

Programme de don croisé de rein :

Réunion du réseau de don vivant

6 mars 2020 | Toronto (Ontario)

Public (P)



**Société
canadienne
du sang**

SANG
PLASMA
CELLULES SOUCHES
ORGANES
ET TISSUS



**Société
canadienne
du sang**

SANG
PLASMA
CELLULES SOUCHES
ORGANES
ET TISSUS

Remerciements

La Société canadienne du sang remercie les membres du Comité consultatif sur les dons d'organes de personnes vivantes et du Comité consultatif sur la transplantation rénale, ainsi que le comité de planification de leur soutien à la présente initiative. De plus, nous remercions tous les participants du temps qu'ils ont consacré à la réunion, des idées qu'ils ont formulées librement et de leur contribution enthousiaste et énergique. Votre engagement envers le don vivant est une source d'inspiration!

La réunion a été rendue possible grâce au financement de Santé Canada. Les opinions exprimées dans le présent document ne reflètent pas nécessairement le point de vue de Santé Canada ou de tout autre organisme de financement.

Rapport publié en août 2020

Société canadienne du sang

1800, promenade Alta Vista
Ottawa (Ontario) K1G 4J5
Canada

Vous avez des questions ou des commentaires?

La Société canadienne du sang accueille avec plaisir les questions et les commentaires. Il suffit de les envoyer par courriel à kpd@blood.ca.

Résumé

Ce rapport présente un survol de l'activité Programme de don croisé de rein : réunion du réseau de don vivant, qui a eu lieu le 6 mars 2020 à Toronto, en Ontario. Organisée par la Société canadienne du sang, la réunion a rassemblé plus de 60 personnes, dont des coordonnateurs de don vivant et de greffe, des responsables de programmes et des professionnels chargés de l'assurance-qualité. La réunion visait à faciliter :

1. la création de réseaux professionnels entre les coordonnateurs, les chefs et les groupes d'assurance-qualité œuvrant dans les programmes de don vivant;
2. la tenue d'ateliers permettant de repérer et de gérer les obstacles qui entravent l'évaluation efficace des chaînes et influent sur le temps de finalisation des chaînes dans le cadre du Programme de don croisé de rein, et de discuter des défis et des succès qui marquent le processus d'expédition et de réception des reins.

Contexte

La greffe de rein de donneur vivant (GRDV) représente le meilleur traitement sur le plan médical de l'insuffisance rénale et comporte de nombreux avantages par rapport au don de rein de personnes décédées. Les programmes de don de personnes vivantes de toutes les provinces du Canada s'efforcent d'accroître le don de rein provenant de personnes vivantes afin d'améliorer l'accès à la transplantation pour les Canadiens en attente d'un rein.

Le taux de don par million d'habitants du Canada (dpmh) pour ce qui est du don vivant a fléchi de 8,4 % de 2008 à 2018. En 2018, le Programme de don croisé de rein (DCR) a connu son année la plus fructueuse depuis sa création et a ajouté 73 greffes au total national des greffes rénales permises par des donneurs vivants. Sans cet apport, le déclin du taux de don de personnes vivantes du Canada aurait été encore plus marqué.

La Société canadienne du sang est responsable des registres nationaux de patients, des programmes d'échange interprovincial d'organes et des pratiques exemplaires qui contribuent à l'amélioration et à l'augmentation du don d'organes et de la transplantation. Le Programme DCR est exploité par la Société canadienne du sang, qui est conseillée par le Comité consultatif sur les dons d'organes de personnes vivantes et le Comité consultatif sur la transplantation rénale. Les deux comités comptent des représentants de chacun des programmes de don vivant ou de greffe du Canada. Les comités ont jugé nécessaire de réunir les coordonnateurs et les chefs des programmes de don vivant afin d'établir des liens entre les programmes d'une même province et entre ceux des autres provinces. Ils souhaitent ensuite miser sur ces liens pour renforcer la collaboration nationale dans le but d'aplanir ou d'éliminer les obstacles qui nuisent à l'examen efficace des jumelages et influent sur le temps de finalisation des chaînes pour améliorer l'efficacité globale du Programme DCR dans l'intérêt des patients et des donneurs.

Le Programme DCR a pour but de réagencer les donneurs et les receveurs de paires incompatibles de façon à former des chaînes de nouveaux jumelages qui permettront à chaque candidat à la greffe d'une chaîne d'obtenir un rein médicalement compatible. Une fois qu'une chaîne a été trouvée, l'évaluation des jumelages entre les donneurs et les candidats s'effectue au moyen d'un ensemble de tâches et de processus. Des retards dans l'exécution des tâches d'évaluation des jumelages risquent d'entraîner le



prolongement de l'attente avant la réalisation des dons et des greffes pour toutes les personnes concernées par la chaîne. Plus il s'écoule de temps entre la proposition de jumelage et la réalisation des interventions chirurgicales, plus le risque qu'un événement touche un ou plusieurs participants de la chaîne et les empêche de procéder à l'intervention croît. La perte d'une greffe potentielle dans une chaîne peut entraîner la perte d'une possibilité de transplantation pour d'autres participants de la chaîne, voire de tous les patients qui la composent. Certains problèmes, comme des ennuis de santé, ne peuvent être corrigés et entraîneront l'annulation de greffes. Sans cesse à l'affût de problèmes susceptibles d'entraver le bon déroulement des chaînes, l'équipe du Programme DCR repère les obstacles modifiables et collabore avec les coordonnateurs des programmes de don vivant pour les régler le plus vite possible et finaliser l'exécution des chaînes.

Contexte

À l'heure actuelle, 17 programmes de don vivant et 6 programmes de signalement participent au Programme DCR. Trois comités consultatifs cliniques soutiennent l'orientation et l'évolution de ce programme : le Comité consultatif sur la transplantation rénale, le Comité consultatif sur les dons d'organes de personnes vivantes et le Comité consultatif national HLA.

Le DCR est un exemple de réussite pour ce qui est de la collaboration entre les provinces et il transcende les frontières provinciales en matière de soins de santé dans l'intérêt des patients. Chaque année, il permet de réaliser environ 80 greffes rénales, un nombre assez constant. Sur les 4 713 greffes de rein de donneur vivant réalisées de 2008 à 2018, 639 (13 %) relevaient du DCR.

Le Comité consultatif sur la transplantation rénale, le Comité consultatif sur les dons d'organes de personnes vivantes et les programmes de don de personnes vivantes ont indiqué qu'il faut régler les problèmes suivants si l'on veut améliorer le succès du DCR :

- l'exécution consécutive, plutôt qu'en parallèle, de l'évaluation médicale et de l'évaluation chirurgicale peut étirer le temps d'approbation d'un donneur jumelé;
- la difficulté de trouver des dates disponibles dans la même semaine au bloc opératoire de plusieurs établissements, en raison des disponibilités limitées des salles d'opération et des chirurgiens, particulièrement dans les plus petits programmes;
- le refus des donneurs de se déplacer augmente le travail et le temps requis pour trouver la meilleure façon d'amener le rein au receveur, et cela peut entraîner le bris d'une chaîne;
- le fait que certains établissements n'acceptent pas un rein expédié ou ne souhaitent pas recevoir de reins expédiés peut provoquer le bris d'une chaîne si le donneur ne veut pas ou ne peut pas se déplacer;
- l'envoi ou le téléversement de dossiers incomplets dans le RCT, l'utilisation de différents formulaires par les programmes pour la préparation des donneurs, les tests périmés et la demande de tests de dépistage supplémentaires par certains établissements peuvent tous causer des retards dans l'examen des dossiers et l'approbation des donneurs.

