



**HAL**  
open science

# L'analyse lexicale au service de l'évaluation d'un dispositif d'accompagnement socio-sanitaire à destination de personnes vivant avec une schizophrénie

Marie Hindenoch, Milena Kostova, Christine Passerieux, Isabel Urdapilleta

## ► To cite this version:

Marie Hindenoch, Milena Kostova, Christine Passerieux, Isabel Urdapilleta. L'analyse lexicale au service de l'évaluation d'un dispositif d'accompagnement socio-sanitaire à destination de personnes vivant avec une schizophrénie. *L'Évolution Psychiatrique*, 2022, 87 (2), pp.287-301. 10.1016/j.evopsy.2022.02.002 . hal-03775068

**HAL Id: hal-03775068**

**<https://hal.science/hal-03775068>**

Submitted on 22 Jul 2024

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

**L'analyse lexicale au service de l'évaluation d'un dispositif d'accompagnement socio-sanitaire à destination de personnes vivant avec une schizophrénie**  
*Lexical Analysis for the Evaluation of a Social Health Support Program for People Living with Schizophrenia*

Marie Hindenoch<sup>1\*</sup>, Milena Kostova<sup>1</sup>, Christine Passerieux<sup>2</sup> et Isabel Urdapilleta<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Laboratoire Paragraphe (UR 349) – Université Paris 8 Vincennes-Saint-Denis, 2 rue de la Liberté, 93 526 Saint-Denis France

<sup>2</sup> Université Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines Paris-Saclay, Inserm UMR 1018, CESP, "DevPsy", 94807 Villejuif, et Service de psychiatrie et d'addictologie, Centre Hospitalier de Versailles, France

<sup>3</sup> Laboratoire Cognition humaine et artificielle - CHArt (UR 4004) – Université Paris 8 Vincennes-Saint-Denis, 2 rue de la Liberté, 93 526 Saint-Denis, France

\*Auteur correspondant : Marie Hindenoch,  
Email : [marie.hindenoch@gmail.com](mailto:marie.hindenoch@gmail.com)

**ORCID iD**

Marie Hindenoch  <https://orcid.org/0000-0003-0184-2691>

Milena Kostova  <https://orcid.org/0000-0003-4996-6597>

Christine Passerieux  <https://orcid.org/0000-0003-4130-1590>

Isabel Urdapilleta  <https://orcid.org/0000-0002-4239-1455>

Toute référence à cet article doit porter mention : Hindenoch M, Kostova M , Passerieux C, Urdapilleta I. L'analyse lexicale au service de l'évaluation d'un dispositif d'accompagnement socio-sanitaire à destination de personnes vivant avec une schizophrénie. *Evol psychiatr* 2022 ; 87 (2) : pages (pour la version papier) ou URL [date de consultation] (pour la version électronique).

## 1 Introduction

L'analyse qualitative, après avoir longtemps été critiquée pour son présumé manque de scientificité, a retrouvé ces dernières années toute sa pertinence pour compléter les données issues des approches quantitatives en sciences humaines et sociales. En effet, les méthodes qualitatives relèvent tout autant d'une démarche scientifique que les méthodes quantitatives [1] ; elles possèdent leurs propres critères de validité [2, 3] et permettent d'observer des réalités complexes et difficilement mesurables [4]. Les méthodes qualitatives peuvent être appliquées à différents aspects de la réalité sociale, culturelle et psychologique [5]. En cela, elles apparaissent particulièrement appropriées pour évaluer finement les dispositifs de soins [6]. Ainsi, plusieurs études visant à évaluer l'expérience d'utilisateurs vis-à-vis de leur traitement ou de leur service de santé mentale ont recueilli davantage d'informations grâce à une analyse de contenu réalisée à partir de questions ouvertes qu'au moyen d'évaluations quantitatives standardisées. Il a été montré que les méthodes qualitatives étaient en mesure de fournir les informations nécessaires pour savoir à quoi fait référence le niveau de satisfaction exprimé dans un questionnaire structuré, le concept de satisfaction étant trop limité pour rendre compte des réactions des utilisateurs à leur expérience de soins [7]. De même, l'analyse qualitative est apparue plus efficace que l'analyse quantitative pour récolter les expressions d'insatisfaction des utilisateurs vis-à-vis d'un service psychiatrique ambulatoire : la démarche qualitative permet, en effet, de cibler les préoccupations des utilisateurs vis-à-vis des soins et services qu'ils reçoivent et de développer les aspects de leurs opinions qui ne sont pas explorés par des questionnaires standardisés [8]. Plus récemment, une analyse qualitative par une approche phénoménologique a mis en évidence cinq dimensions essentielles à la continuité des soins du point de vue d'utilisateurs d'un centre communautaire de santé mentale. Cette démarche inductive a permis de révéler un décalage entre l'expérience de soins des utilisateurs et la pratique effective [9].

Il existe deux grands types de procédures d'analyse qualitative, reposant sur des processus distincts : les procédures manuelles et les procédures automatisées. Si les techniques manuelles telles que l'analyse thématique et l'analyse interprétative phénoménologique permettent d'accéder d'emblée au sens produit par les individus à propos d'un phénomène par un travail de catégorisation [10], l'utilisation d'un logiciel d'analyse lexicale tel que le logiciel Alceste offre une réelle valeur ajoutée [11]. L'avantage de cette méthode tient en ce qu'elle se base sur des calculs statistiques prenant en compte uniquement la distribution du vocabulaire sans autre considération pour la classification d'un corpus.

Comme l'analyste seul pourrait être tenté de rendre saillantes des parties du corpus pour des raisons totalement personnelles et arbitraires, le logiciel Alceste permet ainsi d'éliminer le biais de subjectivité de l'analyste dans la classification de son corpus. En effet, il ne décide pas quelle partie du texte est différente ou similaire aux autres [12], puisque le logiciel ne fait que regrouper, dans des classes distinctes, les phrases qui contiennent des mots en commun.

## **2 Objectif**

Cet article vise à illustrer l'intérêt d'utiliser la méthode d'analyse lexicale Alceste dans le cadre de l'évaluation d'un dispositif de promotion de la santé. Nous nous appuyerons sur l'analyse d'une série d'entretiens menée auprès de professionnels, d'usagers et d'aidants familiaux au sujet d'un dispositif d'accompagnement socio-sanitaire favorisant le rétablissement de personnes vivant avec une schizophrénie.

## **3 PASSVers, un dispositif d'accompagnement vers le rétablissement**

Le programme PASSVers, (pour Parcours Socio-Sanitaire Vers le Rétablissement) mis en place au CMP Eugen Bleuler de Versailles en 2017, vise à soutenir le rétablissement des personnes vivant avec une schizophrénie par leur implication dans les décisions les concernant. Il a également pour but de faire évoluer les pratiques professionnelles vers des pratiques orientées rétablissement. Ce programme s'inspire directement du *Ressource Group Assertive Community Treatment (RACT)*, qui propose une réponse globale aux besoins de la personne concernée en s'appuyant sur un suivi de type *case-management* assuré par une équipe socio-sanitaire [13]. Il a été observé une efficacité significative du RACT sur la réduction des symptômes et l'amélioration du bien-être et du fonctionnement des personnes accompagnées [14]. Dans le cadre du programme PASSVers, une équipe constituée d'un binôme infirmier et travailleur social travaille avec l'usager et son entourage autour du projet personnel de l'usager. L'ensemble des membres de l'équipe se mobilise pour apporter une aide concrète à la réalisation de ce projet et au dépassement des éventuels obstacles. Au moment de l'étude que nous avons réalisée, 78 des 176 usagers de la file active du CMP ayant reçu un diagnostic de trouble schizophrénique avaient été inclus dans le dispositif PASSVers.

