

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 continu 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.

Comité consultatif du SNDAI-RT

Le Comité consultatif du SNDAI-RT a été établi en 2017 pour superviser le fonctionnement et l'évolution du SNDAI-RT, et s'assurer qu'il répond aux besoins actuels et futurs du secteur canadien de la radiothérapie. Les membres du Comité aident à contrôler l'utilisation du système, à déterminer les tendances et les modèles à partir des données sur les accidents/incidents, et à appuyer la déclaration des accidents/incidents ainsi que les enquêtes et les occasions d'apprentissage qui en découlent, au Canada et ailleurs dans le monde. Les membres du Comité consultatif du SNDAI-RT sont les suivants :

John Kildea, président
Université McGill

Louise Bird
Représentante des patients

Normand Frenière
CUISSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Alison Giddings
BC Cancer Vancouver Centre

Jordan Hunt
Institut canadien d'information sur la santé

Eshwar Kumar
Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick

Brian Liszewski
Santé Ontario

Michael Milosevic
Princess Margaret Cancer Centre

Kathryn Moran
Nova Scotia Cancer Care Program

Spencer Ross
Institut canadien d'information sur la santé

Christiaan Stevens
Programme régional de cancérologie de Simcoe Muskoka

Annie Walker
Institut canadien d'information sur la santé

Erika Brown
Partenariat canadien pour la qualité en radiothérapie

Cas d'étude

L'importance de confirmer l'identification du patient lors des changements de procédure (le problème de la COVID-19)



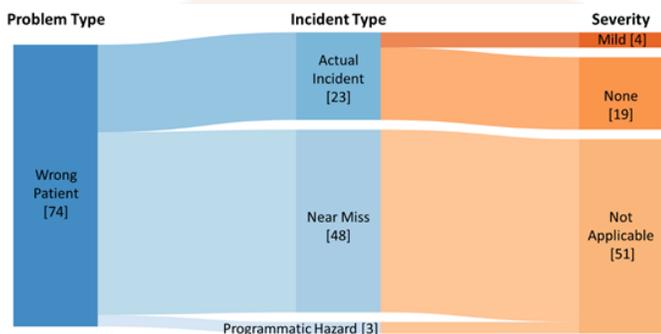
Les erreurs d'identification des patients sont un problème potentiel qui touche tous les domaines des soins de santé, y compris la radiothérapie. Le [Code de pratique de l'assurance de la qualité pour les programmes canadiens de radiothérapie](#) du PCQR inclut un indicateur clé de la qualité (ICQ) qui recommande que « les patients soient identifiés à l'aide d'au moins deux identificateurs qui leur sont propres avant chaque planification et chaque traitement de radiothérapie ». De plus, l'Association canadienne des technologues en radiation médicale (ACTRM) a établi [des codes de pratique fondés sur les pratiques exemplaires](#) pour l'identification des patients qui indiquent que « tous les patients sont identifiés de façon positive au moyen de deux identificateurs propres aux patients avant le début d'une procédure thérapeutique ou d'imagerie médicale ». En outre, les programmes de radiothérapie disposent généralement de politiques et de procédures locales d'assurance de la qualité afin de s'assurer que le bon patient est traité avec le bon plan, mais des incidents liés aux erreurs d'identification surviennent encore.

La pandémie de la COVID-19 a obligé les centres de soins de santé à s'écarter de certaines politiques et opérations standard. Les déviations

du protocole en raison de la COVID-19, telles que l'exigence que tous les patients portent un masque, ainsi que les procédures accrues de contrôle des infections telles que les modifications de l'aménagement du lieu de travail, ont augmenté les difficultés liées à l'identification des patients. Toutefois, les incidents liés aux erreurs d'identification des patients ne sont pas nouveaux et n'ont pas commencé avec la pandémie. Un récent rapport de la European Society of Radiation Oncology (ESTRO) (Société européenne de radio-oncologie) qui a exploité les données d'incidents soumises au Radiation Oncology Safety Education Information System (ROSEIS) (système d'information sur la formation à la sécurité en radio-oncologie) a constaté des tendances d'erreurs d'identification qui s'étendent avant 2020. Bien que, dans certains cas, l'identification des patients ait été rectifiée avant l'administration des traitements, dans d'autres cas, les patients ont reçu un traitement incorrect, ce qui suggère qu'il existe des possibilités d'améliorer notre méthode d'identification des patients indépendamment de la pandémie.

Analyse des données du SNDAI-RT

Soixante-quatorze (74) incidents de « mauvais patient » ont été soumis au SNDAI-RT depuis 2016, dont 23 étaient des incidents réels qui ont touché les patients. Sur ces 23, 19 incidents n'ont causé aucun préjudice aux patients et 4 ont entraîné un préjudice léger et/ou un impact dosimétrique mineur pour les patients. Ce cas d'étude se concentre sur trois incidents de « mauvais patient » où les patients ont été mal identifiés pour les traitements, et les protocoles de la COVID-19 ont été expressément mentionnés comme un facteur contributif.