Un maillage solide entre les programmes de don et les programmes de greffe peut aider à régler un grand nombre des problèmes existants puisque cela facilite la collaboration entre les différents centres en vue d'atténuer ou d'éliminer les obstacles qui entravent le bon fonctionnement de ce programme.

Sommaire de la réunion

La réunion s'est ouverte sur une plénière, suivie de deux séances en petits groupes menées simultanément. Une séance regroupait les chefs, et l'autre les coordonnateurs et les professionnels de l'assurance-qualité. Chaque groupe a examiné des stratégies visant à assurer des réseaux de communications efficaces. De plus, les coordonnateurs et les responsables d'assurance-qualité ont discuté des lignes directrices sur la participation au DCR des paires compatibles et examiné la documentation préliminaire relative au candidat sans paire.

En après-midi, tous les participants se sont retrouvés dans des ateliers où l'on a abordé les défis entourant la finalisation efficace des chaînes et l'expédition ou la réception des reins. Chaque atelier visait à explorer les solutions ayant fonctionné pour certains programmes et à échanger des idées sur d'autres approches possibles pour régler les défis restants. Le présent rapport recense ces solutions possibles et certaines des recommandations formulées.

Séance en petits groupes : communications en réseau

Pour faciliter le développement de réseaux professionnels au sein des groupes de coordonnateurs, de chefs et de responsables d'assurance-qualité des programmes de don vivant du Canada, les objectifs étaient les suivants :

- Donner aux coordonnateurs, aux chefs de programme et au personnel d'assurance-qualité l'occasion de se rencontrer pour établir dans un premier temps de solides relations de travail entre les programmes et entre les provinces; les programmes pourront ainsi se soutenir l'un l'autre dans le cadre de leur collaboration au DCR afin d'aider tous leurs patients.
- Discuter de la possibilité de créer une plateforme de réseautage en ligne où les membres pourraient communiquer entre eux librement, rapidement et facilement.
- Accroître la communication entre les coordonnateurs et les chefs des programmes afin de partager les points forts et les réussites à l'échelle du réseau dans le but de maximiser le potentiel du Programme DCR pour les patients.
- Tirer des apprentissages de l'expertise unique et de l'apport des responsables de l'assurance-qualité en les invitant à faire partie du réseau.

À la suite des discussions tenues lors de la réunion, le groupe des chefs et celui des coordonnateurs et des responsables de l'assurance-qualité étaient d'accord pour amorcer la création d'une plateforme de réseautage informel afin de faciliter les communications entre les collègues et les pairs.

Réseau des chefs : recommandations et prochaines étapes

Le groupe a convenu d'établir un comité de planification pour discuter de la mise en œuvre de réunions régulières du réseau et les planifier. Le groupe a manifesté de l'intérêt pour mener une analyse comparative qui permettra de comprendre la structure des autres programmes sur les plans du personnel, du financement et des ressources.

La Société canadienne du sang a présenté la plateforme collaborative informelle SLACK au groupe des chefs. Il y a eu consensus au sein du groupe pour recueillir les adresses courriel et créer une plateforme en ligne au moyen de SLACK.



**Société
canadienne
du sang**

SANG
PLASMA
CELLULES SOUCHES
ORGANES
ET TISSUS

Recommandations :

1. Envoyer un sondage au groupe de gestion pour obtenir de l'information permettant de mieux comprendre les différences et les ressemblances entre les programmes du pays pour ce qui est du volume de transplantations (donneurs vivants et donneurs décédés), des ratios en personnel, du financement et d'autres facteurs.
2. Créer un canal SLACK à l'intention des chefs pour leur permettre de communiquer, d'échanger sur leurs expériences collectives, de discuter des problèmes de gestion et d'apprendre les uns des autres.
3. Les prochaines réunions des chefs pourraient porter sur des sujets comme la traduction des dossiers de patients, le format des TDM, l'expédition et la réception des reins, la disponibilité des salles d'opération, la structure et le format des dossiers téléversés et le protocole de préparation des donneurs.

Réseau des coordonnateurs et des responsables de l'assurance-qualité : recommandations et prochaines étapes

Le groupe a réagi positivement à l'idée de créer une plateforme collaborative au moyen de SLACK. Il y a plusieurs nouveaux coordonnateurs, et tous reconnaissent qu'il est nécessaire d'implanter un système qui permettra d'offrir un meilleur soutien. Une plateforme en ligne pourrait favoriser la création d'un système d'accompagnement à l'échelle du Canada, où les nouveaux coordonnateurs pourraient poser des questions et recevoir une formation supplémentaire au besoin.

Recommandations :

1. Poursuivre les réunions régulières des coordonnateurs; toutefois, leur structure et leur contenu devraient être revus, en fonction de la rétroaction reçue des coordonnateurs actuels.
2. Les réunions des coordonnateurs devraient comprendre plus de temps pour permettre aux programmes de partager de l'information et de travailler à la création d'un réseau national de coordonnateurs de don vivant.
3. Les futures réunions des coordonnateurs pourraient porter sur des sujets comme les inspections de Santé Canada, la discussion des cas complexes et les stratégies de collecte de données pré- et post-transplantation.

Séance en petits groupes : groupe des coordonnateurs et des responsables de l'assurance-qualité

En plus d'une discussion des possibilités de réseautage, la séance des coordonnateurs et des responsables de l'assurance-qualité a été l'occasion d'aborder deux autres sujets dans le but de :

1. partager les principes directeurs sur la participation des paires compatibles au Programme DCR qui ont été définis par le Comité consultatif sur la transplantation rénale et le Comité consultatif sur les dons d'organes de personnes vivantes lors de leur réunion en personne, en mai 2019;
2. recueillir les commentaires à l'intention des comités sur la documentation préliminaire relative au candidat sans paire.

Principes directeurs sur la participation des paires compatibles

Une paire compatible pourrait souhaiter participer au DCR pour trouver un donneur ayant un rein mieux adapté au candidat. Par exemple, on pourrait rechercher une meilleure correspondance pour ce qui est de l'âge, des antigènes HLA ou de la taille du rein. Des paires compatibles pourraient également souhaiter participer au DCR pour des raisons altruistes, c'est-à-dire dans le but d'aider les autres en augmentant le nombre de greffes possibles dans une chaîne. L'analyse a démontré que les candidats à la greffe qui sont d'un autre groupe que O et qui sont accompagnés d'un donneur de groupe O apportent une aide précieuse au Programme DCR, puisqu'ils sont les plus faciles à jumeler dans une chaîne.