## **4 Méthode**

#### 4.1 Échantillon

L'échantillon des professionnels était composé de 8 infirmières (8 femmes) et de 3 travailleurs sociaux (2 femmes et 1 homme), soit la totalité des professionnels impliqués dans PASSVers. Parmi les infirmières, deux étaient détachées du CMP sur le programme, les six autres partageaient leur temps de travail entre les accompagnements PASSVers et les suivis classiques au CMP. Les trois travailleurs sociaux qui ont participé aux entretiens étaient mis à disposition par leur structure d'origine (Centre Communal d'Action Sociale de Versailles, Œuvre Falret et Conseil Départemental des Yvelines) pour consacrer la totalité de leur temps de travail au dispositif PASSVers au CMP. L'âge des professionnels était compris entre 34 et 59 ans ( $M = 44.36$  ;  $SD = 9.04$ ).

Parmi les 78 usagers inclus dans PASSVers entre 2017 et 2018, 25 ont été sollicités par l'équipe soignante du CMP pour participer à cette étude. Les critères d'inclusion étaient les suivants : une durée de suivi comprise entre 12 et 20 mois environ et une stabilité symptomatique suffisante pour pouvoir être en mesure de participer à un entretien. Toutefois, sur les 25 usagers ayant participé aux entretiens, quatre d'entre eux ont été exclus de l'échantillon du fait de la désorganisation de leur discours, rendant les données inexploitable. Le groupe des usagers était ainsi composé de 21 personnes (8 femmes et 13 hommes) incluses dans PASSVers depuis 11 à 21 mois ( $M = 16.76$  ;  $SD = 2.82$ ). Les usagers étaient âgés de 22 à 66 ans ( $M = 41.86$  ;  $SD = 10.60$ ) et la durée des troubles était comprise entre 2 et 33 ans au moment de l'inclusion dans le dispositif ( $M = 14.78$  ;  $SD = 9.08$ ).

Le groupe des familles était composé de 6 personnes (4 femmes et 2 hommes), à savoir deux sœurs, un frère, une mère et un couple de parents. Nous avons réalisé 5 entretiens dont un mené avec les deux parents d'un usager. Le contexte de la crise sanitaire a par la suite interrompu le processus de recrutement des proches. L'âge des personnes interrogées était compris entre 43 et 72 ans ( $M = 59.67$  ;  $SD = 12.44$ ). Les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participants sont présentées dans le Tableau 1.

Tous les participants ont donné leur consentement éclairé et l'étude était encadrée par le CPP Sud-Ouest et Outre-Mer (10 avril 2018) (N° ID RCB 2017-A03529-44).

(Tableau 1)

#### 4.2 Procédure

Tous les entretiens ont été réalisés au CMP Eugen Bleuler en face à face, enregistrés et retranscrits intégralement avec l'accord des participants. Chaque participant a été interrogé par un psychologue qui ne faisait pas partie de l'équipe de soins (un des auteurs). Un guide d'entretien construit autour de 10 thèmes leur était proposé : la description du parcours de vie pour les usagers et les familles et du parcours professionnel pour les professionnels ; la description du dispositif PASSVers ; la motivation à participer au programme ; les relations d'équipe ; la question de la prise de décision ; la mise en place du projet personnel ; le changement de regard par rapport à la maladie, dans le rapport aux soins, aux professionnels de santé et à l'entourage ; l'estime de soi et l'autonomie ; l'implication des usagers dans le soin et les activités et, enfin, l'évaluation du programme et les suggestions d'amélioration.

L'ensemble des entretiens a été réalisé entre juin 2019 et janvier 2020. La durée des entretiens était comprise entre 33 et 86 minutes ( $M = 57,81$  ;  $SD = 14,16$ ) pour les professionnels, entre 23 et 76 minutes ( $M = 44,14$  ;  $SD = 13,81$ ) pour les usagers et entre 47 et 89 minutes ( $M = 69$  ;  $SD = 17,25$ ) pour les familles. L'ensemble de la transcription comptait 352 pages et 220526 mots. La transcription était répartie de la façon suivante : 118 pages et 85878 mots pour les professionnels (soit 38,94% du corpus) ; 150 pages et 86855 mots pour les usagers (soit 39,39% du corpus) ; 84 pages et 47793 mots pour les familles (soit 21,67% du corpus).

#### *4.3 Analyse des données*

Alceste est un logiciel d'analyse textuelle dont l'objectif principal est de décrire, classer et synthétiser un corpus de texte. Cette méthode permet de prendre en compte des variables catégorielles, afin de catégoriser les classes de discours extraites par le logiciel. La méthode Alceste a été utilisée dans plusieurs publications scientifiques en psychiatrie : pour analyser les discours de personnes vivant avec une schizophrénie [15, 16], pour examiner la mémoire épisodique chez des personnes atteintes de troubles du spectre autistique [17], et pour évaluer la santé mentale d'adolescents après une chirurgie bariatrique [18]. Le logiciel a également été employé pour analyser le discours de militaires français souffrant de troubles de stress post-traumatique et ainsi illustrer le Syndrome Psycholinguistique Traumatique [19].

#### *4.4 Codage préliminaire des corpus*

L'analyse était précédée d'une étape de codage des corpus. Un certain nombre de variables ont préalablement été définies par les chercheurs. Pour les professionnels, les variables en question étaient le métier (infirmier ou travailleur social) et le statut des infirmiers (détachés sur PASSVers ou partageant leur temps de travail entre PASSVers et les suivis classiques du CMP). Pour les usagers, les variables définies étaient l'âge (par tranches de 10 ans), la durée des troubles (moins de 5 ans ou plus de 5 ans) et le sexe. Pour les trois corpus, une autre variable était le thème abordé lors de l'entretien (seule variable définie pour le corpus des familles). Au moment du codage du corpus des usagers et des familles, deux thèmes supplémentaires à ceux de la grille d'entretien ont été ajoutés. Il s'agissait des relations avec l'entourage et de la projection dans l'avenir, car ces thématiques étaient récurrentes dans le discours des personnes.

Le biais de subjectivité pour chacun des corpus a été réduit par un double codage effectué par deux psychologues. La concordance inter-juges, établie par le calcul de l'indice Kappa de Cohen [20], a été estimée à un niveau élevé pour chacun des corpus [21], attestant de la fiabilité de la méthode de codage (corpus des professionnels :  $\kappa = .75$  ; corpus des usagers :  $\kappa = .65$  ; corpus des familles :  $\kappa = .66$ ).

#### *4.5 Les étapes de l'analyse Alceste*

La première étape d'analyse réalisée par le logiciel Alceste est celle de la lemmatisation, c'est-à-dire que le logiciel va constituer un dictionnaire du vocabulaire du corpus avant de regrouper toutes les formes conjuguées des verbes sous leur forme à l'infinitif et tous les mots au pluriel sous leur forme au singulier, constituant ainsi une liste de formes réduites.

La deuxième étape est une étape de classification descendante hiérarchique. C'est lors de cette procédure que le corpus est découpé en unités de contexte élémentaires (UCE), i.e. en segments de texte d'une longueur de 10 à 20 mots environ. Le logiciel propose ensuite de regrouper les UCE qui contiennent des mots en commun pour former des classes de discours. Chaque classe est donc caractérisée par un vocabulaire spécifique. Le corpus est d'abord séparé en deux classes, chaque classe étant composée d'un ensemble de mots formant un « monde lexical » particulier [22], puis la classification connaît encore plusieurs niveaux d'itération jusqu'à une classification terminale pouvant compter jusqu'à 12 classes.

La troisième étape correspond à la description des classes obtenues, avec les formes réduites et les variables caractéristiques de chaque classe, ordonnées par fréquence d'occurrence et  $\chi^2$  d'association. Les formes réduites et les variables (définies lors de l'étape préliminaire de codage du corpus) aux  $\chi^2$  les plus importants sont les plus représentatives de leur classe.

Enfin, la quatrième étape opère des calculs complémentaires pour constituer notamment les classifications ascendantes hiérarchiques pour chacune des classes : le programme calcule les cooccurrences, c'est-à-dire la force des liens qui existent entre les mots de chaque classe.

