

**ACADÉMIE D'ORLÉANS-TOURS
UNIVERSITÉ DE TOURS**

FACULTE DE PHARMACIE « Philippe-Maupas »

Année 2021-2022

N°76

**THÈSE D'EXERCICE
pour le
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

Par
Pierre-Antoine MAURO
Né le 21 janvier 1992 à Orléans

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 13/09/2021

**ÉVOLUTION DE LA PLACE DU PATIENT DANS LES RÉFÉRENTIELS DE
CERTIFICATION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ**

Dirigée par Madame la Docteure en pharmacie Mary-Christine LANOUE - Directrice de L'OMéDIT

JURY

Président :

- Madame la Professeure hospitalo-universitaire **Claire POUPLARD** - Laboratoire d'hématologie

Membres :

- Madame **Chantal CATEAU** - Membre de la Commission de certification des établissements de santé (CCES) de la Haute Autorité de Santé (HAS)
- Madame **Danièle DESCLERC-DULAC** - Présidente France Assos Santé Centre-Val de Loire
- Monsieur le Docteur en médecine **Frédéric GAY** - Parasitologie-mycologie CHU Pitié Salpêtrière (APHP)
- Madame la Docteure en pharmacie **Mary-Christine LANOUE** - Directrice de L'OMéDIT

ANNEE : 2021 - 2022

Directrice : Pr Véronique MAUPOIL

Directeur Adjoint : Hervé MARCHAIS

Assesseurs : Pr Daniel ANTIER, Matthieu JUSTE, Pr Karine MAHEO, Audrey OUDIN

ENSEIGNANTS

16 PROFESSEURS

ALLOUCHI	Hassan	CHIMIE PHYSIQUE
ANTIER	Daniel	PHARMACIE CLINIQUE
BRAND	Denys	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
CHEVALIER	Stéphane	BIOCHIMIE GENERALE & BIOTHERAPIE
CHOURPA	Igor	CHIMIE ANALYTIQUE & HYDROLOGIE
CLASTRE	Marc	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
DIMIER-POISSON	Isabelle	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
EMOND	Patrick	BIOPHYSIQUE & MATHEMATIQUES
ENGUEHARD-GUEIFFIER	Cécile	PHARMACOGNOSIE
GIRAUDEAU	Bruno	BIOPHYSIQUE & MATHEMATIQUES
LANOTTE	Philippe	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
MAHEO	Karine	PHYSIOLOGIE
MAUPOIL-DAVID	Veronique	PHARMACOLOGIE
POUPLARD	Claire	HEMATOLOGIE
THIBAUT	Gilles	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
VIAUD-MASSUARD	Marie-Claude	CHIMIE ORGANIQUE

3 PROFESSEURS EMERITES

AGAFONOV	Viatcheslav	CHIMIE PHYSIQUE
GUILLOTEAU	Denis	BIOPHYSIQUE & MATHEMATIQUES
BARIN	Francis	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE

38 MAITRES DE CONFERENCES

ALLARD-VANNIER	Emilie	PHARMACIE GALENIQUE
ARLICOT	Nicolas	BIOPHYSIQUE & MATHEMATIQUES
AUBREY	Nicolas	BIOCHIMIE GENERALE & BIOTHERAPIE
BAKRI	Françoise	HYGIENE SANTE PUBLIQUE & TOXICOLOGIE
BESSON	Pierre	PHYSIOLOGIE
BIRER-WILLIAMS	Caroline	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
BONNIER	Franck	CHIMIE ANALYTIQUE & HYDROLOGIE
BORDY	Romain	PHARMACOLOGIE
BOUESOCQUE-DELAYE	Leslie	PHARMACOGNOSIE
BOUVIN-PLY	Mélanie	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
BRAIBANT	Martine	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
BREDELOUX	Pierre	PHARMACOLOGIE
DAVID	Stéphanie	PHARMACIE GALENIQUE
DEBIERRE-GROCKIEGO	Françoise	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE

DELAYE
DENEVAULT
DOUZIECH-EYROLLES
DUMAS
GERMON
GLEVAREC
HERVE-AUBERT
JUSTE
LAJOIE
LANOUE
MARC
MARCHAIS
MAVEL
MUNNIER
OMBETTA-GOKA
OUDIN
PASQUALIN
PRIE
RESPAUD
SOUCE
TAUBER
VELGE-ROUSSEL
VERCOUILLIE
VERGOTE
VIERRON
ZHANG

Pierre-Olivier
Caroline
Laurence
Jean-François
Stéphanie
Gaëlle
Katel
Matthieu
Laurie
Arnaud
Jillian
Hervé
Sylvie
Emilie
Jean-Edouard
Audrey
Côme
Gildas
Renaud
Martin
Clovis
Florence
Johnny
Jackie
Emilie
Bei-Li

CHIMIE THERAPEUTIQUE
CHIMIE THERAPEUTIQUE
AFFAIRE REGLEMENTAIRE ET MANAGEMENT DE LA QUALITE
BIOCHIMIE GENERALE ET BIOTHERAPIE
IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
CHIMIE ANALYTIQUE & HYDROLOGIE
IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
BIOMOLECULES ET BIOTECHNOLOGIES VEGETALES
PHARMACIE GALENIQUE
CHIMIE THERAPEUTIQUE
PHARMACIE GALENIQUE
CHIMIE ORGANIQUE
BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
PHARMACOLOGIE
CHIMIE ORGANIQUE
CHIMIE ANALYTIQUE & HYDROLOGIE
CHIMIE ANALYTIQUE & HYDROLOGIE
BIOPHYSIQUE & MATHEMATIQUES
IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
BIOPHYSIQUE & MATHEMATIQUES
AFFAIRE REGLEMENTAIRE ET MANAGEMENT DE LA QUALITE
BIOPHYSIQUE & MATHEMATIQUES
PHARMACOLOGIE

1 CONTRAT D'ENSEIGNEMENT

VANIER

Antoine

BIOPHYSIQUE & MATHEMATIQUES

1 DIRECTEUR DE RECHERCHE

CHALON

Sylvie

INSERM

2 CHARGES DE RECHERCHE

MEVELEC
MOIRE

Marie-Noëlle
Nathalie

INRA
INRA

1 PRAG

WALTERS-GALOPIN

Susan

ANGLAIS

1 PAST

JOYEUX

VINCENT

FILIÈRE PHARMACIE

3 AHU

FOUCAULT
FOUCAULT-FRUCHARD
MARLET

Amélie
Laura
Julien

HEMATOLOGIE
PHARMACIE CLINIQUE
MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE



SERMENT DE GALIEN

En présence des Maitres de la Faculté, je fais le serment :

D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle aux principes qui m'ont été enseignés et d'actualiser mes connaissances ;

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de Déontologie, de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers la personne humaine et sa dignité ;

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels ;

De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession ;

De faire preuve de loyauté et de solidarité envers mes collègues pharmaciens ;

De coopérer avec les autres professionnels de santé ;

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque.

Date : 13 Septembre 2021

L'étudiant

M HAURO Pierre-Antoine

Le Doyen de la Faculté

Professeur Véronique Maupoil

I. Remerciements

Aux membres du jury,

Je remercie chaleureusement toutes les personnes qui m'ont aidé pendant l'élaboration de cette thèse et tout particulièrement ma directrice, Madame le docteur Mary-Christine Lanoue, pour son très grand intérêt, son soutien, sa disponibilité et ses nombreux conseils. Merci pour son aide et son appui lors de mon intervention dans la gestion de crise Covid-19 à l'Agence Régionale de Santé du Centre-Val de Loire.

Merci au professeur Claire Pouplard, qui a accepté la présidence de cette thèse, sa vision de praticien hospitalier nous est essentielle et nous permet d'engager une discussion pluridisciplinaire,

Merci au médecin et docteur Frederick Gay, pour ses relectures très attentives, ses différents apports et ses recommandations,

Merci à Chantal Cateau, pour l'ensemble des échanges sur la Haute Autorité de Santé ainsi que sur la place du patient,

Merci à Danièle Desclerc-Dulac pour avoir apporté sa grande expertise sur la vision-patient et la démocratie sanitaire.

Merci à ma famille

À mes grands-parents, mes parents et mon frère pour votre soutien indéfectible pendant toutes mes années étudiantes.

Je suis fier de vous présenter ce travail qui est l'aboutissement de longues années d'étude de pharmacie. Je suis heureux de pouvoir vous dire que nous y sommes, la tâche est accomplie. Une thèse, une soutenance et bientôt un serment, qui marquent la fin d'un cheminement universitaire et intellectuel.

À Julie, pour ta joie de vivre, ta pertinence et tes analyses. Merci pour tout ce que nous partageons de la montagne à la Lexicométrie !

Merci à mes collègues de crise

À l'ensemble des acteurs de l'Agence Régionale de Santé de la région Centre-Val de Loire avec qui nous avons géré la 1^{er} vague et la 2^{ème} vague de la COVID-19,

À Françoise Dumay ainsi que Judicaël Laporte pour votre confiance. À Stéphanie Péan, avec qui a été mis en place l'ensemble du circuit de logistique de distribution du gel hydroalcoolique. À Emmanuel Meurville, Béatrice Blanchard, Emmanuelle Bardet, et Hélène Kerbrat pour tous les sujets de logistique, de surblouses, de gants, de masques sur lesquels nous avons œuvré. À Florent Revardel et Laurent Diot, pour leur grande connaissance des établissements médico-sociaux, avec qui ce fut un plaisir de travailler. À Françoise Moraguez, Anne Marquis, Christophe Corbel, ainsi que Pascal Grossier, qui n'ont pas douté et m'ont accompagné sur de très nombreux projets ! À Gabriel Heurtebize, Patrick Lepinay, Matthieu Lemarchand, pour notre collaboration dans la cellule de suivi des dépistages, et aussi à Cécile et Caroline. À Jérôme, Tek ainsi que Brigitte et Sandrine pour l'ensemble de notre collaboration au sein de la CVAGS. Ce fut un plaisir de travailler à vos côtés ! À Esra Duru Morvan, Dominique Pierre, Houria Mouas, Emmanuelle Lebrun, et à tous les membres de la CVAGS avec lesquels nous

avons pu travailler, échanger, réfléchir et inventer ! À Hervé, avec qui un projet IT d'envergure a pu être monté. À Benjamin Kegel, qui s'est dévoué pour venir en soutien à l'agence...

Merci à mes collègues de Servier

À Patrick Wüthrich, Yves-Michel Ginot, Agathe Morin-Bigot et Fabrice Ramalingom. Je vous remercie de m'avoir soutenu tout au long de mon travail d'analyse et d'écriture.

Merci à mes amis

À tous mes amis de pharmacie et de mon cursus scolaire et universitaire : François, Germain, Jeremy, Milan, Florie-Ambre, Élodie et Maxime, Manon, Sony, Louise, Blandine, Paul, Pierre, Arnaud (le meilleur binôme), Eilean, Garance, Hugo, Sara bio et Sara ERS, Marjorie et à tous mes autres camarades de promotion. Pour toutes ces rencontres et ces bons moments, que de bonnes années à vos côtés et ce n'est qu'un début !

À tous mes amis du Spéléo-Club de Touraine ainsi qu'au Groupe d'Amis Spéléologues du Loiret. À Fabienne et Vincent, Sophie et Pierre, Sophie et Jean-Luc, Laure, Silvain, Agnès, Kathleen, Juliette, Antoine, Pierre-Yves, Jean-Louis, Gazani, Jean-Michel D et M, François... À nos aventures !

Et à tous les autres...

*« La liberté n'existe que là où l'intelligence et le courage
parviennent à mordre sur la fatalité.*
- Roger Caillois



Figure 1 - Assujettis sociaux - Les Bidochon, tome 7 - Christian Binet

Relation patient-soignant et paternalisme - Utilisation de la 3^{ème} personne du singulier lors de l'annonce d'une prise en charge

II. Sommaire

I.	Remerciements.....	5
II.	Sommaire	9
III.	Table des figures	12
IV.	Introduction	15
V.	Objectifs	17
A.	Objectif principal.....	17
B.	Objectifs secondaires.....	17
VI.	Matériel et Méthode	18
A.	Définitions	18
B.	Sources des données et formatage.....	20
B.1.	Textes conservés dans la version 2010	20
B.1.	Textes conservés dans la version 2014	20
B.2.	Textes conservés dans la version 2020 (version non définitive de 2019).....	21
B.3.	Textes conservés dans la version 2020 (version définitive).....	21
C.	Explication des différents tests et paramétrages	21
C.1.	Lemmatisation, Analyse statistique du corpus et nuage de mots	21
C.2.	Analyse de similitude (ADS)	22
C.2.1.	Principes généraux.....	22
C.2.2.	Paramétrages.....	23
C.3.	Classification de Reinert – Classification Descendante Hiérarchique (CDH)	24
C.3.1.	Principes généraux.....	24
C.3.2.	Paramétrages.....	25
C.4.	Spécificités et AFC.....	25
C.4.1.	Principes généraux.....	25
C.4.2.	Paramétrage	27
C.5.	Temporalité méthodologique	28
VII.	Résultats	29
A.	Analyse de l'ensemble des guides méthodologiques à destination des établissements de santé : certification V2010, V2014, et V2020 (version non définitive de 2019)	29
A.1.	Analyse statistique du corpus	29
A.2.	Structure des discours et analyse de similitude	30
A.3.	Structure des discours et classification de Reinert	32

A.3.1.	Description des classes	33
A.3.2.	Classement en catégories et sous-catégories	36
A.3.3.	Relations entre les différentes classes	37
A.3.4.	Relation entre les classes et les différents guides de certifications (V2010, V2014 et V2020 non définitive).....	40
A.4.	AFC sur la modalité de variable « version »	41
B.	Analyse de la version 2010 du guide de certification	43
B.1.	Analyse statistique du corpus	43
B.2.	Structure des discours et analyse de similitude	44
B.3.	Structure des discours et classification de Reinert	46
B.3.1.	Description des classes	46
B.3.2.	Classement en Catégorie et sous-catégorie	49
B.3.3.	Analyse de similitude des classes se référant au patient	49
B.3.4.	Relations entre les différentes classes	56
C.	Analyse de la version 2014 du guide de certification	58
C.1.	Analyse statistique du corpus	58
C.2.	Structure des discours et analyse de similitude	59
C.3.	Structure des discours et classification de Reinert	61
C.3.1.	Description des classes	62
C.3.2.	Classement en Catégorie et sous-catégorie	64
C.3.3.	Analyse de similitude des classes se référant au patient	65
C.3.4.	Relations entre les différentes classes	68
D.	Analyse de la version 2020 du guide de certification (version 2019).....	70
D.1.	Analyse statistique du corpus	70
D.2.	Structure des discours et analyse de similitude	71
D.3.	Structure des discours et classification de Reinert	74
D.3.1.	Description des classes	74
D.3.2.	Classement en catégories et sous-catégories	77
D.3.3.	Analyse de similitude des classes se référant au patient	78
D.3.4.	Relations entre les différentes classes	84
E.	Analyse de la certification Version 2020 (version définitive)	85
E.1.	Analyse statistique du corpus	85
E.2.	Structure des discours et analyse de similitude	87
E.3.	Structure des discours et classification de Reinert	90

E.3.1.1.	Description des classes.....	90
E.3.1.2.	Classement en catégories et sous-catégories.....	93
E.3.1.3.	Analyse de similitude des classes se référant au patient.....	94
E.3.1.4.	Relations entre les différentes classes	99
VIII.	Discussion	100
IX.	Conclusion.....	102
X.	Annexes	106
XI.	Bibliographie.....	112

III. Table des figures

Figure 1 - Assujettis sociaux - Les Bidochon, tome 7 - Christian Binet.....	8
Figure 2 - représentation de 4 communautés d'après Kanawati ⁹	18
Figure 3 - Construction du tableau à deux entrées et tableau de synthèse du nombre de cooccurrences entre chaque lemme.....	22
Figure 4 - Schématisation de l'analyse de similitude avec indices de cooccurrence basée sur des données de la figure ci-dessus.....	23
Figure 5 - Construction du tableau à deux dimensions et tableau issu du résultat par classification hiérarchique descendante.....	24
Figure 6 - Phylogramme de synthèses des différentes classes.....	25
Figure 7 - Matrice d'entrée des données M, matrice d'indépendance M0 et écart à l'indépendance ($E = M - M0$).....	26
Figure 8 - Les 3 premières lignes de la matrice d'indépendance avec leur décomposition en deux matrices factorisables. Utilisation des L1C1 et L2C2 dans la construction du tableau final.	27
Figure 9 - Graphique du tableau final et répartition des lemmes et des versions du guide de certification.....	27
Figure 10 - Nuage de mots des guides de certification V2010, V2014 et V2020 version non définitive.....	29
Figure 11 - Analyse de similitude (ADS de 100 formes) et indices de cooccurrence (fréquence supérieure à 10) des guides de certification V2010, V2014 et V2020 version non définitive.	30
Figure 12 - Phylogramme des classes par la méthode Reinert des guides de certification V2010, V2014 et V2020 version non définitive.....	32
Figure 13 - Chi2 par classe et phylogramme sur la forme « patient ».....	36
Figure 14 - Phylogramme de synthèses des différentes classes avec pourcentage des répartitions dans le corpus.....	37
Figure 15 - Analyse factorielle des correspondances (AFC) méthode Reinert : positionnement des classes.....	38
Figure 16 - Chi2 par version du guide de certification.....	40
Figure 17 - valeurs tests sur le mot patient en fonction de la version du guide de certification.....	41
Figure 18 - Analyse factorielle des correspondances sur la variable « date de la certification » :	42
Figure 19 - Nuage de mots du guide de la certification V2010.....	43
Figure 20 - Analyse de similitude (100 formes) et indices de cooccurrence (fréquence supérieure à 10) du guide de certification V2010.....	44
Figure 21 - Synthèse de l'analyse de similitude du guide de certification version 2010.....	45
Figure 22 - Phylogramme des classes par la méthode Reinert du guide de la certification V2010.....	46
Figure 23 - Phylogramme de synthèses des différentes classes dans la V2010.....	49
Figure 24 - Chi2 par classe et phylogramme sur la forme « patient » du guide V2010.....	50
Figure 25 - Analyse de similitude (87 formes) et indices de cooccurrence (fréquence supérieure à 2).....	51

Figure 26 - Analyse de similitude (100 formes) et indices de cooccurrence (fréquence supérieure à 4) de la classe 2	53
Figure 27 - Analyse de similitude (100 formes) et indices de cooccurrence (fréquence supérieure à 3) de la classe 4	54
Figure 28 - Analyse factorielle des correspondances de la méthode Reinert : positionnement des classes de la V2010	56
Figure 29 - Nuage de mots du guide de la certification V2014	58
Figure 30 - Analyse de similitude (100 formes) et indices de cooccurrence (fréquence supérieure à 10) du guide de certification V2014	59
Figure 31 - Synthèse de l'analyse de similitude du guide de certification version 2014	61
Figure 32 - Phylogramme des classes par la méthode Reinert du guide de la certification V2014	61
Figure 33 - Phylogramme de synthèse des différentes classes dans la V2014	65
Figure 34 - Chi2 par classe et phylogramme sur la forme « patient » du guide V2014	65
Figure 35 - Analyse de similitude (100 formes) et indices de cooccurrence (fréquence supérieure à 2) de la classe 4	66
Figure 36 - Analyse factorielle des correspondances de la méthode Reinert : positionnement des classes de la V2014	68
Figure 37 - Approche processus du soin	69
Figure 38 - Nuage de mots du guide de la certification V2020 (version 2019)	70
Figure 39 - Analyse de similitude (71 formes) et indices de cooccurrence (fréquence supérieure à 25) du guide de certification V2020	71
Figure 40 - Synthèse de l'analyse de similitude du guide de certification version 2020	73
Figure 41 - Phylogramme des classes par la méthode Reinert du guide de la certification V2020	74
Figure 42 - Phylogramme de synthèses des différentes classes dans la V2020	77
Figure 43 - Chi2 par classe et dendrogramme sur la forme « patient » du guide V2020	78
Figure 44 - Analyse de similitude (76 formes) et indices de cooccurrence de la classe 2	79
Figure 45 - Analyse de similitude (95 formes) et indices de cooccurrence de la classe 3	81
Figure 46 - Analyse factorielle des correspondances de la méthode Reinert :	84
Figure 47 - Nuage de mots du guide de la certification V2020 (version définitive)	86
Figure 48 - Analyse de similitude (110 formes) et indices de cooccurrence (fréquence supérieure à 25)	87
Figure 49 - Synthèse de l'analyse de similitude du guide de certification version 2020 (définitive)	89
Figure 50 - Phylogramme des classes par la méthode Reinert du guide de la certification V2020 définitive	90
Figure 51 - Phylogramme de synthèse des différentes classes dans la V2020 version définitive	93
Figure 52 - Chi2 par classe et dendrogramme sur la forme « patient » du guide V2020 version définitive	94
Figure 53 - Analyse de similitude (65 formes) et indices de cooccurrence de la classe 2	95
Figure 54 - Analyse de similitude (74 formes) et indices de cooccurrence de la classe 3	97
Figure 55 - Analyse factorielle des correspondances de la méthode Reinert :	99
Figure 56 - le patient et le professionnel s'entourant de l'entourage, de l'établissement	105

