

# Nouvelles du SNDAI-RT

Nous sommes heureux de vous proposer cette édition électronique des nouvelles du Système national de déclaration des accidents et incidents - Radiothérapie (SNDAI-RT). Cette publication participe au processus d'apprentissage continue à partir des données sur les incidents en présentant les tendances qui suivent ces données ainsi que différents cas d'étude. Elle fournit également aux utilisateurs dudit système de l'information sur le développement et les améliorations du programme.

## Mises à jour de l'ensemble minimal de données du SNDAI-RT

L'ensemble minimal de données (EMD) du SNDAI-RT est conçu pour offrir de l'information uniforme et essentielle à un vaste éventail de partenaires et d'intervenants qui jouent un rôle important dans le codage et la déclaration exacts des incidents en radiothérapie.

L'ICIS travaille systématiquement à mettre à jour le prochain EMD du SNDAI-RT en fonction des commentaires fournis par la communauté et le comité consultatif du SNDAI-RT. Ces mises à jour comprennent des améliorations apportées aux valeurs existantes des éléments de données actuels (p. ex., type de problème, régions du corps traitées, amélioration des actions et des techniques de traitement), l'ajout de nouvelles valeurs ainsi que la clarification des étiquettes et des définitions des valeurs. On s'attend à ce que la présente mise à jour de l'EMD ait un effet positif sur la qualité des données et permette de minimiser les répercussions sur les modifications du système.

Le travail de francisation du SNDAI-RT se poursuit. Les tests d'acceptation par les utilisateurs de la version française des outils de déclaration et de communication ont été achevés à l'été 2021. D'autres tests sont requis sur l'outil analytique avant le lancement officiel de la version traduite du système.

On prévoit que ces améliorations seront mises en œuvre à l'hiver 2022; l'échéancier a été modifié en raison de la priorité accordée par l'ICIS aux communications sur la COVID-19 pour soutenir les administrations provinciales et territoriales.

## Nouveau comité consultatif du SNDAI-RT

Le 1er octobre 2021, plusieurs aspects du travail du Partenariat canadien pour la qualité en radiothérapie (PCQR) se sont retrouvés sous la compétence de l'Association canadienne des agences provinciales du cancer (ACAPC). Cela comprend l'hébergement du comité directeur du PCQR et du comité consultatif du SNDAI-RT, la gestion des [outils d'auto-évaluation](#) des programmes de traitement radiothérapeutique et la publication des Nouvelles du SNDAI-RT.

L'amélioration de la qualité constitue un pilier prioritaire du travail de l'ACAPC. L'ACAPC soutient l'élaboration et la mise en œuvre de lignes directrices, la génération et l'analyse de données à l'échelle du système et le déploiement stratégique de nouvelles technologies et options de traitement contre le cancer. À l'avenir, l'ACAPC contribuera également au travail essentiel du PCQR.

L'ACAPC a le plaisir de travailler avec le comité consultatif du SNDAI-RT, dont les membres sont désormais Dr John Kildea (président), Dr John Amanie (Alb.), Mme Louise Bird (Sask.), Mme Tracey Fisher (ICIS), Dr Normand Frenière (Qué.), Mme Alison Giddings (C.-B.), Dr Eshwar Kumar (N.-B.), M. Brian Liszweski (Ont.), Mme Kathryn Moran (N.-É.), Dr Christiaan Stevens (Ont.) et Mme Annie Walker (ICIS). L'ACAPC est également ravie que l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) poursuive son rôle à titre de partenaire important du comité et de responsable des données du SNDAI-RT.

À son nouveau domicile au sein de l'ACAPC, le comité consultatif du SNDAI-RT aura toujours un rôle important :

- coordonner les activités et l'évolution du SNDAI-RT et s'assurer que celui-ci répond aux besoins actuels et futurs de la communauté canadienne de la radiothérapie;
- examiner les données sur les incidents de traitement radiothérapeutique déclarés au SNDAI-RT, informer la communauté de la radiothérapie de l'évolution et des tendances qui se dessinent et formuler des recommandations pour réduire au minimum ou atténuer les risques pour la sécurité des patients;
- collaborer avec l'ICIS et l'ACAPC pour favoriser un changement pancanadien des procédures, améliorer la sécurité des patients et, avec la communauté internationale de la radiothérapie, assurer l'harmonisation et la pertinence à l'échelle mondiale des méthodes de déclaration des incidents et d'apprentissage.

Pour en savoir plus au sujet du travail de l'ACAPC, visitez [le site Web de l'ACAPC](#). Si vous avez des questions ou des commentaires au sujet de la transition du PCQR, veuillez communiquer avec Gunita Mitera, directrice générale de l'ACAPC ([gmitera@capca.ca](mailto:gmitera@capca.ca)), ou Staci Kentish, coordonnatrice des programmes de l'ACAPC ([skentish@capca.ca](mailto:skentish@capca.ca)).

