

Elaboration d'une grille régionale d'analyse des risques a priori en radiothérapie dans le Nord – Pas-de-Calais

Dr Marc TOKARSKI, Référent du projet « Qualité en radiothérapie »

Oncologue Radiothérapeute, Centre de Cancérologie de l'Artois, Lens

Mme Chloé VIOT, Responsable Qualité

Réseau Régional de Cancérologie ex-ONCO NPDC



Le pilotage des projets d'harmonisation des pratiques en radiothérapie dans le Nord – Pas-de-Calais



→ Pilotage des projets de radiothérapie



Pilotes du projet
1 COFIL de radiothérapie :

- 1 administrateur référent
- le président du CRONOR
- 1 référent médical par projet
- 1 chef de projet

*Conventions de
maintenance*

**1 projet d'harmonisation
des contourages**

*Conventions de
maintenance*

**1 projet d'harmonisation
des dosimétries**

**1 groupe Qualité en
radiothérapie**

Objectifs du projet :

Harmoniser les pratiques de contourages et de dosimétries / Favoriser l'échange et le retour d'expérience / Valoriser le travail collaboratif

Objectifs du projet :

Favoriser l'échange et le retour d'expérience / Mutualiser l'information et les outils

11 centres de radiothérapie
~ 43 oncologues radiothérapeutes
~ 36 physiciens médicaux

