

GLOSSAIRE

Analyse des causes souches

Outil d'analyse qui peut être utilisé pour réaliser un examen systémique complet des incidents critiques. Il inclut l'établissement des causes et des facteurs contributifs, l'établissement de stratégies de réduction des risques et l'élaboration de plans d'action, accompagnés de mesure, pour en évaluer l'efficacité.³

Culture juste en matière de sécurité

Démarche en soins de santé où offrir des soins de santé sécuritaires est une valeur fondamentale de l'organisation. La culture encourage et développe les connaissances, les compétences et l'engagement de l'ensemble des dirigeants, des gestionnaires, des professionnels de la santé, du personnel et des patients en vue d'offrir des soins sécuritaires. Les occasions d'améliorer proactivement la sécurité des soins sont constamment saisies et des mesures sont prises pour y donner suite. Les professionnels de la santé et les patients reçoivent un soutien approprié et adéquat dans la quête de soins sécuritaires. La culture favorise l'apprentissage à partir des événements indésirables et des accidents évités de justesse pour renforcer le système, et, au besoin, soutient et sensibilise les professionnels de la santé et les patients pour aider à éviter que des événements semblables se reproduisent. Il y a un engagement commun dans l'ensemble de l'organisation concernant la mise en œuvre d'améliorations et le partage des leçons à retenir. La justice constitue un élément important. Tous les intervenants sont conscients des attentes, et, dans l'analyse des événements indésirables, toute reddition de compte par les professionnels de la santé est établie de manière équitable. Les intérêts des patients et des professionnels de la santé sont protégés. (ACPM).^{4,5}

Déclaration

Communication par des prestataires de soins de santé sur un événement indésirable ou un accident évité de justesse par les canaux appropriés, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des établissements de soins de santé, afin de réduire le risque que cet événement ne se reproduise.^{3,4,5}

Divulgence

Communication au patient de renseignements concernant un événement indésirable par des professionnels de la santé³.

- » *Divulgence initiale* : Discussion initiale avec le patient, laquelle doit se faire à la première occasion pratique après un événement indésirable et où l'accent est mis sur les faits connus et la prestation d'autres soins cliniques.
- » *Divulgence subséquente* : Discussions subséquentes avec le patient au sujet des faits connus sur les causes du préjudice après l'analyse appropriée de l'événement indésirable.

GLOSSAIRE (suite)

Évaluation en matière d'amélioration de la qualité

Analyse par des organisations de la santé (habituellement par un comité d'amélioration de la qualité) des résultats obtenus chez les patients, des pratiques cliniques et des systèmes de santé dans le but de recommander des améliorations à apporter. Les comités d'amélioration de la qualité, dans le cadre d'un programme visant à améliorer les soins des patients, doivent être structurés conformément aux lois provinciales ou territoriales pertinentes et avoir un mandat officiel. Selon la province ou le territoire, les comités d'amélioration de la qualité peuvent porter différents noms, notamment : comité de la qualité des soins, comité d'examen des incidents critiques ou comité de gestion des risques.⁵

Événement indésirable

Événement involontaire dans la prestation des services de soins de santé qui entraîne un préjudice et qui n'est pas attribuable à une complication reconnue.^{3,4}

Incident évité de justesse

Un événement qui n'a pas atteint le patient en raison d'une intervention opportune ou de la chance. (On dit aussi accident évité de justesse.)⁵

Préjudice

Résultat qui influe négativement sur la santé ou la qualité de vie d'un patient.³

Qualité

La mesure dans laquelle les services de santé aux individus et aux populations augmentent les probabilités d'obtenir les résultats de santé attendus et qui tiennent compte des connaissances professionnelles actuelles.²

Sécurité des patients

Réduction et atténuation des effets des actes dangereux posés dans le système de santé et utilisation de pratiques exemplaires éprouvées comme produisant des résultats optimaux pour le patient^{1,3,4,5}. (Frank, JR, Brien, S, (co-rédacteurs) au nom du Comité directeur sur les compétences liées à la sécurité des patients. *Les compétences liées à la sécurité des patients - L'amélioration de la sécurité des patients dans les professions de la santé*. Ottawa (Ontario); Institut canadien pour la sécurité des patients; 2008.)

La *sécurité des patients* est la réduction des risques de préjudices évitables à un minimum acceptable. Un minimum acceptable fait référence à des notions collectives de l'état actuel des connaissances, des ressources disponibles et du contexte dans lequel les soins ont été donnés comparés aux risques de ne pas traiter ou de donner un autre traitement.²

GLOSSAIRE (suite)

Ce glossaire ne se veut pas une liste exhaustive, mais plutôt une liste concise des termes clés utilisés dans la trousse d'outils. Pour obtenir de plus amples renseignements, nous suggérons aux utilisateurs de se reporter aux documents de référence mentionnés dans la trousse d'outils :

¹ *The Canadian Patient Safety Dictionary* (Disponible en anglais sur : http://rcpsc.medical.org/publications/PatientSafetyDictionary_e.pdf)
Royal College of Physicians and Surgeons of Canada

Terminologie sur la sécurité des patients aussi disponible à [Glossaire canadien sur la prestations sécuritaire des soins et services aux patients](http://www.chumontreal.qc.ca/pdf/glossaire_final%204.pdf) (Disponible à l'adresse : http://www.chumontreal.qc.ca/pdf/glossaire_final%204.pdf)

² *World Health Organization's (WHO) International Classification for Patient Safety Key Concepts and Preferred Terms* (Disponible en anglais sur : http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_chapter3.pdf)

³ *Lignes directrices canadiennes relatives à la divulgation des événements indésirables* (Disponible à l'adresse : <http://www.patientsafetyinstitute.ca/French/toolsresources/disclosure/Documents/Canadian%20Disclosure%20Guidelines%20FR.pdf>)

⁴ *Les compétences liées à la sécurité des patients* (Disponible à l'adresse : <http://www.patientsafetyinstitute.ca/French/education/safetyCompetencies/Documents/Les%20Comp%20li%20a%20l%20s%20a%20a%20la%20s%20a%20des%20patients%20%20%20%20original.pdf>)

⁵ *Leçons à tirer des événements indésirables : Favoriser une culture juste en matière de sécurité dans les hôpitaux et les établissements de santé au Canada* (Disponible à l'adresse : http://www.cmpa-acpm.ca/cmpapd04/docs/submissions_papers/com_learning_from_adverse_events-f.cfm#reporting_adverse_events)