

# Être plus qu'un numéro : l'approche centrée sur la personne dans les hôpitaux

Ellen Pipers<sup>a,b</sup>, Sara Leroi-Werelds<sup>a</sup>, Sandra Streukensa<sup>a</sup> et Katrien Verleye<sup>b</sup> – <sup>a</sup>Université de Hasselt et <sup>b</sup>Université de Gand  
Hervé Avalosse et Sigrid Vancorenland – Service d'études MC

## Résumé

L'approche centrée sur la personne part d'une approche holistique : le-la patient-e est plus que sa maladie. Celle-ci vise à répondre aux souhaits et aux besoins propres du-de la patient-e, en tant qu'individu. L'approche centrée sur la personne est en ligne avec le *Quintuple Aim* des soins de santé belges, qui met l'accent sur de meilleurs résultats en matière de santé, une meilleure expérience du-de la patient-e, une meilleure efficacité, l'amélioration du bien-être des prestataires de soins et l'équité. Pourtant, il est difficile en tant qu'organisation des soins de santé d'être centré sur la personne vu la confusion existante autour de cette notion et la difficulté de la mesurer.

L'objectif de cette étude est de conceptualiser l'approche centrée sur la personne, de développer des instruments de mesure de cette approche dans les hôpitaux et de les valider auprès de personnes récemment hospitalisées.

Pour comprendre l'approche centrée sur la personne et ses dimensions sous-jacentes, des chercheur-euses de l'Université de Hasselt (UHasselt) et de l'Université de Gand (UGent) ont procédé à des entretiens et à une analyse systématique de la littérature. Ces informations ont servi de base à l'élaboration d'instruments de mesure. Une étude pilote a ensuite été menée, principalement pour valider ces instruments. Pour ce faire, une enquête par questionnaire a été menée auprès des membres de la MC récemment hospitalisés (n=1.266 après nettoyage des données).

L'étude montre que l'approche centrée sur la personne peut être définie comme une approche holistique de la personne visant à améliorer le bien-être individuel en répondant aux désirs et aux besoins propres de l'individu. Ces souhaits et besoins peuvent différer d'une personne à l'autre selon six dimensions : (1) la connexion avec le-la prestataire de soins, (2) l'implication de la famille, (3) la réception d'informations, (4) la participation à la prestation de services médicaux, (5) l'attention portée aux extras et (6) le soutien psychosocial et émotionnel.

Sur base de l'enquête par questionnaire, trois instruments de mesure ont été élaborés et validés : (1) l'instrument de mesure détaillé comprenant 29 items, (2) l'instrument de mesure simplifié comprenant 6 items et (3) l'instrument de mesure général comprenant 2 items.

L'analyse de l'étude pilote menée auprès des membres de la MC montre que la connexion avec le ou la prestataire de soins (dimension 1) et le fait de recevoir des informations (dimension 3) ont le plus grand impact sur la satisfaction. En outre, les analyses comparatives montrent que les hommes obtiennent en moyenne des scores plus élevés que les femmes en ce qui concerne la satisfaction globale et les dimensions de la connexion, de la famille, de la participation, des extras et du soutien. Dans le même ordre d'idées, les personnes sans maladie chronique obtiennent également un score plus élevé que les personnes atteintes de maladies chroniques.

Mots-clés : Approche centrée sur la personne, hôpitaux, instruments de mesure, étude qualitative, étude quantitative

## Introduction

Il y a quelques années, Lisa a donné naissance à un petit garçon, Louis. Lisa savait bien à l'avance ce qu'elle voulait - et ne voulait pas - mais la naissance de Louis ne s'est pas déroulée comme elle l'avait prévu. Lisa souhaitait vivement accoucher sans anesthésie péridurale, mais le gynécologue a décidé, sans grande consultation, de lui en faire une. Le travail n'était pas fluide et la péridurale a permis de stimuler les contractions. Bien que tout se soit déroulé sans problème et que tout se soit bien passé pour la maman et son fils, Lisa est restée avec un sentiment de frustration. Elle aurait aimé que l'on tienne davantage compte de ses souhaits et de ses besoins. Quelques années plus tard, Lisa a dû accoucher à nouveau et a eu un très bel accouchement dans l'eau. Le gynécologue a pris le temps et Lisa a pu accoucher entièrement à son rythme. Des mois plus tard, elle était toujours sur un petit nuage et était si heureuse et reconnaissante de la douce naissance de son fils Victor. Bien que les choses se soient déroulées correctement d'un point de vue médical dans les deux cas, Lisa a eu le sentiment d'avoir été traitée davantage comme un numéro à la naissance de son premier fils et comme une personne à la naissance de son deuxième fils.

Il peut paraître étrange d'accorder autant d'attention à ce qui, pour certain-es, peut sembler des détails, mais l'approche centrée sur la personne (répondre aux souhaits et aux besoins individuels des patient-es) peut avoir un impact positif significatif sur le-la patient-e, le-la prestataire de soins et l'hôpital. Les patient-es se sentent mieux lorsque l'approche est davantage centrée sur la personne. Ils-elles se rétablissent plus facilement, leur bien-être et leur satisfaction sont plus élevés (Coyne, Holmström, & Söderbäck, 2018 ; Martinez, Postigo, Cuesta, & Muñoz, 2021). Les professionnel-les de la santé ressentent également les effets positifs d'une approche centrée sur la personne : ils-elles tirent davantage de satisfaction de leur travail, sont moins stressé-es et sont moins susceptibles de chercher un autre emploi (Chang, Gil, Kim, & Bea, 2020 ; Choi, Kim, & Yoon, 2021 ; Fridberg, Wallin, & Tistad, 2021). Les hôpitaux récoltent également les fruits d'une approche centrée sur la personne : si les patient-es sont satisfait-es de leur séjour, ils-elles recommanderont l'hôpital à leurs ami-es et à leur famille et reviendront dans le même hôpital, si nécessaire. En outre, il est évidemment très avantageux pour les hôpitaux que les prestataires de soins soient plus satisfait-es de leur travail et moins stressé-es.

Les avantages susmentionnés de l'approche centrée sur la personne contribuent au « *Quintuple aim* », qui comprend cinq piliers ou objectifs que les soins de santé visent à atteindre (VIVEL, 2023) :

- 1) améliorer les résultats de santé ;
- 2) améliorer l'expérience du-de la bénéficiaire des soins ou du-de la patient-e ;
- 3) réduire les coûts en réalisant plus de valeur avec les ressources disponibles ;
- 4) accroître le bien-être des prestataires de soins ;
- 5) atteindre l'équité pour améliorer la santé de tous et toutes.

Beaucoup de choses ont été dites et écrites sur l'approche centrée sur la personne, tant en théorie qu'en pratique. S'il est admis que l'essence de l'approche centrée sur la personne consiste à prendre en compte les souhaits et les besoins propres de la personne dans son ensemble (Giusti, et al., 2020 ; Håkansson Eklund, et al., 2019), la définition exacte de l'approche centrée sur la personne reste floue. Certain-es auteur-rices mettent l'accent sur la prise de décision partagée entre le-la patient-e et le-la prestataire de soins, tandis que d'autres se concentrent davantage sur l'approche holistique. En outre, il n'existe pas encore d'instrument de mesure approprié pour évaluer l'approche centrée sur la personne (Byrne, Baldwin, & Harvey, 2020).

L'objectif principal de cette étude menée par l'Université de Hasselt (UHasselt) et l'Université de Gand (UGent) est de (1) conceptualiser l'approche centrée sur la personne, (2) développer un instrument de mesure qui mesure cette approche dans les hôpitaux, et (3) valider l'instrument de mesure en collaboration avec la MC. En outre, les résultats du questionnaire adressé aux membres de la MC seront utilisés pour analyser les facteurs qui influencent la satisfaction des personnes à l'égard des soins qu'elles reçoivent. Les différentes parties de cet article expliquent ces éléments plus en détail.

Cet article est basé sur la thèse de doctorat d'Ellen Pipers (Pipers, 2024).

# 1. Conceptualisation de l'approche centrée sur la personne

## 1.1. Méthodologie

Pour conceptualiser l'approche centrée sur la personne, les chercheur-euses de l'UHasselt et de l'UGent ont combiné trois méthodes : (1) une analyse systématique de la littérature ; (2) des entretiens avec des prestataires de soins ; (3) des entretiens avec des patient-es et leurs proches.

Une étude systématique de la littérature a été effectuée à l'aide de plusieurs bases de données : Web of Science, PubMed, CINAHL, Embase, MEDLINE (Ovid) et Scopus. Le terme de recherche « *person cent\** » a été utilisé en combinaison avec « *dimensions* », « *defin\** », « *model* », « *framework* » et « *concept\** ». Ce qui a donné 13.233 résultats, dont 7.794 doublons qui ont pu être supprimés. Les articles antérieurs à 2016 ont été retirés (1.546 résultats). Les résultats restants (3.893 articles) ont ensuite été examinés sur base du titre, du résumé et du texte intégral. Les articles dont l'objectif principal n'était pas de conceptualiser l'approche centrée sur la personne, ceux qui ne traitaient pas du contexte hospitalier ou qui contenaient un éditorial ou une opinion ont été exclus. Cette procédure a permis d'inclure 53 articles. Quatre autres articles ont été ajoutés après analyse des listes de référence. Au total, 57 articles ont été analysés.

Vingt-neuf entretiens semi-structurés ont été menés avec des professionnel-les de la santé, en essayant d'obtenir une grande variété de profils parmi les personnes interrogées : à la fois des prestataires de soins en contact direct avec les patient-es (infirmières, sage-femmes et médecins) et des professionnel-les sans contact direct avec les patient-es (membres du personnel et de la direction). Enfin, des professionnel-les extérieur-es à l'hôpital ont également été interrogé-es, tel-les que le personnel ou les responsables d'organisations de patient-es, d'organisations traitant de la qualité, d'organisations faïtières et de mutualités. Les entretiens avaient une durée moyenne de 62 minutes, variant de 25 à 140 minutes. Les entretiens avec les professionnel-les se sont déroulés en ligne ou en face-à-face, selon la préférence du-de la répondant-e. Le fil conducteur de l'entretien était composé de questions sur la signification de l'approche centrée sur la personne, son importance et les facteurs qui peuvent l'influencer.

