

Préparation aux urgences en traitement systemique

Document d'orientation

Auteurs : Grant Fuller, Daniela Gallo-Hershberg, Leta Forbes

Août 2025



Santé Ontario
Action Cancer Ontario

Table des matières

| | |
|---|----|
| Table des matières | 2 |
| Définitions | 3 |
| Introduction | 4 |
| Objectif..... | 4 |
| Contexte | 4 |
| Méthodes | 5 |
| Considérations relatives à la préparation aux urgences en traitement systémique | 7 |
| Planification, politiques et procédures..... | 7 |
| Communications internes..... | 11 |
| Communications externes | 12 |
| Documentation papier et systèmes manuels..... | 14 |
| Dossier médical électronique (DME) et systèmes de secours | 18 |
| Dotation, formation et exercices en situation d'indisponibilité..... | 22 |
| Considérations cliniques hors traitement systémique..... | 24 |
| Priorisation des patients et aiguillages..... | 26 |
| Réduction et/ou réorientation des volumes de patients..... | 31 |
| Récupération après une indisponibilité..... | 33 |
| Annexe 1 : Remerciements..... | 36 |
| Annexe 2 : Stratégie de recherche documentaire | 38 |
| Annexe 3 : Références | 40 |

Définitions

Ordinateur en temps d'indisponibilité : Ordinateurs désignés, configurés pour conserver l'accès aux systèmes et données essentiels en cas d'indisponibilité ou d'urgence relatives aux TI. Ces ordinateurs sont généralement isolés du réseau principal de l'organisation et connectés à une alimentation de secours.

Dossier médical électronique (DME) en temps d'indisponibilité : Mise en œuvre d'un DME permettant de continuer à accéder aux renseignements et données historiques du DME en cas d'indisponibilité des TI.

Indisponibilité des technologies de l'information (TI) : Période (prévue ou imprévue) pendant laquelle les systèmes électroniques sont indisponibles.

Version électronique hors ligne : Versions de formulaires et de systèmes électroniques configurées pour demeurer accessibles en cas d'indisponibilité des TI (selon l'évaluation du personnel de l'organisation possédant l'expertise dans ce domaine).

Introduction

Objectif

Le présent document vise à fournir des lignes directrices pour aider les cliniciens et administrateurs en traitement systémique à se préparer et à réagir à de futurs scénarios d'urgence dans les établissements de traitement systémique.

Le présent document est focalisé principalement sur les opérations de traitement systémique dans des situations où les systèmes de technologie de l'information (TI) sont indisponibles pendant une période prolongée (c.-à-d. plusieurs jours à plusieurs semaines, voire plus longtemps). Toutefois, certaines considérations présentées dans ce document peuvent également s'appliquer à d'autres situations d'urgence (p. ex. incendies, inondations, pénuries critiques de personnel) ou à des programmes de cancérologie autres que le traitement systémique.

En appliquant les recommandations énoncées dans le présent document, les établissements de traitement systémique peuvent renforcer leur état de préparation face à une indisponibilité des TI et accroître leur résilience si un tel événement se produit.

Contexte

Les établissements de traitement systémique peuvent connaître des périodes prolongées d'indisponibilités des systèmes de TI à la suite de divers scénarios d'urgence, notamment les cyberattaques, les catastrophes naturelles, les incendies ou les échecs de mises à niveau des systèmes de TI (1–3). L'impact d'une indisponibilité des systèmes de TI varie, mais peut entraîner l'inaccessibilité partielle ou totale de systèmes essentiels aux soins habituels des patients, notamment (sans s'y limiter) : dossiers médicaux électroniques (DME), systèmes d'imagerie, services de laboratoire ou de pathologie, systèmes de pharmacie, radiothérapie, courriel et accès à Internet (1,2,4,5).

Une indisponibilité prolongée des systèmes de TI entraîne souvent une diminution significative du nombre de patients pouvant être traités (c.-à-d. la capacité de traitement), car les processus de soins doivent temporairement être remplacés par des solutions manuelles ou sur papier (2,4). Lorsque la capacité de traitement systémique est réduite, les établissements peuvent devoir mettre en place des processus considérablement modifiés concernant les soins aux patients, les aiguillages, la dotation en personnel, la communication et la priorisation des patients ou la prise de décisions éthiques.

Des exemples récents en Ontario (1,6), dans d'autres provinces (7) et à l'étranger (2,4,5) illustrent les effets importants que peuvent avoir des indisponibilités prolongées des systèmes de TI sur les patients, les fournisseurs de soins de santé, les établissements de soins de santé et l'ensemble du système de santé. Ces exemples démontrent la nécessité d'une planification et d'une préparation en amont, à plusieurs niveaux du système de soins de santé, y compris au sein des établissements de traitement systémique.

Structure et format du document

Les lignes directrices présentées dans ce document comprennent des pratiques, processus et stratégies proposés à titre de considérations et, le cas échéant, à mettre en œuvre dans les établissements de traitement systémique.

Cette approche tient compte de la variabilité en matière de préparation aux urgences du traitement systémique : du point de vue des situations d'urgence elles-mêmes (p. ex. type et cause d'une situation d'urgence, ampleur des répercussions sur les systèmes et opérations de traitement systémique), ainsi que du point de vue des établissements de traitement systémique (p. ex. état actuel de la préparation aux urgences, situation géographique, ressources disponibles, expertise technologique et systèmes disponibles).

Nous reconnaissons que les mesures de préparation à une indisponibilité prolongée des systèmes de TI décrites dans ce document sont exigeantes en temps et en main-d'œuvre. Nous recommandons de les mettre en œuvre progressivement, par étapes.

Ce document est divisé en thèmes (p. ex. communications internes, dotation, formation et exercices en situation d'indisponibilité, etc.), chaque thème étant, lorsque pertinent, subdivisé en *Considérations organisationnelles* et en *Considérations propres au traitement systémique* :

Les *Considérations organisationnelles* représentent les bonnes pratiques générales ou les points globaux à prendre en considération. Il s'agit d'éléments dont les équipes de traitement systémique devraient avoir connaissance pour éclairer leur planification ou leur réponse en situation d'urgence, et auxquels les équipes de traitement systémique peuvent contribuer, mais qui ne relèvent pas nécessairement directement de leur responsabilité ou de leur contrôle.

Les *Considérations propres au traitement systémique* sont des recommandations spécifiques destinées aux équipes de traitement systémique.

Méthodes

Stratégie de recherche documentaire

Une recherche documentaire a été effectuée afin d'identifier les recommandations pertinentes, les principes, les pratiques exemplaires et les points généraux à prendre en considération pour la préparation et la réponse face à des pannes des systèmes de TI dans les établissements de soins de santé, avec un accent particulier sur les soins en oncologie et l'administration de traitements systémiques.

Cette recherche a été réalisée au moyen d'Ovid Embase et d'Ovid MEDLINE. Les stratégies de recherche combinaient des mots-clés et des termes en forme libre liés aux soins de santé, au traitement systémique, à la préparation aux urgences, à la planification d'urgence ou de catastrophe, ainsi qu'aux indisponibilités des systèmes des technologies de l'information. Les recherches ont été limitées aux résultats en anglais uniquement et aux articles publiés au cours des dix dernières années (2014-2024). Un seul examinateur a passé en revue les résultats de recherche par titre et résumé afin d'évaluer leur pertinence par rapport au sujet d'intérêt.

En outre, une recherche de documentation parallèle a été effectuée du 16 au 23 août 2024 afin d'identifier des lignes directrices et d'autres publications pertinentes, en utilisant une recherche Internet ciblée avec des termes semblables à ceux mentionnés ci-dessus. Les dix premières pages de résultats d'une recherche avancée sur Google ont été examinées afin de repérer les publications potentiellement pertinentes.

L'annexe 2 présente la stratégie de recherche détaillée.

Entrevue de groupe de discussion et groupe de travail sur la préparation aux situations d'urgences

À titre d'étape initiale, Santé Ontario (Action Cancer Ontario) a organisé un groupe de discussion avec des membres du personnel hospitalier ayant récemment vécu une indisponibilité prolongée des TI, afin de comprendre les défis rencontrés et les enseignements tirés de cette expérience.

Par la suite, nous avons réuni le Groupe de travail sur la préparation aux situations d'urgence pour les traitements systémiques afin d'appuyer l'élaboration et la validation des considérations proposées dans le présent document d'orientation.

Ce groupe multidisciplinaire se composait de médecins (oncologues médicaux/hématologues), pharmaciens, infirmières, administrateurs et professionnels des TI provenant d'établissements de traitement systémique en Ontario, ainsi que de représentants des patients et familles (RPF). Le groupe comprenait plusieurs personnes ayant une expérience dans la prestation ou le soutien du traitement systémique et des soins aux patients en général lors d'indisponibilités des TI, tant du point de vue clinique qu'administratif et technique. La composition incluait des représentants de chacun des 14 Programmes régionaux de cancérologie (PRC) de la province.

Les membres du groupe de travail ont été invités à examiner les considérations, pratiques exemplaires et principes proposés en lien avec la préparation aux urgences en traitement systémique, issus de la littérature et de discussions antérieures sur ce sujet. Ils ont partagé leurs points de vue sur l'utilité et la portée des renseignements présentés, y compris leur applicabilité dans le contexte de l'administration du traitement systémique en Ontario.

Les considérations présentées ci-dessous adaptent des informations tirées de lignes directrices publiées et de rapports de cas (y compris des rapports issus de domaines cliniques autres que le traitement systémique), en plus des avis d'experts formulés par les membres du groupe de travail.

Considérations relatives à la préparation aux urgences en traitement systémique

Planification, politiques et procédures

Contexte

Il est reconnu que les hôpitaux disposent souvent déjà, au niveau organisationnel, de plans, politiques et de procédures en cas d'indisponibilité des TI. La planification en cas d'indisponibilité des TI effectuée par les équipes de traitement systémique devrait viser à s'appuyer sur les plans organisationnels existants et à combler les lacunes potentielles, notamment en ce qui concerne l'application spécifique de ces plans, politiques et procédures organisationnels au contexte spécialisé de l'administration des traitements systémiques.

Considérations organisationnelles

- Les plans en cas d'indisponibilité élaborés par les services ou équipes doivent être communiqués à la direction de l'organisation et approuvés par elle afin d'assurer leur harmonisation et leur intégration aux plans organisationnels ou des services existants en matière d'indisponibilité (8)
- Les services/équipes doivent respecter les procédures organisationnelles relatives à la déclaration ou à l'activation d'une indisponibilité, afin de garantir une réponse initiale coordonnée (9–11)
- Les politiques/procédures en matière d'indisponibilité qui reposent sur des processus ou systèmes électroniques de secours doivent être élaborées en consultation avec le service des TI de l'organisation et validées par celui-ci afin d'en garantir la faisabilité technique (12)
- L'équipe des services techniques/de gestion des installations de l'organisation doit être consultée pour valider les aspects des plans en cas d'indisponibilité relevant de son expertise (p. ex. emplacement, étiquetage et mise à l'essai des prises et sources d'alimentation de secours).

Considérations propres au traitement systémique

CONSIDÉRATION 1 :

Les établissements de traitement systémique devraient maintenir des plans, politiques et/ou procédures en cas d'indisponibilité des TI, comprenant des directives spécifiques pour les opérations de traitement systémique. Les plans de traitement systémique en cas d'indisponibilité devraient :

- inclure une planification adaptée à des durées d'indisponibilité variables (p. ex. heures/jours c. semaines) et à l'étendue des systèmes touchés (pannes limitées des systèmes de TI c. généralisées);
- être validés à intervalles réguliers, notamment lorsqu'il y a des changements importants dans les composantes des plans ou des systèmes en cas d'indisponibilité (p. ex. introduction d'un nouveau DME ou de nouveaux systèmes électroniques);
- être élaborés en consultation avec les personnes et équipes qui seraient appelées à mettre en œuvre les mesures prévues dans les politiques/procédures, afin d'assurer la faisabilité et la pertinence pratique des composantes des plans (10).