Figure 57 - Textes conservés sur une page de la V2010.....	106
Figure 58 - Textes conservés sur une page de la V2014.....	107
Figure 59 - Textes conservés sur une page de la V2020 version 2019	108
Figure 60 - Textes conservés sur une page de la V2020 version définitive.....	109
Figure 61 - AFC sur la variable date – en vert la version 2014, en rouge la V2010 et en violet et bleu la V2020 définitive et non définitive. Les V2020 définitive et non définitive se chevauche parfaitement, ce qui traduit une homogénéité des discours.....	110
Figure 62 - Analyse factorielle des correspondances de la méthode Reinert ayant une homogénéité des discours, figure de Ferrara et al https://www.researchgate.net/figure/AFC-sur-le-corpus-renove-suivant-la-variable-acteurs_fig1_303830214	111

IV. Introduction

Le mot patient est issu du mot latin *patiens* qui signifie « celui qui endure » ou « celui qui supporte »¹. Depuis plusieurs années et jusqu'à l'arrivée du « Coronavirus Disease 2019 », communément appelé la Covid-19, les ministères de la Santé successifs ainsi que les différentes instances de santé n'ont eu de cesse de tenter de remettre le patient au centre du soin, de l'attention de nos professionnels et de nos établissements. En témoigne l'unité d'enseignement n°7 dispensée en première année commune aux études de santé (PACES) qui a pour sujet « santé, société, humanité »². La société souhaite donc mettre le patient au centre de la santé. Si l'on définit le soin comme un acte thérapeutique qui vise à améliorer la santé du corps et la santé psychique, celui-ci s'étend naturellement au bien-être³. En somme, le soin ne se résume plus à l'unique acte technique, il va au-delà. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) partage cette vision, puisqu'elle définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social » et ajoute que la santé « ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »⁴. La santé est, et doit-être, à l'instar de l'individu, prise en compte dans sa globalité ; elle est intrinsèquement associée au bien-être. Il est indispensable que cette définition élargie de la santé soit prise en compte et mise en place aujourd'hui au sein de nos établissements de santé. Si la volonté d'évoluer en ce sens a émergé depuis plusieurs années, il reste à évaluer dans quelle mesure cela a été mis en œuvre. Trouver un dénominateur commun d'appréciation de la place du patient dans nos établissements de santé, publics ou privés, quelles que soient leurs tailles ou leurs activités, nous permettrait d'observer et de comparer cette émergence. Pour cela nous nous sommes tournés vers la certification des établissements de santé pour la qualité des soins. Comme l'indique la Haute Autorité de Santé (HAS), la certification est le seul dispositif qui offre un cadre global d'analyse et d'évaluation externe de la qualité des soins et des prises en charge dans l'ensemble les établissements de santé. Elle considère en outre la certification comme un levier de mobilisation des acteurs hospitaliers et des représentants des usagers. En effet, celle-ci a un réel rôle structurant dans la vie d'un établissement et des professionnels qui y travaillent. L'attribution d'une certification à un établissement résulte d'une expertise réalisée par des visiteurs-experts, qui se basent sur des guides méthodologiques ou « référentiels de certification »^a régulièrement mis à jour. On trouve 3 versions majeures de ces référentiels : la V2010, la V2014 et enfin la V2020 dont la mise en œuvre devait initialement commencer en mars 2020. Deux versions du référentiel V2020 ont

^a Dénommé également guide de certification

été présentées : la version de 2019, non-définitive, qui a été soumise pour avis aux professionnels de santé, et la version définitive, parue finalement en 2021, profondément remaniée afin de tenir compte de l'impact de la 1^{ère} vague de Covid-19 ainsi que des différentes consultations.

La description détaillée du fonctionnement et des paramètres des tests statistiques utilisés pour analyser les différents guides de certifications sera l'amorce de notre réflexion. Celle-ci se poursuit par la présentation des résultats de l'analyse des trois guides de certifications regroupés (V2010, V2014, V2020 non définitive) puis des résultats des quatre guides analysés séparément (V2010, V2014, V2020 non définitive ainsi que la V2020 définitive). Enfin, nous reviendrons sur les apports majeurs de ces analyses, les enjeux qu'ils soulèvent, mais également leurs limites, et les perspectives qu'ouvrent l'ensemble des réflexions menées.

V. Objectifs

A. Objectif principal

Étudier l'évolution de la place du patient dans les établissements de santé dans ces quatre référentiels, V2010, V2014, et V2020 (version non définitive ainsi que la version en vigueur). Si l'analyse d'indicateurs hospitaliers s'avère aisée puisque plus facilement quantifiable, l'étude de la place du patient au travers des guides méthodologiques s'avère plus complexe à réaliser avec des outils classiques. Pour répondre à notre problématique et définir le niveau de traitement du sujet, d'autres outils s'avèrent indispensables. Nous les avons trouvés dans le domaine de l'analyse de données textuelles. Rarement utilisés sur des corpus traitant de la santé, ils sont pratiquement inexistant dans la bibliographie.

B. Objectifs secondaires

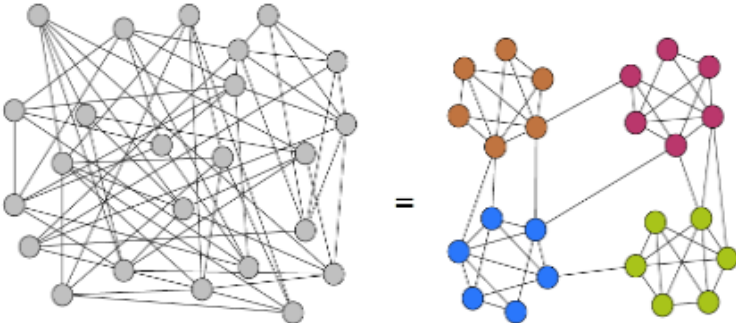
Démontrer l'applicabilité de cette approche lexicométrique sur les textes de santé et leur pertinence en tant qu'aide à la résolution de nos différentes problématiques sur la place du patient.

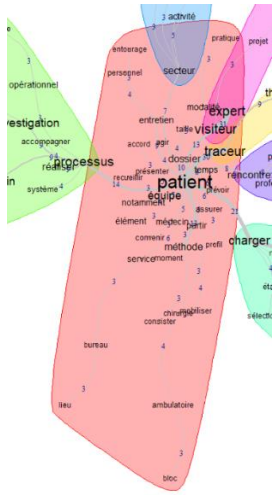
Identifier la ou les méthodes les plus adaptées à cette analyse comparative de textes et leurs limites.

VI. Matériel et Méthode

Issus de la linguistique structurale et de l'analyse de discours, les outils d'analyse lexicométrique permettent une analyse à la fois quantitative et qualitative d'un ensemble de textes, ou corpus, et se basent sur les travaux de Jean-Paul Benzécri, mathématicien et statisticien français. Les analyses de données textuelles qualifient des éléments de texte en les classant dans des catégories, mais aussi en analysant leur répartition statistique en termes de fréquence ou de χ^2 ⁵. Pour réaliser nos analyses de données textuelles, nous utiliserons l'« Interface de R pour les Analyses multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires » ou IRaMuTeQ. Il s'agit d'un logiciel libre de droits construit avec d'autres logiciels libres qui utilisent R ainsi que certaines bibliothèques comme igraph, wordcloud, irlba, ou encore textometry⁶.

A. Définitions

Mot-outil	<p>Ou mot grammatical - Groupe de mots dont la fonction syntaxique prime sur la fonction sémantique. En opposition au mot-outil, on trouve le mot-plein chez lequel les deux fonctions sont aussi importantes l'une que l'autre.⁷</p> <p>Regroupe les déterminants (articles et adjectifs non qualificatifs), les prépositions, les pronoms et les conjonctions de coordination et de subordination.⁸</p>
Forme Anti-profil	Formes significativement absentes d'une classe
Communauté	<p>Une communauté est un sous-graphe dense faiblement lié au reste du graphe⁹.</p>  <p><i>Figure 2 - représentation de 4 communautés d'après Kanawati⁹</i></p>

	<p>Une communauté dans IRaMuTeQ :</p> 
Cooccurrence	Présence de deux lemmes dans le même segment
Corpus	Ensemble de textes
Halo	Représente les communautés par un halo de couleur
Hapax	Forme citée une unique fois
IRaMuTeQ	Logiciel libre : Interface de R pour les Analyses multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires. Il permet de faire des analyses statistiques sur des corpus texte
Lemmatisation	<p>Les occurrences sont réduites à leur racine ; les verbes sont ramenés à l'infinitif, les noms au singulier et les adjectifs au masculin singulier¹⁰.</p> <p><i>Ex. : « l'hôpital organise les parcours des patients » donnera les lemmes suivants : l hôpital organiser le parcours de patient.</i></p>
Lemme, Forme	Obtenu par la lemmatisation d'une occurrence
Occurrence	<p>Apparition (d'une forme linguistique, d'un mot...) dans un corpus</p> <p>Exemple : « mangeons », « lumière », ou encore « bleu » sont des occurrences</p>
Segment	Section de texte issue du découpage en unités plus petites (les segments de texte) par IRaMuTeQ. Ce découpage peut se faire en

	fonction du nombre d'occurrences, mais surtout respecte la ponctuation. ^a
Variable et Modalité de variable	Tous deux sont appliqués lors du formatage d'un texte pour IRaMuTeQ. Il se présente sous la forme *Variable_modalité Exemple : *Date_2014 Date est la variable et 2014 la modalité de variable

B. Sources des données et formatage

Afin de réaliser notre base de données textuelle, nous utilisons les sources de textes suivantes :

- Guide méthodologique Version 2010^{11,12}
- Guide méthodologique Version 2014^{13,14}
- Guide méthodologique Version 2020 non définitive (version de mars 2019)
- Guide méthodologique V2020 définitif^{15,16}

Nous convertissons tout d'abord les fichiers PDF en format Word à partir de l'option présente dans l'éditeur de texte. Nous réalisons ensuite des copiés-collés entre le fichier Word et un fichier TXT que nous créons à partir de Notepad++¹⁷. Ce fichier est codé en UTF-8.

Pour que IRaMuTeQ puisse lire ce document, nous formatons le corpus de texte. Pour cela, nous introduisons chaque guide méthodologique par une suite de caractères :

**** *date_dateVersion

B.1. Textes conservés dans la version 2010

Lors de la copie des différents textes, nous conservons :

- L'avant-propos,
- L'introduction,
- Toutes les pages du chapitre 1 à la fin du chapitre 2 (dernier chapitre),
- Le lexique,

En annexe sur la Figure 57 se trouve un exemple des textes conservés sur une page.

B.1. Textes conservés dans la version 2014

Lors de la copie des différents textes, nous conservons :

^a Ce qui le différencie fondamentalement des autres logiciels d'analyse textuel. En s'appuyant sur la ponctuation il permet de conserver le sens des segments.

- Le lexique
- Toutes les pages du chapitre 1 à la fin du chapitre 12 (dernier chapitre)
- Les Annexes 1 et 2

En annexe sur la Figure 58 se trouve un exemple des textes conservés sur une page

B.2. Textes conservés dans la version 2020 (version non définitive de 2019)

Lors de la copie des différents textes, nous conservons :

- Propos introductifs
- Toutes les pages du chapitre 1 à la fin du chapitre 4 (dernier chapitre) avec les sous-objectifs
- Suppression des sommaires intermédiaires

En annexe sur la Figure 59 se trouve un exemple des textes conservés sur une page

B.3. Textes conservés dans la version 2020 (version définitive)

Lors de la copie des différents textes, nous conservons :

- Propos introductif
- Structuration du référentiel
- Toutes les pages du chapitre 1 à la fin du chapitre 4 (dernier chapitre) avec les sous-objectifs

Exemple des textes conservés en annexe sur la Figure 60.

C. Explication des différents tests et paramétrages

C.1. Lemmatisation, Analyse statistique du corpus et nuage de mots

Afin d'analyser notre corpus, il est nécessaire de ramener le vocabulaire à sa forme brute d'une part afin de pouvoir l'harmoniser, d'autre part pour réduire le nombre de colonnes du tableau lexical. Pour cela, nous supprimons les pluriels, nous mettons les verbes à l'infinitif, nous supprimons certains suffixes ; en somme nous ramenons les occurrences à leurs racines. Ce processus est appelé lemmatisation et l'ensemble des tests statistiques que nous réalisons le sont après cette étape. Celle-ci permet d'augmenter les possibilités statistiques en regroupant les formes. Il est ensuite possible de retrouver l'information perdue avec la mise en évidence des

segments de texte caractéristique ou les concordanciers^a qui remettront les lemmes dans leurs contextes et sous leur vraie forme. Au cours de la lemmatisation, sont extraits les mots-outils qui, par défaut, ne seront pas pris en compte dans les analyses.

Nous réalisons l'analyse statistique à partir de l'option statistique d'IRaMuTeQ avec le dictionnaire par défaut. Celle-ci permet d'obtenir le nombre total d'occurrences, le nombre de formes après lemmatisation et nous indique la fréquence des différentes formes actives.

Les nuages de mots sont réalisés après lemmatisation avec les valeurs par défaut.

C.2. Analyse de similitude (ADS)

C.2.1. Principes généraux

L'analyse de similitude permet d'étudier la cooccurrence, c'est-à-dire le nombre de fois où deux mots apparaissent dans le même segment. Cette analyse se base sur des techniques émanant de la théorie des graphes. Elle permet de présenter la structure des éléments du corpus en représentant la manière dont les mots sont reliés ensemble et a pour objectif d'étudier la proximité et les relations entre les différents lemmes¹⁸.

IRaMuTeQ construit en premier un tableau à deux entrées avec en ligne les différents segments de textes et en colonne les différentes formes rencontrées (Figure 3). À l'intersection, entre ligne et colonne se trouvent l'information sur la présence (« 1 ») ou l'absence (« 0 ») du lemme dans le segment concerné.

	#	Lemmes			
		Patient	Soin	Qualité	Etablissement
segment	1	1	1	1	0
	2	1	0	1	0
	3	0	1	1	1
	4	0	0	1	0
	5	1	1	1	0
	6	1	0	1	0
	7	0	1	1	0
	8	0	0	1	0
	9	1	1	1	1
	10	1	0	1	0

Synthèse du nombre de cooccurrences

		Lemmes			
		Patient	Soin	Qualité	Etablissement
Lemmes	Patient	0	3	6	1
	Soin	3	0	5	2
	Qualité	6	5	0	2
	Etablissement	1	2	2	0

Figure 3 - Construction du tableau à deux entrées et tableau de synthèse du nombre de cooccurrences entre chaque lemme

Dans un second temps IRaMuTeQ génère un graph à partir du tableau de synthèse. Il utilise la librairie igraph^{6,19} afin de représenter les différentes communautés (sous-graphe dense

^a Le concordancier permet de retrouver un segment de texte dans une classe, les encadrés avec les textes en rouge qui seront exposés ci-après sont issus des différents concordanciers.

faiblement lié au reste du graphe⁹). Dans un troisième et dernier temps, IRaMuTeQ construit le graphe et colore les différentes communautés avec des halos. Comme représenté sur le schéma ci-dessous, l'épaisseur des liaisons entre les lemmes est proportionnelle au nombre de cooccurrences.

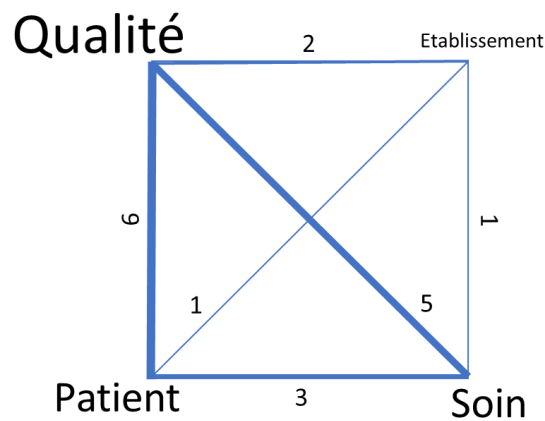


Figure 4 - Schématisation de l'analyse de similitude avec indices de cooccurrence basée sur des données de la figure ci-dessus

C.2.2. Paramétrages

Nous réalisons l'analyse de similitude avec IRaMuTeQ que nous paramétrons avec lemmatisation et le dictionnaire par défaut. Nous paramétrons ensuite l'indice sur *cooccurrences* et présentation sur *Fuchterman Reingold*. Nous sélectionnons le type *statique* pour le type de graphique. Nous cochons : *arbre maximum*, *texte sur les sommets*, *indice sur les arêtes*, *arêtes courbées*. Nous configurons la taille des textes sur *10* et nous sélectionnons *communauté* ainsi que *halo* que nous paramétrons sur *edge.betweenness.community*. Au niveau de la sélection du nombre de lemmes dans un premier temps nous sélectionnons les 100 premiers. Néanmoins, si l'analyse de similitude est illisible, nous réalisons une diminution du nombre de lemmes. Pour les analyses de similitude concernant un corpus dont le nombre total de lemmes est inférieur à 100, nous incluons l'ensemble des lemmes dans l'analyse. Le nombre de formes de chaque ADS est indiqué dans la légende de la figure. Enfin, dans les paramètres graphiques nous cochons : *taille des textes des sommets proportionnels à la fréquence* et nous sélectionnons un *Chi2 maximum* à 25. Nous cochons également pour que la *largeur des arêtes soit proportionnelle à l'indice minimum de 1 et maximum de 10*.

C.3. Classification de Reinert – Classification Descendante Hiérarchique (CDH)

C.3.1. Principes généraux

La méthode de classification hiérarchique descendante donne un résultat présenté sous forme de dendrogramme. Son objectif est de regrouper les mondes symboliques lexicaux communs et donc de mettre en évidence les thèmes généraux du corpus.

Pour réaliser une CDH, IRaMuTeQ se base sur la méthode Alceste et l'algorithme de classification de Max Reinert^{20,21}. Celui-ci crée tout d'abord un tableau en deux dimensions avec en ligne les différents segments de textes et en colonne les différentes formes rencontrées. Au croisement de chaque ligne et de chaque colonne se trouve l'information sur la présence ou l'absence du lemme dans le segment concerné. La présence est codée par un « 1 » et l'absence est codée par un « 0 ». Dans l'exemple de la Figure 5 sur le premier tableau de gauche, on peut donc voir que pour le segment 1, les formes a, d, f, et h sont présentes alors que les formes b, c, e, g, i et j sont absentes.

L'algorithme réordonne ensuite les tableaux en de nouveaux sous-ensembles, les classes et retire les formes non caractéristiques. Les sous-ensembles ayant les plus grandes hétérogénéités seront à nouveau divisés en « classes » (Figure 5).

		Formes (Lemmes)										Σ
	#	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	ligne
Segments de texte	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	4
	2	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
	3	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	7
	4	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
	5	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	7
	6	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	2
	7	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	5
	8	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	2
	9	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	2
Σ		4	5	3	3	3	4	5	3	3	3	36

Classification
Descendante
Hiérarchique

→

A.Reinert

		Formes (Lemmes)										Σ ligne
	#	a	f	d	h	c	e	i	j	b	g	Σ ligne
Segments de texte	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	4
	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
	3	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	8
	4	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
	5	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	7
	6	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
	7	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	5
	8	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
	9	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
Σ		4	4	3	3	3	3	3	3	5	5	36
		Classe 1		Classe 2		Classe 3			Classe 4			

Figure 5 - Construction du tableau à deux dimensions et tableau issu du résultat par classification hiérarchique descendante

Le résultat final est double, un dendrogramme avec les embranchements (catégories, parfois des sous-catégories et enfin les classes) et les lemmes qui composent chaque classe. La taille des lemmes composant chaque classe est proportionnelle au Chi2 (Figure 6).

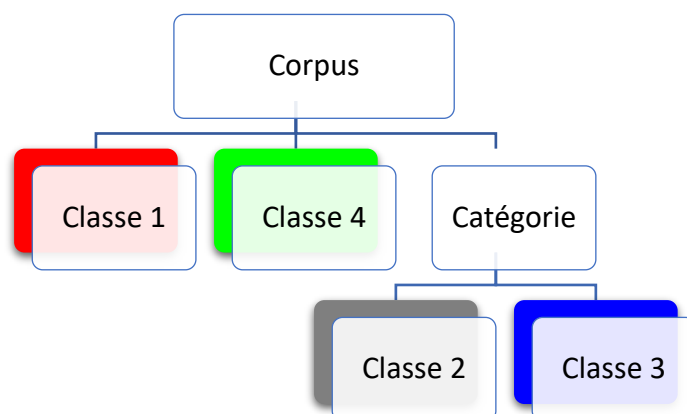



Figure 6 - Phylogramme de synthèses des différentes classes

C.3.2. Paramétrages

Afin de réaliser l'analyse à l'aide de la méthode Reinert, nous utilisons IRaMuTeQ. Nous paramétrons l'analyse Reinert avec lemmatisation et le dictionnaire par défaut. Nous paramétrons ensuite la classification sur *simple segment de texte*, la taille de *rst1* sur 12, la taille de *rst2* sur 14, le nombre de classes terminales de la phase 1 sur 10, le nombre minimum de segments de texte par classe est laissé en automatique, le nombre maximum de formes analysées est de 3000, nous utilisons la méthode irlba. Nous paramétrons ensuite le phylogramme avec



l'option . Pour obtenir les segments caractéristiques de chaque classe, nous cliquons sur profils puis nous réalisons un clic droit sur un lemme de chaque classe pour obtenir les segments de texte caractéristiques. Ces segments sont ensuite sauvegardés en format HTML.

