

Risque clinique
Définition
Gestion

Prévention
Patient
Éducation thérapeutique

Renzo MARCOLONGO

Praticien hospitalier, immunologiste clinicien
Laboratoire d'éducation thérapeutique, CHU de Padoue, Italie

Léopoldo BONADIMAN

Médecin libéral, Réseau public de santé et laboratoire d'éducation thérapeutique,
CHU de Padoue, Italie

Rémi GAGNAYRE

Médecin, professeur des sciences de l'éducation
Laboratoire de pédagogie de la santé : éducation et observance, Paris-13

La sécurité clinique des patients est l'un des critères fondamentaux de la qualité d'un système de soins. Elle n'est pas seulement un objectif essentiel des médecins et des professionnels paramédicaux, des malades et de leurs familles : elle représente aussi une priorité pour tous les acteurs du système de santé tant pour les politiques, les responsables de la santé publique que pour les gestionnaires des secteurs mutualistes et assuranciers.

Sous la double influence des cliniciens et des spécialistes de la qualité des soins, tous soucieux de prévenir les risques inhérents aux traitements et aux soins, des programmes d'actions regroupés sous le vocable «gestion du risque clinique» sont mis en place⁽¹⁾. Ces programmes visent prioritairement à concevoir un environnement matériel et technique des traitements et des soins pour réduire au maximum toutes les erreurs humaines. Cette orientation est rendue possible par les avancées technologiques et est encouragée par les retombées économiques conséquentes. Si cela explique en partie les recherches menées dans ce domaine, on observe cependant que les études portant sur la participation des patients, dont les résultats s'avèrent plus aléatoires, sont moins soutenues.

En parallèle à ce développement de la gestion du risque clinique, des programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) sont mis en œuvre dans les structures de soins. Ces programmes s'adressent majoritairement à des personnes atteintes d'une ou plusieurs maladies chroniques pour les aider à acquérir des compétences d'autosoins et d'adaptation à la maladie⁽²⁾. Au cours de ces programmes, les soignants sont amenés à évaluer la maîtrise par les patients de compétences dites « de sécurité »⁽³⁾ portant par exemple sur la gestion dans la vie quotidienne d'une crise (asthmaïque, hypoglycémique, épileptique...) ou d'un médicament potentiellement dangereux (anticoagulant, chimiothérapie à domicile, immunosuppresseurs...). Ces compétences concernent également la surveillance de signes cliniques d'alerte lorsqu'un patient revient à domicile avec un risque important d'infection (hypoplasie médullaire, immunodéficience, port d'un cathé-

Gérer le risque clinique avec le patient

Une contribution possible de l'éducation thérapeutique du patient

La gestion du risque clinique a surtout mis l'accent sur la sécurité liée à l'environnement et aux pratiques de soins, beaucoup moins sur la participation active et éclairée du patient. L'éducation thérapeutique du patient (ETP) peut renforcer la gestion du risque clinique en s'appuyant sur les compétences de compréhension et d'analyse ainsi que sur les compétences d'auto-soins et d'adaptation à la maladie du patient et de son entourage. En même temps, cet apport de l'ETP interroge sur les ressources du patient pour gérer ce risque et sur les alternatives que prévoient les soignants et le système de soins en cas d'impossibilité de la part du patient.

ter veineux central par exemple) ou encore la maîtrise d'une habileté gestuelle telle que l'aspiration pour un patient venant d'être trachéotomisé, le contrôle d'un dispositif portable de perfusion de médicament.

Il s'agit ici de discuter de l'intérêt de faire converger les deux approches : la gestion du risque clinique et l'éducation thérapeutique du patient, au profit d'un plus grand bénéfice clinique et de qualité de vie du patient.

notes

- (1) L.T. Kohn, J.M. Corrigan, M.S. Donaldson, To Err is Human, Building a Safer Health System, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academy Press, Washington DC, 1999.
(2) HAS-INPES, Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient

Le risque clinique

Définition

Le risque clinique est la probabilité qu'une personne malade soit victime d'un événement indésirable, contraire aux finalités des soins, c'est-à-dire qu'elle subisse un quelconque dommage imputable, même de manière involontaire, aux soins médicaux⁽⁴⁾.

