

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.

Faits marquants

Rappel : Mise à jour prévue de l'ensemble minimal de données du SNDAI-RT

La révision et la mise à jour prévues de l'ensemble minimal de données du SNDAI-RT sont imminentes! Si vous êtes un utilisateur et avez des suggestions de changements à la taxonomie, veuillez nous [en faire part](#) maintenant!

Lancement de la version française du SNDAI-RT en 2020!

Si votre centre utilise un système local de déclaration en français, vous serez heureux d'apprendre que le SNDAI-RT sera prochainement disponible en français! Le système est actuellement à l'essai dans plusieurs centres au Québec. [Communiquez](#) avec l'ICIS pour savoir comment vous inscrire!

SNDAI-RT Cas d'étude

Victime collatérale : Offrir du soutien aux membres du personnel impliqués dans les accidents et incidents de radiothérapie



Système national de déclaration des accidents et incidents – Radiothérapie : L'ensemble minimal de données (EMD) décrit les éléments de données spécifiques utilisés pour caractériser les accidents et incidents de radiothérapie. La section 6.1, Mesures d'atténuation, contient la valeur de codification « Réunion de bilan avec le personnel ou accompagnement psychologique ». L'examen des données du SNDAI-RT permet d'évaluer plus facilement l'étendue du problème et de mieux comprendre la manière dont les programmes de traitement du cancer peuvent soutenir les membres du personnel touchés par des incidents préjudiciables.

Que montrent les données du SNDAI-RT?

Une réunion de bilan avec le personnel ou un accompagnement psychologique a été la mesure d'atténuation prise après 290 des 4 220 accidents ou incidents déclarés au SNDAI-RT. Les descriptions jointes à ces accidents et incidents indiquent un

Définition du SNDAI-RT

Mesure d'atténuation

Mesure prise ou circonstances modifiées pour réduire ou compenser les préjudices après un accident/incident.

Mesure d'atténuation – Réunion de bilan avec le personnel ou accompagnement psychologique

Offre de soutien émotionnel (p. ex., services de soutien spirituel, counseling, travail social) au besoin.

Comité consultative 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

Erika Brown

Partenariat canadien pour la qualité en radiothérapie

Louise Bird

représentante des patients

Normand Freniere

CISSS 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, Action Cancer 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

degré élevé de variabilité en ce qui a trait au type d'accident/incident et aux répercussions potentielles sur les membres du personnel impliqués.

Il existe néanmoins une différence notable entre une simple réunion de bilan après un accident/incident et un accompagnement psychologique. Cette différence soulève la question de savoir quand chaque type de mesure est nécessaire, et quelles formes la mesure devrait prendre.

Dans la mesure où le tiers des 290 accidents et incidents ont occasionné à tout le moins un certain préjudice au patient (dont le degré global de gravité est défini comme suit : faible, moyen ou élevé), il est raisonnable de penser que les membres du personnel impliqués dans l'accident/incident ont également subi un certain préjudice. Dans un article récemment paru sur les répercussions des erreurs médicales sur la santé des prestataires de soins, Jennifer Robertson laisse entendre que les effets émotionnels des erreurs non intentionnelles sur les prestataires peuvent comprendre l'épuisement professionnel, le manque de concentration, la baisse du rendement professionnel, le trouble de stress post-traumatique, la dépression et même les idées suicidaires¹.

Quelles sont les ressources existantes?

L'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) est un organisme sans but lucratif ayant pour vocation de promouvoir et d'améliorer la sécurité dans le secteur des soins de santé. Il offre des ressources qui soulignent les mesures spécifiques à prendre dans le cadre du processus de déclaration des accidents et incidents. Le Cadre canadien d'analyse des incidents décrit la phase d'intervention immédiate du processus et souligne la nécessité de soutenir et de soigner non seulement le patient et ses proches, mais également les prestataires de soins. « Prendre en charge la sécurité et le bien-être des prestataires impliqués et des autres est aussi une nécessité »².

