

Note technique

La cellule de retour d'expérience (CREx) en radiothérapie : un outil indispensable au management de la sécurité. Une évaluation après deux ans d'activité au centre Oscar-Lambret

Experience feed back committee in radiotherapy (CREx): a compulsory tool for security management evaluation at two years

E. Lartigau*, B. Coche-Dequeant, V. Dumortier, S. Giscard, T. Lacornerie, A. Lasue, V. Cheval, V. Martel, B. Malfait, A. Fuchs, M. Pestel, M. Damman, M. Forrest

Département universitaire de radiothérapie, centre Oscar-Lambret, université Lille-2, 3, rue F.-Combemale, 59000 Lille, France

Reçu le 18 juillet 2008 ; accepté le 18 juillet 2008

Disponible sur Internet le 28 août 2008

Résumé

Après avoir travaillé sur l'organisation de la prise en charge de la file active de patients (bonne pratiques organisationnelles en radiothérapie – action pilote de la Mission nationale d'expertise et d'audits hospitaliers [MEAH] de 2003), la mise en œuvre d'une politique de qualité/sécurité nous est apparue comme un enjeu essentiel de nos organisations en radiothérapie. Avec l'aide de Air France Consulting et de la MEAH, les centres de lutte contre le cancer d'Angers, Lille et Villejuif ont travaillé ensemble sur l'implantation de cellules de retour d'expérience (CREx) dédiées à l'enregistrement, l'analyse et à la corrections des événements précurseurs. Après deux ans d'activité, nous allons rapporter ici les résultats du centre Oscar-Lambret et essayer d'en tirer les enseignements quant à une généralisation du processus. Cette démarche nous semble être devenue un outil indispensable au management de la sécurité.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

After working on treatment organisation in radiotherapy (*bonne pratiques organisationnelles en radiothérapie – action pilote* MEAH 2003), the development of a security policy has become crucial. With the help of Air France Consulting and the MEAH, three cancer centers in Angers, Lille and Villejuif worked together on the implantation of experience feed back committees (CREx) dedicated to the registration, analysis and correction of precursor events. After two years, we report the centre Oscar-Lambret experience in Lille and try to get the recommendations for generalisation of the process. This seems now to be compulsory for security management in oncology.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Radiothérapie ; Sécurité ; Événements précurseurs ; Retour d'expériences

Keywords: Radiotherapy; Security; Precursor events; Experience feed back

1. Introduction

La sécurité des traitements est un enjeu majeur pour le monde médical. Tous les ans, des milliers de patients souffrent

d'événements secondaires plus ou moins sévères directement imputables à la prise charge de leur pathologie (toxicité médicamenteuse, infections nosocomiales...). En dépit de toutes les difficultés inhérentes à la pratique médicale et à son caractère non comparable au monde de la production industrielle, la grande majorité de ces événements est vraisemblablement évitable par la mise en place d'une politique qualité/sécurité rigoureuse [1–4,6].

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : e-lartigau@o-lambret.fr (E. Lartigau).

Une telle politique nécessite, outre des moyens humains, financiers et techniques, une méthodologie rigoureuse et validée. De nombreux modèles de sécurité des pratiques ont été développés dans le monde industriel. Après une évaluation des modèles existants, il nous a semblé que le modèle développé dans le monde aérien était sans doute le plus robuste et le plus adaptable à la radiothérapie. Nous avons trouvé en Air France Consulting la volonté de travailler sur la transposition du modèle au monde médical et, grâce au soutien de la Mission nationale d'expertise et d'audits hospitaliers (MEAH), cette expérience a pu être mise en œuvre entre 2005 et 2007 sur trois sites pilotes de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC) à Angers, Villejuif et Lille [5].

2. La sécurité en radiothérapie et dans le transport aérien

Il existe de nombreuses analogies entre le monde du transport aérien et celui de la médecine et, notamment, de la radiothérapie. L'accident est vécu comme inacceptable, donne lieu à une médiatisation extrême et a de très lourdes conséquences sur les organisations [7]. Il est donc impossible d'attendre un tel événement pour réagir [1,6]. Seul un enregistrement prospectif des événements en écart avec la norme à des fins d'analyse et de correction est envisageable (notion d'événements précurseurs) par rapport à l'analyse, qui reste néanmoins indispensable, de l'accident survenu (réunion de morbidité).

Ces événements interviennent dans un cadre où le traitement au quotidien (séance de radiothérapie) présente beaucoup d'analogie avec un vol aérien. Le patient doit être accueilli, identifié, dirigé vers sa salle d'attente. Il est confronté à une machine dont l'utilisation est réglementée par des textes et des contrôles de qualité internes à l'établissement et externes à celui-ci. Le personnel comprend des corps de métier chargés de l'encadrement, de la prise en charge en temps réel, de la maintenance des équipements. . .