Il revient en dernier lieu à l'analyste d'étudier le contexte d'apparition des mots dans le corpus pour interpréter correctement les données.

#### *4.6 Détermination du seuil de significativité des formes réduites et des variables*

Seules les formes réduites et les variables les plus fortement associées à chaque classe ont été retenues dans cette analyse car ce sont celles qui discriminent le mieux chacune des classes les unes par rapport aux autres. Pour déterminer un seuil, nous nous sommes basés sur les graphes d'évolution des valeurs de  $\chi^2$  en fonction des formes réduites et des variables appartenant à chaque classe (Figures 1 et 2) [18]. Nous avons retenu les 8 formes réduites et les 5 variables aux  $\chi^2$  les plus élevés pour chaque classe du corpus, au-delà desquelles nous avons considéré les valeurs de  $\chi^2$  comme n'évoluant que très faiblement, bien que ces valeurs restent statistiquement significatives à  $p < .05$  jusqu'à  $\chi^2(1) = 3.84$ .

( Figure 1) (Figure 2)

## **5 Résultats**

L'analyse combinée des 3 corpus d'entretiens correspondant aux trois populations interrogées (professionnels, usagers et familles) a permis de dégager trois classes de discours et 4320 UCE ont été classées par Alceste, soit 84% du nombre total d'UCE. L'arbre de classification descendante hiérarchique ou dendrogramme est présenté dans la Figure 3.

(Figure 3)

### *5.1 Description des classes*



Les classes sont présentées par ordre d'importance quantitative, c'est-à-dire de la classe qui contient le plus grand nombre d'UCE du corpus à la classe qui en contient le moins.

### *5.1.1 Classe 1*

La classe 1 comprend 2764 UCE soit 63,98% des UCE classées. Dans cette classe, la population des professionnels (\*Pop\_1) incluant les infirmières et les travailleurs sociaux (\*infirm\_c, \*metier\_1 et \*metier\_2) ainsi que le thème de l'évaluation du dispositif (\*theme\_10) sont surreprésentés. Cette classe a un rôle majeur dans l'analyse puisqu'elle représente près de deux tiers de l'ensemble du discours. Les principales formes réduites de cette classe sont, par ordre décroissant des valeurs de  $\chi^2$  : patient, social, PASSVers, travail+, projet, accompagnement, vraiment, infirme (infirmières).

### *5.1.2 Classe 2*

La classe 2 comprend 1060 UCE soit 24,54% des UCE classées. Dans cette classe, la population des usagers en général (\*Pop\_2), les hommes (\*sext\_masc1) et les usagers qui ont une durée des troubles supérieure à 5 ans (\*diag\_plus5, \*diagt\_plus51), ainsi que le thème de la description du parcours personnel (\*theme\_1) sont surreprésentés. Cette classe représente près d'un quart de l'ensemble du discours. Les principales formes réduites de cette classe sont, par ordre décroissant des valeurs de  $\chi^2$  : mois, semaine, rendez-vous, jour, heure, journée, passer, soir.

### *5.1.3 Classe 3*

La classe 3 comprend 496 UCE soit 11,48% des UCE classées. Dans cette classe, le discours de la première et de la cinquième famille rencontrée (\*F001, \*F005), la population des familles en général (\*Pop\_3), les usagers ayant une durée des troubles supérieure à 5 ans (\*diagt\_plus511) et le thème des relations familiales (\*theme\_11) sont surreprésentés. Cette classe représente moins d'un huitième de l'ensemble du discours. Les principales formes réduites de cette classe sont, par ordre décroissant des valeurs de  $\chi^2$  : sœur, frère, mère, curatelle, parent, père, appartement, propriété.

## 5.2 Interprétation des classes

Pour interpréter les formes qui constituent chaque classe, il est nécessaire d'étudier les segments de texte (UCE) dans lesquels elles apparaissent. C'est en effet le contexte d'apparition des mots dans le corpus qui permet à l'analyste d'interpréter la signification des classes de discours. Nous avons sélectionné les UCE les plus significatives ( $\chi^2$  les plus élevés) afin de donner du sens à chaque forme réduite puis un sens global à chaque classe. Les formes réduites interprétées au sein de chaque classe sont présentées en gras dans le texte et sont précédées d'un croisillon # dans les UCE (verbatim en italique). Le code de la variable sujet et la valeur de  $\chi^2$  sont placés entre parenthèses après chaque UCE.

### 5.2.1 Classe 1

Le dispositif est défini par les professionnels comme un parcours d'**accompagnement** des personnes dans leur globalité vers leur **projet** de vie et le binôme socio-sanitaire est désigné comme une caractéristique centrale du dispositif **PASSVers** : « *C'est un parcours d'#accompagnement pour les personnes souffrant de troubles schizophréniques, qu'on accompagne dans leur globalité, au niveau de leur #projet de vie. On #travaille en binôme, un #travailleur #social et une #infirmière avec idéalement la famille, quand c'est possible, et on #travaille, voilà, avec la personne pour l'accompagner dans ses #projets voir quels sont ses points forts* » (\*P003 ;  $\chi^2(1) = 17$ ) ; « *L'idée, c'est qu'il a toujours en référence, on lui propose un #accompagnement socio-sanitaire, il a toujours un référent #travailleur #social et une #infirmière, une #infirmière dans le cadre de #PASSVers* » (\*P011 ;  $\chi^2(1) = 18$ ). De plus, les professionnels insistent sur le caractère volontaire des usagers dans leur inclusion : « *Alors, c'est que des personnes qui ont été volontaires, ça a été présenté par le médecin avant, ils ont été volontaires pour avoir cet #accompagnement et donc (...) ils ont réfléchi avec le médecin* » (\*P005 ;  $\chi^2(1) = 19$ ).

Par ailleurs, les professionnels soulignent la complémentarité du binôme socio-sanitaire et la souplesse de l'organisation dans le dispositif. Si certains entretiens s'effectuent en binôme, les **travailleurs sociaux** et les **infirmières** ont la possibilité de rencontrer les **patients** individuellement, si la situation le demande : « *On a des regards différents sur les situations et complémentaires je trouve. De temps en temps, on voit les #patients en binôme, de temps en temps, c'est plus des démarches #sociales, donc c'est le #travailleur #social qui*

les voit, de temps en temps c'est plus les soins, donc c'est plus au niveau #infirmier et puis, ça se mêle » (\*P003 ;  $\chi^2(1) = 18$ ). PASSVers est également décrit par les professionnels comme un dispositif permettant de travailler plus efficacement que lors des suivis classiques, puisqu'il centralise les questions sociales et sanitaires en un même lieu et au sein d'une même équipe : « Ce qui fait la particularité, c'est qu'on soit en binôme assistante #sociale, enfin #travailleur #social et #infirmier et du coup, ce qui change par rapport à (...) notre fonctionnement purement CMP, dans les entretiens avec les autres, j'ai l'impression que ça avance moins facilement » (\*P008 ;  $\chi^2(1) = 22$ ) ; « Ce qui est différent ? Le #travail au CMP, on #travaille avec une assistante #sociale et c'est vrai que quand on est en binôme avec l'assistante #sociale, disons qu'avec #PASSVers, la différence c'est qu'on est avec des personnes qui sont plus disponibles » (\*P002 ;  $\chi^2(1) = 16$ ). La présence des travailleurs sociaux est également perçue comme permettant une approche différente, moins médico-centrée, au bénéfice des usagers comme des professionnels : « Ce n'était pas des personnes qui étaient étiquetées médical ou infirmière, médecin, donc déjà l'approche était différente pour les patients. Il y a des choses que les patients disent aux travailleurs sociaux qu'ils nous ne disent pas forcément à nous, donc je pense que l'approche, oui, c'est très très important » (\*P002 ;  $\chi^2(1) = 16$ ) ; « Moi, on m'a présenté justement comme ça, ce #projet, et puis #travailler aussi avec des personnes extérieures, je trouve que ça a apporté beaucoup, une autre façon de #travailler » (\*P002 ;  $\chi^2(1) = 16$ ).