Toutes les paires compatibles (HLA et groupe sanguin) peuvent participer au Programme DCR selon les principes suivants :

- le jumelage de paires compatibles ne doit pas désavantager des paires incompatibles présentant des besoins importants (p. ex., des patients hyperimmunisés);
- la participation est volontaire;
- les paires compatibles comptant un candidat à une transplantation préemptive (le candidat n'est pas en dialyse) ne devraient normalement pas recevoir d'offre du DCR à moins de considérations particulières liées à une compatibilité sous-optimale de la paire ou pour des motifs altruistes;
- les centres compareront le nouveau donneur proposé pour le candidat avec le donneur compatible avec qui il forme une paire et décideront dans les 24 heures si le nouveau jumelage est plus souhaitable. Si le nouveau donneur jumelé est préférable, le centre acceptera d'évaluer le jumelage;
- tous les paramètres des filtres doivent correspondre aux besoins du candidat, et ceux-ci figureront dans le dossier en vue de la transplantation au moment de son activation.
- les caractéristiques que le programme cherche à améliorer doivent être connues et avoir été approuvées par l'équipe responsable du candidat avant l'activation de son dossier dans le DCR, et une note doit être versée au dossier du candidat dans le RCT pour faciliter la comparaison du donneur DCR proposé et du donneur déjà compatible;
- les programmes conviennent d'informer l'équipe du DCR au moment de l'activation du dossier d'une paire compatible et de fournir de l'information sur les caractéristiques que l'on cherche à améliorer par un jumelage dans le cadre du DCR.

Rétroaction : feuillets d'information sur le candidat sans paire

Un candidat est dit « sans paire » lorsque le donneur qui l'accompagnait a donné un rein avant que le candidat en ait reçu un à son tour d'un autre donneur de la chaîne. Au cours de la séance, les participants ont passé en revue six documents d'information sur les candidats sans paire préparés par le Comité consultatif sur les dons d'organes de personnes vivantes et le Comité consultatif sur la transplantation rénale.

Chaque document décrit l'une des trois situations où le candidat à une greffe devient « sans paire » ou pourrait le devenir dans l'avenir et contient des questions que pourrait avoir le lecteur sur la suite des choses dans chacune des situations, ainsi que les réponses. Pour chacune des trois situations, un document présente la perspective du candidat devenu ou appelé à devenir « sans paire », et un autre décrit la situation selon la perspective du donneur du candidat sans paire qui l'accompagnait. On a recueilli des commentaires à l'intention du Comité consultatif sur les dons d'organes de personnes vivantes et du Comité consultatif sur la transplantation rénale.



Recommandation :

- Dans l'ensemble, les participants ont souligné les efforts visant à uniformiser l'information remise aux patients.
- Ils ont trouvé les scénarios déroutants et, même s'ils mesurent à quel point il est difficile d'expliquer un processus aussi complexe, ils ont recommandé de réduire encore le niveau de lecture du texte.

Atelier : gains d'efficacité dans le traitement des chaînes

Une chaîne DCR se termine lorsque toutes les transplantations qu'elle compte ont été effectuées. Pour y parvenir dans un délai raisonnable de 3 à 4 mois suivant la proposition de la chaîne, des tâches clés doivent être accomplies à certains moments précis du processus d'évaluation de la chaîne. L'atelier portait sur les obstacles qui empêchent d'effectuer ces tâches à temps, ce qui veut dire qu'il faut plus de 3 à 4 mois pour réaliser toutes les greffes d'une chaîne. Les délais cibles pour chacune des tâches sont les suivants :

- 14 jours pour réserver un crossmatch (XM);
- 28 jours pour confirmer que le crossmatch est négatif et que le jumelage peut aller de l'avant en ce qui concerne les antigènes HLA;
- 42 jours pour obtenir l'approbation médicale et chirurgicale du donneur jumelé;
- 120 jours pour réaliser la greffe.

À l'heure actuelle, 25 % des crossmatches n'ont pas lieu dans les 14 jours, et dans 17 % des cas, l'étape du crossmatch n'est pas franchie dans les 28 jours. En moyenne, dans 20 % des cas, les approbations médicale et chirurgicale du donneur prennent plus de 42 jours, la cible, et seulement 32 % des greffes sont réalisées dans les 120 jours après la proposition.

Résultats de l'atelier

Le tableau ci-dessous indique les obstacles potentiels, les solutions possibles et les stratégies éprouvées que devraient examiner les programmes au moment d'élaborer leurs politiques et pratiques DCR locales afin d'assurer une évaluation efficace du jumelage pour l'exécution du don et de la greffe.

Obstacles potentiels	Solutions possibles	Stratégies éprouvées
Le fait de transmettre un dossier de patient mal organisé, par téléversement ou messagerie, prolonge l'étude du dossier.	Création de gabarits standardisés pour le téléversement des dossiers des patients dans le RCT. Inclure un résumé des antécédents médicaux du patient qui tient sur une page au début de chaque dossier.	
La présence de résultats de tests périmés dans les dossiers provoque des retards dans l'approbation des donneurs, puisqu'il faut rappeler ces derniers et leur faire passer de nouveaux tests ou demander d'autres consultations.	La mise en œuvre dans le RCT d'une fonction d'avis qui prévient les coordonnateurs que le dossier contient des tests périmés pourrait favoriser la mise à jour des tests avant le début d'un cycle de jumelage.	Utilisation systématique du Protocole de don croisé de rein applicable aux donneurs participants pour l'évaluation des donneurs; cela élimine la nécessité de demander des tests supplémentaires après l'examen du dossier du donneur.
Les néphrologues et les chirurgiens prennent trop de temps à examiner les dossiers papier, ce qui retarde l'évaluation du donneur jumelé.		Plusieurs programmes ont réussi à téléverser dans le RCT des clichés d'imagerie et une version PDF du dossier des donneurs. Le dossier du donneur est ainsi facilement et rapidement accessible pour le centre du candidat jumelé. Le fait de tenir des réunions collaboratives qui incluent des représentants de l'équipe chirurgicale et des équipes responsables du receveur et du donneur vivant permet de s'entendre sur la priorité à donner aux chaînes et d'accélérer le processus d'approbation des donneurs. De plus, les réunions d'équipe permettent d'évaluer en temps opportun le donneur et d'examiner les chaînes à venir et de définir les ressources chirurgicales nécessaires.