C.4. Spécificités et AFC

C.4.1. Principes généraux

Les analyses statistiques exploratoires multidimensionnelles ont pour objectif l'étude descriptive d'importants tableaux avec n lignes, de quelques dizaines à millions, et p colonnes dont le nombre peut varier dans les mêmes proportions. Le résultat de ces analyses aboutit à des graphiques et des indicateurs de synthèse qui permettent de résumer les structures ainsi que les principales caractéristiques de ces tableaux²². Elles permettent d'obtenir plusieurs plans factoriels, dont le 1^{er} (qui est la projection des 2 premières dimensions : F1 X F2) est celui qui explique la plus grande partie de l'inertie^a totale. L'Analyse Factorielle des Correspondances

^a L'inertie s'apparente à la dispersion ou variance totale

ou AFC est l'une de ces méthodes et permet une étude descriptive d'un grand nombre de variables et d'individus. L'AFC peut se réaliser soit sur une variable, les modalités d'une variable, ou sur les classes issues d'une CDH. Elle organise donc ces données, après transformation statistique, sous forme de graphiques à deux dimensions faisant apparaître des éloignements et rapprochements lexicaux. Pour cela, elle met en évidence des distances entre les classes ou les groupes de mots du corpus. L'algorithme n'utilise pas un tableau de présence-absence comme nous avons pu le voir ci-dessus, mais un tableau du nombre d'occurrence, comme dans l'exemple de la Figure 7. Ce tableau à deux entrées peut être considéré comme une matrice que nous noterons "M". L'algorithme construit ensuite une matrice qui est le résultat d'une répartition indépendante de la version du guide de certification entre les différents lemmes. En d'autres termes, la version du guide n'influence pas la proportion des différentes formes. Nous appellerons la matrice de la situation d'indépendance « M0 ». IRaMuTeQ réalise ensuite une matrice d'écart à l'indépendance c'est-à-dire une matrice $M - M0$ que nous appellerons « E ». Cette Matrice des écarts à l'indépendance révèle ce qui est inattendu, ce qui est étonnant. Ce raisonnement est équivalent à celui qui préside à la réalisation d'un Chi2 d'indépendance.

Matrice d'entrée des données (M)

Lemmes	modalité de variable					
	V_2010	V_2014	V_2020	Total	%	
	Patient	10	5	4	19	7%
	Soins	13	5	3	21	7%
	Qualité	15	14	10	39	13%
	Etablissement	14	0	11	25	9%
	Prendre	11	16	1	28	10%
	Charge	10	12	18	40	14%
	Professionnel	11	19	8	38	13%
	Sécurité	17	6	19	42	14%
	Œuvre	4	0	8	12	4%
	Action	7	2	17	26	9%
	Total	112	79	99	290	
	%	39%	27%	34%		100%

Matrice d'indépendance (M0)

Lemmes	modalité de variable					
	V_2010	V_2014	V_2020	Total	%	
	Patient	7	5	6	19	7%
	Soins	8	6	7	21	7%
	Qualité	15	11	13	39	13%
	Etablissement	10	7	9	25	9%
	Prendre	11	8	10	28	10%
	Charge	15	11	14	40	14%
	Professionnel	15	10	13	38	13%
	Sécurité	16	11	14	42	14%
	Œuvre	5	3	4	12	4%
	Action	10	7	9	26	9%
	Total	112	79	99	290	
	%	39%	27%	34%		100%

Ecart à l'indépendance (E)

Lemmes	modalité de variable				
	V_2010	V_2014	V_2020	Total	
	Patient	3	0	-2	0
	Soins	5	-1	-4	0
	Qualité	0	3	-3	0
	Etablissement	4	-7	2	0
	Prendre	0	8	-9	0
	Charge	-5	1	4	0
	Professionnel	-4	9	-5	0
	Sécurité	1	-5	5	0
	Œuvre	-1	-3	4	0
	Action	-3	-5	8	0
	Total	0	0	0	0

Figure 7 – Matrice d'entrée des données M, matrice d'indépendance M0 et écart à l'indépendance ($E = M - M0$)

Afin de visualiser et d'expliquer plus objectivement les écarts de cette matrice, celle-ci se décompose en somme de matrices factorisables comme on peut le voir sur la Figure 8. C'est-à-dire $E = M1 + M2$ avec M1 et M2 qui doivent être factorisables c'est-à-dire le produit de deux matrices ($M1 = C1L1$ et $M2 = C2L2$).

Il faut ensuite réaliser une représentation graphique de cette décomposition. Pour les différents lemmes, les coordonnées sont codées par L1 et L2, qui vont respectivement donner l'abscisse et l'ordonnée. Pour les modalités, ce sont C1 et C2 qui définissent les coordonnées.

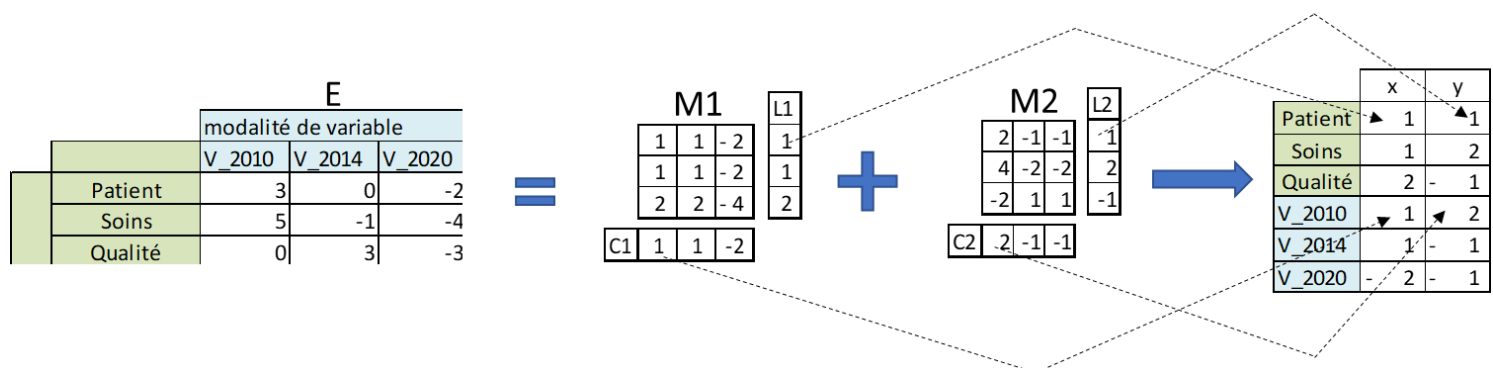


Figure 8 - Les 3 premières lignes de la matrice d'indépendance avec leur décomposition en deux matrices factorisables. Utilisation des L1C1 et L2C2 dans la construction du tableau final.

IRaMuTeQ construit ensuite un repère en deux dimensions et place les différents lemmes et modalités de variables à l'aide de L1, L2 et C1, C2. En représentant graphiquement les écarts à l'indépendance, nous représentons graphiquement ce qui est inattendu. Cela permet de regrouper et de visualiser les groupes de lemmes s'écartant de l'indépendance de manière analogue. De cette manière l'AFC met en lumière les distances entre les modalités ou les groupes de mots du corpus (Figure 9).

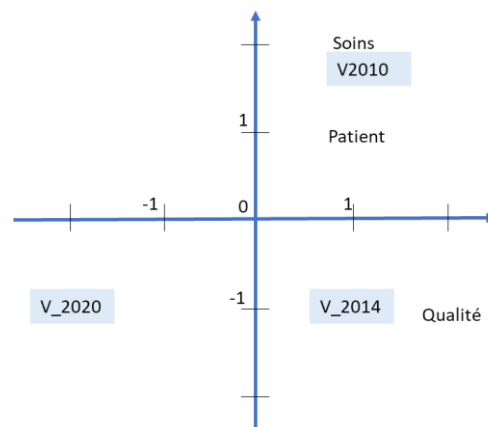



Figure 9 - Graphique du tableau final et répartition des lemmes et des versions du guide de certification.

C.4.2. Paramétrage

Nous réalisons l'analyse factorielle des correspondances avec IRaMuTeQ que nous paramétrons avec lemmatisation et le dictionnaire par défaut. Pour l'Analyse de l'ensemble des guides méthodologiques à destination des établissements de santé : certification V2010, V2014, et V2020, nous sélectionnons la variable date. Nous choisissons *formes actives* et *supplémentaires*, un indice qui suit une *loi hypergéométrique* et une *fréquence minimale de 10*. Afin de mettre en couleur les lemmes et leur « appartenance » au sein des différentes variables

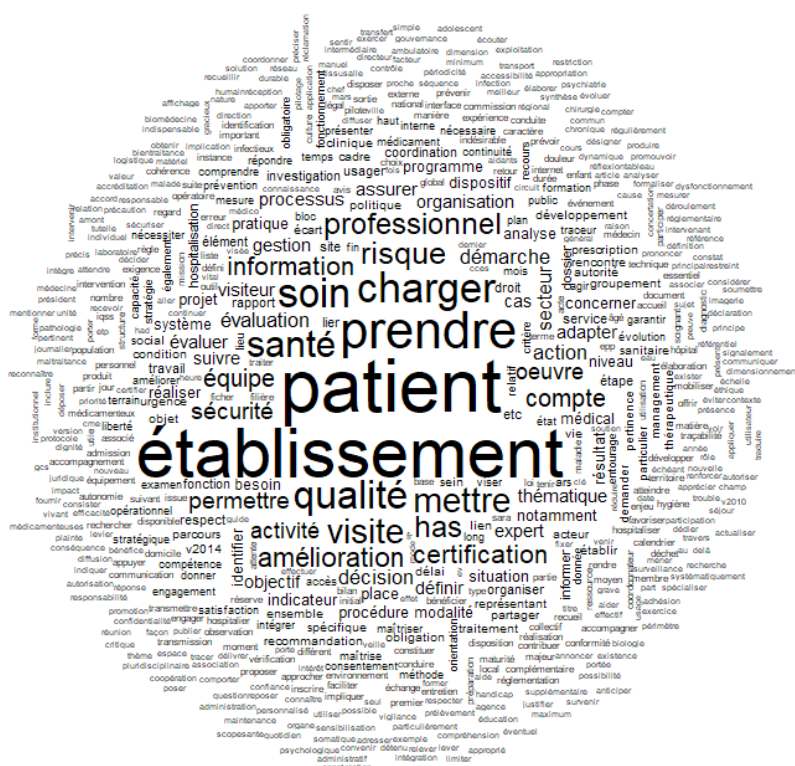
nous cliquons sur . Nous utilisons : un type de graphique en 2D, format de sortie en PNG, *représentation par coordonnée*, utilisation des *variables actives*, *largeur et hauteur de 1600*, une taille des textes de 20. Nous cochons ensuite *empêcher les recouvrements*, ainsi que *taille du texte proportionnelle au Chi2* avec un minimum à 5 et un maximum à 40. Les facteurs x et y sont respectivement laissés à 1 et 2.

C.5. Temporalité méthodologique

Dans un premier temps nous allons procéder à une analyse statistique succincte avec le nombre d'occurrences, et les mots qui sont les plus cités. Cette première approche sera illustrée avec un nuage de mots. Dans un deuxième temps nous réaliserons une analyse de similitude qui nous permettra d'illustrer la façon dont les différentes formes s'articulent entre elles. Nous réalisons ensuite une Classification Descendante Hiérarchique qui nous permettra de définir la structure des discours. Lors de l'analyse de cette classification de Reinert, nous décrirons les différentes classes avec un segment caractéristique, nous les classerons en catégories et sous-catégories puis nous réaliserons une analyse factorielle des correspondances (AFC) sur les différentes classes et lemmes, ceci afin d'observer les relations que les classes vont avoir entre elles. Enfin, et uniquement pour l'analyse simultanée de l'ensemble des guides méthodologiques, nous réaliserons une AFC sur la modalité de variable « version » du guide (V2010, V2014 et V2020).

A. Analyse de l'ensemble des guides méthodologiques à destination des établissements de santé : certification V2010, V2014, et V2020 (version non définitive de 2019)

Ce premier corpus réunit les guides de certifications (version 2010, 2014 et 2020 non définitive) et comprend 71 350 occurrences, soit 125 pages, en format A4 pour 3457 formes après lemmatisation.



En observant la fréquence des mots, nous constatons une forte utilisation de la forme « patient » qui est le mot le plus cité avec une fréquence de 838 devant « établissement » (770), soit 1,08 fois plus cité. Pour autant, cette approche initiale ne nous informe pas sur les différentes relations entre les formes, leur contexte non plus que sur la structure des discours qui compose ces différents guides.

Pour poursuivre notre analyse, nous réalisons une Analyse De Similitude (ADS) qui révèle une dimension supplémentaire en visualisant les différentes relations que les formes peuvent avoir entre elles.

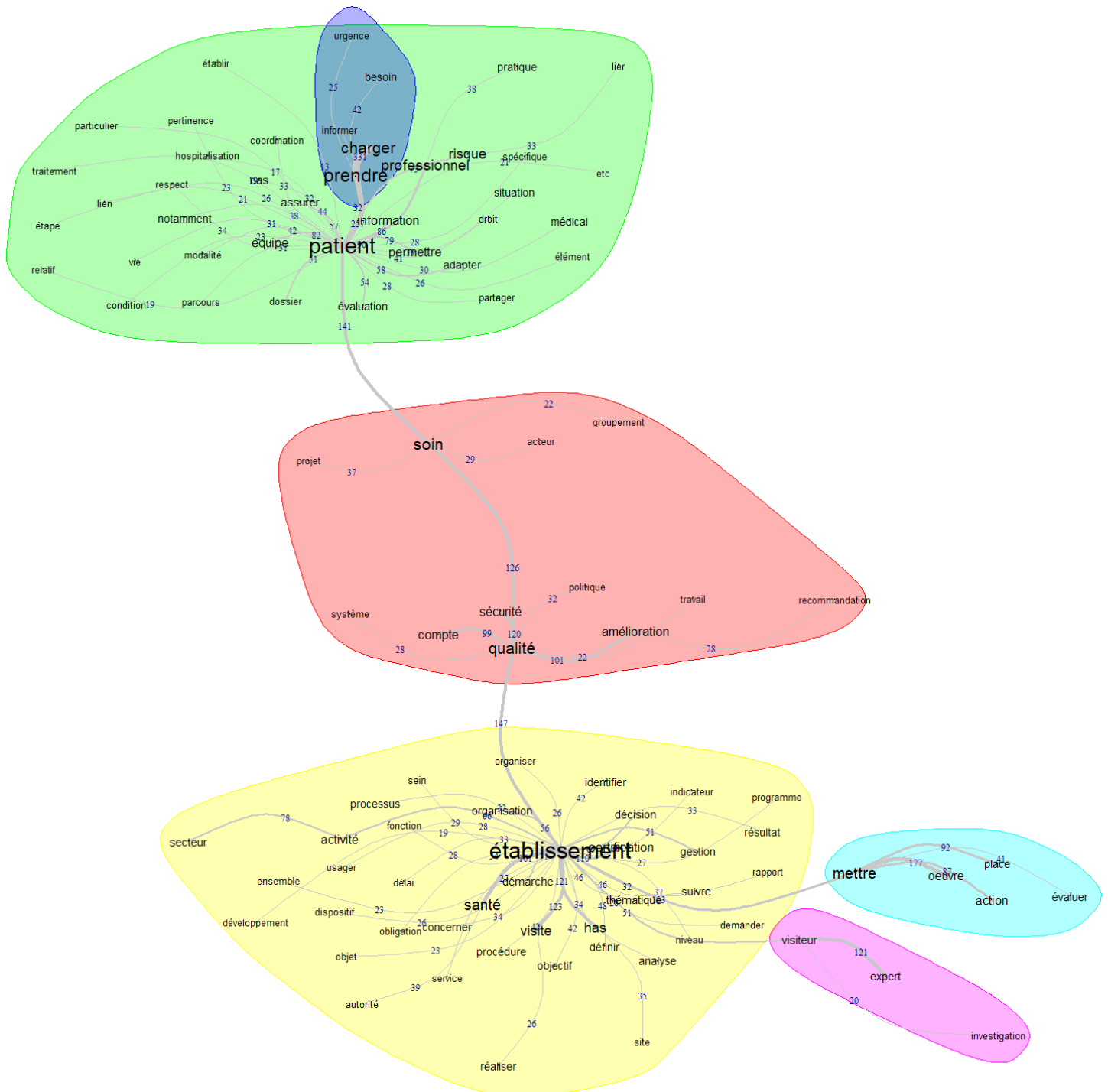


Figure 11 - Analyse de similitude (ADS de 100 formes) et indices de cooccurrence (fréquence supérieure à 10)
des guides de certification V2010, V2014 et V2020 version non définitive

L'étude de la Figure 11 révèle que l'« établissement » ainsi que le « patient » sont deux formes qui structurent fortement le discours. Elles participent à la formation d'un dipôle, qui s'unit par le « soin » côté patient, et par la « qualité » côté établissement avec de forts indices de cooccurrences²³ (patient-soin : 141, soin-qualité : 126 et qualité-établissement : 147). Pour autant on constate que le discours de l'établissement, n'est qu'indirectement relié à la notion de patient : les deux discours sont scindés et à distance, avec le soin et la qualité à l'interface.

Si la distance de l'établissement par rapport au patient est importante, on constate que la communauté évoquant la prise en charge (« Prendre » et « charger » sont fortement reliées) est quant à elle bien intégrée au discours sur le patient, avec d'une part une cooccurrence forte (257) et d'autre part deux communautés intégrées (communautés bleue et verte sur la Figure 11). Il est également intéressant de souligner l'éloignement entre soin et prise en charge. Le soin est rattaché à d'autres formes telles que « projet » ou encore « acteur ». Le corpus définit le soin non pas en tant qu'acte de prise en charge, mais plutôt en tant que projet avec ses acteurs et ses implications.

D'autres éléments structurent le discours autour du patient comme l'« information » (90), le « professionnel » (86) et son « équipe » (82), « permettre » (79), le « risque » (76), « adapter » (58), ou encore l'« évaluation » (54). L'ensemble des formes met en avant une forte interaction entre les professionnels et la prise en charge du soigné. Le patient jouant, dans ce cadre, un rôle passif, plutôt observateur qu'acteur, plutôt objet de l'action que moteur de celle-ci.

Enfin, et à l'opposé de notre dipôle, nous retrouvons le discours associé à l'établissement. Sa communauté est fortement rattachée à celle du « mettre en œuvre », du « visiteur/expert » et de la « qualité ». La « qualité » bien que rattachée à l'établissement n'est pas reliée et reste à distance du « risque » qui est pour sa part corrélé au patient. Cela va à l'encontre de ce que l'on pourrait supposer : la qualité des soins et des établissements vise à réduire les risques. Or les deux notions sont tout à fait étrangères l'une à l'autre. Le risque est quasiment impensé ou *a minima* un élément non exprimé dans le discours de la qualité.

Le visiteur-expert, outre mener sa visite d'expertise, ne semble pas incité à interagir directement avec le patient. Son action est vraisemblablement centrée sur l'établissement sans contact avec le soigné, le soin, ou même le professionnel. L'existence d'une communauté à part pour l'expert était attendue, puisque ce dernier doit porter un regard critique sur l'hôpital. En revanche, son

éloignement de la communauté, structurée autour du patient, est intéressant puisqu'il révèle la nature des principaux aspects hospitaliers auxquels l'expert va s'intéresser.

Il en est de même pour la mise en œuvre des actions, qui forme également une communauté bien à part et uniquement liée à « l'établissement » ; la mise en œuvre semble être réservée à l'établissement sans impliquer les patients ou les soignants, qui n'y sont pas reliés. Si l'établissement est proche de la santé (161), sa communauté s'articule principalement autour d'un champ lexical distant de celle-ci et du patient. Les lemmes qui la composent orientent le discours vers des établissements de santé toujours plus « performants », « uniformisés » et « bureaucratiques » qui doivent, « organiser », « planifier », « mesurer ».

A.3. Structure des discours et classification de Reinert

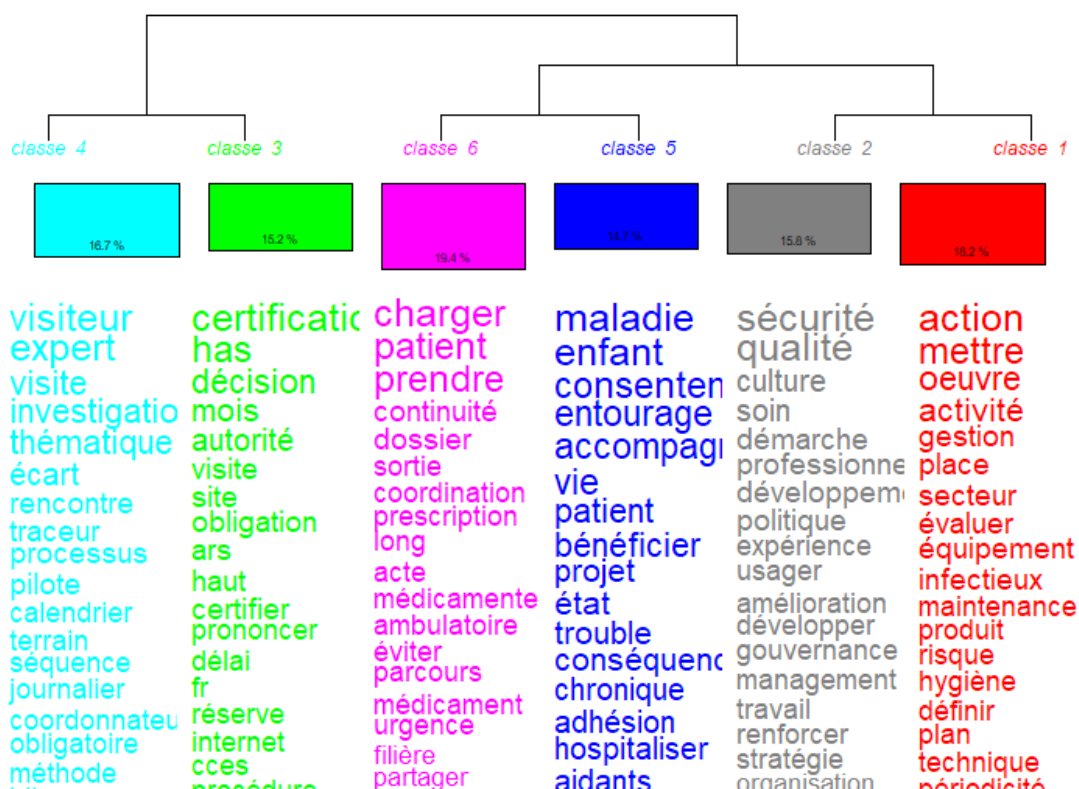


Figure 12 - Phylogramme des classes par la méthode Reinert des guides de certification V2010, V2014 et V2020
version non définitive

Pour compléter l'analyse de similitude, nous utilisons la méthode Reinert qui permet de réaliser une classification descendante hiérarchique et classer les formes dans des classes de formes regroupées selon leur indépendance et mesurées par un test de Chi²²⁴.

