARS et la SCS.
- Établir le sous-comité des communications (voir la section 5.2.1).

6.1.2 Provinces et territoires

- Confirmer l'appui au Plan, y compris aux conséquences politiques, légales et éthiques du Plan.
- Identifier un programme, un organisme ou un comité gouvernemental et le charger d'élaborer des plans provinciaux et territoriaux de gestion de pénurie de composants sanguins.
- Établir des comités provinciaux-territoriaux d'urgence pour la gestion du sang.
- Inciter activement les hôpitaux et les ARS à suivre les lignes directrices du Plan et à en surveiller l'application, particulièrement en ce qui a trait aux activités suivantes :
 - création de comités transfusionnels conformément à la norme Z902-04, section 4.4 de l'Association canadienne de normalisation (CSA);
 - participation à l'affectation des composants sanguins et à la communication des réserves à la Société canadienne du sang;
 - établissement de systèmes transparents de partage de l'information sur les réserves de composants sanguins des hôpitaux et des ARS, y compris le partage d'information des hôpitaux et des ARS et la Société canadienne du sang;
 - élaboration de programmes de redistribution du sang et d'autres méthodes et programmes pour minimiser les composants sanguins périmés;
 - mise en œuvre du CHRUGS.

6.1.3 Hôpitaux et ARS

- Confirmer l'appui au Plan, y compris aux conséquences politiques, légales et éthiques.
- S'assurer de l'existence d'un comité transfusionnel hospitalier et régional (HTC). (Le HTC se charge des activités ci-dessous pour la plupart des hôpitaux et des ARS.)
- Élaborer et mettre en œuvre des lignes directrices transfusionnelles. Elles devraient s'appliquer aux indications et aux dosages appropriés des composants sanguins et devraient inclure des lignes directrices pour les situations où des composants sanguins particuliers ne sont pas disponibles, p. ex. CMV séronégatif des globules rouges/plaquettes, composants identiques ABO/Rh, etc. Des exemples de lignes directrices déjà publiées et pouvant être utiles aux hôpitaux et aux ARS sont fournis à l'annexe G.
- Surveiller le respect des lignes directrices transfusionnelles, y compris l'exécution des vérifications transfusionnelles.
- Examiner attentivement les ordres qui s'écartent des lignes directrices des hôpitaux et des ARS.
- Veiller à l'application des méthodes accessibles pour la conservation du sang.
- Élaborer et mettre en œuvre une stratégie de gestion des réserves péri-opératoires de sang, soit un protocole standardisé d'ordonnance de produits sanguins (MBOS), soit une stratégie de remplacement.

- Élaborer des processus de gestion des réserves, y compris des lignes directrices sur l'utilisation efficace des réserves et les niveaux acceptables de composants sanguins en voie de péremption.
- Participer à la déclaration à la Société canadienne du sang de l'attribution des composants sanguins.
- Inscrire le niveau des réserves de globules rouges sur le Formulaire de commande de produits sanguins lors de la présentation d'une commande usuelle de sang, selon le calendrier en usage.
- En collaboration avec la Société canadienne du sang, déterminer le niveau des réserves de l'hôpital et de l'ARS ou préciser qu'il s'agit de la phase verte (niveau optimal), jaune (situation grave) ou rouge (niveau critique), par groupe sanguin et par composant sanguin.
- Élaborer un mécanisme de redistribution des produits entre les hôpitaux et les ARS.
- Établir un comité hospitalier et régional d'urgence pour la gestion du sang ayant pour mandat d'élaborer, de mettre en œuvre et de maintenir un plan d'intervention en cas de pénurie de sang qui comprenne les quatre volets du présent Plan.
- Élaborer un processus de documentation pour l'attribution ou la non-attribution de composants sanguins en phase jaune ou rouge.
- Aviser la Société canadienne du sang de toute situation qui pourrait entraîner une augmentation de la demande ou une diminution de la disponibilité de composants sanguins.

6.2 Phase jaune

La phase jaune signifie que les réserves de sang sont insuffisantes pour maintenir les activités normales de transfusions sanguines et que les hôpitaux et les ARS devront prendre des mesures particulières pour réduire l'utilisation de sang.

Les mesures suivantes seront prises durant la phase jaune.

6.2.1 Société canadienne du sang

- Mettre en œuvre le plan de communication préalablement établi (voir la section 5).
- Activer les plans internes appropriés pour la phase jaune.
- Diminuer la distribution de composants sanguins aux hôpitaux jusqu'à un niveau jugé approprié à la situation, en consultation avec le CNUGRS et le CPTUGS (voir la section 6.4).
- Surveiller les demandes de réserves soumises par les hôpitaux et les ARS pour évaluer le respect du Plan ou les recommandations du CNUGRS et du CPTUGS et rapporter les cas de non-respect au CNUGRS et aux représentants appropriés des programmes de sang des provinces et des territoires.

- Recueillir les données des hôpitaux sur l'utilisation de sang et sur les réserves de sang totales (celles de la SCS plus celles des hôpitaux) sur une base quotidienne et fournir ces renseignements aux provinces et aux territoires.
- Fournir tout autre renseignement pertinent aux provinces et aux territoires pour les aider à coordonner leurs communications aux hôpitaux, aux ARS et au public.

6.2.2 Provinces et territoires

- Activer les plans internes appropriés pour la phase jaune.
- En collaboration avec la Société canadienne du sang, mettre en œuvre le plan de communication préalablement établi (voir la section 5).
- Aviser la haute direction des hôpitaux et des ARS de la nécessité de reporter les interventions médicales et les opérations chirurgicales non urgentes qui pourraient entamer les réserves de composants sanguins. Les opérations chirurgicales non urgentes comprennent toutes les interventions qui ne présentent pas de caractère d'urgence. Les interventions urgentes sont celles qui doivent être pratiquées dans les 28 jours suivants pour éviter un taux de morbidité élevé. Les interventions chirurgicales d'urgence sont celles qui doivent être pratiquées dans les 24 heures pour éviter le décès du patient (ou un taux de morbidité majeur comme la paralysie).
- Surveiller l'application par l'hôpital des mesures prévues pour la phase jaune.

6.2.3 Hôpitaux et ARS

- Activer les plans internes appropriés pour la phase jaune.
- Convoquer le Comité hospitalier/régional d'urgence pour la gestion du sang et le charger de surveiller et de contrôler l'utilisation des composants sanguins visés.
- Mettre en œuvre les plans de communication préalablement établis.
- Rajuster le niveau de réserves des composants visés pour qu'ils correspondent aux niveaux préalablement établis pour la phase jaune.
- Demander des réserves à la SCS en fonction des exigences de la phase jaune.
- Reporter ou annuler les opérations chirurgicales non urgentes qui pourraient entamer les réserves de composants sanguins. Les opérations chirurgicales non urgentes comprennent toutes les interventions qui ne présentent pas de caractère d'urgence. Les interventions urgentes sont celles qui doivent être pratiquées dans les 28 jours suivants pour éviter un taux de morbidité élevé. Les interventions chirurgicales d'urgence sont celles qui doivent être pratiquées dans les 24 heures pour éviter le décès du patient (ou un taux de morbidité majeur comme la paralysie).
- Reporter ou annuler les procédures médicales qui pourraient entamer les réserves de composants sanguins visés.
- Dans le cas des transfusions de globules rouges, suivre les lignes directrices pour la phase jaune présentées au tableau 1.
- Dans le cas des transfusions de plaquettes, suivre les lignes directrices pour la phase jaune présentées au tableau 2.

- Dans le cas des transfusions de plasma congelé et de cryoprécipités, veiller au respect rigoureux des lignes directrices établies pour la phase verte. (La réduction du nombre de procédures non urgentes devrait entraîner une diminution de l'utilisation de ces composants.)
- Référer au directeur médical de la Banque de sang, ou à son remplaçant désigné, toutes les demandes de composants sanguins visés qui ne respectent pas les critères d'acceptation préétablis avant d'attribuer le produit.
- Mettre en œuvre le processus de documentation pour l'attribution ou la non-attribution de composants sanguins. L'annexe H, Trousse de documentation, contient des exemples de formulaires pouvant être adaptés et utilisés par les hôpitaux et les autorités régionales de la santé en situation de pénurie de sang.

6.3 Phase rouge

La phase rouge signifie que les réserves de sang sont insuffisantes pour que les patients ayant des besoins transfusionnels non facultatifs puissent recevoir les transfusions requises.

Pendant la phase rouge, toutes les mesures amorcées au cours de la phase jaune (en supposant que la phase rouge fasse suite à une phase jaune) sont maintenues. Plus particulièrement, les communications décrites dans le plan de communication (section 5) demeurent très importantes. De plus, les mesures suivantes seront prises.

6.3.1 Société canadienne du sang

- Mettre en œuvre le plan de communication préalablement établi (section 5).
- Activer les plans internes appropriés pour la phase rouge.
- Diminuer la distribution de composants sanguins aux hôpitaux jusqu'à un niveau jugé approprié à la situation, en consultation avec le CNUGRS et le CPTUGS (voir la section 6.4).
- Surveiller les demandes de réserves soumises par les hôpitaux et les ARS pour évaluer le respect du Plan ou les recommandations du CNUGRS et du CPTUGS et rapporter les cas de non-respect au CNUGRS et aux représentants appropriés des programmes de sang des provinces et des territoires.
- Recueillir les données des hôpitaux sur l'utilisation de sang et sur les réserves de sang totales (celles de la SCS plus celles des hôpitaux) sur une base quotidienne et fournir ces renseignements aux provinces et aux territoires.
- Fournir tout autre renseignement pertinent aux provinces et territoires pour les aider à coordonner leurs communications aux hôpitaux, aux ARS et au public.

