

11 JUIN 2025

Analyse FOH des ESR « erreur de Latéralité »

Séminaire PCR grand-ouest

Jean-Claude ESTIENNE (Analyse de Sylvie THELLIER fin 2024)

METHODOLOGIE

1. Analyse des 7 ESR « erreur de latéralité » 2023-2024 :

- **Identification de catégories** : antécédents patient, étapes de traitement concernées par l'ESR, contexte de travail, barrières de sécurité ;
- **Comparaison des données** : identification de données communes et spécifiques ;
- **Synthèse des données dans un tableau Excel.**

2. Analyse approfondie des ESR :

- **Analyse des facteurs organisationnels et humains ;**
- **Comparaison des ESR années 2010 (bulletin de la sécurité n°6) et années 2020 ;**
- **Mise en discussion de ce travail (GT REX, réunion de réseau RTE, SFRO...).**

RESULTATS D'ANALYSE : ETAPE(S) A RISQUES

- Des erreurs de latéralité qui surviennent à l'étape de la prescription : erreurs de prescription, informations discordantes dans les documents associés (années 2020).
- L'erreur de délimitation est généralement la conséquence d'une erreur à l'étape de prescription...

IRIDIS Marseille (Clairval)

Antécédent : multiples cancers (ORL, sein D puis G). **Chirurgies**

RCP : TT demandé à **Droite**

Prescription : poumon **gauche**

Ordonnance scanner / courrier indiquant une progression lobe sup G...

CHRU Tours

Antécédents : **chirurgie?**

Prescription : interne mentionne **côté G** (au lieu D) dans motif consultation et plan de TT [...] et **mention à D** dans reste document

Dossier technique: **Sein D raturé G + demande scanner sein G...**

Centre de Villeurbanne

Antécédent : sein G (2000), sein D (04/2023), reprise sein G (07/2023)

Prescription : **pas de mention de la latéralité** – mention "Sein ré-irradiation"

Scanner de centrage sur le sein G avec **repères à G**

Contourage du médecin réalisé à D...

CH Fleyriat (Bourg en Bresse)

Antécédents : **chirurgie le 5/10/2023**

RCP : pas de résultat histologique et pas l'ORL

Consultation : dossier de traitement ARIA "oropharynx D" et diagnostic « oropharynx G»

Prescription : RT fait brouillon "lit tumoral oropharynx G" et "N Cervical pharyngé G » alors que **D sur intitulé dossier (prescription) et sur plan de traitement...**

Préparation : RT ne demande **pas de matérialisation de la cicatrice**, ni de fusion avec le TEP scanner ou le scanner diagnostic

RESULTATS D'ANALYSE : NIVEAU DE GRAVITE

Un niveau de gravité plus élevé

Niveau échelle ASN/SFRO

	Années 2010	Années 2020 (juillet 2024)
Niveau 0	1	
Niveau 1	10	
Niveau 2	2	7

Nombre de séances concernées par l'erreur de latéralité

	Années 2010	Années 2020
1 séance	4 ESR (30%)	
Entre 3 et 5 séances	5 ESR (38%)	1 ESR (14%)
Entre 6 et 9 séances		2 ESR (29%)
10 séances et plus	4 ESR (30%)	2 ESR (29%)
Totalité du traitement		2 ESR (29%)

Une détection :

- Plus tardive (détection des effets secondaires lors de consultations de suivi pendant ou post-traitement) ;
- Par des acteurs différents : 2010 (MERM, patients) / 2020 (RT)

Des barrières de sécurité inappropriées pour éviter la propagation des erreurs de latéralité survenues à l'étape de la prescription médicale

RESULTATS D'ANALYSE : SITUATION À RISQUES GÉNÉRIQUE

Localisation : sein (4), ORL (2), poumon (1)

Techniques à risques : Tomothérapie, Vmat, TT stéréotaxiques, ... (?) **A compléter**

Etape à risques : Prescription médicale

Éléments manquants :

Documentaire : dossier patient incomplet, pas de mention latéralité dans prescription, pas de passage du dossier en staff...