Des entretiens semi-structurés ont également été menés avec des patient-es et des membres de leur famille. Ce groupe était composé de 18 répondant-es, atteint-es ou non de maladies chroniques<sup>1</sup>, d'âges différents, hommes et femmes confondus. Les entretiens avaient une durée moyenne de 74 minutes, variant de 25 à 180 minutes. Les entretiens avec les patient-es ont tous été réalisés en ligne. Le guide d'entretien comprenait des questions sur l'expérience vécue lors de l'admission, les expériences positives et négatives, la signification de l'approche centrée sur la personne et les mesures que la personne interrogée prendrait pour consolider l'approche centrée sur la personne.

Tous les entretiens ont été enregistrés et retranscrits. Les données issues des entretiens et de l'étude de la littérature ont été codées dans NVivo. L'analyse des entretiens et de la littérature s'est faite en trois étapes selon la méthode Gioia (Gioia et al., 2013). Lors de la première étape, des codes ont été attribués à des morceaux de texte provenant des entretiens (en reprenant les mots du-de la répondant-e) ou d'articles. Ces codes ont ensuite été rassemblés en catégories générales. Dans la dernière étape, ces catégories ont été fusionnées en dimensions abstraites.

## 1.2. Résultats

L'analyse de la littérature et les entretiens montrent que l'approche centrée sur la personne implique une approche holistique de la personne, visant à améliorer le bien-être individuel en répondant aux désirs et aux besoins propres de la personne. Six dimensions ressortent de l'analyse de la littérature et des entretiens, mais ces derniers montrent davantage d'hétérogénéité quant aux souhaits et besoins exprimés. Par exemple, alors que la littérature part souvent du principe que les patient-es veulent toujours une relation étroite ou beaucoup d'informations, cette image est nuancée par les entretiens. Les entretiens montrent qu'il peut y avoir de grandes différences entre les souhaits et les besoins des personnes, une personne voudra beaucoup d'informations et une autre se satisfera de peu d'informations. Les six dimensions rassemblant les différents souhaits et les besoins sont : (1) la connexion avec le ou la prestataire de soins, (2) l'implication de la famille, (3) la réception d'informations, (4) la participation à la prestation de services médicaux, (5) l'attention portée aux extras et (6) le soutien

<sup>1</sup> Les personnes interrogées ont déclaré elles-mêmes si elles souffraient ou non d'une maladie chronique, mais il n'a pas été vérifié si elles avaient le statut de personne souffrant d'une maladie chronique.

Figure 1 : Dimensions sur lesquelles les personnes peuvent avoir des désirs et des besoins différents (Source : Pipers, 2024)

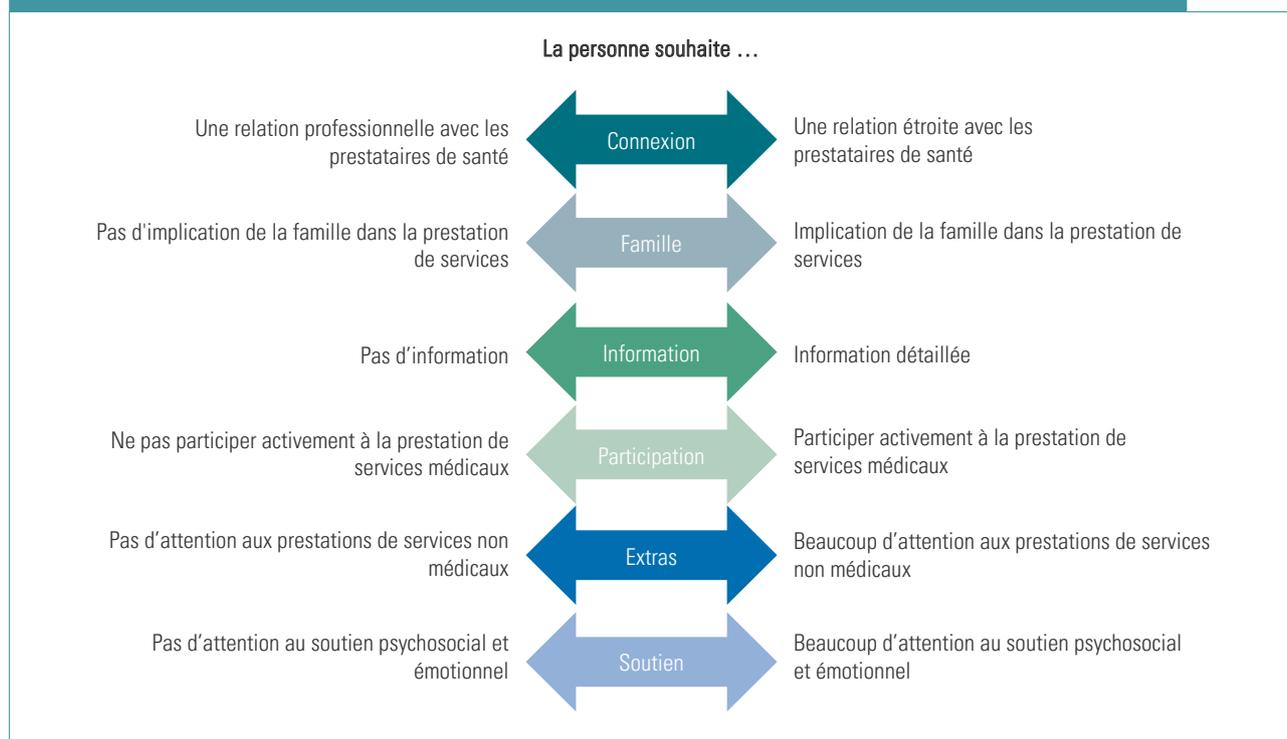


Tableau 1 : Différentes dimensions et leur description (Source : Pipers, 2024)

Dimension	Description
Connexion avec le-la prestataire de soins de santé	Mesure selon laquelle une personne souhaite une relation étroite avec les prestataires de soins
Implication de la famille	Mesure selon laquelle une personne souhaite impliquer ses proches dans le processus
Réception d'informations	Mesure selon laquelle une personne souhaite obtenir des informations
Participation dans la prestation de services médicaux	Mesure selon laquelle une personne souhaite être impliquée dans le processus de soins
Attention pour les extras	Mesure selon laquelle une personne souhaite que l'on s'occupe, par exemple, de services non médicaux tels que le parking ou la restauration
Soutien psychosocial et émotionnel	Mesure selon laquelle une personne souhaite que l'on prête attention à son contexte psycho-socio-émotionnel

psychosocial et émotionnel (voir Figure 1). Une description générale de ces six dimensions est résumée dans le tableau 1 et expliquée plus en détail par la suite.

### 1.2.1. Connexion avec le-la prestataire de soins de santé

En ce qui concerne les relations avec les prestataires de soins, certaines personnes souhaitent une relation étroite, tandis que d'autres veulent une relation purement professionnelle - plutôt distante - avec les soignant-es.

*« Ils ne s'occupaient pas vraiment de moi et puis une femme enceinte s'est mise à côté de moi, et j'ai commencé à lui parler moi-même jusqu'à ce que je m'endors (rires). [...] J'ai eu tout le temps l'impression qu'ils parlaient entre eux et ne faisaient pas attention à la personne » (patient admis pour une intervention chirurgicale programmée).*

*« Ne pas être vu comme un numéro, [...] cela n'a pas beaucoup d'importance pour moi. Vous savez, parce que vous voyez bien, c'est la routine, ils viennent et ils*

*vous donnent à manger, ça me suffit » (patient admis pour une opération chirurgicale programmée).*

« Une bonne relation de soins est une condition préalable importante pour de bons soins, dans laquelle la compassion, le respect, l'implication personnelle et professionnelle et la proximité peuvent s'épanouir » (van der Cingel et al., 2016, p. 8, notre traduction).

### 1.2.2. Implication de la famille

Les souhaits et les besoins diffèrent également lorsqu'il s'agit d'impliquer des proches. Par exemple, certain-es patient-es souhaitent associer étroitement leurs proches à leurs soins, tandis que d'autres ne le souhaitent pas du tout.

*« On n'attrape pas seulement un cancer hein, toute la famille attrape un cancer si vous voyez ce que je veux dire. Toute ta famille est sens dessus dessous [...]. Il faut les inclure dans le processus, leur dire comment soutenir un patient » (patiente atteinte d'un cancer).*

*« Mais je pense aussi, et j'ai tellement aimé cela lors de la surveillance cardiaque, qu'à un moment donné, notre mère a dit 'non, je ne me ferai pas opérer, et j'ai alors dit au cardiologue 'si, si'. 'Désolé, m'a-t-il dit, 'vous n'êtes pas ma patiente'. J'ai beaucoup de respect pour cela, je n'ai pas aimé ce moment, mais j'ai beaucoup de respect » (fille d'une patiente atteinte d'une maladie chronique).*

« L'importance du contact avec les membres de la famille et les proches est ressortie de cette analyse » (Connelly et al., 2020, p. 217, notre traduction).

### 1.2.3. Réception d'informations

En outre, les entretiens ont révélé que certain-es patient-es ne veulent aucune information, tandis que d'autres veulent tout savoir en détail, non seulement sur leur état de santé, mais aussi sur leur séjour à l'hôpital (quels sont les examens prévus, à quelle heure sera servi le repas, etc.)

*« Je n'ai pas cherché de conseils sur la façon dont d'autres patients atteints de cancer sont pris en charge. Cela existe probablement, mais je ne cherche pas de compagnons d'infortune, je ne cherche rien non plus sur kanker.nl ou cancer.be ou Kom op tegen kanker. Je n'en ai pas besoin, c'est peut-être le cas pour d'autres personnes, mais pas pour moi » (patient atteint d'un cancer).*

*« Une prise de sang était effectuée chaque jour pour déterminer le degré d'avancement de l'inflammation. À un moment donné, j'ai demandé quel paramètre du sang vous examinez ? Et quelle est la valeur normale et quelle est la valeur cible que vous avez et quelle est la valeur actuelle ? Je n'ai pas eu de réponse, c'était comme si ça ne me regardait pas » (patient souffrant d'une maladie chronique).*

« La communication revêtait également une importance pratique en termes d'échange d'informations sur l'état de santé de la personne et sur les soins qui lui sont prodigués. Les participant-es voulaient être tenu-es informé-es de ce qui se passait avec leurs soins ou ceux de leurs proches, être écouté-es et obtenir des réponses à leurs questions » (Ellins et Glasby, 2016, p. 57-58, notre traduction).