Cette démarche nous permet de classer sur la Figure 12 une grande majorité (90%) des segments de texte dans 6 classes qui se recoupent en deux embranchements. Le premier embranchement regroupe la classe 3 et 4 et le second les quatre autres. Cette branche se subdivise en deux sous-catégories distinctes, la première contenant les classes 5 et 6 et la deuxième contenant les classes 1 et 2.

A.3.1. Description des classes

- Classe 1 :

La classe 1 regroupe des formes associées à un discours **d'action^a** et de **mise en œuvre de la qualité**. On retrouve la sémantique du concept des 5 M (matière, matériel, méthode, main-d'œuvre et milieu), outil développé par Kaoru Ishikawa en 1962 et servant dans la gestion de la qualité²⁵. Cette classe traite des **plans d'action institutionnels (plan d'action d'amélioration continue, plan de maintenance...)**, elle **définit** et **met en œuvre** de nouvelles bonnes **pratiques** notamment à travers des **critères d'évaluation des pratiques professionnelles** ou **EPP**, pour enfin proposer une **démarche** de performance par la description, le déploiement ainsi que le **suivi d'indicateurs**.

Extrait de segment caractéristique avec un score de 1000,59 (somme des Chi2), mots en rouge associés à la classe 1 :

« le **suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs** est **assuré** et des **actions d'amélioration** sont **mises en œuvre. mise en œuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles epp évaluer** le déploiement **effectif** des **démarches d'epp** dans tous les **secteurs d'activité clinique et médico technique** »

- Classe 2 :

La classe 2 traite du discours se rattachant à la **culture** de la **qualité**. Elle décrit les **stratégies** à mettre en **place** pour aboutir à cette **culture** et celles visant à la **développer**. Elle décrit les rôles et responsabilités des **gouvernances** des établissements de santé qui doivent faire preuve de **leadership** afin de **développer** cette **culture** de la **sécurité** et de l'**amélioration** de la **qualité**. Cette classe invite les établissements à faire **évoluer leur politique, à impliquer** les

^a Au sein des différentes descriptions de classes par la méthode Reinert, chaque mot/lemme en gras indique leur appartenance à la classe décrite.

professionnels et à mettre en **place** des **dynamiques collectives** et **homogènes** dans l'**amélioration** de la **qualité** et de la **sécurité** des **soins**.

Extrait de segment caractéristique avec un score de 1081,91 (somme des Chi2), mots en rouge associés à la classe 2 :

« l' **établissement** a défini une **stratégie** concourant à sensibiliser et à **impliquer** les **professionnels** dans les **démarches qualité** et **sécurité** des **soins** les **professionnels** sont périodiquement informés sur la mise en œuvre et l' **évolution** de la **politique d'amélioration** de la **qualité** et de la **sécurité** des **soins** »

- **Classe 3 :**

La classe 3 regroupe des segments appartenant au champ lexical du droit et du juridique. Cette classe adopte un discours réglementaire qui définit les **procédures de décision** et les différentes interactions entre la **HAS** et les **établissements** de santé. Rédigé comme une loi ou un décret et s'appuyant sur une sémantique de fermeté, cette classe ne laisse pas de place à l'improvisation : elle **oblige**, **statue**, prend des **décisions**.

Extrait de segment caractéristique avec un score de 1169,54 (somme des Chi2), mots en rouge associés à la classe 3 :

« en **cas** de maintien du refus de l' **établissement** dans un **délai** d un **mois** la **HAS** **prononce** une **décision** de non-**certification** elle en **informe** l' **autorité** de **tutelle** et **publie** cette **décision** sur son **site internet** »

- **Classe 4 :**

La classe 4 fait référence aux formes associées à la **visite** par un **expert** de la HAS. Cette classe décline le discours du contrôle et de l'audit en définissant ses **objectifs** et ses résultats. Elle régit les interactions entre l'**expert**, la **visite** et l'**établissement** tout en définissant clairement les **processus** dans lesquels chacun va être impliqué. Nous y retrouvons le vocabulaire associé à l'**investigation** et à l'évaluation.

Extrait de segment caractéristique avec un score de 1671,01 (somme des Chi2), mots en rouge associés à la classe 4 :

« la **visite** a pour **objectif** de permettre aux **experts visiteurs** d **identifier** des points de **conformité** et des **écarts** par **rapport** au référentiel **applicable** les **experts visiteurs** y **mobilisent** différentes **méthodes** d **investigation** telles que l audit de **processus** et le patient **traceur** »

- **Classe 5 :**

La classe 5 renvoie à une sémantique plus humaniste : c'est la première à contenir la forme « **patient** ». On y retrouve un vocabulaire rattaché à celui du **consentement**, de l'**adhésion** et c'est d'ailleurs la seule classe qui traite de l'aspect **psychologique** ou encore de l'intégration de la **maladie** dans la **vie** du **patient**. Elle met en avant l'**entourage** et les **aidants** dans la prise en charge. Le patient-dossier devient un patient-personne. Au regard du concordancier on constate l'importance du mot « **vie** » qui fait à la fois référence au **projet de vie**, mais aussi à la personne **vivant**^a avec sa maladie. Nous sommes dans le champ des sensibles et celui-ci est difficilement quantifiable par des indicateurs. Cette classe est la seule à parler incontestablement de la personne globale : le patient, ne se définit plus par ce qu'il n'est pas, mais par ce qu'il est : un tout, une **personne** avec des **proches** qui nécessite un **accompagnement**.

Extrait de segment caractéristique avec un score de 800,13 (somme des Chi2), mots en rouge associés à la classe 5 :

« l **entourage** et ou l **aidant** peuvent **bénéficier** avec l **accord** du **patient** d une **information** et formation **spécifique** pour accompagner le **patient vivant** avec une **maladie chronique** l établissement **facilite** l **implication** de l **aidant** dans l **accompagnement** de la personne **vivant** avec une **maladie chronique** »

- **Classe 6**

La classe 6 regroupe des formes qui définissent la **prise en charge** du **patient** que ce soit à travers la description des processus et procédures de **soin** qu'à travers ses interfaces.

Le lemme **patient** est de nombreuses fois retrouvées, mais celui-ci se définit comme objet de la **prise en charge** : le soigné devient un **patient-dossier**. Il s'articule autour de son **parcours de soin** avec ses **transitions**, son **dossier**, ses **prescriptions**, sa **lettre de sortie**, ou encore son **transfert**. Le lemme « **soin** », bien que présent dans cette classe, est faiblement représenté et

^a « Vie » est la forme lemmatisée de « vivant »

nous ne retrouvons pas de champ lexical y faisant référence. Le **soin** se trouve réduit à l'**acte** lui-même à travers ses différentes formes de **prise en charge**.

Extrait de segment caractéristique avec un score de 1173,47 (somme des Chi2), mots en rouge associés à la classe 6 :

« **transferts sorties** en phase de **transition passage** enfant adolescent adulte la **coordination permet** une **continuité** de la **prise en charge** du **patient** pour tout **patient** en âge d'être **pris en charge** dans un secteur adulte la **transition** est anticipée par le secteur pédiatrique en **coordination** avec le secteur adulte »

Le test du Chi2 par classe sur le mot patient (Figure 13) montre que la classe 6 possède un Chi2 fortement positif qui traduit une surreprésentation du patient dans la classe, ce qui concorde avec notre première analyse. La classe 5 qui se trouve sur le même sous-embranchement est également fortement structurée par la notion de patient. L'antiprofil de la classe 3 et 4 et dans une moindre mesure de la classe 1 et 2 montrent l'absence du « patient » dans ces discours. Le « patient » participe à fonder des mondes lexicaux particulièrement différents.

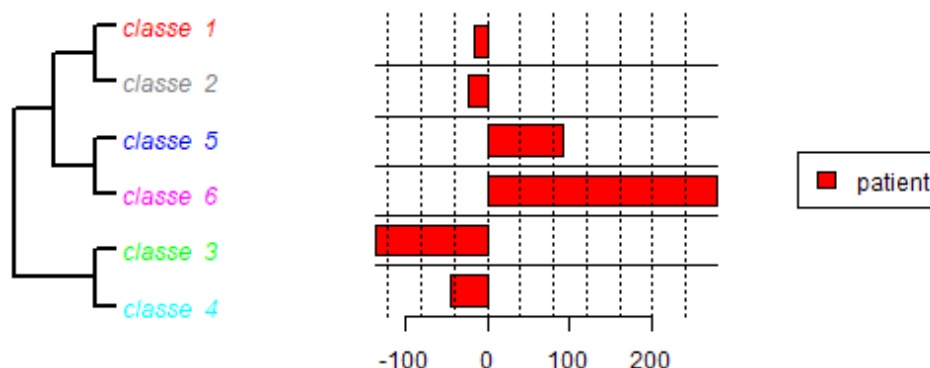


Figure 13 - Chi2 par classe et phylogramme sur la forme « patient »

A.3.2. Classement en catégories et sous-catégories

Suite à la description des différentes classes, nous définissons plus précisément chaque catégorie et sous-catégorie que nous synthétisons sur la Figure 14. Le discours de la visite/expert (classe 4) et celui de la procédure de décision (classe 3) définissent une première catégorie : le passage de la certification. On retrouve une deuxième catégorie, qui agrège les critères attendus par les différents guides, elle-même composée de deux sous-catégories. La première parle de soin, avec le discours se rattachant à la personne globale (classe 5) et sa prise

en charge (classe 6). La deuxième concerne la qualité avec sa culture ainsi que sa mise en œuvre (classe 1 et 2).

Le macro-discours composé des trois certifications se structure avec des proportions relativement similaires (32%, 32% et 34%) autour de 3 thématiques distinctes : le passage de la certification, le soin et enfin la qualité. Il en est de même pour chaque classe qui possède des distributions relativement similaires ; aucune classe ne prend particulièrement l'ascendant dans le discours.

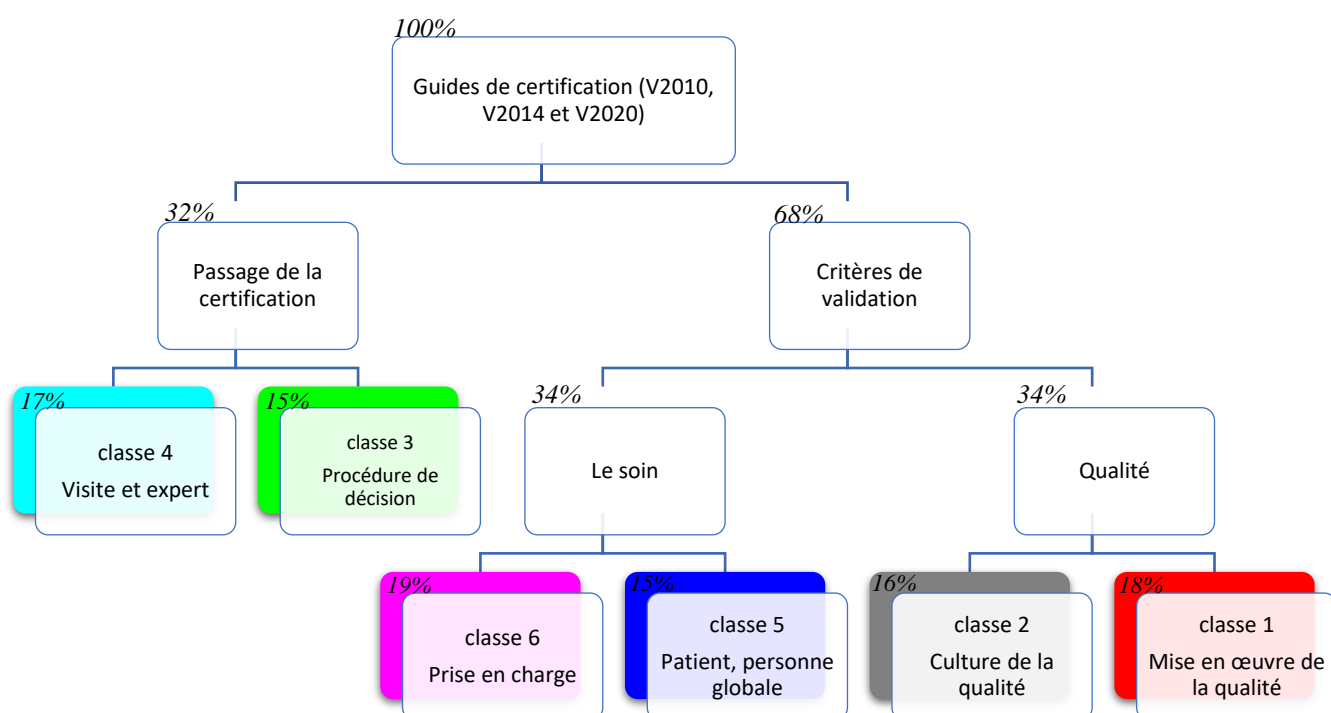


Figure 14 - Phylogramme de synthèses des différentes classes avec pourcentage des répartitions dans le corpus

A.3.3. Relations entre les différentes classes

Si la méthode Reinert nous permet de mieux appréhender le discours en classifiant les formes par thématique, elle ne met pas en évidence les liens entre les différentes classes. C'est ce que permet l'Analyse Factorielle des Correspondances (AFC) qui est réalisée à partir des résultats issus de la classification descendante hiérarchique (méthode Reinert).

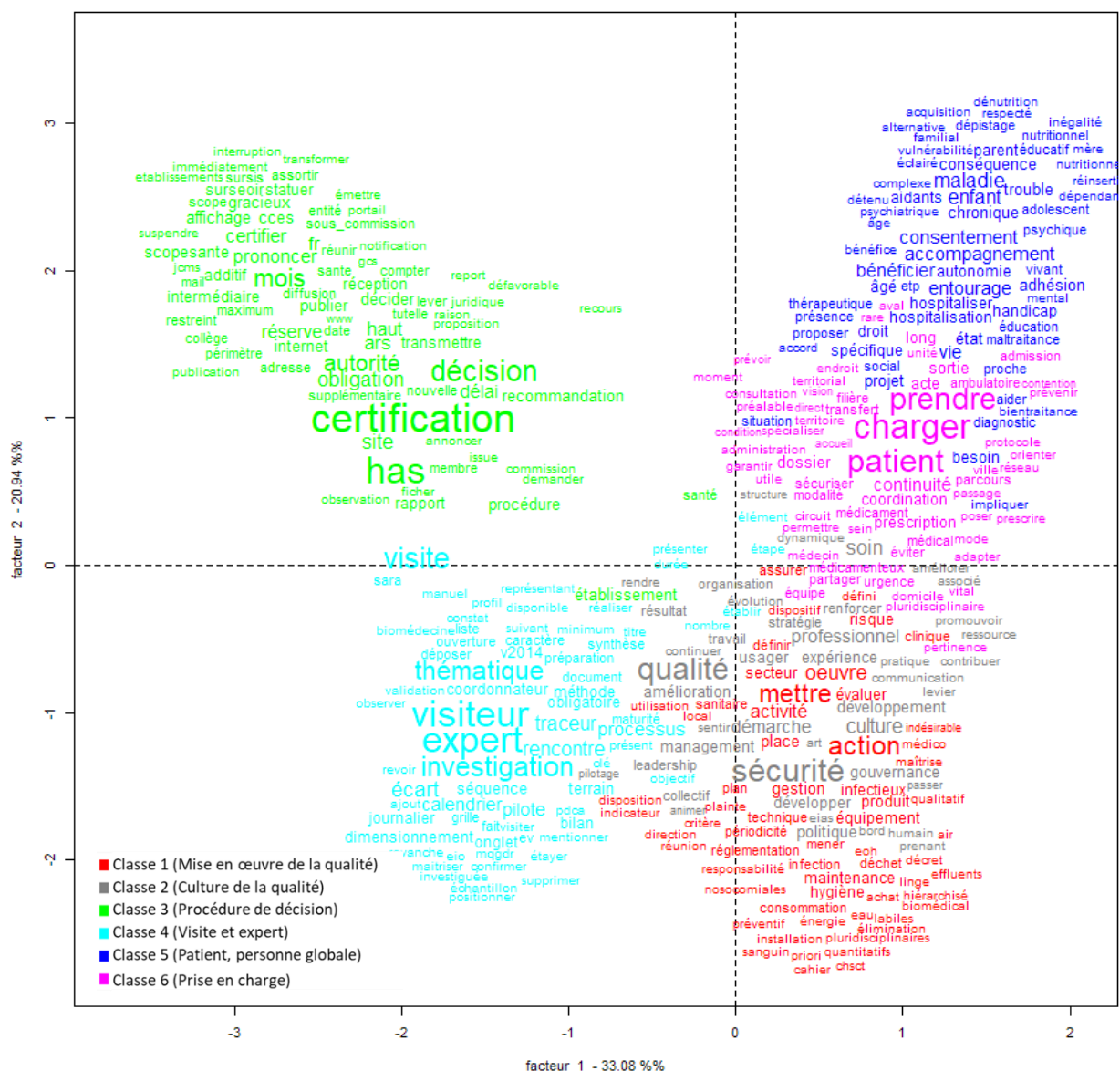


Figure 15 - Analyse factorielle des correspondances (AFC) méthode Reinert : positionnement des classes

L'AFC permet de positionner chaque forme d'un corpus selon deux facteurs déterminés par l'algorithme de Jean-Paul Benzécri⁵. Elle permet d'obtenir une distribution bidimensionnelle des différents lemmes et nous réalisons un test de Chi2 pour que la taille des textes soit proportionnelle à celui-ci.

Le premier facteur, qui explique 33,08% de l'inertie totale du nuage multidimensionnel, sépare nettement les classes 3 et 4 avec des abscisses négatives, des classes 1, 2, 5 et 6 à abscisses positives. Par cette première segmentation, on retrouve déjà analysés grâce à la méthode Reinert : le passage de la certification, puis ses critères de validation en opposition. C'est sur le

deuxième facteur (20,94%) qu'est révélée une distinction entre les objets de la classe 3, 5 et 6 à ordonnée positive et ceux de la classe 1, 2 et 4 qui ont une ordonnée négative. La séparation des classes 5 et 6 est également observable, mais de façon moins distincte.

Ce premier plan factoriel (F1 X F2 : 54,02%) permet de distinguer cinq zones dans notre corpus textuel :

1. Une zone à abscisses négatives et ordonnées positives, en haut à gauche, où se localise la **classe 3** étendue et totalement isolée qui correspond aux procédures de décision,
2. Une zone à doubles coordonnées négatives (en bas à gauche), contenant la **classe 4**, relatives à la visite et à l'expert,
3. Une zone à abscisse positive et une ordonnée plus fortement positive (en haut à droite), qui sépare la **classe 5**, correspondant au patient en tant que personne globale,
4. Une zone à abscisse positive et une ordonnée faiblement positive (en haut à droite), qui, dans la continuité de la classe 5, contient la **classe 6**, relative à la prise en charge,
5. Une zone à abscisses positives et ordonnées négatives, en bas à droite, où l'on trouve la **classe 1 et 2** correspondants à la culture de la qualité et à la mise en œuvre.

Si les classes appartenant à une même sous-catégorie (classes 1 et 2 et classes 5 et 6) se retrouvent entremêlées, les sous-catégories et les autres classes sont toutes distantes les unes des autres^a. Il n'y a pas de classe qui pourrait faire l'intermédiaire entre le patient, la qualité, le passage certification et la visite. Celle-ci se retrouve d'ailleurs aux antipodes du patient avec des coordonnées totalement opposées. Toutefois, certaines formes de la classe 2 (en gris) s'excentrent vers la prise en charge comme le « soin » tout en restant pourtant éloignées de celle du patient. Le soin se cantonne, au mieux à son acte de prise en charge, sans pour autant s'adapter au patient et à ses spécificités. On retrouve graphiquement sur la Figure 15 cette séparation des discours avec les classes de la prise en charge et celle du patient qui s'entremêlent légèrement. On peut leur opposer, à titre de comparaison, les classes 1 et 2 où la culture de la qualité et la mise en œuvre se retrouvent mélangées. Si notre analyse traduit un manque de convergence des différents discours, on note néanmoins une réelle, mais unique, ouverture au patient marquée par la classe de la prise en charge.