La séance (vol) terminée, il repart et recommencera le lendemain avec parfois des personnels (équipes) différents mais dans un environnement qui doit assurer la même qualité et la même sécurité de prise en charge.

La méthodologie, basée sur l'exploitation du retour d'expérience (REX), provient donc de l'aérien, où elle a été développée depuis le milieu des années 1970. L'aspect méthodologique a été présenté dans l'article : Vers une « politique sécurité » en oncologie-radiothérapie, publié en 2007 dans *Cancer/Radiothérapie* [6].

Nous nous proposons ici de retracer les deux premières années d'activité de la cellule de retour d'expérience (CREx) du département universitaire de radiothérapie du centre Oscar-Lambret.

3. La CREx au centre Oscar-Lambret

La CREx, système dynamique s'intégrant dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité, a vu le jour en janvier 2007 dans le service de radiothérapie avec les conseils de MM. Petit et Debouck (Air France Consulting).

Elle a pour missions de :

- recueillir les événements précurseurs prioritaires ;
- suivre les analyses systémiques réalisées chaque mois ;
- décider et assurer le suivi des actions correctives entreprises.

La cellule est constituée d'une équipe pluridisciplinaire par binôme (un représentant et un suppléant par secteur d'activité) : radiothérapeute, physicien, secrétaire, manipulateur, cadre, responsable qualité. Chaque membre de la cellule a bénéficié de la formation Orion (méthode d'analyse systémique des événements précurseurs) dispensée par Air France Consulting. Afin de favoriser les échanges entre tous, l'absence de hiérarchie est nécessaire au sein de ce groupe.

Un référent qualité (animateur) est nommé. Son rôle est de collecter et prioriser les événements, de préparer et animer les réunions et de rédiger les comptes rendus. Il a également pour mission de suivre la mise en place des actions correctives et de veiller à leur bonne application (évaluation).

Les moyens pour le référent qualité de recueillir des événements précurseurs sont :

- la fiche de déclaration d'événement indésirable ;
- les courriers électroniques ;
- l'analyse de dossiers ;
- une écoute active.

Les événements précurseurs sont enregistrés depuis le mois de mai 2007 dans une base de données. Ce tableau Excel est le fruit de la collaboration entre le référent qualité et un stagiaire de l'école centrale de Lille qui a passé quelques mois dans notre département.

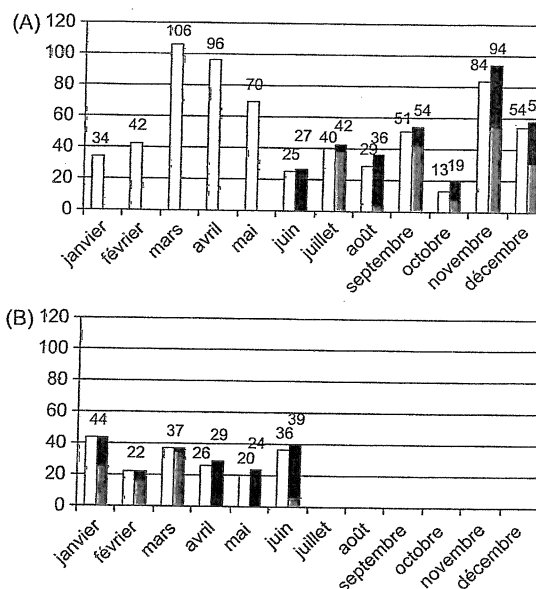


Fig. 1. Recensement des événements précurseurs 2007 (A) et 2008 (B) : nombre de fiches de déclarations (barres vides) ; nombre d'événements déclarés (barres pleines).

Precursor events in 2007 (A) and 2008 (B): declaration sheets (white bars); declared events (black bars).

Tableau 1
Choix des actions correctives
Choice of corrective actions

Année	Nombre de réunions	Nombre d'événements retenus	Contenu de ces événements
2007	11	8	Absence de transmission d'information aux manipulateurs après intervention sur un appareil de traitement Non-respect de la prescription pour une irradiation corporelle totale Dosimétries non validées par le radiothérapeute Erreur de mise en place lors d'un traitement pelvien Discordance de rendez-vous entre Q-Planner et Helax Annulation de la valeur de rotation de table lors de l'enregistrement de la hauteur table dans helax Surdosage reçu par un patient atteint d'une tumeur ORL Dépassement de dose totale dans une localisation intégrée dans un traitement complexe
2008	4	2	Prescriptions (incomplètes, erronées, illisibles, contradictoires) Absence du radiothérapeute lors d'une simulation

