

# L'expérience de la chirurgie "être patient, un vrai métier!"

Pr Philippe Michel

Directeur Organisation, Qualité, Risques et  
relations Usagers

Hospices Civils de Lyon

# L'EXPÉRIENCE PATIENT EN PLEINE ASCENSION

Depuis 2015 :

- *Un enrichissement d'e-satis (HAS)*
- *Une orientation prioritaire de formation (ANDPC)*
- *Recommandations méthodologiques du projet des usagers*
- *Une recommandation de CAP 2022, réforme de l'action de l'État (Premier Ministre)*
- **Plusieurs mentions dans le plan « Ma santé 2022 »**
  - *Mesure de l'expérience patient*
  - *Prise en compte du vécu et des retours d'expérience*



# LE CONCEPT D'EXPÉRIENCE PATIENT

« L'ensemble des interactions d'une organisation avec un patient (et ses proches) susceptible d'influencer sa perception tout au long de son parcours.

Ces interactions sont façonnées à la fois par la politique conduite par l'établissement et par l'histoire et la culture de chacun des personnes accueillies. »

(\*) : Définition inspirée de celle du Beryl Institute, Bedford.Texas.

«le faire parce  
que c'est bien,  
mais aussi parce  
que ça semble  
marcher ! »

BMJ  
open  
access to medical research

## A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness

Cathal Doyle,<sup>1</sup> Laura Lennox,<sup>1,2</sup> Derek Bell<sup>1,2</sup>

**To cite:** Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open* 2013;**3**:e001570. doi:10.1136/bmjopen-2012-001570

► Prepublication history and additional material for this paper are available online. To view these files please visit the journal online (<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001570>).

Received 18 June 2012  
Revised 2 November 2012  
Accepted 12 November 2012

This final article is available for use under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial 2.0 Licence; see <http://bmjopen.bmj.com>

### ABSTRACT

**Objective:** To explore evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness outcomes.

**Design:** Systematic review.

**Setting:** A wide range of settings within primary and secondary care including hospitals and primary care centres.

**Participants:** A wide range of demographic groups and age groups.

**Primary and secondary outcome measures:** A broad range of patient safety and clinical effectiveness outcomes including mortality, physical symptoms, length of stay and adherence to treatment.

**Results:** This study, summarising evidence from 55 studies, indicates consistent positive associations between patient experience, patient safety and clinical effectiveness for a wide range of disease areas, settings, outcome measures and study designs. It demonstrates positive associations between patient experience and self-rated and objectively measured health outcomes; adherence to recommended clinical practice and medication; preventive care (such as health-promoting behaviour, use of screening services and immunisation); and resource use (such as hospitalisation, length of stay and primary-care visits).

### ARTICLE SUMMARY

#### Article focus

- Should patient experience, as advocated by the Institute of Medicine and the NHS Outcomes Framework, be seen as one of the pillars of quality in healthcare alongside patient safety and clinical effectiveness?
- What aspects of patient experience can be linked to clinical effectiveness and patient safety outcomes?
- What evidence is available on the links between patient experience and clinical effectiveness and patient safety outcomes?

#### Key messages

- The results show that patient experience is consistently positively associated with patient safety and clinical effectiveness across a wide range of disease areas, study designs, settings, population groups and outcome measures.
- Patient experience is positively associated with self-rated and objectively measured health outcomes; adherence to recommended medication and treatments; preventative care such as use of screening services and immunisations; health-care resource use such as hospitalisation and

# Etude Persepolis

Mesure de la perception de la sécurité des soins par les patients hospitalisés

Frédéric Mougeot, Pauline Occelli, Karine Buchet-Poyau,  
Magali Robelet, Sandrine Touzet, Philippe Michel

Partie 1 publiée dans  
« Risques et Qualité, 2018;15:77-83 »

# Contexte

- Prise en compte du point de vue des patients dans l'évaluation de la sécurité des soins
- Participation des patients à la gestion des risques de leurs soins
- Manque de connaissance sur la représentation de la sécurité des soins par les patients