Le risque médical peut être contenu à travers deux types de gestion :

- le premier se focalise sur les conditions technologiques, matérielles et organisationnelles qui préviennent ou limitent les erreurs humaines, en particulier celles dépendantes des soignants. Les solutions possibles sont issues de l'analyse de ces erreurs. Elles conduisent à une modélisation de procédures à visée préventive ;
- le second type prend en considération le comportement humain des patients comme source d'erreurs possibles. Certaines sont déjà intégrées dans les procédures techniques ; d'autres relèvent de la seule conscience des patients pour les éviter. Il s'agit alors de limiter la variabilité inappropriée de leurs décisions et de leurs actions à travers des interventions de formation/éducation tournées vers la compréhension et l'analyse de la situation, les connaissances, les savoir-faire et savoir-être nécessaires.

Professionnels de santé et risque clinique

Pour les professionnels de santé, l'erreur peut relever de plusieurs domaines⁽⁵⁾ tels que :

- la gestion des médicaments : erreur de prescription, de préparation, de transcription, de distribution, d'administration, de contrôle et de conservation ;
- les interventions chirurgicales : corps étrangers dans le foyer chirurgical ; intervention complètement ou en partie erronée ; exécution impropre ; intervention inutile ; gestion non correcte du patient ;
- le fonctionnement des appareils : raisons techniques ; erreurs d'installation, d'utilisation, d'entretien dans des conditions non appropriées ; entretien inadapté ; instructions inadaptées ; propreté incorrecte, utilisation au-delà des limites de la durée prévue ;

- l'application des procédures de diagnostic : non exécuté ; exécuté de manière inadaptée ou incorrecte ; exécuté sur des personnes non concernées ;
- la programmation des interventions ; retard dans le traitement pharmacologique ou chirurgical ; retard de diagnostic ; retard d'organisation, de gestion et de logistique ;
- la communication : absente ; tardive ; non programmée ; incomplète ou insuffisante ; ambiguë ; compréhension des messages de la part de l'interlocuteur non vérifiée.

Cette liste non exhaustive montre l'importance de concevoir un environnement professionnel qui paraîtrait en permanence à toute erreur ou négligence du soignant. Elle montre également que dans un contexte de soins à domicile, certaines de ces catégories d'erreurs initialement rapportées aux soignants peuvent concerner les malades et leur entourage. Ce déplacement des tâches et, par conséquent, de «responsabilités» amène à s'interroger inmanquablement sur le deuxième type de gestion du risque clinique. En effet, si les procédures technologiques découlent de la compréhension des erreurs de professionnels, on peut se demander si elles sont toutes adaptées à la logique des patients, à leur raisonnement et à leur processus de décisions. À l'instar de certains matériels d'auto-surveillance, dont la conception est largement influencée par l'opinion des patients sur leur utilisation.

Patients et risque clinique

Certains risques chez les patients, telle la prise de médicaments, sont bien connus. Selon l'OMS, environ la moitié des médicaments consommés dans le monde est utilisée «irrationnellement». Seulement la moitié des malades chroniques adhère correctement aux prescriptions médicales⁽⁶⁾. Ces pratiques ont des conséquences très graves telles que des pharmacorésistances et des décès par complications iatrogéniques. Aux États-Unis, les effets indésirables des médicaments (réactions allergiques ou des surdosages) conduisent plus de 700000 Américains (en particulier les personnes âgées) par an aux urgences⁽⁷⁾. En Italie, les hospitalisations liées à des accidents imputables à l'usage plus ou moins approprié des médicaments atteindraient le nombre de 400 par jour⁽⁸⁾.

En France, on estime que 5,3% à 30% des admissions hospitalières des personnes âgées – selon la méthode d'enquête utilisée – seraient dues à une cause iatrogénique. Dans de nombreux travaux, les auteurs rapportent la part non négligeable des dysobservances, de l'automédication profane, des erreurs d'autosoins dans les incidents et accidents

notes

dans le champ des maladies chroniques, juin 2007.

(3) J.-F. d'Ivernois, R. Gagnayre, Apprendre à éduquer le patient, 2^e édition, Maloine, 2004.

