



Tutorat 2024-2025



FORMATION EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PREFMS CHU DE TOULOUSE

Rédaction 2024-2025

UEC 17 Démarche qualité et gestion des risques

Sécurité des soins partie 1

Ce cours vous est proposé bénévolement par le Tutorat Les Nuits Blanches qui en est sa propriété. Il n'a bénéficié d'aucune relecture par l'équipe pédagogique de la Licence Sciences pour la Santé ni de l'IFSI. Il est ainsi un outil supplémentaire, qui ne subsiste pas aux contenus diffusés par la faculté et l'institut en sciences infirmières.

Rédigé par Marie Peral à partir du cours du Pr Virginie GARDETTE présenté le 26 septembre 2024.

Sécurité des soins partie 1

I. Objectifs pédagogiques

Savoirs faire :

- Savoir faire face à un EIG avec son équipe
- Savoir comment organiser une analyse d'évènement indésirable
- Savoir réaliser une analyse d'EI sur le plan méthodologique (RMM/REX et grille de type ALARM)

Compréhension :

- Comprendre l'omniprésence des risques autour des soins (et le rôle du facteur humain)
- Comprendre l'influence de l'organisation de travail, du collectif de travail dans les risques (facteur humain)
- Comprendre l'utilité des démarches d'analyses d'évènement indésirables et d'analyse des risques a priori
- Comprendre la notion de vision systémique d'un EI, et savoir restituer le modèle de Reason et ses messages clés
- Comprendre le caractère incompressible de l'erreur humaine (faillibilité humaine)

Connaissances :

- Être capable d'exposer les enjeux de la sécurité des soins
- Être capable d'exposer l'épidémiologie des EIAS en France et rapporter les résultats des grandes études en France
- Être capable de définir plusieurs notions essentielles en gestion des risques
 - Évènement indésirable (EI), EIG, , évènement porteur de risque
 - Risque, danger, sécurité
 - Gestion des risques a priori et a posteriori
 - Erreur, violation (savoir les distinguer)
- Savoir décrire un scénario d'incident
- Connaître les différences en REX, RMM, REMED
- Connaître les facteurs modulant l'erreur humaine
- Être capable de citer, expliquer et illustrer les 3 types de barrières de défense
- Savoir qu'il existe des stratégies de gestion des risques plus adaptées à tel ou tel secteur d'activité et ses particularités
 - *Être capable de décrire les caractéristiques des 3 modèles de sécurité selon leur niveau de sécurité, en particulier HRO*

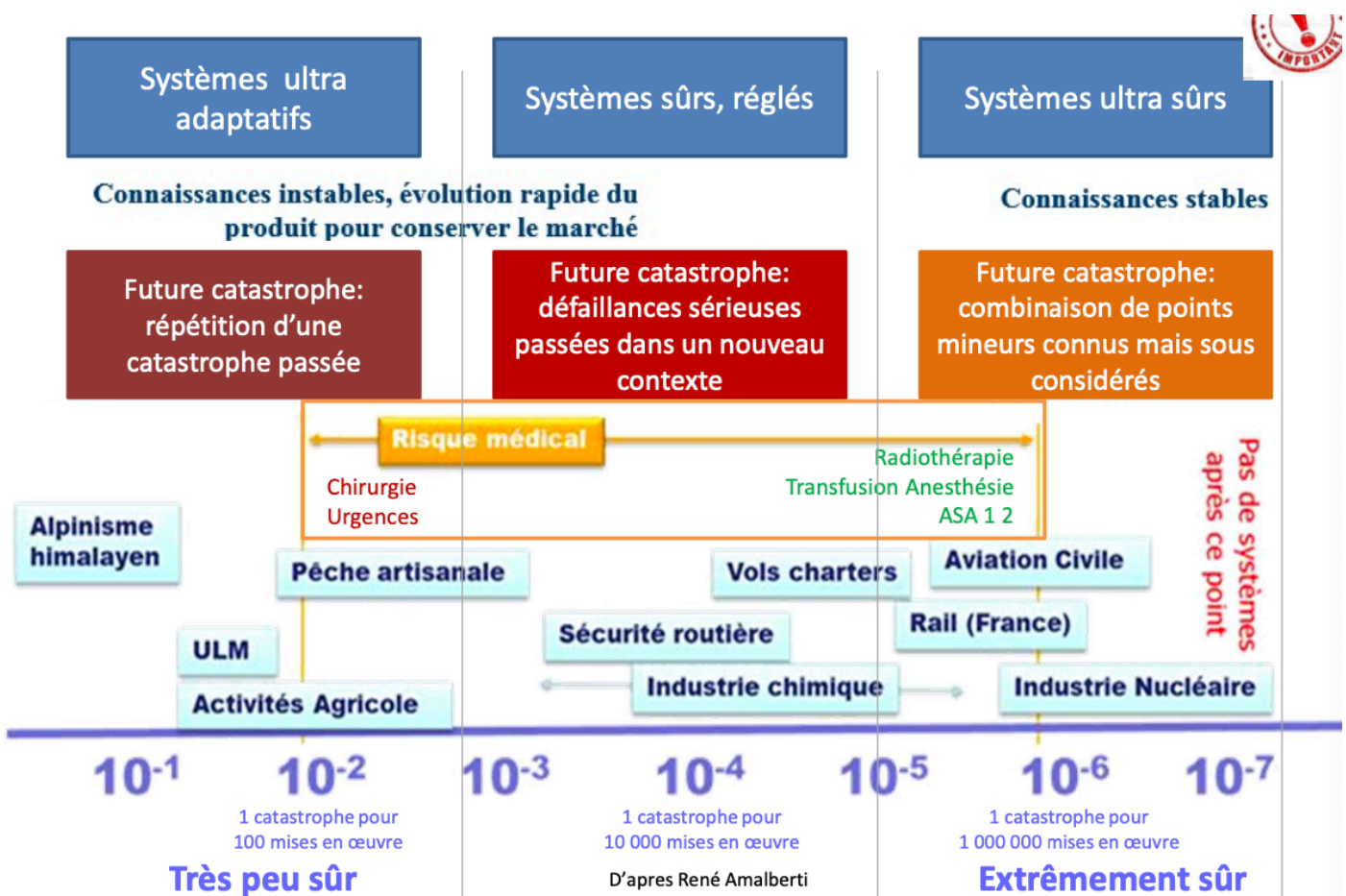
II. Pourquoi s'intéresser à la sécurité des soins : enjeux et contexte

La sécurité est l'une des composantes de la qualité des soins. C'est une évidence dans l'industrie (aéro, nucléaire).

Définition dans l'aéronautique : Situation dans laquelle les risques (de lésions corporelles ou dommages matériels) sont limités à un niveau acceptable et maintenus à ce niveau ou sous ce niveau par un processus continu d'identification des dangers et de gestion des risques.



La position du secteur de la santé vis-à-vis du niveau de sécurité :



A droite : les systèmes sûrs

A gauche : les systèmes ultra adaptatifs

Le risque médical se trouve au centre : tout dépend du type d'activité. Par exemple, la radiothérapie ou la transfusion ne sont pas des médecines d'urgence, elles sont très protocolaires, c'est pour ça qu'elles sont extrêmement sûres. Au contraire, dans la médecine d'urgence, on ne sait pas ce qu'il va arriver donc c'est une médecine très peu sûre.

Soigner est une activité à risque. Les caractéristiques de la santé : le système complexe et les facteurs humains. Chaque patient à sa propre singularité, sur une même pathologie il y aura des antécédents différents, des comorbidités différentes, des facteurs de risques différents... La prise en charge ne sera jamais la même.

Hétérogénéité du risque selon patient, maladie et spécialité

Part d'activité non programmée, continuité de service

Algorithmes décisionnels complexes, adaptation à la singularité de chaque prise en charge, population de plus en plus vulnérable

Innovations permanentes, Connaissances évolutives => nouveaux risques+++

Forte composante humaine, lieu de formation, transferts de tâches

Le risque inhérent à l'activité de soins et les EI **incompressibles**
La question n'est pas de savoir si on en vivra, mais plutôt quand !