^a En annexe sur la Figure 62 est présenté une analyse factorielle des correspondances ayant une homogénéité des discours

A.3.4. Relation entre les classes et les différents guides de certifications (V2010, V2014 et V2020 non définitive)

La fragmentation des discours nous invite à nous questionner sur l'influence des différences entre versions du guide de certifications et sur les classes qui les composent. Pour répondre à cette interrogation, nous réalisons un test sur la variable « date » à 3 modalités (2010, 2014 et 2020) que l'on retrouve en Figure 16.

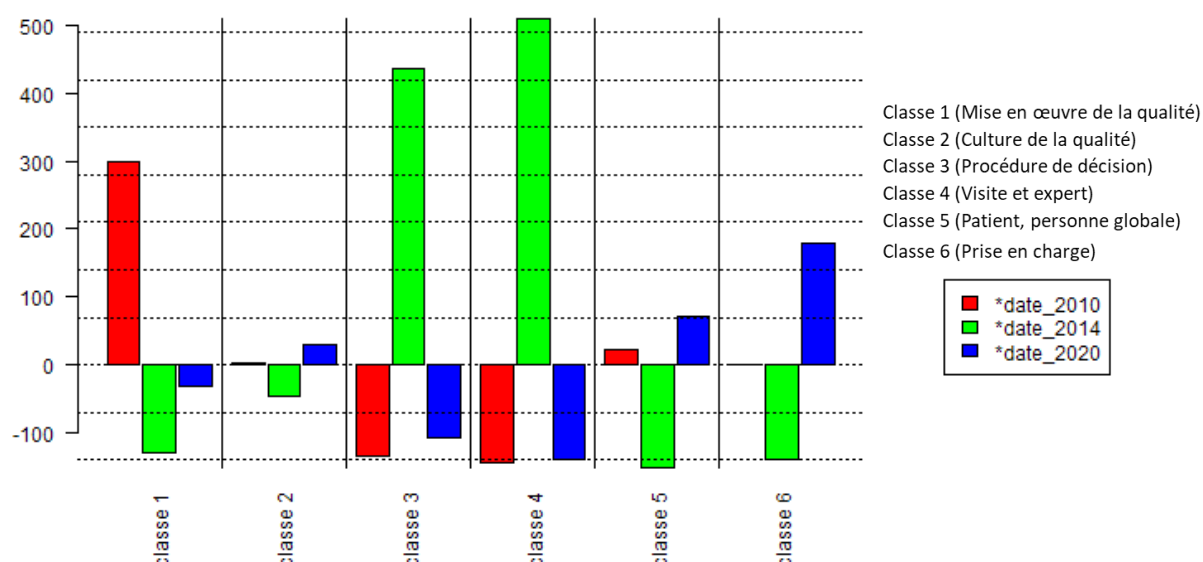


Figure 16 - Chi2 par version du guide de certification

L'analyse de ce graphe révèle l'influence des versions du référentiel sur les différentes classes. Plus un Chi2 est positif, plus la classe est représentée, et inversement pour les valeurs négatives avec une sous-représentation. La première version du guide de 2010 est particulièrement associée à la 1^{ère} classe (Les actions et leur mise en œuvre), elle est également associée au champ lexical du patient en tant que personne globale. La version 2014 du guide se veut bien plus réglementaire, en étant liée de façon discriminante aux classes 3 et 4 (Procédure de décision et la visite et l'expert), ainsi que totalement dissociée des classes qui entourent le patient. La dernière version, la V2020, se trouve être la version la plus rattachée au patient avec de fortes associations des classes 5 et 6. Le patient, singulièrement présent dans la version 2010 à travers sa prise en charge, s'efface en 2014 au profit des classes de la visite et du réglementaire. Elle réapparaît en 2020, s'adossant à la prise en charge. Cette analyse se confirme avec un graphique des valeurs tests sur le mot patient présenté sur la Figure 17 (réalisé avec l'AFC de la Figure

18). Sur celle-ci, le lemme patient n'est pas sur- ou sous-représenté de manière significative^a dans la V2010, il est particulièrement sous-représenté significativement dans la V2014, et est sur-représenté significativement dans la V2020.

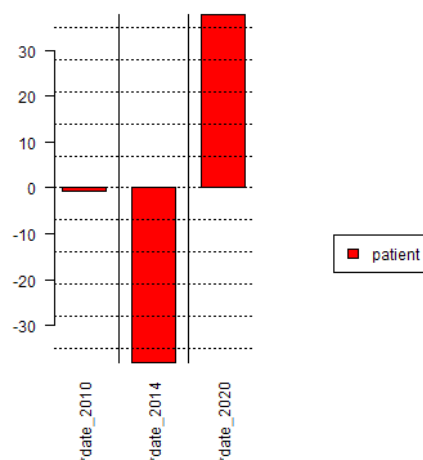


Figure 17 - valeurs tests sur le mot patient en fonction de la version du guide de certification

A.4. AFC sur la modalité de variable « version »

En réalisant la segmentation des classes de la Figure 16, une spécificité entre les classes et les versions se dégage. Afin d'analyser cette singularité, nous réalisons une analyse factorielle des correspondances sur les différentes versions du guide. Le facteur 1, qui explique 74,48% de l'inertie totale, permet de discriminer le guide de certification V2014 des deux autres. Le facteur 2, qui explique 25,52% de l'inertie totale, permet de discriminer le guide V2010 du guide V2020. Le premier plan factoriel (F1 X F2 : 100%) (Figure 18) nous permet ainsi de confirmer ce que le Chi2 par version laissait présager : la séparation des discours entre les différents guides de certification est totale et il est frappant de constater que presque aucun lemme ne déborde d'une version à une autre.

^a Présence d'une sur-représentation significative au-dessus de +2, et sous-représentation significative en dessous de -2

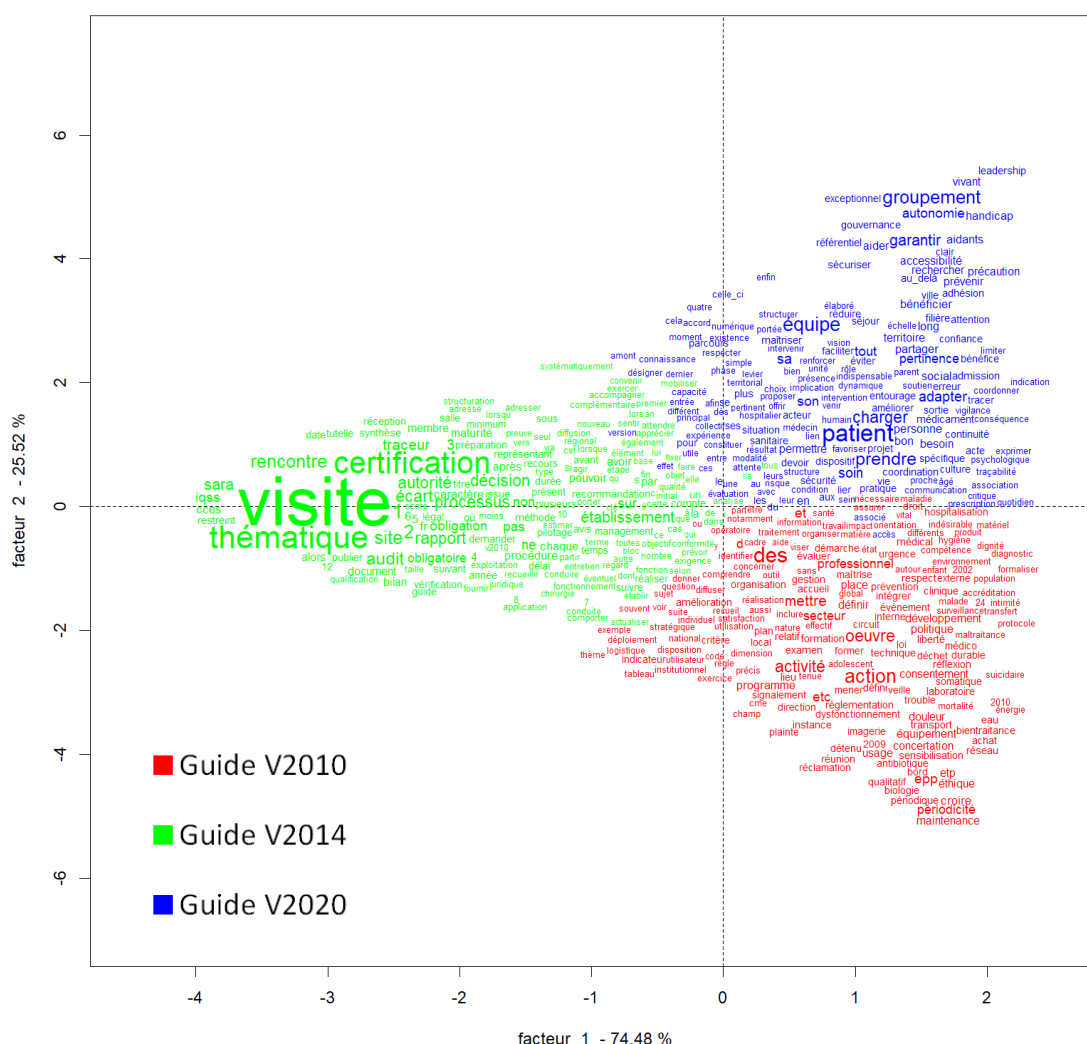


Figure 18 - Analyse factorielle des correspondances sur la variable « date de la certification » :
V2010, V2014 et V2020 non définitive

Nous retrouvons le guide V2020 en haut à droite avec un discours fortement orienté vers le patient, le guide V2010 en bas à droite avec un discours orienté vers le professionnel et la mise en œuvre et enfin la V2014, à gauche, avec des concepts se rattachant à la visite, aux procédures et aux décisions. Avec une première version axée sur la mise en œuvre, une seconde sur les processus et une dernière plus humaine, nous distinguons l'évolution du discours des instances de santé à l'attention des établissements.

À travers ces trois versions, nous observons une modification non linéaire des visions et des objectifs, modification qui implique des changements de stratégie et de politique au sein des établissements. La V2010 « met en œuvre », la V2014 « certifie » et « oblige », la V2020 incite à « prendre soin ». Pour mieux appréhender et interpréter la place que laissent aux patients dans

les établissements les différentes certifications, nous procédons à l'analyse du discours sur les trois guides de façon distincte.

B. Analyse de la version 2010 du guide de certification

B.1. Analyse statistique du corpus

Le guide de certification de 2010 comprend 24 256 occurrences, soit 43 pages, en format A4 pour 2055 formes après lemmatisation.

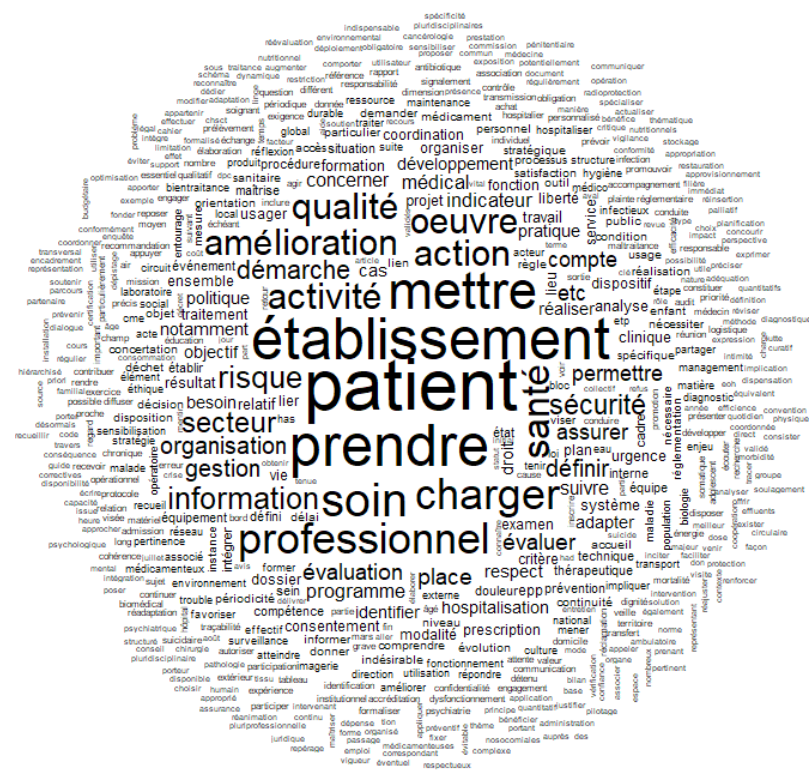


Figure 19 - Nuage de mots du guide de la certification V2010

Similairement à l'étude de la fréquence dans l'ensemble des guides de la partie VII.A, nous constatons une forte utilisation de la forme « patient » qui est le mot le plus cité avec une fréquence de 271 devant « établissement » (217), soit 1,2 fois plus présent. Dans ce nuage de mots, le « soin » ou encore le « professionnel » sont davantage représentés que sur la Figure 10. Certains mots comme « HAS », « certification », ou encore « visite » disparaissent des plus fréquents.

B.2. Structure des discours et analyse de similitude

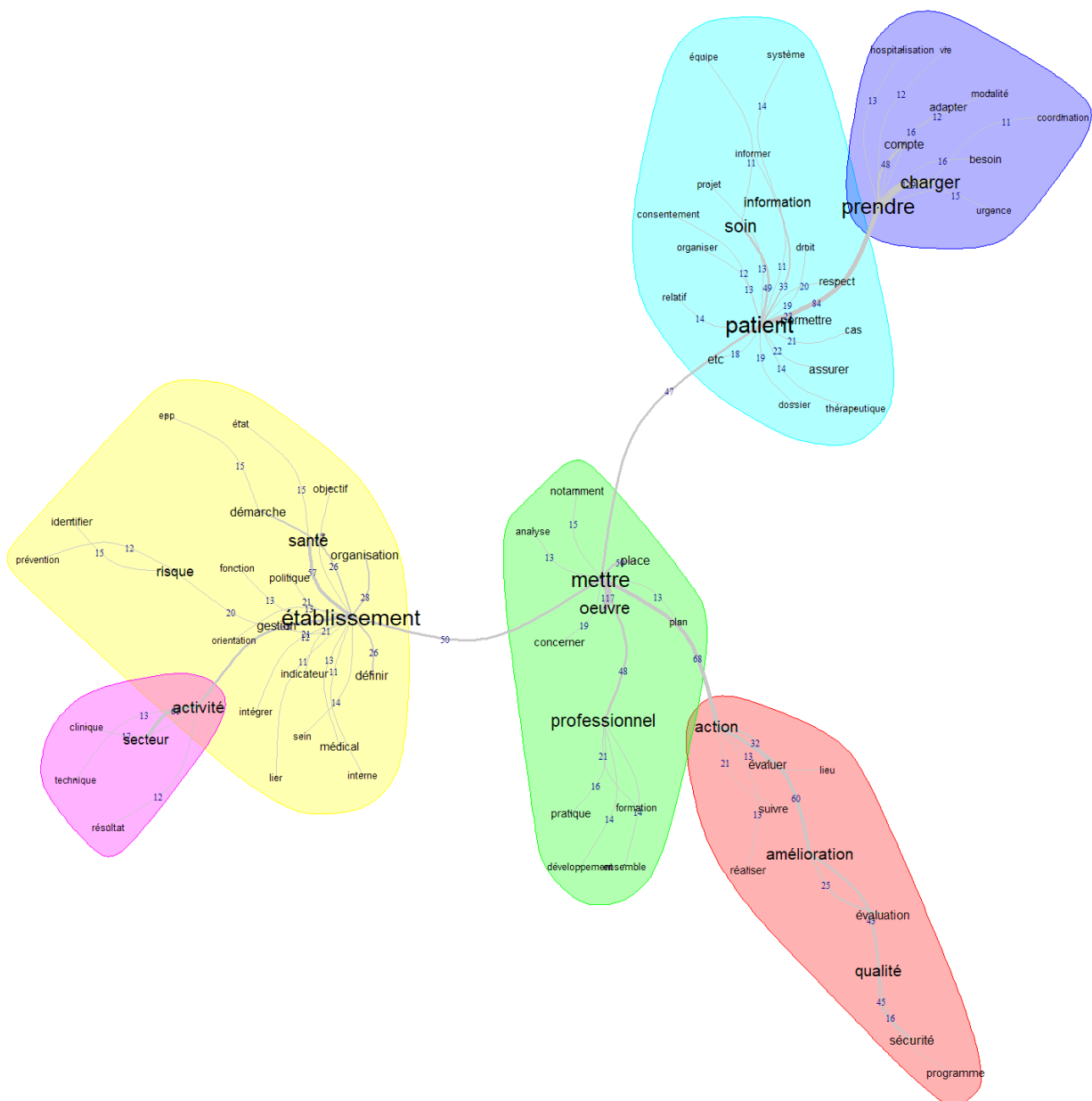


Figure 20 - Analyse de similitude (100 formes) et indices de cooccurrence (fréquence supérieure à 10) du guide de certification V2010

La configuration spatiale de l'analyse des similitudes de la Figure 20 est totalement différente de celle découlant de l'analyse globale des trois guides de la Figure 11. Nous ne retrouvons plus le dipôle entre « établissement » et « patient », mais une communauté centrale, le « mettre en œuvre » qui unit les communautés du « patient » (47 cooccurrences), celle de l'« établissement » (50 cooccurrences) et de l'« amélioration » (68 cooccurrences). La forme « professionnel » pourrait, elle aussi, définir une communauté, mais notre analyse statistique se heurte aux limites du nombre d'occurrences de cette version. Ce corpus nous permet de

retrouver l'ensemble des acteurs que ce guide souhaite impliquer : le patient, le professionnel et l'établissement. Dans cette configuration graphique, le patient reste pour autant à distance de l'établissement et sa prise en charge reste indépendante du professionnel. Le soin se trouve lié au patient sans l'être directement à l'établissement. Les concepts d'« information », de « consentement » et d'« adaptation » de la prise en charge font leur apparition. Cette prise en charge, semble traduire en partie un soin expert, univoque et descendant ; paternaliste. Les lemmes des communautés du « prendre en charge » et du patient ne traduisent en effet aucune co-construction sur les modalités de prise en charge cependant le patient est « pris en compte ». Malgré une forte cooccurrence entre « prendre » et « compte » (48), la forme « compte » a un Chi2 beaucoup plus faible que celui de « charger ». Cela traduit une bien plus forte présence et importance du « prendre en charge » par rapport au « prendre en compte » dans le discours.

L'établissement est, de son côté, associé à des représentations de stratégie et de gouvernance avec un discours technique avec des formes telles que « politique », « indicateur », « organisation », ou encore « objectif ». L'établissement, même si fortement rattaché à la « santé » (57 cooccurrences), adopte une position distante des concepts humains ou de prise en charge. Il en est de même pour le « professionnel », qui, malgré une plus forte cooccurrence, est seulement associé à ses « pratiques » et à sa « formation ». Enfin on retrouve une communauté sur la mise en place d'une démarche de performance avec la présence de lemme comme « amélioration », ou encore « qualité ».