Obstacles potentiels	Solutions possibles	Stratégies éprouvées
Dans les centres où l'étude des dossiers se fait séquentiellement par les cliniciens (néphrologie et chirurgie) plutôt que simultanément, le délai pour l'approbation du donneur peut être encore plus long.		L'ajout d'une date d'arrivée et de retour sur un dossier envoyé à un néphrologue ou à un chirurgien pourrait encourager le professionnel à étudier le dossier plus rapidement.
L'utilisation, dans certaines régions, de critères d'acceptation des donneurs qui ne figurent pas dans le Protocole DCR donne lieu à des demandes de tests inattendues après le jumelage du donneur à un candidat.	Il arrive que des tests propres à un établissement, qui ne figurent pas dans le Protocole DCR, soient nécessaires. Lorsqu'un établissement constate qu'un jumelage a été établi avec un donneur, il doit immédiatement demander les tests supplémentaires nécessaires pour procéder au don. Cela permettra d'améliorer la préparation du donneur et de réduire le risque de désistement de sa part.	
Le désistement des donneurs (attribuable à la répétition des tests, à de multiples cycles de jumelage, à des tests supplémentaires exigés par un établissement, à des contraintes financières imprévues) peut causer des retards dans le traitement de la chaîne et, dans de rares circonstances, en entraîner le bris. La difficulté à trouver des dates de chirurgie dans de multiples établissements, à un intervalle raisonnable les unes des autres, peut décaler la planification de toutes les interventions de plusieurs semaines ou mois, ce qui contribue au désistement des donneurs.	Les programmes devraient vérifier les dates possibles de chirurgie dès le jumelage. Ainsi, on établirait un calendrier à respecter pour l'obtention des approbations, et cela aiderait à négocier des dates au bloc opératoire qui se rapprocheraient d'un délai raisonnable après la proposition de la chaîne. L'accès plus rapide à la chirurgie pourrait réduire la lassitude des donneurs et permettrait d'éviter leur désistement.	Les programmes ne devraient pas compter trop sur les communications par courriel. Il est préférable d'appeler, car cela clarifie la communication et améliore le temps d'intervention. Communiquer tôt dans le processus avec les établissements concernés par une chaîne permet d'éliminer les suppositions et de planifier rapidement le calendrier des salles d'opération. Soumettre les formulaires <i>Living Donor Query</i> avant un essai de jumelage permet d'éviter le bris des chaînes et la reprise des essais, puisque l'on ne proposera pas des jumelages qui risquent de provoquer le bris immédiat d'une chaîne.
La réservation des salles d'opération se fait selon les disponibilités. Cela peut engendrer des coûts supplémentaires pour les patients qui doivent se déplacer pendant certains jours de la semaine pour respecter le calendrier de la salle d'opération.	Les programmes devraient vérifier les dates possibles de chirurgie dès le jumelage. Ainsi, les donneurs auraient plus de temps pour acheter leurs billets d'avion et ils pourraient profiter d'un tarif réduit s'ils effectuent leur réservation plus longtemps à l'avance.	

Obstacles potentiels	Solutions possibles	Stratégies éprouvées
Les donneurs ne veulent pas ou ne peuvent pas tous se déplacer. Si un donneur ne veut pas ou ne peut pas se déplacer et que l'établissement du receveur auquel il est jumelé n'est pas disposé à accepter un rein expédié, la chaîne devra être brisée.		Mise en œuvre de protocoles pour l'expédition et la réception de reins dans chaque programme afin qu'il ne soit plus nécessaire de demander aux donneurs de se déplacer.
Les dossiers et images échangés entre des établissements francophones et anglophones doivent être traduits; cela coûte cher et prend environ un mois. L'examen du dossier du donneur ne peut commencer avant l'obtention de la traduction.	Inclure sur une feuille tapée le résumé de l'évaluation du donneur pourrait faciliter et accélérer la traduction.	<p>La retranscription des notes manuscrites en notes tapées facilite et accélère l'examen des dossiers.</p> <p>L'utilisation des formulaires standardisés du Protocole DCR réduit la quantité de texte du dossier à traduire vers l'autre langue.</p> <p>Le fait de téléverser les dossiers directement dans le RCT permet d'y accéder immédiatement et de lancer la traduction le plus tôt possible.</p>

Atelier : expédition et réception de reins

Près de 60 % de toutes les greffes DCR exigent le déplacement d'au moins un participant, et dans 79 % des cas, c'est le donneur qui doit se déplacer. En mars 2020, sept établissements de partout au Canada avaient expédié un rein, et dix établissements avaient reçu un rein expédié.

Le recours à l'expédition et à la réception de reins soulève des préoccupations liées notamment à la logistique (transport du rein d'un établissement à l'autre), à la confiance entre les chirurgiens, aux particularités biologiques (anatomie complexe de certains reins qui ont des vaisseaux supplémentaires), et exige une communication efficace entre les établissements. La recherche montre que, malgré un temps d'ischémie froide prolongé, les résultats des greffes de rein de donneur vivant où l'organe a été expédié sont comparables à ceux des greffes de rein de donneurs vivants sans expédition.

L'Hôpital St. Paul's, l'Hôpital général de Vancouver et l'Hôpital général de Toronto ont tous procédé à l'expédition d'un rein et à la réception d'un rein expédié. L'Hôpital général de Toronto a expédié avec succès 12 reins vers une autre province. Pour le donneur vivant, le fait de ne pas avoir à se déplacer comporte plusieurs avantages, puisqu'il peut ainsi rester à la maison auprès de son receveur prévu en plus de pouvoir obtenir du soutien des proches. Cela lui occasionne également moins de stress et de dépenses. Parmi les difficultés qui peuvent surgir lors de l'expédition et de la réception des reins, il y a les retards possibles dans l'acheminement du rein à destination, l'utilisation de techniques chirurgicales différentes pour le prélèvement du rein et le risque accru de retard de fonctionnement du greffon. Bien que les articles publiés signalent un risque accru de retard de fonctionnement du greffon, cela n'a pas entraîné de moins bons résultats pour ce qui est du greffon, comparativement aux cas sans expédition de rein.



Les établissements qui ont expédié et reçu avec succès des reins recommandent ce qui suit aux programmes qui se préparent à adopter de telles pratiques :

- Examiner la trousse d'expédition de rein fournie par la Société canadienne du sang.
- Établir des politiques et des processus pour l'expédition et la réception des reins de donneurs vivants.
- Communiquer avec votre organisme d'approvisionnement en organes pour obtenir des conseils et de l'information.

Résultats de l'atelier : expédition des reins

Le tableau ci-dessous résume les obstacles potentiels, les solutions possibles et les stratégies éprouvées que devraient examiner les programmes locaux au moment d'élaborer leurs politiques et leurs pratiques pour l'expédition et la réception des reins.

Obstacles potentiels	Solutions possibles	Stratégies éprouvées
De nombreux hôpitaux n'ont pas accès à des vols directs dans leurs villes. Certains programmes disposent de quelques options de vol, mais l'horaire ne correspond pas nécessairement à la disponibilité du chirurgien ou de la salle d'opération.	Les établissements pourraient explorer la possibilité de vols nolisés et commerciaux; les coûts pourraient être réduits en coordonnant les dates d'opération entre les centres et en partageant les vols. Dans la mesure du possible, il faut prévoir un plan de rechange pour le transport en cas d'urgence.	
La définition de Santé Canada pour ce qui est de l'établissement central et ses règlements sur l'expédition d'organes de donneurs vivants manquent de clarté.	Les programmes et les patients devraient presser Santé Canada de clarifier ses règlements et d'accroître le rôle et la responsabilité des ODO dans l'expédition de reins de donneurs vivants.	Collaborer avec les établissements qui ont procédé avec succès à l'expédition et à la réception de reins de donneurs vivants et qui ont franchi un audit de Santé Canada, dans le but d'apprendre de ces milieux.
Problèmes de personnel pour l'utilisation de la salle d'opération après les heures normales, heures supplémentaires pour le personnel infirmier et les chirurgiens, ainsi que pour l'équipe chargée de transporter le rein de l'aéroport à l'hôpital.	Explorer la possibilité de faire appel à d'autres ressources, comme la police, pour transporter l'organe entre l'aéroport et l'hôpital si le personnel hospitalier n'est pas disponible. Les chefs de service pourraient envisager la possibilité d'établir, au besoin, un horaire flexible pour le personnel infirmier de la salle d'opération lorsque les interventions doivent se dérouler en dehors des heures habituelles.	