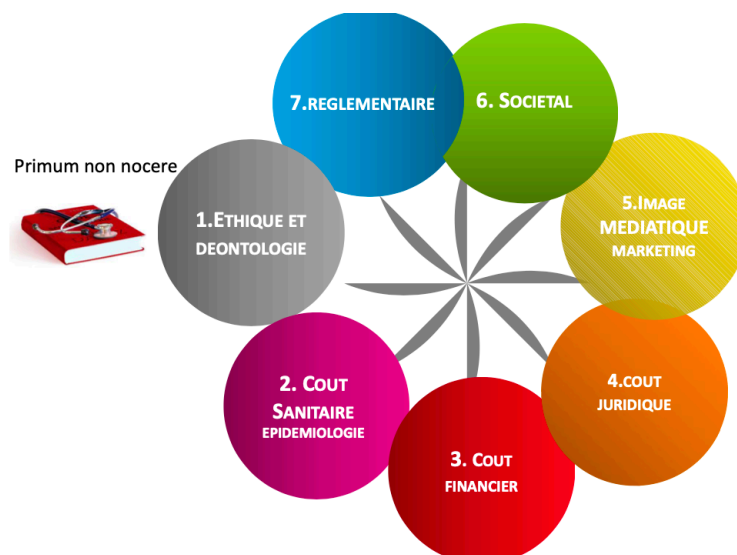
Source : OMS

La question n'est pas de savoir si on aura des événements indésirables dans notre carrière, mais plutôt quand est ce qu'on aura des événements indésirables dans notre carrière.

a. Enjeux

Pourquoi s'intéresser à la sécurité des soins ? Car elle a des enjeux multiples (à savoir) :

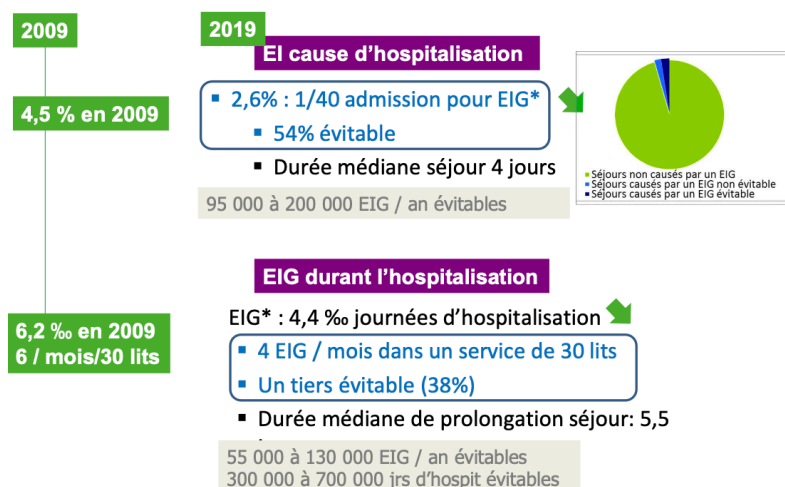
1. Ethique et déontologie
2. Coût sanitaire et épidémiologie
3. Coût financier
4. Coût juridique
5. Image médiatique, marketing
6. Sociétal
7. Réglementaire



« Primum non nocere »

1) Ethique et déontologie

Enquête ENEIS 3 qui a eu lieu en 2019 en France : c'est une enquête en établissement de santé (à l'hôpital). Pendant une semaine, on envoie des enquêteurs à l'hôpital pour savoir s'il y a des EI durant cette semaine dans un service et aussi dans les motifs d'admission des patients. Il y a deux moments : les EI qui motivent une admission hospitalière et les



EI qui surviennent au cours d'une semaine de soins.

Résultats de l'enquête :

- 2,6% des admissions sont motivées par un EI : dont 1 / 40 pour un EI grave (EIG) et dont 54% sont évitables. La durée médiane de séjour est de 4 jours. Moyenne de 95 000 à 200 000 EIG par an évitables. Par rapport à l'étude de 2009, on remarque que les résultats diminuent.
- Durant l'hospitalisation, il y a 4,4 EIG qui surviennent pour 1000 journées d'hospitalisation. Cela représente 4 EIG par mois dans un secteur de 30 lits dont 38% sont évitables.

Conclusion : les EI en France ou à l'international sont fréquents (environ 1 hospitalisation sur 10) et sont parfois graves. Les profils d'hospitalisation les plus classiques sont les hospitalisations liées aux médicaments, aux infections associées aux soins (= 5% des patients : 3% des décès hospitaliers = 4200 décès annuels dont 30% évitables) ou des EI arrivés au décours d'une chirurgie. Certains patients sont plus à risque : les patients âgés et les patients avec un profil psychiatrique. 40% de ces EI sont évitables et les causes majoritaires sont les problèmes d'organisation et d'équipe.

EIAS en ville / ambulatoire : ils sont fréquents, jusqu'à 3 EIAS par jour par généraliste. Ils touchent les sujets fragiles (ALD, polyopathologies, polymérisation) et sont très fortement évitables (plus de 80%). C'est souvent lié à des problèmes d'organisation (spécificité du généraliste) et la récupération est efficace (médecin, officine, patient et entourage).

2) Coût financier (chiffres pas à savoir)

- Plus de 10 % des dépenses hospitalières sont consacrées à remédier à des EI évitables.
- Coût Direct (tests, traitements induits) : 2,5% des dépenses totale de santé.
- Coût indirect EI (perte de productivité, revenu et impôt) aux USA : 1 trillion de \$/an.
- 6% des journées d'hospitalisations : 7 millions d'admissions dans l'OCDE
- EI médicamenteux évitables : 400 - 2 300 millions €/an
- IAS évitables : 23 - 200 millions €/an

3) Coût juridique

En France, depuis 2011 on constate une augmentation du recours aux demandes de réparations de la part des patients (demandes totalement légitimes).

4) Coût médiatique

Exemple : affaire des sur-irradiés à Toulouse, plusieurs dizaines de personnes sont venues à cause d'un problème de paramétrage de la machine qui réalisait l'irradiation et plusieurs personnes se sont retrouvées trop irradiées par rapport à ce qu'elles étaient censées recevoir.

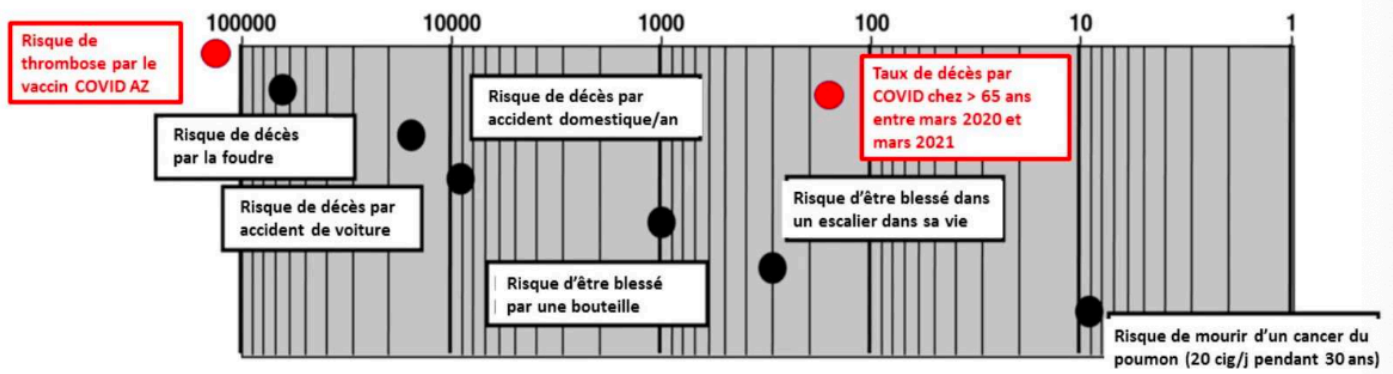
Cette affaire à été très médiatisée au niveau local et national.

Les erreurs médicales sont également très fréquentes et très médiatisées.

Autre erreur très médiatisée : un chirurgien devait enlever à un patient un rein malade et il a enlevé le rein qui était sain.

b. Contexte

La perception du risque n'est pas toujours rationnelle (ne pas retenir les exemple mais bien comprendre le propos) :



Le risque de thrombose avec le vaccin anti-covid est de 1 pour 100 000. Cela a généré beaucoup de débat à l'époque du COVID, et même encore aujourd'hui. Pourtant, est ce qu'on parle autant du risque du cancer du poumon lorsqu'on est fumeur ? Non, et pourtant ce risque est 100 fois supérieur. La perception du risque dans ces deux cas n'est pas la même car dans un cas on choisit activement de fumer et donc on assume ce risque, tandis que de l'autre côté on le subit.

Autre exemple : le risque de chute dans l'escalier est supérieur au risque d'être frappé par la foudre, et pourtant on parle plus du second risque que du premier.

Cela traduit d'une défiance des français vis-à-vis des politiques :



L'étude montre qu'en 2016, un tiers de l'échantillon considérait qu'on ne lui disait pas la vérité sur le danger des risques médicaux.

Perception sociétale du risque en santé : la perception du risque dépend de la fréquence du risque, de la position et de son exposition au risque :

- Paradoxe 1 : une inquiétude inversement proportionnelle à l'amélioration de la santé d'une population : Acceptabilité sociétale de plus en plus faible : paradoxe de Tocqueville = plus quelque chose est rare et plus on en parle.
- Paradoxe 2 : Tyrannie de la transparence : la transparence rend les dysfonctionnements plus visibles : insécurité perçue.