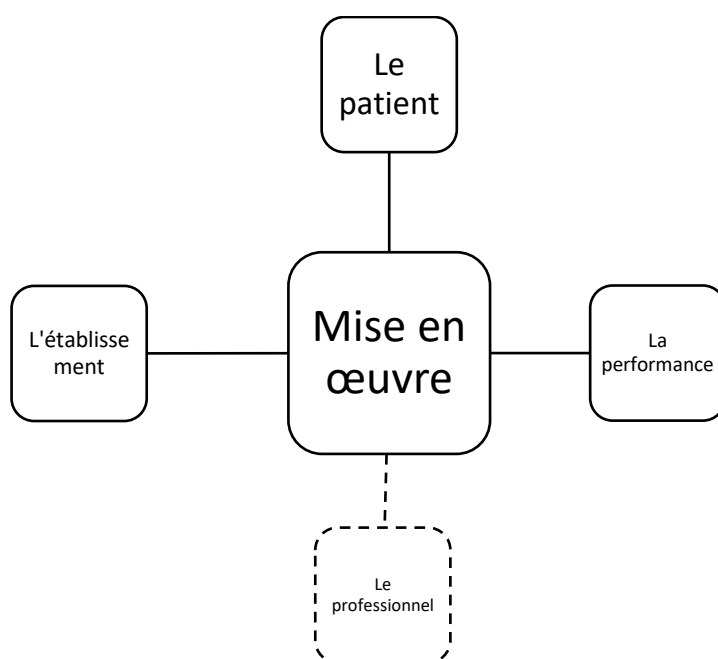


Figure 21 - Synthèse de l'analyse de similitude du guide de certification version 2010

B.3. Structure des discours et classification de Reinert

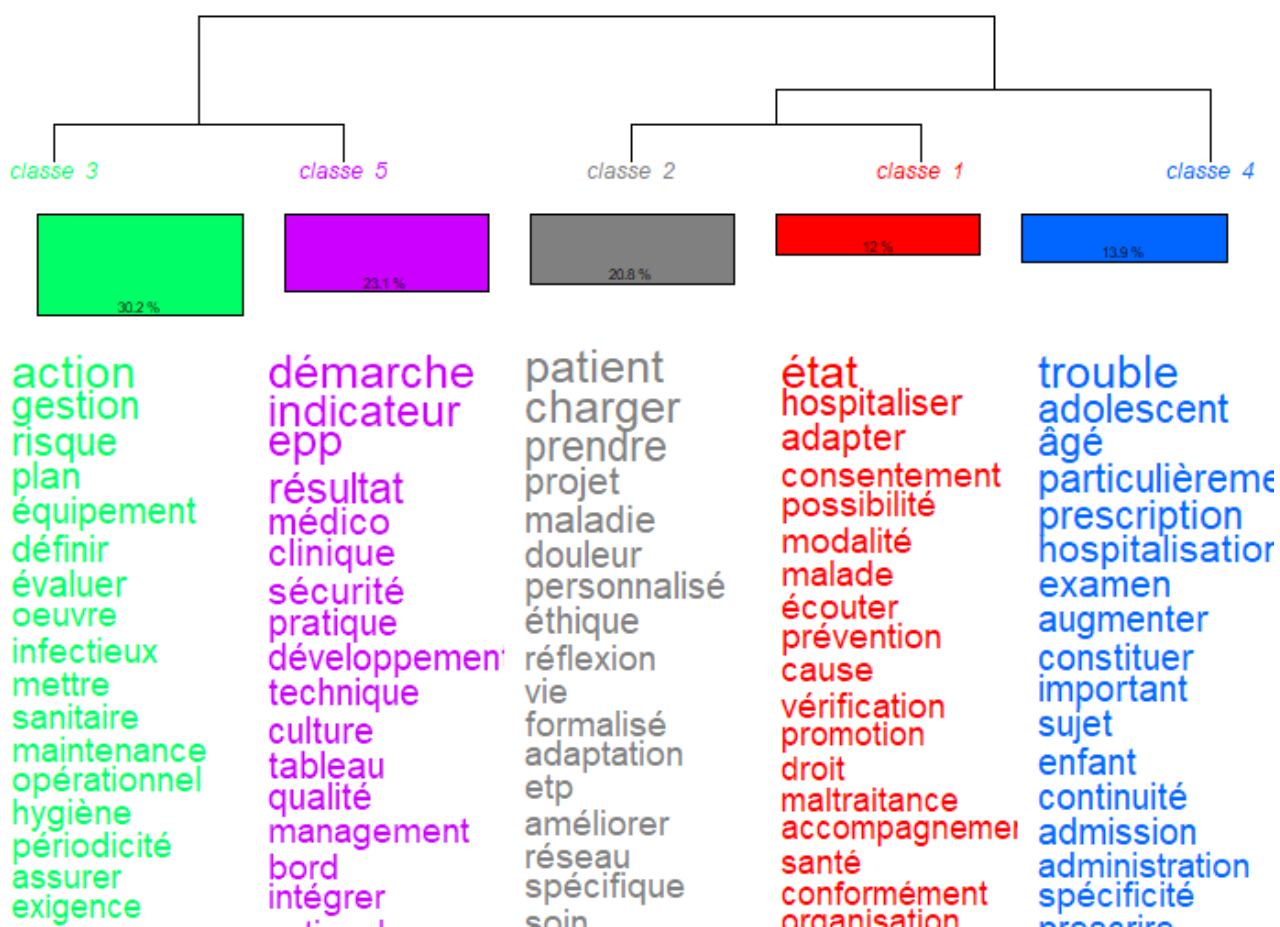


Figure 22 - Phylogramme des classes par la méthode Reinert du guide de la certification V2010

La classification de Reinert (Figure 22) nous permet de regrouper une majorité des différents segments de texte (90,7%) dans 5 classes qui se recoupent en 2 embranchements principaux. Le premier regroupe les classes 3 et 5, et le second regroupe la classe 4 ainsi qu'un nouvel embranchement contenant les classes 1 et 2.

B.3.1. Description des classes

- Classe 1 :

La classe 1 est la moins représentée par rapport à toutes les autres. Elle regroupe des formes qui se rattachent au **respect** et aux **droits** du **patient**. Elle décrit un patient devant être abordé comme un individu et émet les recommandations de bonnes pratiques en définissant les concepts comme le « **consentement** » ou encore la « **bientraitance** » et son opposé la « **maltraitance** ». Y sont adjointes des dispositions associées telles que **l'écoute**, **l'adaptation** (du soin) ou encore **l'accompagnement**.

Extrait de segment caractéristique avec un score de 253,89 (somme des chi2), mots en rouge associés à la classe 1 :

« l' **organisation** des prises en charge en fonction des objectifs de soin **permet** aux **patients hospitalisés** sans **consentement** et aux détenus l'accès aux activités **thérapeutiques** l'évaluation initiale du **patient** est réalisée dans un délai **adapté** à son **état de santé** »

- **Classe 2 :**

La classe 2 est associée à l'approche pluridisciplinaire de la **prise en charge** à travers un discours recentré sur le **patient**. Celle-ci le définit comme pouvant ressentir une « **douleur physique** » ou « **psychique** » et ayant des caractéristiques spécifiques liées à sa **maladie** et son **hospitalisation**. Cette classe définit une **prise en charge** en **réseau**, pluridisciplinaires et **pluriprofessionnelles**. On sort des considérations exclusivement médicales et scientifiques pour aborder l'accompagnement de façon globale.

Extrait de segment caractéristique avec un score de 276,23 (somme des chi2), mots en rouge associés à la classe 2 :

« la **prise en charge** des **patients** en **fin de vie** fait l'objet d'une **évaluation pluriprofessionnelle** et en lien avec les **structures concernées** comité d'**éthique** ou **équivalent** cru cme commission de **soins etc** »

- **Classe 3 :**

Cette classe regroupe les formes qui font référence aux **plans**, directives et documents officiels de prise en compte des **risques** et des enjeux qui impliquent la **gestion** des établissements de santé. On retrouve le **risque infectieux** avec les démarches **d'hygiène** associées ou encore les autres **risques associés aux soins**, mais aussi les enjeux **énergétiques** et **environnementaux**. Cette classe illustre le discours d'une **direction** qui **met en place** des **politiques** et des **plans d'action** au regard des enjeux et de leur évolution.

Extrait de segment caractéristique avec un score de 273,03 (somme des chi2), mots en rouge associés à la classe 3 :

un diagnostic énergétique est **réalisé** une **politique** de **maîtrise** des **consommations** et des **dépenses d'énergie** est **définie** un **plan** de **maintenance** des **installations** est **mis** en **œuvre** un programme d' **actions hiérarchisé** de **maîtrise** de l' **énergie** est **mis** en **œuvre**

- **Classe 4 :**

Cette classe regroupe des formes qui s'articulent autour de l'adaptation de la **prise en charge** et de la **pertinence** du soin. Elle rappelle l'importance de l'ajustement des **prescriptions**, **examens** ou toute hospitalisation, aux **spécificités** de chaque **patient**, notamment en fonction de l'âge (**enfant, adolescent, sujet âgé**) et du contexte individuel (**troubles psychiatriques, nutritionnels, pathologies somatiques...**).

Extrait de segment caractéristique avec un score de 208,27 (somme des chi2), mots en rouge associés à la classe 4 :

des actions visant le bon **usage** des **médicaments** sont mises en œuvre notamment sur la **pertinence** des **prescriptions** etc **prescription médicamenteuse** chez le **sujet âgé** chez les personnes **âgées** les modifications physiologiques la polypathologie et la polymédication **augmentent** le risque **iatrogénique**

- **Classe 5 :**

La classe 5 regroupe le discours qui se rattache à une **démarche** de performance et de **qualité**. Cette classe moins représentée que la classe 3 (7 % de moins) rassemble le **suivi** des plans et des objectifs définis par celle-ci. Elle donne les éléments **clés** de contexte et les outils de contrôle (**indicateurs, tableaux de bord...**), qui permettent d'**évaluer** les **résultats**.

Extrait de segment caractéristique avec un score de 392,56 (somme des chi2), mots en rouge associés à la classe 5 :

les différents **secteurs** d' **activité clinique** et **médico technique** assurent le **suivi** des actions d' **amélioration** et **mesurent** l' **impact** sur l' **évolution** des **pratiques démarches epp^a** **liées** aux **indicateurs** de **pratique clinique**

^a Évaluation des pratiques professionnelles

B.3.2. Classement en Catégorie et sous-catégorie

Comparativement à l'étude de l'ensemble des versions du guide, on constate une plus forte représentation des classes qui entourent le patient et sa prise en charge. La branche de gauche, contenant les classes 3 et 5, s'avère en être la plus éloignée en traitant de stratégie et de gouvernance, que ce soit à travers les documentations officielles ou à travers une approche performance/qualité. La branche de droite concerne les « Recommandation & Bonnes pratiques de prise en charge » et contient une sous-catégorie (classe 1 et 2) ainsi que la classe de l'adaptation et de la pertinence aux contextes clinique et situationnel du patient (classe 4). Cette sous-catégorie est constituée des classes 1 et 2 qui font référence au respect du patient et à sa prise en charge pluridisciplinaire.

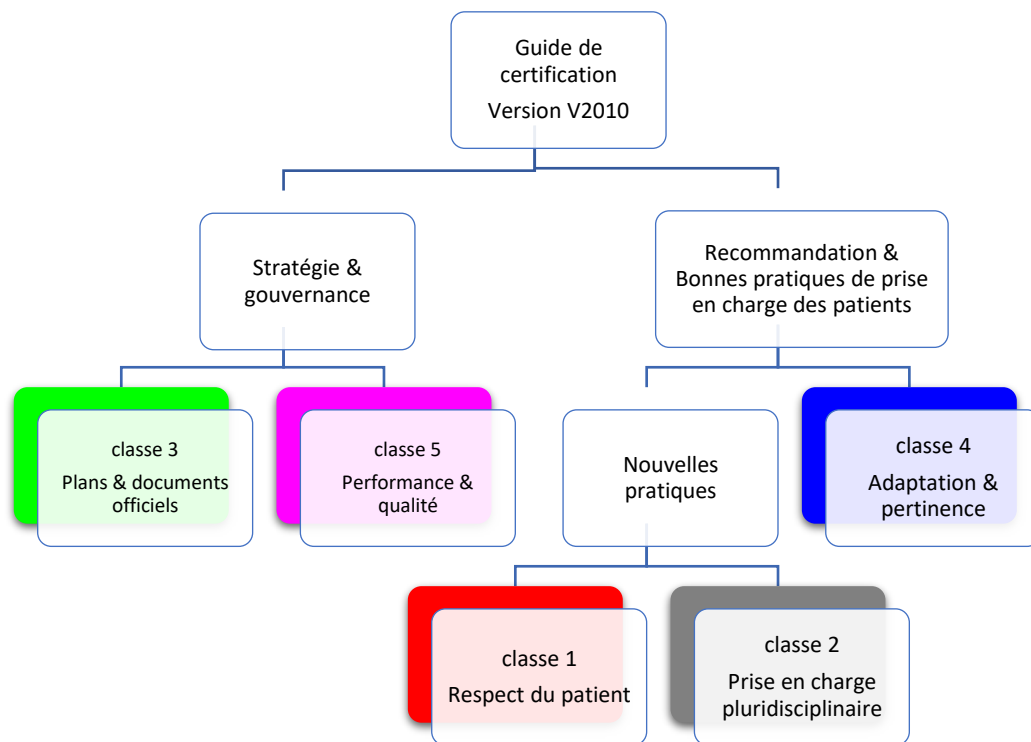


Figure 23 - Phylogramme de synthèses des différentes classes dans la V2010

B.3.3. Analyse de similitude des classes se référant au patient

Ces différentes classes interrogent sur la place, le rôle, et l'implication du patient dans cette version du guide. Comme leur description nous laissait le supposer, les classes 1, 2 et 4 ont des Chi2 positifs sur la forme « patient » (Figure 24). Il est cohérent que la classe 2 possède le Chi2 le plus important puisque son discours se recentre sur le patient et le définit comme un être unique. Pour autant, il faudra prendre avec précaution les différences de Chi2 entre les classes 1 et 2. En effet la significativité du test statistique se trouve augmentée par l'utilisation

linguistique multiple du mot patient : prise en charge du patient, parcours du patient, éducation thérapeutique du patient, suivi du patient... Pourtant, et, même, si elle a un Chi2 plus faible, la classe 1 définit également le patient en tant qu'individu ; on le trouve représenté par d'autres formes comme « malade » ou encore « personne ». La classe 4 (adaptation et pertinence du soin) présente un « patient » qui s'efface au regard de ses spécificités (personne âgée, enfant, adolescent) et se retrouve associé à des formes comme la « prise en charge » ou le « dossier ». En analysant les classes 3 et 5 à Chi2 négatifs, on observe une distance entre le patient et les plans, les objectifs, ainsi que les outils de performances à déployer. La forme « patient » est rarement retrouvée, et lorsqu'elle l'est, s'utilise comme complément du nom : « le linge du patient » ou encore le « dossier du patient ». On retrouve néanmoins dans la classe 3 le lemme « satisfaction » qui fait écho à la fois à celle du professionnel et celle du patient. Celui-ci disparaîtra complètement de la classe 5.

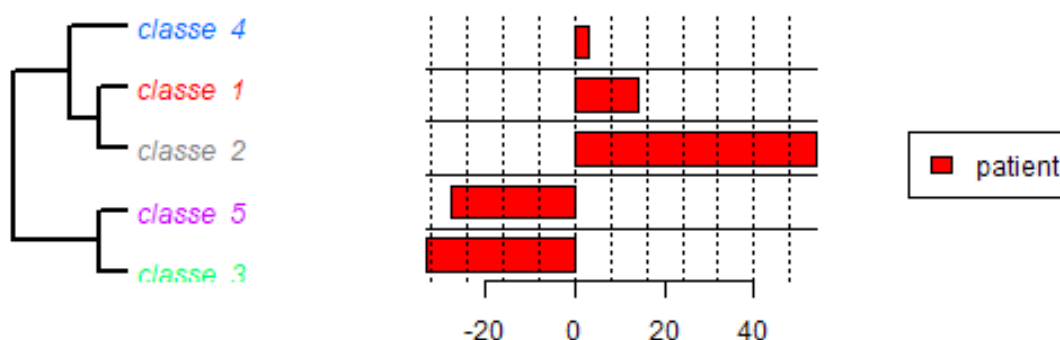


Figure 24 - Chi2 par classe et phylogramme sur la forme « patient » du guide V2010

Afin d'appréhender l'organisation des différentes classes autour du patient, nous réalisons une analyse des similitudes sur les classes ayant des Chi2 positifs au lemme patient.

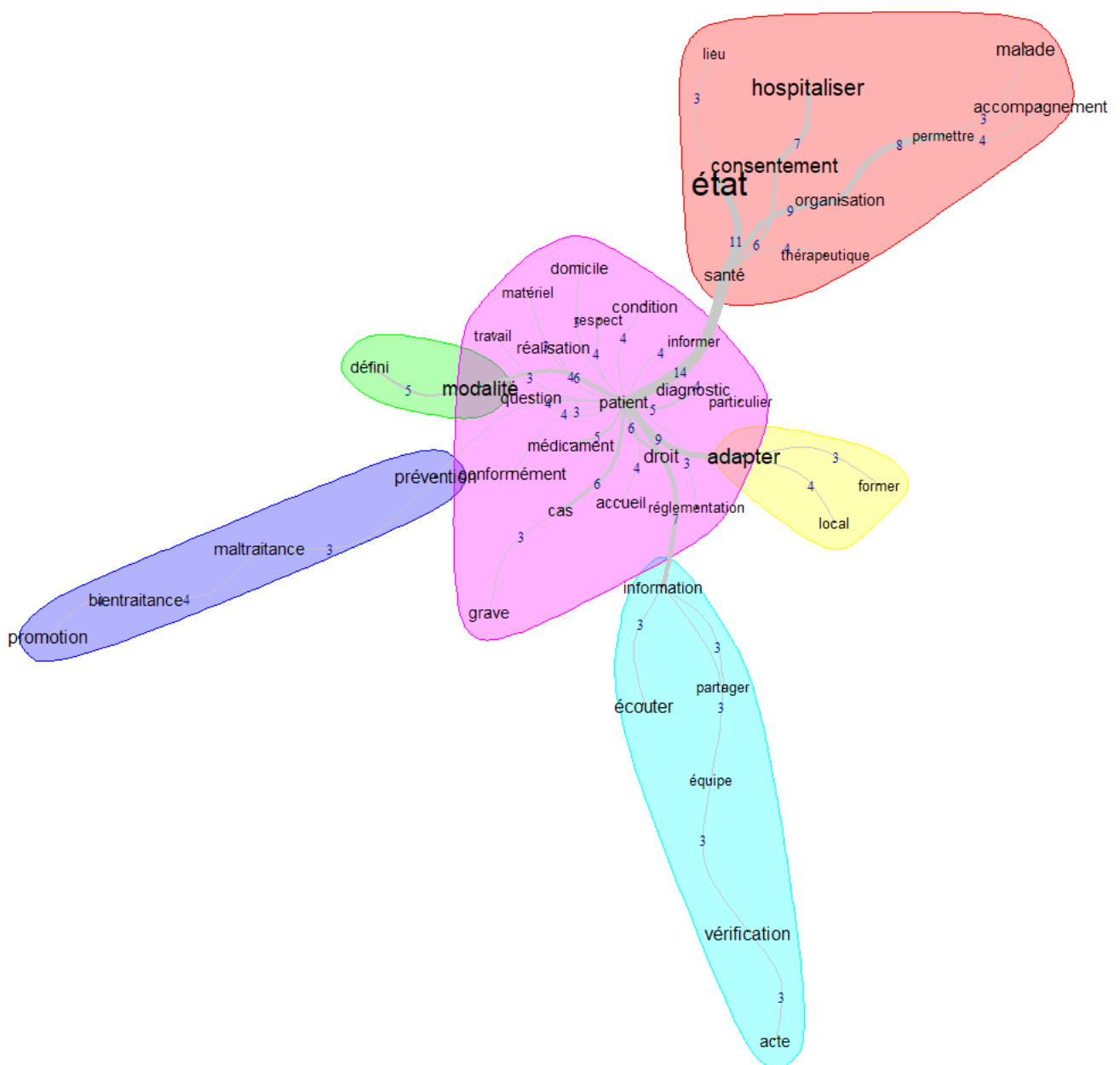


Figure 25 - Analyse de similitude (87 formes) et indices de cooccurrence (fréquence supérieure à 2) de la classe 1

L'analyse de similitude de la classe 1 met le patient, même si peu représenté (la petite taille de texte indiquant un χ^2 faible), dans une position centrale entourée par d'autres communautés : la prévention de la maltraitance, l'information, l'adaptation, mais surtout celle se rattachant à l'état de santé et au consentement. La communauté du patient, qui est la plus importante, contient elle-même les formes comme « respect », « droit » ou « réglementation ». Cependant, ces lemmes n'ont pas de communauté propre. La communauté de l'adaptation se retrouve entremêlée à l'humain dans le cadre de la formation du professionnel (avec l'adaptation de ses

connaissances) et dans celui de l'éducation thérapeutique du patient (adaptation du discours médical). La communauté de l'information se base sur l'« écoute » et un partage des « informations ». Elle n'est pas directement reliée aux patients ; le droit reste l'intermédiaire de ces deux discours. Le patient a des droits, et un des droits fondamentaux est l'accès à ces droits. Enfin, la seconde et plus importante communauté concerne l'état de santé et le consentement. Celle-ci se rattache au patient par le verbe « informer ». Le patient, en position d'attente passive, attend d'être informé sur son état de santé. L'analyse du lemme « consentement » doit être réalisée avec précaution, puisque faisant référence à deux représentations différentes. La première, et c'est le cas le plus représenté, concerne les patients hospitalisés « sans consentement » en définissant leurs droits. La seconde, abordée une seule et unique fois, concerne le « respect du consentement ». Une nouvelle fois, le patient se trouve dans une position passive ; ce n'est pas le soigné qui donne son consentement, mais le soignant qui le respecte. La dernière partie concerne la description d'organisation qui permet l'accompagnement des malades.