Imagerie : volume cible non visible (chirurgie, lésion ne fixe pas au TEP, grain fiduciaire non détectable, cicatrice non visible ou non matérialisée, pas de fusion avec le TEP scanner, pas d'injection de produits de contraste)

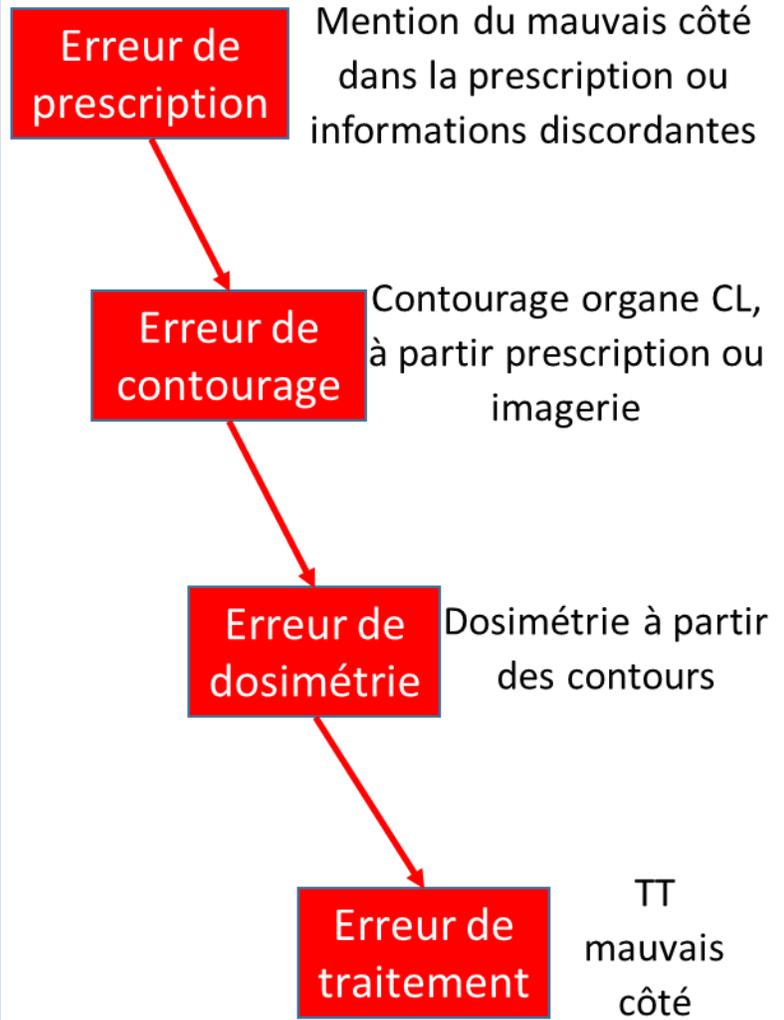
Éléments de confusion :

Dossier patient : informations discordantes (+++), ratures, dossier complexe

Patient : antécédents multiples cancers touchant les 2 côtés organes doubles ou organe à proximité, évolution pathologie sur les 2 côtés organe double ou débordement de la tumeur côté controlatéral (CL).

Imagerie : zone remaniée sur images (laisse penser site opératoire), ligne d'agrafes organe CL, calcification organe CL pris pour clip, lésion nodulaire sur organe CL fixe au TEP, images zoomées sur sein CL (clips sein à traiter pas visible et pas toujours de clips chirurgicaux), cerclage / contourage des 2 organes.

Protocole : atypique (prendre en compte jours fériés)



RESULTATS D'ANALYSE : CAUSES DES SITUATIONS À RISQUES

Similitudes années 2010 / 2020 :

- 1) **Éléments manquants** : dossier incomplet (1^{ère} consultation), volume cible non visible ou peu visible sur l'imagerie, absence précision côté ou indique mauvais côté, vérifications non systématiques de la latéralité ... ;
- 2) **Modification des ressources** : plusieurs radiothérapeutes dans la prise en charge du dossier ;
- 3) **Groupement d'étapes** du processus de soin : planification scanner le même jour que la consultation ;
- 4) **Confiance** aux actions menées aux étapes antérieures.