- Paradoxe 3 : Perception du risque variable selon la position : Banalisation par les professionnels versus dramatisation par les profanes.

III. La santé : spécificités, modèles de sécurité et stratégie de gestion des risques

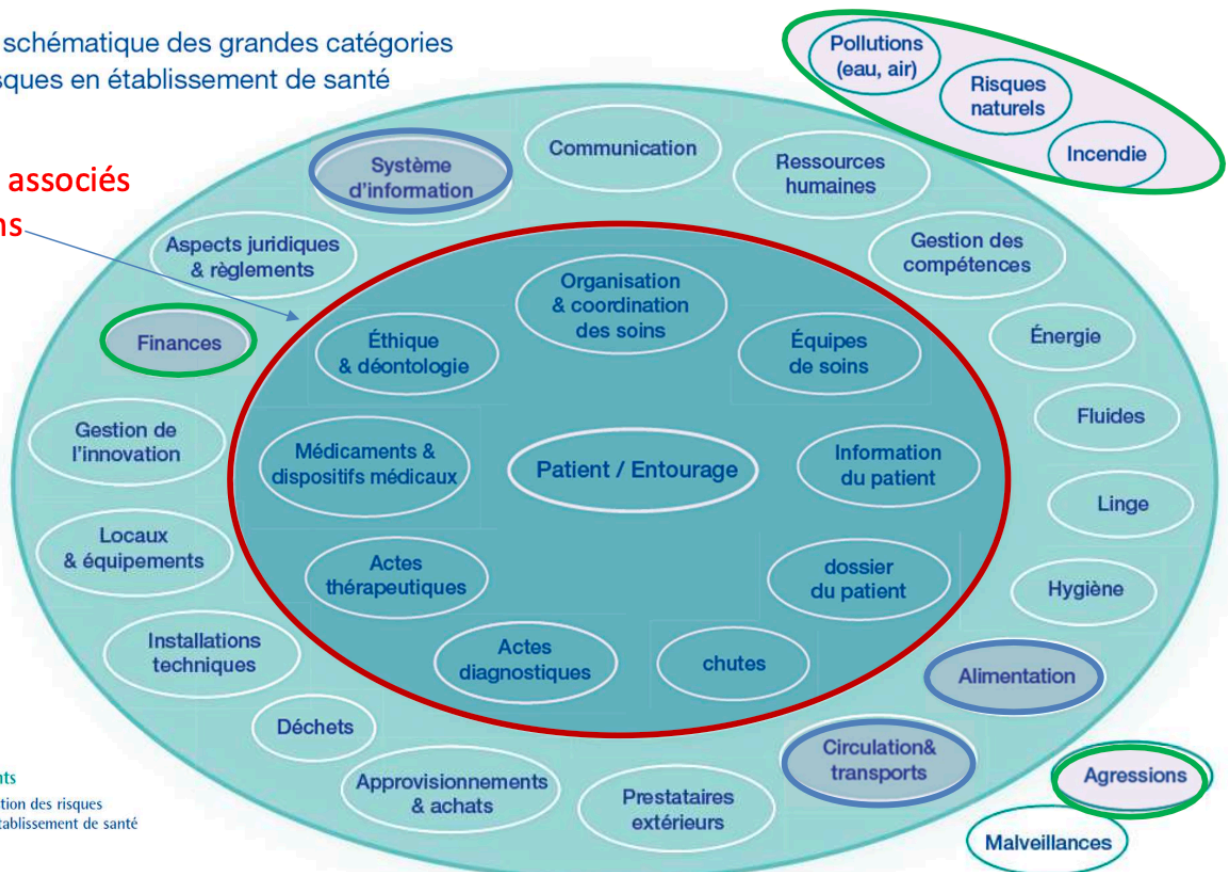
a. Réglementation et politique de sécurité sanitaire

Il y a un renforcement progressif des exigences pour sécuriser les soins depuis les années 90 /2000.

=> A quels risques est-on exposé en tant que patient dans un établissement de santé ?

Approche schématique des grandes catégories de risques en établissement de santé

Risques associés aux soins

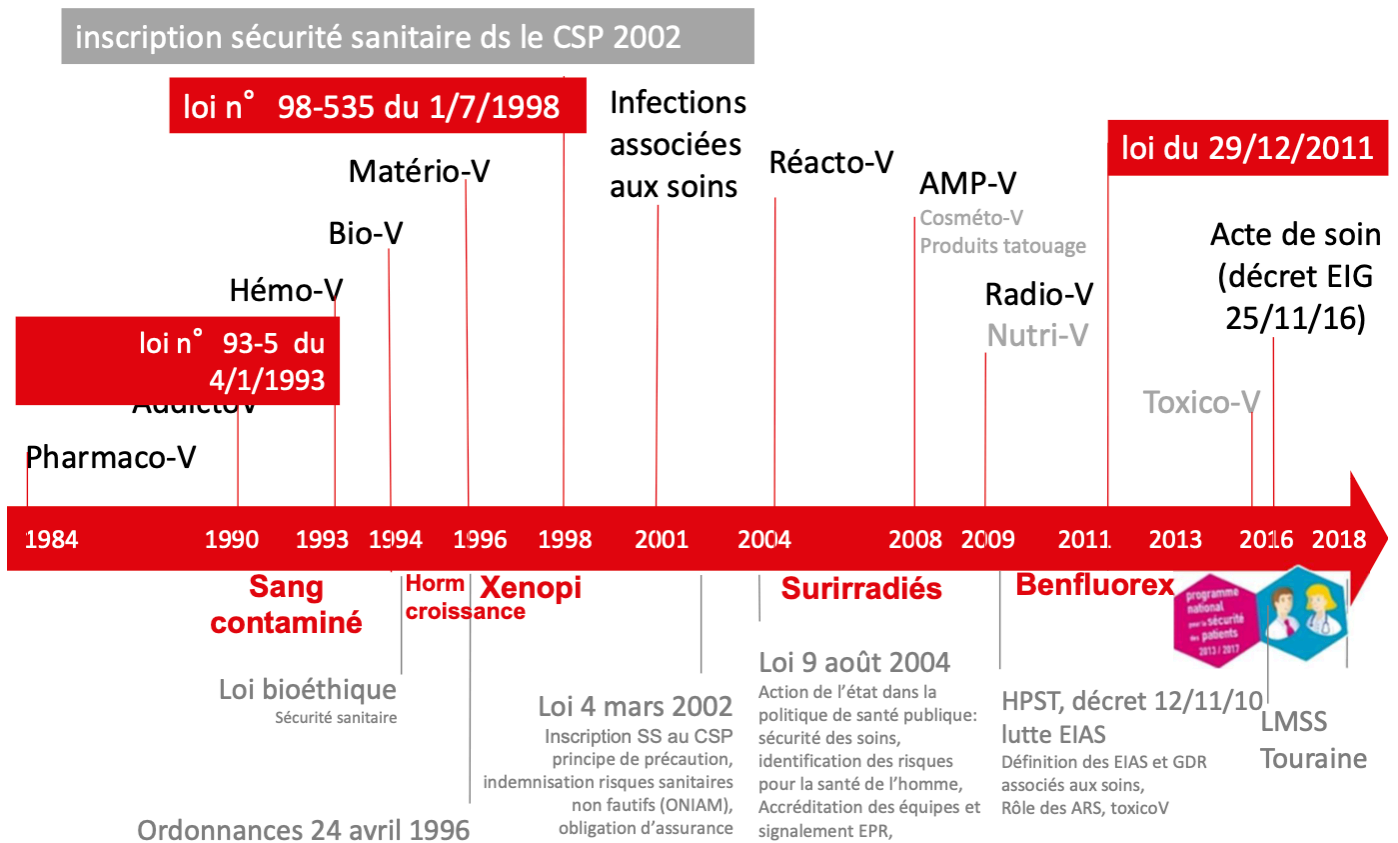


la sécurité des patients
Mettre en œuvre la gestion des risques
associés aux soins en établissement de santé
Des concepts à la pratique