Partenaire



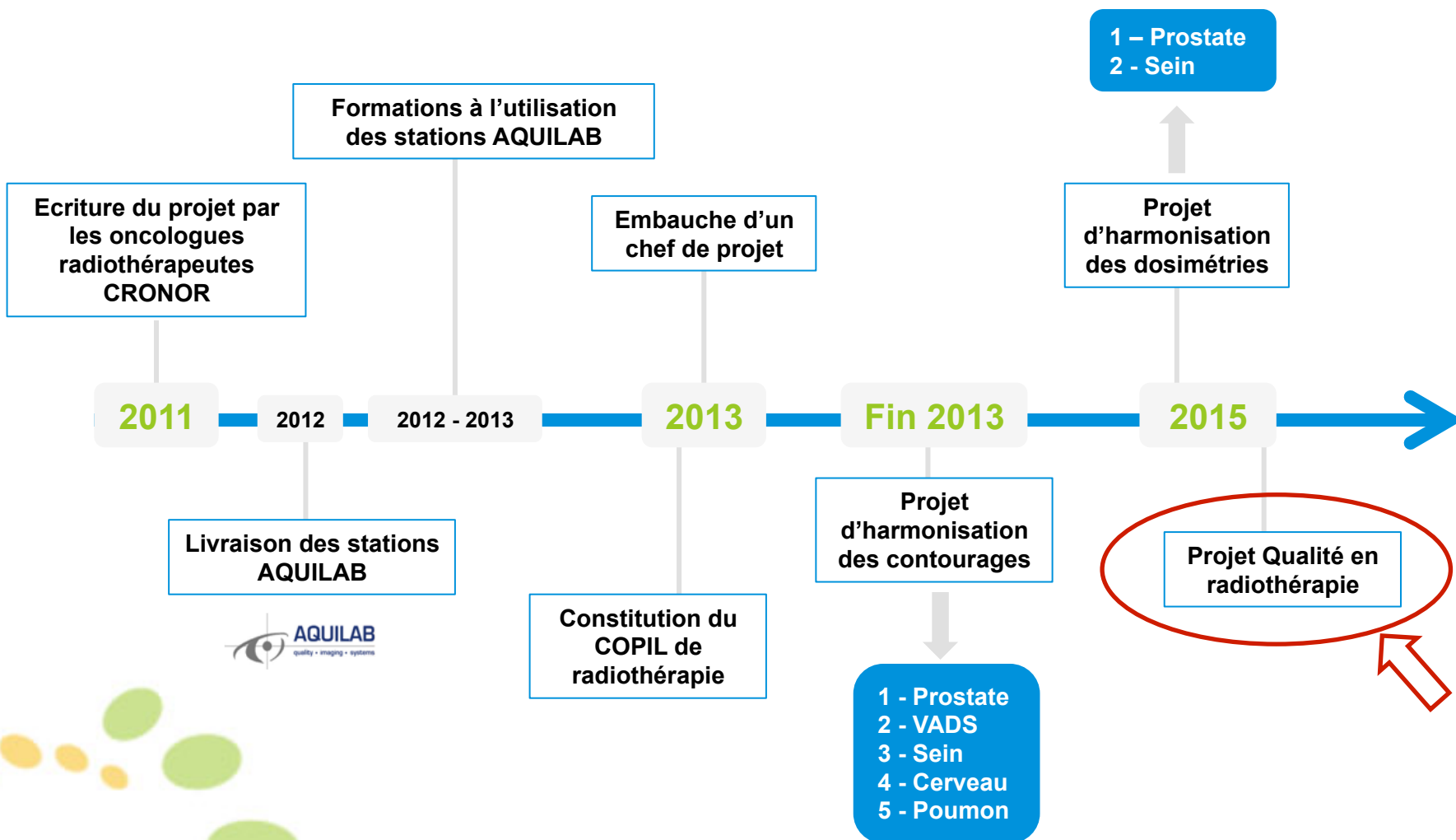
~ 14 référents qualité



Historique des projets d'harmonisation en radiothérapie



→ Historique des projets



Les travaux du groupe de travail « Qualité en radiothérapie »



Problématique abordée

La gestion des risques en radiothérapie

Les événements indésirables (EI)

La gestion des risques a priori

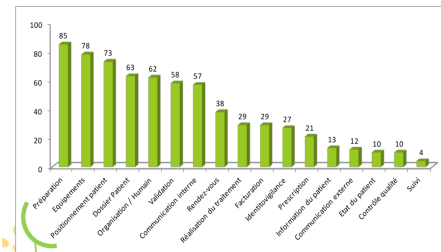
Grille d'analyse des risques a priori

PARCOURS PATIENT									
ETAT DE PARCOURS PATIENT	MODE DE DÉTÉCTATION - RISQUE	EFFETS POSSIBLES	CAUSES POSSIBLES	SE	C	MEASURES PREVENTIVES	MEASURES CORRECTIVES	PERSONNEL CONCERNÉ	
Prétraitement	Compte de radiation relatif à la séance adressé au patient	Pas de courrier	Patient non contrôlé Patient non traité	2		Précautions internes du service Précautions externes : communication du patient		Secrétaires Médecins	
Prétraitement			Horaires			Précautions internes du service Précautions externes : communication du patient			
Prétraitement	Accueil et première consultation	Erreur d'identification du patient lors de la prise en charge administrative	Adresses manquantes à l'entrée du patient Erreur de saisie Oubli dans les données patient	3		Demander la carte d'identité et la date de naissance Précautions internes du service Précautions externes : communication du patient	Appeler le bon patient	Secrétaires	
Prétraitement			Multiplication des renseignements et renseignements			Demander la carte d'identité et la date de naissance Précautions internes du service Précautions externes : communication du patient			
Prétraitement			Adresses manquantes à l'entrée du patient Erreur de saisie Oubli dans les données patient			Demander la carte d'identité et la date de naissance Précautions internes du service Précautions externes : communication du patient			
Prétraitement	Accueil et première consultation (suite)	Manque de renseignements sur la situation clinique du patient	Adresses manquantes à l'entrée du patient Erreur de saisie Oubli dans les données patient	3		Demander la carte d'identité et la date de naissance Précautions internes du service Précautions externes : communication du patient	Appeler le bon patient	Secrétaires Médecins Manipulateurs	
Prétraitement			Adresses manquantes à l'entrée du patient Erreur de saisie Oubli dans les données patient			Demander la carte d'identité et la date de naissance Précautions internes du service Précautions externes : communication du patient			

La gestion des risques a posteriori

Enquête de fréquence des EI

Les catégories d'événements indésirables les plus déclarées



Catégories déclarées au moins 1 fois dans chaque centre



Enquête Culture sécurité

Annexe 1 : Le questionnaire

Questionnaire « Culture de la Sécurité des Soins »

Ce questionnaire a été révisé par les membres du groupe de travail régional « Qualité en radiothérapie » à partir du document de l'INSERM développé sous l'égide de l'Agence for Healthcare Research and Quality.