6.3.2 Provinces et territoires

- Activer les plans internes appropriés pour la phase rouge.
- En collaboration avec la Société canadienne du sang, mettre en œuvre le plan de communication préalablement établi (voir la section 5).
- Aviser la haute direction des hôpitaux et des ARS de la nécessité de reporter les interventions médicales et les opérations chirurgicales non urgentes qui pourraient entamer les réserves de composants sanguins. Les interventions chirurgicales d'urgence sont celles qui doivent être pratiquées dans les 24 heures pour éviter le décès du patient (ou un taux de morbidité majeur comme la paralysie).
- Surveiller l'application par l'hôpital des mesures prévues pour la phase rouge.

6.3.3 Hôpitaux et ARS

- Activer les plans internes appropriés pour la phase rouge.
- Convoquer le Comité hospitalier/régional d'urgence pour la gestion du sang et le charger de surveiller et de contrôler l'utilisation des composants sanguins visés.
- Mettre en œuvre les plans de communication préalablement établis.
- Rajuster le niveau des réserves des composants visés pour qu'ils correspondent aux niveaux préalablement établis pour la phase rouge.
- Demander des réserves à la SCS en fonction des exigences de la phase rouge (voir la section 6.4).
- Reporter ou annuler les procédures médicales et les opérations chirurgicales non urgentes qui pourraient entamer les réserves de composants sanguins. Les interventions chirurgicales d'urgence sont celles qui doivent être pratiquées dans les 24 heures pour éviter le décès du patient (ou un taux de morbidité majeur comme la paralysie).
- Dans la mesure du possible, reporter les transplantations de cellules souches hématopoïétiques et les traitements de chimiothérapie et tout autre traitement médical pour lesquels il faut un apport continu de composants sanguins visés.
- Dans le cas des transfusions de globules rouges, suivre les lignes directrices pour la phase rouge présentées au tableau 1.
- Dans le cas des transfusions de plaquettes, suivre les lignes directrices pour la phase rouge présentées au tableau 2.
- Dans le cas des transfusions de plasma congelé et de cryoprécipités, veiller au respect rigoureux des lignes directrices établies pour la phase verte. (La réduction des interventions aux seules procédures urgentes devrait entraîner une diminution de l'utilisation de ces composants.)
- Référer au directeur médical de la Banque de sang, ou à son remplaçant désigné, toutes les demandes de composants sanguins visés qui ne respectent pas les critères d'acceptation préétablis avant d'attribuer le produit.
- Mettre en œuvre le processus de documentation pour l'attribution ou la non-attribution de composants sanguins. L'annexe H, Trousse de documentation, contient des exemples de formulaires pouvant être adaptés et utilisés par les hôpitaux et les autorités régionales de la santé en situation de pénurie de sang

6.4 Détermination de l'attribution de composants sanguins par la SCS aux hôpitaux et aux ARS pendant les phases jaune et rouge

La façon dont la SCS attribue les composants sanguins aux hôpitaux et aux ARS en phase jaune ou rouge ne peut être assortie d'*a priori*. Toutefois, les trois méthodes suivantes pourraient être considérées; en situation de pénurie réelle, il est plus que probable qu'il faille recourir à une combinaison de ces trois approches.

Selon un premier scénario idéal, soit la phase verte, chaque hôpital et ARS ferait une utilisation optimale de ses réserves de sang conformément aux activités recommandées pour la phase verte et déterminerait les quantités de sang requises pour mener les activités restreintes autorisées en vertu des phases jaune et rouge. Selon ce scénario idéal, la SCS attribuerait à chaque hôpital et ARS la quantité de sang demandée et ces quantités correspondraient aux activités limitées en vertu des phases jaune et rouge. Le Plan recommande aux hôpitaux et ARS desservis par la SCS de chercher à atteindre ce but.

Dans la pratique, il est possible que les hôpitaux et les ARS n'aient pas eu le temps de faire ce travail au moment d'une pénurie de sang. En l'occurrence, l'attribution de composants sanguins en cas de pénurie grave sera déterminée par la SCS en consultation avec le CNUGRS, et le cas échéant, avec le CPTUGS approprié (en cas de catastrophe régionale), selon l'une ou l'autre approche ou une combinaison des deux approches.

- 1) La SCS attribuerait le sang suivant le pourcentage de sang normalement affecté à chacune des provinces. Si tout le pays était également touché par la pénurie, les pourcentages correspondraient aux valeurs courantes. Si les provinces n'étaient pas toutes également affectées par la situation, l'attribution de sang pourrait se faire selon des proportions différentes. Toutefois, cette approche pourrait entraîner des réductions égales pour les provinces dont les hôpitaux et les ARS ont cherché à optimiser l'utilisation de sang sous la phase verte et pour celles dont les hôpitaux et les ARS n'ont pas déployés les mêmes efforts. Dans la mesure du possible, il faudrait en tenir compte.
- 2) Les attributions de composants sanguins par la SCS pourraient être réduites à un nombre équivalent d'unités par habitant de toutes les provinces. Cette approche devrait être rajustée pour tenir compte du nombre de procédures d'urgence qui seraient vraisemblablement pratiquées dans une province plus peuplée contrairement à une province moins peuplée pratiquant un nombre moins élevé de procédures médicales et d'interventions chirurgicales. Toutefois, cette approche offrirait l'avantage de ne pas pénaliser les provinces qui ont déployé des efforts importants pour optimiser leur utilisation du sang.

Selon ces deux scénarios, chaque province donnerait à la SCS des directives précises quant à l'attribution de composants sanguins (diminution équivalente pour tous les hôpitaux ou réduction plus ou moins importante pour des établissements choisis comme les hôpitaux en régions éloignées ou les hôpitaux pratiquant un nombre relativement plus ou moins élevé de procédures d'urgence, lesquels seraient moins touchés par la diminution). Chaque hôpital et ARS déterminerait l'affectation de composants aux patients individuels ou aux

catégories de patients au sein de l'établissement tout en respectant les lignes directrices pour les transfusions décrites ci-dessus et présentées aux tableaux 1 et 2.

Selon l'un ou l'autre des scénarios ci-dessus, il est peu probable que les attributions de sang aux hôpitaux des territoires seraient réduites puisque la quantité de composants sanguins est faible en nombre absolu.

De plus, et comme il est décrit ci-dessus, il importe que chaque ministère de la Santé, de concert avec la SCS, surveille dans quelle mesure les hôpitaux et les ARS suivent le Plan et intervienne, s'il y a lieu, en cas de non-respect des directives.

6.5 Phase de retour à la normale

Le GTPS-CCN n'a toujours pas arrêté de plan pour un retour à la normale.

Tableau 1 : Directives pour les transfusions de globules rouges aux enfants et aux adultes en situation de pénurie

Phase verte	Phase jaune	Phase rouge
Hémorragie importante	Hémorragie importante	Hémorragie importante
Suivre les directives de votre hôpital/ARS.	Suivre les directives de votre hôpital/ARS.	Suivre les directives de votre hôpital/ARS ¹ .
Chirurgie/obstétrique	Chirurgie/obstétrique	Chirurgie/obstétrique
Suivre les directives de votre hôpital/ARS.	Chirurgies urgentes ² et d'urgence ³ après consultation avec le CHRUGS	Chirurgies urgentes et d'urgence après consultation avec le CHRUGS
Anémie non chirurgicale⁴	Anémie non chirurgicale⁴	Anémie non chirurgicale⁴
Suivre les directives de votre hôpital/ARS.	Toute demande de transfusion de globules rouges pour un patient ayant un taux d'Hb > 70 g/L doit être examinée par le personnel médical désigné.	Il faudrait envisager un abaissement du seuil établi de déclenchement d'une transfusion de globules rouges en cas de phase jaune. Toute demande de transfusion de globules rouges pour un patient ayant un taux d'Hb > 70 g/L doit être examinée par le personnel médical désigné.

1 Des lignes directrices pour déterminer les principes d'arrêt seront élaborées plus tard.

2 Chirurgie urgente – le patient s'expose à un risque important de morbidité si la chirurgie n'est pas pratiquée dans les 28 jours.

3 Chirurgie d'urgence – le patient risque de décéder (ou s'expose à un risque important de morbidité) si la chirurgie n'est pas pratiquée dans les 24 heures.

4 Comprend l'anémie à la suite d'un traumatisme, d'une chirurgie et d'un accouchement.

Notes

- Compte tenu du nombre/volume relativement restreint d'unités requises, les transfusions aux nouveau-nés (patients âgés de moins de quatre mois) et les transfusions intra-utérines iraient de l'avant suivant les lignes directrices usuelles (c.-à-d. qu'elles ne seraient pas limitées en cas de pénurie). Dans la mesure du possible, il faudrait disposer de mesures pour le partage des unités entre les nouveau-nés ou entre les nouveau-nés et les patients un peu plus âgés.
- En phase jaune ou rouge, le directeur de la banque de sang de l'hôpital/ARS peut, après consultation avec le médecin du patient, envisager l'utilisation d'un composant sanguin qui a dépassé la période de conservation approuvée par Santé Canada. En l'occurrence, la raison du recours à un produit périmé doit être documentée par le médecin traitant dans le dossier du patient, et il faudrait tout mettre en œuvre pour obtenir le consentement du patient à cet égard.