CONSIDÉRATION 2 :

En collaboration avec les services organisationnels pertinents, les équipes de traitement systémique devraient maintenir une liste des composantes essentielles nécessaires au maintien des opérations de traitement systémique, incluant les personnes/rôles, processus, actifs technologiques (p. ex. pompes, imprimantes d'étiquettes, applications logicielles, etc.) et/ou services externes (p. ex. dépendance envers d'autres établissements de soins de santé, comme des laboratoires externes).

Les interdépendances entre ces systèmes devraient être définies et leur importance relative établie, afin de permettre la priorisation des efforts de récupération en cas d'indisponibilité (10,13,14).

CONSIDÉRATION 3 :

S'il y a lieu en cas d'indisponibilité des TI, les équipes de traitement systémique devraient mettre en place un centre de commandement multidisciplinaire en cas d'indisponibilité dédié au traitement systémique, composé de personnes clés (p. ex. responsables cliniques, administrateurs, personnel en TI, etc.) pour diriger les opérations de traitement systémique pendant l'indisponibilité (2,4,15).

Reconnaissant qu'il peut exister un ou plusieurs groupes équivalents dirigeant les opérations liées à l'indisponibilité au niveau organisationnel, le centre de commandement en traitement systémique devrait viser à fournir des directives concrètes et spécifiques au personnel et aux fournisseurs en traitement systémique.

Le centre de commandement doit demeurer flexible en matière de portée et de fonctions selon les circonstances de l'indisponibilité (1). Les principaux champs d'action potentiels de ce groupe comprennent notamment :

- la prise de décisions et la coordination concernant les modifications possibles aux opérations de traitement systémique (p. ex. modification des heures d'ouverture ou de la dotation en personnel, réaffectation de tâches au sein du personnel);
- les fonctions de communication interne, telles que la transmission des mises à jour organisationnelles au personnel de première ligne et la remontée d'information de ce même personnel (p. ex. préoccupations, problèmes, obstacles) vers les équipes organisationnelles concernées;

- la collecte et la consolidation des renseignements sur les patients nécessaires à la poursuite de la prestation des traitements systémiques (p. ex. listes des patients en traitement actif, coordonnées, antécédents de traitement systémique);
- le cas échéant, en cas de panne du DME, la collaboration avec le service des dossiers médicaux de l'organisation pour mettre en œuvre des dossiers, tableaux et systèmes de documentation papier;
- le cas échéant, en cas de réduction prolongée de la capacité de traitement systémique, la collaboration avec les médecins les plus responsables (MPR) et, s'il y a lieu, avec les représentants du comité d'éthique hospitalier, afin de coordonner les mesures de priorisation des patients et/ou les aiguillages vers d'autres établissements de traitement systémique (présentés plus en détail dans la section ***Priorisation des patients et aiguillages***).

CONSIDÉRATION 4 :

Les équipes de traitement systémique devraient établir des critères pour orienter la prise de décision quant au moment où une structure de centre de commandement du traitement systémique devrait être mise en place en cas d'indisponibilité ou d'urgence relatives aux TI. Les facteurs à considérer peuvent comprendre :

- La durée prévue ou réelle en cas d'indisponibilité ou d'urgence relatives aux TI
- La portée et la nature des systèmes de TI touchés, y compris l'impact sur la sécurité de l'administration du traitement systémique (p. ex., perte des dispositifs de protection intégrés aux systèmes électroniques) et sur la capacité globale du traitement systémique (c.-à-d. le nombre de patients pouvant être traités)

CONSIDÉRATION 5 :

Les équipes de traitement systémique devraient veiller à ce que des protocoles validés soient documentés et disponibles concernant les processus de soins aux patients manuels et/ou de secours qui pourraient s'avérer nécessaires en cas d'indisponibilité des systèmes de TI (p. ex., prescription par ordonnances manuelles/écrites, vérification des ordonnances, préparation du traitement, administration du traitement, etc.) (1,2). Ces protocoles devraient :

- Être conservés dans un format accessible en cas d'indisponibilité des TI (p. ex., format électronique hors ligne ou plusieurs copies papier) et dans un lieu connu du personnel
- Décrire les procédures de transition vers des systèmes manuels ou électroniques de secours
- Reconnaître les sources potentielles d'erreurs liées aux processus manuels et intégrer des stratégies appropriées d'atténuation des risques. Par exemple, si des ordonnances écrites s'avèrent nécessaires, éviter l'usage des « abréviations à ne pas utiliser » (16), et veiller à ce que les ordonnances écrites contiennent les informations nécessaires à la vérification (p. ex., taille et poids du patient, surface corporelle (SC), réductions de dose, etc.) (17,18)

CONSIDÉRATION 6 :

Les équipes de traitement systémique devraient définir les principales responsabilités en situation d'indisponibilité en fonction des rôles ou professions du personnel, afin d'améliorer la compréhension et la clarté des rôles en cas d'indisponibilité de la part du personnel (9,10,19). Les équipes devraient envisager d'intégrer des « cartes de tâches » propres à chaque rôle/profession, décrivant les principales responsabilités, dans les trousse de traitement systémique prévues pour les périodes d'indisponibilité.

CONSIDÉRATION 7 :

Pour soutenir une capacité accrue de traitement systémique en cas d'indisponibilité ou d'urgence, les établissements de traitement systémique pourraient envisager d'élaborer des directives médicales propres aux périodes d'indisponibilité (ou d'autres mécanismes de délégation d'actes autorisés). Par exemple, des directives permettant aux pharmaciens de prescrire les analyses de laboratoire nécessaires ou les médicaments de soins de soutien (18).

CONSIDÉRATION 8 :

Les équipes de traitement systémique devraient discuter et coordonner de façon proactive les composantes de leurs plans de préparation aux situations d'urgence avec d'autres services de leur établissement (p. ex., radiothérapie, laboratoire et pathologie, imagerie diagnostique), avec d'autres établissements de leur Programme régional de cancérologie et/ou à l'échelle provinciale.

Les éléments de planification coordonnée de la préparation aux situations d'urgence aux niveaux local ou régional pourraient comprendre :

- La planification d'éventuels aiguillages de patients entre établissements, y compris les exigences associées (p. ex., ententes bilatérales, accréditation du personnel, répartition du financement, transport, etc.)
- L'établissement proactif de relations et/ou de modèles de soins avec d'autres établissements de soins de santé de la région (p. ex., organismes de soins communautaires, pharmacies communautaires), qui pourraient être mobilisés ou élargis en cas d'indisponibilité des TI afin de soutenir la capacité globale de traitement systémique (p. ex., transfert des traitements de soins de soutien vers des milieux communautaires)
- La planification de scénarios cliniques pouvant impliquer de multiples modalités de traitement et/ou établissements (p. ex., où et comment les patients recevant simultanément un traitement systémique et une radiothérapie seraient traités si l'un ou l'autre de ces services devenait indisponible dans un centre en cas d'indisponibilité des TI)

CONSIDÉRATION 9 :

Les équipes de traitement systémique devraient viser à documenter les difficultés et les problèmes rencontrés lors d'une indisponibilité des TI, afin de les utiliser pour l'amélioration continue des politiques et procédures en la matière (10).

Communications internes

Contexte

Les communications internes englobent les communications entre le personnel, les cliniciens et la direction d'un établissement touché par une indisponibilité des TI ou une situation d'urgence. Les communications entre ces parties devraient jouer un rôle crucial dans la réponse en cas d'indisponibilité des TI.

Considérations organisationnelles

- Les plans de communication organisationnels doivent être consultés pour déterminer comment le personnel et les fournisseurs de soins seront avisés initialement d'une indisponibilité du système des TI, puis avisés de la fin de cette indisponibilité (20,21).
- Les mécanismes de communication utilisés durant une indisponibilité des TI doivent respecter les exigences organisationnelles, légales et relatives à la protection de la vie privée, particulièrement en ce qui concerne la communication de renseignements personnels sur la santé (RPS).
- Les politiques organisationnelles en matière de communication doivent être consultées pour savoir quel type d'information (nature et sensibilité) peut être communiqué par quels moyens ou systèmes de communication, y compris dans quelle mesure les appareils personnels du personnel ou des fournisseurs de soins (p. ex., téléphones cellulaires, applications de messagerie) peuvent ou non être utilisés pour transmettre différents types d'information.
- Les systèmes de communication hospitaliers (p. ex., téléphones filaires, téléavertisseurs, interphones, dictée, internet, courriels) peuvent devenir indisponibles en cas d'indisponibilité des TI ou de situation d'urgence. Les équipes doivent collaborer avec la direction organisationnelle et les responsables des TI pour comprendre quels plans d'urgence et systèmes de communication de secours sont disponibles dans leur établissement, et comment ces systèmes seraient utilisés en cas d'indisponibilité.

Considérations propres au traitement systémique

CONSIDÉRATION 10 :

Les équipes de traitement systémique doivent disposer de moyens prédéfinis pour communiquer avec le personnel et les fournisseurs de soins en cas d'indisponibilité des TI (3,22). Pour faciliter cela, les équipes devraient documenter les coordonnées du personnel et des fournisseurs de soins et conserver ces informations dans un format qui demeure accessible en cas d'indisponibilité (p. ex., sauvegarde électronique hors ligne) (2). En particulier :

- S'assurer que plusieurs moyens de contact soient disponibles pour les rôles clés des équipes de traitement systémique (p. ex., numéro de téléphone cellulaire, numéro de téléphone résidentiel, adresse de courriel, etc.);
- S'assurer que des personnes-ressources secondaires (le cas échéant) soient identifiées pour les rôles clés des équipes de traitement systémique, afin de pouvoir les joindre si la personne principale est indisponible.

CONSIDÉRATION 11 :

Les équipes de traitement systémique devraient envisager de créer des groupes de messagerie ciblés selon les disciplines cliniques, les rôles ou les responsabilités (p. ex., soins infirmiers, pharmacie, médecins, etc.) pour faciliter la communication et la collaboration en cas d'indisponibilité des TI (23).

CONSIDÉRATION 12 :

Les équipes de traitement systémique doivent s'assurer que les communications verbales introduites en raison d'une indisponibilité des TI (p. ex., information fournie par téléphone qui serait normalement transmise par voie électronique) intègrent des stratégies d'atténuation des risques afin de réduire le potentiel d'erreurs. Par exemple, une stratégie peut consister à répéter à haute voix l'information reçue par téléphone à l'autre interlocuteur afin d'en confirmer l'exactitude (17).

Communications externes

Contexte

En situation d'urgence, on s'attend à ce qu'il y ait une demande importante de communications et de mises à jour de l'état de la situation provenant de multiples parties externes auprès de l'hôpital touché, et ce, tout au long de la situation. Parmi ces groupes externes figurent notamment les patients, les cliniciens partenaires et les organismes de soins de santé, les organisateurs d'essais cliniques, les fournisseurs externes, les médias et les organisations provinciales (Santé Ontario, ministère de la Santé).

Pour la direction des traitements systémiques en particulier, l'on s'attend, en cas d'indisponibilité des TI, à ce qu'elle en avise dans les plus brefs délais le Programme des traitements systémiques et l'équipe Rendement et responsabilisation, les équipes des Programmes régionaux de cancérologie, ainsi que les cadres supérieurs et les responsables cliniques appropriés de Santé Ontario (Action Cancer Ontario).

Considérations organisationnelles

- La direction de l'organisation peut être responsable de la stratégie globale de communication externe et/ou de l'approbation des communications publiques, en tenant compte des directives des équipes des relations publiques et des affaires juridiques, des organismes d'application de la loi (s'il y a lieu) ou des organismes de réglementation (4,13).

- Il convient de bien réfléchir aux renseignements à partager avec les groupes externes, et d'éviter la communication excessive de données confidentielles ou non vérifiées qui pourraient accroître les risques pour l'organisation, en particulier dans le cas d'une cyberattaque présumée (10).

Considérations propres au traitement systématique

CONSIDÉRATION 13 :

En cas d'indisponibilité des TI ou d'urgence, les équipes de traitements systématiques devraient donner priorité à la rapidité et à la transparence de leurs communications avec les patients, tout en respectant les exigences et lignes directrices de leur organisation en matière de communications externes.

Les messages devraient mettre en évidence les mesures prises pour assurer la qualité et la sécurité des traitements systématiques en cours, ainsi que l'incidence de la situation sur l'expérience des patients (p. ex. : allongement des rendez-vous ou retards).