# SNDAl-RT Cas d'étude

## Utilisation d'un système de vérification et de rétroaction pour améliorer l'exactitude des événements saisis dans le SNDAl-RT

Alison Giddings, BC Cancer  
soutenu par Annie Walker, CIHI

### APERÇU

En avril 2020, la Colombie-Britannique est devenue la première province à mettre au point un processus de transfert électronique direct d'information vers le SNDAl-RT. Les incidents liés à la sécurité de l'irradiation saisis dans le système local de déclaration électronique, appelé BC PSLs (BC Patient Safety and Learning System), sont maintenant transférés directement au SNDAl-RT. Avant de mettre le transfert d'information en fonction, un système de vérification des entrées d'incident a été mis en service pour s'assurer que les données fournies par la C.-B. au système national sont de la plus grande qualité.

Tout le personnel de BC Cancer a la capacité de déclarer des événements de sécurité au BC PSLs. Ces entrées d'événement sont examinées et complétées par divers membres de l'équipe de supervision ou de direction qui sont nommés « gestionnaires » et qui n'ont pas nécessairement une formation en radiothérapie.

Les vérifications sont réalisées trimestriellement par des radiothérapeutes qui connaissent bien l'ensemble minimal de données de l'ICIS et un des vérificateurs avait suivi le cours de formation « Radiation Treatment Incident Investigation and Learning Course » du PCQR traitant des enquêtes sur les incidents de traitement radiothérapeutique. Pendant la vérification, tous les champs des saisies d'événement sont passés en revue et corrigés.

S'il y a lieu, les entrées sont marquées électroniquement comme étant prêtes pour le téléversement vers le SNDAl-RT. Après chaque vérification, chaque gestionnaire reçoit de la rétroaction détaillant les corrections apportées à leurs entrées. L'objectif de cette rétroaction est d'éduquer le personnel sur la façon d'améliorer l'exactitude des entrées.

### RÉSULTATS

L'analyse des trois premières vérifications effectuées en 2020 a permis de dégager plusieurs conclusions importantes.

La figure 1 montre le nombre de corrections par incident que ces premières vérifications ont permis d'apporter. Le processus de vérification et de rétroaction a entraîné une amélioration immédiate de l'exactitude des entrées mais n'a pas permis d'éliminer la nécessité des corrections. Après que les gestionnaires ont reçu de l'éducation sur la saisie des événements, le nombre de corrections a immédiatement été réduit de plus de la moitié.

La figure 2 montre le nombre de corrections apportées par événement en fonction du champ de données. Bien que l'éducation et les rappels aient entraîné une amélioration appréciable pour certains champs de données, ils n'ont produit aucune amélioration pour d'autres champs.

Figure 1

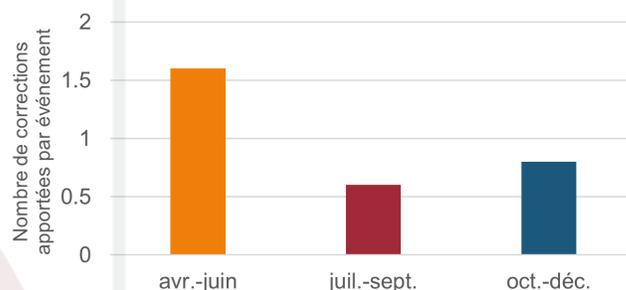
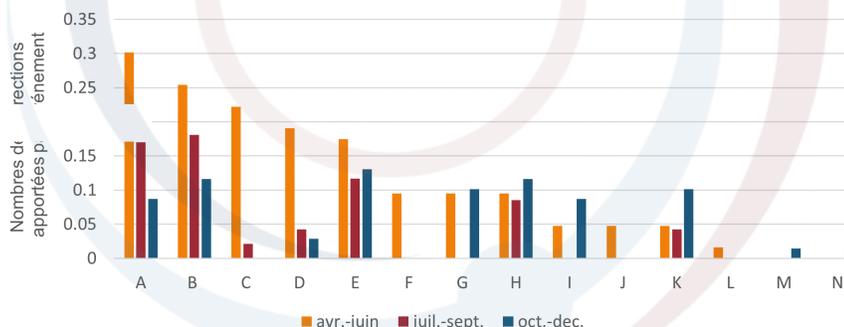