Obstacles potentiels	Solutions possibles	Stratégies éprouvées
Les établissements qui n'ont pas de procédures d'opération normalisées (PON), de processus et de protocoles en place pourraient hésiter à en créer ou ne pas disposer des ressources nécessaires pour ce faire.	Les établissements devraient profiter des protocoles et des processus déjà mis au point par d'autres programmes qui se sont dotés de PON pour l'expédition et la réception de reins. Faire participer les chirurgiens aux conversations sur l'expédition et à l'élaboration des protocoles de transport standardisés contribuerait à atténuer leur inconfort.	Collaborer avec les établissements qui ont procédé avec succès à l'expédition et à la réception de reins et apprendre de ceux-ci. Utiliser la trousse d'expédition de rein offerte par le Programme DCR pour élaborer des politiques et des processus efficaces.
Les chirurgiens de certains établissements n'acceptent pas de reins expédiés parce qu'ils n'ont pas confiance dans la capacité de prélèvement de l'établissement expéditeur ou qu'ils ne se sentent pas à l'aise de collaborer avec ce dernier.	On devra créer un document d'orientation sur l'expédition et la réception de reins. Ce document définira les attentes des établissements en ce qui concerne l'expédition des reins. Il précisera la marche à suivre en cas de résultats négatifs liés à l'expédition.	La tenue de téléconférences entre les chirurgiens concernés par l'expédition d'un rein a favorisé l'établissement d'une bonne communication, de saines relations et de la confiance.
On a l'impression qu'il y a un manque de soutien de la part des ODO provinciaux pour l'expédition des reins de donneurs vivants dans le cadre du DCR.		Les programmes devraient communiquer avec leur ODO provincial à propos de l'expédition. Dans la mesure du possible, les programmes devraient utiliser les mêmes ressources et les mêmes points de contact pour l'expédition et la réception de reins de donneurs vivants.

Conclusion

La réunion du réseau de don vivant dans le cadre du Programme DCR était une occasion unique de réunir des coordonnateurs de don vivant, des responsables de l'assurance-qualité et des chefs de programme provenant de partout au Canada afin de créer des réseaux professionnels et de favoriser les relations entre les équipes d'une même province et celles d'autres provinces. La volonté commune des participants de miser sur ces relations renforcera la collaboration nationale et aura pour effet d'améliorer l'efficacité globale du Programme DCR pour les patients et les donneurs.

Les participants à la réunion se sont mis d'accord pour créer une plateforme collaborative en ligne qui leur permettra de communiquer entre eux librement, rapidement et facilement. Dans le but de favoriser une mobilisation soutenue, la Société canadienne du sang aidera à créer la plateforme de collaboration interactive et reprendra la tenue de réunions virtuelles régulières tant avec le groupe des chefs qu'avec celui des coordonnateurs.



**Société
canadienne
du sang**

SANG
PLASMA
CELLULES SOUCHES
ORGANES
ET TISSUS

ANNEXE 1 : Comité de planification de la réunion



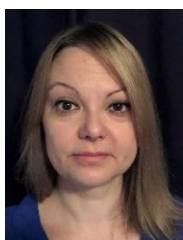
Jana Costa, IA

Depuis 22 ans, M^{me} Costa travaille comme infirmière au Centre médical Foothills, de Calgary, où elle a occupé diverses fonctions au sein du programme de greffe rénale et de soins rénaux du sud de l'Alberta. Elle a assuré la coordination des soins des donneurs vivants et des receveurs de rein dans le cadre du Registre canadien de transplantation pour le Programme DCR et le Programme des patients hyperimmunisés (PPHI) depuis 2013-2014. Elle a fait partie de divers comités et groupes de réflexion et, plus récemment, à titre de partie prenante du groupe de travail sur le don vivant de la Collaboration en matière de dons et de greffes d'organes.



Laura Gilbert, IA

La carrière en soins infirmiers de M^{me} Gilbert comprend 19 années au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), dont près de 12 ans à l'unité de transplantation. Elle gère les donneurs vivants de rein depuis 2013. Elle s'occupe également des donneurs vivants et des receveurs inscrits au Programme DCR.



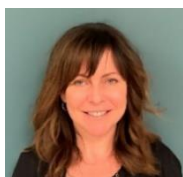
Darlene Jugusic, IA, B. Sc. inf.

M^{me} Jugusic est infirmière depuis de nombreuses années. En 2010, elle a quitté Victoria (en Colombie-Britannique) pour s'installer à Saskatoon. Elle a commencé à travailler au service responsable des donneurs vivants de rein en 2014. À titre de coordonnatrice de don vivant, elle a fait connaître le DCR aux donneurs et les a aidés à réaliser leur rêve de faire un don!



Lisa Martin, B.A. (Spéc.), IA

M^{me} Martin est coordonnatrice du don vivant de rein au Centre des sciences de la santé Reine-Elizabeth II, à Halifax, en Nouvelle-Écosse, et supervise les donneurs vivants du Programme DCR dans le Canada atlantique. Au cours de sa carrière de 24 ans, elle a travaillé dans différents secteurs, dont la chirurgie générale, la recherche et la transplantation, auprès des patients hospitalisés et ceux en consultation externe. Elle fait partie du groupe de travail sur le don vivant de la Collaboration en matière de dons et de greffes d'organes.



Beth Montesi, IA, B.A., B. Sc. inf.

M^{me} Montesi est coordonnatrice du don vivant de rein au Centre des sciences de la santé de London, en Ontario, depuis 2014. Elle a travaillé pendant 15 ans comme infirmière à l'unité de transplantation multiorgane de cet établissement. Elle s'est investie dans différents projets qui concernent le DCR. Elle a notamment participé aux réunions du Comité consultatif sur les dons d'organes de personnes vivantes de la Société canadienne du sang et, plus récemment, au Forum intitulé *Promouvoir le don vivant : aider les candidats à la greffe rénale à trouver des donneurs vivants*.



Erin Schimpf, IA, B. Sc. inf., B.A.

M^{me} Schimpf est responsable de programme pour le Programme de transplantation de la Saskatchewan, à l'Hôpital St. Paul's, à Saskatoon.