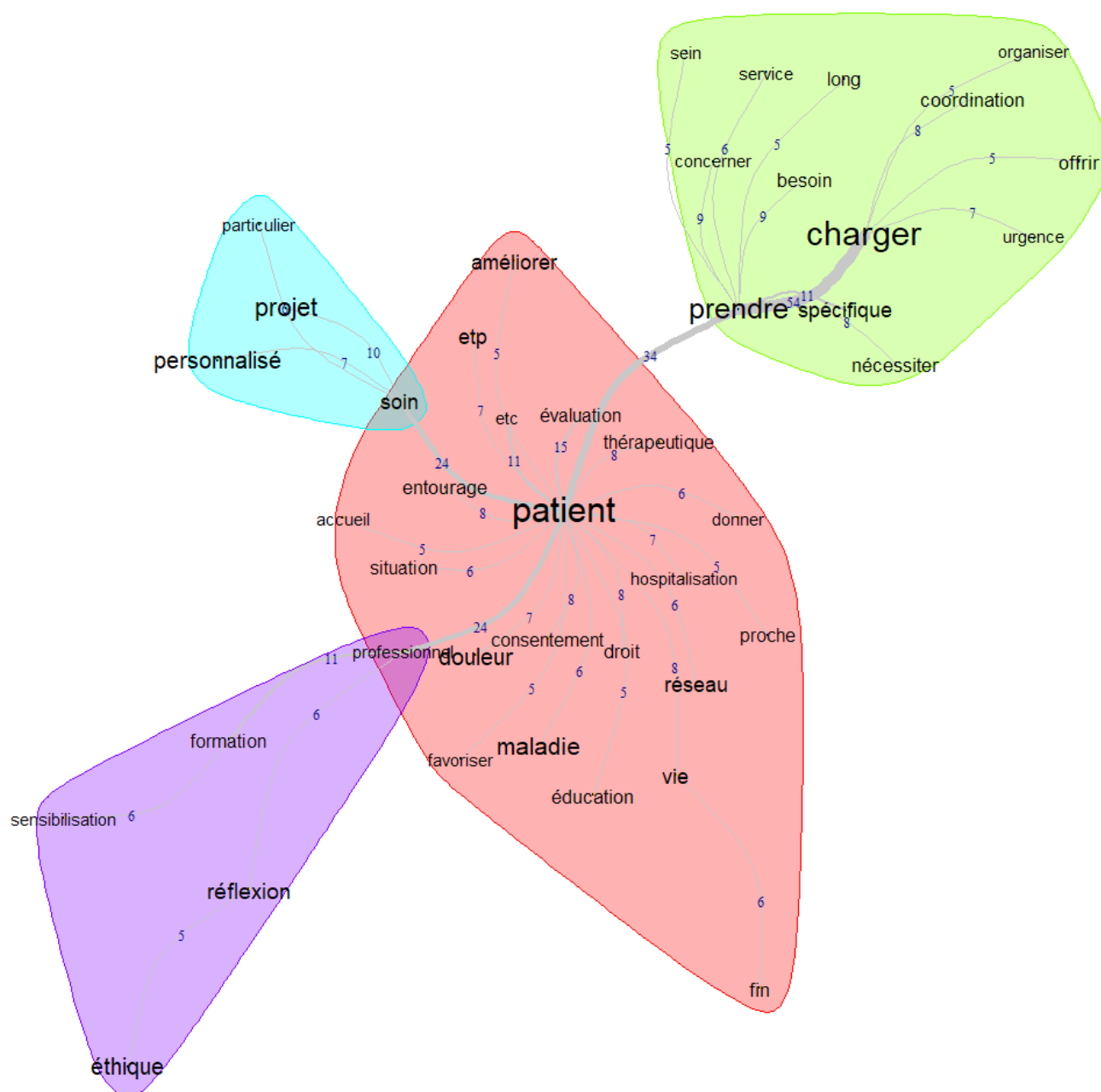


Figure 26 - Analyse de similitude (100 formes) et indices de cooccurrence (fréquence supérieure à 4) de la classe 2

La Figure 26, issue de l'analyse de similitude de la classe 2 qui décrit une approche pluridisciplinaire, révèle une communauté du patient avec une place centrale. Au sein de sa communauté, nous y retrouvons des lemmes comme réseau (approche en réseau), maladie, ou encore douleur et éducation thérapeutique (ETP). Le patient est rattaché à trois communautés. La première concerne le professionnel de santé avec une première branche qui décrit la réflexion éthique nécessaire, et la seconde fait référence à ses besoins en formation et en

sensibilisation. La deuxième communauté traite des concepts de projets et de soins personnalisés ; elle est rattachée à celle du patient par le « soin » qui appartient d'ailleurs à ces deux communautés. Le soin n'est pas directement rattaché au lemme du patient, mais par l'intermédiaire de son entourage ; cette réflexion pluridisciplinaire, pourrait refléter un patient soigné actif par procuration. Cette version du guide utilise d'ailleurs fréquemment la formulation « Patient et/ou son entourage ». Enfin nous trouvons la communauté de la prise en charge qui est singulièrement à distance du soin, il en est de même pour « prendre » et « soins » qui ne sont pas rattachés. Dans cette configuration, il s'agit d'une prise en charge où le soin ne se résume qu'à son acte sans prendre soin.

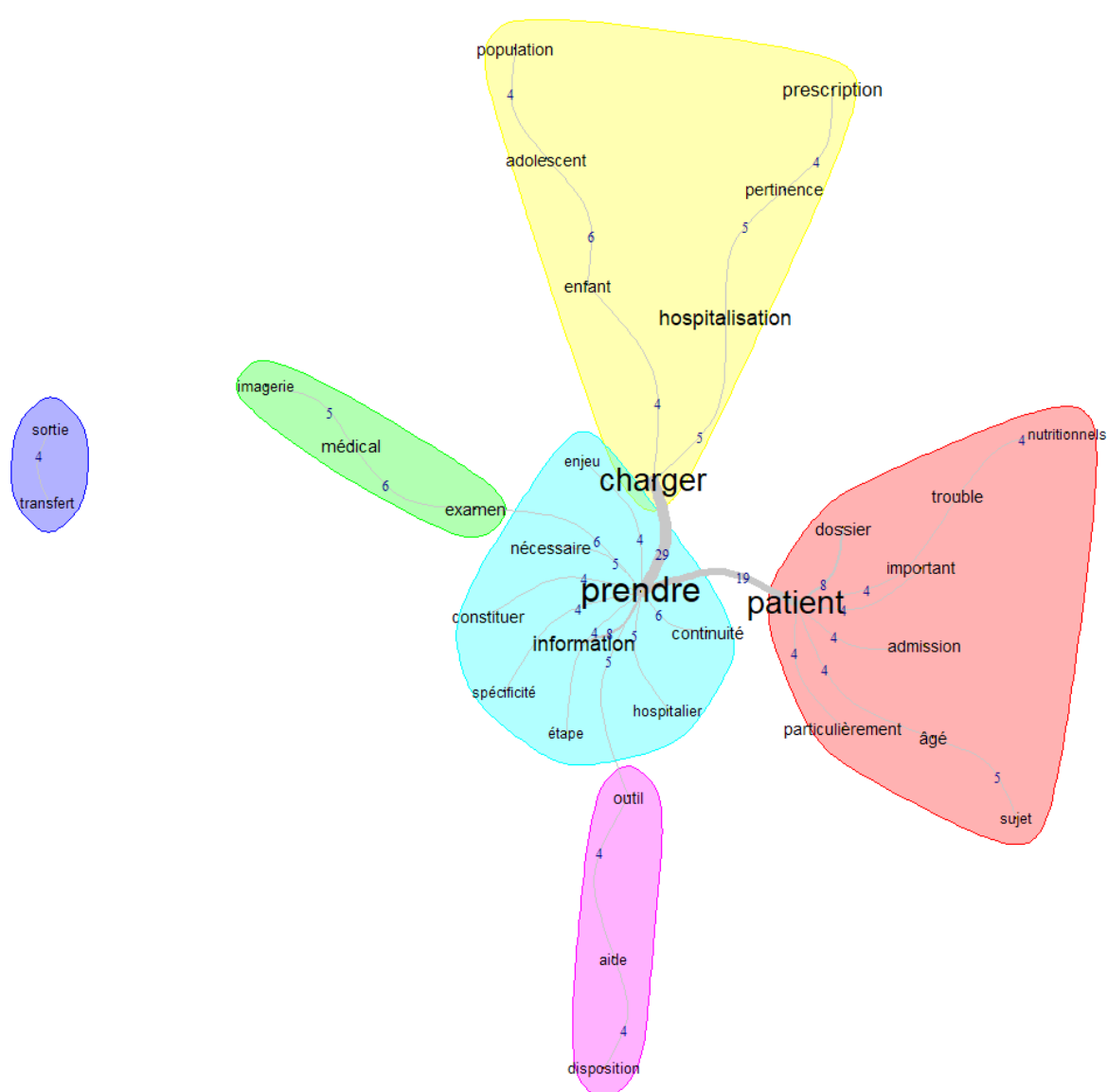


Figure 27 - Analyse de similitude (100 formes) et indices de cooccurrence (fréquence supérieure à 3) de la classe 4

Cette quatrième et dernière classe s'articule autour d'une communauté centrale le « prendre en charge » rattachée à 3 communautés. La première concerne les examens qui sont nécessaires à l'adaptation, la seconde aux outils à disposition et la dernière au patient et ses spécificités. De nouveau, le « prendre » n'est pas relié au « soin » puisque celui-ci est absent de cette classe. À travers le « prendre en charge », la « pertinence » de la « prescription » est rattachée à l'« hospitalisation ». La prise en charge se lie directement à des lemmes comme « enfants » ou « adolescents ». Ces deux formes sont non-rattachées au patient comme l'est « âgé » ou « prise en charge » puisqu'éminemment spécifiques (droit propre, circulaire en vigueur...). Enfin on retrouve la communauté du patient ; celle-ci se rattache à des mots comme « âgé » ou « trouble ». Cette classe représente l'adaptation et la pertinence du soin avec d'une part les outils nécessaires au diagnostic, de l'autre les outils à disposition afin d'aider l'amélioration de la qualité de la prise en charge et enfin les spécificités des patients comme peuvent l'être l'âge, ou encore les troubles nutritionnels ou cognitifs.

B.3.4. Relations entre les différentes classes

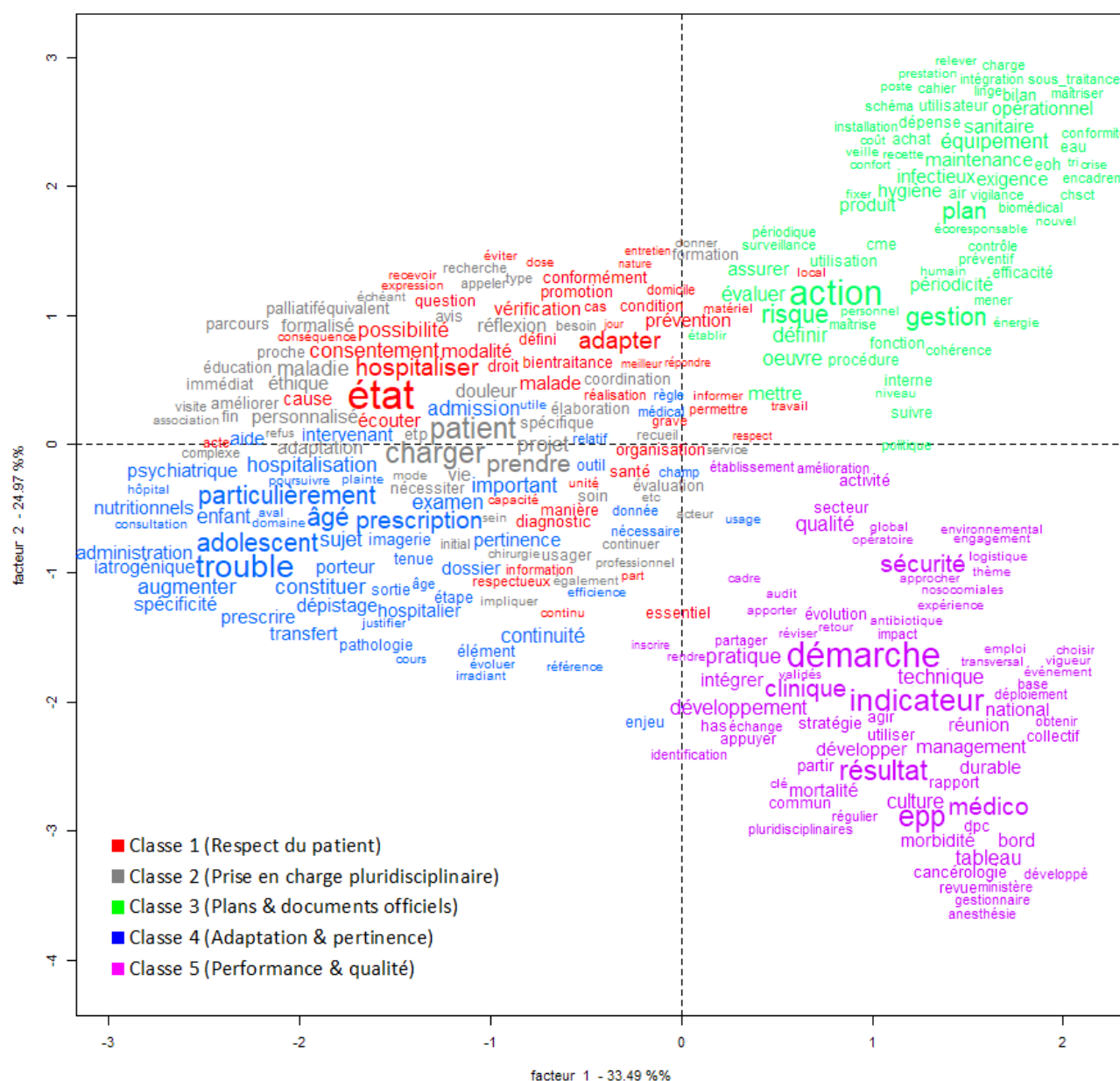


Figure 28 - Analyse factorielle des correspondances de la méthode Reinert : positionnement des classes de la V2010

Le premier facteur explique 33,49% de l'inertie totale de notre corpus. Il sépare nettement les classes 1, 2 et 4, avec des abscisses négatives, des classes 3 et 5 à abscisses positives. Cette opposition permet de distinguer les classes appartenant à la catégorie des « recommandations & bonnes pratiques de prise en charge » de celles de la catégorie traitant de la « stratégie & gouvernance ». Le deuxième facteur (24,97% de l'inertie totale) montre une distinction plus faible entre toutes ces classes. On retrouve la classe 5 en négative en bas, les classes 1, 2 et 4 dans un continuum autour de 0, et enfin la classe 2 à ordonnée positive.

Ce plan factoriel (F1 X F2) permet de distinguer trois zones dans notre corpus textuel :

- Une zone à abscisse négative (à gauche) et à ordonnée nulle, contenant la classe 1, 2 et 4 relatives aux recommandations & bonnes pratiques de prise en charge,
- Une zone à abscisse et ordonnée positive (en haut à droite) contenant la classe 3 relative aux plans & document officiel,
- Une zone à abscisse positive et à ordonnée négative (en bas à droite) contenant la classe 5 renvoyant à un discours de la performance et de la qualité

L'analyse de l'AFC révèle une fragmentation des discours inférieures à celle de la Figure 15 réalisée sur l'ensemble des trois guides. Pour autant, les discours traitant du patient (classe 1, 2 et 4) restent à distance des deux autres classes. Le discours des plans et des documents officiels ne s'étend pas vers celui concernant le respect du patient. Bien au contraire, ce sont des formes comme « matériel », « respect », ou « permettre » qui vont s'excentrer de leur classe d'appartenance et déborder sur la classe 3. La classe 5 se retrouve à distance de toutes les autres. Il est étonnant de constater l'éloignement de la classe 3. Comme une approche performance et qualité se doit d'être dictée par les directives et les documentations, la distance des discours peut révéler un manque de cohérence entre les plans, les attentes, et leur suivi. Avec son abscisse positive et son ordonnée négative, cette même classe se trouve aux antipodes des classes évoquant le patient et qui ont une abscisse négative ainsi qu'une ordonnée proche de 0. Graphiquement la performance se déconnecte du respect du patient et de la prise en charge pluridisciplinaire. Elle s'approche néanmoins de l'adaptation et de la pertinence puisque toutes deux possèdent une ordonnée négative.

Le continuum entre les classes 1, 2 et 4 révèle une homogénéité entre les discours. En s'adossant au respect, à la pertinence du soin et aux usages pluridisciplinaires, la prise en charge tente de remettre le patient au centre. Néanmoins le patient se trouve réduit à ses caractéristiques et se réifie à celles-ci. Malgré une prise en charge globale mettant en avant les spécificités cliniques et situationnelles, celle-ci se révèle être davantage un acte technique qu'un soin. Le soin, lemme au Chi2 faible, est relégué au second plan derrière son aspect fonctionnel et utilitaire. L'établissement prend en charge, l'établissement soigne, mais oublie de prendre soin.

C.1. Analyse statistique du corpus

Au contraire de la V2010, le lemme avec la plus grande fréquence est « établissement » avec 381 apparitions, devant « visite » (217), « HAS » (252) et « certification » (196). Le « patient » (127) est relégué à la 9^{ème} place en étant 3 fois moins cité qu'« établissement ». Le « malade » ou encore la « personne » disparaissent du corpus en laissant leur place au « visiteur », à l'« expert » et à la « qualité ».

C.2. Structure des discours et analyse de similitude

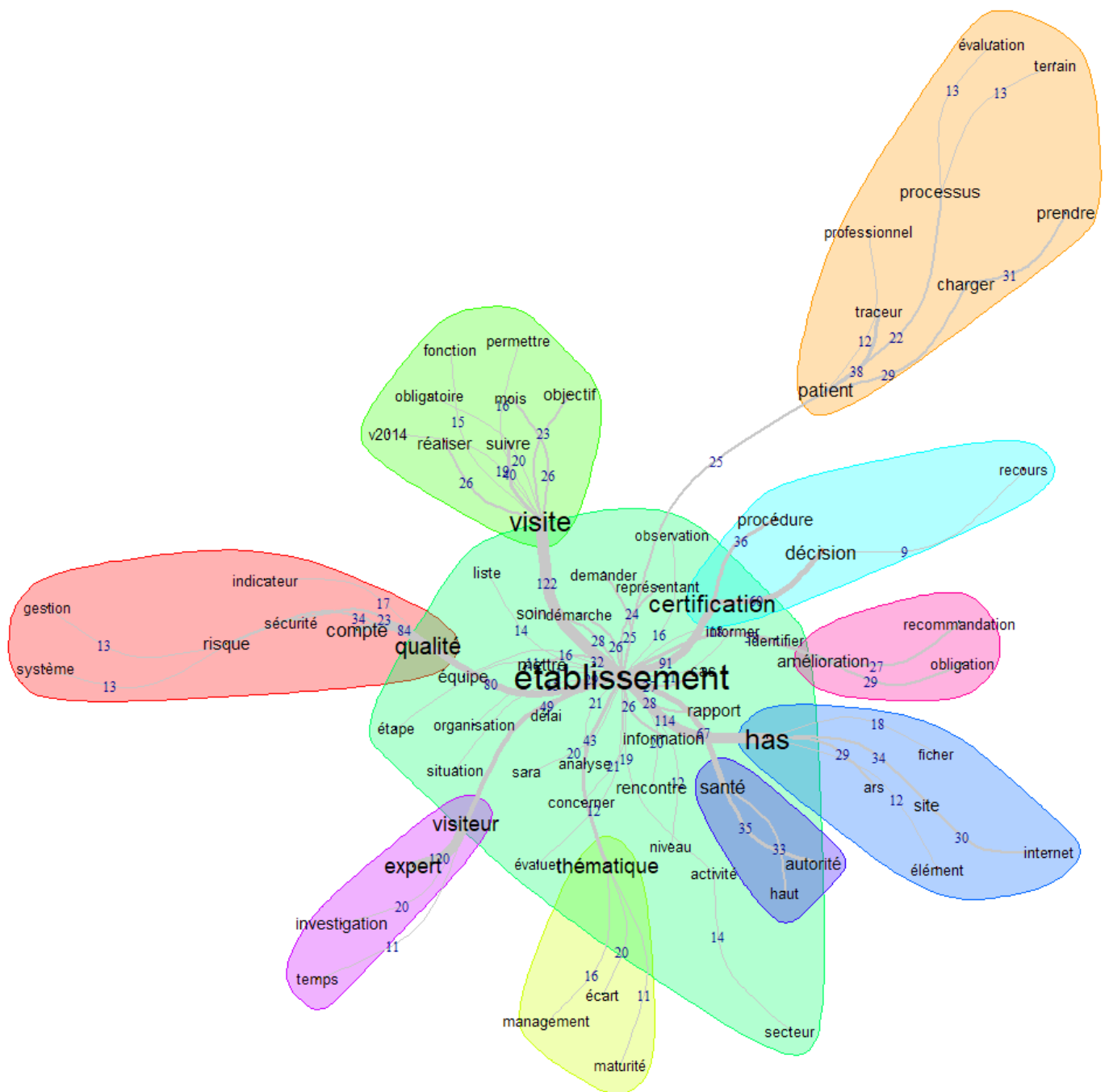


Figure 30 - Analyse de similitude (100 formes) et indices de cooccurrence (fréquence supérieure à 10) du guide de certification V2014

La Figure 30 contient la communauté centrale de l'« établissement » et 9 communautés satellites qui y sont rattachées. Ces dernières illustrent les différents rôles, acteurs et responsabilités que ce guide souhaite mettre en valeur. À droite on trouve la communauté de la « certification » (91) qui présente les « procédures » et les « décisions » qui lui sont rattachées.

On trouve ensuite la communauté sur la nature des « améliorations » (38) : « obligatoires » ou « recommandées ». Les communautés de la « HAS » et de la « haute autorité de santé », sont imbriquées à celle de l'établissement et exposent les éléments associés à l'informatique comme « fichiers » ou encore « site internet ».

À gauche, on trouve une communauté réduite structurée autour du lemme « thématique » (43) et contenant les formes « écarts » et « maturités ». Cette communauté traite de l'évaluation des différentes thématiques de par leurs écarts et leur niveau de maturité. À côté, la communauté du « visiteur-expert » (49) se trouve indirectement liée à la visite, au patient, et à la HAS par le biais de l'établissement. La communauté qui concerne le « Compte qualité » (80) rassemble les notions de « risque », de « sécurité », ou encore d'« indicateurs » qui vont lui être associées. En vert, la communauté associée à la « visite » (122) définit les « objectifs » à « réaliser ».