Figure 2

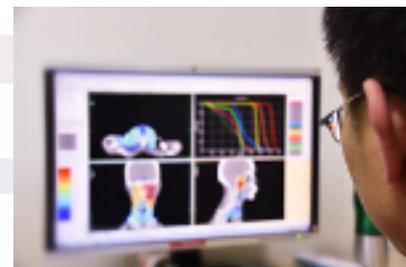


#### Légende des corrections/événements

- A – Rejet
- B – Dose totale prescrite
- C – Description de l'événement
- D – Près de manquer
- E – Type de problème
- F – Technique de traitement
- G – Facteurs contributifs
- H – Étape du processus à l'origine de l'erreur
- I – Barrières de sécurité qui n'ont pas identifié l'événement
- J – Nombre de fractions livrées incorrectement
- K – Étape du processus où l'erreur a été détectée
- L – Barrières de sécurité qui ont détecté l'événement
- M – Région du corps traitée
- N – Diagnostic pertinent pour le traitement

## RÉSULTATS (suite de la page précédente)

### L'éducation et les rappels permettent de réduire les erreurs dans des champs précis



- L'éducation et les rappels fournis directement au personnel qui gère des événements ont permis de réduire de façon appréciable les erreurs dans plusieurs domaines clés.
- La correction la plus couramment apportée lors de la première vérification était le rejet complet d'une entrée parce qu'il ne s'agissait pas d'un véritable incident de sécurité.<sup>[1]</sup> Par exemple, plusieurs entrées faisaient état de patients s'étant présenté à leur rendez-vous à la mauvaise heure; étant donné que cette situation est peu susceptible de causer un préjudice au patient, les vérificateurs n'ont pas considéré que ce type d'événement était un incident de sécurité.
- Ces événements étaient souvent placés dans la catégorie « Erreur de planification du calendrier de radiothérapie ». Ce type d'événement ne correspond pas à la définition d'une « erreur de planification du calendrier de radiothérapie » donnée par l'ICIS : « *coordination inadéquate d'une ou plusieurs tâches liées à la radiothérapie ayant causé un retard de traitement ou le non-respect du calendrier de fractionnement (exclut les erreurs de planification du calendrier liées aux traitements à modalités combinées ou ayant causé une imagerie excessive, insuffisante ou inadéquate).* »
- Pour plusieurs autres éléments de données, l'éducation a eu une grande incidence sur l'exactitude. Les aspects où une amélioration immédiate a été observée étaient l'inscription de la dose totale prescrite en utilisant les bonnes unités, la suppression des identifiants dans la description des événements et la classification appropriée d'un événement comme incident évité de justesse.

### Comparaison avec les données du SNDAI-RT existantes

- Aux fins de comparaison, un échantillon des 50 derniers incidents saisis dans le SNDAI-RT par d'autres provinces dans la catégorie « Erreur de planification du calendrier de radiothérapie » a été examiné. Cette analyse a permis de relever que 12 des 50 incidents n'étaient pas non plus conformes à la définition de ce type de problème.
- Ces incidents allaient d'une divergence dans l'heure du rendez-vous à des problèmes à l'accueil du patient. Bien que le suivi des dérogations de ce type puisse être souhaitable à des fins d'amélioration de la qualité, ces erreurs peuvent être considérées comme des valeurs aberrantes dans un système de déclaration d'incidents liés à l'irradiation.

### Erreurs persistant après le processus de vérification et de rétroaction

- Les données de vérification montrent également que même s'il est possible d'obtenir des améliorations immédiates, il s'avère difficile d'améliorer les données saisies dans certains champs de données par une simple rétroaction fournie à un grand groupe de gestionnaires. Par exemple, il y a eu peu d'effet sur l'exactitude du type de problème ou l'identification des étapes du processus d'où proviennent les erreurs et où elles sont décelées.
- Pour la catégorie « Type de problème » dans le SNDAI-RT, la correction la plus fréquente était la reclassification d'un incident qui avait été classé dans la catégorie « Autre ». Cela confirme qu'il est important pour les personnes entrant des erreurs dans le SNDAI-RT de se familiariser avec l'ensemble minimal de données de l'ICIS, d'une part, et d'autre part, de le consulter régulièrement. Les incidents classés dans la catégorie « Autre » entrent souvent dans une des catégories de problème particulières OU ils ne constituent pas un véritable incident lié à l'irradiation.