(4) L.T. Kohn, J.M. Corrigan, M.S. Donaldson, To Err is Human, Building a Safer Health System, Committee on Quality of Health Care in America, op. cit.

(5) P. Klotz, L'Erreur médicale, Maloine, 1994, pp. 57-114.

(6) World Health Organization, Adherence to long-term therapy-Evidence for actions, Geneva, Report Who, 2003.

(7) D.S. Budnitz, D.A. Pollock, K.N. Weidenbach et al., "National Surveillance of Emergency Department Visits for Outpatient

Adverse Drug Events", *Jama* 2006, 296(15); 1858-1866.

(8) Istituto Mario Negri [page d'accueil Internet]. Milan : Istituto di ricerca farmacologica [mise à jour le 20 juillet 2007, cité le 13 décembre 2007]. <http://www.marionegri.it/mn/it/index.html>

constatés⁽⁹⁾. Ces exemples malheureusement fréquents renforcent – s’il en était besoin – la nécessité d’associer à une sécurité technologique, les compétences dites « de sécurité des patients ».

L’inévitable implication du patient et/ou de son entourage

L’évolution du système de santé a conduit progressivement à voir se développer une politique de gestion du risque clinique non seulement dans les établissements de santé, mais également hors des murs de l’hôpital. Elle a conduit progressivement à une implication implicite puis incontournable du patient et de son entourage à la gestion du risque clinique. Ce glissement vers une gestion du risque clinique « partagée » est non seulement lié à une évolution de l’organisation des soins mais également à la place grandissante de la « démographie sanitaire »

Une évolution de l’organisation des soins vers une augmentation du nombre de soins au domicile des patients

Plusieurs facteurs ont conduit à la mise en place de structures d’alternatives à l’hospitalisation classique tels que les hôpitaux de jour ou l’hospitalisation à domicile. On peut citer :

- la maîtrise des techniques médicochirurgicales à visées diagnostique et thérapeutique de moins en moins invasives ne nécessitant plus une hospitalisation pour des raisons de préparation ou de surveillance du patient ;
- la possibilité de réaliser à l’extérieur des structures de soins, au domicile du patient, soit par un professionnel de santé soit de plus en plus par le patient lui-même et son entourage, des actes de soins dont le nombre est de plus en plus important ;
- la volonté de maintenir le patient dans son lieu de vie afin de lui éviter une trop grande coupure avec son activité quotidienne et son réseau social ;
- la prévention des risques iatrogéniques, possibles en cas d’hospitalisation longue ;
- un contexte économique de la santé et démographique des professionnels de santé contraints, conduisant à rechercher des formules d’hospitalisation les plus efficaces possibles en limitant les coûts de santé et régulant la charge de travail des équipes soignantes.

Avec une telle évolution de l’organisation des soins, quelle que soit la maladie, la sécurité des personnes malades finit par reposer sur leurs propres compétences à gérer de façon autonome un ensemble des situations relevant du traitement et des soins pres-

crits. Cela est encore plus vrai dès lors que le patient n’a pas l’assistance d’une hospitalisation à domicile. Par ailleurs, aussi paradoxal que cela puisse paraître, cette offre de soins semble avoir été mise en place sans vraiment tenir compte des répercussions du « travail de santé » à domicile des patients selon l’expression de Cresson⁽¹⁰⁾. La gestion d’un traitement à domicile, des risques inhérents, fait en effet appel à de nombreuses compétences de la part du patient, à une nouvelle répartition des tâches de soins entre les membres de l’entourage. Or, les patients et leurs aidants naturels sont peu – voire pas du tout – préparés à cette gestion. Tout porte à croire que cette offre de soins repose – une nouvelle fois – sur l’évidence bien connue que réaliser une automédication rationnelle par le patient à son domicile relève d’une simple application de la prescription médicale. Or, un système de santé qui intègre le recours toujours plus large à l’automédication rationnelle⁽¹¹⁾, aux autosoins, expose nécessairement les patients à une augmentation des risques d’erreurs concernant la gestion de leur maladie, l’utilisation de médicaments et des dispositifs thérapeutiques.