Conscients des préoccupations des patients dans de telles situations, le personnel de première ligne devrait être en mesure de transmettre des renseignements validés et d'indiquer comment et quand d'autres informations seront communiquées.

CONSIDÉRATION 14 :

Durant la phase initiale d'une indisponibilité des TI ou d'une urgence, les équipes de traitements systématiques devraient communiquer directement avec leurs patients afin de souligner les mesures immédiates à prendre pour assurer la continuité des activités de traitement systématique à court terme (p. ex. : demander aux patients de ne pas se présenter ou de téléphoner avant de se rendre à leur rendez-vous prévu).

CONSIDÉRATION 15 :

Pour faciliter la communication continue avec les patients en cas d'indisponibilité des TI, les équipes de traitements systématiques devraient envisager de conserver des sauvegardes sécurisées hors ligne des renseignements de base sur les patients, notamment les coordonnées et les données démographiques (2,3,24).

CONSIDÉRATION 16 :

En cas d'indisponibilité des TI, les équipes de traitements systématiques pourraient envisager d'utiliser des mécanismes de communication centralisés, tels que les centres d'appels, les sites Web ou les mises à jour dans les médias sociaux, afin de répondre aux questions et préoccupations des patients tout en réduisant la charge de communication du personnel individuel (23), notamment :

- Lorsque cela est approprié, doter les lignes téléphoniques du personnel administratif, de soutien ou temporaire (c.-à-d. le personnel réaffecté d'autres secteurs de l'établissement, le cas échéant) afin de maximiser la disponibilité du personnel clinique pour les activités de soins aux patients.
- Élaborer des « feuilles d'appels » fournissant au personnel chargé de répondre aux appels une approche normalisée et des renseignements utiles pour répondre aux questions fréquemment posées (25).
- Afficher des avis dans les lieux clés (p. ex. : salles d'attente) décrivant toute modification aux procédures ou attentes liées aux rendez-vous, y compris la possibilité de retards.

Documentation papier et systèmes manuels

Contexte

Les considérations énoncées ci-dessous doivent être comprises dans le contexte d'une indisponibilité prolongée du système des TI. En effet, l'importance de systèmes coordonnés pour maintenir le contrôle et la fonctionnalité des documents/systèmes papier devient de plus en plus cruciale à mesure que l'indisponibilité des TI se prolonge (par exemple plusieurs jours ou semaines) et que le volume de documentation papier accumulée continue d'augmenter.

Considérations organisationnelles

- Les politiques et procédures organisationnelles relatives à la confidentialité et à la sécurité des documents papier doivent être consultées et respectées pendant toute la durée d'une indisponibilité des TI. Un volume important de documents papier peut être généré lors d'une indisponibilité prolongée, et ces documents ne comportent pas certaines mesures de confidentialité/sécurité généralement intégrées aux DME ou à d'autres systèmes électroniques (p. ex. exigence d'un identifiant pour accéder aux renseignements sur la santé des patients).
- Les politiques et procédures organisationnelles concernant la conservation et la destruction des dossiers papier doivent être consultées et respectées pendant toute la durée d'une indisponibilité des TI (11,12).

Considérations propres au traitement systémique

CONSIDÉRATION 17 :

Les établissements de traitement systémique devraient élaborer et/ou maintenir des formulaires, systèmes et références papier (ou électroniques hors ligne) afin de permettre la continuité de l'administration des traitements systémiques en cas d'indisponibilité du système des TI (2,9,12,15,22), notamment :

- Les formulaires, systèmes et références de secours doivent respecter les normes établies et les normes d'agrément.
- Les systèmes/ressources de secours doivent être validés à intervalles réguliers afin de garantir leur exactitude; envisager de mettre à jour ces ressources parallèlement aux versions actives/électroniques pour maintenir la cohérence entre les versions.
- Exemples de formulaires dont des versions de secours devraient être conservées : ordonnances de régime de traitement systémique, demandes d'analyses de laboratoire/pathologie, formulaires de consultation, formulaires d'imagerie, registres d'administration des médicaments (RAM), formulaires d'aiguillage, etc. **Voir la référence : (2), tableau 5 pour d'autres exemples.**

CONSIDÉRATION 18 :

En cas d'indisponibilité des TI, les équipes de traitement systémique peuvent devoir recourir à d'autres sources d'information sur les patients et leurs traitements afin de guider la prise en charge en cours. Cela peut inclure :

- Demander aux patients d'apporter leurs dossiers médicaux pertinents et/ou leurs médicaments lors des rendez-vous de traitement (2,26).
- Communiquer avec les fournisseurs de soins de santé dans la communauté, tels que les médecins de famille ou les pharmaciens, qui pourraient partager des antécédents cliniques pertinents (4).
- Contacter Santé Ontario (SO) pour déterminer si des données administrées par SO peuvent être disponibles et applicables (p. ex. données eClaims ou données sur le Signalement des niveaux d'activités — SNA).

CONSIDÉRATION 19 :

Les équipes de traitement systémique devraient conserver des troussees clairement identifiées pour les périodes d'indisponibilité des TI (p. ex. dans des classeurs rouges) dans des lieux centralisés (9,17,19). Le contenu de ces troussees devrait être normalisé et comprendre **(voir la référence : (19) pour d'autres exemples)** :

- Documents/formulaires papier
- Informations de référence essentielles
- Guides « démarrage rapide » ou listes de vérification pour les principaux systèmes et applications

Les troussees d'indisponibilité pourraient être conçues de manière à inclure uniquement les éléments les plus essentiels ou immédiatement applicables, et à orienter le personnel vers un autre emplacement pour le matériel spécialisé ou requis lors d'une indisponibilité prolongée.

CONSIDÉRATION 20 :

Les équipes de traitement systémique devraient envisager de conserver des gabarits/ensemble de modèles d'ordonnances pour les médicaments et régimes de traitement systémique les plus fréquemment utilisés, afin de les employer en cas d'indisponibilité du système des TI (2,27).

Les équipes devraient également envisager de maintenir des gabarits/ensemble de modèles d'ordonnances pour des régimes de traitement systémique plus complexes, dont la préparation préalable pourrait s'avérer utile (5).

CONSIDÉRATION 21 :

Les équipes de traitement systémique devraient collaborer avec d'autres équipes administratives et cliniques de l'hôpital ou leur déléguer la conception et la validation de formulaires papier spécifiques et des processus associés relevant de leur domaine d'expertise. Par exemple :

- La conception/validation des formulaires papier de demandes d'analyses de laboratoire et des processus associés relève de l'expertise des équipes de laboratoire et de pathologie.
- La conception/validation des formulaires papier d'inscription des patients et des processus associés relève de l'expertise du service des dossiers médicaux (20,21).

CONSIDÉRATION 22 :

Les équipes de traitement systémique devraient prévoir d'éventuels défis logistiques importants liés aux documents papier lors d'une indisponibilité prolongée des TI. En particulier, le stockage et l'organisation de volumes considérables de documents papier, qui pourraient nécessiter l'utilisation d'espaces physiques supplémentaires, de classeurs, de tables, de dossiers, d'imprimantes, etc. (28).

CONSIDÉRATION 23 :

En se référant aux normes organisationnelles ou du service existantes, les équipes de traitement systémique devraient s'assurer que les documents contenus dans les dossiers patients papier soient classés de façon uniforme afin d'en faciliter l'utilisation (c.-à-d. séquence cohérente des résultats de laboratoire, ordonnances de traitement systémique, RAM, notes de traitement, etc.) (29).

Les équipes peuvent envisager de conserver un dossier patient papier type qui servirait de modèle ou d'exemple de mise en page si le recours aux dossiers papier devenait nécessaire en cas d'indisponibilité des TI.

CONSIDÉRATION 24 :

Les équipes de traitement systémique, avec l'appui de leur service des archives médicales (selon le cas), devraient envisager d'établir un lieu centralisé pour l'entreposage des documents papier essentiels tels que les dossiers patients. Les équipes devraient mettre en œuvre des procédures d'emprunt (ou d'autres mesures de contrôle documentaire similaires) pour ces documents (22,23,30), en insistant sur l'importance de retourner les documents au lieu d'entreposage.

De telles procédures contribueraient à assurer la garde et le contrôle des documents, à garantir que les documents essentiels demeurent disponibles pour le personnel ou qu'ils puissent être localisés plus facilement au besoin.

CONSIDÉRATION 25 :

Les équipes de traitement systémique devraient accorder une attention particulière à la gestion générale et au contrôle des versions de la documentation papier, notamment en cas d'indisponibilité prolongée des TI. Les éléments proposés comprennent :

- Identifier les exemplaires « maîtres » ou de référence des documents clés au moyen d'un autocollant/tampon (ou d'un système similaire) afin de préciser quelle version doit être considérée comme la copie de référence par rapport aux duplicata; envisager d'inclure les documents nécessaires dans les troussees prévues pour les périodes d'indisponibilité;
- Indiquer l'heure, la date et/ou apposer une signature pour différencier les versions mises à jour de documents similaires;
- S'assurer que les documents de soins aux patients sur support papier comportent au moins deux identificateurs de patient (p. ex., nom complet, date de naissance);
- Conformément aux directives organisationnelles, éliminer de façon sécurisée les copies redondantes ou en double des documents papier;
- Évaluer les risques et les avantages lors de la reproduction de documents clés tels que les dossiers patients, en tenant compte de l'équilibre entre un meilleur accès à l'information et le soutien aux soins, et les risques liés à la création de duplicata ou de versions périmées.

CONSIDÉRATION 26 :

Les équipes de traitement systémique devraient reconnaître le risque d'utiliser par inadvertance des informations périmées ou erronées dans les situations où les systèmes électroniques (p. ex., DME d'indisponibilité) et les systèmes papier sont utilisés simultanément pour dispenser les soins. Les équipes devraient appliquer des stratégies d'atténuation des risques pour ces situations (p. ex., identifier clairement la source d'information la plus à jour par rapport aux copies abandonnées/périmées) (9,19).

CONSIDÉRATION 27 :

Les équipes de traitement systémique devraient envisager de conserver des copies papier (ou électroniques hors ligne) des horaires prévus des patients et des informations de traitement pour utilisation en cas d'indisponibilité des TI (1,2,4,12,31).

La détermination de l'horizon temporel pour lequel ces informations devraient être préparées nécessitera de trouver un équilibre entre l'avantage d'avoir l'information disponible en cas de besoin, la charge de travail liée à la tenue de ces données et le risque que l'information devienne périmée ou inexacte, en particulier :

- Les informations générales (c.-à-d. quels patients sont planifiés à quelle heure, à quelle date) pourraient être préparées plus à l'avance (au moins 1 à 2 jours, voire davantage);
- Les informations plus précises (c.-à-d. impression préalable de régimes de traitement et des posologies) pourraient être préparées pour la journée à venir des patients prévus (surtout si cette fonction peut être facilement générée par un rapport logiciel). L'impression préalable des posologies devrait être évitée au-delà de cet horizon afin d'éviter les erreurs liées à des doses périmées.

CONSIDÉRATION 28 :

Les équipes de traitement systémique devraient maintenir un stock suffisant de formulaires papier préimprimés (p. ex., ordonnances de traitement systémique, RAM, notes de traitement, etc.) pour permettre la poursuite des soins aux patients en cas d'indisponibilité brève des TI (20), soit environ 1 à 2 jours.

La quantité et le type de formulaires à conserver varieront selon les secteurs cliniques et les établissements, mais il devrait y avoir une quantité suffisante pour assurer la continuité des soins jusqu'à ce que des copies supplémentaires puissent être produites.

CONSIDÉRATION 29 :

Les équipes de traitement systémique devraient évaluer le type et la portée des dossiers médicaux qu'elles fournissent aux patients, notamment par l'intermédiaire de portails patients (p. ex., MyChart). Ces dossiers pourraient constituer une source d'information utile sur les traitements si les systèmes de TI hospitaliers (et donc la documentation/historique des traitements systémiques) devenaient indisponibles.

Les équipes de traitement systémique pourraient envisager d'élargir la portée de la documentation/dossiers de traitement systémique fournis aux patients à cette fin.