Tableau 2 : Directives pour les transfusions de plaquettes aux enfants et aux adultes en situation de pénurie

Phase verte	Phase jaune	Phase rouge
Hémorragie importante	Hémorragie importante	Hémorragie importante
Suivre les directives de votre hôpital/ARS.	Suivre les directives de votre hôpital/ARS.	Suivre les directives de votre hôpital/ARS.
Procédure/chirurgie invasive	Procédure/chirurgie invasive	Procédure/chirurgie invasive
Suivre les directives de votre hôpital/ARS.	Chirurgie urgente ² et d'urgence ³ en consultation avec le CHRUGS En cas de saignement ou de procédure chirurgicale, maintenir une NP > 50 x 10 ⁹ /L ou, s'il y a un traumatisme/chirurgie du SNC, une NP > 100 x 10 ⁹ /L. Dans le cas d'une procédure invasive non chirurgicale (autre qu'une aspiration de moelle épinière ou une biopsie), maintenir une NP > 30 x 10 ⁹ /L.	Chirurgie d'urgence en consultation avec le CHRUGS Toute demande de transfusion de plaquettes doit être examinée par le personnel médical désigné.
Insuffisance médullaire / transplantation de cellule souche hématopoïétique / chimiothérapie	Insuffisance médullaire / transplantation de cellule souche hématopoïétique / chimiothérapie	Insuffisance médullaire / transplantation de cellule souche hématopoïétique / chimiothérapie
Suivre les directives de votre hôpital/ARS.	S'en tenir au seuil maximum de NP de 10 X 10 ⁹ /L pour les transfusions préventives de plaquettes; envisager d'abaisser ce seuil à 5 x 10 ⁹ /L pour les transfusions préventives courantes. Toute demande de transfusion de plaquettes pour des patients ne souffrant pas de saignement et ayant une NP >10 x 10 ⁹ /L doit être examinée par le personnel médical désigné.	Éliminer toutes les transfusions préventives. Toute demande de transfusion de plaquettes pour des patients ne souffrant pas de saignement doit être examinée par le personnel médical désigné.

Notes

- NP = numération plaquettaire

Plan national de gestion des pénuries de composants sanguins labiles

- Compte tenu du nombre/volume relativement restreint d'unités requises, les transfusions aux nouveau-nés (patients âgés de moins de quatre mois) et les transfusions intra-utérines iraient de l'avant suivant les lignes directrices usuelles (c.-à-d. qu'elles ne seraient pas limitées en cas de pénurie). Dans la mesure du possible, il faudrait disposer de mesures pour le partage des unités entre les nouveau-nés ou entre les nouveau-nés et les patients un peu plus âgés.
- Pour annuler ou pratiquer une chirurgie, suivre les lignes directrices décrites au tableau 1.
- De plus petites doses de plaquettes (une à deux unités) ou des doses fractionnées de plaquettes à couche leuco-plaquettaire pourraient être attribuées. Il faudrait utiliser des seuils moins élevés de NP pour les transfusions de plaquettes lors de saignements chirurgicaux ou de procédures spéciales (comme l'ECMO).
- En phase jaune ou rouge, le directeur de la banque de sang de l'hôpital/ARS peut, après consultation avec le médecin du patient, envisager l'utilisation d'un composant sanguin qui a dépassé la période de conservation approuvée par Santé Canada. En l'occurrence, la raison du recours à un produit périmé doit être documentée par le médecin traitant dans le dossier du patient, et il faudrait tout mettre en œuvre pour obtenir le consentement du patient à cet égard.

ANNEXES

Annexe A – Comité consultatif national sur le sang et les produits sanguins

Annexe B – Consultation des intervenants en vue de l'élaboration du Plan national de gestion des pénuries d'éléments labiles de composants sanguins

Annexe C – Plans de continuité des opérations de la Société canadienne du sang

Annexe D – Considérations éthiques pour la gestion des pénuries de sang

Annexe E – Autres documents de planification en cas de pénurie de sang

Annexe F – Mandat du Comité national d'urgence pour la gestion des réserves de sang

Annexe G – Lignes directrices pour l'utilisation optimale des composants sanguins

Annexe H – Trousse de documentation

ANNEXE A

Comité consultatif national sur le sang et les produits sanguins

[<http://www.nacblood.ca/about-nac/members-list.html>]

D^{re} Susan Nahirniak, présidente
Directrice médicale, Services transfusionnels
University of Alberta Hospital, Edmonton (Alberta)

Représentants médicaux

D^r Brian Berry
Directeur du Département d'hématologie
Royal Jubilee Hospital, Victoria (C.-B.)

D^r Louis Wadsworth
Division de l'hématologie
Children's & Women's Health Centre of BC
Vancouver (C.-B.)

D^r Meer Taher Shabani Rad
Directeur médical, Médecine transfusionnelle
Foothills Medical Centre, Calgary (Alberta)

D^r Edward Alport
Médecin chef, Département de pathologie et de
médecine de laboratoire
Qu'Appelle Health Region, Regina (Sask.)
Et directeur médical, Société canadienne du
sang, Saskatchewan

D^{re} Catherine Moltzan
Directrice médicale, Médecine transfusionnelle,
Services diagnostiques du Manitoba
Hôpital général de St. Boniface
Winnipeg (Manitoba)

D^r Brian Muirhead
Département d'anesthésiologie
Winnipeg Health Sciences Centre
Winnipeg (Manitoba)

D^{re} Jeannie Callum, directrice
Médecine transfusionnelle et Banques de tissus
Sunnybrook Health Sciences Centre,
Toronto (Ontario)

D^r John Freedman
Directeur, Médecine transfusionnelle
St. Michael's Hospital
Toronto (Ontario)

D^r David Anderson
Chef, Division de l'hématologie
QE II Health Sciences Centre,
Halifax (N.-É.)

D^r Sean Dolan
Division de l'hématologie
Saint John Regional Hospital
Saint John (N.-B.)

D^{re} Lucinda Whitman
Chef divisionnaire, Laboratoire et hématologie
Eastern Health
St. John's (T.-N.-L.)

Représentant des gouvernements provinciaux/territoriaux

M. Bryan Sandilands
Gestionnaire, Unité des transfusions et des transplantations
Alberta Health and Wellness (province responsable)
Représentant P/T

Représentants de la Société canadienne du sang

M. David Howe, directeur exécutif Gestion des produits et services aux hôpitaux Société canadienne du sang	M. Mathias Haun Directeur, Produits de plasma et services Société canadienne du sang
--	--

D^{re} Heather Hume
Directeur médical exécutif
Société canadienne du sang

Autres

D ^r Georges Rivard Directeur, Clinique d'hématologie Hôpital Ste-Justine, Montréal (Québec)	M. Samuel Hester Coordonnateur de projet du CCN Alberta Health and Wellness
--	---



National Advisory Committee
on Blood and Blood Products

Comité consultatif national sur
le sang et les produits sanguins

MANDAT

[<http://www.nacblood.ca/about-nac/terms-of-reference.html>]

1.0 Mandat

1.1 Le CCN fournit aux ministères de la Santé des provinces et des territoires (P/T) et à la Société canadienne du sang (SCS) des conseils médicaux et techniques sur la gestion de l'utilisation du sang et de produits sanguins. À cette fin, le CCN :

- donne des conseils sur des questions techniques visant l'approvisionnement de sang, y compris des questions affectant directement la pratique de la médecine transfusionnelle dans les hôpitaux;
- partage des renseignements sur l'utilisation du sang et de produits sanguins et sur les efforts de gestion de l'utilisation et joue un rôle de soutien dans l'élaboration de lignes directrices sur l'utilisation des produits;
- fournit un leadership professionnel pour aider les ministères de la Santé des provinces et des territoires à identifier (dans le cadre d'études pharmacoéconomiques et par d'autres méthodes), à concevoir et à mettre en œuvre des initiatives efficaces de gestion de l'utilisation du sang en vue d'optimiser les soins aux patients dans leurs propres secteurs de compétence;
- aide la Société canadienne du sang dans son processus de sélection de produits.

1.2 Le CCN se rapporte au Comité de liaison du sang provincial-territorial/SCS.

2.0 Composition

2.1 Le Comité de liaison SCS/provincial-territorial du sang procède comme suit pour nommer les représentants au CCN :

- chaque province ou territoire peut nommer deux représentants provenant des catégories suivantes :
 - un professionnel des soins de santé ayant l'expérience de la médecine transfusionnelle ou une expertise en gestion de l'utilisation du sang;
 - un membre du personnel du ministère de la Santé dont la responsabilité principale est la gestion des ressources sanguines;
- en plus de donner des conseils et d'assurer un leadership professionnel auprès du CCN, les représentants des provinces et des territoires doivent agir comme champions des initiatives de gestion de l'utilisation du sang dans leurs propres champs de compétence;
- la SCS nomme quatre représentants.

2.2 Le CCN peut, à l'occasion, inviter d'autres spécialistes aux réunions pour faire état de leur expertise sur le sujet à l'étude.

2.3 Le mandat des membres est de deux ans. Ce mandat peut être prolongé par l'entité qui les a nommés (Comité de liaison SCS-provincial/territorial). Les mandats devraient être échelonnés.

2.4 Dans l'exécution de ses fonctions, le CCN peut créer des sous-comités chargés d'aborder des questions particulières et pour assurer une représentation au sein de la SCS et d'autres initiatives nationales. On s'attend à ce que les membres siègent au sein d'au moins deux de ces groupes de travail par année.

2.5 Le CCN choisira un président et un vice-président parmi les membres. La présidence sera occupée par la province responsable par rotation pendant une période de deux ans, tandis que la vice-présidence incombera à la province responsable suivante. Ces nominations sont assujetties à l'approbation du Comité de liaison SCS/provincial-territorial. Le mandat du président et du vice-président est de deux ans. Dans la mesure du possible, il devrait y avoir rotation à la présidence avec la nomination de la province responsable du sang et des produits sanguins au niveau du comité provincial-territorial. Les mandats pourraient être prolongés avec l'accord du CCN, sous réserve de l'approbation du Comité de liaison SCS-P/T.

3.0 Réunions

3.1 Le CCN se réunit au moins deux fois par année ou sur convocation du président. Des téléconférences peuvent avoir lieu à la demande du président ou d'un membre permanent, sur approbation du président. Le vice-président préside les réunions en l'absence du président.

- 3.2 Les décisions sont prises par consensus des membres présents. Le quorum est établi à 50 % des membres plus un.