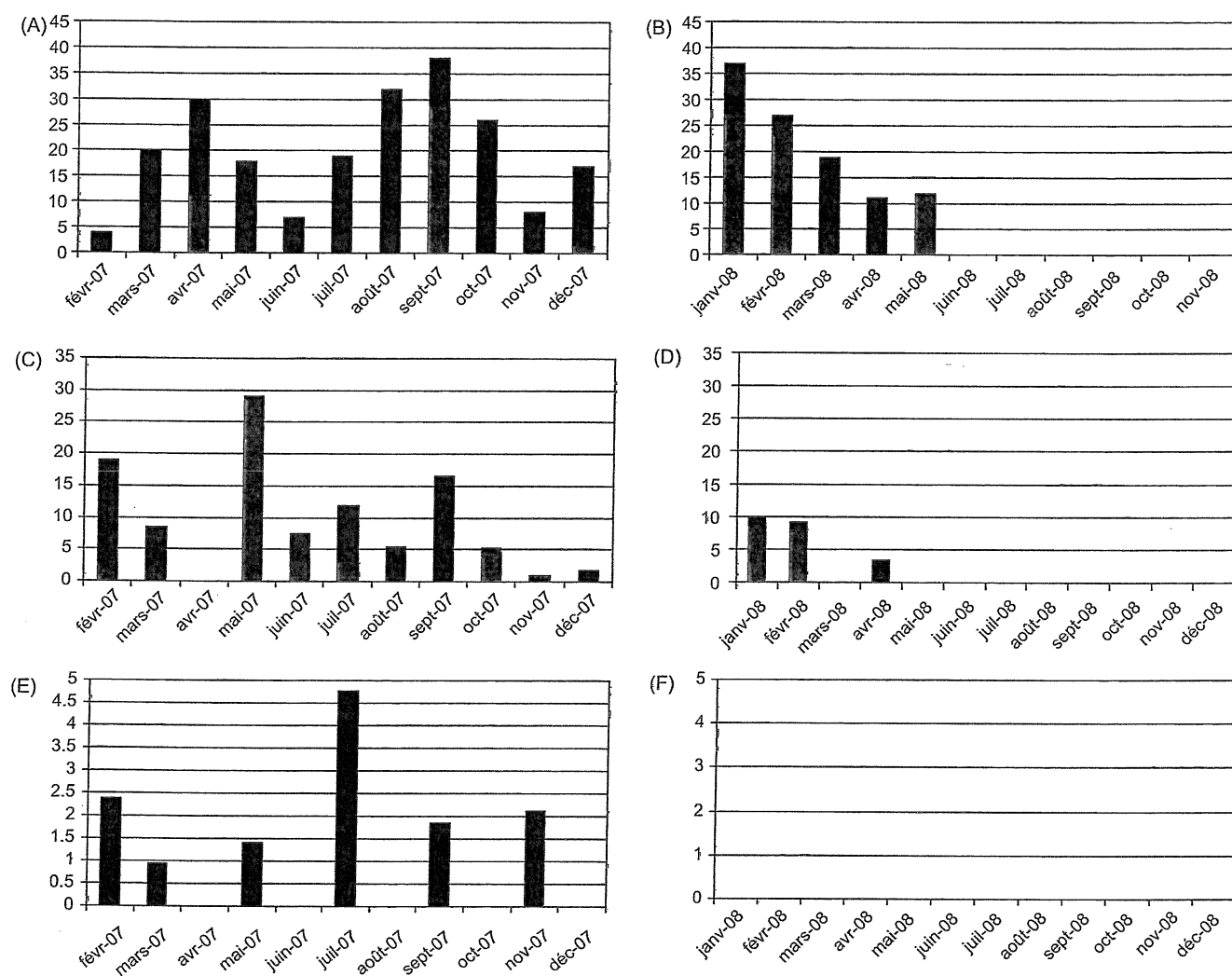


Fig. 2. Indicateurs de suivi : enregistrements des éléments précurseurs (non-conformité). A-B : prescriptions. C-D : dosimétries non validées par le radiothérapeute. E-F : imagerie portale en 2007 (A, C, E) et 2008 (B, D, F).

Follow-up indicators: precursor events registration (non conformity). A-B: prescriptions. C-D: dosimetry validation. E-F: portal imaging in 2007 (A, C, E) and 2008 (B, D, F).

Les réunions, d'une durée d'une heure trente, sont mensuelles. Les points abordés en réunion sont les suivants :

- la présentation des événements du mois ;
- la priorisation d'un événement ;
- le choix du responsable de l'analyse ;
- l'écoute de l'analyse de l'événement retenu le mois précédent avec proposition d'actions correctives ;
- le choix des actions correctives par le groupe ;
- la désignation de la personne responsable de la mise en œuvre de ou des actions correctives choisies et détermination de l'échéance ;
- le suivi des actions correctives entreprises lors des réunions précédentes.