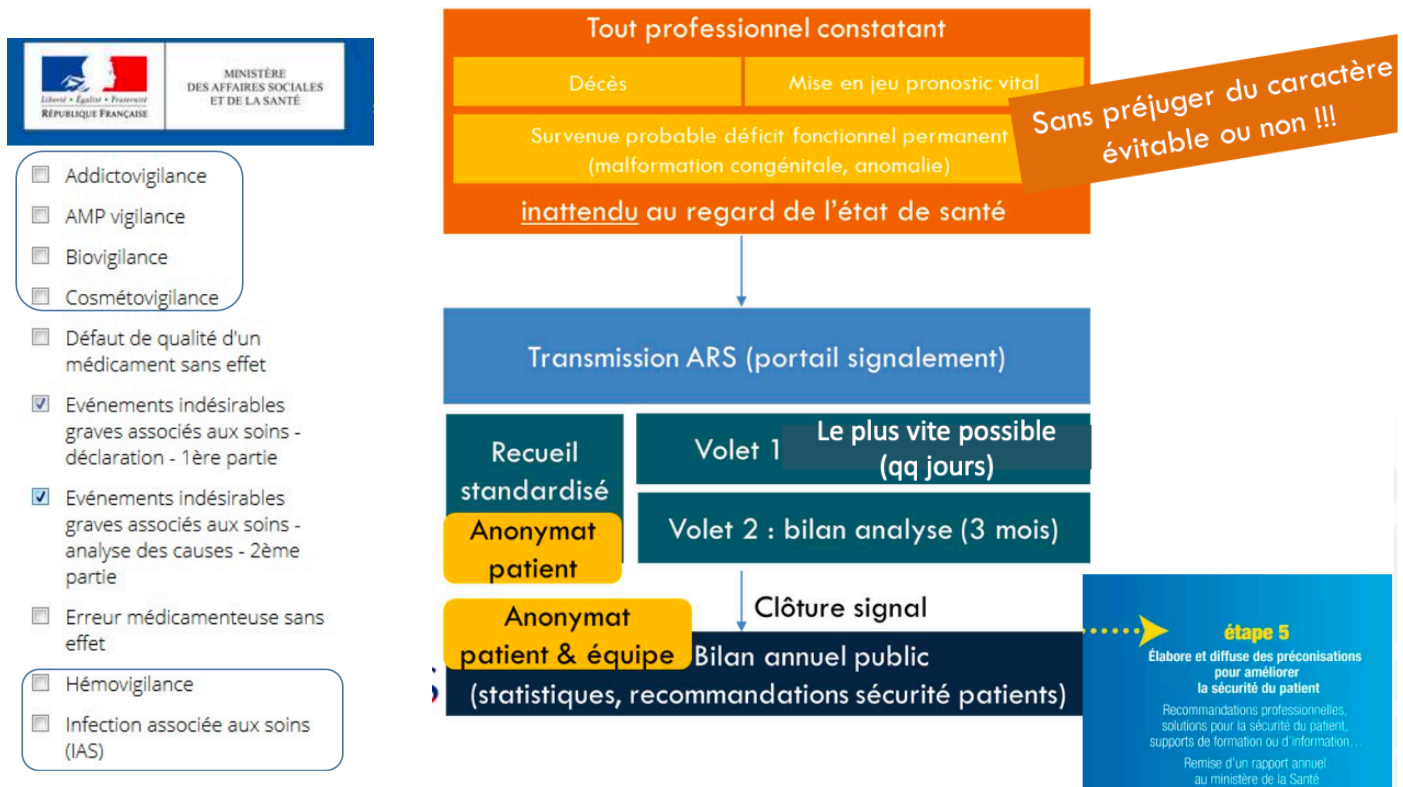
On va se concentrer sur les risques entourés en rouge : les risques associés aux soins.

Exemple de vigilance que l'on retrouve dans toutes les filières de soins : l'identitovigilance.

Constitution en millefeuille, forte variabilité de la définitions des EI, des organisations ...



La déclaration des EIG est obligatoire (décret du 25/11/2016), elle est anonyme. Il existe un portail national de déclaration d'évènements indésirables : <https://signalement.social-sante.gouv.fr/> (schéma ci-dessous à savoir) :



b. Politiques de santé et programmes

- Veille sanitaire assurée par les agences nationales
- La HAS en place centrale dans la production d'outils pour sécuriser les soins et de guides encadrant la structuration de la GDR
- Plans et programmes de sécurité
- Décret EIG (événement indésirable grave)



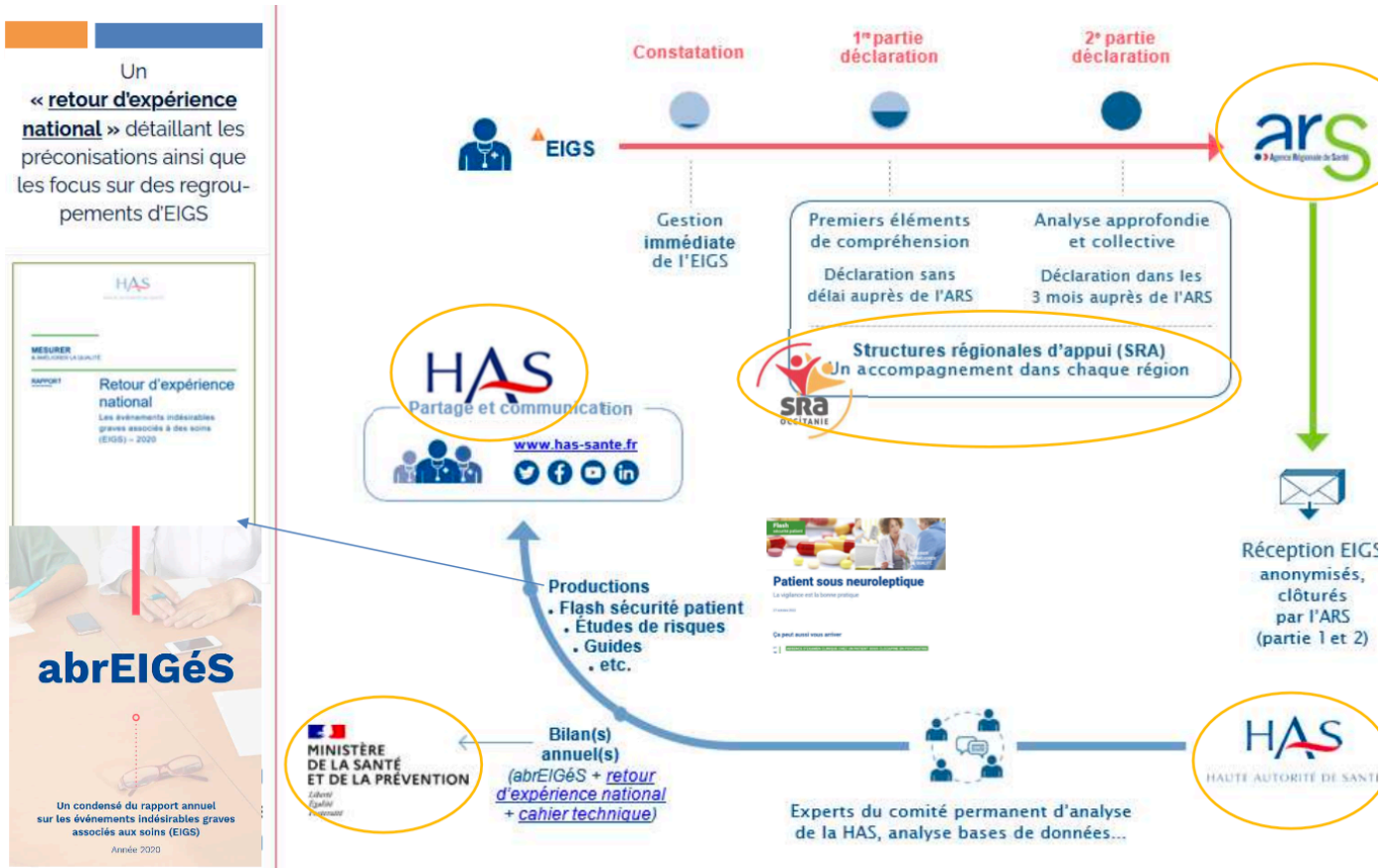
Le Programme National pour la Sécurité du Patient 2013-2017 - 90 actions / 25 actions HAS :

Axe 1 Information du patient, le patient co-acteur de sa sécurité	Axe 2 Améliorer la déclaration et la prise en compte des EIAS	Axe 3 Formation, culture sécurité, appui
Objectifs mieux informer le patient, améliorer la qualité de la relation soignant soigné, le patient acteur de sa sécurité	Objectifs Promouvoir et valoriser le retour d'expérience et l'apprentissage par l'erreur	Objectifs Développement d'une culture de la sécurité et de la qualité
19 actions	15 actions	35 actions
SSP, outils de comm	Décret EIG Portail signalement	Financement REX, simu, curriculum OMS, SRA
Axe 4 : Innovation et recherche 1 action HAS		

Puis le Programme National Sécurité du Patient 2 (2023-2025) (PNSP 2) :