# Objectifs

1. Elaborer et valider un auto-questionnaire de la perception de la sécurité des soins par les patients hospitalisés en chirurgie
2. Etudier la relation entre la perception de la sécurité des soins par les patients et la mise en œuvre d'actions de sécurisation des soins par les services
3. Identifier des axes d'améliorations locales

# Phases de l'étude (1)

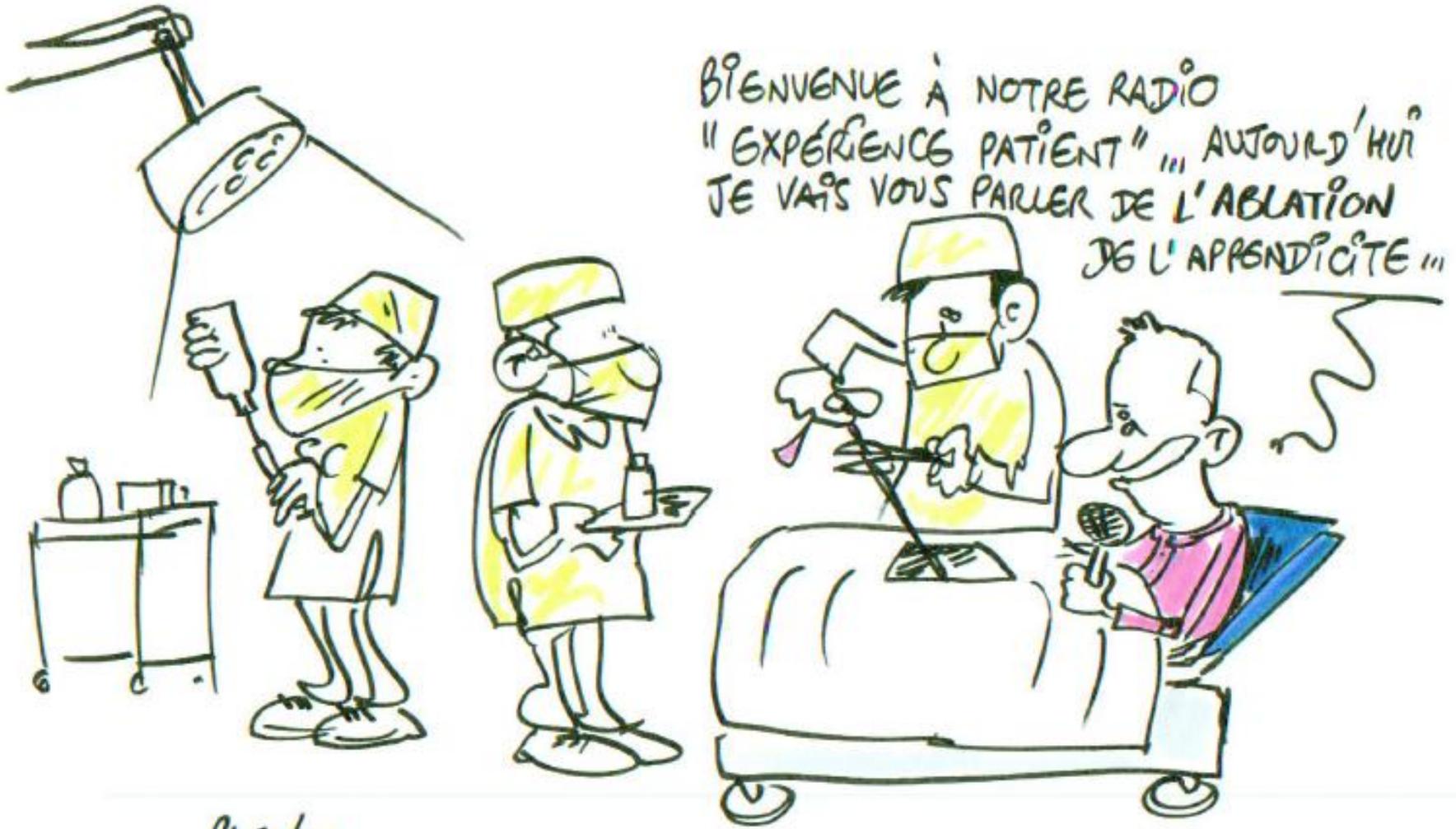
- Phase 1: construire le cadre conceptuel
  - Revue de la littérature pluridisciplinaire (santé publique, sciences sociales et sciences de gestion)
  - Entretiens semi-dirigés avec des patients
- Phase 2: valider un questionnaire
  - Décrire les perceptions des patients
  - Tester la relation avec la mise en œuvre d'actions de sécurisation des soins par les services
- Phase 3: focus group avec des professionnels