### Comparaison avec les données du SNDAI-RT existantes

- Ici encore, on a cherché des exemples semblables dans la base de données du SNDAI-RT à des fins de comparaison. Sur les 50 derniers incidents saisis dans la catégorie de problème « Autre », on a déterminé que 14 d'entre eux appartenaient à une catégorie de problème particulière. Cinq de ces incidents étaient liés à l'imagerie et correspondraient à la catégorie « Défaut d'exécuter l'imagerie selon les directives au cours du traitement ». Quatre autres incidents étaient du type « Accessoires de traitement inadéquats, manquants, mal identifiés ou endommagés » concernant le bolus et les seringues VacLok.
- Sept des 50 incidents examinés n'auraient pas été considérés comme étant des incidents de sécurité. Certains de ces événements étaient semblables à ceux rejetés dans les données de la C.-B., par exemple, la mauvaise identification des champs dans le système de planification. Bien que cela puisse être considéré comme constituant une dérogation technique et que d'en faire le suivi puisse avoir une certaine valeur, il est très peu probable que la mauvaise identification des champs fasse en sorte que le traitement ne soit pas administré de la façon prévue étant donné que toutes les autres données du traitement (portique, collimateur, champ de balayage) sont exactes. Il est intéressant de noter que 10 des 50 incidents de la catégorie de problème « Autre » qui ont été analysés concernaient la non-planification ou la non-réalisation de procédures d'assurance de la qualité.

## POUR L'AVENIR

En Colombie-Britannique, le système électronique de déclaration des événements liés à la sécurité est utilisé pour tous les types d'événements, plutôt que seulement pour ceux touchant la planification et l'administration du traitement radiothérapeutique. Il importe que les directeurs et les superviseurs soient au courant des incidents et des divergences se produisant dans leur secteur clinique et en fassent le suivi. C'est pourquoi la structure de gestion des événements liés à la sécurité en C.-B. restera inchangée; toutefois, la vérification des incidents liés à l'irradiation versés au SNDAI-RT se poursuivra. Cela permettra d'assurer la vérification des éléments de données du SNDAI-RT par des personnes ayant une expertise dans la classification des incidents liés au traitement radiothérapeutique. Les personnes vérifiant les événements se doivent de bien connaître et de consulter fréquemment l'ensemble minimal de données de l'ICIS pour s'assurer que les données saisies dans le système national sont de la plus grande qualité.

**[1]** L'Institut canadien pour la sécurité des patients définit un incident lié à la sécurité du patient comme étant « [u]n événement ou une circonstance qui aurait pu entraîner ou qui a entraîné un préjudice accessoire à un patient. »

### Publication du système RO-ILS sur l'utilisation des conventions fonctionnelles pour faciliter la seconde vérification

Le système d'apprentissage des incidents en radio-oncologie (Radiation Oncology Incident Learning System; RO-ILS) a récemment publié une étude de cas détaillant comment l'utilisation des conventions de dénomination uniformisée pourrait permettre de détecter les erreurs d'expansion qui autrement ne seraient pas décelées.

Cette étude de cas, intitulée *What's in a Name: Use of Functional Conventions to Aid the Second Check*, décrit comment l'expansion erronée d'une cible a été détectée avec succès lors d'une seconde vérification de physique grâce aux conventions de dénomination uniformisée et fonctionnelle.

Une autre étude de cas connexe, dont il a été question dans le numéro de l'été 2021 des Nouvelles du SNDAI-RT, portait sur l'exécution automatisée et semi-automatisée de vérifications pour détecter de façon proactive les problèmes potentiels et de réduire la quantité de travail à refaire. Les auteurs ont conclu que les vérifications automatisées étaient efficaces pour déceler les problèmes tels que des angles de faisceau non livrables, des écarts par rapport aux conventions de dénomination, le non-respect des protocoles de dose propres au siège de la maladie ou des problèmes de collision potentiels.

### Évaluation par les pairs en radio-oncologie

Les indicateurs clés de la qualité (ICQ) no 34-37 traitant de l'évaluation par les pairs dans le Code de pratique de l'assurance de la qualité pour les programmes canadiens de radiothérapie du PCQR forment la base d'un projet du Partenariat canadien contre le cancer (PCCC) visant à élaborer des lignes directrices sur l'évaluation par les pairs en radio-oncologie. Ce programme porté par le PCCC, visant à assurer qu'un plan de traitement radiothérapeutique est approprié autant sur le plan de la sécurité du patient que de l'efficacité du traitement, est aujourd'hui mis en œuvre partout au Canada.

Récemment, le RO-ILS a publié un rapport sur le thème de l'évaluation par les pairs qui souligne le rôle crucial de ce processus dans la prestation de soins sécuritaires de grande qualité avec une efficacité croissante. Ce rapport analyse un éventail d'exemples pour illustrer ce qu'est un processus d'évaluation par les pairs efficace, inefficace ou insuffisant et présente cinq stratégies pour la mise en œuvre efficace de l'évaluation par les pairs dans le processus de soins.

#### DONNÉES DU SNDAI-RT EN CHIFFRES

- ▶ Incidents déclarés à ce jour: 5,842
- ▶ Incidents réels: 3,784

#### Degré de gravité:

Aucun: 2,885	Modérés: 64
Légers: 828	Graves: 7



CPQR  
Canadian Partnership for  
Quality Radiotherapy  
PCQR  
Partenariat canadien pour  
la qualité en radiothérapie