Pour l'amélioration du dispositif, une ouverture des critères d'inclusion vers une population plus large est suggérée, afin d'atteindre les personnes qui auraient « **vraiment** » besoin de ce type de suivi. Une infirmière affirme : « Ce n'est pas le côté négatif mais, là c'était pour les schizophrènes, je pense qu'il y aurait beaucoup de personnes qui en aurait #vraiment besoin de #PASSVers même parmi d'autres pathologies » (\*P002 ;  $\chi^2(1) = 16$ ). Enfin, l'échange de service entre le CMP et les institutions dont sont détachés les travailleurs sociaux (CCAS et conseil départemental) est encouragé par l'un d'eux : « Il y a une valorisation de l'échange qui devrait être mis en place. Voilà, par exemple, le CMP bénéficie des #travailleurs #sociaux pour certaines situations, pour les orienter plus facilement par les services, mais si le département a une personne, est en difficulté avec une personne, peut interpeller des #infirmières » (\*P005 ;  $\chi^2(1) = 18$ ).

### 5.2.2 Classe 2

On peut remarquer que les mots les plus représentatifs de cette classe sont des marqueurs de temps. Il semblerait que l'accompagnement PASSVers et les activités au centre de **jour** et à l'extérieur du CMP rythment les **semaines** des personnes accompagnées, comme en témoigne cet usager : « *Depuis 2009, je vais au centre de #jour où, là, j'ai des activités donc j'en ai deux ou trois par #semaine à peu près donc régulièrement* » (\*U005 ;  $\chi^2(1) = 19$ ). Ce rythme pourrait structurer le quotidien des personnes et soutenir l'amélioration de leur état de santé, comme c'est le cas pour cet usager : « *De mieux en mieux, parce que tout le monde me le dit et actuellement je suis aussi, je fais l'activité au centre de #jour, la marche. Et je suis régulièrement suivi, avant c'était le docteur Z et comme elle est en retraite depuis quelques temps, c'est le docteur B* » (\*U002 ;  $\chi^2(1) = 22$ ). Ces éléments de discours indiquent que certains usagers ont conscience de leurs troubles et de la nécessité d'un suivi régulier pour la stabilité de leur état de santé mentale. Une femme témoigne des limites imposées par sa maladie qu'elle doit prendre en compte dans son projet de vie, la nécessité de se coucher tôt le **soir** et de travailler moins : « *Je pense que pour mon équilibre, je ne peux pas travailler à plein temps, ça fait trop, pour la fatigue, il faut toujours que je puisse me reposer le matin. C'est vrai qu'avec les médicaments, on a quand même besoin de plus dormir donc il suffit qu'on sorte un #soir dans la #semaine, qu'on se lève le lendemain et donc du coup ça se voit* » (\*U015 ;  $\chi^2(1) = 11$ ). Une autre femme parle de ses difficultés à prendre les transports, qu'elle a malgré tout réussi à surmonter pour se rendre seule à un **rendez-vous** important, sachant qu'elle peut compter sur le soutien de l'équipe PASSVers : « *Maintenant c'est avec Cap Emploi, j'ai pris #rendez-vous, c'était y a deux #mois, donc j'y suis allée toute seule. Elles m'ont proposé toutes les deux d'y aller en train avec elles, parce que j'ai peur des transports (...) depuis 3 ans, donc j'arrive à aller de Versailles à Saint-Quentin mais au-delà, je n'arrive pas* » (\*U006 ;  $\chi^2(1) = 18$ ). Les rendez-vous avec le binôme socio-sanitaire semblent notamment être l'occasion pour des usagers de pouvoir partager ce qu'il se **pass**e dans leur vie, ce qui laisse supposer une alliance positive avec l'équipe : « *Par exemple, quand je suis #passé au GEM au #mois de juillet l'année dernière, donc je leur ai parlé par exemple, je faisais l'atelier tricot, ça a duré une #heure et donc je leur en ai parlé quand je les ai revus, et donc je leur ai expliqué comment ça me plaisait et tout ça et comment ça s'était #passé, et puis c'était bien de partager un petit peu ce que j'avais fait* » (\*U005 ;  $\chi^2(1) = 13$ ).

Certains usagers semblent avoir conscience du fardeau que leurs familles portent et voient dans le dispositif PASSVers le moyen de soulager un peu leurs proches. Une femme

accompagnée par l'équipe rapporte : « *Ça délaye un peu et ce n'est pas mon mari qui se prend tout le #soir en rentrant en fait* » (\*U015 ;  $\chi^2(1) = 12$ ).

### 5.2.3 Classe 3

Cette classe est majoritairement caractérisée par l'évocation du fardeau familial par les familles rencontrées. Une femme confie ses difficultés relationnelles avec son **frère** qu'elle doit prendre en charge au quotidien, en lien avec une **sœur** : « *Bon, pour notre #frère, ça a été son déménagement, jeter ses vieux habits, ses meubles, qu'est-ce qu'on n'en a pas entendu, c'était bourré de nicotine, on s'est arrangés pour que tout soit, non pas jeté, mais donné* » (\*F001 ;  $\chi^2(1) = 56$ ); « *Il faut qu'il retrouve cette habitude, quand même, d'indépendance et de s'acheter des trucs surgelés. Ma #sœur lui a acheté un petit four, pour aller chez Picard et qu'il fasse réchauffer, non pas un micro-ondes, parce qu'il voulait un vieux micro-ondes de son ex-beau-#père que les filles lui donnaient, donc, il fallait à tout prix qu'il l'ait* » (\*F001 ;  $\chi^2(1) = 43$ ). Le frère d'un autre usager raconte comme il a dû prendre en charge son proche à la place de sa **mère** : « *Donc pendant plusieurs années, ma #mère en 2012 a fait un AVC et mon #frère s'est retrouvé seul dans le petit #appartement de ma #mère à Versailles et donc il a fallu gérer tout ça* » (\*F005 ;  $\chi^2(1) = 43$ ).

Les questions de **curatelle** notamment peuvent être difficile à faire accepter aux personnes concernées, ce qui nécessite parfois un effort de négociation de la part des familles. Une sœur rapporte à propos de son frère accompagné par PASSVers : « *Il est stabilisé quand même, oui. Et là, on est dans une petite période (...) un peu difficile avec la #curatelle renforcée (...) Et puis comme il est contre, il estime qu'il peut gérer, que bon, d'avoir trois, quatre comptes...* » (\*F001 ;  $\chi^2(1) = 26$ ).

Si le manque d'autonomie de leur proche peut être lourd à porter pour les familles, il peut également être difficile pour les personnes elles-mêmes d'accepter leur condition, comme c'est le cas pour cet usager : « *Je n'ai pas de femme, je n'ai pas d'enfant, je vis encore chez ma #mère, ce n'est pas évident à vivre* » (\*U011 ;  $\chi^2(1) = 37$ ). Toutefois, certains usagers semblent avoir acquis une certaine autonomie quotidienne, un usager témoigne par exemple n'avoir besoin que de peu d'aide de la part de ses **parents** alors qu'il vit seul : « *Depuis 8 ans à peu près. Après, j'ai une petite aide des #parents voilà et tout et pour la majorité des trucs à gérer, je n'ai pas spécialement de soucis quoi* » (\*U003 ;  $\chi^2(1) = 30$ ).

Au-delà du fardeau quotidien porté par les familles, la maladie d'un proche peut avoir des conséquences affectives, notamment sur les enfants. Par exemple, une sœur raconte comment ses nièces reprochent encore à leur **père** malade de ne pas avoir su leur donner toute l'affection dont elles avaient besoin : « *Comme elles me reprochent - papa ne nous a pas donné toute l'affection qu'il aurait dû - bon d'accord bien sûr, il a donné ce qu'il a pu, quand il a pu, et quand il venait à Lyon, elles avaient leur #père* » (\*F001 ;  $\chi^2(1) = 26$ ).