Sherry Szucsko-Bedard, IA, B. Sc. inf., CRM

M^{me} Szucsko-Bedard est chef des programmes de chirurgie et de transplantation au Centre des sciences de la santé de London, un hôpital universitaire. Elle occupe ce poste depuis novembre 2015, mais depuis son arrivée dans cet établissement, en 1989, elle a eu la chance d'explorer différents postes, dont les soins infirmiers de première ligne en transplantation, la gestion des risques et comme membre de la direction.



Kim Werestiuk, IA, B. Sc. inf.

M^{me} Werestiuk est infirmière gestionnaire auprès du programme Gift of Life de Transplant Manitoba depuis 2007. Elle supervise cinq programmes dynamiques axés sur le don de rein vivant, le don après décès, le secteur pré-transplantation de reins, la greffe de foie et de poumon, en plus des cliniques post-transplantation du Centre des sciences de la santé de Winnipeg. Elle a également joué le rôle de conseillère auprès de divers comités à l'échelle provinciale, nationale et de ceux de la Société canadienne du sang, en plus de siéger à certains d'entre eux. Elle fait partie du Comité consultatif sur les dons d'organes de personnes vivantes de la Société canadienne du sang. Elle est présidente du Comité consultatif des administrateurs pour le don et la transplantation d'organes.



Linnea Young, IA, B. Sc. inf.

M^{me} Young est coordonnatrice du don vivant de rein à l'Hôpital St. Paul's, de Vancouver, en Colombie-Britannique. Employée du programme de transplantation de cette province depuis plus de 17 ans, elle a occupé diverses fonctions, dont infirmière de chevet à l'unité des transplantations d'organes pleins, infirmière au service de consultation externe de suivi post-transplantation, ou à la coordination des activités pré-transplantation rénale. Depuis cinq ans, M^{me} Young est coordonnatrice du don vivant de rein, ce qui lui donne l'occasion d'interagir avec l'équipe du Programme DCR régulièrement.



**Société
canadienne
du sang**

SANG
PLASMA
CELLULES SOUCHES
ORGANES
ET TISSUS

ANNEXE 2 : Participants à la réunion

M^{me} Jessica Ammeter, IA, B. Sc. inf., coordonnatrice des receveurs de greffes rénales, Centre des sciences de la santé, Winnipeg (Manitoba)

M^{me} Charley Bekolay, associée du programme, Société canadienne du sang, Edmonton (Alberta)

M^{me} Robyn Borschneck, IA, B. Sc. inf., coordonnatrice des greffes de rein et de pancréas de donneur vivant (DCR), Centre médical Foothills, Calgary (Alberta)

M^{me} Camille Boucher, IA, B. Sc., M. Sc. inf., coordonnatrice de don vivant de rein, programme Gift of Life de Transplant Manitoba, Centre des sciences de la santé, Winnipeg (Manitoba)

M^{me} Heather Boulter, B. Sc. inf., IA, C. (Néph.) c., coordonnatrice provinciale des receveurs de greffes rénales, Hôpital Queen Elizabeth, Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)

M^{me} Bertha Brake, chef, Services aux patients, Soins intensifs/Soins rénaux/Soins respiratoires, Hôpital régional Western Memorial, Corner Brook (Terre-Neuve-et-Labrador)

M^{me} Sherry Buckle, chef d'unité, ALTRA Southern Alberta Transplant Program, Centre médical Foothills, Calgary (Alberta)

M^{me} Laura Byers, chef, Services ambulatoires en transplantation, Hôpital général de Toronto (Ontario)

M^{me} Jodi Caseley, Liaison du programme, Société canadienne du sang, Edmonton (Alberta)

M^{me} Valerie Cass, chef, Hôpital Royal Victoria, CUSM, Montréal (Québec)

M^{me} Julie Chénard, IA, B. Sc. inf., coordonnatrice de la greffe de rein de donneur vivant, CHU, Hôtel-Dieu de Québec (Québec)

M^{me} Julie Cissell, IA, B. Sc. inf., coordonnatrice de don vivant de rein, Centre de transplantation Soham & Shaila Ajmera Family, Réseau universitaire de santé, Toronto (Ontario)

M^{me} Jennifer Coleman, B. Sc., analyste, Qualité et conformité du programme de transplantation, Hôpital général de Toronto (Ontario)

M^{me} Maureen Connelly, IA, B. Sc. inf., coordonnatrice du don vivant de rein, Hôpital St. Michael's, Toronto (Ontario)

M^{me} Jana Costa, IA, coordonnatrice du don vivant, Programme DCR et Programme des patients hyperimmunisés, Centre médical Foothills, Calgary (Alberta)

M^{me} Nancy Dodd, ing., ingénieure, Processus de qualité, programme Gift of Life de Transplant Manitoba, Centre des sciences de la santé, Winnipeg (Manitoba)

M^{me} Lindsey Doxtator, IA, B. Sc. inf., C. Néph. (C), chef de programme, cliniques régionales ambulatoires de soins rénaux, unité satellite d'hémodialyse, traitement à domicile et transplantation, Hôpital général de Kingston (Ontario)

M^{me} Diane Dumont, IA, B. Sc. inf., C. Néph.(C), coordonnatrice régionale des receveurs de greffe rénale, Hôpital d'Ottawa (Ontario)

M^{me} Sharon Duncan, B.A., IA, B. Sc. inf., chef, Coordination des soins aux patients / infirmière clinicienne enseignante, Hôpital général de Vancouver (Colombie-Britannique)

M^{me} Michelle Engson, IA, B. Sc. inf., coordonnatrice pré-transplantation rénale pour les patients accompagnés d'un donneur vivant potentiel, Hôpital St. Michael's, Toronto (Ontario)