# Phase 1

Une porte d'entrée sociologique :  
recueillir les pratiques et conceptions  
de la sécurité des patients

- Une approche **inductive**
- **Produire une connaissance** de la sécurité des soins **du point de vue des patients**

# Méthodologie



2012/12.

# RÉSULTATS

# « Sécurité des soins », concept méconnu

- Les usagers des services de santé ne se sont **pas appropriés la notion de sécurité des soins** en faisant un territoire méconnu :
  - « Cela serait **quelqu'un qui se trompe de chambre et qui rentre** ; c'est arrivé. Ce n'était pas moi, une dame à côté. Vous savez il y en a des fois qui ne sont pas bien cuits ! Ils disent qu'ils se trompent de chambre et c'est vrai ! Il y a un peu de tout dans les hôpitaux ».
- Pour autant, les patients consentent volontiers à parler de leurs craintes quant aux erreurs ou aux accidents médicaux.

CO4, femme, 88 ans, retraitée, responsable commercial, lavage cuisse suite à une infection

# Dimension principale

- Le manque de propreté et d'hygiène de la chambre tout particulièrement identifié
  - signe plus général d'un défaut de sécurité
  - Reflet de l'hygiène au bloc
    - La sécurité non c'est surtout l'hygiène ; c'est important quand même l'hygiène à l'hôpital. Vous vous rendez compte se laver là-dedans ? Il pourrait être vétuste mais propre. C'est sûr et certain je ne vais pas en parler aux soignants, ils font ce qu'ils peuvent il n'y a pas de soucis. Je vois bien qu'ils font ce qu'ils peuvent même au niveau ménage et tout.

CD211, femme, 60 ans, retraitée, aide-soignante, lésion bénigne au pancréas

# La mort omniprésente

- « Eh bien j'ai peur de ne pas me réveiller, c'est cela tout simplement. J'ai peur de mourir parce que c'est vraiment... A chaque fois ... Je n'ai pas été opérée beaucoup de fois, mais à chaque fois c'était cela qui m'angoissait.»  
(CD208, femme, 69 ans, retraitée, art thérapeute, thyroïde).

**Les patients développent des pratiques et des compétences pour maximiser leurs chances de voir leur trajectoire de maladie évoluer favorablement.**

# **LE TRAVAIL DE STRATÉGIES PROPRES AUX PATIENTS**

Temps 1

**L'ENTRETIEN PRÉOPÉRATOIRE**

# L'entretien préopératoire : répétition symbolique de l'intervention chirurgicale

- **Entrée** à proprement parler dans le **monde de la chirurgie**
- Echange déterminant dans le **choix du lieu d'hospitalisation**
- Echange durant lequel **le patient évalue son interlocuteur**

- « C'est très intéressant, je suis très contente de pouvoir vous parler, parce que moi, je vous parle de la perception du patient, de la personne... [...] Voilà. J'ai pas mal à dire. Donc je suis allée au rendez-vous, tout était bien organisé, ponctuel. Il s'est assis et dès la première seconde, **j'ai eu l'impression d'être le numéro d'une longue série. J'avais l'impression que lui faisait des centaines de hanches, mais moi, je n'en ai que 2** et c'est la première fois de ma vie. Donc, **cela a duré moins de 2 minutes, l'entretien.** Il y avait une radio qui avait été faite précédemment. Il la regardait. J'ai senti que tout ce qu'il me disait, **son petit laïus, c'était le même qu'il disait à tout le monde.**
- Il a dit : « Voilà, on coupe ici, la tête du fémur... ». **Il fait des traits de stylo sur ma radio, d'ailleurs sans me demander la permission,** et puis des choses que je savais, car je connaissais le principe de ce que c'était de faire une prothèse de hanche. « On coupe cela, on enfonce une prothèse dans le fémur et puis on couvre ». Bref, il m'a dit cela. J'ai posé une ou deux questions sur la matière de la prothèse, **mais j'ai senti que c'était des réponses standards.»**