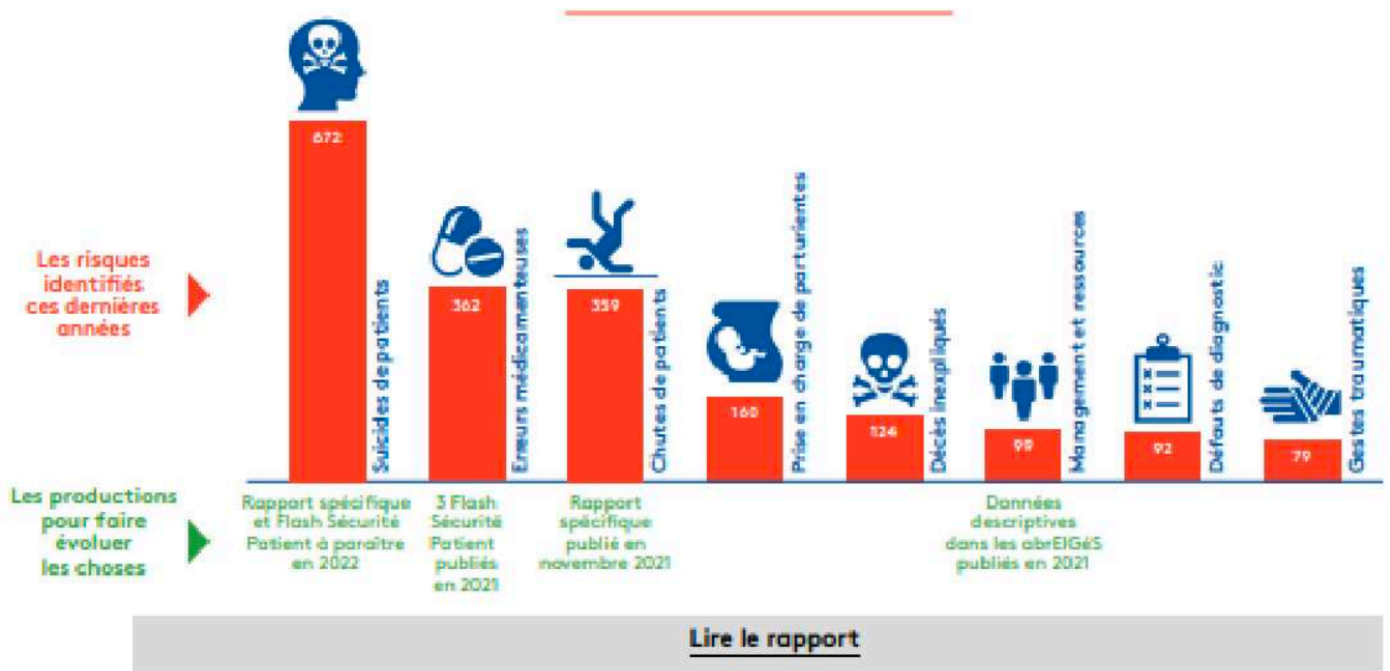


c. En résumé : circuit d'un EIG et structures impliquées



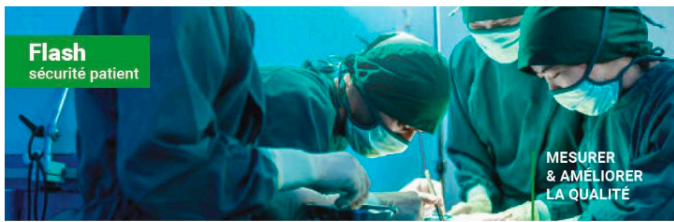
IV. Sécurité sanitaire et gestion des risques associés aux soins en France

=> Que faisons-nous de ces apprentissages au niveau national ?



Les principaux risques identifiés dans les établissements de santé sont les suicides de patients, les erreurs médicales, les chutes de patients... On prend alors des initiatives pour remédier à cela.

=> A quoi sert la déclaration d'EIG ?



Sécurité au bloc opératoire

Un petit check vaut mieux qu'un grand choc !

3 juin 2021

Ça peut aussi vous arriver

Événement 1

INTERRUPTION DE TÂCHE AU BLOC, RESPONSABLE D'UNE ERREUR DE CÔTÉ OPÉRATOIRE

Un adolescent est pris en charge au bloc opératoire pour une ostéochondrite du genou gauche. En salle de surveillance postinterventionnelle, le chirurgien constate que le patient a été opéré du mauvais côté. Une nouvelle intervention doit être reprogrammée.

Que s'est-il passé ? Cause immédiate

L'infirmière de bloc opératoire a été dérangée au moment de l'installation du patient pour chercher du matériel.

Pourquoi est-ce arrivé ? Causes profondes, barrières absentes ou défaillantes

- La fiche de programmation de l'acte était erronée.
- Les professionnels au bloc n'ont pas vérifié ensemble les informations relatives à l'intervention.
- Le patient n'a pas été associé à la vérification de son intervention.
- De multiples supports d'information dans ce bloc ont complexifié le partage d'informations.
- Temps 1 et 2 de la check-list mis en défaut.



Suicide
Meux vaut prévenir que mourir

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-06/spa_167_flash_check-list_bloc... Ça peut aussi vous arriver



1. Flash sécurité

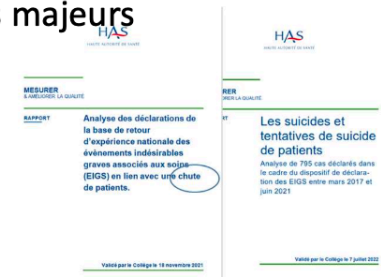
• Exemples d'EIAS remarquables

• https://www.has-sante.fr/jcms/c_428381/fr/accreditation-des-medecins-et-equipes-medicales#toc_1_2

- Une erreur d'identité au bloc opératoire pédiatrique. OA-CHIRPED. 2014.
- Erreur d'administration d'un soluté de perfusion polyionique. OA-CHIRPED. 2014.
- Erreur de dose de morphine lors d'une rachianesthésie. CFAR. 2015.
- Arrêt inopportun d'un traitement anti-épileptique. Collège de neurochirurgie, 2015.
- Merci la check-list ! Une erreur de côté évitée de justesse. ORTHORISO. 2015.
- Oubli de kinésithérapie respiratoire. SFCTCV. 2015.

• Retours d'expérience ASN : fiches pédagogiques

2. Recommandations HAS sur les risques majeurs



La veille sanitaire a plusieurs niveaux d'action d'amélioration après un EI :

- Protocole
- Révision stockage armoire pharmacie
- Communication/transmissions
- Double contrôle
- Modification des locaux
- Changements d'organisation (astreinte)
- Solutions sécurité patient
- Suspension de commercialisation
- Modification de conditionnement/galénique
- Retrait de marché
- Recommandation de bonne pratique



V. Définitions utiles en sécurité des soins

Ici, on se base particulièrement sur la Classification internationale pour la sécurité des patients de l'Organisation mondiale de la santé.

- **Évènement indésirable associé aux soins (EIAS) :** évènements ou circonstance qui à ou qui aurait pu entraîner une atteinte inutile pour un patient (= dommage), et dont on souhaite qu'elle ne se reproduise pas de nouveau. Les conséquences de ces EI seront de gravité variables.

Exemple : je dois donner du paracétamol à un patient en pédiatrie et je lui ai donné 10 fois la dose. Si le patient allait bien et que la dose de base était très basse alors il n'y aurait pas de conséquences sur le patient (c'est ce qu'il se passe la plupart du temps). En revanche, si le patient est hospitalisé pour une insuffisance hépatique, la toxicité hépatique du paracétamol vient altérer la fonction déjà dégradée du patient, on peut alors aller jusqu'à une transplantation hépatique.

- **Évènement indésirable grave (EIG) (à savoir +++)** : décès, mise en jeu du pronostic vital ou bien l'invalidité permanente / probable. Donc depuis 2016, il faut obligatoirement déclarer l'apparition d'un évènement indésirable grave.