Enfin, PASSVers est ressenti par les familles comme un soutien appréciable pour soulager le fardeau de la maladie. Une sœur évoque l'aide bienvenue de l'équipe au moment où elle a dû faire quitter un **appartement** à son frère : « *Moi, je trouve que c'était bien (...) et c'est arrivé au moment où il fallait lui faire quitter cet #appartement où il vivait depuis vingt ans, une crasse, une crasse, un truc, ça a été, bon, terrible, et puis tous ces, frigos, machins, ça a été horrible* » (\*F001 ;  $\chi^2(1) = 28$ ) ; cette même sœur sollicite par ailleurs l'aide de l'équipe pour une initiation à la **propreté** pour son frère, avec qui elle a du mal à négocier dans ce domaine : « *Je pense que se sentant appuyés par le PASSVers, on pourrait voir tout ce qui est le côté #curatelle, la mise en place de la #curatelle avec l'aide de C. et en même temps, faire une initiation, enfin, à la #propreté quand même* » (\*F001 ;  $\chi^2(1) = 21$ ).

## 6 Discussion

L'objectif de cet article était de montrer l'intérêt de l'utilisation de la méthode Alceste pour l'évaluation d'un dispositif de promotion de la santé. Nous avons, dans cet objectif, présenté les résultats de l'analyse issue d'un corpus d'entretiens semi-directifs réalisés auprès de professionnels, d'usagers et d'aidants familiaux, au sujet du programme PASSVers, un dispositif d'accompagnement socio-sanitaire favorisant le rétablissement de personnes souffrant de troubles schizophréniques.

### 6.1 Un « monde lexical » pour chaque population

Le dendrogramme permet d'observer que la Classe 1, caractérisée par le discours des professionnels, s'oppose aux Classes 2 et 3, caractérisées par le discours des usagers et de leurs aidants familiaux. Cela signifie que chaque population a utilisé un vocabulaire spécifique pour répondre aux thématiques proposées en entretien, malgré une grille thématique commune. Toutefois, nous observons que les propos des usagers et des familles ont des points communs puisqu'ils apparaissent ensemble dans la Classe 3. Chaque

population rencontrée a donc laissé émerger un « monde lexical » particulier [22], reflétant des points de vue différents vis-à-vis du dispositif.

Alors que le discours des professionnels est resté centré sur la description et l'évaluation de PASSVers, le discours des usagers et de leurs familles s'est également porté sur la description du parcours personnel des usagers et des relations familiales, avec des considérations saillantes sur le thème du fardeau ressenti. La classification du corpus basée sur la distribution du vocabulaire a permis de souligner le fait que les usagers et les familles partent de l'évocation concrète de situations de vie pour démontrer leur implication dans l'accompagnement PASSVers et le rétablissement. Tel n'est pas le cas pour les professionnels qui proposent un discours plus formel et conceptuel pour décrire et évaluer le dispositif dans son ensemble.

On observe que les formes présentes dans la classe 1 (patient, social, PASSVers, travail+, projet, accompagnement, vraiment, infirme), ne reflètent pas le vocabulaire médical habituel mais évoquent plutôt l'idée d'un accompagnement global vers la réalisation des projets personnels des usagers. La configuration de cette classe démontre un détachement des considérations purement médicales (questions des symptômes et des traitements) de la part des professionnels au profit du renforcement des aptitudes et du sentiment de maîtrise des personnes accompagnées. C'est ce qui distingue justement les interventions de promotion de la santé, en lien avec les soins médicaux, des activités d'amélioration de la santé.

Dans la classe 2, on observe la présence significative d'un certain nombre de marqueurs de temps (mois, semaine, rendez-vous, jour, heure, journée, passer, soir). Les personnes vivant avec une schizophrénie ont très souvent des difficultés à se mobiliser sur des démarches nécessitant plusieurs étapes, notamment du fait de troubles neuro-cognitifs. [23, 24]. La surreprésentation de ces termes évoquant l'organisation du temps des personnes peut laisser penser que le programme PASSVers a joué un rôle d'étayage et eu un impact positif sur les troubles neuro-cognitifs et la motivation des usagers. Cela répond ainsi à un objectif central du programme, qui est la réalisation des projets personnels.

La classe 3 comprend un certain nombre de termes relatifs aux liens familiaux et à l'autonomie dans la vie quotidienne (sœur, frère, mère, curatelle, parent, père, appartement, propriété). Une alliance de bonne qualité semble s'être construite entre les aidants familiaux et les membres de l'équipe. Ces résultats sont en accord avec ceux d'une étude récente, qui a mis en évidence une expérience plus positive et une meilleure alliance avec les professionnels de santé chez des proches ayant participé au programme RACT, par rapport à ceux qui n'y participaient pas [25]. Les aidants familiaux interrogés décrivent en effet le dispositif comme

un soutien important permettant d'alléger leur fardeau ressenti. Notons que des études mettent en évidence une corrélation entre émotions négatives exprimées et fardeau subjectif des proches de personnes vivant avec une schizophrénie [26–28]. Or, ces émotions négatives provoquent également du stress chez les usagers et sont corrélées à des rechutes et hospitalisations plus fréquentes [29, 30]. Le partage du fardeau familial avec l'équipe PASSVers apparaît donc profitable, tant pour le bien-être des proches, que pour la stabilité de l'usager. Si cette classe est surtout caractérisée par le discours des aidants familiaux, le discours des usagers y apparaît également de manière significative. La question de l'autonomie est abordée par ces derniers et est associée par un usager au niveau d'estime de soi. Le manque d'autonomie a depuis longtemps été associé à une faible estime de soi [31, 32]. Par ailleurs, l'autonomie a été définie comme la base de l'auto-détermination [33]. Toutefois, d'autres conditions ont été associées à l'auto-détermination, telles que le fait de trouver du sens à sa vie et de poursuivre des buts [34]. L'objectif du dispositif PASSVers étant d'accompagner les usagers dans la poursuite d'un projet personnel, on peut penser que ce type d'accompagnement aide les personnes à améliorer leur estime d'elles-mêmes.

## *6.2 Forces et limites de la méthode*

La méthode Alceste permet de classifier rapidement un corpus de volume important tel qu'une série d'entretiens semi-directifs, ce qui offre un gain de temps considérable dans l'analyse qualitative. Il convient de rappeler que nous avons procédé à trois étapes méthodologiques pour encadrer le travail de l'analyste. Premièrement, nous avons préparé le corpus et introduit les variables souhaitées selon un double codage, réalisé par deux psychologues en parallèle et ce, pour réduire le biais de subjectivité dû à la catégorisation par thème. Deuxièmement, l'analyse Alceste a permis de classifier le corpus indépendamment de tout jugement de l'analyste en se basant uniquement sur la distribution du vocabulaire. Bien entendu, il serait inapproprié de vouloir supprimer toute forme de subjectivité, particulièrement dans le champ qualitatif, puisque ces méthodes s'inscrivent historiquement dans le paradigme constructiviste [35]. Les chercheurs qui utilisent des méthodes qualitatives visent en effet à identifier la façon dont les personnes construisent leurs mondes, et quel sens elles attribuent à leurs expériences [36]. Toutefois, la classification descendante hiérarchique permet de maintenir un cadre méthodologique rigoureux en se basant en premier lieu sur ce qui est dit (le vocabulaire) et non pas sur ce qui est entendu par l'analyste pour déterminer les classes de discours. Troisièmement, nous avons déterminé un seuil de significativité, i.e. le



nombre de formes réduites et de variables à analyser par classe par la méthode des courbes d'évolution des valeurs de  $\chi^2$ . Nous avons par ce moyen sélectionné les formes et les variables les plus fortement associées à leur classe, c'est-à-dire celles qui sont les plus spécifiques et qui permettent le mieux de distinguer les classes entre elles.