D’autre part, en plus d’être une réalité extrêmement complexe et variable, la maladie nécessite de plus en plus souvent une prise en charge multiprofessionnelle. Celle-ci, inscrite dans la durée, requiert un niveau de coordination des soignants. Cette nouvelle donnée du système de soins s’ajoute aux risques encourus par le patient dès lors que la compréhension, la qualité des autosoins du patient dépendent de la cohérence d’actions des différents intervenants.

Enfin, cette gestion du risque clinique « partagée » s’inscrit dans un contexte où la position des acteurs de santé change, qu’ils soient professionnels de soin, professionnels de santé, patients, aidants naturels. Les attentes s’avèrent, en effet, différentes au regard de la qualité des soins, de la satisfaction du système de santé, des enjeux perçus quant à son développement. Le risque clinique peut alors révéler des tensions, des malentendus, des rapports de force entre ces mêmes acteurs. Les enjeux qui traversent cette situation de soins rappellent la nécessité de déclarer les valeurs professionnelles et sociétales à partir desquelles est fondée la gestion du risque clinique, et encore plus lorsqu’un système de santé fonde ses principes sur les soins réalisés par le patient lui-même et son entourage.

La gestion du risque clinique « partagée » s’inscrit dans un contexte où la position des acteurs de santé change, qu’ils soient professionnels de soin, professionnels de santé, patients, aidants naturels.

notes

(9) S. Tessier (coordinateur), La Personne âgée, son entourage et son traitement. De l’observance à l’adhésion thérapeutique, *Cresif*, 2003.

(10) G. Cresson, Le Travail domestique de santé, *L’Harmattan*, 1995.

(11) C. Évin, C. Huriet, « Automédication : quelle place dans le système de santé ? », *Rencontres parlementaires « Santé société entreprise »*, actes du colloque, janvier 2002. R. Marcolongo, L. Bonadiman, “Therapeutic Patient Education in Italy: a critical outline”, *International Review of asthma* 2004 (3); 52-61.

Une place grandissante de la démographie sanitaire

Il ne fait aucun doute que l'évolution de la technologie médicale associée à une baisse du nombre de médecin est une condition favorisant le fait que les patients et leurs proches réalisent de plus en plus d'actes médicaux. Outre cet aspect quantitatif, il semble que la relation médecin/patient porte en elle tout un ensemble d'enjeux et de présupposés qui influencent particulièrement la gestion du risque clinique. Tel est l'aspect qualitatif des rapports qu'entretiennent les différents acteurs qui sont développés ici.

La nécessité d'informer le patient fait partie de l'évolution du système de santé. Il s'agit d'établir un consentement sur les soins⁽¹²⁾ et de préparer le patient ou son entourage à les réaliser en toute sécurité. Si ces comportements sont inhérents à une réalité médicale, au choix d'un système de santé, il est important de comprendre que la qualité de la gestion du risque clinique est influencée par différents enjeux. Ces enjeux traversent la relation médicale à l'insu parfois des acteurs mêmes et fondent des malentendus préjudiciables pour la gestion du risque clinique.

Tout d'abord, on peut s'interroger sur l'influence d'une recherche scientifique et du rôle des médias – toujours plus conditionnés par des intérêts de marché – sur la consommation de médicaments et de soins⁽¹³⁾ tant dans la prescription des soignants que dans la demande des patients. Le principe de l'automédication soutenue par les firmes pharmaceutiques montre à quel point fonder une compétence de sécurité clinique, c'est aiguïser chez le patient et le soignant leur esprit critique sur le rôle de ces influences et leur pertinence. Cette incitation à une consommation de soins trouve écho et est renforcée par une idéologie volontairement entretenue que nous pourrions nommer de «tout patient». Celle-ci dévoie le principe majeur d'un sujet malade autodéterminé⁽¹⁴⁾ au profit d'un raisonnement simpliste et consumériste selon lequel le malade sait ce qui est bon pour lui puisqu'il vit la maladie. C'est

ainsi que des messages sanitaires proches d'une publicité sont délivrés délibérément auprès des malades consommateurs, détournant un sentiment croissant et légitime d'autodétermination de leur santé au profit d'une croyance d'être les « décideurs ultimes » de leur propre santé⁽¹⁵⁾.