4.0 Communications et soutien

Secrétariat et coordonnateur de projet

- 4.1 Il incombera à la province responsable d'assurer le secrétariat. Le Fonds commun provincial-territorial comprend un coordonnateur de projet (1,0 ETP). Le secrétariat et le coordonnateur de projet appuient le travail du CCN, et ils leurs responsabilités sont les suivantes :
- coordonner les réunions et assurer un soutien administratif;
 - administrer le budget du CCN;
 - distribuer les documents de communication au Comité de liaison SCS-P/T du sang et aux membres du CCN;
 - aider aux travaux de recherche et d'analyse requis pour identifier et résoudre les problèmes d'utilisation du sang.
- 4.2 Le secrétariat et le coordonnateur de projet rendent compte des délibérations et des recommandations du CCN au Comité de liaison SCS-P/T et rendent également compte au CCN de toutes les communications pertinentes (conseils, demandes ou décisions) du Comité de liaison SCS-P/T.

Membres

- 4.3 Les membres du CCN font part de leurs discussions et de leurs recommandations au Comité de liaison SCS-P/T. On s'attend à ce qu'il y ait des échanges clairs et un soutien mutuel entre les groupes.

Ministères de la Santé des provinces et des territoires

- 4.4 Le CCN appuiera la présence aux réunions d'un membre par province, du coordonnateur de projet et du secrétariat. Les provinces et les territoires qui nomment plus d'un représentant devront assumer les coûts supplémentaires.

5.0 Évaluation

- 5.1 Le CCN prépare un plan de travail annuel qui est ensuite examiné et approuvé par le Comité de liaison SCS-P/T.

6.0 Conflits d'intérêts

- 6.1 Tout membre du CCN qui a un intérêt dans une question à l'étude par le Comité ou qui est perçu par un tiers comme ayant un intérêt professionnel dans une telle

question doit en faire part au président du comité. Si le président du Comité est en conflit d'intérêts, il doit en faire part au Comité. Les membres doivent remplir une fiche de déclaration de conflits d'intérêts sur une base annuelle, la mettre à jour selon les besoins et la remettre au CCN.

ANNEXE B

Consultation des intervenants en vue de l'élaboration du Plan national de gestion des pénuries de composants sanguins labiles

Contexte

Lorsque le Comité de liaison SCS/provincial-territorial a demandé au CCN de préparer un Plan national de gestion des pénuries de composants sanguins labiles (Plan), il a exigé que ce plan soit fondé sur des principes de déontologie acceptés pour l'attribution de ressources limitées pour les soins de santé. Ces principes de déontologie sont décrits brièvement dans le Plan et de manière plus détaillée à l'annexe D. Un des éléments importants est la nécessité de consulter les intervenants qui pourraient être affectés par les recommandations que contient le Plan. Pour parvenir à incorporer une telle consultation dans l'élaboration du Plan, on a d'abord rédigé un plan provisoire que l'on a demandé aux intervenants de commenter. La présente annexe décrit le processus de consultation, les résultats et les changements apportés au Plan et d'autres mesures subséquentes.

Méthodes

Processus de consultation et compilation des réponses

La gestion de la consultation a été confiée à la SCS. La version préliminaire du plan du 27 octobre 2008, a servi à la consultation. La SCS et le GTPS-CCN ont dressé une liste des sociétés nationales représentant les professionnels de la santé et les receveurs de transfusions sanguines à consulter. Ensuite, les ministres de la Santé des provinces et des territoires (dans les juridictions desservies par la SCS) ont établi la liste des intervenants provinciaux à consulter. Le questionnaire pour l'enquête, élaboré à l'aide du logiciel Zoomerang[®], comprenait 45 questions portant sur l'une ou l'autre partie du plan provisoire. La consultation a eu lieu entre novembre 2008 et janvier 2009, et la SCS s'est chargée de la consultation en ligne des sociétés nationales.

La consultation des intervenants provinciaux et territoriaux s'est faite selon l'une des trois méthodes suivantes :

- La SCS s'est chargée de toute la consultation, c'est-à-dire d'entrer en communication avec les intervenants de l'Ontario, de Terre-Neuve-et-Labrador et du Yukon, de leur présenter le sondage en ligne et de colliger les réponses.
- La SCS et les ministères de la Santé des provinces et des territoires ont mené le sondage conjointement au Manitoba, en Alberta et au Nouveau-Brunswick à l'aide du sondage en ligne et ont colligé les réponses.
- Les ministères de la Santé des provinces et des territoires se sont chargés de la consultation en Saskatchewan, en Nouvelle-Écosse et en Colombie-Britannique : ils

ont tenu des rencontres avec les intervenants, colligé les résultats et transmis les résultats à la SCS.

La SCS a ensuite incorporé toutes les réponses des provinces et territoires et des sociétés nationales dans une base de données électroniques, y compris les détails suivants : province, affiliation, hôpital ou non-hôpital et nombre de répondants.

Examen des réponses

Au printemps 2009, le GTPS-CCN a tenu une réunion de deux jours, puis organisé une téléconférence pour examiner les observations reçues. De plus, le groupe a examiné chacune des observations non rédactionnelles et a préparé et documenté une réponse pour chacune. Il a, en outre, dressé une liste de mesures à prendre pour aborder les suggestions et les préoccupations les plus importantes ou les plus fréquentes.

Le plan préliminaire a ensuite été révisé afin d'en arriver au Plan final.

Résultats

Réponses obtenues

La consultation a donné lieu à un total de 57 réponses et à la participation de 286 personnes (159 travaillant dans des hôpitaux et 127 travaillant ailleurs). Au total, 382 observations ont été formulées en réponse aux questions du sondage. Seulement 34 de ces observations avaient un caractère éditorial, tandis que les 348 autres observations portaient sur le contenu réel du document. Le nombre d'intervenants sollicités, de répondants et de réponses, par province, par territoire et par société est indiqué au tableau 2. La liste des sociétés nationales sollicitées, peu importe qu'elles aient répondu, constitue le tableau 2.

Aucun des répondants ne s'est opposé au principe d'un plan national pouvant servir de cadre de travail pour l'élaboration de plans provinciaux ou régionaux. Plusieurs observations et suggestions réfléchies relatives à des améliorations ont été soumises.

Les thèmes et les préoccupations communes suivantes ressortent des réponses :

- Il faut une campagne d'éducation sur le rôle du CCN, des ministres provinciaux de la Santé, de la SCS et de l'ensemble du système du sang.
- Des éthiciens devraient être consultés lors de l'élaboration des plans.
- Les petits établissements, particulièrement dans les régions éloignées et ceux qui ont des ressources limitées, auront besoin d'aide pour élaborer leurs plans.
- Il serait utile d'avoir des définitions plus claires concernant le niveau de réduction des réserves pouvant déclencher les phases jaune et rouge.
- On a fait état de préoccupations concernant la façon exacte dont la SCS déterminerait l'attribution de sang aux hôpitaux et aux ARS.
- On a fait état de préoccupations concernant la taille du CNUGRS, qui serait trop importante pour assurer un temps de réaction rapide et efficace en cas de pénurie de sang.

- On a aussi fait état de préoccupations au sujet des défis que posent les communications et la nécessité d'avoir un plan de communication bien défini.
- Il devrait y avoir un mécanisme de surveillance de la conformité au Plan et des mesures devraient être envisagées au cas où des hôpitaux ou des ARS ne suivent pas les recommandations du Plan.
- On a fait état de préoccupations au sujet de possibles répercussions médico-légales pour les professionnels des soins de santé qui mettent en œuvre le Plan.
- Il serait utile de bénéficier d'un meilleur encadrement pour déterminer la thérapie appropriée à suivre en matière de transfusion sanguine lors de pénuries de sang pour les patients ayant des besoins considérables mais pour lesquels les probables retombées positives sont très faibles.

Actions subséquentes à l'examen des observations reçues

La version préliminaire du Plan a été révisée en tenant compte des observations reçues lors de la consultation. L'exercice aura notamment permis de préciser les niveaux probables des réserves en phases jaune et rouge, d'examiner de plus près les méthodes possibles pour établir l'attribution de composants sanguins et de diviser en deux parties la section sur les communications et sur les divers comités de gestion du sang en cas d'urgence et de décrire de manière plus détaillée le fonctionnement du comité national. De plus, le GTPS-CCN a décidé de créer deux autres sous-comités, soit le Sous-comité des communications (décrit à la section 5.2.1 du Plan) et un sous-comité chargé d'élaborer des lignes directrices pour l'abandon des transfusions sanguines aux patients ayant des besoins considérables mais pour lesquels les probables retombées positives sont très faibles.

Tableau 1 : Nombre de personnes sondées et nombre de réponses

Groupe	N ^{bre} d'intervenants sollicités	N ^{bre} de réponses	N ^{bre} total de participants **
Sociétés nationales	39 organisations	13	16
Alberta.	90	7	53
C.-B.	31	1	18
Manitoba	121	3	62
N.-B.	9	1	5
T.-N.-L.	27	2	18
N.-É.	34	3 [34 répondants ont été sollicités]	34
Ontario	77	8	18
Saskatchewan	18 Organisations	7 [18 organisations ont été sollicitées]	61
Yukon	2	1	1
Î.-P.-É.	1	0	0
Total		57	286

** Le nombre de personnes ayant donné une réponse est plus élevé que le nombre de réponses parce que dans certains cas il s'agissait d'un effort de groupe.