Il permet de connaître votre opinion sur les problèmes de sécurité des soins, les erreurs, et le signalement des événements indésirables.

La durée estimée pour remplir le questionnaire est de 10 minutes. Il est confidentiel et aucune réponse individuelle ne sera communiquée.

Votre établissement : Liste déroulante

Votre secteur : ☐ Secrétariat ☐ Manipulateurs ☐ Dosimétrie ☐ Physique ☐ Médecins ☐ Autre :

A. Votre secteur

Votre secteur correspond à votre équipe : ☐ secrétariat, manipulateurs, dosimétrie/physique, médecins, administrant, soins de support, ...

Cocher la réponse qui vous semble la plus appropriée

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Non concerné
Les personnes se soutiennent mutuellement dans le service					
Nous avons suffisamment de personnel pour faire face à la charge de travail					
Quand une importante charge de travail doit être effectuée rapidement, nous conjuguons nos efforts en équipe					
Dans le service, chacun considère les autres avec respect					
Le nombre d'heures de travail des professionnels de l'équipe est trop important pour assurer la qualité optimale des soins					
Nous menons des actions afin d'améliorer la sécurité des soins					
Nous faisons trop appel à du personnel intérimaire pour assurer une qualité optimale des soins					
Le personnel a l'impression que ses erreurs lui sont reprochées					
Dans notre service, les erreurs ont conduit à des changements positifs					
C'est uniquement par hasard s'il n'y a pas eu des erreurs plus graves dans le service jusqu'à présent					
Quand l'activité de votre secteur le nécessite, les autres secteurs vous viennent en aide					
Au contact des collègues du service, nous améliorons nos pratiques en termes de sécurité des soins					
Lorsqu'un événement est signalé, on a l'impression que c'est la personne qui est pointée du doigt et non le problème					
Après avoir mis en place des actions d'amélioration de la sécurité des soins, nous évaluons leur efficacité					
Nous travaillons en mode de crise, en essayant de faire trop de choses, trop rapidement					
La sécurité des soins peut être négligée au profit d'un rendement plus important					
Le personnel s'inquiète du fait que les erreurs soient notées dans les dossiers administratifs du personnel					
Nous avons des problèmes de sécurité des soins dans ce service					
Notre fonctionnement et nos procédures sont efficaces pour prévenir la survenue d'erreurs					
Commentaires :	<input type="text"/>				

CREX régionaux



Fiches de gestion des événements indésirables

Fiche régionale de gestion d'un événement indésirable en radiothérapie dans le Nord - Pas-de-Calais

Thématique choisie : **Positionnement du patient** n°2 Octobre 2016

Thématique choisie : **Dossier non prêt dans les temps** n°1 Mars 2016

Thématique choisie : **Identitovigilance** n°3 Mars 2017

ONC Nord-Pas-de-Calais

Document de gestion des événements indésirables en radiothérapie dans le Nord - Pas-de-Calais

Document de gestion des événements indésirables en radiothérapie dans le Nord - Pas-de-Calais

Document de gestion des événements indésirables en radiothérapie dans le Nord - Pas-de-Calais