Dossier médical électronique (DME) et systèmes de secours

Contexte

En cas de cyberattaque présumée, les établissements touchés doivent reconnaître que de nombreux systèmes informatiques (voire l'ensemble d'entre eux), qu'ils aient été directement affectés par l'attaque ou non, peuvent devenir indisponibles; ces systèmes peuvent être mis hors ligne (ou fortement limités) à titre préventif afin d'empêcher la propagation d'un logiciel malveillant présumé. Cela peut inclure la coupure temporaire des connexions de TI avec des établissements de soins de santé partenaires ou avec des actifs de données externes (1,2,15), ce qui doit être pris en compte dans la planification en cas d'indisponibilité des systèmes de TI.

Il est reconnu que la mise en œuvre de plusieurs éléments de cette section exige une expertise des TI considérable ainsi qu'une coordination/planification au niveau organisationnel et/ou régional. Bon

nombre de ces éléments ne relèvent pas uniquement de la responsabilité des équipes de traitement systémique.

Considérations organisationnelles

- Les membres de l'équipe de direction doivent être conscients des plans, des systèmes et du niveau d'expertise technique de leur organisation (sur site ou via des fournisseurs externes) relativement aux systèmes électroniques de secours des soins aux patients.
- Les limites potentielles d'un DME d'indisponibilité (s'il est disponible) doivent être comprises. Celles-ci peuvent concerner la quantité et la période d'information clinique accessibles dans ce DME (c.-à-d. combien de jours d'information/données sur les patients seraient disponibles) et le moment de leur suppression (c.-à-d. les données deviendraient-elles inaccessibles au fil du temps en cas d'indisponibilité prolongée des systèmes des TI).
- Les procédures organisationnelles de déclaration et de déclenchement d'un mode d'indisponibilité doivent être comprises, en particulier leur incidence sur les processus de soins aux patients (c.-à-d. pourrait-il y avoir une période pendant laquelle les systèmes électroniques normaux sont indisponibles, alors que les systèmes d'indisponibilité ne sont pas encore en ligne, et, dans l'affirmative, comment cela serait-il géré).
- En cas d'indisponibilité généralisée des systèmes de TI, la séquence de rétablissement des systèmes peut être priorisée en fonction de leur criticité et de leurs interdépendances (c.-à-d. certains systèmes ne peuvent être rétablis isolément des autres) (31).

Considérations propres au traitement systémique

CONSIDÉRATION 30 :

Dans le cadre d'un processus dirigé par les responsables des TI de l'organisation, les établissements de traitement systémique doivent mettre en place des sauvegardes informatiques pour les systèmes et informations électroniques liés aux soins aux patients, en particulier le dossier médical électronique (DME), afin de se préparer à une éventuelle indisponibilité des systèmes des TI. Les composantes comprennent :

- Le maintien d'un DME hors ligne/de secours doit être envisagé comme un élément clé de la stratégie de sauvegarde électronique d'un établissement (10,20,29,32).
- La planification, la fréquence et l'étendue des sauvegardes pour différents systèmes et données doivent être déterminées en fonction de la criticité de l'information sauvegardée (c.-à-d. certaines informations peuvent être sauvegardées moins fréquemment si les versions antérieures demeurent appropriées pour une utilisation continue) (1,12,14,32–34).

CONSIDÉRATION 31 :

Les équipes de traitement systémique doivent mettre en œuvre des systèmes et processus de sauvegarde pour réduire au minimum les conséquences potentielles et les risques pour la sécurité liés

à la perte des systèmes de référence clinique et des systèmes d'aide à la décision clinique du DME (p. ex., calculs de dose, ajustements et alertes, alertes liées aux allergies, vérifications des interactions médicamenteuses) en cas d'indisponibilité des systèmes de TI (5,27), notamment :

- Mettre en œuvre des mesures de sécurité supplémentaires, telles que des doubles vérifications indépendantes, pour les systèmes ou processus ayant perdu des mesures de sécurité électroniques (p. ex., alertes ou calculs automatisés).
- Maintenir des informations cliniques de référence en sauvegarde via les appareils ou identifiants personnels du personnel, ou au moyen de copies papier des informations de référence essentielles.
- Fournir aux prescripteurs une formation ou des ressources sur les éléments requis à inclure dans les ordonnances écrites de traitement systémique et les prescriptions de soins de soutien (17,18).

CONSIDÉRATION 32 :

En collaboration avec les responsables des TI de l'organisation, les établissements de traitement systémique devraient envisager de maintenir des ordinateurs de secours en cas d'indisponibilité (22). Les équipes devraient évaluer l'emplacement et la répartition des ordinateurs de secours, en envisageant de les placer dans des zones centralisées afin de faciliter la collaboration et l'utilisation partagée par le personnel (18,27) et/ou de mettre en œuvre des contrôles d'accès (p. ex. feuilles d'inscription ou horaires) si le nombre d'ordinateurs de secours est limité.

CONSIDÉRATION 33 :

Les équipes de traitement systémique devraient évaluer la pertinence des systèmes provinciaux existants et/ou des actifs de données (p. ex. [ClinicalConnect](#)) comme sources potentielles d'information clinique et générale (p. ex. coordonnées des patients, données démographiques).

Si ce n'est pas déjà fait, les cliniciens en traitement systémique peuvent souhaiter s'inscrire à l'avance pour obtenir les identifiants nécessaires afin d'accéder à ces systèmes en cas d'indisponibilité des TI (2).

Cependant, les équipes doivent reconnaître que l'accès aux systèmes provinciaux ou aux actifs de données peut être restreint dans certains scénarios (p. ex. cyberattaques présumées) afin de protéger l'intégrité de ces systèmes. Par conséquent, la planification du traitement systémique en cas d'indisponibilité ne devrait pas reposer uniquement sur cet accès.

CONSIDÉRATION 34 :

En collaboration avec le personnel des TI de l'organisation, les équipes de traitement systémique devraient évaluer et configurer les appareils connectés à Internet, tels que les appareils au point d'intervention, les pompes et les imprimantes d'étiquettes, pour qu'ils puissent fonctionner hors ligne si cette fonctionnalité est disponible (2).

CONSIDÉRATION 35 :

Les équipes de traitement systémique devraient être au courant des informations suivantes concernant le financement du traitement systémique pendant ou après une indisponibilité des TI :

Programme de financement des nouveaux médicaments (PFNM) :

- La soumission des données par eClaims est requise pour le remboursement.
- Si l'hôpital soumet habituellement ses données manuellement par l'interface Web eClaims, il peut continuer à le faire, même durant une panne des TI de l'hôpital.
 - Si l'accès à eClaims n'est pas disponible, écrire à : OH-CCO_InfoPDRP@ontariohealth.ca, Veuillez ne pas envoyer de renseignements personnels sur la santé à Santé Ontario par courriel.
- Si l'hôpital téléverse habituellement ses données de demande de traitement par l'intermédiaire du DSP ou via une intégration HL7, il doit communiquer avec Santé Ontario (Action Cancer Ontario) avant de soumettre ses données.

Signalement des niveaux d'activités (SNA)/Traitement systémique — Procédure basée sur la qualité (TS-PBQ)

- La soumission des données RNA par le [portail de soumission de données \(DSP\)](#) est requise pour le financement TS-PBQ.
- Les données SNA doivent être soumises mensuellement selon le calendrier de soumission SNA de l'exercice financier.
(Voir : [Cahier de données](#) : I — *Signalement des niveaux d'activités (SNA) > Spécifications > SNA — Calendrier de soumission*)
 - Toute donnée (mois) qui n'a pas respecté l'échéance en raison de circonstances exceptionnelles peut être soumise à l'échéance suivante, avec l'objectif de soumettre l'ensemble de l'exercice financier avant l'échéance finale absolue de fin d'année (c.-à-d. l'échéance SNA de « juin », habituellement le premier jour ouvrable du mois).
- Si des données SNA sont irrécupérables à la suite d'une indisponibilité des TI, ou s'il est évident que la soumission complète de l'exercice financier ne pourra être faite d'ici l'échéance finale absolue, l'hôpital doit en informer immédiatement Santé Ontario afin de mettre en place un plan d'urgence pour le règlement du financement TS-PBQ de l'exercice concerné.

CONSIDÉRATION 36 :

Les équipes de traitement systémique devraient identifier des systèmes ou méthodes de secours pour soutenir la planification continue des rendez-vous des patients en cas d'indisponibilité prolongée des TI.

Les processus exacts peuvent varier, mais la mise en place d'une équipe centralisée et d'une méthode pour cette tâche (p. ex. un tableau électronique avec des autorisations d'édition restreintes) pourrait éviter la confusion sur l'horaire « maître » des traitements à venir et faciliter le rapprochement des informations lors de la phase de récupération après une indisponibilité (35). Toutefois, centraliser

cette tâche peut également introduire un risque d'erreurs potentielles et réduire les occasions de détection de ces erreurs.

Dotation, formation et exercices en situation d'indisponibilité

Contexte

En raison du caractère manuel du travail effectué lors d'une indisponibilité des TI, il est attendu que les établissements aient besoin de davantage de temps de travail du personnel et/ou d'un nombre accru de membres du personnel pour accomplir l'équivalent des tâches réalisées dans un environnement sans indisponibilité (1,27), notamment pour effectuer des doubles vérifications indépendantes des traitements systémiques en l'absence des fonctions de sécurité habituelles du DME (p. ex., alertes de doses, calculs).

Sachant que chaque indisponibilité des TI potentielle peut être différente et qu'une indisponibilité des TI peut évoluer au fil du temps, il convient de souligner la nécessité d'une flexibilité des rôles et responsabilités du personnel tout au long de l'indisponibilité.

Considérations organisationnelles

- Le personnel doit suivre la formation en cybersécurité offerte par son organisation et respecter les pratiques exemplaires recommandées en matière de protection de la vie privée et de sécurité afin de réduire les risques liés aux cybermenaces, y compris les indisponibilités des TI potentielles (36).
- La consultation des syndicats du personnel (s'il y a lieu) devrait être envisagée afin d'établir clairement les politiques et processus relatifs à la couverture du personnel, notamment en ce qui concerne la flexibilité des horaires/jours de travail et des responsabilités en cas d'indisponibilité des TI ou d'urgence.
- Selon la situation, la direction de l'organisation peut temporairement réaffecter du personnel d'équipes hospitalières moins prioritaires ou ayant moins de besoins en ressources pendant une indisponibilité des TI pour soutenir les équipes dans des secteurs de traitement plus prioritaires (comme le traitement systémique), qui peuvent nécessiter du personnel supplémentaire (17,26). Étant donné les connaissances et compétences spécialisées des cliniciens en traitement systémique, ceux-ci ne devraient pas être réaffectés à d'autres secteurs de l'hôpital (37).
- Selon les circonstances et la durée d'une indisponibilité des TI ou d'une urgence, l'épuisement du personnel ou des fournisseurs de soins peut devenir une préoccupation majeure (28,38). Des mesures de soutien organisationnel devraient être envisagées, telles que la garantie de périodes de repos entre les quarts, la mise à disposition de nourriture et de logement si le personnel ne peut rentrer chez lui, ou encore l'offre de soutiens psychosociaux adaptés.

Considérations propres au traitement systémique

CONSIDÉRATION 37 :

Les équipes de traitement systémique devraient organiser régulièrement des formations, essais et exercices de simulation de leurs plans et procédures d'indisponibilité des TI afin de garantir que ces plans sont applicables dans leur environnement opérationnel particulier (1,32–34,39). Les éléments suivants doivent être envisagés :

- La formation, les essais et les exercices des plans en cas d'indisponibilité devraient avoir lieu à intervalles définis, conformément aux normes organisationnelles/d'agrément, ainsi qu'à la suite de changements importants dans les plans ou systèmes en cas d'indisponibilité (12,14,17,31).
- Les activités de formation et de simulation devraient couvrir différents aspects d'indisponibilités des TI ou d'urgences potentielles, comme les types de systèmes de TI affectés, la durée de l'indisponibilité, les secteurs du traitement systémique (clinique d'oncologie, pharmacie d'oncologie, unité de traitement systémique), les tâches/processus spécifiques en situation d'indisponibilité, la composition des équipes et les horaires de travail (p. ex., jours/soirs/fins de semaine).