Dans cette logique, les firmes pharmaceutiques proposent de manière itérative de mettre en œuvre des programmes d'accompagnement des patients pour améliorer leur observance thérapeutique⁽¹⁶⁾ renforçant la croyance des patients qu'ils pourraient devenir – à terme – des agents d'influence de la prescription de leur médecin.

Ces mêmes propositions tendent à renforcer l'idée souvent présente chez les soignants que les patients pourraient s'opposer à eux et s'affranchir de leur décision médicale.

Ces diverses sortes d'influences portant sur une surconsommation de soins, un rôle de prescripteur du patient, le tout s'appuyant sur une automédication profane⁽¹⁷⁾ culturellement fondée, augmentent incontestablement les possibilités d'erreurs des patients dans leurs prises en charge thérapeutiques.

De plus, les médias alimentent de fausses certitudes et des attentes en divulguant de manière trop rapide chaque découverte récente et en promettant avec une légèreté excessive des succès et un monde privé de souffrance. Ils entraînent les patients à demander aux médecins de les prévenir de tout ce qui est cru comme éradicable, même la mort⁽¹⁸⁾. Dès lors qu'un traitement ou des soins sont prescrits, le corollaire à l'immortalité est une demande du risque zéro et d'une guérison immédiate. La gestion éclairée d'un risque clinique n'a alors pas de sens.

Cette possible croyance du patient mais également celle du soignant rendent leur relation extrêmement difficile. Elles rendent les médecins mal à l'aise face à un usage mal orienté de l'autonomie des patients dans leurs choix et leurs décisions de santé. Ce « malaise » des médecins aboutit de leur part à une médecine que l'on pourrait qualifier de « défensive ». Mal préparés à cette confusion des rôles, à ces enjeux qui traversent la relation soignant/patient, ils se retranchent sur des positions dogmatiques et de précautions assurancielles. La conséquence est que, pour réussir à se soigner, un malade se trouve contraint d'aller de « Hérode à Pilate » en un continuel renvoi de responsabilités et de compétences entre médecins pour des consultations toujours plus sous le joug du *mordi e fuggi* (« mordre et fuir »).

Ces positions ne laissent pas de temps pour l'écoute du patient, sa compréhension et la possibilité de décider « avec » lui et non à sa place. La qualité de la com-

notes

(12) G. Elwyn, A. Edwards, N. Britten, "Doing prescribing: how doctors can be more effective", *BMJ* 2003 (327); 864-7.

(13) R. Smith, "Medical Journals Are an Extension of the Marketing Arm of Pharmaceutical Companies", *PLoS Medicine* 2005, 2(5), e138 doi:10.1371/journal.pmed.0020138.

(14) P. Lecorps, « Education du patient : penser le patient comme « sujet » éduicable ? », *Pédagogie médicale* 2004, 5(2), pp. 82-86.

(15) R. Marcolongo, G. Belleghia, L. Bonadiman, "Patient involvement in treatment decision: challenge or opportunity?", *BMJ.com* 2003, 327: Issue 7414.

J.P. Kassirer, On the take: How medicine's complicity with big business can endanger your health, *New York, Oxford University Press, 2004.*

J. Lexchin, L.A. Bero, B. Djulbegovic et coll. "Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality",

BMJ 2003, n°326, pp. 1167-1170. L. Bonadiman, R. Marcolongo, "Un freno al mercato? Per fortuna c'è l'educazione alla salute", *Janus* 2005, n° 17, pp. 23-30.

(16) Prescrire, « Alerte citoyenne », revue *Prescrire* 2006, 26 (271).

(17) N. Molina, *L'Automédication*, PUF, 1988, pp. 25-31.

(18) N. Bensaïd, « Autrement le même » (1978), in N. Fresco, N. Bensaïd, *Un médecin dans son temps*, Seuil, 1995.

munication et du rapport de confiance entre médecins et le patient se délite. Ce n'est pas un hasard si depuis quelques années le débat sur l'humanisation de la santé se fait toujours plus vif à ce sujet, en prenant tour à tour des tons rhétoriques ou résignés.