Une des principales limites réside dans le fait que le logiciel Alceste considère le corpus étudié comme un « sac de mots » [37], sans prendre en compte la syntaxe des phrases, ni l'organisation du texte. Il n'y a donc pas de compréhension du texte proprement dite par le logiciel. La lemmatisation peut aussi poser question dans le sens où des mots de la même famille vont être regroupés sous une forme réduite sans pour autant porter la même signification. Par exemple, dans notre corpus, les termes travail, travailler, travailleur ont été réduits sous la forme « travail+ » et le mot infirmière a été réduit sous la forme « infirme ». Il tient là encore à l'analyste de remettre les mots en contexte et de bien connaître le corpus pour donner tout son sens à l'analyse. Il est donc primordial de considérer Alceste comme un outil d'aide à l'interprétation d'un corpus, qui ne se substitue en aucun cas à l'analyste. En effet, Alceste ne délivre aucune « vérité intrinsèque » sur le corpus et il revient à l'analyste d'interpréter les classes en fonction du contexte d'apparition des mots et des objectifs de l'étude pour accéder à la signification [38].

## **7 Conclusion**

Grâce à une analyse distributionnelle du vocabulaire, la méthode Alceste permet une étude précise et rigoureuse d'un corpus de textes. L'utilisation de cette méthode dans le cadre de l'évaluation du dispositif PASSVers a permis de mettre en évidence la spécificité du point de vue des trois populations étudiées, et de souligner les bénéfices du programme pour chacune d'elles. Afin de renforcer la validité des résultats obtenus, cette analyse pourrait être complétée par une analyse thématique. Une telle analyse permettrait cette fois de croiser les regards des trois populations, et ainsi d'accéder à une meilleure compréhension de l'impact produit par le programme sur les représentations des personnes impliquées dans celui-ci.

## **Remerciements**

Cette étude a été réalisée grâce à l'engagement de toute l'équipe du CMP Eugen Bleuler de Versailles (78).

## **Déclaration de conflits d'intérêts**

L'auteur(s) déclare(nt) ne pas avoir de liens d'intérêt.

### **Financement**

Cette recherche a été financée par le Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, dans le cadre d'un contrat doctoral de l'Université Paris 8 Vincennes-Saint-Denis dont bénéficie le premier auteur, ainsi que par le Centre Hospitalier de Versailles.

### **Références**

- [1] Bioy A, Chahraoui K, Plagnol A, Castillo M-C. Aspects épistémologiques des méthodes qualitatives en psychologie clinique. *Anal.* 1 déc 2021;5(3):273-81.
- [2] Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic Inquiry*. NewburyPark, Calif. ; London : Sage; 1985. 422 p.
- [3] Proulx J. Recherches qualitatives et validités scientifiques. *Rech Qual.* 2019;38(1):53-70.
- [4] Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer.* 2008;84(19):142-5.
- [5] Jodelet D. Aperçus sur les méthodologies qualitatives. In: *Les Méthodes des Sciences Humaines*. Paris: PUF; 2003. p. 139-62.
- [6] Kilian R, Lindenbach I, Löbig U, Uhle M, Petscheleit A, Angermeyer MC. Indicators of empowerment and disempowerment in the subjective evaluation of the psychiatric treatment process by persons with severe and persistent mental illness: a qualitative and quantitative analysis. *Soc Sci Med.* 1 sept 2003;57(6):1127-42.
- [7] Avis M, Bond M, Arthur A. Questioning patient satisfaction: An empirical investigation in two outpatient clinics. *Soc Sci Med.* 1 janv 1997;44(1):85-92.

- [8] Perreault M, Leichner P, Sabourin S, Gendreau P. Patient satisfaction with outpatient psychiatric services: Qualitative and quantitative assessments. *Eval Program Plann.* 1 avr 1993;16(2):109-18.
- [9] Biringer E, Hartveit M, Sundfjør B, Ruud T, Borg M. Continuity of care as experienced by mental health service users - a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 21 nov 2017;17(1):763.
- [10] Restivo L, Julian-Reynier C, Apostolidis T. Pratiquer l'analyse interprétative phénoménologique : intérêts et illustration dans le cadre de l'enquête psychosociale par entretiens de recherche. *Prat Psychol.* 1 déc 2018;24(4):427-49.
- [11] Reinert M. Un logiciel d'analyse lexicale: ALCESTE. *Cah L'Analyse Données.* 1986;11(4):471-81.
- [12] Illia L, Sonpar K, Bauer MW. Applying Co-occurrence Text Analysis with ALCESTE to Studies of Impression Management. *Br J Manag.* 2014;25(2):352-72.
- [13] Falloon IRH, Optimal Treatment Project Collaborators. Rehab Rounds : Optimal Treatment for Psychosis in an International Multisite Demonstration Project. *Psychiatr Serv.* 1 mai 1999;50(5):615-8.
- [14] Nordén T, Malm U, Norlander T. Resource Group Assertive Community Treatment (RACT) as a Tool of Empowerment for Clients with Severe Mental Illness: A Meta-Analysis. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 16 nov 2012;8(1):144-51.
- [15] Castillo MC, Urdapilleta I, Petitjean F, Seznec JC, Januel D. L'annonce du diagnostic de schizophrénie. Analyse textuelle d'entretiens cliniques. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 oct 2008;166(8):599-605.
- [16] Koenig M, Castillo M-C, Urdapilleta I, Le Borgne P, Bouleau J-H. Regards croisés sur les signes précoces de rechute des sujets schizophrènes. *L'Encéphale.* 1 juin 2011;37(3):207-16.
- [17] Chaput V, Amsellem F, Urdapilleta I, Chaste P, Leboyer M, Delorme R, et al. Episodic memory and self-awareness in Asperger Syndrome: Analysis of memory narratives. *Res Autism Spectr Disord.* 1 sept 2013;7(9):1062-7.

- [18] Rigal N, Bouvet C, Oderda L, Tounian P, Urdapilleta I. Mental health of adolescents after bariatric surgery: A textual analysis. *Clin Obes*. 2021;11(6):e12480.
- [19] Auxéméry Y, Gayraud F. Le syndrome psycholinguistique traumatique (SPLIT). *Évol Psychiatr*. 1 oct 2020;85(4):509-28.
- [20] Cohen J. A Coefficient of Agreement for Nominal Scales. *Educ Psychol Meas*. 1 avr 1960;20(1):37-46.
- [21] Landis JR, Koch GG. The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics*. 1977;33(1):159-74.
- [22] Reinert M. Les « mondes lexicaux » et leur "logique" à travers l'analyse statistique d'un corpus de récits de cauchemars. *Lang Société*. 1993;66(1):5-39.
- [23] Rocca P, Galderisi S, Rossi A, Bertolino A, Rucci P, Gibertoni D, et al. Disorganization and real-world functioning in schizophrenia: Results from the multicenter study of the Italian Network for Research on Psychoses. *Schizophr Res*. 1 nov 2018;201:105-12.
- [24] Veleva I, Yankulovska S, Velikova K, Valkova M, Grancharova G. Impact of clinical symptoms on the disability of patients with schizophrenia (Bulgaria, 2018-2019). *Eur J Public Health*. 1 sept 2020;30(Supplement\_5):ckaa165.820.
- [25] Sjöström N, Waern M, Johansson A, Weimand B, Johansson O, Ewertzon M. Relatives' Experiences of Mental Health Care, Family Burden and Family Stigma: Does Participation in Patient-Appointed Resource Group Assertive Community Treatment (RACT) Make a Difference? *Issues Ment Health Nurs*. 2 nov 2021;42(11):1010-9.
- [26] Carrà G, Cazzullo CL, Clerici M. The association between expressed emotion, illness severity and subjective burden of care in relatives of patients with schizophrenia. Findings from an Italian population. *BMC Psychiatry*. 13 sept 2012;12(1):1-8.
- [27] Nirmala BP, Vranda MN, Reddy S. Expressed Emotion and Caregiver Burden in Patients with Schizophrenia. *Indian J Psychol Med*. 1 juill 2011;33(2):119-22.
- [28] Nuralita NS, Camellia V, Loebis B. Relationship between Caregiver Burden and Expressed Emotion in Families of Schizophrenic Patients. *Open Access Maced J Med Sci*. 20 août 2019;7(16):2583-9.