CONSIDÉRATION 38 :

Sous la direction du personnel organisationnel possédant l'expertise requise, les équipes de traitement systémique devraient inclure chacun des éléments suivants dans leurs plans de formation et de tests liés aux indisponibilités des TI (39) :

- **Formation** : veiller à ce que le personnel comprenne ses rôles et responsabilités dans le cadre du plan en cas d'indisponibilité et lui enseigner les compétences nécessaires pour les assumer, y compris une formation et des occasions de pratiquer avec les systèmes/applications pertinents en cas d'indisponibilité.
- **Exercices** : mener des simulations de scénarios d'urgence pour valider certains aspects du plan en cas d'indisponibilité. Ces exercices servent à identifier les lacunes du plan en cas d'indisponibilité ou les domaines nécessitant une formation supplémentaire.
- **Tests** : sous la direction du personnel de TI de l'organisation, validation des systèmes des TI désignés dans le plan en cas d'indisponibilité afin de s'assurer qu'ils fonctionneront comme prévu lors d'une indisponibilité, par exemple les tests des systèmes de récupération et de sauvegarde.

Les résultats des formations, exercices et tests devraient être utilisés pour ajuster les politiques et procédures liées aux indisponibilités (c.-à-d. les plans ont-ils produit les résultats attendus lors des tests) (10,39,40).

CONSIDÉRATION 39 :

Les équipes de traitement systémique devraient inclure la formation sur les politiques et procédures en cas d'indisponibilité des TI dans les programmes de formation et d'orientation générale du

personnel (9,27). Une formation plus fréquente ou plus approfondie devrait être envisagée pour les personnes/les rôles les plus impliqués dans une réponse potentielle à une indisponibilité des TI, comme le personnel de direction ou de gestion.

CONSIDÉRATION 40 :

En cas d'indisponibilité prolongée des TI ou d'urgence entraînant une diminution durable de la capacité de traitement systémique, les équipes de traitement systémique et la direction organisationnelle devraient déterminer s'il est possible ou souhaitable de recruter temporairement du personnel supplémentaire afin d'accroître la capacité de traitement systémique (p. ex., prolonger les heures d'ouverture ou ajouter des jours d'activité supplémentaires) (2,15,25).

CONSIDÉRATION 41 :

Le personnel d'autres secteurs hospitaliers temporairement réaffecté pour aider les équipes de traitement systémique lors d'une indisponibilité des TI devrait se voir attribuer des tâches conformes à ses compétences et à sa formation. Ces tâches pourraient notamment inclure le rôle de messenger pour communiquer des informations entre les unités, la collecte et la livraison des ordonnances de médicaments, la coordination avec les équipes de laboratoire pour transmettre les résultats ou la réponse aux appels téléphoniques des patients.

CONSIDÉRATION 42 :

Reconnaissant qu'une indisponibilité des TI peut nécessiter l'utilisation de systèmes manuels ou sur papier, que certains cliniciens débutants en traitement systémique n'ont peut-être jamais utilisés, les équipes de traitement systémique devraient tirer parti de l'expertise du personnel plus expérimenté maîtrisant ces systèmes et processus pour soutenir leurs collègues moins expérimentés (5,17).

CONSIDÉRATION 43 :

Les équipes de traitement systémique devraient former puis planifier le personnel de manière à s'assurer qu'il y ait, à chaque quart de travail, une personne ayant suivi une formation aux procédures en cas d'indisponibilité et pouvant coordonner les premières mesures prévues dans les plans en cas d'indisponibilité, si nécessaire (11).

Considérations cliniques hors traitement systémique

Contexte

Une indisponibilité importante ou prolongée des TI affecterait probablement plusieurs équipes d'un hôpital au-delà du traitement systémique. Cela inclut vraisemblablement d'autres secteurs de traitement (p. ex. radiothérapie, services chirurgicaux, services d'urgence et de soins intensifs), les services de diagnostic (p. ex. laboratoire et pathologie, imagerie diagnostique), les opérations liées aux essais cliniques et les équipes administratives.

Du point de vue du traitement systémique, comprendre l'incidence potentielle d'une indisponibilité des TI sur les équipes associées permettra d'éclairer la planification et la préparation propres au

traitement systématique. Dans la mesure du possible, les équipes de traitement systématique devraient explorer des moyens de soutenir d'autres équipes dans leurs propres réponses à une indisponibilité des TI. Par exemple, afin de réduire la charge pesant sur les équipes de laboratoire, d'imagerie et de pathologie, il convient de déterminer s'il existe des analyses de laboratoire non essentielles ou des examens d'imagerie de priorité moindre qui pourraient être retardés ou omis (27,28).

Considérations propres au traitement systématique

CONSIDÉRATION 44 :

Les équipes de traitement systématique devraient collaborer avec leurs collègues du laboratoire et de la pathologie pour mettre en œuvre des solutions permettant de continuer à recevoir les informations de laboratoire nécessaires afin d'assurer l'administration du traitement systématique en cas d'indisponibilité des TI. Les composantes comprennent :

- l'établissement de délais modifiés, le cas échéant, pour la collecte et le traitement des échantillons afin d'éclairer la planification du traitement systématique (c.-à-d. déterminer quand les demandes de laboratoire et la collecte des échantillons doivent avoir lieu afin de disposer à temps des résultats de laboratoire avant l'administration planifiée du traitement systématique);
- veiller à ce que l'interprétation des résultats de laboratoire (p. ex. l'intégration des plages de référence) figure dans les rapports de laboratoire sur support papier (27,28);
- déterminer si le recours à des laboratoires externes doit être amorcé ou élargi si la capacité du laboratoire hospitalier est limitée.

CONSIDÉRATION 45 :

Les équipes de traitement systématique devraient collaborer avec leurs collègues du laboratoire et de la pathologie pour établir un processus de hiérarchisation et de partage des résultats critiques de laboratoire liés au traitement systématique (c.-à-d. les résultats nécessaires à la prise de décisions thérapeutiques immédiates) en cas d'indisponibilité des TI (2,22).

CONSIDÉRATION 46 :

Les équipes de traitement systématique devraient collaborer avec leurs collègues du laboratoire et de la pathologie afin de déterminer des moyens alternatifs de communication des résultats de laboratoire liés au traitement systématique si les systèmes électroniques habituels, tels que le DME, ne sont pas disponibles (2,18,22,41).

Les méthodes peuvent varier mais pourraient inclure l'utilisation du téléphone ou du télécopieur (s'ils sont disponibles), ou encore l'affectation temporaire de membres du personnel pour transmettre physiquement l'information du laboratoire vers les équipes de traitement systématique.

Les équipes peuvent également envisager de coordonner un processus par lequel les rapports de laboratoire sur support papier concernant les patients en traitement systématique sont physiquement séparés des rapports de laboratoire dans d'autres secteurs de l'hôpital par le personnel de laboratoire afin de faciliter leur repérage et leur collecte.

Priorisation des patients et aiguillages

Contexte

Les établissements de traitement systémique devraient se référer aux [Lignes directrices cliniques de planification en cas de pandémie pour les patients atteints de cancer](#) (37) et aux [Directives cliniques supplémentaires pour les patients atteints de cancer](#) (voir encadré latéral de la page) (42) comme lignes directrices récentes, propres à l'Ontario, en matière de priorisation des patients et d'aiguillage. Veuillez consulter ces documents pour des renseignements supplémentaires sur ce sujet.

Considérations organisationnelles

- Les répercussions d'une indisponibilité des TI sur les systèmes organisationnels d'intégration de l'aiguillage électronique (p. ex. Ocean eReferral) doivent être comprises. Si les systèmes d'aiguillage électronique sont touchés, des stratégies d'atténuation ou des solutions de rechange devraient être explorées (p. ex. communication de l'indisponibilité du système d'aiguillage électronique et/ou retour temporaire à des systèmes d'aiguillage sur support papier, lorsque disponibles).
- Une compréhension de la planification organisationnelle, régionale et provinciale d'un éventuel système d'aiguillage ou de transfert de patients doit être acquise, y compris en ce qui concerne des aspects comme le financement, les déplacements des patients et l'hébergement.

Considérations propres au traitement systémique

CONSIDÉRATION 47 :

S'il y a lieu, dans des situations de limitation soutenue de la capacité de traitement systémique (c.-à-d. durant plusieurs jours ou davantage), les établissements de traitement systémique devraient mettre en œuvre un cadre de priorisation des patients et de prise de décision éthique afin de guider l'ordre dans lequel les patients se voient offrir un traitement dans le ou les centres touchés, compte tenu des contraintes de ressources (2,22,37,41). La mise en œuvre d'un tel cadre de priorisation permet de garantir :

- une approche cohérente et équitable appliquée à tous les patients, et dans l'ensemble des établissements de traitement systémique touchés (37);
- que les patients soient priorisés en fonction du besoin (c.-à-d. la gravité des symptômes ou la nature potentiellement mortelle du cancer) et de l'efficacité du traitement (c.-à-d. maîtrise des symptômes graves ou mettant la vie en danger, prévention de situations cliniques instables, ou probabilité de guérison) (37,42).

CONSIDÉRATION 48 :

Adapté à partir des : [Lignes directrices cliniques de planification en cas de pandémie pour les patients atteints de cancer \(37\)](#), [Directives cliniques supplémentaires pour les patients atteints de cancer \(42\)](#).

Remarque : [Traduction] « La classification de priorité des patients vise à permettre une flexibilité déterminée par les circonstances locales et les ressources disponibles. Il est reconnu que les circonstances locales ou régionales ainsi que la disponibilité des ressources peuvent influencer la capacité d'un programme de cancérologie à suivre les critères » [Lignes directrices cliniques de planification en cas de pandémie pour les patients atteints de cancer \(37\)](#).

Catégories suggérées de priorisation des patients pour le traitement systémique :

Priorité A : Patients atteints de tumeurs agressives ou confrontés à des situations mettant leur vie en danger; certains patients déjà sous traitement systémique.

Priorité B : La majorité des patients recevant un traitement systémique.

Priorité C : Patients recevant des traitements hormonaux oraux (particulièrement en contexte adjuvant), des bisphosphonates i.v. comme seul traitement i.v., ou un suivi de routine.

Actions clés pour les patients de priorité A et B :

Patients classés « Priorité A » :

- Les patients déjà sous traitement systémique et classés Priorité A devraient continuer à être examinés.
- Les nouveaux aiguillages de patients évalués Priorité A devraient se voir offrir des rendez-vous si disponibles (ou être aiguillés vers d'autres établissements, le cas échéant).
- Si la capacité est insuffisante pour traiter tous les patients de cette catégorie, les patients confrontés à une situation mettant leur vie en danger ou ceux atteints d'une maladie potentiellement curable devraient être priorisés en premier.

Patients classés « Priorité B » :

- Les patients déjà sous traitement systémique et classés Priorité B devraient continuer à être examinés si la capacité le permet, mais pourraient être placés sur une liste d'attente si nécessaire.
- Les nouveaux aiguillages de patients évalués Priorité B devraient être triés, orientés dans le processus de rendez-vous et inscrits sur une liste d'attente (ou réaiguillés vers d'autres établissements, le cas échéant).

Directives générales concernant la priorisation des patients :

- Dans la mesure du possible, les patients actuellement sous traitement systémique devraient poursuivre leur thérapie.
- À mesure que la capacité de traitement systémique se libère, les patients dont les traitements ont été différés devraient être contactés pour fixer des rendez-vous.
- Pour les patients dont le traitement a été temporairement différé et qui figurent sur une liste d'attente, les équipes de traitement systémique devraient s'assurer qu'un mécanisme est en place (p. ex. suivis téléphoniques programmés) pour déterminer si l'état clinique d'un patient — et donc son niveau de priorité — évolue durant la période de report (c.-à-d. progression des symptômes ou de la maladie).
- Les patients en attente de traitement devraient disposer d'un moyen de contacter leur équipe de traitement systémique afin de discuter des problèmes pouvant survenir pendant la période de report.
- Un processus d'appel de la classification de priorisation d'un patient devrait être envisagé, les modalités précises étant déterminées par le ou les centres touchés.
- Le triage et la priorisation des patients devraient rester flexibles en fonction des ressources locales changeantes tout au long d'une indisponibilité des TI ou d'une situation d'urgence, les listes d'attente étant régulièrement revues et réévaluées.

