

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 (SND AI-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. Il fournit également aux utilisateurs dudit système de l'information sur le développement et les améliorations du programme.

Comité consultatif du SNDAI-RT

En 2018, le PCQR et l'ICIS créaient un comité chargé de superviser l'exécution et l'évolution du SNDAI-RT pour garantir qu'il répond aux besoins présents et futurs du secteur de la radiothérapie. Le comité consultatif du SNDAI-RT est également chargé d'examiner les données sur les accidents et incidents en radiothérapie soumises au SNDAI-RT, d'en dégager les grandes constantes ou tendances et d'en informer le secteur de la radiothérapie pour ensuite formuler des recommandations afin de minimiser ou d'atténuer le risque.

Les P/P sont pour les organismes des blocs de construction indispensables. Elles favorisent la normalisation, réduisent le risque d'erreurs et améliorent la qualité, l'uniformité et le rendement des programmes en général (1,2). Le document du PCQR intitulé *Code de pratique de l'assurance de la qualité pour les programmes canadiens de radiothérapie* décrit les éléments importants de l'assurance de la qualité des traitements auxquels doivent satisfaire tous les programmes de radiothérapie (3). Ce document contient une série d'indicateurs clés de la qualité se rapportant à la création, à la révision et au respect de politiques et procédures dans tout un éventail de domaines, notamment ceux liés à l'assurance de la qualité et à la déclaration des accidents ou incidents, et peut s'avérer utile lorsqu'une révision complète du programme est envisagée. Dans les établissements où les P/P

CAS D'ÉTUDE DU SNDAI-RT

Des politiques et des procédures appropriées permettent de réduire le nombre d'accidents ou d'incidents

L'examen des accidents et incidents déclarés au SNDAI-RT a révélé que les politiques et procédures (P/P) se classent parmi les facteurs qui ont contribué le plus à la planification d'activités et de mesures pour atténuer le risque

Définition des ensembles minimaux de données dans le SNDAI-RT

Facteurs contributifs – Situation, action ou influence susceptible d'être à l'origine ou d'avoir joué un rôle dans le déroulement d'un accident ou incident, ou d'avoir augmenté le risque d'accident ou d'incident.

Mesures prises ou prévues pour réduire le risque et autres recommandations – Activités de prévention prévues ou mises en œuvre au sein du centre de radiothérapie et recommandations visant à minimiser les problèmes à l'avenir.

sont le facteur qui contribue le plus aux données sur les accidents et incidents déclarés au SNDAI-RT, il est important de déterminer la cause du manque d'adhésion, qui peut être le fruit d'une interaction complexe entre facteurs personnels et systémiques, notamment ceux énumérés dans le tableau de l'encart (2).

Données SNDAI-RT: En chiffres

Incidents déclarés à ce jour: 3 138

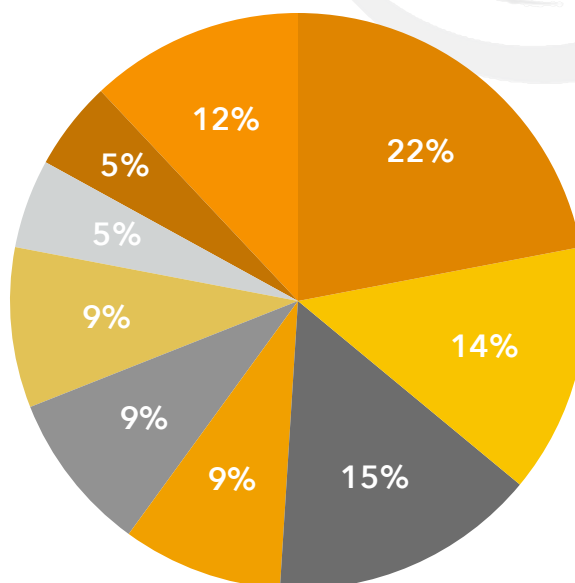
Incidents avérés: 2 032

Degré de gravité: nul (1 619),
faible (375), moyen (34), élevé (4)

