



## FICHE DE PARTAGE D'EXPERIENCE

Mai  
2021

### N° 5 – Erreur d'identification secondaire en institut médico-légal



#### Chronologie des faits

Contexte à J-1	Deux corps de sexe masculin sont présents ce jour-là à l'institut médico-légal pour des autopsies requises par l'autorité judiciaire. Ils présentent tous les deux des plaies à l'arme blanche, avec des localisations différentes. Ils sont à peu près du même âge et présentent des noms commençant par les mêmes 2 premières lettres (BA1 et BA2) L'autopsie de M. BA1 est prévue pour le lendemain, 8 avril. Celle de M. BA2 est programmée 4 jours plus tard, le 12 avril.
08/04/21 8H00	L'aide-soignante (AS) installe par erreur le corps de M. BA2 dans la salle d'autopsie. Elle a, au préalable, récupéré les différents dossiers de la matinée dans lesquels figurent un certain nombre de documents (procès-verbal, feuilles de demande d'examen préétiquetées, réquisitions...) Le dossier déposé dans la salle d'autopsie est bien celui de M. BA1 dont l'autopsie est programmée ce jour.
08/04/21 13H30	Le médecin légiste arrive en salle d'autopsie. Dans ces circonstances de décès, un officier de police judiciaire (OPJ) est souvent présent mais, comme ce jour-là, ce n'est pas systématique. Après avoir constaté son absence, l'équipe retire les scellés présents sur la housse du corps. Le médecin légiste réalise l'autopsie puis rédige ses conclusions sur le dossier présent dans la salle.
09/04/21	Le corps de M. BA2 est pris en charge par les pompes funèbres pour le transférer au funérarium considérant, qu'il s'agit de M. BA1.
12/04/21 8h00	Lors de la recherche des corps à autopsier ce jour-là, l'AS ne trouve pas le corps de M. BA2 et alerte son cadre. Il est alors constaté l'erreur de corps autopsié le 08/04.
12/04/21 10H00	L'OPJ, le Parquet et la famille de M. BA2 sont informés de l'erreur.
12/04/21 14H00	L'autopsie de M. BA1 est réalisée. Les résultats sont formalisés dans le bon dossier. Un nouveau dossier est réédité pour M. BA2 afin de tracer les résultats de l'autopsie du 8 avril sur le bon support.



## Analyse de l'événement indésirable

- **Événement indésirable**  
Erreur d'identification secondaire entre 2 patients en salle d'autopsie.
- **Conséquences**  
Données du patient 2 transcrites dans le dossier du patient 1 (collision).  
Désorganisation temporaire du service.  
Dégradation de l'image de confiance accordée par les autorités judiciaires à l'établissement de santé.
- **Facteurs latents**  
Absence de procédure d'identification en vigueur dans l'unité de médecine légale, notamment en termes de port de bracelet d'identification.  
Données d'identité des défunts souvent fournies de façon incomplète par les autorités judiciaires.
- **Causes immédiates**  
Absence d'identification secondaire par l'ensemble des acteurs lors de l'autopsie du 08/04 :
- **Barrières de sécurité n'ayant pas fonctionné**  
Pas de contrôle de cohérence entre les traits figurant sur la housse contenant le défunt et ceux inscrits sur la programmation du jour lors de l'installation du corps.  
Pas de vérification d'identité avant le début de l'autopsie.  
Pas de contrôle de cohérence avec le dossier utilisé pour formaliser les constats médico-légaux.
- **Barrières de sécurité ayant fonctionné**  
Contrôle d'identité réalisé le 12/04.



## Actions d'amélioration identifiées

- Formaliser une procédure spécifique à l'unité de médecine légale décrivant les missions de chacun en termes de vérification d'identité.
- Mettre en place des actions de sensibilisation aux risques liés aux erreurs d'identité auprès de l'ensemble des professionnels de l'unité de médecine légale.
- Partager le retour d'expérience pour rappeler l'importance de l'identification des personnes décédées et l'obligation d'utiliser un bracelet d'identification.



## Messages à retenir

- Les bonnes pratiques d'identification ne concernent pas que les patients vivants.
- La notion de confiance est souvent à l'origine d'erreur, pensant que l'autre a vérifié.
- La formalisation des consignes et la vérification de leur application fait partie de la gestion des risques *a priori* qu'il est indispensable de mettre en place.
- 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.