### 1.2.4. Participation dans la prestation de services médicaux

Bien que la participation soit souvent considérée comme un objectif dans la littérature, certain-es patient-es ont indiqué qu'ils-elles ne ressentaient pas le besoin de participer aux décisions concernant les soins, le séjour à l'hôpital, le moment de la sortie, etc. D'autres patient-es, en revanche, aiment participer.

*« [...] Nous allons d'abord faire ceci, puis cela, et ensuite nous devons faire cet examen avant cela aussi. Mais je n'aurais pas décidé autrement non plus, j'avais une confiance totale dans le processus qu'ils ont présenté. Je n'ai pas l'impression qu'ils m'aient vraiment demandé si on pouvait faire ceci ou cela, mais je pense aussi que ce n'est pas une mauvaise chose, qu'ils m'aient simplement dit que nous allions faire les choses de cette façon » (patient souffrant d'une maladie chronique).*

*« [...] Il a dit : 'd'abord nous allons mettre du gaz dans votre œil, ce gaz va repousser votre rétine, expulser ce liquide de là-dessous et ensuite je verrai si je peux faire une chirurgie au laser demain, il y a une chance sur deux et sinon c'est une chirurgie de l'œil'. Je lui ai alors dit : 'oui mais docteur, si je n'ai, de toute façon, qu'une chance sur deux, pourquoi ne me dites-vous pas d'opérer maintenant ?' [...] Il m'a dit : 'il faut d'abord faire ça, parce que si je dois opérer (ce n'est qu'alors qu'il m'a dit ça), c'est très nocif pour l'œil, ça a beaucoup plus d'inconvénients'. C'est donc important d'essayer de toute façon, mais il n'a dit ça qu'après que j'ai entamé une discussion. Et j'ai pensé que c'était important que je*

*pose cette question, que je donne aussi mon avis sur la question. Il m'a expliqué que c'était comme ça et j'ai dit : 'ok, c'est bien' » (patient souffrant d'une affection aiguë).*

« Les participant-es ont estimé que les prestataires de soins de santé lors du premier contact devraient avoir la volonté et être capables d'apprendre de leurs patient-es, en particulier de ceux et celles qui souffrent d'affections de longue durée. Ils-elles devraient être disposé-es à collaborer avec les patient-es pour prendre des décisions et leur fournir des informations suffisantes et accessibles pour les aider dans ce processus » (Erwin et al., 2020, p. 5, notre traduction).

### 1.2.5. Attention aux extras

Alors qu'un-e patient-e trouve les services non médicaux (comme la nourriture, mais aussi le parking ou une chambre agréable) très importants, un-e autre ne s'en préoccupe pas du tout.

*« Ils avaient aussi, et j'ai trouvé cela très bien, une cuisine pour tous les parents. On pouvait alors choisir de manger sur place et nous avons dit : 'ok, nous allons manger ici', mais nous avons arrêté au bout d'un jour, parce que c'était en fait très cher pour de la très mauvaise nourriture. On s'est dit : on va descendre au magasin ou on va rentrer à la maison tous les jours [...]. Néanmoins dans cette petite cuisine, on pouvait discuter avec les autres parents, ce qui était vraiment sympa, parce qu'on était dans le même bateau (rires). Donc c'était très chouette » (maman d'un bébé admis à l'unité de soins intensifs néonataux).*

« Les interventions visant à améliorer l'aménagement peuvent inclure, par exemple, l'ajout de meubles mobiles dont le design est davantage pensé pour le-la patient-e ou la famille, comme une chaise innovante qui permet aux membres de la famille de dormir à côté du-de la patient-e et d'interagir avec lui (chaise-lit CAMA), tout comme le monde de l'HoReCa a trouvé des meubles innovants pour améliorer l'expérience du client » (Hunter-Jones et al., 2020, p. 878, notre traduction).

### 1.2.6. Soutien psychosocial et émotionnel

Enfin, les patient-es peuvent également préférer des approches psycho-socio-émotionnelles différentes : alors que certain-es souhaitent se concentrer uniquement sur leurs besoins médicaux, d'autres veulent se concentrer sur leurs besoins psycho-socio-émotionnels.

*« J'avais juste besoin de personnes professionnelles et amicales pour faire cette piqûre, qui utilisaient ces pompes correctement, qui cochaient tout ce qui devait l'être, je n'avais pas besoin de plus, c'est tout ce dont j'avais besoin » (patiente atteinte d'un cancer).*

*« Donc la partie humaine, comment vous allez et comment vous vous sentez et ce qui touche à l'émotionnel, oui, c'est sur cela où vous, en tant qu'équipe, mettez votre focus ou non. Je pense à l'équipe des sage-femmes et au gynécologue, qui demandent si cela avance ? Et si ça va ? Je pense qu'il y a une différence. On peut faire un bon contrôle et une bonne suture ou une bonne perfusion, mais selon moi, si cette partie personnelle n'est pas là, je pense que pour moi, c'est une expérience très différente » (patiente admise pour la naissance de son bébé).*

« Le point de départ de notre modèle est de toujours considérer le-la patient-e comme une personne et, en tant que telle, comme un être pensant, ressentant, interprétant, social et créatif, doté d'un potentiel de développement tout au long de sa vie, même si le temps à venir est limité » (Österlind et Henoch, 2021, p. 2, notre traduction).

## 2. Développement et validation d'instruments de mesure de l'approche centrée sur la personne

### 2.1. Méthodologie

À partir des enseignements tirés des entretiens, trois outils différents ont été mis au point pour mesurer l'approche centrée sur la personne dans les hôpitaux sur base de l'expérience des patient-es. En effet, non seulement les souhaits et les besoins des patient-es peuvent différer, mais aussi ceux des chercheur·euses et des organisations qui cherchent à mesurer l'approche centrée sur la personne. Par exemple, il peut y avoir différents objectifs pour mesurer l'approche centrée sur la personne, et il peut y avoir des considérations pratiques, telles que la longueur du questionnaire. Pour certains objectifs, un questionnaire court suffira (par exemple, pour comparer le degré de l'approche centrée sur la personne entre les hôpitaux ou les services), tandis que pour d'autres, il sera nécessaire

Figure 2 : Développement d'instruments de mesure en quatre étapes



d'obtenir une image plus détaillée (par exemple, si une organisation souhaite avoir un aperçu des forces et des domaines d'amélioration d'un service).

Quatre étapes ont été suivies pour élaborer les instruments de mesure de l'approche centrée sur la personne (voir Figure 2) : 1) spécification du contenu, 2) spécification et formulation des items, 3) collecte des données et 4) validation des instruments de mesure (Diamantopoulos et Winklhofer, 2001). Les étapes 1 et 2 s'appuient sur l'étude qualitative décrite précédemment.

Avec **l'étape 1 (spécification du contenu)**, il est constaté que l'approche centrée sur la personne se compose de six dimensions (voir Tableau 1). L'outil de mesure détaillé et l'outil de mesure simplifié sont construits à partir de ces six dimensions. L'outil de mesure global repose sur la définition de l'approche centrée sur la personne (être traité comme une personne et tenir compte de ses souhaits et de ses besoins).

Lors de **l'étape 2 (spécification des items)**, les items ou questions pouvant être posées par dimension ont été étudiées sur base des données issues des entretiens et de l'étude systématique de la littérature (voir point 1). L'instrument de mesure détaillé pose plusieurs questions par dimension, telles que des questions sur le traitement ou la maladie, mais aussi sur la sortie ou la routine quotidienne à l'hôpital. L'instrument de mesure simplifié comportait une question par dimension (voir Tableau 1). L'instrument de mesure général ne contenait que deux items (« J'ai été suffisamment considéré en tant que personne » et « Mes souhaits et mes besoins ont été suffisamment pris en compte »). Ces items ont ensuite été présentés à un groupe

d'expert-es afin de vérifier que tous les items étaient clairement formulés et qu'aucun aspect de l'approche centrée sur la personne n'était absent. Au total, 21 expert-es ont donné leur avis sur les instruments de mesure. Ce groupe d'expert-es comprenait des patient-es, des professionnel-les et des chercheur-euses.

Lors de **l'étape 3 (la collecte de données)**, l'aide de la MC a été sollicitée pour collecter des données quantitatives à l'aide d'un questionnaire. Ces données quantitatives sont nécessaires pour valider les instruments de mesure. Outre les trois instruments de mesure, le questionnaire comprenait des questions sur l'âge, le sexe, la situation familiale, le niveau de formation, la présence ou l'absence d'une maladie chronique, le motif de l'hospitalisation, la durée de l'hospitalisation et le caractère planifié ou non de l'hospitalisation. En outre, la satisfaction a été évaluée à l'aide d'une question : « Quel est votre degré de satisfaction à l'égard de votre expérience à l'hôpital, sur une échelle de 0 (pas du tout satisfait) à 10 (très satisfait) ? » Le nom de l'hôpital où l'admission a eu lieu n'a pas été demandé. Le questionnaire a été envoyé à 21.000 membres MC, ayant séjourné dans un hôpital général ou universitaire au cours de l'année écoulée. Un échantillon francophone et un échantillon néerlandophone ont été constitués (9.000 francophones et 12.000 néerlandophones). En outre, l'âge, le sexe et la province ont été pris en compte pour obtenir un échantillon fiable. Les patient-es admis-es dans un service de rééducation, un service psychiatrique ou palliatif ont été exclu-es. Le questionnaire pouvait être rempli en français, en néerlandais ou en anglais. Les questionnaires ont été envoyés en février-mars 2023 ; les membres MC ayant reçu un questionnaire ont été admis à l'hôpital entre février 2022 et février 2023. Tous-tes les répondant-es ont

donné leur accord pour le traitement des données collectées. Ce traitement a été réalisé par des chercheur-euses de l'UHasselt.

Les données ont été traitées et analysées à l'aide des programmes statistiques SPSS et SmartPLS. SPSS a été utilisé pour les statistiques descriptives et pour comparer les différents groupes. Dans SmartPLS, le modèle a été analysé plus en détail afin d'identifier les dimensions ayant le plus de poids sur les variables de résultat. Étant donné que la littérature montre que l'approche centrée sur la personne entraîne une plus grande satisfaction (Jakobsson et al., 2019), ce concept a été inclus comme variable de résultat dans le modèle.