Nouveautés années 2010 / 2020 :

- 1) **Contexte de travail dégradé** : pénurie d'effectif, surcharge de travail, interruptions... ;
- 2) **Informations discordantes dans les documents produits** à l'étape de la consultation / prescription médicale ;
- 3) **Éléments apportant de la confusion dans la prise en charge des patients** ;
- 4) **Inefficacité des contrôles** alors qu'ils se multiplient (MERM, PM);
- 5) **Evolutions techniques** : machine qui tourne, difficulté à visualiser la zone traitée (patients, MERM)

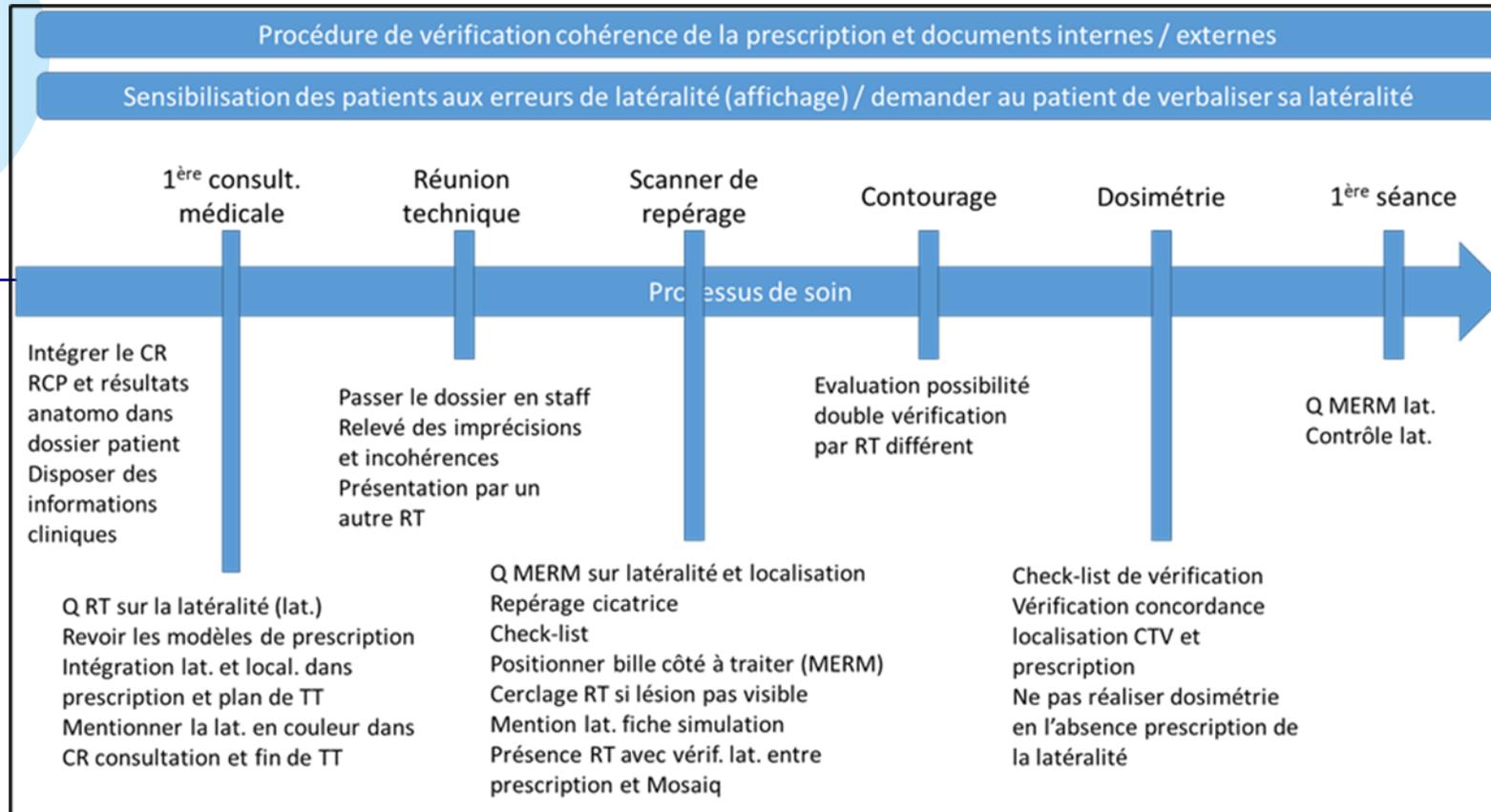
Causes n'étant plus d'actualités en 2020 :

- 1) Changement de machine ou des problèmes de repères (tête-pieds) ;
- 2) Absence de règles relatives au contrôle de la latéralité ;
- 3) Limites techniques : impossibilité de réaliser une projection lumineuse, de noter le côté à traiter dans logiciel, de codage de la table dans le R&V...