- « Il m'a tout de suite montré son petit modèle sur son bureau et puis c'est tout. Mais **vraiment extrêmement bref, aucune attention personnelle, si vous voulez. Il n'y a pas eu de contact humain, personnel. Il aurait pu y avoir une petite cassette d'enregistrement qui délivrait les informations qu'il donnait.** En gros, la même à tous les patients moyens. Je ne dis pas qu'il n'y a pas de cas particuliers, mais cela aurait été à peu près la même chose.
- **Je ne juge pas du tout, professionnellement, il est peut-être absolument excellent.** Cela, je n'en sais rien. Je ne suis absolument pas qualifiée pour le savoir. Par contre, ce que je sais, c'est qu'il n'est pas du tout qualifié pour le contact humain. **J'estime que dans la médecine, dans tous les soins quels qu'ils soient, 50 % c'est du contact humain.** Cela s'est passé très brièvement comme cela. J'ai payé. Il m'a dit la même chose que ce que me dira le Professeur X., plus tard : « C'est à vous de décider. C'est le patient qui décide quand il est trop gêné »
- (CO10, femme, 66 ans, retraitée, institutrice puis professeure de FLE, prothèse de hanche).

# L'entretien préopératoire : répétition symbolique de l'intervention chirurgicale

« Eh bien moi je l'ai trouvé... **Je me suis trouvée très en confiance.** Parce que je l'ai trouvé **très sincère, très calme.** Il m'a expliqué vraiment avec un dessin. Là j'avais un dessin. **Il m'expliquait** où était la thyroïde, les nerfs des cordes vocales qui passent devant. Je lui ai expliqué que j'étais comédienne et chanteuse et que cela me faisait souci. Et donc il m'a expliqué qu'en effet, on pouvait tout à fait toucher les nerfs des cordes vocales mais ils avaient des appareils qui leur permettaient de se rendre compte si le nerf était touché et auquel cas ils n'opéraient pas les deux côtés, ils n'opéraient qu'un côté parce qu'ils ne voulaient pas prendre le risque de paralyser les deux nerfs. Donc il y avait ce risque-là de paralyser les nerfs. Mais que la voix... On retrouvait la voix au bout de 6 mois. Voilà. Il m'a dit les pourcentages de réussites et tout cela. **Il m'a bien expliqué comment il faisait l'intervention.** Donc les risques c'est les cordes vocales [...] **Donc vraiment je me suis sentie en confiance.** Parce qu'il m'a expliqué cela très calmement et puis avec un dessin. Je sentais qu'il n'omettait aucun détail. [...] **Le regard. Un regard franc. C'est dans la façon d'expliquer, le fait de prendre son temps...** Il a pris son temps. Il a demandé si j'avais des questions à poser. Je ne sais plus ce que je lui ai dit, mais cela a pris le temps qu'il fallait la consultation. »

(CD208, femme, 69 ans, retraitée, art thérapeute, thyroïde).