Tableau 2 : Sociétés nationales sondées

Sociétés nationales sollicités qui ont répondu

Association canadienne des médecins d'urgence
Société canadienne des anesthésiologistes
Association canadienne de transplantation
Association médicale canadienne
Société canadienne de pédiatrie
Société canadienne de science de laboratoire médical
Société canadienne de transplantation
Canadian Bone & Marrow Transplant Group
Childhood Cancer Foundation Candlelighters Canada
Association canadienne de protection médicale
Healthcare Insurance Reciprocal of Canada
Sickle Cell Disease Parents Support Group, CHEO
Fondation canadienne de la thalassémie = 13

Sociétés nationales sollicitées qui n'ont pas répondu

Anemia Institute for Research and Education
Aplastic Anemia and Myelodysplasia Association of Canada
La Société de l'arthrite
Association canadienne des directeurs des cliniques d'hémophilie
Bruce Denniston Bone Marrow Society
Association canadienne des infirmiers/infirmières en soins intensifs
Association canadienne des infirmier(e)s en sciences neurologiques
Société canadienne du cancer
Société canadienne de soins intensifs
Société canadienne d'hématologie
Société canadienne de l'hémophilie
Organisation canadienne des personnes immunodéficientes
Fondation canadienne du foie
Canadian Neurosciences Federation
Association des infirmières et infirmiers du Canada
Société canadienne de médecine transfusionnelle
Société canadienne des chirurgiens cardiaques
Société canadienne de transplantation
International Society for Heart and Lung Transplantation
Fondation canadienne du rein
National Emergency Nurses Affiliation
Neutropenia Support Association Inc.
Médecins et infirmières pour la conservation du sang
The Leukemia and Lymphoma Society of Canada
La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
Association canadienne de traumatologie = 26

Remerciements

Le GTPS-CCN remercie tous les intervenants qui ont donné une rétroaction à la version préliminaire du Plan lors de la consultation, de même que M^{me} Karen Asmar, gestionnaire des Programmes de médecine transfusionnelle de la SCS, qui a compilé les résultats de l'enquête.

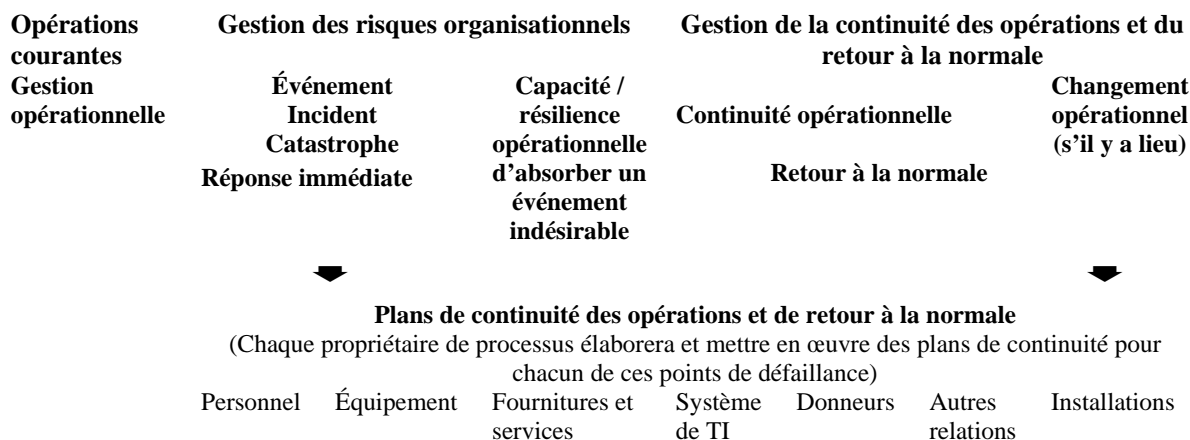
ANNEXE C

Plans de continuité des opérations de la Société canadienne du sang

La Société canadienne du sang (SCS) gère l'approvisionnement de sang dans toutes les provinces et tous les territoires, sauf au Québec. Dans le cadre de son mandat, la SCS participe à diverses activités pour identifier, éviter et, au besoin, atténuer et gérer une pénurie nationale. Son activité de base consiste donc à assurer une gestion constante des stocks comme s'il s'agissait de réserves nationales uniques (par opposition à de multiples réserves régionales). La SCS dispose aussi de mécanismes pour favoriser le partage de composants sanguins entre la SCS et Héma-Québec en cas de besoin.

En vertu de son Cadre de gestion de la continuité des opérations, la SCS élabore et précise des plans de continuité des opérations et de retour à la normale, afin de minimiser les conséquences d'événements indésirables pour les réserves nationales. Le cadre reconnaît que des événements ou des catastrophes pourraient avoir des incidences indésirables sur la disponibilité de donneurs, sur le personnel de la SCS, sur l'équipement, sur les systèmes de TI, sur les systèmes de transport et sur les installations (tous des points de défaillance potentiels) dont le maintien des réserves nationales est essentiellement dépendant. Pour appuyer son programme de gestion de la continuité des opérations, la Société canadienne du sang a mis sur pied une équipe de gestion de la continuité des opérations dont la responsabilité est de travailler avec les propriétaires de processus de la SCS pour améliorer constamment le programme de la SCS et y incorporer les meilleures pratiques de l'industrie. L'Équipe de gestion de la continuité des opérations travaille avec les propriétaires de processus afin d'identifier les interrelations critiques entre les points de défaillance potentiel et de soutenir la mise en œuvre de plans de continuité des opérations afin de contourner ces points de défaillance. La première ligne de défense de la Société canadienne du sang en cas de pénurie de sang est d'agir de manière proactive pour prévenir ou minimiser les pénuries grâce à l'élaboration, à la mise en place et à l'application des plans de gestion de la continuité des opérations, qui visent à résoudre les défaillances organisationnelles potentielles avant qu'elles n'entraînent des pénuries de composants sanguins.

Cadre de gestion de la continuité des opérations



Par exemple, la SCS a profité du volet « Systèmes de la TI » de son cadre de travail pour mettre en place des plans de continuité des opérations et de retour à la normale pour son système de gestion du sang (utilisé pour gérer les réserves de sang nationales de la SCS). Les plans de continuité des opérations pour ce système essentiel comprennent la disponibilité continue de deux serveurs, situés dans des sites différents de la SCS, pouvant soutenir le système de gestion du sang, la disponibilité de processus manuels qui permettraient à la SCS de poursuivre ses activités de base lorsque le système de TI est indisponible et un contrat avec une société de TI externe donnant accès à un serveur n'appartenant pas à la SCS et sur lequel le système de gestion du sang pourrait être transféré au cas où tous les autres systèmes flancheraient.

La Société canadienne du sang reconnaît que l'existence de ces plans de gestion de la continuité des opérations pourrait ne pas suffire en cas d'événement plus sérieux (pandémie de grippe ayant des répercussions importantes pour le personnel et les donneurs, etc.). Pour ajouter à ces mesures proactives, la SCS cherche à définir trois niveaux de réponse stratégique ayant un caractère davantage « réactionnel » et pouvant servir lorsque les mesures proactives sont jugées insuffisantes pour aborder la crise en cours. Les stratégies pour chacun de ces trois niveaux évoluent en fonction des répercussions pour les soins aux patients. Par exemple, la stratégie pour le premier niveau comprend des mesures qui n'ont pas d'effet sur les spécifications des composants sanguins, alors que ce pourrait être le cas de celle du troisième niveau.

Le « niveau un » comprend des stratégies qui sont déjà à la disposition de la Société canadienne du sang et qui ont été déployées pour réagir à une pénurie potentielle ou réelle de sang. Si ces stratégies produisaient les effets voulus, il n'y aurait pas lieu de modifier la façon de soigner les patients. Les stratégies du « niveau un » comprennent ce qui suit :

- Accroître la capacité organisationnelle de réagir en cas de pénurie de composants sanguins ou de demande accrue à court terme à la suite d'une urgence locale. La Société canadienne du sang a mis en place des processus pour accroître ses activités (cliniques de sang supplémentaires) et lancer des messages ciblés aux donneurs et

au grand public. Les donateurs de la Société canadienne du sang sont très motivés à répondre aux besoins urgents et ont fait la preuve de leur engagement en ce sens par le passé lorsque la SCS a eu besoin d'accroître sa capacité organisationnelle.

- Importer des composants sanguins d'Héma-Québec pour accroître les réserves de la SCS.
- Transférer les activités de la SCS d'un site à un autre pour faire face à une perte de capacité temporaire à un ou à plusieurs endroits (transférer les activités de dépistage d'un laboratoire à un autre). Il s'agit d'un élément bien établi de la stratégie de réponse de la SCS pour assurer la continuité de ses activités qui a déjà été utilisée et qui s'est avérée efficace.
- Réaffecter du personnel ayant des tâches moins essentielles à des tâches plus critiques pour répondre à des pénuries de personnel. Par exemple, des membres du personnel ou des gestionnaires occupant un poste qui ne se situe pas dans la chaîne d'approvisionnement et ayant une certification de technicien-spécialiste de laboratoire pourraient être temporairement affectés à un poste dans la chaîne d'approvisionnement pour maintenir les activités de production ou de dépistage, etc.
- Redéploiement de personnel d'un site de la SCS à un autre pour répondre à une pénurie de personnel ou pour aider aux activités supplémentaires découlant d'une hausse temporaire de la capacité.

La Société canadienne du sang cherche actuellement à améliorer ces stratégies en y ajoutant des éléments pouvant être mis en œuvre si les mesures de « niveau un » ne suffisaient pas à aborder une pénurie potentielle ou réelle de sang. Des évaluations des risques et des avantages d'autres mécanismes de réponse potentiels et des discussions préliminaires de haut niveau ont présentement cours de concert avec des groupes d'intervenants ou sont prévues. Ces autres stratégies de gestion de la continuité des opérations seraient ensuite regroupées pour constituer les réponses de « niveau deux » et de « niveau trois » niveau. Pour le moment, aucune décision n'a été prise concernant l'inclusion de ces stratégies au Programme de continuité des opérations de la Société canadienne du sang. Par contre, et à titre d'information, les éléments de stratégie suivants font l'objet d'un examen en vue de leur inclusion au Programme de gestion de la continuité des opérations de la SCS :

Niveau deux

- Suspension temporaire de certains critères de sélection des donateurs qui n'auraient pas d'incidence sur les spécifications de produit (en cas de pandémie de grippe ayant des effets importants pour la population, la SCS pourrait réduire l'intervalle des dons pour accroître la disponibilité de donateurs admissibles).
- Importation de composants sanguins fournis par un exploitant de système de sang étranger qui applique des spécifications de produit similaires à celles de la Société canadienne du sang (mêmes critères d'exclusion de donateurs, mêmes protocoles de dépistage de maladies transmissibles, etc.).