CONSIDÉRATION 49 :

Les équipes de traitement systémique devraient prendre les décisions concernant la priorisation des patients et l'aiguillage au moyen d'une approche coordonnée localement et fondée sur le travail en équipe, afin d'assurer la cohérence de l'approche entre les fournisseurs et d'alléger le fardeau décisionnel des cliniciens individuels (37,42). Les équipes de traitement systémique devraient envisager d'intégrer la prise de décision concernant la priorisation des patients et/ou les aiguillages comme une fonction ou un sous-groupe de leur centre de commandement du traitement systémique établi en cas d'indisponibilité.

CONSIDÉRATION 50 :

En cas de limitation prolongée de la capacité de traitement systémique due à une indisponibilité prolongée des TI ou à une situation d'urgence, la mise en œuvre d'un processus de transfert ou de réaiguillage des patients prioritaires A et B (tel qu'énoncé dans la Considération n° 48) du ou des centres touchés vers d'autres établissements de traitement systémique devrait être envisagée (37). La mise en œuvre de processus de transfert/aiguillage viendrait s'ajouter à l'optimisation de l'utilisation de la capacité restante de traitement systémique au(x) centre(s) touché(s).

Les établissements de traitement systémique qui envisagent de mettre en place un processus de réaiguillage des patients devraient communiquer avec Santé Ontario pour discuter des prochaines étapes. Santé Ontario (Action Cancer Ontario) travaillerait avec le(s) établissement(s) touché(s) et la direction du Programme régional de cancérologie pour contribuer à faciliter et conseiller ce processus, si cela est justifié.

CONSIDÉRATION 51 :

Les répercussions importantes sur les patients de la priorisation et/ou des processus de transfert et de réaiguillage (si nécessaires) devraient être reconnues (37). Celles-ci peuvent inclure, sans toutefois s’y limiter, les préoccupations suivantes :

- Report potentiel du traitement et implications cliniques associées
- Si un aiguillage est envisagé, la perspective de recevoir leur traitement dans un nouvel endroit inconnu, y compris les aspects logistiques associés (p. ex. déplacements, coûts)
- Une diminution globale de l’accès et/ou de la communication avec leur équipe de soins de santé

Les équipes de traitement systémique devraient reconnaître l’importance d’une communication ouverte et constante avec les patients si des processus de priorisation ou d’aiguillage sont envisagés, comme élément clé pour atténuer ces préoccupations. Les équipes de traitement systémique devraient, lorsque possible, inclure des professionnels psychosociaux dans la prise de décisions et les discussions.

Lorsque disponibles, les équipes de traitement systémique devraient avoir recours à des navigateurs de patients pour faciliter les processus de transfert/aiguillage, y compris agir comme principal point de contact pour les questions ou préoccupations des patients.

CONSIDÉRATION 52 :

Les établissements de traitement systémique confrontés à une capacité réduite d’accepter de nouveaux aiguillages de patients lors d’une indisponibilité des TI devraient discuter des politiques et approches concernant la limitation ou la réorientation des nouveaux aiguillages de patients (p. ex. suspension de l’acceptation de nouveaux aiguillages pour certains groupes de patients, comme les patients en hématologie maligne complexe, ou les débuts de traitement systémique de jour 1) avec la direction du Programme régional de cancérologie et de Santé Ontario (Action Cancer Ontario).

CONSIDÉRATION 53 :

En cas de mise en œuvre d’un processus de transfert ou de réaiguillage de patients, les rôles de haut niveau des établissements de traitement systémique touchés, des Programmes régionaux de cancérologie et de Santé Ontario seraient les suivants (37) :

Santé Ontario :

- Appuyer les discussions entre régions et à l’échelle provinciale concernant les pressions sur la capacité et la stratégie globale.

Remarque : fournir des conseils et coordonner le réaiguillage de patients particuliers ne relève pas du mandat de Santé Ontario.

Programmes régionaux de cancérologie :

- Faciliter les discussions de réaiguillage à l'intérieur de leur région et/ou avec les régions voisines, en tenant Santé Ontario informé.

Établissements de traitement systémique :

- Faciliter le réaiguillage de patients individuels en traitement systémique (y compris la communication requise de fournisseur à fournisseur pour assurer la continuité des soins des patients).

CONSIDÉRATION 54 :

En cas de transferts de patients vers d'autres établissements de traitement systémique, les équipes de traitement systémique devraient s'assurer que la documentation clinique appropriée est transmise aux établissements receveurs afin de faciliter la continuité des soins (17,18).

Il est reconnu qu'une indisponibilité des TI peut limiter la portée et la disponibilité des dossiers médicaux pouvant être transférés. Lorsque possible, la documentation clinique pertinente à transmettre peut inclure :

- Antécédents médicaux pertinents, y compris les doses antérieures de traitement systémique reçues
- Diagnostic
- Planification et notes relatives au traitement systémique
- Ordonnances de traitement systémique et prescriptions de soins de soutien
- Imagerie pertinente, résultats de laboratoire et de pathologie, et autres résultats d'examens (p. ex. tests génétiques)

CONSIDÉRATION 55 :

Les équipes de traitement systémique peuvent souhaiter examiner les éléments suivants lorsqu'elles déterminent quels patients devraient être priorisés pour un traitement sur place plutôt qu'aiguillés vers d'autres établissements de traitement systémique :

- Fréquence de l'administration du traitement systémique
 - Les patients recevant des traitements moins fréquents, tels que le trastuzumab ou le rituximab en traitement d'entretien, peuvent être priorisés pour l'aiguillage, car ils auraient un fardeau de déplacement moindre.
 - Si plusieurs patients sont aiguillés vers plusieurs établissements de traitement systémique situés à des distances variables du centre touché, les patients sous régimes de traitement plus fréquents devraient être aiguillés vers des établissements géographiquement plus proches du site touché afin de réduire le fardeau global de déplacement.

- Complexité et/ou risques potentiels pour la sécurité de l'administration du traitement systémique
 - Les patients recevant des traitements avec perfusions continues, doses fixes ou calendriers de traitement prévisibles peuvent être priorisés pour un traitement sur place, étant donné la relative facilité d'administration de ces traitements par rapport à d'autres dans un contexte d'indisponibilité des TI (2).
- Facteurs liés aux patients et aux traitements
 - Facteurs cliniques tels que la stabilité du patient et les modalités de traitement combinées (p. ex. traitement systémique combiné à la radiothérapie).
 - Capacité globale du patient et désir de se déplacer, y compris les préoccupations potentielles de mobilité.
 - Capacité financière à se déplacer, y compris la disponibilité de financement public et privé.
 - Soutiens disponibles de la part des proches aidants.

La planification globale concernant la priorisation des patients et/ou les aiguillages devrait mettre l'accent sur l'autonomie et la prise de décision du patient.

CONSIDÉRATION 56 :

Les équipes de traitement systémique devraient tenir des registres détaillés de tous les patients transférés vers d'autres établissements de traitement systémique pour recevoir des soins. Ces registres devraient être rapprochés une fois que les patients sont rapatriés vers leur établissement de traitement systémique d'origine ou lorsqu'ils terminent leur traitement.

CONSIDÉRATION 57 :

Les équipes de traitement systémique devraient savoir que les aiguillages de patients Hors province (HP) ou Hors pays (HPa) pour le traitement systémique ne seraient généralement envisagés qu'une fois que toute la capacité de traitement systémique en Ontario a été épuisée.

Si la mise en œuvre de processus HP ou HPa s'avère finalement nécessaire, Santé Ontario travaillerait avec les établissements touchés pour fournir des renseignements et des conseils supplémentaires concernant ce processus.

Réduction et/ou réorientation des volumes de patients

Contexte

En cas d'indisponibilité prolongée des TI ou d'urgence entraînant une diminution de la capacité de traitement systémique, il peut être justifié d'envisager des méthodes permettant de traiter les

patients en dehors de l'unité de traitement systémique (p. ex. à domicile ou dans la collectivité) ou à une fréquence moindre que d'habitude, tout en maintenant l'efficacité clinique.

Considérations propres au traitement systémique

CONSIDÉRATION 58 :

Les établissements de traitement systémique devraient collaborer avec les organismes partenaires de leur région, comme Santé à domicile Ontario (anciennement Services de soutien à domicile et en milieu communautaire (SSDMC)) ou les pharmacies communautaires, afin d'examiner si certaines activités de soins aux patients pourraient être transférées vers le milieu communautaire pour accroître la capacité de traitement systémique (37). Les activités de soins aux patients pouvant être envisagées comprennent :

- Rinçage des verrous i.v. périphériques et des dispositifs d'accès veineux central (DAVC)
- Retrait de pompes ambulatoires
- Gestion des dispositifs de drainage (p. ex., drains chirurgicaux)
- Gestion des sondes de néphrostomie, thoraciques ou de plaie
- Changement de pansements
- Administration de traitements sous-cutanés (p. ex., traitements antihormonaux pour le cancer de la prostate ou du sein)

CONSIDÉRATION 59 :

Comme moyen potentiel d'accroître la capacité de traitement systémique, les prescripteurs peuvent envisager de mettre en œuvre les mesures suivantes si elles sont cliniquement appropriées et respectent les critères d'admissibilité au financement :

- Envisager de passer des immunothérapies à intervalle court à des immunothérapies à intervalle plus long, le cas échéant
- Envisager de passer de traitements parentéraux à des traitements oraux ou sous-cutanés qui n'ont pas nécessairement à être administrés sur place dans le centre touché
- Prioriser l'utilisation de régimes posologiques toutes les trois semaines plutôt qu'hebdomadaires, si cela est cliniquement approprié

Si des intervalles posologiques ou des régimes thérapeutiques alternatifs/non financés sont envisagés pour maximiser la capacité de traitement systémique en cas d'indisponibilité des TI ou d'urgence, et que votre hôpital souhaite confirmer l'admissibilité au financement auprès du Programme de financement des nouveaux médicaments (PFNM) de Santé Ontario :

- Communiquer avec votre spécialiste en matière de remboursement de Santé Ontario dans le cadre du PFMN par l'entremise d'eClaims
- Si l'accès à eClaims n'est pas disponible, écrire à : OH-CCO_InfoPDRP@ontariohealth.ca
- Des instructions supplémentaires et d'autres moyens de communication (p. ex., téléphone, télécopieur) seront fournis à votre hôpital, selon l'accès aux systèmes de communication et d'information. Veuillez ne pas envoyer de renseignements personnels sur la santé à Santé Ontario par courriel.

Ces mesures devraient uniquement être envisagées à la discrétion des prescripteurs en traitement systémique et adaptées individuellement à chaque patient selon ses circonstances cliniques et ses préférences thérapeutiques. Les circonstances propres au centre touché peuvent également influencer ces décisions (p. ex., ampleur des limites de capacité en traitement systémique, délai d'attente prévu pour le traitement, disponibilité d'autres établissements de traitement systémique pour l'aiguillage).

Si elles sont mises en œuvre, ces décisions thérapeutiques nécessiteraient une solide démarche d'éducation des patients (p. ex., discussion sur les raisons pour lesquelles ces modalités de traitement n'avaient pas été appliquées avant l'indisponibilité des TI ou l'urgence actuelles).

Récupération après une indisponibilité

Contexte

Une indisponibilité prolongée des TI est généralement résolue par la restauration des systèmes touchés à partir de versions de sauvegarde antérieures à l'événement, incluant une période de tests et de validation afin de garantir leur bon fonctionnement (1,2,7,43). Les systèmes de TI touchés peuvent être restaurés de façon échelonnée, en donnant priorité à certains systèmes essentiels.

Après la restauration des systèmes, il peut y avoir un arriéré important d'activités à gérer pour les équipes de traitement systémique, notamment les patients qui ont pu reporter leurs traitements pendant la panne des TI, les patients aiguillés vers d'autres centres qui pourraient être rapatriés vers leur établissement initial de traitement systémique, ainsi que les efforts supplémentaires requis pour numériser les dossiers papier créés pendant l'indisponibilité et les intégrer au DME.