RESULTATS D'ANALYSE : CAUSES ÉNONCÉES AU GT REX

- Informatisation du dossier :
 - 1) Mise à disposition de nombreuses informations (tout métier). Augmentation du volume des informations → impossible de toutes les regarder → recherche de l'information utile (choix).
 - 2) Risque d'erreur augmenté du fait de l'utilisation d'abréviations et de données « papier » et « informatique » (pendant une période), de transferts de données en continue (sélections et saisies manuelles).
- Contourage automatique : contourage des 2 organes doubles → contourage n'est plus un repère pour déterminer la latéralité.
- Troubles de la latéralité : fréquence erreur droite/gauche. Le contexte de travail aggrave ces troubles (bruit, conversation, interruption, co-activité, charge de travail...).
- Nombre important des contrôles : impossible de tout contrôler à chaque étape → vérifications de la cohérence des données avec celles de l'étape précédente. Une erreur produite au moment de la prescription est difficilement détectable (propagation à toutes les étapes du traitement).
- Des barrières de sécurité (contrôle) privilégiées à certaines étapes : essentiellement à l'étape de simulation et de dosimétrie, peu à la prescription médicale et au contourage.

RESULTATS D'ANALYSE : ACTIONS CORRECTIVES



→ Des actions correctives trop ciblées sur la détection des erreurs de latéralité après la prescription médicale mais insuffisantes au moment de celle-ci (éviter les erreurs de prescription médicale) ;

→ Des actions correctives qui ne traitent pas des incohérences de données dans les documents.

PROJET FICHE SÉCURISATION DES TRAITEMENTS : LATÉRALITÉ



SÉCURISATION DES TRAITEMENTS EN RADIOTHÉRAPIE

FOCUS SUR UN ESR RÉCURRENT #2

LATÉRALITÉ

Les erreurs de latéralité occasionnent des événements significatifs de radioprotection, 4 en 2023 et 3 en 2024. Cette fiche opérationnelle a pour but de mettre en avant des recommandations pour rendre l'organisation plus robuste et mieux prévenir et détecter ce type d'erreurs. Elle vient en complément du Bulletin La sécurité du patient n°6 « Les erreurs de cotés ».

1 personne sur 6 éprouve des difficultés à discriminer la droite de la gauche.

QUAND/ÔÙ DOIT-ON PROCÉDER À DES CONTRÔLES DE LATÉRALITÉ ?



- Toutes les étapes de prise en charge peuvent être source d'erreur de latéralité, de la Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) au traitement. L'analyse des derniers événements a notamment montré que les conditions de travail dégradées au moment de la prescription médicale et de la délimitation (interruption de tâches, surcharge de travail, déconcentration et non-accès à l'ensemble des documents et examens d'imagerie) favorisent les erreurs de latéralité (étapes identifiées comme les plus à risques en orange).
- Des barrières de prévention et des barrières de détection pour éviter l'émergence d'une erreur de latéralité, devront être mises en place selon l'organisation et les outils disponibles.

ÉLÉMENTS À QUESTIONNER

- Les situations à risque telles que : informations discordantes dans les documents des patients, évolutions des repères anatomiques suite à des changements technologiques, données manquantes, antécédents de cancers sur une même localisation, une localisation proche ou contre-latérale, etc., ont-elles fait l'objet d'une analyse des risques, et des barrières ont-elles été déployées ?
- Les barrières de sécurité visant à éviter l'erreur de latéralité au moment de la prescription médicale ont-elles été formalisées : qui, quoi, quand, comment ?
- La cohérence entre la prescription dans le Record and Verity (R&V) et les comptes-rendus médicaux et l'imagerie diagnostique ~~est-elle~~ l'objet d'un contrôle formalisé ?
- L'implication du patient et sa sollicitation (vérification auprès du patient de la latéralité, moyens de vérification par les Manipulateurs en électroradiologie médicale (MERM) au scanner, au pupitre de traitement etc.) font-elles l'objet d'une formalisation ? (checklist, mémo-liste, livret d'information au patient)
- Une nomenclature univoque et partagée est-elle définie pour identifier la latéralité des volumes cibles et organes à risques (langue, indication de la latéralité, localisation, couleurs, multiples volumes cibles, prise en compte des antécédents) ?
- Une représentation graphique de la localisation du ou des volumes cibles complète-t-elle la prescription notamment pour les organes pairs et a-t-elle été intégrée dans le Système d'information de radiothérapie (SIRT) ?
- Les dernières évolutions des technologies (délimitation bilatérale automatique, système surfacique, accélérateur en anneaux qui ne permettent plus de visualiser le côté traité, ...) et des pratiques du service (absence des clips chirurgicaux, cicatrices invisibles ou non représentatives du site tumoral, tatouages des repères de centrage, ...) remettent-elles en cause l'efficacité des barrières en place ?
- Les éventuelles difficultés à discriminer la droite et la gauche par les professionnels sont-elles prises en compte ? (Information des équipes, partage de ses difficultés avec les autres membres de l'équipe, promotion d'un climat de confiance...). Des mesures ont-elles été prévues pour traiter ces difficultés ?

