



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 COPIL de radiothérapie :

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

Conventions de
maintenance

Conventions de
maintenance

1 projet d'harmonisation
des contournages

1 projet d'harmonisation
des dosimétries

1 groupe Qualité en
radiothérapie

Objectifs du projet :

Harmoniser les pratiques de contournages 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



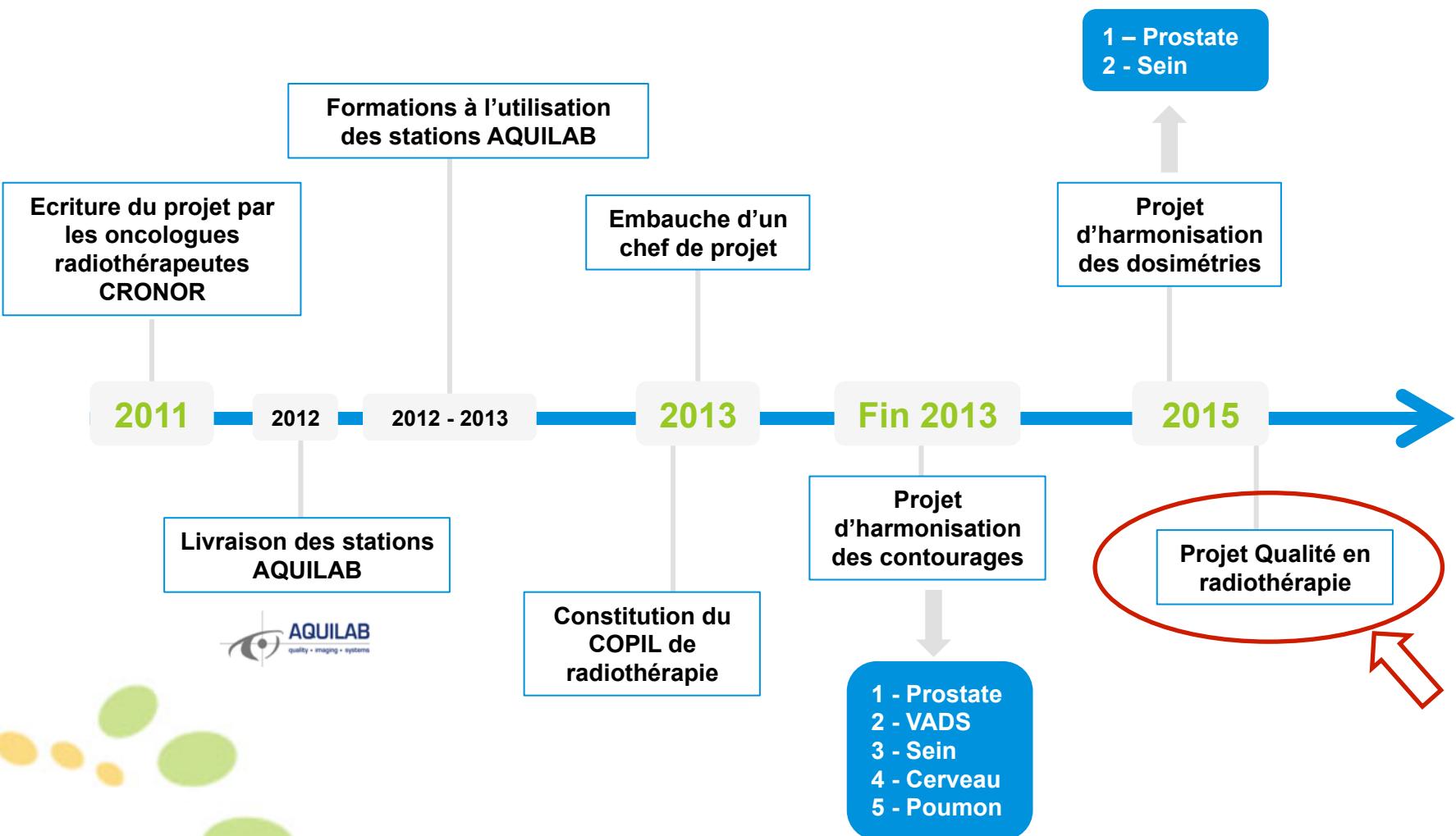
~ 14 référents qualité



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

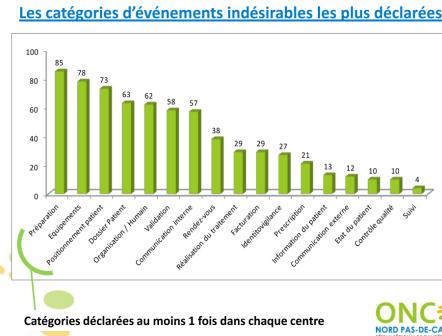
Grille d'analyse des risques a priori

PARCOURS PATIENT								
ETAPPE DU PARCOURS PATIENT	MODE DE DÉMARRAGE DU RISQUE	EFFETS POSSIBLES	CAUSES POSSIBLES	G	C	MESURES PRÉVENTIVES	MESURES CORRECTIVES	PERSONNEL CONCERNÉ
PHASE 1 DÉTECTER	Couvrir du risque de maladie et/ou de l'atteinte de la personne en se référant au patient	Pas de courrier Patient non connu/ Patient non traité	Parcours du courrier Non envoi du courrier	2		Procédures internes du service/autre	Si le patient ou la personne concernée communiquent au patient	Demandes Médecins
PHASE 2 DÉCOUVRIR	Accident et prévention consultation	Erreur d'identification du patient lors de la prise en charge administrative	Alerte majeure à l'intérieur du patient (maladie, état, état psychologique, état physique)	Hypocrisie		Demande un niveau élevé d'identification du patient (ex : nom, prénom, date de naissance) (+ demander si le patient est déjà venu)	Identifiez les hommages sur les documents administratifs	
			Difficultés de communication avec le patient (de l'écrit, l'oral, l'audition, l'écoute, l'expression, handicap sensoriel)			Identifiez de l'identité patient via les papiers d'identité etc... demandez la présence d'un témoin		
			Doublet des renseignements au niveau administratif	3		Identifiez le code couleur et créer du dossier électronique patient pour faciliter le suivi administratif		
			Sélection informatique d'un patient dans une liste de programmation d'un rendez-vous (ex : réservation de l'hôpital)	Vigilance		Réprogrammer le nom réel et le nom de jeune pour éviter la confusion dans le dossier patient		
			Erreur de renseignement					
PHASE 3 CORRIGER	Accident et prévention consultation bûche	Manque de renseignement sur les données cliniques dans le dossier patient (ex : maladie de Mélange de complexe née avec cette patient)	Alerte majeure à l'intérieur du patient (maladie, état, état psychologique, état physique, état de traitement)	Demandes manquantes sur l'état (ex : absence de renseignement sur les maladies chroniques, état psychologique, état physique, état de traitement)	3	Demande corrigir de la présence des documents administratifs		
						Documenter par écrit - Choisir des documents par rapport à l'absence de renseignement et demander de nos collègues patients + demander la présence d'un témoin du dossier à l'envoi de l'ordre		
						Validation finale des données cliques avant transmission		
							Validation des dossiers en cours de traitement + demander de nouvelles demandes manquantes	
								Demande Médecins Médecins

Fiches de gestion des événements indésirables

La gestion des risques a posteriori

Enquête de fréquence des EI



Enquête Culture sécurité