Dans **l'étape 4 (validation)**, les instruments de mesure ont été validés à partir des analyses dans SmartPLS. Pour les instruments de mesure formative (l'instrument de mesure détaillé et l'instrument de mesure simplifié), les items ont été vérifiés pour s'assurer qu'ils ne présentent pas de similitude excessive (multicollinéarité). Dans un instrument de mesure formative, il n'est pas souhaitable que les items soient trop similaires. C'est pourquoi le score VIF (*Variance Inflation Factor*) a été calculé pour vérifier si un item pouvait être supprimé. La redondance (analyse de la redondance) a ensuite été testée en comparant l'instrument de mesure détaillé et simplifié avec l'instrument de mesure général afin de vérifier si ce dernier pouvait être expliqué par l'instrument de mesure détaillé et simplifié. Nous avons également examiné si ces instruments de mesure pouvaient expliquer de manière significative la variation de la satisfaction (validité de critère). D'après la littérature, l'approche centrée sur la personne devrait avoir un effet

sur la satisfaction (Jakobsson et al., 2019). Les résultats de nos outils de mesure devraient également en témoigner.

Davantage de détails sont donnés dans l'annexe, qui explique également ce que sont les outils de mesure formative et réflexive.

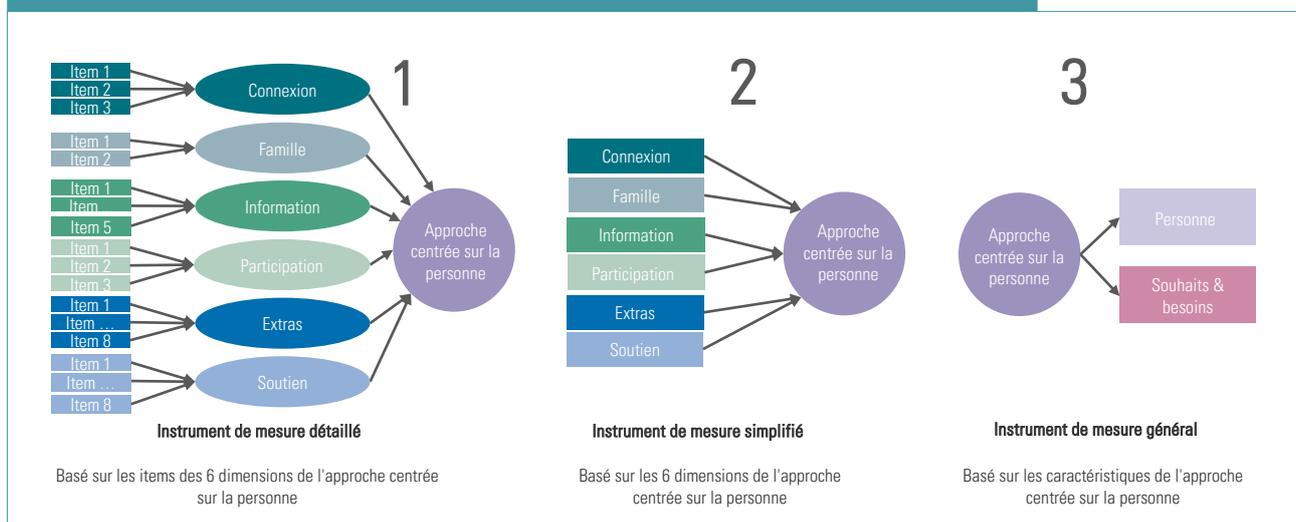
## 2.2. Résultats

Sur base des scores VIF, 15 items qui se chevauchaient trop ont été supprimés de l'instrument de mesure détaillé qui, à l'origine, comptait 44 items. Aucun item n'a été supprimé dans l'instrument de mesure simplifié. L'analyse de redondance de l'instrument de mesure détaillé a donné un score de  $\beta = 0,80$  et l'instrument de mesure simplifié un score de  $\beta = 0,79$ . Ces deux scores sont supérieurs à la valeur recommandée de 0,70. On peut donc en conclure que les instruments de mesure obtiennent de bons résultats dans l'analyse de la redondance.

En ce qui concerne la validité de critère, l'instrument de mesure détaillé (29 items) explique 76% de la variation de la satisfaction. L'instrument de mesure simplifié (6 items) obtient un score similaire de 77% pour la satisfaction. Enfin, l'instrument de mesure général (2 items) a pu expliquer 63% de la variation de la satisfaction. Ces résultats confirment la validité des instruments de mesure, représentés visuellement à la figure 3.

**L'instrument de mesure détaillé** comprend 29 items : trois pour la connexion, deux pour la famille, cinq pour l'information, trois pour la participation, huit pour les extras et

Figure 3 : Vue d'ensemble des différents modèles de mesure de l'approche centrée sur la personne (Source : Pipers, 2024)



huit pour le soutien. Voici un exemple d'item : « Dans quelle mesure les informations sur les traitements possibles ont-elles répondu à mes souhaits et à mes besoins ? ». Les répondant-es peuvent attribuer un score entre zéro et dix, où zéro signifie que cet aspect ne correspond pas du tout à leurs désirs et à leurs besoins et dix signifie que cet aspect correspond tout à fait à leurs désirs et à leurs besoins.

**L'instrument de mesure simplifié** comprend six items : un item par dimension. En voici un exemple : « Dans l'ensemble, les informations que j'ai reçues correspondaient à mes souhaits et à mes besoins ». Les répondant-es peuvent à nouveau donner un score entre zéro et dix, où zéro signifie qu'ils-elles ne sont pas du tout d'accord avec l'affirmation et dix signifie qu'ils-elles sont tout à fait d'accord avec l'affirmation.

Enfin, **l'instrument de mesure général** se compose de deux items basés sur la définition de l'approche centrée sur la personne : « J'ai été pris en compte en tant que personne » et « Mes souhaits et mes besoins ont été satisfaits ». Pour ces items également, les répondant-es peuvent donner un score entre zéro et dix, où zéro signifie qu'ils-elles ne sont pas du tout d'accord avec l'affirmation et dix signifie qu'ils-elles sont tout à fait d'accord avec l'affirmation.

Ces instruments de mesure diffèrent par leur longueur et leur niveau de détail. En fonction de l'objectif de l'enquête, un établissement de santé peut choisir l'un des trois instruments de mesure. Si un hôpital ou un service souhaite obtenir des informations très détaillées sur son niveau d'approche centrée sur la personne, il est préférable d'utiliser l'outil de mesure détaillé. Toutefois, pour avoir une vue d'ensemble du degré de l'approche centrée sur la personne, il est préférable d'utiliser l'instrument de mesure général ou simplifié. Les hôpitaux peuvent également utiliser une combinaison d'instruments de mesure, par exemple l'instrument général et l'instrument simplifié.

### 3. Évaluation de l'approche centrée sur la personne dans les soins hospitaliers parmi les membres MC

Cette partie présente les résultats de l'enquête sur l'approche centrée sur la personne dans les soins hospitaliers, menée auprès des membres de la MC, dans le cadre du processus de validation de l'instrument de mesure. Comme décrit ci-dessus à l'étape 3, le questionnaire a été envoyé à un échantillon de membres MC récemment hospitalisés.

#### 3.1. Résultats généraux

Au total, 1.430 personnes ont répondu au questionnaire. Après le nettoyage des données, il restait 1.266 répondant-es. Ce nettoyage des données a consisté à vérifier si les données étaient complétées en un minimum de temps, si les réponses étaient aléatoires et si les mêmes scores étaient attribués à chaque fois. 164 répondant-es (11,5%) ont été éliminé-es, ce qui correspond à l'estimation selon laquelle environ 10% des questionnaires ne sont pas remplis avec suffisamment d'attention (Curran, 2016). Le tableau 2 présente les caractéristiques des répondant-es. Les caractéristiques comprenaient l'âge, le sexe, la langue, le niveau de formation, le fait de souffrir ou non d'une maladie chronique, le fait que l'admission était planifiée ou non, la durée de l'admission et le motif de l'admission.

Le tableau 3 fournit un aperçu des scores des différents instruments de mesure et leur impact sur la satisfaction. Les différents instruments de mesure ont été analysés à l'aide du programme statistique SmartPLS. Chaque instrument de mesure a été représenté sous la forme d'un modèle (comme dans la figure 3). Dans l'instrument de mesure détaillé, cela a permis d'obtenir une pondération de chaque dimension sur l'approche centrée sur la personne. En outre, nous obtenons le poids de chaque item sur la dimension en question. Une pondération plus élevée indique que l'item contribue davantage à l'approche centrée sur la personne, tandis qu'une pondération plus faible suggère que l'item est moins pertinent pour le concept de l'approche centrée sur la personne. Ainsi, les trois items de connexion ont chacun un poids sur la dimension de connexion et la dimension de connexion a un poids sur l'approche centrée sur la personne. Pour calculer l'impact de chaque item, le poids de l'item a été multiplié par le poids de la dimension d'intérêt. Pour l'instrument de mesure simplifié, le poids de chaque dimension sur l'approche centrée sur la personne a été calculé.

