



FICHE DE PARTAGE D'EXPERIENCE

Janvier
2022

N° 8 – Erreur d'identification secondaire en médecine nucléaire



Chronologie des faits

09h05	Deux patients, A et B, sont installés en salle de préparation avec leur perfusion en vue de la réalisation d'une tomographie par émission de positrons (TEP) après injection d'un traceur (FDG).
09h10	Le manipulateur 1 prépare la seringue de FDG pour le patient A et l'identifie avec l'étiquette correspondant au patient A.
09h16	Le manipulateur 1 injecte le produit au patient B sans avoir vérifié son identité et enregistre l'acte au nom du patient A.
09h20	Le manipulateur 2 prépare la seringue de FDG pour le patient B et l'identifie avec l'étiquette correspondant au patient B.
09h25	Le manipulateur 2 vérifie l'identité du patient B qui ne signale pas qu'il a déjà reçu une injection un peu plus tôt.
09h26	Le manipulateur 2 injecte le produit au patient B et enregistre l'acte au nom du patient B.
10h20	Lorsque le manipulateur 1 veut déperfusionner le patient A avant de réaliser le TEP, celui-ci lui signale qu'il n'a pas reçu d'injection, ce que confirme l'absence de radioactivité du patient au détecteur.
10h25	Le patient A reçoit l'injection initialement prévue de FDG.
10h28	Le contrôle de radioactivité du patient B confirme qu'il a reçu une dose anormalement élevée.
10h30	Le médecin et le radiophysicien sont alertés.
10h35	Le TEP scan est réalisé chez le patient B.
11h30	Le TEP scan est réalisé chez le patient A.
17h00	Une analyse par le radiophysicien montre que la dose totale reçue par le patient B n'est pas significativement supérieure à la valeur moyenne de référence. L'erreur est donc jugée sans conséquence pour le patient.



Analyse de l'événement indésirable

- **Événement indésirable**
 - Erreur d'identification à l'origine d'une erreur médicamenteuse (marqueur radioactif).
- **Conséquences**
 - Injection d'un radioélément à une dose double par rapport à celle prescrite.
 - Désorganisation du service.
 - Absence de conséquence sur la santé du patient.
 - Il s'agit d'un événement significatif de radioprotection (ESR).
- **Facteurs latents**
 - Défaut de bonne pratique d'identification secondaire par un manipulateur.
 - Absence de participation active du patient à sa sécurité.
 - Fractionnement des tâches des manipulateurs.
 - Pose du bracelet d'identification suspendu en raison du COVID.
- **Causes immédiates**
 - Omission de la réalisation de l'identification secondaire de l'utilisateur avant chaque acte.
- **Barrières de sécurité ayant fonctionné**
 - Procédure d'identification secondaire respectée pour l'un des patients.
- **Barrières de sécurité n'ayant pas fonctionné**
 - Procédure d'identification secondaire non respectée pour l'autre patient.



Actions d'amélioration identifiées

- Rappeler aux professionnels les bonnes pratiques d'identification secondaire.
- Mettre en place des actions de sensibilisation aux risques liés aux erreurs d'identité (*e-learning*).
- Remettre en vigueur la pose systématique du bracelet d'identification.
- Etudier la possibilité d'ajouter une photographie de l'utilisateur sur le système d'information.
- Evaluer l'utilisation d'un système de sécurisation des injections (code barre patient)
- Mettre en place un groupe de travail pour étudier l'organisation du travail des manipulateurs.



Messages à retenir

- L'identification du patient est le premier acte de soin.
- L'information du patient et sa participation active, chaque fois que possible, est essentielle à sa sécurité.
- Une sensibilisation régulière des professionnels est nécessaire pour maintenir leur vigilance.
- Il faut signaler toute erreur sans délai afin de mettre en place des mesures de récupération ou d'atténuation des conséquences si nécessaire.
- L'analyse des événements indésirables permet d'apprendre des erreurs et de mettre en place des mesures barrière visant à éviter la récurrence.
- La cellule opérationnelle d'identitovigilance doit être informée de toute erreur d'identification détectée, primaire ou secondaire.