



FICHE DE PARTAGE D'EXPERIENCE

Mars
2021

N° 4 – Erreur d'identification secondaire en ophtalmologie



Chronologie des faits

J1 13H30	L'unité d'ambulatorie d'ophtalmologie de la clinique XXX accueille les patients programmés pour une injection intra-vitréenne (IVT) destinée au traitement de leur dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA). Pour des raisons d'organisation, ils sont 24 à avoir été convoqués à la même heure car, en raison d'un jour férié dans le calendrier, le programme des interventions est plus soutenu que d'habitude.
14h35	La salle d'intervention est préparée pour les 2 premiers patients avec les dossiers de Monsieur A, 83 ans, pour une injection dans l'œil gauche et de Monsieur K, 79 ans, qui doit bénéficier de la même intervention à droite.
15h15	L'aide-soignante appelle M. K en salle d'attente mais celui-ci est aux toilettes. C'est M. A qui se lève et la suit.
15H20	Arrivée en salle d'intervention, l'infirmier lui demande s'il est bien M. K. Le patient, qui est malentendant et souffre de troubles mnésiques, répond de manière affirmative en précisant qu'il doit avoir une injection à l'œil, mais il est incapable de répondre à l'infirmier sur le côté concerné par la maladie.
15h30	Le praticien vérifie le dossier de M. K et procède à l'IVT sur l'œil droit de M. A.
16H00	M. A est ramené chez lui en ambulance. A son arrivée son épouse constate que la coque oculaire est posée à droite. Elle appelle l'unité de chirurgie ambulatoire pour signaler le problème.
16H15	M. K, qui commençait à s'impatienter, est appelé à son tour après que l'on a identifié l'erreur de dossier.
16H30	M. K bénéficie de son IVT à droite.
J3	M A est reconvoqué pour réalisation d'une IVT sur le bon œil.



Analyse de l'événement indésirable

- **Événement indésirable**
 - Erreur d'identification secondaire du patient entraînant une erreur de côté d'intervention.
- **Conséquences**
 - Pas de conséquence attendue sur la santé du patient pris en charge.
 - Nécessité de reprogrammer rapidement l'intervention.
 - Collision de données dans le dossier de M. K
 - Coûts à la charge de l'établissement et de l'assurance maladie.
 - Perte de confiance vis-à-vis de l'établissement de la part des proches du patient.
 - Il s'agit d'un événement indésirable associé aux soins (EIAS), sans critère de gravité.
- **Facteurs latents**
 - Absence de pose de bracelet d'identification malgré un acte à risque et un patient à risque (antécédents du patient qui limitent sa compréhension).
 - Convocation de l'ensemble des patients à la même heure pour un même motif d'intervention.
 - Nombre inhabituel d'interventions.
 - Absence de bonne pratique d'identification secondaire par les différents professionnels chargés de la prise en charge du patient (AS, IDE, chirurgien).
 - Pas de check-list de sécurité spécifique à ce type d'intervention.
 - Préparation de plusieurs interventions en même temps.
 - Faible culture de sécurité : faible prise en compte du risque d'erreur d'identité.
- **Causes immédiates**
 - Mauvaises pratiques d'identification
- **Barrières de sécurité ayant fonctionné**
 - Néant
- **Barrières de sécurité n'ayant pas fonctionné**
 - Procédure d'identification secondaire.



Actions d'amélioration identifiées

- Mettre en place des actions de sensibilisation aux risques liés aux erreurs d'identité auprès de l'ensemble des professionnels de l'unité de chirurgie ambulatoire.
- Rappeler les bonnes pratiques d'identification secondaire auprès des professionnels d'ophtalmologie.
- Systématiser la pose d'un bracelet d'identification pour tous les patients.
- Rédiger une procédure d'accueil spécifique à l'unité de chirurgie ambulatoire ainsi qu'une check-list spécifique sur le modèle de la check-list de sécurité du bloc opératoire.
- Convoquer les patients de manière échelonnée.



Messages à retenir

- Il est important de s'assurer de l'identité d'un patient en utilisant des questions ouvertes ou à défaut d'un dispositif d'identification lorsque le patient n'est pas en mesure de décliner son identité.
- La formation continue est nécessaire pour maintenir la compétence des différents professionnels.
- 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.