Niveau trois

- Mise en place de changements de processus temporaires qui pourraient avoir une incidence sur les spécifications de produits usuelles. Par exemple, la Société canadienne du sang pourrait décider de suspendre temporairement le dépistage du virus du nil occidental pendant l'hiver si la disponibilité de personnel affecté au dépistage devait être compromise.
- Importation de composants sanguins fournis par un exploitant de système de sang étranger dont les spécifications de produit diffèrent de celles de la Société canadienne du sang.

Pour s'assurer que la planification de la gestion de la continuité des opérations tienne compte des meilleures pratiques de l'industrie, la SCS est membre d'un groupe international de fournisseurs de sang, qui comprend l'American Red Cross, l'America's Blood Centres, l'Australian Red Cross Blood Service et la European Blood Alliance. La SCS travaille aussi en étroite collaboration avec l'Agence de santé publique du Canada et d'autres ministères fédéraux (dont Transports Canada), provinciaux et territoriaux pour mettre au point ses plans de continuité des opérations.

Bien que la SCS s'adonne activement à la planification de la continuité des opérations et du retour à la normale afin de minimiser les conséquences d'événements nuisibles pour les réserves nationales, elle reconnaît aussi qu'il est difficile d'anticiper tous les risques et, partant, d'en faire état spécifiquement. Par conséquent, malgré tous les efforts déployés il pourrait se produire des événements et des catastrophes qui réduisent les réserves nationales de sang, ce qui exigerait des modifications aux pratiques transfusionnelles. L'élaboration et l'accessibilité de ce plan font donc partie intégrante de la planification proactive de la continuité des opérations.

En ce qui a trait aux exigences particulières du Plan, la Société canadienne du sang sera ultimement responsable de décréter les diverses phases de pénurie de composants sanguins et de retour à des niveaux normaux des réserves, et aussi de déterminer l'attribution de composants sanguins conformément à la gravité de la situation. Toutefois, comme il est précisé ailleurs dans le document, ces deux mesures surviendraient uniquement après consultation d'un comité consultatif national, du Comité national d'urgence pour la gestion des réserves de sang (CNUGRS) et en tenant compte des avis exprimés par ces entités.

La Société canadienne du sang jouera aussi un rôle clé dans la coordination des communications comme le prévoit le Plan de communication et fournira les services de secrétariat pour le Comité national d'urgence pour la gestion des réserves de sang.

ANNEXE D

Considérations éthique pour la gestion des pénuries de sang

Justification

Lors d'une pénurie de sang, des décisions difficiles doivent être prises sur la façon de rationner les produits sanguins. C'est pourquoi il faut élaborer un mécanisme équitable et transparent d'établissement des priorités basé sur des valeurs éthiques partagées.

Pourquoi?

- Il faut rendre publiques les valeurs qui sous-tendent les décisions pour en favoriser l'acceptation et obtenir la coopération des parties intéressées.
- Les décisions fondées sur des valeurs éthiques partagées inspirent une plus grande confiance, ancrent la légitimité et raffermissent l'autorité.
- L'Organisation mondiale de la santé (OMS) exige que les planificateurs de mesures d'urgence abordent certaines questions éthiques et se servent d'un cadre de travail éthique dans la préparation de mesures d'urgence.

Qui?

- Les planificateurs de mesures d'urgence qui participent à l'élaboration du plan de gestion en cas de pénurie de sang, c'est-à-dire la Société canadienne du sang, les représentants des hôpitaux, les représentants des gouvernements provinciaux et territoriaux, les groupes de liaison nationaux et régionaux, les groupes de patients et les membres du grand public.

Comment?

- Les planificateurs de mesures d'urgence entameront une consultation publique des divers intervenants, y compris les bureaux de coordination des programmes de sang, les autorités régionales de la santé, les hôpitaux, les représentants des patients et le grand public. La consultation publique est nécessaire pour confirmer que le plan courant est bien basé sur des valeurs éthiques partagées par les membres de la société.

Outils pour l'élaboration d'un cadre éthique

Le document intitulé *Stand on Guard for Thee* a été publié dans la foulée de l'épidémie de SRAS à Toronto. Le but était de fournir aux planificateurs de mesures d'urgence des outils

pour créer un cadre de travail éthique en vue de l'élaboration de plans de préparation aux situations d'urgence.

Le document identifie dix **valeurs de base** pour guider la prise de décisions éthiques. Quelques-unes de ces valeurs sont particulièrement pertinentes dans le cas d'un plan de gestion des pénuries de sang.

1 Équité

Il est primordial de maintenir l'équité en situation de crise. Lors d'une pénurie, une quantité limitée de produits sanguins disponibles sera distribuée d'une manière équitable aux entités qui en ont le plus grand besoin et qui seraient plus à même d'en retirer un avantage. Les cas similaires seront traités de manière similaire pour favoriser une répartition juste des avantages et des inconvénients.

2 Solidarité

Une pénurie de sang requiert des approches de collaboration qui laissent de côté les valeurs traditionnelles d'intérêt personnel ou territorial parmi les provinces, les hôpitaux ou les professionnels des soins de santé.

3 Confiance

Les décideurs doivent préserver la confiance des intervenants tout en mettant en œuvre des mesures de contrôle durant l'évolution d'une situation de crise.

4 Gestion

Les personnes et les entités qui ont un rôle de gouvernance devraient être guidées par la notion de gestion : confiance, comportement éthique et prise de bonnes décisions. Les décisions qui concernent les ressources devraient viser les meilleurs effets pour la santé des patients et du public en situation de pénurie.

De même, cinq **valeurs procédurales** ont été identifiées.

1. **Justification** – Les décisions doivent être prises par des personnes crédibles et responsables et être fondées sur des motifs qui, pour les intervenants, sont pertinents en vue de répondre aux besoins de santé en situation de crise.
2. **Ouverture et transparence** – Le processus de prise de décisions doit être ouvert à un examen approfondi.
3. **Inclusivité** – Les intervenants devraient participer au processus de prise de décisions. Les décisions devraient être prises en tenant compte du point de vue et des convictions des intervenants.
4. **Souplesse** – Il devrait y avoir des opportunités de revenir sur des décisions et aussi sur les mécanismes de règlement des différends et des plaintes.
5. **Reddition de comptes** – Il devrait y avoir un mécanisme qui fait en sorte que les décideurs sont responsables de leurs actions et de leur inaction.

Lors d'une pénurie, les valeurs ci-dessus devraient servir pour l'attribution de produits sanguins peu abondants. Lorsque les ressources disponibles ne suffisent pas, il faut passer d'une situation où l'on apporte une solution optimale pour les patients à titre individuel à

une situation où l'on se préoccupe d'apporter un bienfait au plus grand nombre tout en équilibrant les obligations envers les individus et les besoins individuels. Selon la gravité de la pénurie, cela peut comprendre la suspension des transfusions prophylactiques et des procédures non urgentes requérant des produits sanguins afin de favoriser les traitements d'urgence. Cela peut aussi aller jusqu'à la cessation du soutien transfusionnel aux patients en phase terminale ou moribonde. Quelle que soit la situation, il faudrait tenter d'offrir un niveau de soins uniforme dans toutes les régions affectées.

Il convient donc élaborer un processus de prise de décisions (raisonnement ou attribution de ressources) juste et transparent. Les décideurs devraient faire ce qui suit :

- inciter les intervenants à déterminer les critères à utiliser pour la prise de décisions concernant l'attribution de ressources;
- montrer comment il est possible de défendre ces décisions à la lumière des critères d'établissement des priorités et des renseignements disponibles;
- s'assurer que les justifications claires pour les décisions concernant l'attribution de ressources sont publiquement accessibles;
- justifier tout écart par rapport aux critères préétablis;
- s'assurer de l'existence de mécanismes officiels permettant aux intervenants de fournir de nouveaux renseignements, d'en appeler des décisions ou de faire état de préoccupation concernant certaines décisions et de mécanismes de règlement des différends;
- évaluer le processus pour en déterminer la pertinence et les répercussions sur toutes les parties en cause.

À l'échelle nationale, un seul plan d'urgence en cas de pénurie de sang sera élaboré, et il le sera par des représentants des fournisseurs de sang, les structures de gouvernance et les hôpitaux. Les membres du grand public et les associations de professionnels et de patients seront également sollicités. Le plan identifiera les joueurs clés, définira les phases d'une pénurie et précisera les mesures qui doivent être prises au cours de chaque phase. Pour assurer le succès de ce plan, chaque province et territoire et chaque hôpital devra l'examiner et l'endosser.

De même, des lignes directrices sur les pratiques de transfusion devraient être élaborées et suivies. L'existence de telles lignes directrices réduira la possibilité que chaque médecin doive élaborer et défendre des stratégies pour des cas individuels et assurera une certaine uniformité de pratique. Idéalement, les lignes directrices devraient être mises en œuvre à l'échelle nationale et le gouvernement devrait se doter d'une politique d'appui en ce sens. Des protections appropriées en matière de responsabilité devraient être offertes aux fournisseurs et aux établissements. Les lignes directrices devraient être basées sur des preuves existantes et comprendre des indications pour recevoir un produit sanguin peu abondant et un outil d'établissement des priorités. Les lignes directrices pour les transfusions devraient aussi comprendre des critères d'exclusion et d'interruption pour limiter l'utilisation de ressources peu abondantes pour des patients jugés irrécupérables. Dans la mesure du possible, les critères d'inclusion et d'exclusion devraient être basés sur des renseignements objectifs. Les critères devraient être appliqués suivant une approche

étagée : lorsque les ressources s'épuisent, un autre groupe de critères d'exclusion est mis en œuvre. Les lignes directrices devraient être publiées et largement diffusées auprès des intervenants.

Chaque établissement devrait se doter d'un comité de triage pluridisciplinaire pour aider à la prise de décisions concernant le rationnement du sang au cas par cas. Un tel comité ferait en sorte que tous les départements et services sont traités équitablement et que le processus de prise de décisions est transparent. Les délibérations de ce comité seront consignées pour favoriser un examen rétrospectif de la pertinence et de l'efficacité des mesures.