Tableau 2 : Caractéristiques des répondant-es  
(Source : Pipers, 2024)

Caractéristiques	Résultats
<b>Âge</b>	
• Moyenne	63,55 ans
• Variation	18-90 ans
• Écart-type <sup>2</sup>	14,34 ans
	<b>Pourcentage (nombre) de répondant-es</b>
<b>Sexe</b>	
• Femme	48,3% (612)
• Homme	51,3% (649)
• Non communiqué	0,4% (5)
<b>Langue</b>	
• Néerlandais	52,0% (658)
• Français	47,7% (604)
• Anglais	0,3% (4)
<b>Niveau de formation</b>	
• Enseignement primaire	5,6% (71)
• Enseignement secondaire	22,0% (279)
• Enseignement supérieur (type court)	31,4% (397)
• Enseignement supérieur (type long)	35,8% (453)
• Non spécifié	5,2% (66)
<b>Maladie chronique</b>	
• Oui	44,5% (564)
• Non	50,9% (645)
• Non communiqué	4,5% (57)
<b>Hospitalisation prévue</b>	
• Oui	65,4% (828)
• Non	34,6% (438)
<b>Durée de l'hospitalisation</b>	
• 1 nuit	28,3% (358)
• Entre 2 et 7 nuits	55,0% (696)
• Plus de 7 nuits	16,7% (212)
<b>Raison de l'hospitalisation</b>	
• Infection	9,0% (114)
• Intervention ou opération	60,3% (763)
• Observation	6,0% (76)
• Accident	5,3% (67)
• Grossesse et/ou naissance	4,7% (60)
• Non spécifié	14,7% (186)

Le score moyen de satisfaction est de 8,18, et les scores des items des instruments de mesure sont également relativement élevés. Pour l'outil de mesure détaillé et simplifié, l'impact sur la satisfaction peut être utilisé pour estimer l'importance d'un item. Pour l'instrument de mesure général, cela n'est pas possible car il s'agit d'un instrument de mesure réflexif. Les items de l'instrument de mesure détaillé qui ont des scores plus faibles, tels que « l'attention portée au bien-être des proches » et « l'attention portée à l'information des proches », n'ont pas d'impact significatif sur la satisfaction. Ils sont donc considérés comme moins importants. Les items de l'outil de mesure détaillé qui ont le plus d'impact sur la satisfaction sont « faire quelque chose de plus en tant que soignant », « traiter les gens avec respect » et « établir un lien ». Les scores suivants ont été obtenus pour ces items : 7,56, 8,54 et 7,32, respectivement. Certains items de l'instrument de mesure détaillé n'ont pas d'impact significatif sur la satisfaction et sont indiqués comme « n.s ». Les mêmes résultats sont observés dans l'outil de mesure simplifié : **la connexion et l'information ont le plus grand impact sur la satisfaction.**

### 3.2. Résultats concernant la satisfaction et les six dimensions de l'approche centrée sur la personne : comparaison entre divers groupes de répondant-es

Dans la phase suivante de l'étude, les résultats du questionnaire ont été analysés plus en détail. Au cours des entretiens, différentes caractéristiques des individus sont apparues pour expliquer l'hétérogénéité entre les désirs et les besoins. Sur cette base, différents groupes de répondant-es ont été comparés :

- Les hommes versus les femmes ;
- Les personnes peu ou hautement qualifiées ;
- Les personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes non atteintes de maladies chroniques.

L'instrument de mesure simplifié (six items) a été utilisé pour ces analyses. On a examiné s'il existait des différences significatives dans les scores moyens pour chaque dimension et la variable de résultat (satisfaction) entre les différents groupes. À cette fin, des tests T ont été effectués à l'aide du programme statistique SPSS.

2 L'écart-type donne le degré de dispersion des nombres autour de la moyenne de ces nombres.

**Tableau 3 : Impact des items des instruments de mesure sur la satisfaction**  
(Source : Pipers, 2024)

Items		Statistiques descriptives		
		Score moyen sur 10	Écart-type	Impact sur la satisfaction <sup>3</sup>
<b>Variables de résultats</b>				
Satisfaction		8,18	1,81	
<b>Instrument de mesure détaillé</b>				
Connexion item 1	Faire quelque chose de plus en tant que soignant	7,56	2,54	0,357
Connexion item 2	Traiter les gens avec respect	8,54	1,75	0,409
Connexion item 3	Établir un lien	7,32	2,46	0,362
Famille item 1	Attention au bien-être des proches	6,98	2,70	n.s.
Famille item 2	Attention à l'information des proches	6,78	2,90	n.s.
Information item 1	Informations sur les traitements possibles	8,15	2,05	0,087
Information item 2	Informations sur le séjour à l'hôpital	7,59	2,22	0,085
Information item 3	Informations sur la sortie de l'hôpital	7,23	2,71	0,076
Information item 4	Informations sur le suivi après l'hospitalisation	7,53	2,60	0,076
Information item 5	Informations sur l'impact sur la vie quotidienne	7,43	2,47	0,082
Participation item 1	Décisions sur le traitement	7,61	2,30	n.s.
Participation item 2	Décisions relatives au séjour à l'hôpital	6,96	2,63	n.s.
Participation item 3	Décisions sur la sortie	7,03	2,76	n.s.
Extras item 1	Possibilités de parking	7,40	2,68	0,027
Extras item 2	Repas	7,20	2,36	0,039
Extras item 3	Possibilités de visite	7,73	2,36	0,030
Extras item 4	Mobilier	7,93	1,90	0,043
Extras item 5	Aménagement des espaces	7,86	1,94	0,042
Extras item 6	Possibilités de loisirs	6,06	2,88	0,032
Extras item 7	Ambiance au sein de l'hôpital	7,73	2,01	0,059
Extras item 8	Environnement de l'hôpital	5,80	3,01	0,029
Soutien item 1	Attention à la douleur	8,31	1,87	0,025
Soutien item 2	Attention à l'intimité	7,87	2,29	0,022
Soutien item 3	Attention à la routine quotidienne	7,76	2,21	0,024
Soutien item 4	Attention à l'histoire de vie	6,97	2,71	0,021
Soutien item 5	Attention aux émotions	7,31	2,55	0,023
Soutien item 6	Attention aux besoins spirituels	5,95	3,33	0,014
Soutien item 7	Attention à la collaboration	7,37	2,52	0,023
Soutien item 8	Attention à l'impact sur la vie quotidienne	7,17	2,67	0,023
<b>Instrument de mesure simplifié</b>				
Connexion	Connexion avec les prestataires de soins	8,17	1,91	0,487
Famille	Implication de la famille	7,14	2,70	0,035
Information	Information adaptée	7,84	2,04	0,217
Participation	Implication adaptée	7,61	2,17	0,061
Extras	Prestation de service non-médicale	7,54	2,03	0,075
Soutien	Attention pour moi en tant qu'être humain	7,86	2,12	0,088
<b>Instrument de mesure général</b>				
Item 1	Tenir compte du-de la patient-e en tant que personne	8,23	1,78	
Item 2	Tenir compte des souhaits et des besoins du-de la patient-e	8,04	1,97	

3 Un nombre plus élevé signifie que cet item est plus pertinent pour l'approche centrée sur la personne.

### 3.2.1. Les hommes versus les femmes

Les résultats montrent quelques différences entre les hommes et les femmes. En moyenne, **les hommes indiquent que la relation avec les prestataires de soins, l'implication de leurs proches, la possibilité de participer aux décisions, les extras à l'hôpital et le soutien psycho-socio-émotionnel sont mieux adaptés à leurs souhaits et à leurs besoins que les femmes.** Par ailleurs, les hommes sont en moyenne plus satisfaits de leur hospitalisation que les femmes. Les résultats détaillés sont présentés dans le tableau 4.

### 3.2.2. Niveau de formation

Lorsque l'on compare **en fonction du niveau de formation, il n'y a des différences que pour l'implication de la famille ou des proches.** Les personnes peu qualifiées considèrent que cette dimension est mieux adaptée à leurs souhaits et à leurs besoins en comparaison avec les personnes plus qualifiées (voir Tableau 5).

### 3.2.3. Maladie chronique

Enfin, les personnes atteintes de maladie chronique sont comparées aux personnes sans maladie chronique (voir Tableau 6). Les résultats montrent que les personnes atteintes d'une maladie chronique obtiennent des scores plus faibles sur les dimensions suivantes : connexion avec

Tableau 4 : Résultats tests T, hommes versus femmes, pour la satisfaction et pour les six dimensions de l'approche centrée sur la personne (Source : Pipers, 2024)

Dimensions	Hommes (n=649)		Femmes (n=612)		Valeur P (significatif si < 0,05)
	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type	
Connexion	8,37	1,64	7,96	2,14	<0,001
Famille	7,42	2,57	6,87	2,79	<0,001
Information	7,95	1,87	7,72	2,22	0,050
Participation	7,80	1,96	7,41	2,36	0,001
Extras	7,71	1,88	7,35	2,17	0,001
Soutien	8,07	1,85	7,63	2,36	<0,001
Satisfaction	8,38	1,50	7,98	2,06	<0,001

Tableau 5 : Résultats tests T, personnes peu qualifiées versus hautement qualifiées pour la satisfaction et pour les six dimensions de l'approche centrée sur la personne (Source : Pipers, 2024)

Dimensions	Peu qualifiés (n=350)		Hautement qualifiés (n=710)		Valeur P (significatif si < 0,05)
	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type	
Connexion	8,17	1,97	8,21	1,86	0,757
Famille	7,42	2,49	7,07	2,71	0,039
Information	7,83	2,12	7,89	1,97	0,664
Participation	7,72	2,19	7,61	2,12	0,432
Extras	7,44	2,19	7,57	1,98	0,357
Soutien	7,98	2,09	7,87	2,13	0,757
Satisfaction	8,27	1,91	8,19	1,76	0,499

Tableau 6 : Résultats tests T, personnes ayant une maladie chronique versus sans maladie chronique pour la satisfaction et pour les six dimensions de l'approche centrée sur la personne (Source : Pipers, 2024)

Dimensions	Maladie chronique (n=564)		Pas de maladie chronique (n=645)		Valeur P (significatif si < 0,05)
	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type	
Connexion	8,02	1,96	8,32	1,84	0,005
Famille	6,96	2,80	7,31	2,63	0,027
Information	7,75	2,08	7,96	2,00	0,072
Participation	7,45	2,22	7,78	2,11	0,010
Extras	7,36	2,13	7,75	1,90	0,001
Soutien	7,73	2,16	7,98	2,07	0,040
Satisfaction	8,08	1,90	8,31	1,69	0,026

le ou la prestataire de soins, implication des proches, participation, extras et soutien psycho-socio-émotionnel. On peut donc dire que **les personnes sans maladie chronique perçoivent ces dimensions comme mieux adaptées à leurs souhaits et à leurs besoins que les personnes atteintes d'une maladie chronique**. En outre, les personnes sans maladie chronique obtiennent un score de satisfaction plus élevé que les personnes atteintes d'une maladie chronique.

### 3.3. Résultats des questions ouvertes

À la fin du questionnaire, les répondant-es pouvaient noter un commentaire en texte libre. Ces données ont également été analysées et divisées en catégories. Une classification basée sur le feedback positif ou négatif a d'abord eu lieu, puis les catégories suivantes ont émergé.

- **Approche centrée sur la personne** : répondre aux désirs et aux besoins propres des personnes. Cette catégorie comprend : la connexion avec le-la prestataire de soins, les extras tels que la restauration et le parking, les informations fournies, le soutien psychosocial et émotionnel, l'écoute de la personne et le sentiment d'être ou non un numéro.
- **Approche centrée sur le-la patient-e** : répondre aux souhaits et aux besoins médicaux. Cette catégorie comprend tout ce qui concerne les soins médicaux, les médicaments, la connaissance du dossier et les connaissances médicales.
- **Général** : il s'agit des résultats tels que l'expérience dans l'hôpital, la satisfaction, la gratitude et la confiance.
- **Coordination** : coordonner l'admission à l'hôpital, comme

les temps d'attente pour les appels et le déroulement général pendant le séjour.

