



FICHE DE PARTAGE D'EXPERIENCE

Décembre
2020

N° 2 – Erreur de traitement en radiothérapie



Chronologie des faits

J1 - 16h15	Le patient « P1 » arrive dans l'unité de radiothérapie pour une séance de radiothérapie programmée dans le cadre du traitement d'un cancer du pancréas.
16h40	« P1 » est installé par le binôme de manipulateurs sur la table de traitement et ceux-ci s'assurent, par l'intermédiaire d'une check-list, qu'il s'agit du bon patient et que son identité correspond bien à celle affichée sur les écrans des applications informatiques gérant la séance et le contrôle du positionnement.
16h42	Comme cela arrive régulièrement (sans jamais être signalé), un problème informatique survient qui entraîne la fermeture du programme informatique pendant que les manipulateurs utilisent l'imageur 3D qui permet de vérifier la bonne installation du patient.
16h43	Les corrections de position calculées par l'imageur sont appliquées à la table de traitement afin que la cible à traiter soit parfaitement positionnée pour recevoir le flux d'irradiation programmé.
16h44	L'application informatique est relancée. Par défaut, elle met en surbrillance la séance du planning la plus proche de l'heure réelle. Les manipulateurs ayant plus de 5 minutes de retard, c'est celle du patient « P2 », traité pour un cancer de prostate, qui est surlignée. Le manipulateur sélectionne ce patient, sans s'apercevoir de son erreur.
16h45	La séance de radiothérapie est délivrée avec les valeurs de radiothérapie prévues pour « P2 ». « P1 » reçoit alors une dose de 3 Gy au lieu de 1,8 Gy, avec une mauvaise modulation d'intensité.
16h47	Les manipulateurs libèrent « P1 » après avoir effectué la cotation de la séance dans le programme.
16h50	Les manipulateurs prennent en charge le patient suivant affiché par le programme, soit « P3 », et lui administrent le traitement prévu après les contrôles d'usage.
16h57	En effectuant la cotation de la séance pour « P3 », les manipulateurs s'étonnent que la séance de « P1 » apparaisse toujours comme « non délivrée » et réalisent alors qu'il y a eu erreur de sélection de séance après la panne informatique.
16h58	Le physicien et le radiothérapeute sont alertés par les manipulateurs.
17h20	« P1 » est contacté par téléphone par le radiothérapeute pour lui expliquer la situation et lui proposer de le recevoir le lendemain.
17h25	Une séance est recrée pour pouvoir traiter « P2 » puisqu'il n'est plus possible d'utiliser celle qui était prévue pour lui, notée comme « réalisée » dans le programme informatique.
J2	Le patient est revu comme prévu par le radiothérapeute. Il est rassuré sur l'absence de conséquence à prévoir en rapport avec l'erreur de la veille, sur sa santé comme sur la poursuite du traitement.



Analyse de l'événement indésirable

- **Événement indésirable**
 - Erreur d'identification entraînant la délivrance inadéquate d'une séquence de radiothérapie.
- **Conséquences**
 - Pas de conséquence attendue sur la santé du patient en termes de toxicité ou de risque majoré.
 - Désorganisation temporaire des séances.
 - Il s'agit d'un événement indésirable associé aux soins (EIAS), sans critère de gravité.
- **Facteurs latents**
 - Instabilité du programme informatique qui provoque des pannes récurrentes.
 - Retard pris dans la réalisation des séances.
 - Surlignement de la séance planifiée la plus proche de l'horaire par le programme informatique.
- **Causes immédiates**
 - Sélection erronée du patient sur le programme informatique.
- **Barrières de sécurité ayant fonctionné**
 - Check-list à l'arrivée du patient.
- **Barrières de sécurité n'ayant pas fonctionné**
 - Défaut d'identification secondaire après la panne informatique pour s'assurer que le dossier ouvert est bien celui du patient pris en charge.



Actions d'amélioration identifiées

- Rappeler aux opérateurs la nécessité de refaire une check-list orale en cas de panne informatique (action immédiate : envoi d'un mail de sensibilisation à tous les manipulateurs).
- Faire réaliser un audit interne pour identifier la cause des problèmes informatiques récurrents et rendre le réseau plus stable.
- Ouvrir un ticket d'anomalie sur la *hotline* de l'éditeur informatique pour signaler l'anomalie.
- Modifier l'interface homme machine afin de limiter le risque d'erreur de sélection de séance.
- Réaliser un *benchmarking* avec d'autres centres utilisateurs de la solution informatique.
- Faire évoluer la procédure de contrôle de cohérence de l'identité (installation d'un système de vérification automatisée, faisant intervenir une carte avec QR code).
- Inciter les professionnels à signaler tout type d'événement indésirable (y compris les bugs informatiques).
- Signaler l'événement indésirable et les mesures prises aux autorités compétentes (partage d'expérience).



Messages à retenir

- Il faut toujours vérifier la cohérence entre les traits du patients et ceux portés par les différents documents, papier ou informatiques, utilisés.
- En cas de panne informatique, la procédure d'identification secondaire est à reprendre à zéro.
- En cas d'erreur constatée, il faut la signaler sans délai, selon la procédure applicable localement, afin d'apprendre de l'erreur et d'en partager les enseignements.
- La cellule opérationnelle d'identitovigilance doit être informée de toute erreur d'identification détectée.
- Il s'agit d'un *événement significatif de radioprotection* (ESR) qui doit être déclaré à l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN) dans les 48h via le téléservice dédié.