Lectures complémentaires [éthique]

1. « Stand on guard for thee », A report of the University of Toronto Joint Centre for Bioethics Pandemic Influenza Working Group, novembre 2005
2. Melnychuk, RM et NP Kenny. « Pandemic triage: the ethical challenge », *CMAJ* 2006; 175(11): 1393-1394
3. Lo, B. et MH Katz. « Clinical decision making during public health emergencies: Ethical considerations », *Annals of Internal Medicine* 2005; 143: pages 493 à 498
4. Markkula center for applied ethics. « A framework for thinking ethically », accès le 28 mai 2007. <http://www.scu.edu/ethics/practising/decision/framework.html>.
5. Ontario Health Plan for an Influenza Pandemic. Septembre 2006.
6. Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé.
7. Macpherson, CR, Domen, RE et T. Perlin, éditeurs. « Ethical issues in transfusion medicine », AABB Press, 2001
8. Hick, JL et DT O'Laughlin. « Concept of operations for triage of mechanical ventilation in an epidemic », *Academic Emergency Medicine* 2006, 13: pages 223 à 229
9. Koenig, KL, Cone, DC, Burstein, JL, et CA Camargo. « Surging to the right standard of care », *Academic Emergency Medicine* 2006, 13: pages 195 à 198

ANNEXE E : AUTRES PLANS POUR ABORDER LES PÉNURIES DE SANG

Titre du plan	Lien
Comité national de transfusion sanguine du médecin en chef Élaboration d'un plan intégré en cas de pénurie de sang pour le National Blood Service et les hôpitaux	http://hospital.blood.co.uk/library/pdf/ESD_PCS_HL_001_01.pdf
Plan d'urgence de l'Ontario pour la gestion des pénuries de sang et Trousse de planification des mesures d'urgence – RROCS	http://www.transfusionontario.org/media/docs/Contingency%20Planning%20Toolkit.pdf
Plan d'urgence de la Nouvelle-Écosse pour la gestion du sang – Version préliminaire du 8 février 2008	http://www.gov.ns.ca/health/nspbcp/cp/docsbcp/flowcharts/Rev'd%20draft%20Cont.%20plan%20vers%2036.pdf
Maintaining a Safe and Adequate Blood Supply in the Event of Pandemic Influenza, Guidelines for National Blood Transfusion Services – Organisation mondiale de la santé, 19 mai 2006	http://www.who.int/bloodproducts/quality_safety/WHO_Guidelines_on_Pandemic_Influenza_and_Blood_Supply.pdf
Ensuring Transfusion and Transplantation Safety During Blood Shortages, Theresa Wiegmann, JD, on behalf of AABB Interorganizational Task Force on Domestic Disasters and Acts of Terrorism, 22 août 2007	http://www.hhs.gov/ohs/bloodsafety/presentations/wiegmann0807.pdf
Disaster Operations Handbook, Coordinating the Nation's Blood Supply During Disasters and Biological; V.2.0, octobre 2008, American Association of Blood Banks	http://www.aabb.org/Documents/Programs_and_Services/Disaster_Response/disastophndbkv2.pdf
Pandemic Influenza, Planning for Blood Organisations, Consolidating the work of the European Blood Alliance Emergency Planning Action Group (EBA EPAG)	http://www.isbtweb.org/uploads/documents/PandemicInfluenza.pdf

ANNEXE F

Mandat du Comité national d'urgence pour la gestion des réserves de sang

Mandat

Le Comité national d'urgence pour la gestion des réserves de sang (CNUGRS) élaborera des recommandations et conseillera les ministères de la Santé des provinces et des territoires, les hôpitaux et les autorités régionales de la santé (ARS), de même que la Société canadienne du sang (SCS) en vue de soutenir une réponse uniforme et coordonnée en cas de grave pénurie de sang au Canada.

À cette fin, le CNUGRS :

- conseille la SCS sur la pertinence de décréter une phase jaune ou rouge, et sur la façon de revenir à la normale;
- formule des recommandations sur l'attribution de composants pendant les phases jaunes et rouges;
- formule des recommandations sur des situations antérieures imprévues liées à de graves pénuries de sang;
- formule des recommandations sur la communication de renseignements sur les pénuries à des intervenants clés;
- assure les communications nécessaires entre le CNUGRS et les CPTUGS.

Composition du Comité

Le président du CNUGRS assumera la présidence du Comité consultatif national sur le sang et les produits sanguins (CCN). Le vice-président du CCN occupera la présidence en cas d'absence du président du CNUGRS/CCN.

Le CNUGRS comprend les membres suivants :

- agents de la SCS désignés par la SCS, notamment les suivants :
 - chef de l'exploitation
 - directeur exécutif, Gestion des produits et services aux hôpitaux
 - directeur, Gestion des produits et services aux hôpitaux
 - directeur, Soutien des opérations
 - directeur médical exécutif, Médecine transfusionnelle
 - directeur, Relations avec les gouvernements
 - directeur, Communications internes
 - directeur, Relations avec les médias et communications externes
- tous les membres du CCN;

- tous les représentants provinciaux et territoriaux;
- représentant du ministère de la Santé du Québec (à déterminer);
- représentant d'Héma-Québec (à déterminer)
- représentant de la DPBTG, de Santé Canada (membre d'office)
- deux représentants des receveurs de transfusions, choisis conjointement par la SCS et par le CCN. L'un d'eux devrait être un receveur courant ou récent d'une transfusion sanguine et l'autre, un représentant d'un groupe approprié de patients.

Chaque membre du CNUGRS est responsable de nommer un remplaçant en cas d'indisponibilité. La durée du mandat d'un membre sera déterminée par l'entité que le nomme.

À l'occasion, le CNUGRS peut inviter d'autres spécialistes à ses réunions pour obtenir des précisions sur une question à l'étude (l'Agence de santé publique du Canada en cas de pénurie faisant suite à un risque infectieux).

Réunions et quorum

Le CNUGRS tient des réunions régulières et des simulations de réunions d'urgence et convoque des réunions en temps de pénurie. Les réunions régulières et les simulations de réunion d'urgence sont extrêmement importantes pour que le comité puisse bien fonctionner en période de pénurie. Les réunions régulières comprennent un minimum de deux téléconférences par année. Les réunions régulières et les réunions de simulation sont convoquées par le président. Les rencontres en temps de pénurie sont convoquées à la demande de la SCS, de la province responsable ou du président.

Il n'y a pas d'exigence en matière de quorum et les décisions du CNUGRS se prennent par consensus, c'est-à-dire avec l'accord de 80 % ou plus des membres du Comité qui sont présents. En cas de consensus, le chef de la direction de la SCS se servira de la recommandation comme guide principal pour rendre des décisions reliées aux questions identifiées dans le mandat du CNUGRS. Faute de consensus, le chef de la direction de la SCS rendra ses décisions en tenant compte des renseignements concernant les réserves courantes et futures de la SCS et des conseils fournis par le CNUGRS.

Communications et soutien

Secrétariat

La SCS fournira un service de secrétariat pour appuyer le travail du CNUGRS. Ce secrétariat aura les responsabilités suivantes :

- tenir une liste à jour des membres et des remplaçants;
- organiser les réunions et les téléconférences à la demande du président, y compris les réunions de simulation prévues et imprévues;

- rendre compte de toutes les délibérations et de toutes les recommandations du CNUGRS aux membres du Comité et à leurs remplaçants désignés et à tous les CPTUGS;
- distribuer aux membres du CNUGRS et à leurs remplaçants les renseignements et les rapports pertinents provenant des CPTUGS, de la SCS et de toute autre source.

Membres du CCN

Dans le cadre du CNUGRS, les membres du CCN agissent comme conseillers médicaux ou techniques pour leurs provinces respectives. De concert avec leurs représentants provinciaux et territoriaux respectifs, ils facilitent la diffusion et la mise en œuvre des recommandations du CNUGRS aux CPTUGS et aux comités d'urgence des hôpitaux et des autorités régionales de la santé pour la gestion des réserves de sang (CHAUGRS).

Représentants des provinces et des territoires

Dans le cadre du CNUGRS, les représentants des provinces et des territoires facilitent la diffusion et la mise en œuvre des recommandations du CNUGRS auprès de leurs ministères de la Santé et de leurs CPTUGS respectifs.

Évaluation

Le Groupe de travail sur les pénuries de sang du CCN examinera la mise en œuvre et les résultats du Plan après chaque exercice de simulation et d'activation du Plan dans un souci de constante amélioration et de modification du Plan et rendra compte des constatations à tous les membres du CNUGRS.