- **Pression** : pression vécue à l'hôpital. Les patient-es ont avancé comme cause possible le manque de lits et/ou de personnel. Les sous-catégories suivantes en relèvent : la sortie était prématurée, la pression sur les lits était palpable, le personnel manquait, le personnel était stressé, le personnel avait des contraintes de temps et le fait que le-la patient-e avait principalement des contacts avec des stagiaires.
- **Divers** : cette catégorie comprend des aspects qui ne peuvent être subdivisés dans les catégories précédentes, tels que le fait de partager la chambre avec une autre personne, la disponibilité ou non d'une chambre individuelle, la technologie (comme le guichet d'inscription), les nuisances sonores (dues à la ventilation ou au personnel soignant), l'hygiène et le choix de l'hôpital (souvent basé sur le-la médecin recommandé-e par le-la généraliste). Enfin, certain-es patient-es indiquent qu'ils-elles ressentent de grandes différences entre les hôpitaux, les services et les prestataires de soins.

Les personnes interrogées qui ont donné un avis positif ont cité, entre autres, les bons soins médicaux, l'écoute et les bonnes informations, qui leur ont permis de repenser avec satisfaction et gratitude à leur expérience hospitalière. Voici quelques citations tirées des questions ouvertes avec des commentaires positifs :

*« Un patient très satisfait à tous points de vue, aussi de l'attention reçue et, très important, une bonne explication sur le plan humain, compréhensible en tant que patient, et une oreille attentive. Un grand merci aux médecins et aux infirmiers ».*

« C'est le premier hôpital de ma vie dans lequel j'ai autant confiance. Les médecins prennent le temps de vous écouter et de connaître votre dossier avant de vous recevoir. Je n'ai été dans aucun endroit de l'hôpital (examens et consultations) où les prestataires de soins n'ont pas obtenu un 10 sur 10 de ma part, dans tous les domaines ».

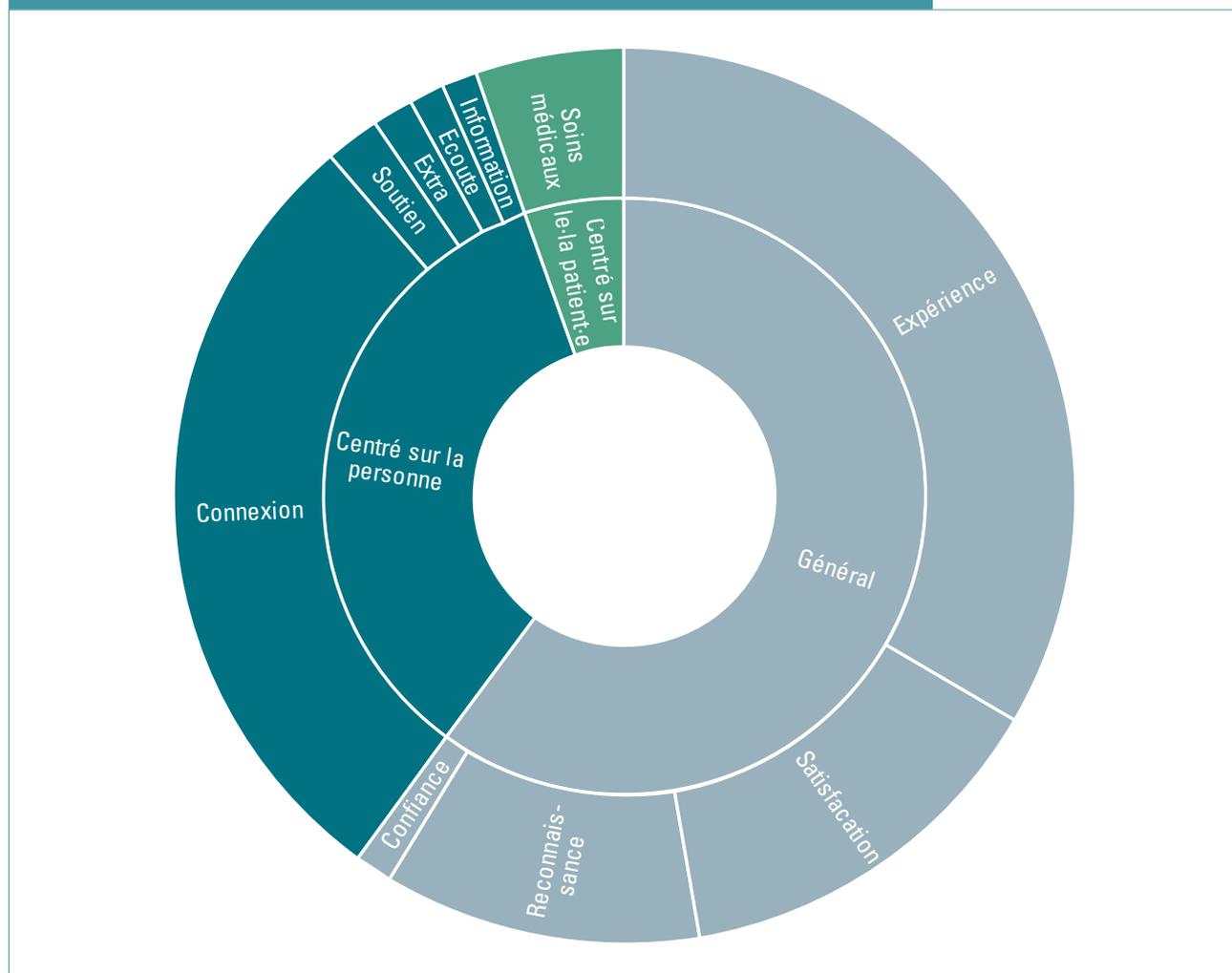
« Très satisfait. Je ne dormais pas bien la nuit, mais les infirmières venaient discuter avec moi ou m'apportaient un bon 'Senseo', meilleur que le café normal. Cela a rendu le séjour plus agréable ».

La figure 4 présente les catégories et sous-catégories qui ressortent de l'analyse du feedback positif. Plus la surface de la zone considérée est grande, plus le feedback sur ce sujet est fréquent.

Les sujets abordés dans les réactions négatives sont plus variés que dans les réactions positives. Ils montrent que les

personnes interrogées manquent particulièrement d'une approche centrée sur la personne, dans laquelle elles sont écoutées, où elles ont la possibilité d'établir un lien avec les prestataires de soins, de bénéficier de soutien suffisant, de recevoir des informations, où il y a de la bonne nourriture et où elles ont l'impression de ne pas être un numéro. En outre, certaines personnes interrogées ont fait mention de soins médicaux de mauvaise qualité, d'erreurs de médication, d'un manque de familiarité avec le dossier ou d'un manque de connaissances parmi les prestataires de soins de santé. Les temps d'attente en cas d'appels et le déroulement du séjour sont également cités comme des points d'amélioration par certain-es répondant-es. Plusieurs personnes interrogées ont également fait état d'une pénurie de personnel et de lits ; elles ont notamment estimé que les sorties étaient prématurées en raison de la forte pression exercée sur les lits. Elles ressentent le manque de personnel, le personnel est stressé et manque de temps, et voient parfois surtout des stagiaires. Enfin, il est mentionné que l'expérience des patient-es peut varier considérablement

Figure 4 : Analyse des réactions positives de la partie des questions ouvertes (Source : Pipers, 2024)



d'un hôpital, d'un service ou d'un-e prestataire de soins à l'autre, que le compagnon ou la compagne de chambre peut parfois décevoir, que la technologie ne fonctionne pas toujours correctement, qu'il y a parfois beaucoup de nuisances sonores provenant du système de ventilation ou des prestataires de soins entre eux-elles, et que l'hygiène laisse parfois à désirer. Certaines personnes interrogées ont indiqué qu'elles ne pouvaient pas choisir l'hôpital car elles choisissaient un-e médecin particulier-ère sur les conseils de leur médecin généraliste.

*« Dans les services, ils ne regardent que les pathologies dans leur domaine, les autres sont ignorées ».*

*« Différentes expériences dans différents services. Dans la maternité, les soins étaient beaucoup plus personnalisés que dans les autres services. En raison de la pression dans plusieurs services, le système d'établissement du plan de médication n'est pas correct, la dose de médicament reçue est au moins six fois trop*

*faible, en raison d'un système inapproprié, ce qui a entraîné des complications supplémentaires ».*