Table 1: Reasons Procedures May Not Be Followed

- ▶ Pression réelle ou perçue pour optimiser la production/la vitesse d'exécution
- ▶ Manque de personnel
- ▶ Équipement indisponible/non opérationnel/désuet
- ▶ Changement dans l'environnement ou les systèmes nécessitant le recours à des mesures de contournement
- ▶ Procédures inapplicables, incompréhensibles ou irréalistes
- ▶ Langage prêtant à confusion/trop technique/non adapté à l'utilisateur
- ▶ Erreurs répétitives faisant que les manquements deviennent des automatismes
- ▶ Manque d'adhésion à l'idée que les politiques et procédures améliorent la pratique
- ▶ Mauvaise perception du risque
- ▶ Complaisance liée à l'absence d'accident, au manque de supervision ou de responsabilisation
- ▶ Manque d'accessibilité aux politiques et procédures là où nécessaire
- ▶ Politiques trop nombreuses
- ▶ Manque de formation sur les nouvelles P/P/les changements apportés aux politiques et procédures

- Non-respect des P/P
- Biais prévisibles impliquant le personnel
- Distraction ou détournements impliquant le personnel
- Comportement du personnel
- Inadéquation de la communication ou de la documentation
- P/P inexistantes ou inadéquates
- Non identification des risques potentiels
- Inadéquation de la conception des logiciels et du matériel informatique
- Autre*



Recommandations

Élaboration et Tenue à jour

- Élaborer des P/P avec les personnes qui connaissent la procédure et qui sont censées l'utiliser.
- Mettre la procédure à l'essai à la fois auprès des utilisateurs finaux et des personnes qui ne connaissent pas bien le domaine pertinent.
- Saisir les occasions d'uniformiser la pratique, pour réduire la nécessité de multiplier les P/P.
- Réviser les P/P tous les deux ans et les mettre à jour au besoin.
- Réaliser un examen approfondi des P/P, de l'équipement et des étapes opérationnelles pertinents, pour garantir que les nouveaux facteurs ou les mesures de contournement soient éliminés ou remaniés comme il se doit.

Training

- Former le personnel avant la mise en œuvre.
- Fournir de la formation dans tout un éventail de formules convenant à différents auditoires, à différents niveaux d'expérience et à

Mise en forme

- Créer des modèles uniformisés pour faciliter l'élaboration, la révision et l'utilisation des P/P.
- Uniformiser les conventions de contrôle des versions et d'appellation pour améliorer les fonctions de recherche électronique.
- Utiliser la voix active et des mots simples, et éviter le langage scientifique, les acronymes et les abréviations.
- Ranger les instructions dans un ordre logique. Faire précéder les mesures des mises en garde et les mettre en évidence.
- Tenir compte des conditions dans lesquelles la politique ou la procédure sera lue/consultée (éclairage, calendriers décisionnels, situations de stress).

Accessibilité

- Assurer au personnel un accès simple et rapide aux versions les plus récentes des P/P.
- Les plateformes électroniques facilitent le contrôle de la version des politiques, les recherches et la diffusion.

S'il est important d'identifier les politiques désuètes ou manquantes et de les rectifier, il faut avant toute chose s'employer à éliminer le risque pour se concentrer ensuite sur l'efficacité du contrôle et enfin sur l'adhésion (3), les politiques et procédures constituant la dernière couche de mesures défensives.

Type de problème – Avant et après les changements apportés à la norme de données

L'un des objectifs de l'évaluation pilote du SNDAl-RT consistait à déterminer si le fichier minimal des données (FMD) proposé répondait aux besoins des utilisateurs. L'information sur les lacunes et les problèmes de désignation des éléments de données a été tirée des commentaires recueillis à l'aide d'un questionnaire officiel et des observations formulées spontanément. Quatre éléments de données clés ont nécessité des changements plus approfondis, soit le type de problème, l'étape du processus à laquelle l'incident survient, l'étape du processus à laquelle l'incident est détecté, et les facteurs contributifs. C'est l'élément de données Type de problème qui a fait l'objet des révisions les plus importantes, pour réduire l'utilisation élevée de la valeur « Autre » et prendre en considération les commentaires reçus.