M. Ross FitzGerald, spécialiste du soutien externe, Société canadienne du sang, Ottawa (Ontario)

- M^{me} Beth Forman**, Liaison du programme, Société canadienne du sang, Edmonton (Alberta)
- M^{me} Caroline Fortin**, chef, Néphrologie et oncologie, Hôtel-Dieu de Québec (Québec)
- M^{me} Dyan Franco**, IA, chef d'unité, Services de greffe, HOPE et programme de don vivant, Hôpital de l'Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta)
- M. Wayne Fritz**, directeur régional intérimaire, Programme rénal, Vancouver Coastal Health, directeur intérimaire, Programme rénal, Providence Health Care, Hôpital St. Paul's, Vancouver (Colombie-Britannique)
- M^{me} Arlene Funnell**, IA, coordonnatrice des donneurs vivants, Hôpital général de Kingston (Ontario)
- M. Michael Garrels**, IA, coordonnateur des receveurs, Programme de greffe multiorgane, Hôpital général de Toronto (Ontario)
- M^{me} Chantal Gauthier**, coordonnatrice du don vivant, Hôpital d'Ottawa (Ontario)
- M. Clay Gillrie**, directeur associé, Société canadienne du sang, Vancouver (Colombie-Britannique)
- M^{me} Mélanie Goulet**, IA, coordonnatrice des donneurs vivants pré-transplantation rein et pancréas, CHUM, Montréal (Québec)
- M^{me} Darlene Jugusic**, coordonnatrice du don vivant de rein, Programme de transplantation de la Saskatchewan, Hôpital St. Paul's, Saskatoon (Saskatchewan)
- M^{me} Uchenna Ibelo**, M. Sc., M. Sc. inf., coordonnatrice d'assurance qualité du don vivant, ALTRA, Southern Alberta Transplant Program, Centre médical Foothills, Calgary (Alberta)
- M^{me} Melodie Jansen**, IA, C. (Néph.) C., coordonnatrice du don vivant de rein, Système de santé St. Joseph, Hamilton (Ontario)
- M^{me} Peggy John**, directrice associée, Société canadienne du sang, Vancouver (Colombie-Britannique)
- M^{me} Renee Katter**, IA, B. Sc. inf., coordonnatrice du don de rein vivant, Hôpital général de Vancouver (Colombie-Britannique)
- M^{me} Shelby Kennedy**, IA, B. Sc. inf., cochef administrative du programme de greffe multiorgane, chef intérimaire des services de santé, Centre des sciences de la santé Reine-Elizabeth II, Halifax (Nouvelle-Écosse)
- M^{me} Jennie Kramer**, IA, B. Sc. inf., C. Néph., coordonnatrice des receveurs de greffe rénale, Centre des sciences de la santé de Kingston (Ontario)
- M. Mathieu L'Heureux**, coordonnateur de greffe, Soins infirmiers, CHUM, Montréal (Québec)
- M^{me} Jessica La Barbera**, coordonnatrice du don de rein vivant, CUSM, Hôpital Royal Victoria, Montréal (Québec)
- M^{me} Christiane Lacharité**, directrice, Don de rein après décès, Hôpital Fleurimont (CHUS), Sherbrooke (Québec)
- M^{me} Carolanne Latulippe**, infirmière clinicienne, coordonnatrice du don vivant, CIUSSSE de l'Estrie, CHUS, Sherbrooke (Québec)
- M^{me} Andrea MacDonald**, chef clinique, Clinique de néphrologie et programme de greffe, Hôpital d'Ottawa (Ontario)
- M^{me} Lisa Martin**, IA, coordonnatrice du don vivant de rein, Programme de greffe multiorgane, Centre des sciences de la santé Reine-Elizabeth II, Halifax (Nouvelle-Écosse)
- M^{me} France Martineau**, IA, B. Sc. inf., coordonnatrice des greffes de rein et de pancréas, CUSM, Hôpital Royal Victoria, Montréal (Québec)
- M^{me} Laurie McNally**, chef, Clinique provinciale de soins rénaux, Hôpital Queen Elizabeth, Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)



**Société
canadienne
du sang**

SANG
PLASMA
CELLULES SOUCHES
ORGANES
ET TISSUS

- M^{me} Beth Montesi**, coordonnatrice du don vivant de rein, Centre des sciences de la santé de London (Ontario)
- M^{me} Sarah Parfeniuk**, chef de programme, Société canadienne du sang, Toronto (Ontario)
- M^{me} Shannon Perry**, chef régionale de programme, Eastern Health, Saint-Jean (Terre-Neuve-et-Labrador)
- M. Daniel Robert**, IA, B. Sc., coordonnateur des receveurs de greffe rénale, CHU, Hôtel-Dieu de Québec (Québec)
- M^{me} Valérie Ross**, IA, B. Sc, coordonnatrice du don vivant, Clinique de greffe rénale, CIUSSSE de l’Estrie, CHUS, Sherbrooke (Québec)
- M^{me} Marika Rowe**, coordonnatrice en assurance-qualité, Hôpital général de Kingston (Ontario)
- M^{me} Jenny Ryan**, chef de programme, Société canadienne du sang, Ottawa (Ontario)
- M^{me} Erin Schimpf**, IA, B. Sc. inf., B.A., gestionnaire du programme provincial de transplantation de la Saskatchewan, Hôpital St. Paul’s, Saskatoon (Saskatchewan)
- M^{me} Sheri Sheppard**, IA, coordonnatrice de greffe et infirmière au programme d’insuffisance rénale progressive, Hôpital régional Western Memorial, Corner Brook (Terre-Neuve-et-Labrador)
- M^{me} Simone Skutle**, IA, B. Sc. inf., coordonnatrice du don vivant, Hôpital de l’Université de l’Alberta, Edmonton (Alberta)
- M^{me} Diane Smith**, coordonnatrice des receveurs, Centre des sciences de la santé de London (Ontario)
- M^{me} Sherry Szucsko-Bedard**, chef de la qualité, Chirurgie et Transplantation de l’hôpital universitaire, Centre des sciences de la santé de London (Ontario)
- M. Tom Tautorus**, Ph. D., chef de l’amélioration de la qualité, de la sécurité et du rendement, BC Transplant, Vancouver (Colombie-Britannique)
- M^{me} Ami Wawryk**, IA, B. Sc. inf., coordonnatrice des receveurs de greffe rénale, Hôpital St. Paul’s, Saskatoon (Saskatchewan)
- M^{me} Corinne Weemink**, spécialiste de la qualité et de la sécurité en transplantation, Centre des sciences de la santé de London (Ontario)
- M^{me} Rachel Wells**, B. Sc. inf., IA, C. Néph.(c), coordonnatrice des greffes rénales, Programme de greffe multiorgane, Centre des sciences de la santé Reine-Elizabeth II, Halifax (Nouvelle-Écosse)
- M^{me} Kim Werestiuk**, IA, B. Sc. inf., chef, Programme Gift of Life de Transplant Manitoba, Centre des sciences de la santé, Winnipeg (Manitoba)
- M^{me} Dana Whitham**, diététiste, M. Sc., responsable clinique, Diabète et greffe rénale, Hôpital St. Michael’s, Toronto (Ontario)
- M^{me} Angela Wishnowski**, IA, B. Sc. inf., C. Néphr. (C), coordonnatrice des greffes rénales, Alberta Health Services, Edmonton (Alberta)
- M^{me} Jo-Anne Woolridge**, coordonnatrice des receveurs, Eastern Health, Saint-Jean (Terre-Neuve-et-Labrador)
- M^{me} Kathy Yetzer**, conseillère principale et responsable de programme, Société canadienne du sang, Edmonton (Alberta)
- M^{me} Linnea Young**, IA, B. Sc. inf., coordonnatrice du don vivant, Hôpital St. Paul’s, Vancouver (Colombie-Britannique)