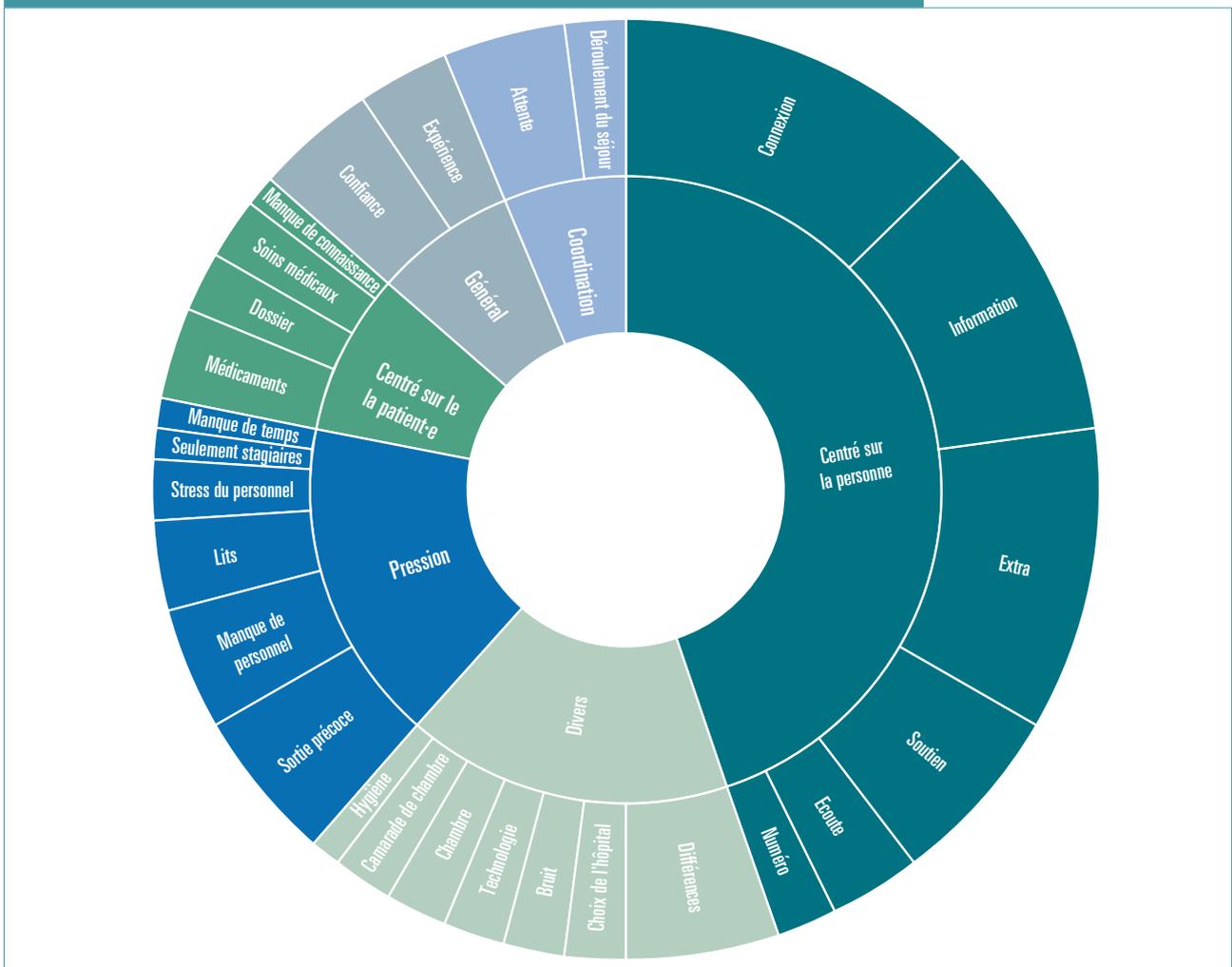
*« J'ai demandé le silence, j'avais une chambre seule, à côté de la pièce du personnel, il était minuit mais ils continuaient de parler ».*

La figure 5 donne une vue d'ensemble de toutes les (sous-) catégories dégagées à partir du feedback négatif.

### 3.4. Discussion des résultats

L'objectif de cette étude est de conceptualiser l'approche centrée sur la personne, de développer des instruments de mesure de cette approche dans les hôpitaux et de valider ces instruments de mesure auprès de personnes récemment hospitalisées. Cette partie présente brièvement les principaux résultats. Dans la littérature, il n'y a pas encore

Figure 5 : Analyse des réactions négatives de la partie des questions ouvertes (Source : Pipers, 2024)



d'uniformité sur les différentes dimensions de l'approche centrée sur la personne (Byrne et al., 2020). Par exemple, Picker (2023) inclut l'environnement physique et l'implication de la famille dans les dimensions de l'approche centrée sur la personne, tandis que Håkansson Eklund et al. (2019) n'incluent pas ces dimensions. Cette étude montre les dimensions concrètes sur lesquelles les personnes peuvent avoir des désirs et des besoins différents.

En outre, cette étude montre la grande disparité entre les différents souhaits et besoins. Les études précédentes négligent largement les différences entre les individus lorsqu'elles décrivent les dimensions de l'approche centrée sur la personne et supposent, par exemple, que tous les patient-es souhaitent une relation étroite avec leur prestataire de soins de santé (Coyne et al., 2018 ; van der Cingel et al., 2016) ou préfèrent une prise de décision partagée (Edvardsson et al., 2017 ; El-Alti et al., 2019).

À ce jour, il existe déjà des instruments de mesure de l'approche centrée sur la personne, tels que le *Patient-Centred Inpatient Scale* (P-CIS ; Davis et al., 2008), mais ils ne prennent pas suffisamment en compte les différences de souhaits et de besoins entre les individus. Par exemple, l'un des points de ce P-CIS est le suivant : « Au moment de mon départ, j'ai eu l'impression que les membres du personnel étaient mes amis et pas seulement des employés ». Cependant, l'étude dont il est question ici montre que tout le monde ne souhaite pas avoir une relation proche avec les prestataires de soins.

L'analyse des questionnaires recueillis auprès d'un échantillon de membres MC montre un score de satisfaction relativement élevé (8,18). Ce score élevé est conforme au baromètre hospitalier réalisé par Hospitals.be, où 93% des personnes interrogées se sont déclarées satisfaites à très satisfaites (Stoefs, 2023).

Il est important de noter que les instruments de mesure développés ne reflètent que la mesure dans laquelle les désirs et les besoins des personnes ont été satisfaits, mais - le cas échéant - ne donnent pas d'indications supplémentaires sur le sens dans lequel les désirs et les besoins n'ont pas été satisfaits. En d'autres termes, les instruments de mesure n'indiquent pas si les patient-es souhaitent plus ou moins d'informations, par exemple. Toutefois, il est important de garder à l'esprit que le degré de l'approche centrée sur la personne est mesuré et qu'il n'existe donc

pas de réponse toute faite pour chaque personne. Il est important d'entamer un dialogue avec la personne concernée et de découvrir quels sont ses souhaits et ses besoins particuliers. L'objectif n'est donc pas de fournir plus d'informations à tout le monde lorsque le score d'information est faible, mais plutôt d'envisager des moyens de mieux adapter l'information aux souhaits et aux besoins particuliers des personnes. Par conséquent, cela peut également signifier qu'il faut parfois donner moins d'informations.

### 3.5. Limites de la méthodologie

Comme toute étude, cette étude a des limites. Premièrement, seul-es des participant-es néerlandophones ont été interrogé-es dans le cadre de l'étude qualitative. Il est possible que les différences culturelles entre les néerlandophones et les francophones n'aient de ce fait pas été prises en compte. L'analyse de la littérature a tenté d'y répondre autant que possible en incluant la littérature scientifique dans l'étude afin d'obtenir une image plus large des souhaits et des besoins des personnes admises à l'hôpital.

En outre, l'étude qualitative a interrogé davantage de femmes que d'hommes, ce qui peut avoir un impact sur les résultats. Des recherches complémentaires sur les différences éventuelles entre les désirs et les besoins des hommes et des femmes peuvent contribuer à améliorer la compréhension.

Dans le questionnaire, il n'y avait pas la possibilité d'indiquer « pas d'application », ceci en raison de l'objectif de validation du questionnaire. Dans la question ouverte, certain-es répondant-es ont indiqué que cette option de réponse leur manquait. Il est recommandé de proposer cette option lors de l'utilisation future du questionnaire.

La question ouverte a révélé des éléments intéressants qui peuvent aider les hôpitaux à être davantage centrés sur la personne. Cette question a permis de mieux cerner les points forts et les domaines d'amélioration de l'hôpital ou du service. À l'avenir, il serait intéressant d'ajouter deux questions ouvertes : l'une afin que les répondant-es puissent indiquer ce qui est très bien à l'hôpital, l'autre afin de pouvoir indiquer ce qui pourrait être amélioré (un conseil). Cette analyse pourrait être effectuée automatiquement à l'aide d'une analyse de sentiment (*sentiment analysis*) et de l'analyse de texte basée sur le *machine learning*.

### 3.6. Enquête future

À l'avenir, il sera intéressant d'adapter les instruments de mesure à différents contextes. Ainsi, un projet sera bientôt lancé au sein de l'UHasselt pour développer ces instruments de mesure pour les centres de rééducation. En outre, d'autres contextes peuvent également être explorés, tels que les soins aux personnes âgées ou les soins de santé mentale. Il serait également opportun de tester les questionnaires dans d'autres pays afin de pouvoir comparer les résultats entre eux.

## Conclusion

Sur base de cette étude, l'approche centrée sur la personne peut être définie comme une approche holistique de la personne visant à améliorer le bien-être individuel en répondant aux désirs et aux besoins propres de l'individu. Ces souhaits et besoins peuvent différer d'une personne à l'autre selon six dimensions : (1) la connexion avec le-la prestataire de soins, (2) l'implication de la famille, (3) la réception d'informations, (4) la participation à la prestation de services médicaux, (5) l'attention portée aux extras et (6) le soutien psychosocial et émotionnel.

À partir de la définition ci-dessus, trois instruments de mesure ont été élaborés pour mesurer l'approche centrée sur la personne dans les hôpitaux : un instrument de mesure détaillé comprenant 29 items, un instrument de mesure simplifié comprenant 6 items et un instrument de mesure

général comprenant 2 items. En fonction de l'objectif de la mesure, un établissement de soins de santé peut choisir l'un ou l'autre instrument de mesure. En outre, il est possible de combiner différents instruments de mesure.

Une enquête menée auprès des membres de la MC montre que la connexion avec le ou la prestataire de soins de santé obtient un score élevé de la part des répondant-es. En d'autres termes, le lien avec le ou la prestataire de soins est déjà bien adapté aux besoins et aux souhaits des personnes. Les items de cette dimension semblent avoir un impact important sur la satisfaction. En outre, l'information a également un impact évident sur la satisfaction. Une conclusion similaire peut également être tirée des résultats de l'instrument de mesure simplifié.

En tant qu'hôpital, il est important d'être à l'écoute et d'identifier - à l'aide d'un outil de mesure ou de groupes focus, par exemple - les souhaits et les besoins des patient-es afin d'y répondre. Les points suivants peuvent aider les hôpitaux à être davantage centrés sur la personne.

- **Des personnes différentes ont des besoins différents** : alors que pour une personne beaucoup d'informations sont importantes, une autre personne peut ne vouloir que les informations strictement nécessaires.
- **Mesurer, c'est savoir** : en mesurant l'approche centrée sur la personne dans les hôpitaux, on peut mieux identifier les points forts et les domaines à améliorer.
- Les **données quantitatives et qualitatives peuvent aider** à analyser ces points forts et les points d'amélioration.
- **Inclure des perspectives multiples** : la perspective du-de la patient-e, de sa famille ou de ses proches, des prestataires de soins de santé, des parties prenantes externes (telles que les prestataires de soins de première ligne), etc.