Temps 2

**TRAVAIL AVEC L'ÉQUIPE DE SOINS**

# Jouer le rôle de « bon malade » (Strauss, 1992)

- « Bon, **je ne dérange personne donc je ne les sonne jamais** mais... ils nous disent : « Vous pouvez nous sonner tant que vous voulez, on est toujours là ». Ma femme, c'est pareil : quand elle venait, elle était toujours bien reçue pourtant elle leur a cassé les pieds parce qu'elle appelait c'était 21 h. Je lui ai dit : « Fous-leur la paix, ils n'ont pas que cela à faire » je sais bien, je me mets un peu à sa place. » (CD2, homme, 70 ans, retraité, directeur d'une entreprise de transport, cancer du pancréas).
- « Ils sont sympas. Je n'ai jamais eu de problèmes. **Je ne suis pas un mec emmerdant donc je n'appuie pas sur la sonnette chaque fois** comme certains. » (CD18, homme, 57 ans, thyroïde).

# Prendre le parti des soignants

- Lutter contre les **réformes hospitalières**
- « J'en vois tous les jours, rien que pour la thyroïde : dans le temps vous les gardiez une semaine les gens [...] **On a l'impression que tout s'abrège** comme cela, il n'y a pas d'infection nosocomiale. J'ai trouvé que cela avait été un petit peu léger. Évidemment c'est toujours pareil : il y a une personne pour 20 patients. C'est n'importe quoi. **L'impression de faire de l'acte, c'est plus à l'acte. Il n'y a plus de côté humain. On travaille, c'est efficient.** » (CD16, femme, 54 ans, Infirmière, ablation de la thyroïde).
- « Je crois qu'ils me mettent dehors demain mais bon je **serais bien resté un jour de plus !** » (CD13, homme, 71 ans, retraité, thyroïde).

Temps 3

**TRAVAIL DE SUBSTITUTION DU VIDE DE  
L'INTERVENTION PAR DU DISCOURS ET  
DES IMAGES**

# Reconstruire le vide de l'intervention

- **L'intervention** chirurgicale est le **point d'orgue de l'hospitalisation** pour les patients.
- Pourtant, ils n'en ont, lorsque l'anesthésie est générale, **aucun souvenir**.
- Endormi, il ne peut que **reconstruire *ex post* son expérience** de l'intervention.
- « Bon, après, j'ai eu le masque à oxygène là il m'a fait respirer et bon ben. Quelque chose puisque je ne me souviens que de cela. **De respirer dans le masque et puis après pus rien. C'est d'ailleurs..., c'est troublant cela. C'est une partie de notre vie que l'on ne maîtrise pas quoi !** » (CD208, femme, 69 ans, retraitée, art thérapeute, thyroïde).

# Reconstruire le vide de l'intervention

- Le patient cherche à reconstruire son expérience de l'intervention.
- Il considère d'abord l'état de son corps à son réveil :
- Intervieweur : « L'opération s'est bien passée ? »  
Interviewée : « Apparemment oui, **j'en suis sortie vivante !** » (CO 403, femme, retraitée, conseillère d'orientation psychologue, polyarthrite rhumatoïde, fracture de la tête du fémur).

# Reconstruire le vide de l'intervention

- Importance primordiale de **rencontrer avant**, mais aussi **après l'opération**, des **professionnels de santé étant présents** dans le bloc opératoire au cours de leur intervention chirurgicale.
- Il s'agit de **recomposer**, avec des **témoins**, une **expérience** centrale de l'hospitalisation à laquelle on ne peut avoir accès par le biais de la mémoire.

# **LE TRAVAIL DE STRATÉGIES PROPRES AUX PATIENTS**

- Maitriser sa trajectoire de malade
- Un travail sur la confiance
- Des « indicateurs » propres aux patients

# UNE MÉTHODE POUR L'EXPÉRIENCE PATIENT...



Des questions?

[Philippe.michel@chu-lyon.fr](mailto:Philippe.michel@chu-lyon.fr)

# Equipes

- HCL - Hesper
  - Dr Pauline OCCELLI, Dr Sandrine TOUZET, Pr Philippe MICHEL, Mme Karine POYAU
  - Pr Jean-Christophe LIFANTE, Dr Romain DESMARCHELIER
  - Dr Muriel RABILLOUD, M. Sylvain ROCHE, Mme. Angélique DENIS
- Centre Max Weber
  - M Frédéric MOUGEOT, Mme Magalie ROBELET
- FAS AURA
  - M. Michel SABOURET