Considérations organisationnelles

- Les répercussions des dossiers médicaux papier créés pendant une indisponibilité des TI sur les exigences de conservation des dossiers de santé d'un organisme doivent être comprises (c.-à-d. quelles versions de quels dossiers doivent être conservées et lesquelles peuvent être détruites de façon sécuritaire). Les équipes doivent s'en remettre aux services juridiques et aux services de gestion des dossiers de santé de leur organisation pour obtenir des directives.
- La saisie manuelle d'informations issues de dossiers papier dans le DME est un processus à haut risque d'erreur qui doit être appuyé par une communication claire, impliquer plusieurs membres

du personnel/vérifications en double, et se faire sous la supervision du service de gestion des dossiers de santé de l'organisation.

Considérations propres au traitement systémique

CONSIDÉRATION 60 :

À la suite d'une période d'indisponibilité des TI, les équipes de traitement systémique doivent veiller à ce que les documents de soins aux patients créés sur support papier pendant la période d'indisponibilité soient correctement saisis et intégrés dans le dossier médical électronique du patient (1). Les éléments de ce processus incluent :

- Ce processus ne doit commencer qu'après les directives de la direction organisationnelle/TI, afin de s'assurer que les systèmes de TI sont stables et que les données ne seront pas perdues.
- Le cas échéant, envisager d'inclure une note indiquant les dates des principaux documents consignés sur papier pendant l'indisponibilité et ensuite numérisés dans le DME, comme les évaluations des patients ou les notes d'évolution, pour en faciliter la consultation lors de leur numérisation(19).
 - Les cliniciens responsables du traitement systémique (p. ex. oncologues, pharmaciens) peuvent juger utile de documenter une note de synthèse dans le DME décrivant les informations clés relatives au traitement pendant l'indisponibilité des TI (p. ex. traitements administrés, dates, réductions de dose, etc.).
- Ce processus représentera probablement une charge de travail importante, particulièrement dans le cas d'une indisponibilité prolongée des systèmes de TI. Du temps additionnel et/ou du personnel supplémentaire pourraient être nécessaires pour faciliter ce processus, ce qui devrait être pris en compte dans la planification de la récupération après une indisponibilité des TI (17,27).

CONSIDÉRATION 61 :

Les rôles et responsabilités du personnel de traitement systémique liés à l'intégration de la documentation produite durant l'indisponibilité dans le dossier médical du patient doivent être clairement définis et communiqués.

Selon la profession ou le rôle, ce processus pourrait comprendre des paires de cliniciens procédant au rapprochement du dossier du patient (9,44), être dirigé par un pharmacien (30), ou par du personnel non clinique (17). Le rapprochement des dossiers pourrait être effectué par le personnel existant avec du temps spécifiquement alloué à cette tâche, ou, si les ressources le permettent, par le recrutement temporaire de personnel additionnel pour y contribuer (21).

CONSIDÉRATION 62 :

Les équipes de traitement systémique doivent définir quelles informations consignées sur papier pendant une indisponibilité des TI devraient ensuite être saisies manuellement dans le dossier

médical électronique (plutôt que simplement numérisées), afin de faciliter la continuité des soins du patient. En voici quelques exemples :

- Les doses de médicaments ou les régimes de traitement systémique administrés, particulièrement pour les médicaments ayant des limites de dose cumulative comme les anthracyclines (si cette fonctionnalité est disponible dans le DME).
- Les détails des réactions indésirables aux médicaments, réactions à la perfusion ou nouvelles allergies identifiées durant l'indisponibilité (19).

CONSIDÉRATION 63 :

À la fin d'une période d'indisponibilité des TI ou d'une situation d'urgence, les équipes de traitement systémique doivent organiser une ou plusieurs réunions rétrospectives pour examiner l'incident et la réponse de l'équipe (45). Ces réunions peuvent :

- Se tenir à différents niveaux de l'organisation (par profession/rôle, au niveau des services, à l'échelle organisationnelle).
- Viser à établir et valider la chronologie de la situation d'indisponibilité.
- Recueillir la rétroaction du personnel, des fournisseurs, des patients et des autres intervenants ayant participé à la réponse à l'indisponibilité, afin d'identifier les problèmes rencontrés et les pistes d'amélioration possibles des plans en cas d'indisponibilité.

CONSIDÉRATION 64 :

Une fois la ou les réunions rétrospectives sur l'indisponibilité en traitement systémique tenues, les équipes doivent travailler à mettre à jour les politiques et procédures associées à l'indisponibilité, en fonction des constats relevés, et ensuite communiquer les changements apportés aux membres du personnel et aux fournisseurs de traitement systémique.

Dans la mesure du possible, les équipes de traitement systémique devraient chercher à minimiser le délai entre la tenue des réunions rétrospectives et la mise à jour des plans, politiques et procédures relatifs au traitement systémique en cas d'indisponibilité.

Annexe 1 : Remerciements

Membres du Groupe de travail sur la préparation aux situations d'urgence pour les traitements systémiques

| Membre | Affiliation(s) |
|---|--|
| D^{re} Leta Forbes Présidente | Responsable provinciale, Programme de traitement systémique, Santé Ontario (Action Cancer Ontario) |
| Grant Fuller Auteur principal | Responsable, Programme de traitement systémique, Santé Ontario (Action Cancer Ontario) |
| Daniela Gallo-Hershberg | Gestionnaire de groupe, Programme de traitement systémique, Santé Ontario (Action Cancer Ontario) |
| Dana Root | Pharmacienne principale en oncologie, Programme régional de cancérologie de Windsor |
| Christina Mason | Gestionnaire de la pratique clinique, Programme de cancérologie, Programme régional de cancérologie de Windsor |
| Susan Rieger | Gestionnaire, Services cliniques régionaux, Programme régional de cancérologie du Sud-Ouest, London Health Sciences Centre |
| Anna Granic | Coordonnatrice en pharmacie, Centre de cancérologie, Waterloo Regional Health Network |
| Jennifer Smyth | Directrice, Programmes régionaux de cancérologie et Hématologie, Hôpital Juravinski et Centre de cancérologie Juravinski, Hamilton Health Sciences |
| Sabiha Delawala | Pharmacienne principale en oncologie, William Osler Health System |
| Navin Gooool | Gestionnaire, Services de codage, Qualité des données, Gestion et rapports de données, Soutien décisionnel, Sunnybrook Health Sciences Centre |
| Amelia Hoyt | Dirigeante principale de l'Information, Gestion et Technologies de l'information (GTI), Hôpital Michael Garron, Toronto East Health Network |
| D^r Suneil Khanna | Oncologue médical, Hôpital St. Michael, Unity Health Toronto |
| Laurie Palazzolo | Gestionnaire, Cliniques externes de traitement systémique, Unité de traitement systémique et équipe administrative du Stronach Cancer Centre, Responsable régionale des soins infirmiers en oncologie (région du Centre), Southlake Health |

| Membre | Affiliation(s) |
|--|--|
| Darrilyn Lessels | Gestionnaire des soins aux patients, Durham Regional Cancer Centre, Service de traitement systémique, Soins palliatifs externes, Programme d'oncologie psychosociale, Responsable régionale des soins infirmiers en oncologie (région du Centre-Est), Lakeridge Health |
| Patricia Stefancsisc-Korenevsky | Gestionnaire intérimaire en pharmacie, Pratique en oncologie et préparation aseptique, Kingston Health Sciences Centre |
| Lynne Jolicoeur | Infirmière praticienne avancée en traitement systémique régional, responsable des soins infirmiers en oncologie et des soutiens aux symptômes, Programme régional de cancérologie de Champlain, L'Hôpital d'Ottawa |
| Kayla Gerrity | Gestionnaire, Cliniques ambulatoires d'oncologie et Programmes diagnostiques, Programme régional de cancérologie d'Hudson, Royal Victoria Regional Health Centre |
| D^{re} Lacey Pitre | Oncologue médicale, chef de l'oncologie, Shirley & Jim Fielding Northeast Cancer Centre, Horizon Santé-Nord |
| Stephanie Winn | Vice-présidente des Services chirurgicaux et cliniques, Horizon Santé-Nord |
| Lori Hygaard | Gestionnaire intérimaire des cliniques externes, Soins infirmiers, Traitements systémiques, Soins palliatifs et Soins de soutien, Regional Cancer Care Northwest, Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay |
| Ravi V. | Représentant des patients et familles |
| Carla B. | Représentante des patients et familles |

Collaboratrice importante :

Kimberly Kerr, bibliothécaire médicale (Bureau de la recherche), Santé Ontario

Annexe 2 : Stratégie de recherche documentaire

Plage de dates : 2014 — présent

Langue : Anglais

Base(s) de données :

Embase <1974 au 21 août 2024>

Ovid MEDLINE(R) ALL <1946 au 21 août 2024>

Stratégie de recherche :

| N° | Requête | Résultats au 22 août 2024 |
|----|--|---------------------------|
| 1 | exp systemic therapy/ or exp radiation oncology/ or exp cancer chemotherapy/ or exp oncology ward/ | 733 160 |
| 2 | exp health care facility/ or *hospital/ or clinical practice/ | 2 467 473 |
| 3 | ((healthcare or health care or clinical or medical or cancer) adj2 (facilit* or centre* or center* or office* or practice*)).ti,ab,kw. | 1 337 748 |
| 4 | (systemic treatment or systemic therapy or oncolog* or chemotherap* or hospital* or organization* or facilit*).ti,ab,kw. | 8 983 889 |
| 5 | exp disaster planning/ or disaster/ or patient safety/ | 255 755 |
| 6 | (respond* or response or readiness or prepare* or resilience or continuity or contingency or patient* safety).ti,ab,kw. | 8 678 356 |
| 7 | (incident command or incident report*).ti,ab,kw. | 7 966 |
| 8 | exp cyberattack/ or cybersecurity/ | 7 927 |
| 9 | (cyberattack* or cyber-attack* or cyber attack* or cyber or ransomware or cyber-crime*).ti,ab,kw. | 7 765 |
| 10 | ((information technology or information system* or network*) adj3 (offline or off-line or outage* or downtime or shutdown or failure or paraly* or disruption*)).ti,ab,kw. | 5 226 |
| 11 | 1 or 2 or 3 or 4 | 11 142 766 |
| 12 | 5 or 6 or 7 | 8 850 138 |
| 13 | 8 or 9 or 10 | 19 897 |
| 14 | 11 and 12 and 13 | 831 |
| 15 | 14 use oemezdz | 583 |
| 16 | exp antineoplastic protocols/ or antineoplastic combined chemotherapy protocols/ or exp radiation oncology/ or hospital departments/ or oncology service, hospital/ | 606 924 |
| 17 | exp health facilities/ or *hospitals/ | 2 995 531 |
| 18 | ((healthcare or health care or clinical or medical or cancer) adj2 (facilit* or centre* or center* or office* or practice*)).ti,ab,kw. | 1 337 748 |
| 19 | (systemic treatment or systemic therapy or oncolog* or chemotherap* or hospital* or organization* or facilit*).ti,ab,kw. | 8 983 889 |

| N° | Requête | Résultats au 22 août 2024 |
|----|--|---------------------------------|
| 20 | exp disaster planning/ or disasters/ or patient safety/ | 272 379 |
| 21 | (respond* or response or readiness or prepare* or resilience or continuity or contingency or patient* safety).ti,ab,kw. | 8 678 356 |
| 22 | (incident command or incident report*).ti,ab,kw. | 7 966 |
| 23 | exp computer security/ | 21 374 |
| 24 | (cyberattack* or cyber-attack* or cyber attack* or cyber or ransomware or cyber-crime*).ti,ab,kw. | 7 765 |
| 25 | ((information technology or information system* or network*) adj3 (offline or off-line or outage* or downtime or shutdown or failure or paraly* or disruption*)).ti,ab,kw. | 5 226 |
| 26 | 16 or 17 or 18 or 19 | 11 452 723 |
| 27 | 20 or 21 or 22 | 8 863 477 |
| 28 | 23 or 24 or 25 | 33 086 |
| 29 | 26 and 27 and 28 | 1 191 |
| 30 | 29 use medall | 507 |
| 31 | 15 or 30 | 1 090 |
| 32 | remove duplicates from 31 | 784 |
| 33 | limit 32 to yr="2014-Current" | 567* |