Annexe 1 : Le questionnaire

**ONCOPAYS
DE LA CÔTE D'IVOIRE**

Questionnaire « Culture de la Sécurité des Soins »

Ce questionnaire a été développé par les membres du groupe de travail régional « Qualité en radiothérapie » à partir du document de l'IPHSQ-C, développé sous l'égide de l'*Agency for Healthcare Research and Quality*.

Il permet de recueillir une opinion sur les problèmes de sécurité des soins, les erreurs, et le signalisation des événements indésirables.

Le questionnaire pourra remplir ce questionnaire en 10 minutes. Il est confidentiel et aucune réponse individuelle ne sera communiquée.

Votre établissement : _____ Date déroulante : _____

Votre secteur : _____ Secrétariat / Manipulateurs / dosimétrie/physique / Médecins / Autre : _____

A. Votre secteur

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

Cochez la réponse que 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 sentent soutenues financièrement 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 secteur, chacun considère les autres avec respect et considération

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 un personnel interne pour assurer la qualité optimale des soins

Le personnel a l'impression que ses erreurs lui sont reprochées

Dans notre secteur, les erreurs ont conduit à des changements positifs

C'est uniquement par hasard qu'il n'y a pas eu des erreurs plus graves dans notre secteur jusqu'à présent

Quand il y a une volonté de le nécessaire, les autres secteurs vous viennent en aide

Un contact des collègues du secteur voisin améliore nos processus et la qualité des soins

Lorsqu'un événement est signalé, on a l'impression que c'est la personne qui est pointée du doigt et non l'équipe

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 des choses au plus vite et au moins cher

La sécurité des soins peut être négligée au profit d'un rendement plus important

Le secteur n'a pas l'impression que les erreurs soient notées dans les dossiers administratifs du personnel

Nous avons des problèmes de sécurité des soins dans le secteur

Notre fonctionnement et nos procédures sont efficaces pour prévenir la survenue d'erreurs

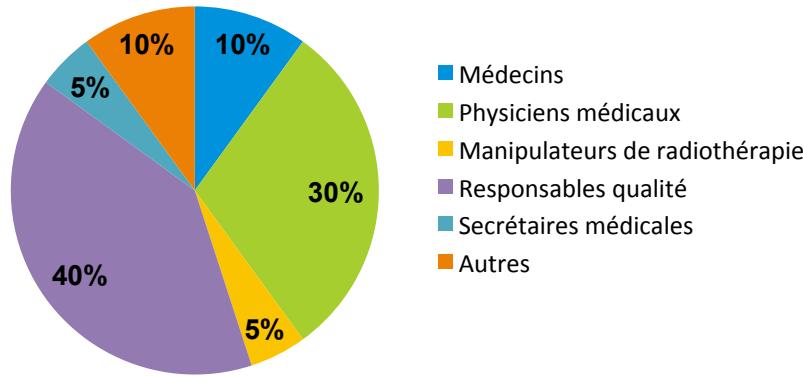
Commentaires : _____

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 DÉFAILLANCE = RISQUE	EFFETS POSSIBLES	CAUSES POSSIBLES	G	F	C	MESURES PREVENTIVES	MESURES CORRECTIVES	PERSONNEL CONCERNÉ
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	Secrétaire Manipulateurs
				Dossier médical incomplet				Mise en place d'une procédure écrite Vérifier que le dossier soit complet Création d'un dossier informatisé avec un identifiant unique attribué à l'entrée du patient avec scan des documents papier.		
				Mauvais classement, ergonomie de l'archivage				Mise en place d'une procédure écrite Sensibiliser les intervenants Vigilance		
				Manque de place				Informatisation et/ou sous traîance de l'archivage		
				Perte du dossier par l'hébergeur informatique				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 Adapter la contention pour le confort Procédure patient agité		
				Incompréhension du patient, stress et angoisse.				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. Larange, 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**