

Eléments de terminologie

Sécurité du patient	Absence pour un patient d'atteinte inutile ou potentielle associée aux soins de santé (OMS, CISP 2009) (une atteinte associée aux soins découle de mesures prises pendant la dispensation des soins et ne résultant pas d'un traumatisme ou d'une maladie sous-jacent(e)).
Danger	Ce qui menace ou compromet la sûreté, l'existence de quelqu'un ou de quelque chose.
Risque	Probabilité de survenue d'un incident.
Situation à risque	Événement possible dont la survenue est susceptible de créer des dommages.
Événement évitable	Jugement de valeur accepté par la collectivité compte tenu des pratiques et savoirs médicaux recommandés dans des circonstances données et à un moment donné par la communauté scientifique.
Événement indésirable associé aux soins	Tout incident préjudiciable à un patient hospitalisé survenu lors de la réalisation d'un acte de prévention, d'une investigation ou d'un traitement (décret n° 2010-1408 du 12/11/2010). Peut aussi concerner tout autre patient venant le temps d'une consultation, lors d'une investigation ou d'un traitement.
Événement porteur de risque (EPR)	Événement n'ayant pas engendré de conséquence grave pour le patient (« presque accident », de niveau 3 selon l'échelle de gravité à 5 niveaux proposée en fiche 421) dont l'analyse méthodique favorisera la compréhension des causes de survenue, mais aussi celles des modalités de récupération ayant permis à temps sa détection et son traitement.
Erreur humaine	Réalisation non volontaire d'un acte qui empêche d'obtenir le résultat souhaité. La littérature distingue les erreurs de routine (en anglais « <i>slips</i> », de très loin les plus fréquentes, plus de 80 % du total des erreurs) et les erreurs de connaissances (en anglais « <i>fault</i> », à ne pas traduire par faute en français) qui se séparent elles-mêmes en deux catégories : les erreurs de contexte (10 à 15 % du total des erreurs, connaissance exacte employée dans le mauvais contexte) et les erreurs par manque de connaissance (très rares, moins de 2 % en général chez les experts).
Violation	Ecart volontaire à la norme ou la recommandation pour maximiser un bénéfice souhaité (technique, financier, humain).
Cause immédiate	Cause objective la plus immédiate liée à la survenue de l'événement indésirable, par exemple blessure opératoire ou chute du patient.
Facteur favorisant (ou cause profonde)	Circonstance, acte ou élément susceptible d'avoir participé à la naissance ou à la survenue d'un incident ou d'avoir accru le risque d'événement indésirable grave (EIG). Les facteurs favorisants peuvent être externes (l'établissement n'en a pas la maîtrise), liés à l'organisation (absence de protocoles acceptés), liés au personnel (problème comportemental d'une personne, absence d'encadrement, manque de collaboration ou communication insuffisante) ou liés au patient (attitude problématique).
Démarche de gestion des risques <i>a posteriori</i>	Démarche réactive ou corrective axée sur l'analyse rétrospective des événements indésirables et le traitement des causes identifiées.
Démarche de gestion des risques <i>a priori</i>	Démarche préventive axée sur l'analyse et la mise en œuvre de mesures susceptibles d'empêcher ou de limiter la survenue d'événements indésirables.
Résilience	Mesure dans laquelle un système est capable, en permanence, de prévenir, de détecter, d'atténuer les dangers ou les incidents, ou d'y remédier.
Anticipation	Mouvement de la pensée qui imagine ou vit d'avance un événement. En sport : faculté à prévoir l'attaque de l'adversaire et d'en préparer la parade *.
Récupération	Dépistage et traitement d'une défaillance entre le moment où elle se produit et la réalisation de l'événement redouté auquel elle aurait pu conduire (« l'échappée belle » des québécois).
Approche systémique	Approche globale centrée sur la cohérence du tout plutôt qu'une approche par décomposition centrée sur l'optimisation des parties.

* Le Petit Robert de la langue française, 2006