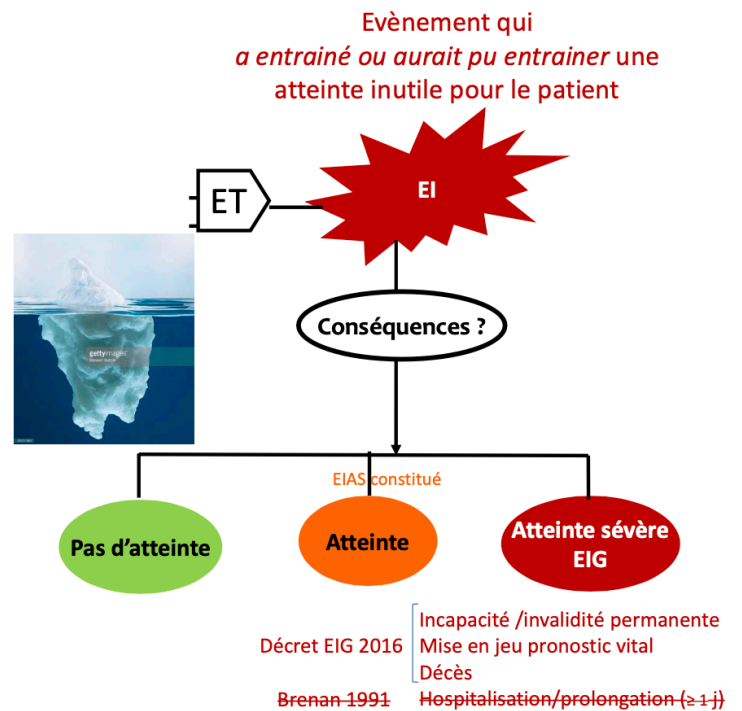
- **Évènement porteur de risque (EPR) :** évènement qui aurait pu entraîner une atteinte inutile pour le patient (mais récupéré in extremis). Synonyme : near miss, presque accident.

Reprise de l'exemple de 10 fois la dose de paracétamol : j'ai préparé ma seringue avec 10 fois la dose prescrite de paracétamol, je vais dans la chambre du patient et ma collègue me fait la remarque que ma seringue est très rempli, alors je vérifie et je me rend compte de mon erreur et je ne fais pas l'administration du paracétamol.

On fait des EPR au moins 10 fois par jour. Ils représentent minimum 600 fois plus que les EIG.

Ces EPR n'ont aucune conséquence pour le patient, donc on est rassuré et c'est facile d'en parler et de les analyser, donc on en entend plus parler. Mais pour autant, les causes qui ont amené à cette erreur, sont

les mêmes que celles de l'évènement qui s'est réalisé et qui a eu des conséquences graves. Donc analyser cet EPR est tout aussi contributif qu'analyser un EIG car on peut analyser comment on a pu récupérer l'évènement. Schéma de l'intérêt des évènements porteurs de risque :

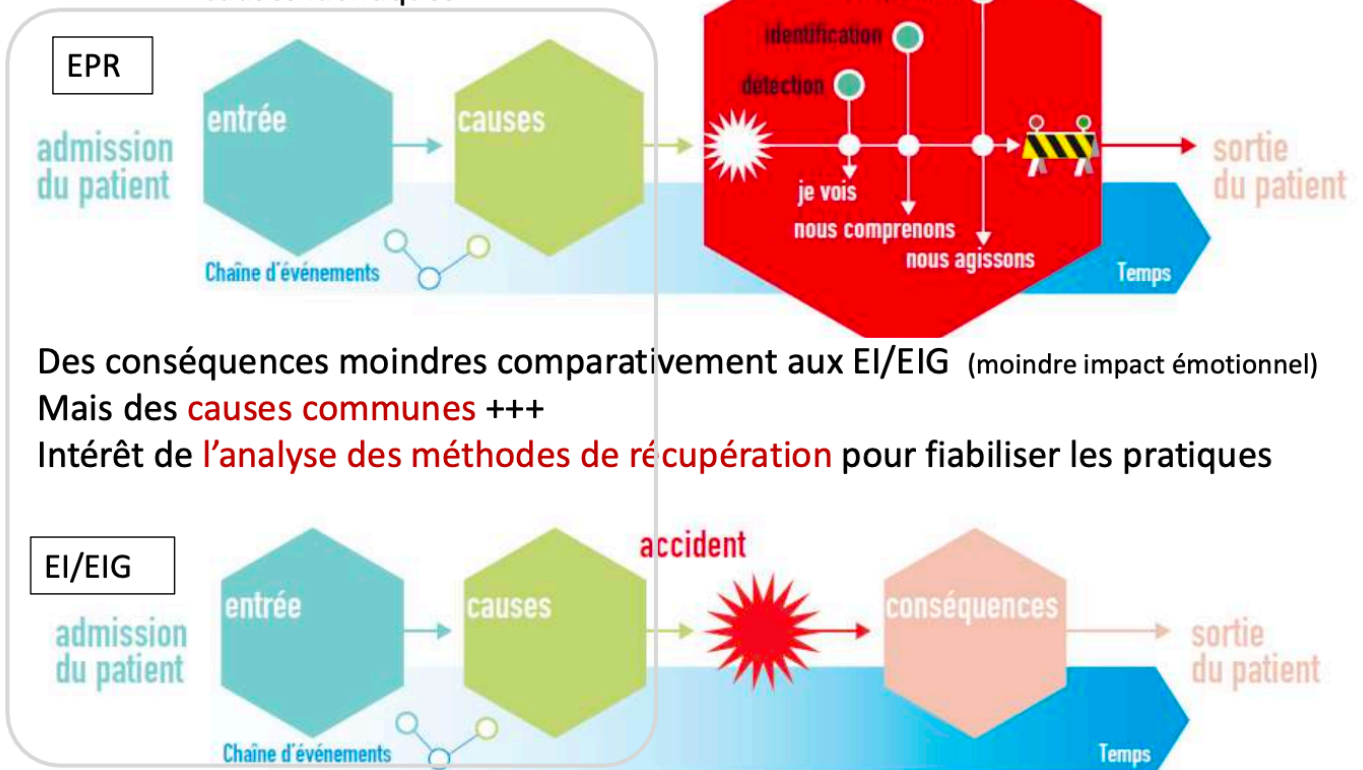




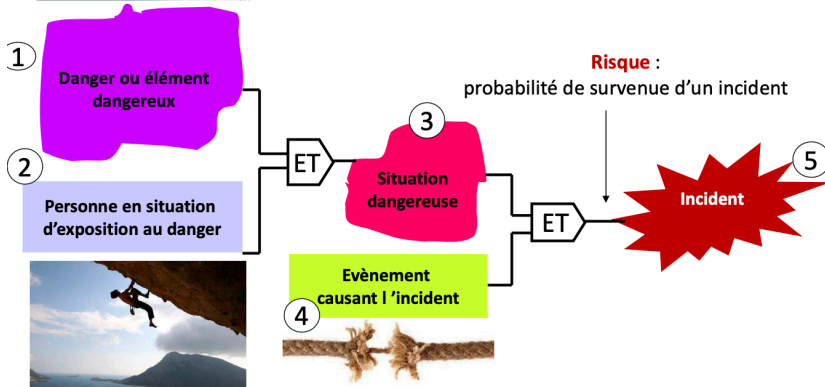
atténuation des conséquences

presqu'accident

Causes identiques



- Des conséquences moindres comparativement aux EI/EIG (moindre impact émotionnel)
- Mais des **causes communes** +++
- Intérêt de **l'analyse des méthodes de récupération** pour fiabiliser les pratiques



● **Scénario d'incident** : suite ou combinaison d'évènements aboutissant à un incident. Tout d'abord, il y a un danger et quelqu'un est exposé à ce danger (exemple : une falaise est un danger si on est à côté, mais ce n'est plus un danger si on est pas à côté). Il y a donc une situation dangereuse, le risque ici est la probabilité de survenue d'un incident.

Exemples de danger en santé : ampoule de CELOCURINE 100 mg et d'ISUPREL 0,4

mg dans 2 mL qui sont toutes deux très similaires.