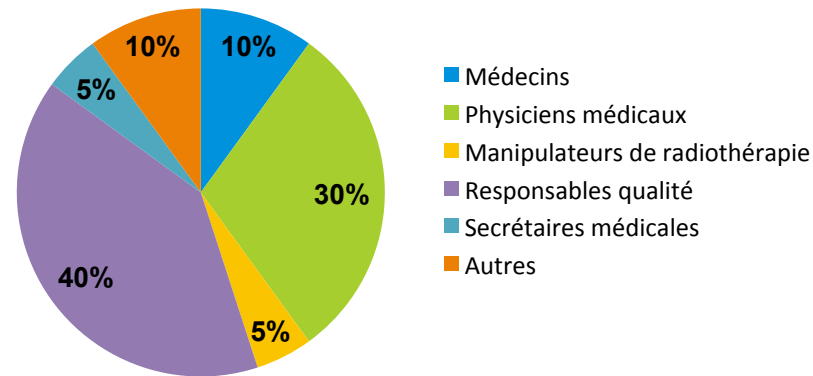
Mise en place d'une grille régionale d'analyse des risques a priori en radiothérapie



→ Mise en place d'une grille régionale d'analyse des risques a priori

- Méthodologie employée :

- Appel à candidature par la constitution d'un groupe de travail régional pluridisciplinaire



- Partage d'expériences : présentation par les centres des analyses des risques développées en interne (10 centres/11)
- **Elaboration d'une grille au format Excel** : sollicitation de toutes les catégories professionnelles pour le remplissage de la grille
- Diffusion de la grille aux centres de radiothérapie pour une utilisation en interne
- Mise à jour prévue minimum tous les 2 ans

- Elaboration de la grille

Choix d'une trame de base commune

– Contenu de l'analyse des risques :

Etape du parcours patient	Mode de défaillance = risque	Effets possibles	Causes possibles	G	F	C	Mesures préventives	Mesures correctives	Personnel concerné

– Grille composée de 3 parties :

- Parcours patient (décliné en 9 sous parties)
- Installations et matériel (9 sous parties)
- Organisationnel et humain (5 sous parties)

• Détail des sous parties

Parcours patient

- Adressage patient
- Accueil et 1^{ère} consultation
- Acquisition des données morphologiques
- Délinéations
- Définition de la balistique
- Calcul de la distribution de dose et des unités moniteur
- Réalisation de l'export TPS au record&verify
- Poste de traitement
- Consultation de suivi

Installations et matériel

- Planification de la dose TPS
- Matériel réseau R&V associé au système d'information
- Matériel de contention / caches
- Imageur portal, imageur de repositionnement
- Scanner
- Accélérateur
- Appareils de mesure et détecteurs
- Locaux
- SIH

Organisationnel et Humain

- Pilotage de l'établissement
- Ressources Humaines
- Animation et coordination des équipes
- Organisation du travail
- Qualité et gestion des risques

• Validation des échelles de cotation

• Cotation de la gravité

L'évaluation de la gravité est effectuée lors des groupes de travail selon la grille de cotation ASN :

Appréciation de la gravité de la défaillance		
Niveau	Critère	Indice de gravité (G)
Peu critique	Inconfort temporaire, malaise, gêne	1
Critique	Inconfort prolongé Lésion ou atteinte réversible Nécessité d'un traitement médical Handicap temporaire	2
Très critique	Conséquence retardée mais lourde pour le patient Lésion ou atteinte irréversible Handicap permanent Risque vital non engagé	3
Grave	Conséquence mortelle à court terme pour le patient Risque vital engagé	4

• Cotation de la fréquence

Mise en place d'une échelle de fréquence adaptée aux pratiques de terrain. Cette fréquence est évaluée en interne par chaque centre de radiothérapie

Appréciation de la fréquence	
Fréquence	Indice de fréquence (F)
Une fois par an	1
Moins d'une fois par mois	2
Une fois par mois	3
Plus d'une fois par mois	4