Exemple 1 : Masque facial empêchant l'identification visuelle

En raison de la pandémie, les patients ont été obligés de porter des masques, d'où la difficulté de voir leur visage. Un centre a déclaré avoir appelé le patient B de la salle

Données du SNDAI-RT en chiffres	
Incidents déclarés à ce jour	5,131
Incidents réels	3,263
Incidents évités de justesse	1,506
Danger programmatique	362
Degré de gravité	
Aucun	2,483
Légers	717
Modérés	56
Graves	7

d'attente, mais le patient A a répondu. Le patient portait un masque et la politique d'identification n'a pas été respectée. À la suite d'une erreur d'identification, le patient A a été traité avec le plan du patient B. Les champs étaient semblables, mais la dose était plus élevée. La dose supplémentaire pour le patient A n'a pas inquiété le radio-oncologue et l'impact dosimétrique a été minime. Le patient B a été traité correctement, bien que le traitement ait été retardé de deux heures parce qu'il s'agissait de la dernière fraction, et qu'une copie du plan d'urgence était nécessaire avant que le traitement puisse être administré.

Exemple 2 : Politique de flux de travail restreignant l'examen des cartes de rendez-vous des patients

La plupart des programmes de radiothérapie ont imposé des changements de flux de travail en raison de la COVID-19. Dans un centre, un des changements était de ne plus exiger que le personnel de l'unité demande les cartes de rendez-vous des patients, ce qui signifie que la plupart des patients n'apportaient pas leur carte dans la salle de traitement. Le centre a signalé un incident où le dossier d'un mauvais patient a été utilisé pour une tomodensitométrie volumique à faisceau conique. Dans cet exemple, le patient et le membre de l'équipe de soins ne parlaient pas la même langue, rendant la vérification de l'identité difficile. Les renseignements contenus dans le plan de traitement du patient étaient semblables (tatouages, accessoires, etc.) au dossier. À un moment donné au cours du balayage, l'erreur a été notée; le balayage a été effectué à nouveau et le patient a été traité selon le bon plan.

CE QUI SE PASSE AVEC NOS PARTENAIRES

Rapport sur le programme des 5 années d'expérience

[L'examen du RO-ILS : Le Rapport sur les cinq premières années d'expérience](#) décrit les réalisations et les changements programmatiques (p. ex. nouveaux éléments de données, nouveau mécanisme de triage interne pour l'examen des événements par le RO-HAC) ainsi que l'importance de l'examen interne des événements. Il fournit également d'importants renseignements généraux, un aperçu du processus de soumission et de déclaration, ainsi que les avantages du programme.

Exemple 3 : Influence des attentes résultant des modifications apportées aux protocoles des salles d'attente

Dans un autre exemple tiré du SNDAI-RT, les changements apportés au flux des patients à la suite des protocoles de contrôle des infections de la COVID-19 ont contribué à influencer les attentes du personnel et par conséquent, une erreur d'identification d'un patient a été évitée de justesse. Dans cet exemple, le service a dû fermer la salle d'attente commune des patients, et a limité l'arrivée des patients à 5 minutes avant le début de leur traitement, et attendant à l'extérieur de leur unité désignée. Ces changements ont été conçus pour limiter le risque de transmission du virus d'un patient à l'autre. Deux patients dont les rendez-vous étaient consécutifs étaient inscrits dans le mauvais ordre sur les pages de la liste d'attente des traitements. Pensant que le premier patient arrivé était le premier sur la liste d'attente des traitements, le premier patient a été incorrectement enregistré par le personnel de bureau. Le personnel de l'unité de traitement avait fait apporter tous les documents du patient qui était le premier sur la liste d'attente des traitements. Le personnel a appelé le patient par le nom indiqué sur la liste d'attente des traitements. Bien que c'était le mauvais nom, comme le patient attendait seul, ils ont supposé que c'était le patient ayant ce rendez-vous et ils se sont rendus dans la salle de traitement. Le patient ressemblait à la personne sur la photo d'identité, bien qu'il portait un masque. Le patient a été accueilli par le nom sur la liste d'attente des traitements et c'est à ce moment que le patient a dit que ce n'était pas son nom. La véritable identité du patient a ensuite été confirmée conformément à la politique d'identification en deux parties, et le personnel de l'unité a réalisé que le patient était présent au bon moment, mais qu'il y avait une erreur dans la liste d'attente des traitements et lors de l'enregistrement. Tous les documents ont ensuite été apportés pour le bon patient, et le plan de traitement a été administré correctement.