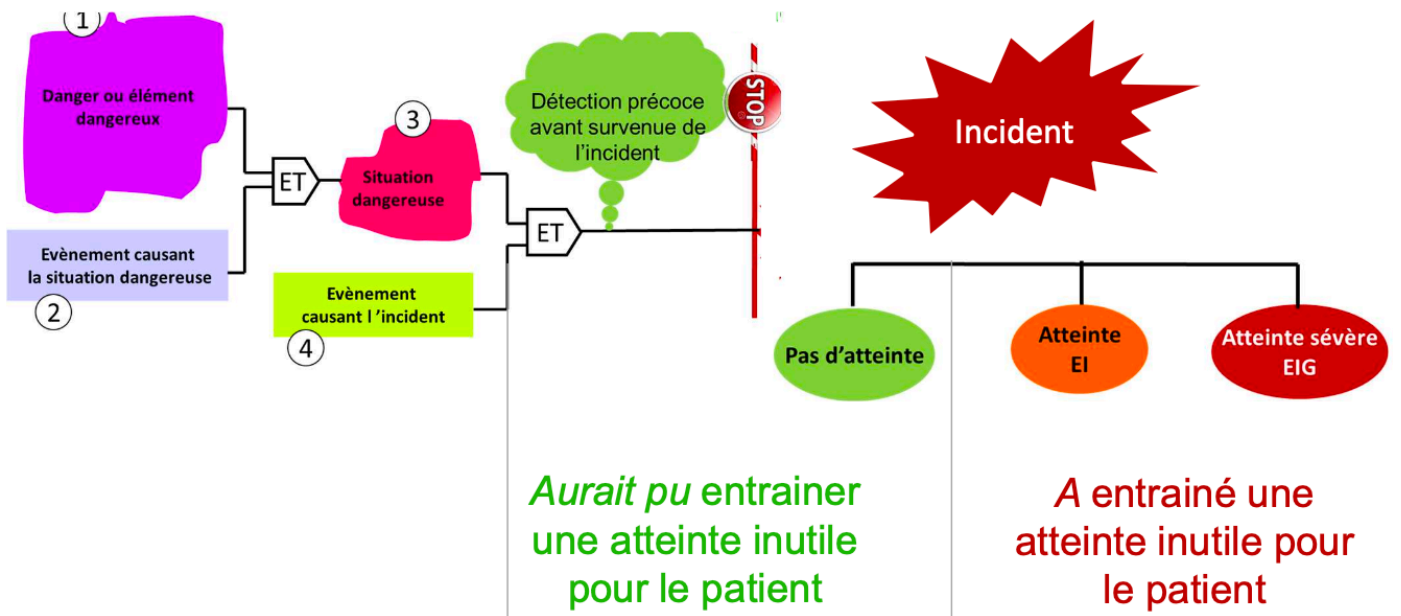
● **Danger** : circonstance, agent ou acte qui peut entraîner un risque ou augmenter la probabilité de sa survenue.

● **Risque** : probabilité de survenue d'un incident / dommage. Il y a la nécessité qu'un individu soit exposé au danger. **Il n'y a donc jamais de risque sans danger, mais il n'y a jamais de risque sans individu exposé au danger.**



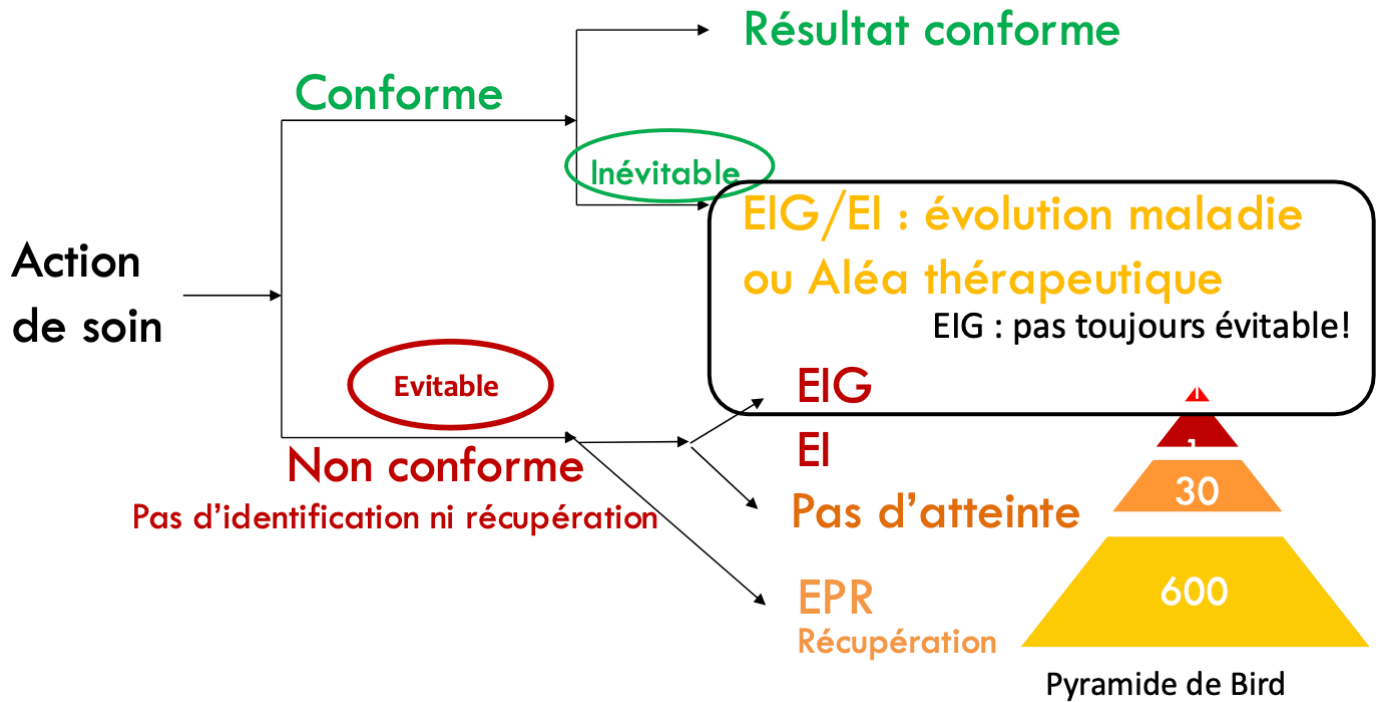


Synthèse des différents types d'incidents :



EIAS ou incident \neq erreur / évitable !!!

Des mécanismes variables



Exemples d'erreurs : EIG, EPR ou EI ?

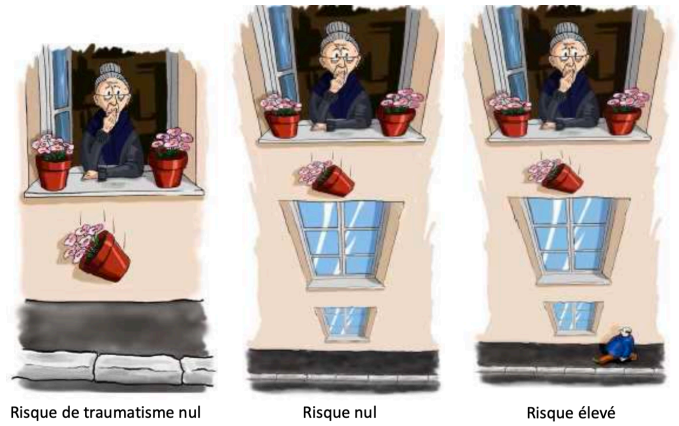
- Erreur transfusionnelle arrêtée au moment du contrôle ultime au lit du malade = EPR
- Erreur transfusionnelle ayant occasionné frisson, malaise, hyperthermie = EI
- Erreur transfusionnelle ayant occasionné une dialyse au long cours = EIG
- Décès en lien avec la progression de la maladie chez un patient au stade palliatif = l'évolution de la maladie n'est pas inattendue = EIG.
- Erreur de site opératoire détectée avant l'incision = EPR
- Ablation du seul rein valide d'un patient = EIG
- Mauvaise position opératoire du malade corrigée par l'équipe sans séquelle = EPR
- Erreur d'administration médicament : surdosage paracétamol, fonction hépatique préservée = EI
- Erreur dans la réalisation d'une imagerie (ponction biopsie guidée par imagerie) avec surirradiation de l'appareil génital d'une adolescente = EIG
- Tentative infructueuse de saut d'un patient par dessus une passerelle de l'hôpital = EIG

VI. Les risques

Le risque dépend du contexte, de l'importance de maîtriser l'exposition.

Le risque est une probabilité (variable quantitative) combinant les deux caractéristiques du risque :

- La fréquence / vraisemblance
- La gravité



Risque de traumatisme nul

Risque nul

Risque élevé

Fréquence/ vraisemblance

	Estimation	Description
F5	Très probable	Vu dans mon activité >1/10 < 1/ semaine
F4	Possible/probable	Vu dans mon établissement <1/100, < 1/ mois
F3	Peu probable	Vu dans d'autres ES <1/500, < 1/ ans
F2	Très peu probable	Vu une fois dans ma carrière <1/1 000, < 1/ 5 ans
F1	Très improbable	Jamais vu <1/10 000, < 1/ 10 ans

Gravité

	Estimation	Description
G5	Catastrophique	Mise en jeu pronostic vital, invalidité permanente, décès
G4	Critique Gravité très élevée	Ré intervention, incapacité partielle permanente
G3	Majeure Gravité élevée	Impact notable : prolongation d'hospitalisation, perte transitoire d'une fonction
G2	Significative Gravité modérée	Préjudice temporaire (retard désorganisant prise en charge)
G1	Mineure Faible gravité	Pas de préjudice patient : retard sans conséquence

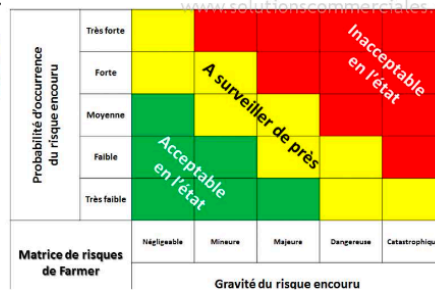


Diagramme de Farmer (matrice de criticité)

La gestion des risques permet de réduire les risques. Le risque est un chiffre, pas un évènement : **on réduit un risque, on ne le prévient pas**. Il existe des stratégies de réduction des risques à un niveau acceptable :

L'idée ici est de réduire, soit la gravité, soit la fréquence et dans l'idéal les deux pour que le risque diminue afin d'arriver à un niveau acceptable : le risque résiduel car le risque zéro n'existe pas.