- [29] Scazufca M, Kuipers E. Links Between Expressed Emotion and Burden of Care in Relatives of Patients with Schizophrenia. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* 1 juin 1996;168(5):580-7.
- [30] Wang X, Chen Q, Yang M. Effect of caregivers' expressed emotion on the care burden and rehospitalization rate of schizophrenia. *Patient Prefer Adherence.* 6 sept 2017;11:1505-11.
- [31] Deci EL, Ryan RM. *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior.* New-York: London : Plenum Press; 1985. 606 p.
- [32] Deci EL, Ryan RM. The « What » and « Why » of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychol Inq.* 1 oct 2000;11(4):227-68.
- [33] Osin EN, Ivanova TY, Gordeeva TO. Avtonomnaya i kontroliruemaya professionalnaya motivatsiya kak prediktory subyektivnogo blagopoluchiya u sotrudnikov rossiyskikh organizatsiy [Autonomous and Controlled Professional Motivation Predict Subjective Well-Being in Russian Employees]. *Organ Psychol.* 2013;3(1):8-29.
- [34] Serdiuk L, Danyliuk I, Chaika G. Personal autonomy as a key factor of human self-determination. *Soc Welf Interdiscip Approach.* 7 déc 2018;1(8):85-93.
- [35] Abdullah Kamal SSL. Research Paradigm and the Philosophical Foundations of a Qualitative Study. *PEOPLE Int J Soc Sci.* 31 janv 2019;4(3):1386-94.
- [36] Merriam SB, Tisdell EJ. *Qualitative Research: A Guide to Design and Implementation.* Hoboken, NJ : John Wiley & Sons; 2015. 368 p.
- [37] Lebart L, Salem A. *Statistique textuelle* [Internet]. Paris: Dunod. 1994 [cité 22 déc 2021]. Disponible sur: <https://ui.adsabs.harvard.edu/abs/1994stte.book.....L>
- [38] Delavigne V. Alceste, un logiciel d'analyse textuelle. *Texte Textes Cult.* 2003;n.a.

## **Légende des figures**

### **Figure 1**

Cette figure représente les courbes d'évolution des valeurs de  $\chi^2$  en fonction des formes réduites caractéristiques de chaque classe. La barre verticale représente le seuil de significativité que nous avons déterminé, au-delà duquel les formes réduites ne sont plus prises en compte pour l'interprétation des classes.

### **Figure 2**

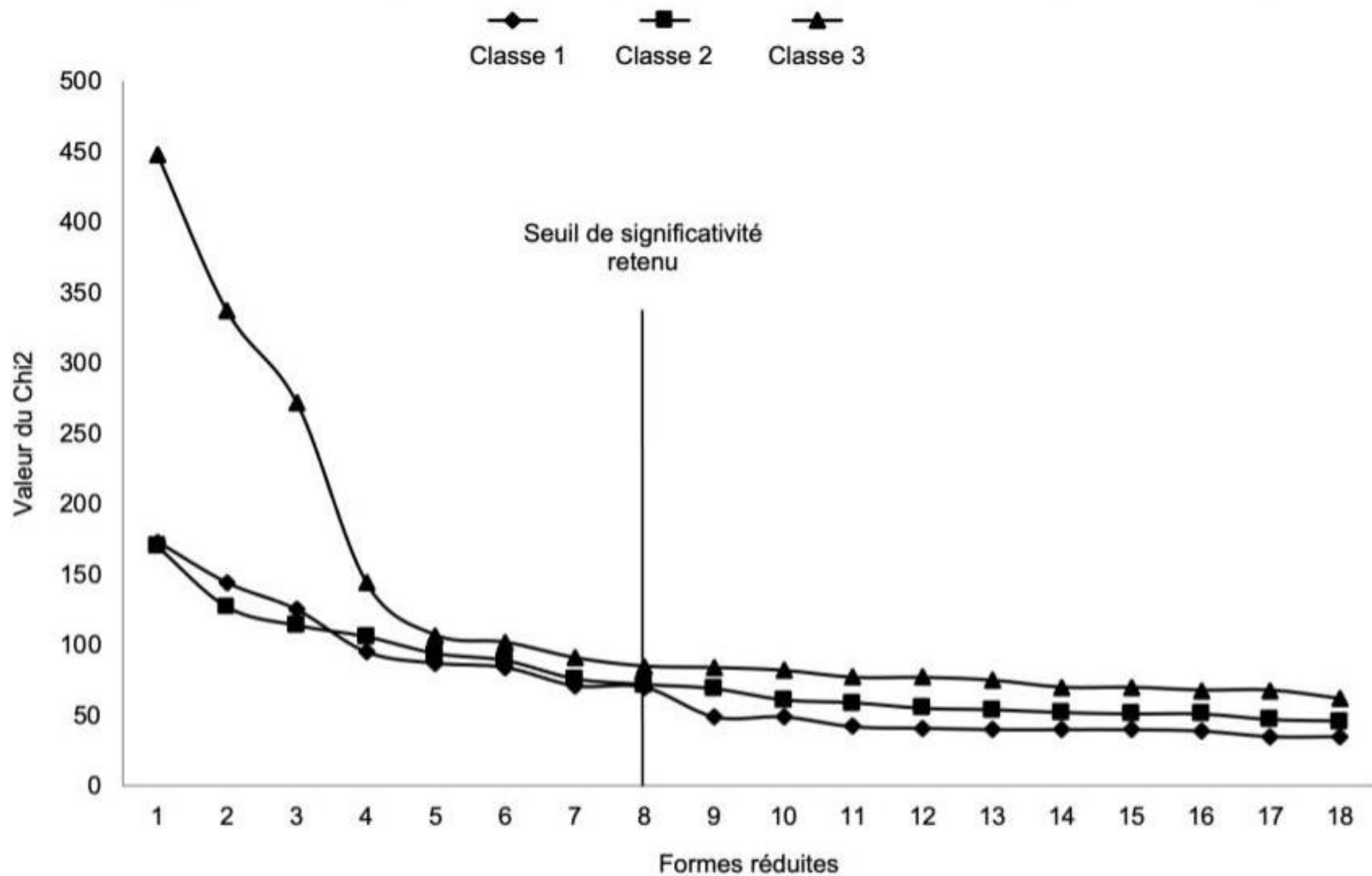
Cette figure représente les courbes d'évolution des valeurs de  $\chi^2$  en fonction des variables caractéristiques de chaque classe. La barre verticale représente le seuil de significativité que nous avons déterminé, au-delà duquel les variables ne sont plus prises en compte pour l'interprétation des classes.