*duplicates removed

Annexe 3 : Références

1. Oliver M., Pearce A., Stillwaugh L., Leszczynski K. The Impact of a Cyberattack at a Radiation Oncology Department: Immediate Response and Future Preparedness. *Advances in Radiation Oncology*. 2022; 7(5):100896-undefined.
2. Ades S, Herrera DA, Lahey T, Thomas AA, Jasra S, Barry M, et coll. Cancer Care in the Wake of a Cyberattack: How to Prepare and What to Expect. *JCO Oncology Practice*. 2022 janvier; 18(1):23–34.
3. Gay HA, Santiago R, Gil B, Remedios C, Montes PJ, López-Araujo J, et coll. Lessons Learned From Hurricane Maria in Puerto Rico: Practical Measures to Mitigate the Impact of a Catastrophic Natural Disaster on Radiation Oncology Patients. *Practical Radiation Oncology*. Le 1er septembre 2019; 9(5):305–21.
4. Flavin A, O’Toole E, Murphy L, Ryan R, McClean B, Faul C, et coll. A National Cyberattack Affecting Radiation Therapy: The Irish Experience. *Adv Radiat Oncol*. Le 6 août 2022; 7(5):100914.
5. Haase K.K., Whitworth M.M., Yalamanchili K. Clinicians’ experiences and reflections from a health system cyberattack. *JACCP Journal of the American College of Clinical Pharmacy*. 2021; 4(6):738–42.
6. Karas A. Code Grey: Lessons from a Malware Attack [Internet]. *Ordre des pharmaciens de l’Ontario, Pharmacy Connection*. 2022 [cité le 6 mai 2025]. Disponible sur : pharmacyconnection.ca/code-grey-lessons-from-a-malware-attack/
7. Ministère de la Santé et des Services communautaires, ministère de la Justice et de la Sécurité publique. Cyberattack on the Newfoundland and Labrador Health Care System [Internet]. 2023 [cité le 6 mai 2025]. Disponible sur : gov.nl.ca/hcs/files/OVERVIEW-NL-Health-Cyber-Incident-March-2023.pdf
8. Minghella L. Healthcare Innovation. 2013 [cité le 27 août 2024]. Be Prepared: Lessons from an Extended Outage of a Hospital’s EHR System. Disponible sur : hcinnovationgroup.com/cybersecurity/disaster-recovery-business-continuity/article/13021926/be-prepared-lessons-from-an-extended-outage-of-a-hospitals-ehr-system
9. Lyon R, Jones A, Burke R, Baysari MT. What Goes Up, Must Come Down: A State-of-the-Art Electronic Health Record Downtime and Uptime Procedure in a Metropolitan Health Setting. *Appl Clin Inform*. Le 5 juillet 2023; 14(3):513–20.
10. Bartock M, Cichonski J, Souppaya M, Smith M, Witte G, Scarfone K. Guide for Cybersecurity Event Recovery [Internet]. *National Institute of Standards and Technology*; décembre 2016 [cité le 31 juillet 2024]. Report No.: NIST Special Publication (SP) 800-184. Disponible sur : csrc.nist.gov/pubs/sp/800/184/final

11. Kashiwagi D.T., Sexton M.D., Souchet Graves C.E., Johnson J.M., Callies B.I., Yu R.C., et coll. All CLEAR? Preparing for IT Downtime. American journal of medical quality : the official journal of the American College of Medical Quality. 2017; 32(5):547–51.
12. Nelson CJ, Soisson ET, Li PC, Lester-Coll NH, Gagne H, Deeley MA, et coll. Impact of and Response to Cyberattacks in Radiation Oncology. Advances in Radiation Oncology. Le 1er septembre 2022; 7(5):100897.
13. Nelson A. Incident Response Recommendations and Considerations for Cybersecurity Risk Management: A CSF 2.0 Community Profile [Internet]. Gaithersburg, MD: National Institute of Standards and Technology; 2024 [cité le 18 septembre 2024] p. NIST SP 800-61r3 ipd. Report No.: NIST SP 800-61r3 ipd. Disponible sur : nvlpubs.nist.gov/nistpubs/SpecialPublications/NIST.SP.800-61r3.ipd.pdf
14. Une norme nationale pour la cybersécurité en santé [Internet]. SoinsSantéCAN. [cité le 5 novembre 2024]. Disponible sur : healthcarecan.ca/fr/portfolio_item/une-norme-nationale-pour-la-cybersecurite-en-sante/
15. Faul C., Robinson J., Carey J., McArdle O., Ryan L., Woods R., et coll. Effect of the Cyberattack Targeting the Irish Health System in May 2021 on Radiation Treatment at St. Luke’s Radiation Oncology Network. Advances in Radiation Oncology. 2022; 7(5):100993-undefined.
16. Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada (ISMP Canada). Éliminer l’utilisation dangereuse d’abréviations [Internet]. [cité le 2 juin 2025]. Disponible sur : ismpcanada.ca/fr/resource/ne-pas-utiliser-liste/
17. ASPR TRACIE [Internet]. [cité le 2 septembre 2024]. Healthcare Cybersecurity. Disponible sur : asprtracie.hhs.gov/cybersecurity
18. Kanjeekal S, Mathews J. Blueprint to Survive a Cyberattack: Windsor Regional Cancer Centre. Comité du programme des traitements systémiques (Santé Ontario, Action Cancer Ontario); le 19 juin 2024.
19. EMR Downtime Procedures | [Internet]. [cité le 27 août 2024]. Disponible sur : digitalhealth.wh.org.au/downtime-procedures/
20. Ash J, Singh H, Sittig D. Self-Assessment: Contingency Planning. The Office of the National Coordinator for Health Information Technology. 2016;
21. American Medical Association. 10.1001stepsforward.2017.0017supp3.docx [Internet]. [cité le 27 août 2024]. Disponible sur : edhub.ama-assn.org/data/Journals/steps-forward/937327/10.1001stepsforward.2017.0017supp3.docx
22. Abbou B, Kessel B, Ben Natan M, Gabbay-Benziv R, Dahan Shriki D, Ophir A, et coll. When all computers shut down: the clinical impact of a major cyber-attack on a general hospital. Front Digit Health. Le 16 février 2024; 6:1321485.

23. Stowman AM, Cacciatore LS, Cortright V, McConnell J, Wilburn C, Bryant B, et coll. Anatomy of a Cyberattack: Part 3: Coordination in Crisis, Development of an Incident Command Team, and Resident Education During Downtime. *American journal of clinical pathology*. 2022; 157(6):814–22.
24. Harrison A.S., Sullivan P., Kubli A., Wilson K.M., Taylor A., DeGregorio N., et coll. How to Respond to a Ransomware Attack? One Radiation Oncology Department’s Response to a Cyber-Attack on Their Record and Verify System. *Practical Radiation Oncology*. 2022; 12(2):170–4.
25. Stowman A.M., Frisch N., Gibson P.C., John T.S., Cacciatore L.S., Cortright V., et coll. Anatomy of a Cyberattack: Part 1: Managing an Anatomic Pathology Laboratory During 25 Days of Downtime. *American Journal of Clinical Pathology*. 2022; 157(4):510–7.
26. Feeley A., Lee M., Crowley M., Feeley I., Roopnarinesingh R., Geraghty S., et coll. Under viral attack: An orthopaedic response to challenges faced by regional referral centres during a national cyber-attack. *The surgeon : journal of the Royal Colleges of Surgeons of Edinburgh and Ireland*. 2022; 20(5):334–8.
27. EHR Downtime Guidelines [Internet]. [cité le 5 septembre 2024]. Disponible sur : rmf.harvard.edu/Risk-Prevention-and-Education/Guidelines-and-Algorithms-Catalog-Page/Guidelines-Algorithms/2017/EHR-Downtime-Guidelines
28. Goodwin A., Wilburn C., Wojewoda C., Mesec J., Cacciatore L.S., Grove S.-A., et coll. Anatomy of a Cyberattack: Part 2: Managing a Clinical Pathology Laboratory During 25 Days of Downtime. *American Journal of Clinical Pathology*. 2022; 157(5):653–63.
29. Tarka M, Blankstein M, Schottel P. The crippling effects of a cyberattack at an academic level 1 trauma center: An orthopedic perspective. *Injury*. Avril 2023; 54(4):1095–101.
30. Santalo O., Perez G., Lorich C., Greenberg M., Hernandez J.M., Bohorquez R., et coll. Defining key pharmacist and technician roles in response to a hospital downtime or cyberattack. *Journal of the American Pharmacists Association*. 2022; 62(5):1518–23.
31. Pinkham DW, Sala IM, Soisson ET, Wang B, Deeley MA. Are you ready for a cyberattack? *Journal of Applied Clinical Medical Physics*. 2021; 22(10):4–7.
32. Centre d’excellence pour la cybersécurité. Sauvegarde et récupération.
33. Centre de la sécurité des télécommunications Canada. Centre canadien pour la cybersécurité. 2020 [cité le 31 juillet 2024]. Sauvegarder et récupérer vos données (ITSAP.40.002). Disponible sur : cyber.gc.ca/fr/orientation/sauvegarder-et-recuperer-vos-donnees-itsap40002
34. National Cybersecurity Center of Excellence. Protecting Data from Ransomware and Other Data Loss Events: A Guide for Managed Service Providers to Conduct, Maintain, and Test Backup Files. Le 24 avril 2020 [cité le 31 juillet 2024]; Disponible sur : csrc.nist.gov/pubs/other/2020/04/24/protecting-data-from-ransomware-and-other-data-los/final

35. Yu J.B., Dicker A.P., Lester-Coll N.H., Tsai C.J., Zawalich M. Practical Steps to Mitigate Cybersecurity Attacks on Radiation Oncology Practices. *Practical Radiation Oncology*. 2023;13(5):429–33.
36. Patel A.U., Williams C.L., Hart S.N., Garcia C.A., Durant T.J.S., Cornish T.C., et coll. Cybersecurity and Information Assurance for the Clinical Laboratory. *The journal of applied laboratory medicine*. 2023;8(1):145–61.
37. Santé Ontario (Action Cancer Ontario). Lignes directrices cliniques de planification en cas de pandémie pour les patients atteints de cancer. Disponible sur : cancercareontario.ca/fr/guidelines-advice/types-of-cancer/64736
38. Doughty H., Chowdhury F., Ameh V., Batrick N., Baxter L., Bolton-Maggs P., et coll. Emergency preparedness, resilience and response guidance for UK hospital transfusion teams. *Transfusion Medicine*. 2020;30(3):177–85.
39. Grance T, Nolan T, Burke K, Dudley R, White G, Good T. Guide to test, training, and exercise programs for IT plans and capabilities [Internet]. 0 ed. Gaithersburg, MD: National Institute of Standards and Technology; 2006 [cité le 18 septembre 2024] p. NIST SP 800-84. Report No.: NIST SP 800-84. Disponible sur : nvlpubs.nist.gov/nistpubs/Legacy/SP/nistspecialpublication800-84.pdf
40. CRR Supplemental Resource Guide, Volume 5: Incident Management.
41. Harvey H, Carroll H, Murphy V, Ballot J, O’Grady M, O’Hare D, et coll. The Impact of a National Cyberattack Affecting Clinical Trials: The Cancer Trials Ireland Experience. *JCO Clin Cancer Inform*. Le 13 avril 2023; 7:e2200149.
42. Santé Ontario (Action Cancer Ontario). Directives cliniques supplémentaires pour les patients atteints de cancer. Disponible sur : cancercareontario.ca/fr/guidelines-advice/types-of-cancer/64736
43. Commission mixte. Préserver la sécurité des patients après une cyberattaque. *Alerte Sentinelle*. Le 15 août 2023; (67).
44. Dave K, Boorman RJ, Walker RM. Management of a critical downtime event involving integrated electronic health record. *Collegian*. Le 1er octobre 2020; 27(5):542–52.
45. Cybersecurity and Infrastructure Security Agency. Incident Response Plan (IRP) Basics.