Il existe des mesures qui vont porter au choix, soit sur la fréquence soit sur la gravité.

Exemple de réduction de la gravité dans la sécurité routière : la ceinture de

Mesures de protection

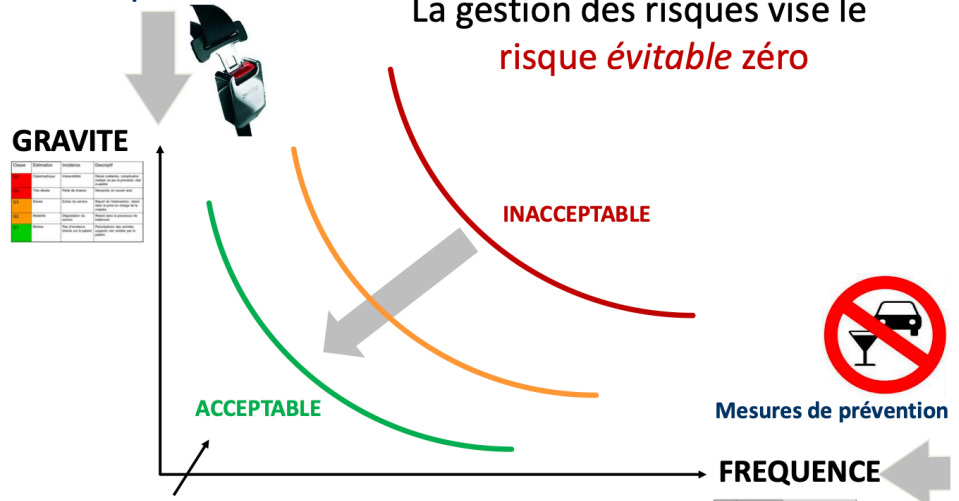


GRAVITE

Gravité	Description	Impact
G5	Catastrophique	Mise en jeu pronostic vital, invalidité permanente, décès
G4	Critique	Ré intervention, incapacité partielle permanente
G3	Majeure	Impact notable : prolongation d'hospitalisation, perte transitoire d'une fonction
G2	Significative	Préjudice temporaire (retard désorganisant prise en charge)
G1	Mineure	Pas de préjudice patient : retard sans conséquence

La gestion des risques vise le

risque évitable zéro



Risque résiduel : risque évitable zéro

Risque incompressible tolérable

Mesures de prévention

FREQUENCE

Classe	Estimation	Probabilité incident
G5	Catastrophique	> 1 à 1000000000
G4	Critique	> 1 à 100000000
G3	Majeure	> 1 à 10000000
G2	Significative	> 1 à 1000000
G1	Mineure	> 1 à 100000

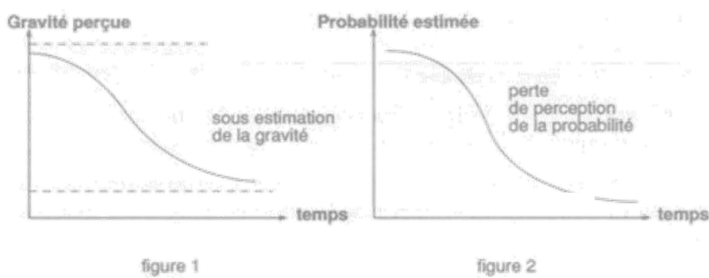
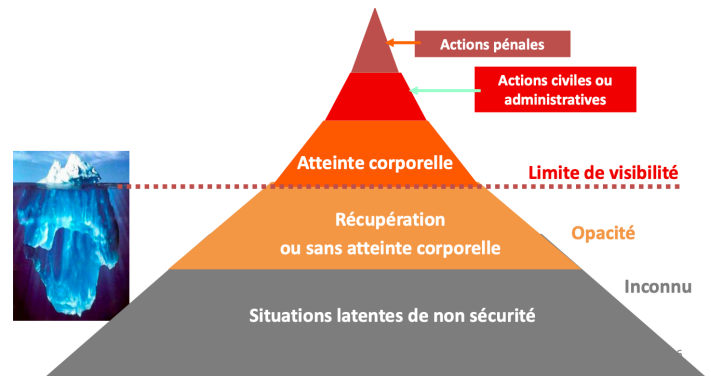
sécurité.

Exemple de réduction de la fréquence dans la sécurité routière : la réduction de la vitesse ou bien la limitation d'alcool (deux mesures qui n'existaient pas dans les années 60 / 70).

Les mesures qui jouent sur la fréquence sont des mesures de prévention (éviter que ça survienne) tandis que les mesures jouant sur la gravité sont des mesures de protection (atténuer les conséquences).

Chez les professionnels, il y a une banalisation du risque. La perception est influencée par sa visibilité, il y a une automatisation du risque entre les lieux d'exercice.

On a pas la visibilité sur tout le parcours du patient (arrivé à l'hôpital, transferts de services, médecins qu'il à vu, retour à domicile puis suivi par médecin généraliste) ce qui contribue en partie à la banalisation du risque. On ne voit que ce qu'il se passe dans notre service et on ne retient que ce qui a des conséquences graves.



La perception des deux dimensions du danger se dégrade avec le temps

La perception du risque est variable selon l'exposition au risque, il y a une banalisation liée au temps (familiarité). Exemple très parlant en santé : l'interruption de tâche. C'est extrêmement générateur de risque et c'est très courant dans les soins d'être interrompu en plein milieu d'une tâche.

Posez-vous la question de combien de fois dans une journée vous êtes dérangé par quelqu'un en

plein milieu d'un soin et posez-vous aussi la question de combien de fois vous interrompez quelqu'un en plein milieu d'un soin.

La sécurité se définit par l'absence de danger ou d'exposition à un danger.

La sécurité du patient est définie par l'OMS (CISP 2009) par l'absence d'atteinte inutile ou potentielle associée aux soins de santé, vise à réduire le risque d'EI à un niveau acceptable.

Dans l'aéronautique, comme vu au début du cours, la gestion des risques se définit par une situation dans laquelle les risques de lésions corporelles ou de dommages matériels sont limités à un niveau acceptable et maintenus à ce niveau ou sous ce niveau par un processus continu d'identification des dangers et de gestion des risques.

La gestion des risques (GDR) est un processus régulier, continu, coordonné et intégré permettant une identification, une analyse, un contrôle et une évaluation des risques et des situations à risques qui auraient pu causer des dommages à une personne ou des biens. La GDR vise à prévenir l'apparition d'EIAS. En cas de survenue d'EI, la GDR vise à identifier l'EI et en analyser les causes.



causes, en atténuer ou en supprimer les effets dommageables pour le patient et mettre en œuvre les mesures permettant d'éviter qu'il ne se reproduise.

Dans la GDR il y a deux démarches complémentaires mais opposées :

- La démarche a priori : il s'agit d'anticiper, de cartographier les risques. On analyse le processus, on visite le risque, on cartographie les risques (AMDEC = analyse des modes de défaillances et leur criticité).
 - Démarche à posteriori : il s'agit de capitaliser sur les risques réalisés, c'est l'analyse des événements indésirables pour éviter qu'ils ne se reproduisent. « Errare humanum est, perseverare diabolicum ! ».
- RMM : revue de morbidité mortalité
 - REX : retour d'expérience
 - CREX : comité de retour d'expérience
 - REMED : revue des erreurs médicamenteuses

Ce sont des outils et des méthodes, mais surtout des attitudes et des comportements individuels et collectifs.

Gestion des risques à posteriori : analyse d'EI : plusieurs dispositifs mais un dénominateur commun : analyse approfondie (systémique) de l'EI.

	Secteurs concernés	Caractéristiques
Analyses d'EI régulières	RMM Chirurgie, anesthésie, réanimation, oncologie <i>Réunion de morbidité mortalité</i>	Obligatoire Au moins 4 /an
	CREX Autres secteurs de soins et médicotéchniques <i>Comité de Retour d'expérience</i>	Recommandé Pluriprofessionnalité Mensuel
Analyse isolée d'EI	REX Analyse non régulière d'EI <i>Retour d'expérience</i>	Obligatoire si EIG Volontariat sinon

□ **REMED : analyse des erreurs médicamenteuses**