### **Figure 3**

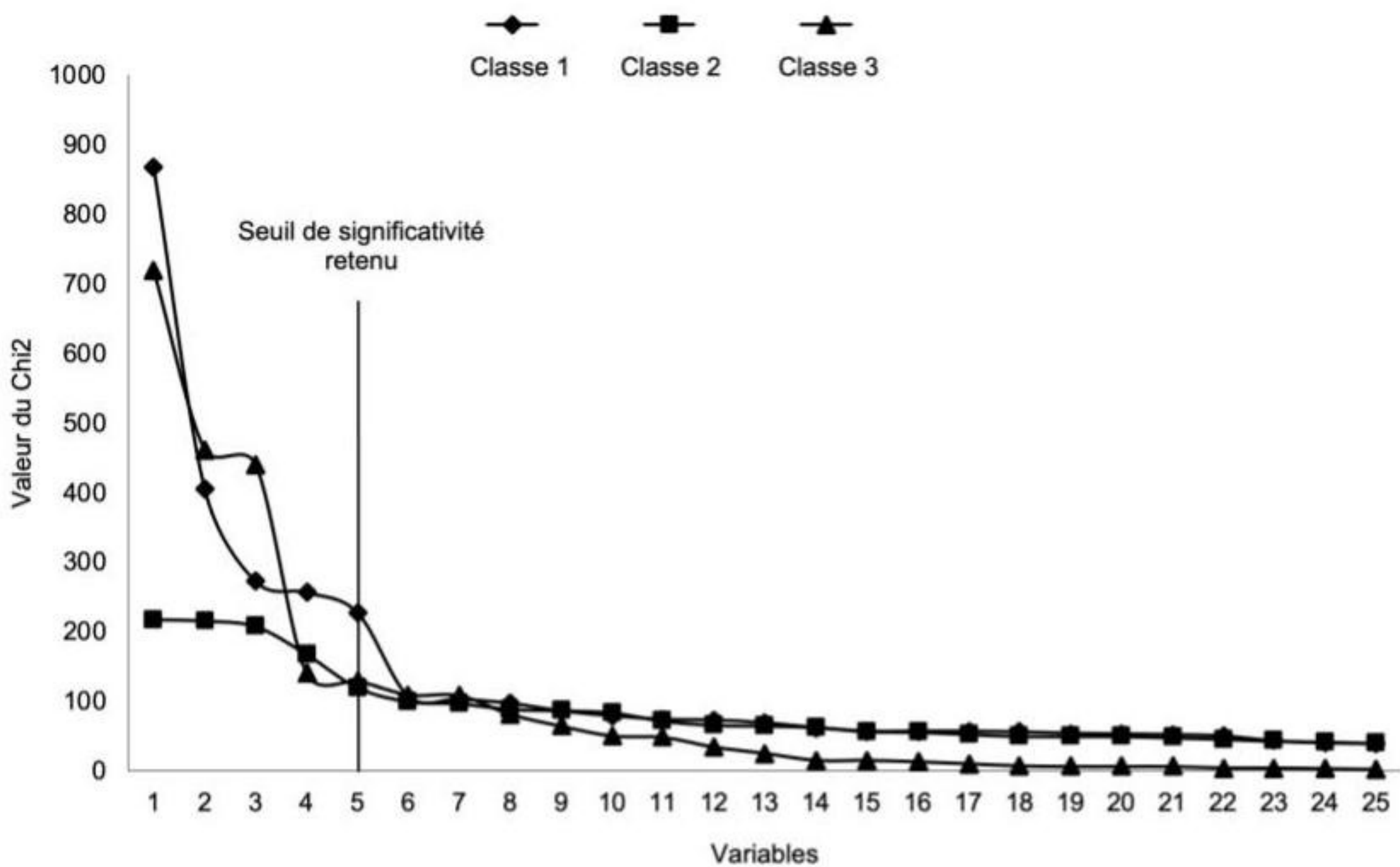
Cette figure représente l'arbre de classification descendante hiérarchique (appelé aussi dendrogramme) issue de l'analyse du corpus étudié, par le logiciel Alceste.

<sup>[1]</sup> Infirmes : Le terme « infirmière » a été réduit sous la forme « infirme » lors de l'étape de lemmatisation du corpus par Alceste.

Légende des variables : \*diag\_plus5 : usager diagnostiqué depuis plus de 5 ans ; \*diagt\_plus51 : usager diagnostiqué depuis plus de 5 ans et décrivant son parcours de vie ; \*diagt\_plus511 : usager diagnostiqué depuis plus de 5 ans et évoquant ses relations avec l'entourage ; \*F001 : sujet aidant familial ; \*F005 : sujet aidant familial ; \*infirm\_c : infirmière partageant son temps de travail entre CMP et PASSVers ; \*metier\_1 : infirmières ; \*metier\_2 : travailleurs sociaux ; \*Pop\_1 : population des professionnels ; \*Pop\_2 : population des usagers ; \*Pop\_3 : population des aidants familiaux ; \*sext\_masc1 : usager de sexe masculin décrivant son parcours de vie ; \*theme\_1 : description du parcours de vie ; \*theme\_10 : évaluation de PASSVers ; \*theme\_11 : relations avec l'entourage.



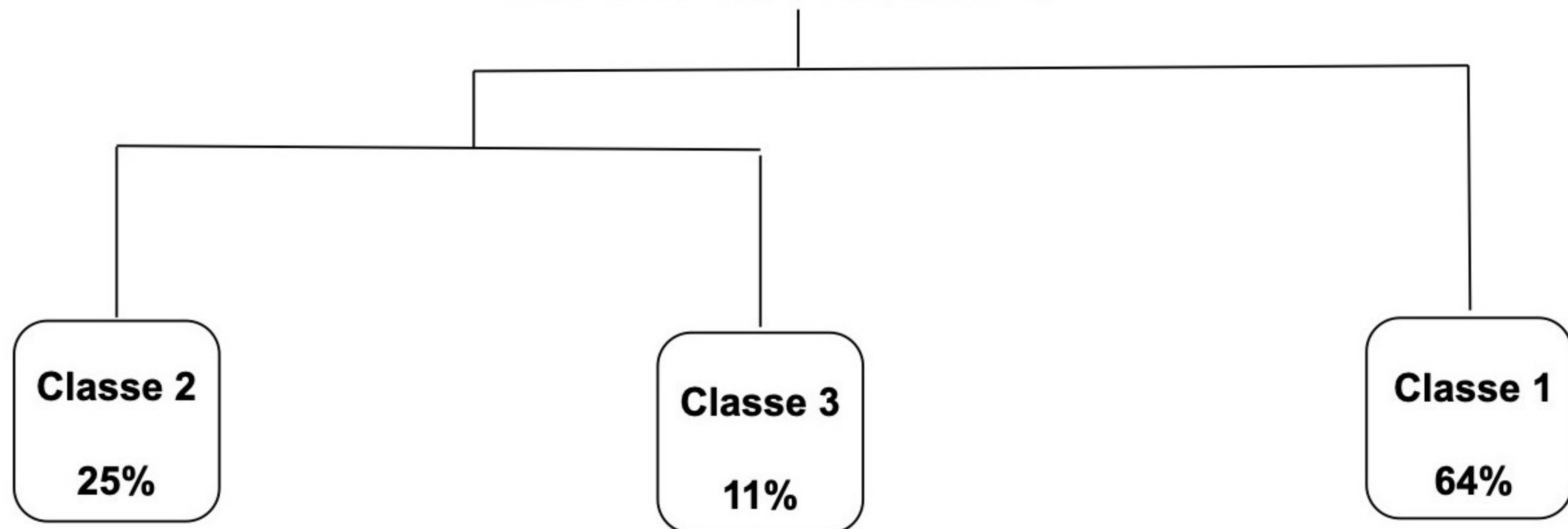
**Fig. 1.** Graphe d'évolution des valeurs de Khi2 en fonction des formes réduites.



**Fig. 2.** Graphe d'évolution des valeurs de K<sub>hi</sub>2 en fonction des variables.



4320 UCE classées soit 84%



Forme	$\chi^2$
Mois	170
Semaine	127
Rendez-vous	114
Jour	106
Heure	94
Journée	89
Passer	76
Soir	72

Forme	$\chi^2$
Soeur	448
Frère	337
Mère	272
Curatelle	144
Parent	107
Père	102
Appartement	91
Propreté	85

Forme	$\chi^2$
Patient	173
Social	144
PASSVers	125
Travail+	95
Projet	87
Accompagnement	84
Vraiment	71
Infirmes[1]	70

Variable	$\chi^2$
*theme_1	218
*diag_plus5	216
*Pop_2	208
*diagt_plus51	168
*sext_masc1	120

Variable	$\chi^2$
*F001	719
*Pop_3	462
*theme_11	440
*diagt_plus511	140
*F005	129

Variable	$\chi^2$
*Pop_1	807
*metier_1	405
*infirm_c	272
*metier_2	256
*theme_10	227

Fig. 3. Dendrogramme des classes du corpus.