Recommandations

Les changements importants apportés aux politiques et aux protocoles, soit en réponse à des pressions externes comme la pandémie de la COVID-19, soit à des pressions internes comme les limites des ressources, doivent être évalués et jugés afin de s'assurer qu'ils reflètent les meilleures pratiques existantes et qu'ils soutiennent des soins sécuritaires.

Le [Code de pratique de l'assurance de la qualité pour les programmes canadiens de radiothérapie](#) du PCQR recommande qu'au moins deux identificateurs propres à une personne soient utilisés pour confirmer que les patients reçoivent la procédure ou le service qui leur est destiné. Les identificateurs propres à une personne incluent son nom, sa date de naissance, son numéro de dossier médical et des photographies.

Avis de sécurité du SNDAI-RT

En décembre 2020, une agence provinciale de lutte contre le cancer a demandé le signalement d'un incident à la communauté canadienne de radiothérapie. Le PCQR a convenu que l'incident devait être signalé à l'ensemble des programmes de traitement du cancer partout au pays et a publié un bulletin le 18 décembre 2020. Les renseignements du bulletin sont inclus ici à titre d'information.

Un applicateur tandem intra-utérin non métallique pour curiethérapie, avec tube compatible TDM/IRM de 6,0 cm, s'est rompu dans l'utérus d'une patiente durant une procédure de curiethérapie. Il a été constaté que la lumière de l'applicateur tandem paraissait décalée et discontinue à l'IRM. Un marqueur inséré dans l'applicateur tandem indiquait également la présence de sang. L'incident a été soumis au SNDAI-RT.

On a conseillé aux professionnels de la santé de :

- S'assurer que les vérifications effectuées par l'équipe de physique médicale cadrent avec les [Codes de pratique du contrôle de la qualité technique des appareils de curiethérapie à projecteur de source télécommandée](#), plus particulièrement les tests d'intégrité mécanique effectués chaque trimestre ou chaque fois qu'une pièce d'équipement est remplacée, ou un document équivalent.
- S'assurer que l'équipement de curiethérapie est utilisé ou manipulé conformément aux lignes directrices du fabricant, plus particulièrement celles qui concernent la durée utile prévue, la manipulation et la stérilisation.
- Procéder à une inspection visuelle de l'équipement après sa stérilisation.
- Signaler tous les incidents au programme de déclaration des incidents de l'hôpital et les administrer conformément à la politique de l'hôpital. Le PCQR recommande également de déclarer l'incident au SNDAI-RT.
- Signaler au fabricant tout problème avec les applicateurs tandems intra-utérins pour curiethérapie avec tube compatible TDM/IRM ou toute autre pièce d'équipement pour curiethérapie.

Comme l'a suggéré le rapport de l'ESTRO, l'ajout d'un troisième identificateur discret peut contribuer à réduire la probabilité d'une erreur d'identification des patients.

La vérification des renseignements doit être effectuée discrètement et les patients doivent être invités à donner leurs coordonnées, que le personnel doit ensuite confirmer en vérifiant soit le bracelet, soit la carte d'identité des patients, soit la fiche de traitement, etc. Les renseignements sur les patients peuvent beaucoup se ressembler, et un quatrième élément de sécurité pourrait être la présence d'une photographie des patients dans les notes et/ou dans le système d'enregistrement et de vérification. Toutefois, comme le souligne ce cas d'étude, l'utilité de la photographie est limitée pendant la pandémie lorsque les patients portent des masques, et il ne faut pas se fier uniquement à une photo.

Mises à jour du système

Le comité consultatif du SNDAI-RT a examiné les commentaires des utilisateurs sur l'ensemble minimal de données soumises depuis 2017 et a élaboré un plan d'action. Le prochain bulletin du printemps 2021 contiendra des informations sur la façon dont les commentaires ont été pris en compte et un calendrier de mise en œuvre des changements.

Références des études de cas

Codes de pratique fondés sur les pratiques exemplaires de l'ACTRM, Identification des patients. Association canadienne des technologues en radiation médicale, 2015. Disponible à l'adresse :

<https://camrt-bpg.ca/fr/prise-en-charge-du-patient/interactions-avec-le-patient/identifier-le-patient/>

Code de pratique de l'assurance de la qualité pour les programmes canadiens de radiothérapie. Toronto, Canada : Partenariat canadien pour la qualité en radiothérapie, 2019. Disponible à l'adresse :

http://www.pcqr.ca/wp-content/uploads//2020/03/AQP_2019_12_04.pdf

Cas discuté : Identification du patient. Bruxelles, Belgique : *European Society for Radiotherapy and Oncology, Radiation Oncology Safety Education and Information System*, 2016. Disponible à l'adresse :

<https://roseis.estro.org/wp-content/uploads/2016/06/PATIENT-IDENTIFICATION-1.pdf>