ANNEXE G

LIGNES DIRECTRICES POUR L'UTILISATION OPTIMALE DES COMPOSANTS SANGUINS

A. Lignes directrices générales concernant les composants sanguins

Guide de la pratique transfusionnelle, 4^e édition, Société canadienne du sang, 2008
http://www.transfusionmedicine.ca/sites/default/files/Full_CGTT_French.pdf

Callum, JL et PH Pinkerton. *Bloody Easy 2, Blood Transfusions, Blood Alternatives and Transfusion Reactions, A Guide to Transfusion Medicine*, 2^e édition, 2005
http://sunnybrook.nextmovelearning.com/demo_pg.asp

« Clinical Practice Guidelines: Appropriate Use of Blood Components – Summary », Australia and New Zealand Society of Blood Transfusion, 2001
<http://www.anzsbt.org.au/publications/documents/BloodComp.pdf>

« Clinical Practice Guidelines on the Use of Blood Components (red blood cells, platelets, fresh frozen plasma, cryoprecipitate) », National Health and Medical Research Council (Australie), 2001
http://www.nhmrc.gov.au/publications/synopses/_files/cp78.pdf

McClelland DBL, éditeur. *Handbook of Transfusion Medicine*, 4^e édition, Royaume-Uni, TSO (The Stationery Office), 2007
http://www.transfusionguidelines.org.uk/docs/pdfs/htm_edition-4_all-pages.pdf

Transfusion Medicine Handbook 2008: A Guide to the Clinical Use of Blood Components, Blood Products and Blood Transfusion Procedures in New Zealand, New Zealand Blood Service, 2008
http://www.nzblood.co.nz/site_resources/library/Transfusion_Medicine_Handbook_2008.pdf

B. Lignes directrices pour des composants particuliers

Globules rouges

Blood Transfusion and the Anaesthetist: Red Cell Transfusion, The Association of Anaesthetists of Great Britain & Ireland, 2008
http://www.aagbi.org/publications/guidelines/docs/red_cell_08.pdf

Crosby E, MD, Ferguson D, MD, FRCPC, Hume HA, MD, FRCPC, Kronick JB, MD, PhD, FRCPC, Larke B, MD, CM, DclSc, et al. « Guidelines for red blood cell and plasma transfusion for adults and children », *CMAJ* 1997; page 156 (11 suppl.) :S1-S24
<http://www.cmaj.ca/cgi/data/156/11/DC1/6>

« Guidelines for Red Blood Cell Transfusion ». British Columbia Transfusion Medicine Advisory Group, 2003
<http://www.bloodlink.bc.ca/images/stories/rbcguidelines%282003%29.pdf>

Guidelines for the Clinical Use of Red Cell Transfusions. British Committee for Standards in Haematology. *Brit J Haematol* 2001; 113, 24-31.
<http://www.bcshguidelines.com/pdf/bjh2701.pdf>

« Guidelines for the Use of Group O RhD Negative Red Cells », MF Murphy pour le NBS Transfusion Medicine Clinical Policies Group, National Blood Service (Grande-Bretagne), 2001
<http://www.blood.co.uk/hospitals/library/pdf/FUM002.pdf>

Plasma

Heim MU, Meyer B, et P Hellstern P. « Recommendations for the use of therapeutic plasma », *Curr Vasc Pharmacol*, avril 2009, 7(2):110-9. Critique

« Clinical Practice Guidelines: Appropriate Use of Fresh Frozen Plasma and Cryoprecipitate – Summary », Australia and New Zealand Society of Blood Transfusion, 2001
<http://www.anzsb.org.au/publications/documents/FrozenPlasma.pdf>

Crosby E, MD, Ferguson D, MD, FRCPC, Hume HA, MD, FRCPC, Kronick JB, MD, PhD, FRCPC, Larke B, MD, CM, DclSc, et al. « Guidelines for red blood cell and plasma transfusion for adults and children », *CMAJ* 1997; 156 (11 suppl.): pages S1 à S24
<http://www.cmaj.ca/cgi/data/156/11/DC1/6>

Duguid J, O'Shaughnessy DF, Atterbury C, Bolton Maggs P, Murphy M, Thomas D, Yates S, and LM Williamson. « Guidelines for the Use of fresh-frozen plasma, cryoprecipitate and cryosupernatant », *The British Society for Haematology* 2004; 126: pages 11 à 28.
http://www.bcshguidelines.com/pdf/freshfrozen_280604.pdf

Heim MU, Meyer B, et P Hellstern. « Recommendations for the use of therapeutic plasma », *Curr Vasc Pharmacol* avril 2009, 7(2):110-9, critique

Cryoprécipités

« Clinical Practice Guidelines: Appropriate Use of Fresh Frozen Plasma and Cryoprecipitate – Summary », Australia and New Zealand Society of Blood Transfusion, 2001

<http://www.anzsbt.org.au/publications/documents/FrozenPlasma.pdf>

Duguid J, O'Shaughnessy DF, Atterbury C, Bolton Maggs P, Murphy M, Thomas D, Yates S, et LM Williamson. « Guidelines for the Use of fresh-frozen plasma, cryoprecipitate and cryosupernatant », *The British Society for Haematology* 2004, 126: pages 11 à 28

http://www.bcshguidelines.com/pdf/freshfrozen_280604.pdf

Plaquettes

« Clinical Practice Guidelines: Appropriate Use of Platelets– Summary », Australia and New Zealand Society of Blood Transfusion, 2001

<http://www.anzsbt.org.au/publications/documents/Platelets.pdf>

Lin Y et L Foltz. « Guidelines for Platelet Transfusion », British Columbia Transfusion Medicine Advisory Group, 2004

<http://www.bloodlink.bc.ca/images/stories/plateletguidelinesnov04.pdf>

British Committee for Standards in Haematology. « Guidelines for the Use of Platelet Transfusions », *British Journal of Haematology* 2003;122: pages 10 à 23

<http://www.bcshguidelines.com/pdf/platelettrans040703.pdf>

C. Lignes directrices concernant les transfusions aux bébés et aux enfants

British Committee for Standards in Haematology. « Transfusion guidelines for neonates and older children », *British Journal of Haematology* 2004;124: pages 433 à 453

http://www.bcshguidelines.com/pdf/Neonates_124_4_2004.pdf

British Committee for Standards in Haematology. « Amendment: Transfusion guidelines for neonates and older children », *British Journal of Haematology* 2004; 124: pages 433 à 453

http://www.bcshguidelines.com/pdf/amendments_neonates_091205.pdf

Luban, Naomi L.C. « Management of anemia in the newborn », *Early Human Development*, 2008, vol. 84, pages 493 à 498

Globules rouges

Crosby E, MD, Ferguson D, MD, FRCPC, Hume HA, MD, FRCPC, Kronick JB, MD, PhD, FRCPC, Larke B, MD, CM, DclSc, et al. « Guidelines for red blood cell and plasma transfusion for adults and children », *CMAJ* 1997; 156 (11 suppl.): pages S1 à S24
<http://www.cmaj.ca/cgi/data/156/11/DC1/6>

Comité d'étude du fœtus et du nouveau-né. « Les transfusions de globules rouges chez le nouveau-né : Des directives révisées », Société canadienne de pédiatrie (SCP), *Paediatrics & Child Health* 2002; 7: pages 553 à 558
<http://www.cps.ca/francais/enonces/FN/fn02-02.htm>

Bell, EF. « When to transfuse preterm babies », *Arch. Dis. Child, Fetal and Neonatal Edition*, 2008; 93; pages F469 à F473

Plaquettes

Sesok-Pizzini, DA et D Friedman. « Neonatal and infant platelet transfusions », *Immunohematology*, volume 24, n° 1, 2008, c15

Plasma

Crosby E, MD, Ferguson D, MD, FRCPC, Hume HA, MD, FRCPC, Kronick JB, MD, PhD, FRCPC, Larke B, MD, CM, DclSc, et al. « Guidelines for red blood cell and plasma transfusion for adults and children », *CMAJ* 1997; 156 (11 suppl.): pages S1 à S24
<http://www.cmaj.ca/cgi/data/156/11/DC1/6>

D. Transfusions sanguine péri-opératoires

American Society of Anesthesiologists Task Force on Perioperative Blood Transfusion and Adjuvant Therapies. « Practice guidelines for perioperative blood transfusion and adjuvant therapies: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Perioperative Blood Transfusion and Adjuvant Therapies ». *Anesthesiology*, juillet 2006, 105: pages 198 à 208

E. Gestion des hémorragies massives

Stainsby D, MacLennan S, Thomas D, Isaac J, et PJ Hamilton. « Guidelines on the management of massive blood loss », *British Journal of Haematology* 2006; 135: pages 634 à 641
http://www.bcshguidelines.com/pdf/bloodloss_2006.pdf

ANNEXE H

Trousse de documentation

Les quatre formulaires qui suivent sont des exemples pouvant être adaptés par les hôpitaux et les autorités régionales de la santé et utilisés pendant une pénurie de sang. Ces formulaires n'ont rien de prescriptif mais peuvent servir de point de départ pour l'élaboration de documents plus précis à utiliser en cas de pénurie de sang.

- **Demandes de composants sanguins lors d'une pénurie de sang**
- **Registre de sélection des composants sanguins en cas de pénurie de sang** *[adapté d'un formulaire du Sunnybrook Health Sciences Centre]*
- **Registre des annulations de salle d'opération en cas de pénurie de sang** *[adapté d'un formulaire du Ontario Contingency Plan]*
- **Registre des transfusions lors d'une pénurie de sang** *[document adapté du Plan d'urgence de l'Ontario]*

ANNEXE H

DEMANDE DE COMPOSANTS SANGUINS LORS D'UNE PÉNURIE DE SANG

Phase : Jaune Rouge

Installation _____ N° DM :

Composants requis

Cellules rouges, quantité _____ Plaquettes, quantité _____ Plasma, quantité _____

Requis pour le _____, à _____ h

Demandeur : _____

Motif de la demande : _____

Données de laboratoire : Hgb : _____ Plaquettes : _____ RIN :

Observations : _____

Nombre de produits transfusés : _____

Données de laboratoire post-transfusionnelles :

Hgb : _____ Plaquettes : _____ RIN :

Événements indésirables dans les 24 heures : _____

Composants supplémentaires requis dans les 24 heures : _____

Observations : _____

AQ

Examen des processus courants : _____

Changement recommandé : _____

Annexe H

Registre de sélection des composants sanguins en cas de pénurie de sang

Phase : Jaune Rouge

Installation : _____

Date : Du 20 / / , à 0800 h au 20 / / , à 0800 h

Heure	N° DM	Nom de famille	Produit et quantité requis	Médecin demandeur	Indication clinique	Produits disponibles	Décision	Médecin réviseur
			Globules rouges, ____ Plaquettes, ____ Plasma, _____			Globules rouges, ____ Plaquettes, ____ Plasma, _____		
			Globules rouges, ____ Plaquettes, ____ Plasma, _____			Globules rouges, ____ Plaquettes, ____ Plasma, _____		
			Globules rouges, ____ Plaquettes, ____ Plasma, _____			Globules rouges, ____ Plaquettes, ____ Plasma, _____		
			Globules rouges, ____ Plaquettes, ____ Plasma, _____			Globules rouges, ____ Plaquettes, ____ Plasma, _____		