Les notions entourant le soutien offert aux prestataires de soins sont abordées plus en détail dans le document de l'ICSP intitulé *Lignes directrices nationales relatives à la divulgation*. Rétablir le lien entre le patient et le prestataire est un aspect important du processus de guérison après un accident/incident³. Les excuses et la divulgation doivent être efficaces pour y parvenir. Le manque de soutien offert aux prestataires de soins peut néanmoins nuire à ce processus⁴. Il est indispensable d'offrir un soutien émotionnel et l'information nécessaires pour garantir le bon déroulement du processus.

Après un accident ou un incident, la tristesse, la culpabilité, la colère, le blâme et le manque de soutien font partie des



Enquête sur les accidents et incidents en RT et apprentissage en ligne

Améliorez vos compétences en analyse d'accidents et d'incidents en quelques heures! Saviez-vous que le PCQR offre [gratuitement un cours portant sur l'enquête](#) (disponible en anglais seulement) l'analyse et la déclaration des accidents et incidents que vous pouvez suivre de façon autonome? Joignez-vous à nos experts du corps professoral pour une visite virtuelle des systèmes de classification, de l'analyse des causes fondamentales et du SNDAI-RT. Ce cours gratuit vous fournira les outils nécessaires pour mettre en œuvre une approche complète et uniforme pour enquêter sur les incidents et les déclarer au niveau local, conformément aux normes nationales.

Données SNDAI-RT en chiffres

Incidents déclarés à ce jour : 4 221

Incidents réels : 2 632

Incidents évités de justesse : 1 242

Degré de gravité :

nul (2 020), faible (559),

moyen (47), élevé (6)

sentiments responsables de la détresse émotionnelle et physique dont se plaignent les prestataires de soins⁵.

Comment résoudre ce problème?

Voici quelques stratégies d'atténuation que les organismes peuvent mettre en place :

- Accès à des programmes de soutien professionnel, comme les programmes d'aide aux employés;
- Programmes d'éducation sur l'analyse et la divulgation des accidents et incidents;
- Accès à l'information concernant chaque accident ou incident, notamment aux résultats et aux conclusions de l'enquête.

Enfin, le renforcement de la notion d'une juste culture permet d'apporter du soutien au prestataire de soins tout en atténuant les sentiments de culpabilité et de blâme. Un organisme jouit d'une culture de la sécurité lorsque la sécurité des soins compte parmi ses valeurs fondamentales. L'ajout des notions d'équité et de soutien transforme cette culture en une juste culture, fondée sur le respect de l'équilibre entre responsabilité et imputabilité³.

Soutenir les prestataires de soins après un accident ou un incident est une étape essentielle du processus d'apprentissage et de déclaration des accidents et incidents. Doter les membres du personnel de l'information et des outils appropriés pour prendre soin d'eux-mêmes leur permet à leur tour de s'occuper de manière appropriée du patient durant la période suivant l'accident ou l'incident. Comme la tristesse, la culpabilité, la colère, le blâme et le manque de soutien sont des sentiments pouvant être associés à n'importe quel type d'accident ou d'incident, les prestataires de soins doivent avoir à leur disposition un programme de soutien robuste pour faire face à tous les scénarios. Les centres sont invités à lire les articles cités en références ci-dessous, et à faire en sorte que tous les membres du personnel intervenant dans les soins aux patients soient sensibilisés aux programmes d'aide aux employés.

Références

1. Robertson, JJ, Long B. Suffering in Silence: Medical Error and its Impact on Health Care Providers. *Journal of Emergency Medicine*, 2018; 54(4):402-409.
2. Groupe de travail sur l'analyse des incidents. Cadre canadien d'analyse des incidents. Edmonton (Alberta). Institut canadien pour la sécurité des patients, 2012. Accessible au www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/incidentanalysis/pages/incidentanalysis.aspx.
3. Groupe de travail sur la divulgation. Lignes directrices nationales relatives à la divulgation : parler ouvertement aux patients et aux proches. Edmonton (Alberta). Institut canadien pour la sécurité des patients, 2011. Accessible au : www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/disclosure/pages/default.aspx.
4. Gallagher, TH, Waterman, AD, Ebers, AG, Fraser, VJ, Levinson, W. Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. *JAMA*. 2003; 289(8):1001-7.
5. American Society of Healthcare Risk Management. Disclosure: What works now and what can work even better. *Journal of Healthcare Risk Management*, 2004; 24(1):19-26.