La place de l'éducation thérapeutique du patient

Pour conserver l'essence d'une prévention humaniste, la gestion du risque clinique doit être fondée sur une véritable collaboration entre le soignant et le patient, dépassant d'un côté une vision individualiste emplie d'illusion médicale, de l'autre la perspective défensive et technocratique de la médecine moderne. Cette intention fonde la possibilité d'associer à la recherche de la sécurité du patient un relativisme humain. Il s'agit d'éloigner la croyance d'une absence de risque et d'atténuer, par la confiance entre le professionnel de santé et le patient, l'acquisition de compétences, le caractère anxiogène qu'immanquablement cette situation créera chez le patient. Pour cela, il revient aux médecins, au lieu de s'enfermer parfois dans une médecine défensive, de mettre en œuvre les conditions pour une participation éclairée des patients. Celle-ci peut prendre place dans un apprentissage par le patient de la gestion du risque clinique dont on rappellera qu'il ne peut pas se réduire à un apprentissage uniquement centré sur les techniques de soins, mais sur la compréhension des multiples enjeux influençant la qualité de leur gestion. Ainsi, il ressort que par rapport au renforcement du second type de gestion du risque clinique, l'ETP apparaît d'une grande utilité pour accroître chez le patient et son entourage les compétences et attitudes estimées nécessaires.

Par cette pratique, les soignants aident le malade et son entourage à comprendre la maladie et le traitement, à collaborer activement à la gestion du soin, à prendre en charge son propre état de santé et à conserver et améliorer sa propre qualité de vie⁽¹⁹⁾.

La gestion du risque clinique et l'éducation thérapeutique du patient se rejoignent donc pour atteindre un même objectif : assurer au patient une sécurité clinique. La première approche met l'accent sur les conditions de sécurité, y compris les actions soignantes. La seconde porte sur les apprentissages de sécurité du patient requérant sa participation active, et ce en accord avec les principes de la déontologie professionnelle.

La relation thérapeutique et éducative entre le médecin, l'équipe soignante et la personne malade s'inscrit alors dans un véritable contrat médico-légal de soins dans lequel l'ETP tient lieu de valence déontologique.

tableau 1 Tâches fréquentes des patients et de leur entourage

1. Gestion des médicaments (préparation, administration contrôle et conservation)
2. Soins postopératoires : en particulier suivi des procédures de soins et de gestion de la plaie chirurgicale après la sortie de l'hôpital - Repérage des signes d'amélioration ou d'aggravation...
3. Manipulation d'appareils : techniques d'utilisation, d'entretien ou d'agencement Maintenance de l'état de propreté - Respect des dates de péremption - Gestion d'incidents
4. Application des procédures diagnostiques ou autodiagnostiques Qualité de l'exécution, respect des règles de préparation
5. Programmation des interventions : respect des temps d'exécution des procédures thérapeutiques
6. Communication avec les soignants, les aidants naturels : moments et contenu adaptés, dossier médical, rendez-vous, gestion des résultats des examens biologiques...

Un tel contrat définit avant tout les objectifs de sécurité à atteindre par le patient à travers un programme d'éducation (contrat de sécurité). Pour chaque patient atteint d'une maladie, il est possible de déterminer un niveau de risque spécifique tenant compte des particularités de la maladie, des exigences du traitement, ainsi que des potentialités d'apprentissage du patient et de son entourage et des ressources sociales dont ils disposent. Ce niveau de risque spécifique permet d'individualiser les objectifs de sécurité pour chaque patient. En reprenant les catégories précédentes, il est possible de préciser ces objectifs et de préciser un « profil » de risque spécifique pour chaque patient (*tableau 1*).

Grâce à des analyses détaillées sur l'origine des erreurs commises par les patients ou sur les points forts dans leur maîtrise, les soignants peuvent proposer des interventions d'éducation thérapeutique adaptées. On soulignera l'importance accordée à l'évaluation de la gestion émotionnelle des patients vis-à-vis de leurs soins et son influence dans la gestion du risque clinique. Cette analyse peut conduire également à envisager des alternatives lorsqu'il est constaté que le patient et/ou son entourage ne peuvent pas – dans l'instant – assurer leur propre sécurité en réalisant les soins. Il revient aux professionnels de santé de concevoir ces alternatives, de nouveaux dispositifs de soins qui éviteront de mettre le patient en échec. En ce sens, il convient d'être prudent par rapport au respect des valeurs fondamentales de l'éducation thérapeutique, de manière, d'une part, à assurer une véritable continuité pour les soignants au niveau des méthodes et moyens employés en fonction des potentialités du patient, d'autre part, à limiter le risque d'une directivité, d'une seule possibilité qui serait induite par un objectif prioritairement soignant (ou prestataire) seulement guidé par un respect de procédure ou de démarche qualité. L'opportunité d'établir des passerelles méthodolo-