FOCUS SUR UN ESR RÉCURRENT #2

POURQUOI FAIRE CES CONTRÔLES ?

- Détecter le plus tôt possible une erreur de latéralité (éviter leur propagation et l'effet « tunnel ») ;
- Éviter l'irradiation d'organes à risque et de tissus sains.

COMMENT ÉVALUER L'EFFICACITÉ DE CES CONTRÔLES ?

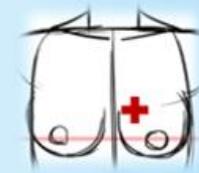
- Réaliser des audits des pratiques (dénomination des prescriptions, validation des contours, validation des dosimétries, vérification des dossiers, ...) ;
- Questionner les conditions de travail qui fragilisent ces contrôles sur la latéralité ;
- Relever les signalements, par les professionnels -y compris médicaux- les presque-accidents et les barrières qui ont fonctionné ou pas (exemple : erreur de coté sur le compte rendu de RCP à signaler et corriger, checklist qui a découvert une erreur, ...) ;
- Analyser en Réunions Collégiales d'Appui (RCA) / réactives les causes profondes de chaque événement concernant la latéralité.

EXEMPLES D'ACTIONS MISES EN PLACE

- Harmonisation de la nomenclature et indication de la latéralité dans le nom du plan de traitement et des volumes :
Exemple : ~~Poumon D, Sein G, Estomac G~~ PTV_ [ou ~~Sein G, Poumon D~~ volume] [latéralité] [dose] :
PTV_11_G_50, PTV_12_D_60 ;
- Association d'une couleur à la latéralité dans les documents associés à la prescription ;
- Représentation graphique de la localisation tumorale, accessible à tous les professionnels, renseignée par l'oncologue-radiothérapeute ;
- Formalisation des contrôles de latéralité (qui contrôle, quand et comment) pour s'assurer que l'ensemble des étapes à risque sont bien contrôlées, notamment celle de la prescription médicale dans le système d'information d'oncologie (OIS) et celle du courtoilage :
 - Définition des acteurs réalisant le contrôle,
 - Identification de la ou des étapes de préparation du traitement où le contrôle doit être réalisé ;
- Définition des modalités de contrôle : sur la base de quel document ? pour prévenir quel risque d'erreur ? Pour le risque d'erreur au moment de la prescription médicale, impliquer au moins deux documents extérieurs à la radiothérapie (compte-rendu opératoire, compte-rendu d'anatomopathologie, d'imagerie etc.) ;
- Questionnement des conditions de travail qui fragilisent ces contrôles ;
- Sensibilisation du patient : un livret d'information est donné au patient explicitant son rôle en tant qu'acteur de sa sécurité ;
- Réalisation régulière des sensibilisations sur les événements indésirables de latéralité ;
- Correction ou annotation de toute erreur de latéralité détectée (nom de volumes, nom de plans, courriers, compte rendus) ;
- Conception, dans le Record & Verity (R&V) ou dans les checklists, d'une zone dans laquelle la latéralité ou le lien avec la prescription indiquant le volume à traiter devront être renseignés (ne pas se contenter de simples cases à cocher).

RÉSUMÉ DES PRATIQUES POSSIBLES

- Nomenclature des volumes ;
- Représentation schématique ;
- Définition de contrôles pertinents, complémentaires et indépendants ;
- Compensation de la perte ou de la modification des repères liés aux évolutions technologiques et pratiques cliniques ;
- Sensibilisation des professionnels sur les dynamiques cognitives de l'erreur humaine ;
- Implication du patient ;
- Audit/observation des pratiques.



Tumeur dans le cadran supra-externe gauche.