4. Résultats

En 2007, l'enregistrement de 403 événements précurseurs (Fig. 1) a permis de retrouver une prépondérance d'événements liés à la prescription de traitement (20 %), à la présence médicale (15 %), à la validation de la dosimétrie (11 %) et à la transmission d'information. Tous ces éléments précurseurs ont donc été analysés pour donner lieu à la sélection des événements semblant les plus importants à corriger pour la cellule de travail. Ainsi, en 2007, après analyse dans le cadre des 11 réunions de la CREx, huit événements indésirables ont été retenus pour donner lieu à des actions correctives (Tableau 1). L'analyse Orion des causes a permis de dégager des actions correctives définies dans la CREx puis mises en œuvre par l'un des membres.

Après mise en œuvre des corrections, une évaluation de suivi a été réalisée au cours du temps (Fig. 2). Ce suivi d'action permet aussi d'enregistrer des éléments associés à la qualité des traitements comme dans l'exemple de la Fig. 2, la réalisation des imageries de contrôle.

5. Discussion

Ces deux années d'application de la CREx au centre Oscar-Lambret ont démontré la transférabilité du modèle issu de l'aérien au monde médical et en particulier à celui de la radiothérapie. Comme nous l'évoquons dans l'article de 2007 : « Le chantier REX a été lancé en juin 2005. Les premières CREx ont fonctionné début 2007 ». Ce laps de temps peut paraître important mais a été rendu nécessaire par la nécessité de bien expliquer aux équipes la méthodologie employée et son intérêt.

Une des principales raisons à des réticences est la difficulté de faire considérer les événements non pas comme des fautes individuelles mais comme des défaillances du système. La culture punitive trop souvent présente dans nos organisations est un frein potentiel au REX. La formation *radiotherapy resources management* (RRM) a été un levier puissant du changement en montrant visuellement les situations à risque potentiel.

Une fois cette étape franchie, le plus sensible est certainement le retour d'information régulier vers les équipes afin de garder la mobilisation permanente. Les résultats doivent être évoqués mensuellement en réunion d'équipe. Afin de maintenir une participation active de la part de l'ensemble du personnel, il a été essentiel d'informer toutes les équipes par des moyens d'affichage, de mails, de réunions. . .

6. Conclusion

La mise en œuvre d'une CREx nous semble être une étape obligatoire pour la mise en œuvre d'une politique sécurité en radiothérapie. Elle permet de sensibiliser les équipes au respect et au suivi des procédures. L'analyse des événements précurseurs est un outil fort de mise en lumière des dysfonctionnements organisationnels. Leur correction et la communication qui en est faite sont des outils essentiels de management dans le cadre de la « non-punition », gage de confiance et de fidélisation des personnels.

Située en amont des RMM, elle renforce le dispositif de sécurité au sein de la politique qualité de l'établissement. Sa généralisation est en cours dans les services de radiothérapie de la FNCLCC. Sa pérennité dépendra de l'implication des professionnels et des moyens alloués à cette « activité » essentielle pour l'avenir de notre discipline.

Remerciements

Nous tenons à remercier la MEAH, les collègues des départements de radiothérapie de Villejuif et Angers, Vincent Thibaud, élève ingénieur à l'école centrale de Lille, Air France Consulting et tout particulièrement H. Petit et F. Debouck pour leur implication sans faille tout au long de ce passionnant chantier.

Références

- [1] Berechet I, Petit H, Debouck F, Gourdon F, Perrin E. Méthodologie et outils avancés Sispia pour le développement de cartographies corrélatives des risques ; de l'aéronautique vers d'autres secteurs d'activité. 15^e congrès de Maîtrise des risques et de sûreté de fonctionnement - Lille 10–12 octobre 2006 - Présentation 5B-6Raux M.
- [2] Donaldson L. Reducing harm from radiotherapy. *BMJ* 2007; 334:272.
- [3] Guide Facteur humains pour l'instructeur. Service de la formation aéronautique et du contrôle technique. 1^{re} ed. ISBN n° 2-11-091-281-2.
- [4] Lartigau E, Sarrazin T. Qualité et sécurité en radiothérapie. *Risques et Qualité* 2006;2:101–6.
- [5] MEAH. Améliorer la sécurité en radiothérapie. Rapport de fin de chantier, mai 2007. www.meah.fr (consulté en 2008).
- [6] Woynar S, Debouck F, Cellier P, Bourhis J, Cauterman M, Lartigau E. Vers une « politique sécurité » en oncologie-radiothérapie. La mise en œuvre du retour d'expérience. *Cancer Radiother* 2007;320–8.
- [7] Yeung TK, Bortolotto K, Cosby S, Hoar M, Lederer E. Quality assurance in radiotherapy: evaluation of errors and incidents recorded over a 10-year period. *Radiother Oncol* 2005;3:283–91.