Le type de problème est un élément de données clé obligatoire, l'un des plus analysés et des plus informatifs. Le type de problème correspond au problème le plus en cause dans l'incident et range l'événement dans une catégorie en fonction de la manière dont il touche directement le patient ou, dans le cas d'un incident évité de justesse, la manière dont il aurait pu toucher le patient s'il n'avait pas été détecté par hasard ou grâce aux barrières de sûreté en place. Le tableau 1 qui suit indique toutes les valeurs Type

Références Utilisées pour les Cas d'Étude

1. Barbe B, Verdonck K, Mukendi D, Lejon V, Lilo Kalo JR, Alirol E, et al. The Art of Writing and Implementing Standard Operating Procedures (SOPs) for Laboratories in Low-Resource Settings: Review of Guidelines and Best Practices. *PLoS Negl Trop Dis*. 2016 Nov 3;10(11):e0005053.
2. [Why Employees Do Not Follow Procedures](#) ; 2007.
3. [Cadre canadien d'analyse des incidents](#) ; 2012.
4. Liberati EG, Peerally MF, Dixon-Woods M. Learning from high risk industries may not be straightforward: a qualitative study of the hierarchy of risk controls approach in healthcare. *Int J Qual Health Care*. 2018 Feb 1;30(1):39-43.
5. [Code de pratique de l'assurance de la qualité pour les programmes canadiens de radiothérapie](#) ; 2015.

de problème possibles jusqu'en juillet 2017. Les changements apportés pour parvenir aux valeurs actuelles comprennent la suppression et la fusion de certaines valeurs, la clarification de la désignation d'autres valeurs, et l'ajout de nouvelles valeurs pour combler les lacunes identifiées. L'ensemble de valeurs qui en a résulté et la fréquence de sélection des valeurs par les utilisateurs sont indiqués au tableau 2 ci-dessous.

La diminution de l'utilisation de la valeur « Autre », de 41 % à 23 %, est une différence notoire observée dans les résultats après les changements. Cette différence pourrait vouloir dire que les valeurs révisées permettent aux utilisateurs de sélectionner plus aisément le type de problème qui convient pour décrire l'incident qu'ils rencontrent. Au cours des près de deux ans qui ont suivi ces changements, les utilisateurs ont sélectionné les nouvelles valeurs Type de problème 23 % du temps. Ce constat indique que l'ajout des nouvelles valeurs a permis de réduire dans une certaine mesure l'utilisation de la valeur « Autre ».

Tableau 1 : Type de problème avant les changements apportés au FMD

Problème	Fréq	%
Autre	603	41%
Décalage par rapport au point de référence	189	13%
Mauvais accessoires de traitement	131	9%
Erreur de planification de la radiothérapie	117	8%
Mauvais positionnement du patient	96	7%
Problème logiciel/matériel	82	6%
Contours de la cible ou des organes à risque erronés ou marges de planification erronées	64	4%
Mauvais site anatomique	31	2%
Erreur de planification du traitement combinant plusieurs modalités	27	2%
Mauvais côté (latéralité)	26	2%
Autre avec moins de 1% de réponses	79	<1%
	1458	100%

Tableau 2 : Type de problème après les changements apportés au FMD (de

Problème	Fréq	%
Autre	434	23%
Mauvais positionnement du patient, point de référence erroné ou décalage	356	19%
Accessoires de traitement erronés, manquants, mal étiquetés ou endommagés	188	10%
Dose d'imagerie excessive	187	10%
Erreur de planification de la radiothérapie	175	9%
Imagerie pendant le traitement non conforme aux consignes ³	108	6%
Mauvaise dose prescrite - erreur de calcul ou de fractionnement ¹	62	3%
Contours de la cible ou des organes à risques erronés ²	49	3%
Plan de traitement acceptable, mais inexécutable physiquement ³	39	2%
Accès en temps inopportun aux soins médicaux ou à la radiothérapie ³	37	2%
Mauvais patient ⁴	33	2%
Coordination inadéquate des modalités de soin combinées ²	32	2%
Chute ou autre blessure ou maladie ²	30	2%
Autre avec moins de 1% de réponses	113	<1%
Total	1856	100%