ANNEXE 3 : Ordre du jour

Heure	Sujet	
7 h - 8 h	Déjeuner : Salle Tom Thomson	
8 h - 10 h	Plénière à la salle Toronto III <ul style="list-style-type: none"> • Faire connaissance avec la Société canadienne du sang • Explorer le don croisé de rein 	
10 h - 10 h 20	Pause	
	Groupe des coordonnateurs – Salle Toronto III	Groupe des chefs – Salle Jackson
10 h 20 - 10 h 50	Possibilités de réseautage <i>Présentation de Jenny Ryan</i>	Possibilités de réseautage <i>Présentation de Peggy John</i>
	Séance en petits groupes des coordonnateurs et des responsables de l'assurance-qualité 10 h 50 - 12 h	Séance en petits groupes des chefs 10 h 50 - 12 h
	10 h 50 - 11 h 5 Participation des paires compatibles au DCR	Communications
	11 h 5 - 11 h 30 Comprendre l'information relative au candidat sans paire – atelier	Comprendre l'éventail des ressources
	11 h 30 - 11 h 45 Le Registre canadien de transplantation (RCT) Défis et améliorations	
11 h 45 - 12 h	À quoi pensez-vous? Consultez les pairs.	À quoi pensez-vous? Consultez les pairs.
12 h - 13 h	Dîner	
	Retour à la plénière dans la salle Toronto III	
13 h - 14 h 30	Gains d'efficacité dans le traitement des chaînes <ul style="list-style-type: none"> • Survol, cibles et défis • Atelier 	
14 h 30 - 14 h 45	Pause	
14 h 45 - 15 h 45	Expédition et réception de reins dans le cadre du Programme DCR : <ul style="list-style-type: none"> • Survol de la séance, résumé de la documentation (10 minutes) • Expédition de reins dans le cadre du Programme DCR – Linnea Young, Michael Garrels, Tom Tatorous (10 minutes) • Atelier 	
15 h 45 - 16 h	Synthèse de la réunion	
16 h	Clôture	



**Société
canadienne
du sang**

SANG
PLASMA
CELLULES SOUCHES
ORGANES
ET TISSUS

ANNEXE 4 : Évaluation de la réunion

Participants et réponses

Des représentants de chaque centre participant au Programme DCR ont été invités à la réunion. Les organisateurs ont tenté le plus possible d'obtenir la parité dans la répartition des chefs, des coordonnateurs de don vivant, des coordonnateurs de greffe et des responsables de l'assurance-qualité.

En tout, 67 personnes ont pris part à la réunion, dont 9 représentants de la Société canadienne du sang. On a invité tous les participants à donner leur avis sur la réunion, même si habituellement, le personnel de la Société canadienne du sang s'abstient d'émettre des commentaires. Parmi les participants, 59 ont exprimé des commentaires de manière officielle sur la réunion, au moyen des formulaires anonymes.

Résumé

On a invité les participants à communiquer leurs commentaires sur la réunion au moyen d'un formulaire anonyme; 55 des 59 participants (93 %) ont formulé des commentaires. Dans l'ensemble, la rétroaction a été très positive, puisque la plupart des réponses reflétaient une impression très favorable à l'égard de la réunion.

Chaque aspect de la logistique de la réunion a été jugé très bon ou excellent par 96 % des répondants, bon, par 4 % de ceux-ci, et aucun répondant n'a attribué une mauvaise cote à l'activité.

Aux questions sur l'organisation et l'efficacité de la réunion, aucun des répondants n'a attribué une mauvaise note. Les répondants, dans une proportion variant de 93 % à 98 %, ont attribué une note très bonne ou excellente aux aspects liés aux présentations, à la planification et aux objectifs.

Dans l'ensemble, 93 % des répondants ont jugé très bonne ou excellente l'attribution du temps prévu pour permettre aux participants d'atteindre les objectifs présentés.



Différents aspects de la réunion

On a demandé aux participants d'attribuer une note à la réunion, en ce qui concerne notamment les éléments logistiques (hôtel, emplacement, etc.), les aspects techniques des présentations, ainsi que d'autres éléments liés à l'organisation et à l'efficacité. Ces éléments devaient être évalués au moyen de l'échelle à quatre points suivante : faible, bon, très bon et excellent. L'option *Sans objet* était également offerte.



Dans l'ensemble, la plupart des répondants ont émis une opinion favorable sur ces éléments de la réunion, et chaque aspect a été jugé très bon ou excellent par 60 % à 98 % des répondants qui ont donné une note.



Globalement, 94 % des répondants ont indiqué que le temps prévu pour chaque atelier a permis d'atteindre les objectifs et de faciliter la discussion.

Partage des connaissances

92 %

des personnes qui ont répondu ont déclaré avoir l'intention de partager les connaissances acquises au cours de la réunion avec des collègues de leur programme.



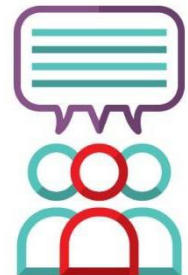
« Communiquerez-vous à d'autres personnes les connaissances tirées de la réunion? Si oui, à qui et à quel titre? »

Sur les 55 participants qui ont exprimé une opinion sur le partage des connaissances, 51 (92 %) avaient l'intention de partager avec d'autres les connaissances acquises au cours de la réunion; une personne n'était pas sûre de le faire.

Les participants affichaient une attitude d'optimisme et d'espoir face à l'avenir et ont proposé des idées et des activités pour une prochaine réunion.

Parmi les éléments de la réunion qui ont été jugés particulièrement utiles, on retrouve notamment :

- la communication (discussion, réseautage, collaboration et participation aux ateliers)
- la représentativité des programmes de don vivant participant au DCR de partout au pays
- l'organisation et l'animation de la réunion



« Je suis contente d'avoir pu assister à la réunion. Elle m'a inspirée, et j'ai hâte de mettre en pratique mes nouvelles connaissances et d'en discuter avec mes collègues. C'est le début d'un incroyable réseau, dont j'ai le bonheur de faire partie! »

Gratitude et soutien

Bien que le formulaire n'était pas conçu pour recueillir explicitement ce genre de commentaires, la plupart des répondants ont exprimé leur appréciation pour la réunion et leur gratitude envers la Société canadienne du sang, qui a contribué à son organisation.

« Il faut poursuivre sur cette lancée • Bonne occasion de réseauter avec d'autres chefs. Cette réunion a permis de créer des liens qui nous aideront à poursuivre notre bon travail dans le domaine de la greffe rénale • Excellent forum. Félicitations aux organisateurs pour l'excellence du programme et de la réunion • Après 15 ans dans le domaine de la santé, j'ai trouvé le format de la réunion très utile. Je serais d'accord pour obtenir du financement de mon établissement pour permettre à des gens de participer aux réunions annuelles • C'est fabuleux de rencontrer d'autres personnes du milieu de la transplantation et d'apprendre ce qu'elles font, de faire tomber les obstacles • Dans l'ensemble, excellentes présentations et très bonnes discussions collaboratives – J'aimerais beaucoup pouvoir réunir le même groupe en personne • Réunion sur l'assurance-qualité : une aide inestimable • J'arrive dans le secteur du DCR, et j'ai bien aimé rencontrer les autres coordonnateurs et sentir que je fais partie de l'équipe; très intéressant de discuter avec d'autres de problèmes que je pensais être uniques à mon contexte et de voir que d'autres programmes les vivent aussi • Il faut que cette activité ait lieu chaque année, car elle a été une précieuse occasion de discuter des processus, des protocoles, des obstacles et des solutions de rechange • Très stimulant de constater la mobilisation de gens de partout au pays, qui partagent des ressources et établissent une connexion »