Il est à espérer que l'importance de l'approche centrée sur la personne pourra être davantage démontrée à l'avenir afin que le mouvement des soins centrés sur la maladie vers les soins centrés sur la personne puisse se poursuivre.

## Bibliographie

- Byrne, A.-L., Baldwin, A., & Harvey, C. (2020). Whose centre is it anyway? Defining person-centred care in nursing: An integrative review. *PLOS ONE*, *15*(3), e0229923.
- Chang, H., Gil, C., Kim, H., & Bea, H. (2020). Person-Centered Care, Job Stress, and Quality of Life Among Long-Term Care Nursing Staff. *Journal of Nursing Research*, *28*(5), e114.
- Choi, I., Kim, D. E., & Yoon, J. Y. (2021). Person-Centered Care Environment Associated with Care Staff Outcomes in Long-Term Care Facilities. *Journal of Nursing Research*, *29*(1), e133.
- Connelly, C., Jarvie, L., Daniel, M., Monachello, E., Quasim, T., Dunn, L., & McPeake, J. (2020). Understanding what matters to patients in critical care: An exploratory evaluation. *Nursing in Critical Care*, *25*(4), 214–220.
- Coyne, I., Holmström, I., & Söderbäck, M. (2018). Centeredness in Healthcare: A concept Synthesis of Family-centered Care, Person-centered Care and Child-centered Care. *Journal of Pediatric Nursing*, *42*, 45–56.
- Curran, P. (2016). Methods for the detection of carelessly invalid responses in survey data. *Journal of Experimental Social Psychology*, *66*, 4–19.
- Davis, S., Byers, S., & Walsh, F. (2008). Measuring person-centred care in a sub-acute health care setting. *Australian Health Review*, *32*(3), 496–504.
- Diamantopoulos, A., & Winklhofer, H. (2001). Index construction with formative indicators: An alternative to scale development. *Journal of Marketing Research*, *38*(2), 269–277.
- Edvardsson, D., Watt, E., & Pearce, F. (2017). Patient experiences of caring and person-centeredness are associated with perceived nursing care quality. *Journal of Advanced Nursing*, *73*(1), 217–227.
- El-Alti, L., Sandman, L., & Munthe, C. (2019). Person Centered Care and Personalized Medicine: Irreconcilable Opposites or Potential Companions? *Health Care Analysis*, *27*(1), 45–59.
- Ellins, J., & Glasby, J. (2016). “You don’t know what you are saying ‘Yes’ and what you are saying ‘No’ to”: Hospital experiences of older people from minority ethnic communities. *Ageing and Society*, *36*(1), 42–63.
- Erwin, J., Chance-Larsen, K., Backhouse, M., & Woolf, A. D. (2020). Exploring what patients with musculoskeletal conditions want from first point-of-contact health practitioners. *Rheumatology Advances in Practice*, *4*(1), rkz048.
- Fridberg, H., Wallin, L., & Tistad, M. (2021). The innovation characteristics of person-centred care as perceived by healthcare professionals: An interview study employing a deductive-inductive content analysis guided by the consolidated framework for implementation research. *BMC Health Services Research*, *21*(1), 904.
- Gioia, D. A., Corley, K. G., & Hamilton, A. L. (2013). Seeking qualitative rigor in inductive research: Notes on the Gioia methodology. *Organizational research methods*, *16*(1), 15–31.
- Giusti, A., Nkhoma, K., Petrus, R., Petersen, I., Gwyther, L., Farrant, L., . . . Harding, R. (2020). The empirical evidence underpinning the concept and practice of person-centred care for serious illness: A systematic review. *BMJ Global Health*, *5*(12), e003330.
- Håkansson Eklund, J., Holmström, I. K., Kumlin, T., Kaminsky, E., Skoglund, K., Högländer, J., . . . Summer Merianus, M. (2019). “Same same or different?” A review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Patient Education and Counseling*, *102*(1), 3–11.
- Hunter-Jones, P., Line, N., Zhang, J. J., Malthouse, E. C., Witell, L., & Hollis, B. (2020). Visioning a hospitality-oriented patient experience (HOPE) framework in health care. *Journal of Service Management*, *31*(5), 869–888.
- Jakobsson, S., Eliasson, B., Andersson, E., Johannsson, G., Ringström, G., Simrén, M., & Jakobsson Ung, E. (2019). Person-centred inpatient care—A quasi-experimental study in an internal medicine context. *Journal of Advanced Nursing*, *75*(8), 1678–1689.
- Martinez, T., Postigo, A., Cuesta, M., & Muñiz, J. (2021). Person-Centred Care for older people: Convergence and assessment of users’ relatives’ and staff’s perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, *77*(6), 2916–2927.
- Österlind, J., & Henoch, I. (2021). The 6S-model for person-centred palliative care: A theoretical framework. *Nursing Philosophy*, *22*(2).
- Picker (2023). *The Picker Principles of Person Centred Care*. Disponible sur <https://picker.org/who-we-are/the-picker-principles-of-person-centred-care/>
- Pipers, E. (2024). *Beyond patient charts : navigating the path to person centricity from a healthcare and service management perspective*. Hasselt University; Ghent University. Faculty of Economics and Business Administration, Hasselt: Faculty of Business Economics.
- Stoefs, J. (2023). *Ziekenhuisbarometer : Is de belg tevreden over zijn ziekenhuizen?* Disponible sur <https://hospitals.be/nl/belgian-satisfaction-hospitals/>
- Van Der Cingel, M., Brandsma, L., Van Dam, M., Van Dorst, M., Verkaart, C., & Van Der Velde, C. (2016). Concepts of person-centred care: A framework analysis of five studies in daily care practices. *International Practice Development Journal*, *6*(2), 1–17.
- VIVEL. (2023, 11 14). *Quintuple Aim – het kompas van VIVEL*. Disponible sur <https://www.vivel.be/over-vivel/quintuple-aim/>

L'outil de mesure détaillé et l'outil de mesure simplifié sont tous les deux des échelles **formatives**, tandis que l'outil de mesure général est une échelle **réflective**.

Dans un outil de mesure **formative**, un concept est mesuré à l'aide de différents éléments constitutifs. Notre étude a révélé que l'approche centrée sur la personne se compose de six dimensions (voir Tableau 1). Ces dimensions ne sont pas nécessairement liées entre elles. Par exemple, il peut y avoir un score élevé pour l'information et un score faible pour l'implication des proches. Ensemble, les différentes dimensions constituent l'approche centrée sur la personne, c'est pourquoi nous parlons d'un instrument de mesure formative. Par exemple, si la qualité du service est mesurée de manière formative, les items suivants peuvent être mesurés : amabilité, connaissance, fiabilité, etc. Ces items peuvent être distincts, un membre du personnel peut être très sympathique, mais ses connaissances peuvent être très faibles. L'ensemble des items forme le concept de qualité de service, c'est pourquoi on parle d'échelle formative.

Un instrument de mesure **réflective** ne porte pas sur des items qui peuvent être vus séparément les uns des autres, mais sur des items qui sont en relation les uns avec les autres. Plus le score obtenu pour l'approche centrée sur la personne est élevé, plus le score obtenu pour les différents items sera élevé. La différence entre les échelles formatives et les échelles réflectives crée un mode de validation différent. Ainsi, dans une échelle réflective, les items sont fortement liés les uns aux autres : si le score d'un item est plus élevé, le score de l'autre item sera également plus élevé. Cela n'est pas souhaitable dans le cas d'une échelle formative. Dans ce cas, les questions doivent être indépendantes les unes des autres et un score élevé pour une question n'entraîne pas nécessairement un score élevé pour une autre question. Si, par exemple, la qualité du service est mesurée de manière réflective, on peut demander aux patient-es dans quelle mesure ils-elles perçoivent le service comme étant de qualité, de haute qualité, etc. Chaque item signifie à peu près la même chose et reflète le concept sous-jacent. C'est pourquoi on parle d'échelle réflective.

Pour valider les questionnaires, plusieurs tests ont été effectués :

- calcul des scores VIF ;
- analyse de la redondance ;
- validité du critère.

Tout d'abord, on examine la multicollinéarité, c'est-à-dire le phénomène selon lequel les items d'une échelle sont fortement corrélés les uns aux autres. Lorsque ces items sont fortement corrélés, cela peut poser des problèmes dans l'analyse. Il peut devenir difficile de distinguer la contribution de chaque item au concept parce que les items se chevauchent dans leur influence sur la variable latente<sup>4</sup>. En conséquence, le modèle (comme le montre la figure 3) peut être estimé de manière imprécise et conduire à des conclusions peu fiables. La multicollinéarité est calculée à l'aide des scores VIF.

En outre, une analyse de redondance est effectuée pour évaluer la relation entre deux modèles. Cette analyse mesure la relation entre l'outil de mesure détaillé et l'outil de mesure général et la relation entre l'outil de mesure simplifié et l'outil de mesure général. Cette analyse est nécessaire pour vérifier la validité du contenu de l'instrument de mesure détaillé et simplifié, car elle permet de comprendre dans quelle mesure une échelle explique la variation d'une autre.

Enfin, la validité du critère est testée pour évaluer dans quelle mesure les instruments de mesure peuvent expliquer la variation de la satisfaction. En effet, la littérature montre qu'il existe une relation entre l'approche centrée sur la personne et la satisfaction.

Dans les analyses comparatives entre les groupes (selon le sexe, le niveau de formation et le fait d'avoir ou non une maladie chronique), la valeur p a été interprétée. Il s'agit d'une mesure statistique utilisée pour évaluer la probabilité que les résultats observés d'une étude aient été obtenus par pur hasard. Une petite valeur p ( $< 0,05$ ) indique que c'est significatif et suggère que les résultats observés ne sont probablement pas purement fortuits, tandis qu'une grande valeur p ( $\geq 0,05$ ) indique une non-significativité et suggère que les résultats sont cohérents avec le hasard ou qu'il n'y a pas suffisamment de preuves pour démontrer un effet.

4 La variable latente est la variable qui n'est pas mesurée directement. Dans l'instrument de mesure détaillé, l'approche centrée sur la personne et les six dimensions sont les variables latentes. Celles-ci ne sont pas mesurées directement, les six dimensions sont mesurées à l'aide d'un certain nombre d'items et l'approche centrée sur la personne est mesurée à l'aide des six dimensions. Dans l'instrument de mesure simplifié, seule l'approche centrée sur la personne est la variable latente, mesurée à l'aide de six items.