→ Résultats

• Production de la grille régionale d'analyse des risques a priori

	ETAPE DU PARCOURS PATIENT	MODE DE DEFAILLANCE = RISQUE	EFFETS POSSIBLES	CAUSES POSSIBLES	G	F	C	MESURES PREVENTIVES	MESURES CORRECTIVES	PERSONNEL CONCERNE
PHASE 2	Accueil et première consultation (suite)	Manque d'information ou perte totale du dossier patient	Obligation de reprendre la procédure d'admission (y compris certains examens irradiants)	Erreur ou manque d'attention du personnel manipulant le dossier	2			Sensibiliser les intervenants Vigilance	Vérification des documents obligatoires lors d'une radiothérapie	Secrétaires Manipulateurs
				Dossier médical incomplet				Mise en place d'une procédure écrite Vérifier que le dossier soit complet		
				Mauvais classement, ergonomie de l'archivage				Création d'un dossier informatisé avec un identifiant unique attribué à l'entrée du patient avec scan des documents papier.		
				Manque de place				Mise en place d'une procédure écrite Sensibiliser les intervenants		
				Perte du dossier par l'hébergeur informatique				Vigilance Informatisation et/ou sous traitance de l'archivage		
								Procédures de sauvegarde et de récupération des systèmes informatisés		
PHASE 3	Acquisition des données morphologiques	Comportement accidentogène du patient pendant l'acquisition de l'imagerie médicale (Scanner)	Mauvaise acquisition des données anatomiques du patient. Positionnement de référence erroné.	Défaut d'information du patient	1			Consultation d'annonce médicale Consultation d'accompagnement soignant	Refaire une acquisition scanner et vérifier les données acquises une fois l'examen terminé	Manipulateurs
				Mouvement volontaire ou involontaire du patient.				Consultation d'annonce médicale Consultation d'accompagnement soignant		
				Incompréhension du patient, stress et angoisse.				Adapter la contention pour le confort Procédure patient agité Vidéo surveillance et interphone. Surveillance à travers les vitres plombées.		
								Consultation d'annonce médicale Consultation d'accompagnement soignant Vidéo surveillance et interphone. Surveillance à travers les vitres plombées Orientation vers les soins oncologiques de support		

→ En conclusion



90,9% des centres de radiothérapie a participé au projet

8 réunions ont permis l'élaboration de la grille d'analyse des risques

72 participations aux réunions de travail

Toutes catégories professionnelles (médecins, physiciens, manipulateurs, secrétaires, ..)

Une **grille régionale d'analyse des risques a priori** en radiothérapie

Une grille régionale spécifique à la **mise en place de la stéréotaxie**

Des perspectives : audits croisés, patient traceur, exigences spécifiées

→ Remerciements

Les centres contributeurs :

Centre Bourgogne, Lille
Centre de Cancérologie Les Dentellières, Valenciennes
Centre de radiothérapie Galilée, Lille
Centre Gray, Maubeuge
Centre Joliot Curie, Boulogne-sur-mer

Centre Léonard de Vinci, Dechy
Centre de radiothérapie Marie Curie, Arras
Centre de radiothérapie Pierre Curie, Béthune
GCS Centre de Cancérologie de l'Artois, Lens
Institut Andrée Dutreix, Dunkerque

Les participants :

Mme Barois, Assistante qualité
M. Bravetti, Physicien médical
Mme Cochet, Responsable qualité
Mme Crombet, Responsable qualité
Mme David, Attachée de direction
Mme Dewulf, Secrétaire médicale
M. Dooze, Responsable Administratif et Financier
Mme El Mansouf, Physicienne médicale
M. Herbez, Manipulateur de radiothérapie
M. Lorange, Responsable qualité

Mme Libert, Physicienne médicale
Mme Louhichi, Physicienne médicale
Mme Motte, Responsable qualité
Mme Szczapa, Cadre de santé
Dr Tokarski, Oncologue radiothérapeute
Mme Touzeau, Physicienne médicale
M. Turbe, Responsable Qualité
M. Raoelison, Physicien médical
Mme Vasseur, Ingénieur qualité
Dr Vautravers Dewas, Oncologue radiothérapeute

**Merci pour
votre attention**