note

(19) World Health Organization, *Therapeutic patient education. Continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases*, Copenhagen, 1998.
HAS-INPES, *Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques*, juin 2007.

giques entre les deux approches – celle de la gestion du risque clinique et celle de l'éducation thérapeutique du patient – a pour première conséquence de rappeler que l'apprentissage à des soins de sécurité concerne tous les patients quel que soit le type de la maladie. Cela permet de montrer que l'éducation thérapeutique concerne également les personnes atteintes d'une maladie aiguë dès lors que ces dernières, comme celles souffrant de maladies chroniques, doivent parvenir à un équilibre de la maladie, réaliser des soins et les gérer par elles-mêmes sur une durée plus ou moins longue. Au-delà d'une acquisition de compétences centrées sur la sécurité clinique, la démarche d'éducation thérapeutique s'appuie sur le projet du patient et sur la valorisation de l'estime et de la confiance en soi, processus fondamentaux dans le maintien à long terme des compétences de soins. Enfin, au niveau du système de soins, cette association de deux approches peut contribuer à identifier avantageusement le type d'interventions médicales en termes de coût/efficacité tout en tenant compte de deux courants de recherche : la médecine et les sciences humaines et sociales. Les recherches cliniques dans ce domaine s'avèrent donc nécessaires et urgentes.

note

(20) A. Visser, A. Deccache, J. Bensing, "Patient Education in Europe: united differences", *Patient Educ Csouns* 2001, 44(1), pp. 1-5.

Les auteurs remercient le Dr Béatrice Grenier pour ses remarques lors de la rédaction de cet article.

Conclusion

Le renforcement de la sécurité de l'environnement technologique, le développement des compétences des soignants, l'évolution de l'offre de soins nécessitent de plus en plus de veiller à ce que le patient et son entourage soient en capacité d'assurer les soins en toute sécurité. Le choix de faire appel à l'éducation

thérapeutique du patient comme stratégie de diminution du risque clinique trouve sa justification dès lors que, en favorisant l'acquisition de compétences d'autosoins et d'auto-surveillance de la maladie, l'ETP limite le risque d'incidents évitables et concourt ainsi à une meilleure qualité de vie. Les notions de risque, de sécurité participent ainsi pleinement aux grands principes de l'ETP : identifier avec le patient les conditions du possible pour vivre sa maladie et son traitement dans la vie de tous les jours en limitant les incidents et les accidents. Dans le contexte actuel de développement des programmes d'éducation thérapeutique⁽²⁰⁾, les soignants peuvent établir des liens avec les procédures de la gestion du risque clinique pour élaborer des programmes centrés sur l'apprentissage du patient à gérer ses risques cliniques. Ils peuvent déterminer des objectifs de type sécuritaire, prioritaires par rapport à l'ensemble de la démarche éducative, à partir de l'identification d'un niveau de risque clinique. Toutefois, il convient d'être vigilant et de faire en sorte d'identifier séparément ce qui ressort d'un processus d'amélioration de la qualité des soins et ce qui relève véritablement d'une démarche éducative, centrée sur la personne apprenante et sur son « savoir-devenir ». C'est ainsi que les objectifs prioritaires de type sécuritaire n'ont de sens que dans une démarche centrée sur l'ensemble des compétences de soins et psychosociales attendues chez le patient et concourant à son véritable projet de vie. Précisons enfin que cette association entre la gestion du risque clinique et l'éducation thérapeutique du patient ne justifie en rien de faire porter la responsabilité au patient en cas d'incidents et ne saurait être utilisée comme un contrôle sanitaire du patient dans le cas d'un risque avéré. •