Enfin, à distance puisque c'est la seule des 9 communautés satellites à ne pas être imbriquée à l'établissement et avec un indice de cooccurrence de 25, on trouve la communauté se rattachant au « patient ». Du patient, quatre branches apparaissent : une première concernant le « professionnel » (12), seul lemme de cette branche, une seconde avec « les processus et les évaluations » (22), une troisième avec le « prendre en charge » (29), et enfin, celle à la cooccurrence la plus forte, la branche concernant le « patient traceur » (38). La communauté du patient est une des plus importantes de notre analyse des similitudes et permet d'exposer deux facettes : le patient au rôle de traceur et le patient que le professionnel prend en charge. Cette prise en charge, néanmoins distante de l'établissement, ne constitue pas de communauté à part entière. Graphiquement, il est difficile de la localiser comme il est difficile de localiser le « patient » au profit de « la visite » ou de la « qualité ». De par l'analyse de son autre branche, on observe que le patient se trouve réifié à l'outil qui permet de tracer les processus ainsi qu'évaluer le terrain. Ce corpus perd le patient en tant qu'être soigné et les lemmes comme le « soin » ou la « santé », sont absents ou à distance du lemme patient.

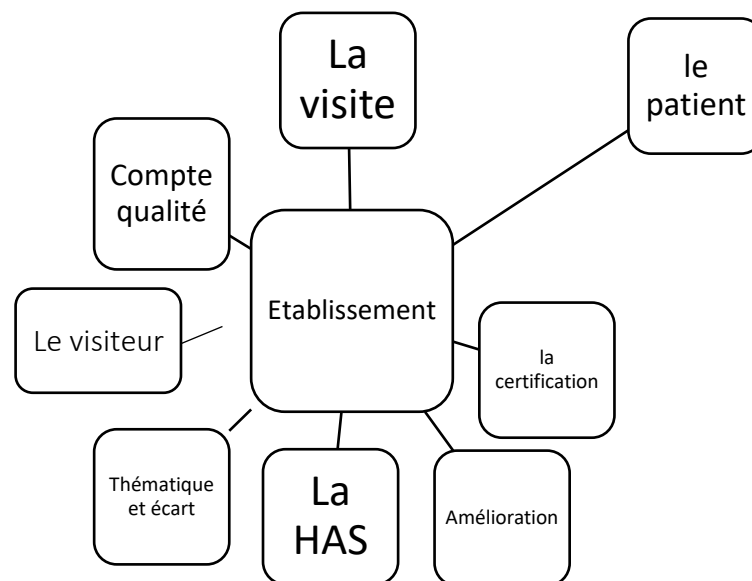


Figure 31 - Synthèse de l'analyse de similitude du guide de certification version 2014

C.3. Structure des discours et classification de Reinert

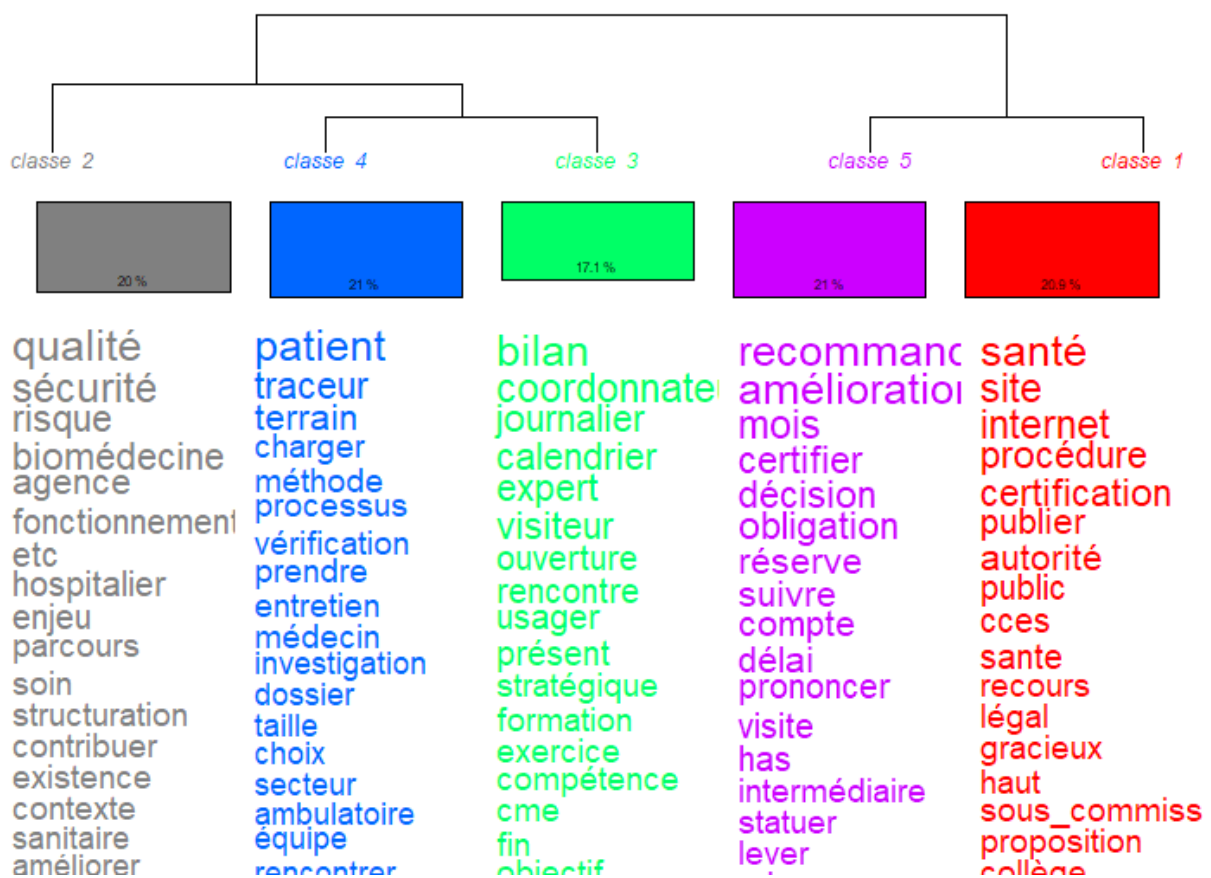


Figure 32 - Phylogramme des classes par la méthode Reinert du guide de la certification V2014

La classification de Reinert regroupe une majorité des différents segments de texte (81%) dans 5 classes, qui se subdivisent en deux premiers embranchements. Le premier regroupant les classes 1 avec 20,9% et 5 avec 21%, et le second regroupant la classe 2 avec 20% et un nouvel embranchement contenant les classes 3 avec 17,1 et 4 avec 21%. Ce corpus se répartit dans les classes de façon relativement équilibrée avec les classes 1, 2, 4 et 5 proches de 21%, et la classe 3, sous représenté, avec 17%.

C.3.1. Description des classes

- Classe 1 :

La classe 1 regroupe les formes qui vont s'attacher aux **règles de décision de la certification**. Elle va clarifier les acteurs (**HAS, ARS, directeur général...**) leurs rôles et leurs responsabilités. Ce cadre permet de définir les voies de **recours** ou encore de rappeler la temporalité dans la **publication** du **rapport** sur le **site internet** avec la nécessaire **confidentialité** qui s'impose en amont. Les cas spéciaux comme les **interruptions** de visite ou les **décisions** de non-certification sont également présents au sein de cette classe.

Extrait de segment caractéristique avec un score de 541,11 (somme des chi2), mots en rouge associés à la classe 1 :

*selon que le **recours** a été **accepté** ou rejeté le **rapport** de **certification modifié** et la **nouvelle décision** de **certification** sont **publiés** sur le **site internet** de la **haute autorité** de **santé** et **transmis** pour **information** à l **ars** ou **autorité** de **tutelle compétente***

- Classe 2 :

Cette classe regroupe les formes qui entourent une **démarche** de **qualité** et de **sécurité** des **soins** en décrivant les **enjeux** et les **risques associés**, mais aussi les **démarches** de promotion de la **qualité** et de la **sécurité sanitaire**. En effet, pour permettre un meilleur **management** de celle-ci, la HAS propose aux **professionnels** de santé, des **leviers** concrets pour que des initiatives se **développent** sur ces **sujets**. En parallèle, cette classe rassemble des formes comme **risques** ou encore **situations graves**. Elle présente également le **compte qualité** comme **base documentaire importante** en vue de la certification.

Extrait de segment caractéristique avec un score de 264,05 (somme des chi2), mots en rouge associés à la classe 2 :

en 2017 afin de **renforcer** la promotion de la **qualité** et de la **sécurité sanitaire** dans le **domaine** du **prélèvement** l **agence** de la **biomédecine** met un terme au **dispositif** de certification et intègre la **réalisation** d audits métiers

- **Classe 3 :**

Cette classe regroupe les lemmes faisant référence à l'outil principal de la certification : la **visite** de l'**expert**. Elle caractérise celle-ci tant en termes **organisationnels** avec ses **calendriers**, qu'en termes **d'acteurs présents** et impliqués. À travers cette classe on identifie des réunions comme la **rencontre d'ouverture**, les **rencontres** avec des **usagers**, ou encore les **bilans journaliers** et permet de s'approprier différents scénarii temporels.

Extrait de segment caractéristique avec un score de 424,42 (somme des chi2), mots en rouge associés à la classe 3 :

ces **séquences** se décomposent en deux grandes catégories des **séquences organisationnelles** **rencontre d'ouverture** présentation du système documentaire **rencontre** des **représentants** des **usagers bilans journaliers** synthèse **individuelle** et **collective** des **experts visiteurs bilan** de **fin** de **visite**

- **Classe 4 :**

La classe 4 rassemble des formes qui décrivent les **méthodes d'investigation**. On retrouve les **vérifications** de **terrain** et les **vérifications** des différents processus de **prise en charge** à travers le travail de l'expert visiteur. Mais cette classe dépeint principalement un autre outil majeur de ce guide : le **patient traceur**. Le premier segment caractéristique expose de surcroît sa définition. À travers cette classe, le patient traceur se définit par les **processus** qui l'entourent, sa fonction, ses **méthodes**, ses **activités**, ou encore ses objectifs.

Extrait de segment caractéristique avec un score de 440,44 (somme des chi2), mots en rouge associés à la classe 4 :

patient traceur méthode d'évaluation rétrospective qui **consiste** à **partir** d'un séjour d'un **patient hospitalisé** à évaluer les **processus** de soins les organisations et les **systèmes** qui concourent à sa **prise en charge**

- **Classe 5 :**

La classe 5 possède de nombreux lemmes en commun et reste sémantiquement très proche de la classe 1. Cette classe regroupe les formes indiquant les règles de **rendu** de **décision** de **certification** et des **obligations** qu'elle **implique**. À travers ces règles, cette classe présente une large part traitant des **établissements** ayant des **obligations** ou des **recommandations d'amélioration**.

Extrait de segment caractéristique avec un score de 440,44 (somme des χ^2), mots en rouge associés à la classe 5 :

*la **visite** de **suivi** en **cas** de **certification** avec **obligation** s d **amélioration niveau** c dans cette hypothèse l **établissement** doit **produire** un **compte qualité supplémentaire** dans un **délai maximum** de douze **mois** suivant la **notification** de la **décision** de **certification***

C.3.2. Classement en Catégorie et sous-catégorie

La méthode Reinert nous permet de séparer nos classes en un premier embranchement donnant à gauche une catégorie sur l'évaluation et à droite une catégorie sur les processus de décision. La branche de gauche contient la classe 2, traitant de la qualité ainsi que la sécurité des soins et la sous-catégorie de la mise en œuvre de l'évaluation. Celle-ci contient la classe 3, se référant à la visite et à l'expert et la classe 4, présentant les outils et le patient traceur. À droite, sur le deuxième embranchement principal, on retrouve la catégorie traitant du processus de certification qui contient la classe 1, relative aux procédures de certification et la classe 5, concernant le rendu des décisions. Comparativement au guide de 2010, aucune classe de la version 2014 ne traite du patient et on distingue un éloignement des discours vis-à-vis de la personne soignée. Le soigné n'est plus qu'un outil, le patient traceur, et la recherche de qualité et de sécurité met de côté la prise en charge globale.

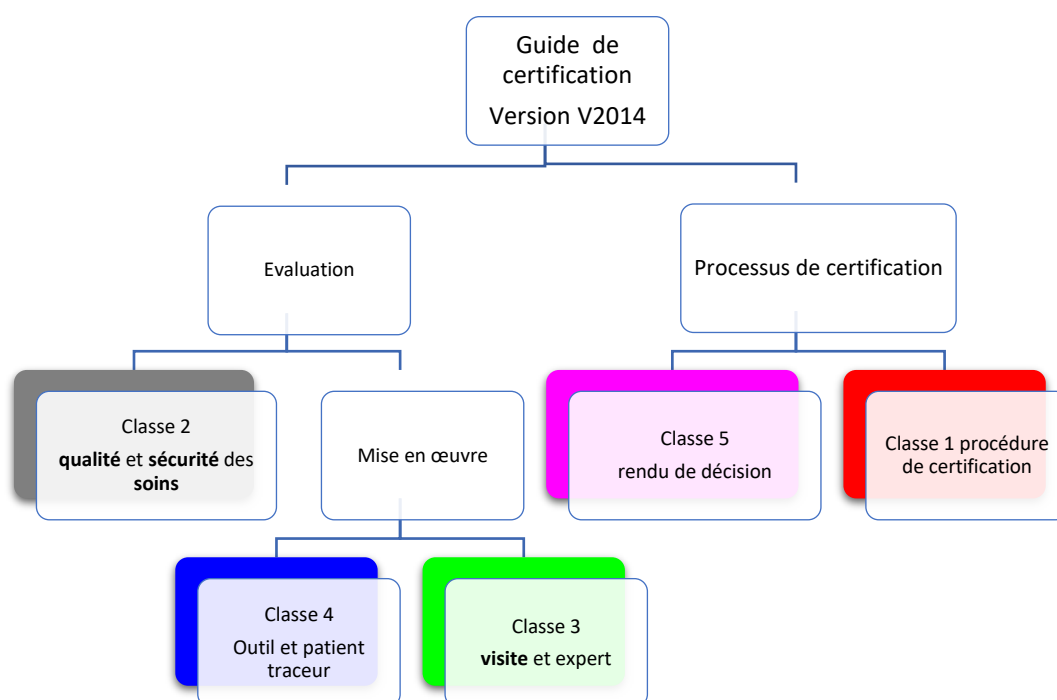


Figure 33 - Phylogramme de synthèse des différentes classes dans la V2014

C.3.3. Analyse de similitude des classes se référant au patient

En réalisant un test de Chi2 par classe sur le mot patient, sur cinq classes, si la V2010 possède 3 classes aux Chi2 positifs, la V2014 n'en possède qu'une. Comme attendu, la classe 4 relative au patient traceur possède un chi2 considérablement positif ; nous isolons cette classe afin de réaliser une analyse de similitude

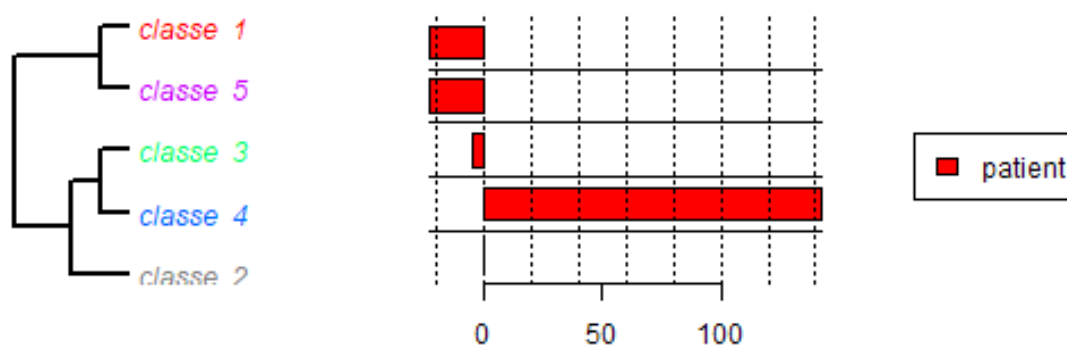


Figure 34 - Chi2 par classe et phylogramme sur la forme « patient » du guide V2014

L'analyse de similitude de la classe 4 révèle un « patient » central entouré de 6 communautés qui lui sont rattachées. La communauté du « patient », la plus importante, contient de nombreux lemmes. La cooccurrence la plus importante est avec « méthode » (12), vient ensuite « dossier » (10), puis « équipe » (7).

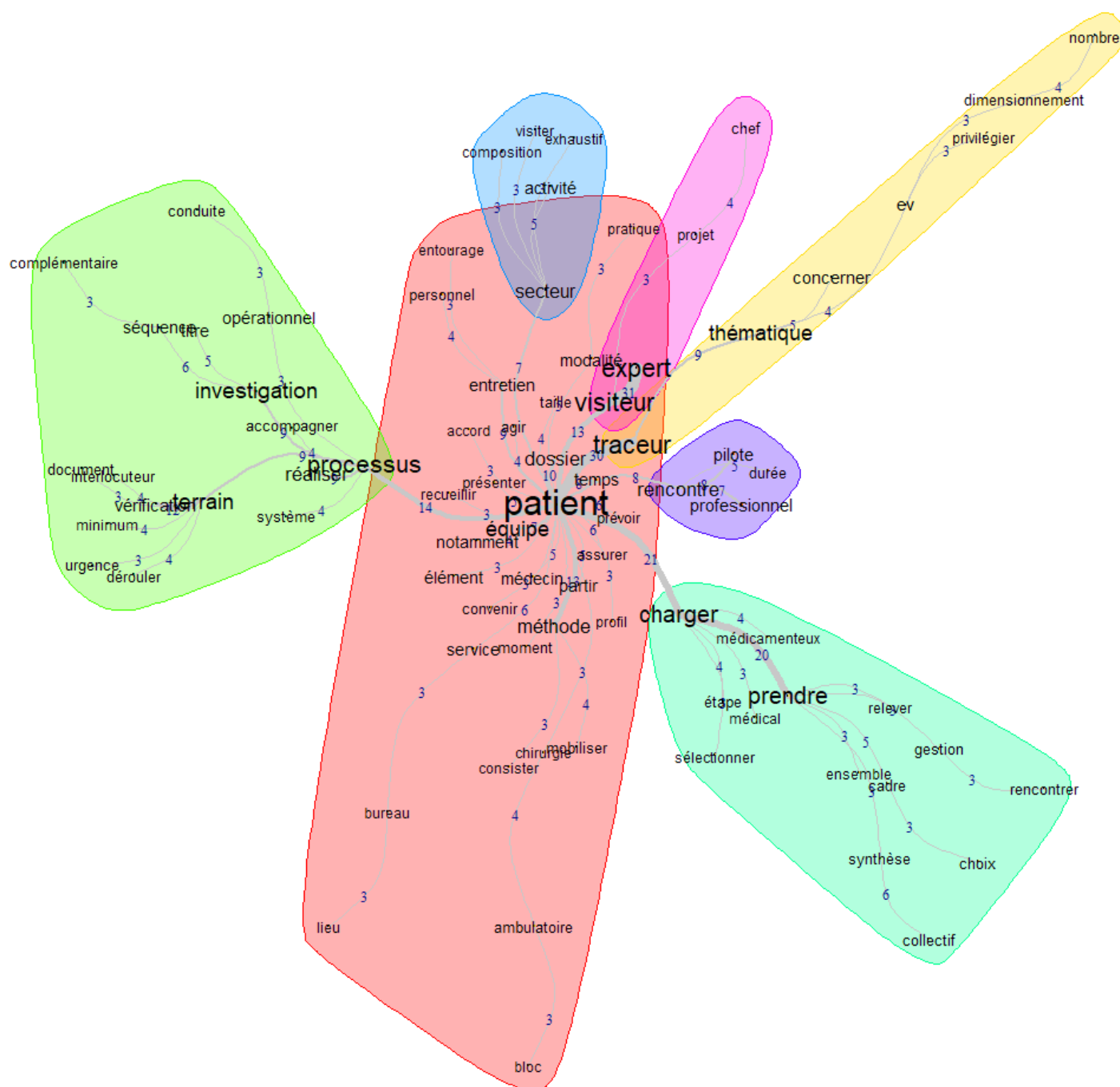


Figure 35 - Analyse de similitude (100 formes) et indices de cooccurrence (fréquence supérieure à 2) de la classe 4

Cette communauté ne définit pas le patient en tant que personne, mais en tant qu'objet de prise en charge : le patient se trouve simplifié à son « dossier ». Néanmoins, certaines formes, faiblement représentées comme « entourage », « temps », ou encore « échange » émergent. Le guide de certification V2014 ne met pas en valeur de concept humaniste et préfère se recentrer sur le mesurable rattaché à la qualité. Au niveau des autres communautés qui l'entourent, celle

du « visiteur-expert » semble interagir avec celle du patient. L'analyse du corpus présente deux interactions : la vérification de la prise en charge (du patient) et l'étude des résultats du patient traceur. Nous retrouvons d'ailleurs sa communauté juste au-dessus. Celle-ci va être destinée à évaluer les différentes thématiques que ce guide lui associe.

En dessous, nous retrouvons une communauté plus humaine, qui définit un temps de « rencontre » entre le « patient » et le « professionnel ». L'analyse du corpus nous permet de discerner ces temps de « rencontre » (« le patient et/ou son entourage [...] ont donné leur accord préalable pour rencontrer l'expert visiteur ») et de non-« rencontre » (« L'expert visiteur soignant [...] ne rencontre pas le patient en entretien singulier »). Cette communauté marque une tentative d'ouverture au monde du patient, puisqu'elle offre l'opportunité de lui « consacrer du temps [...] en vue de recueillir son expérience, ce qui permet d'éclairer les investigations réalisées ». Le segment entre guillemets ci-dessus est le seul et unique retrouvé qui exprime ce type de discours. En dessous de cette communauté, nous retrouvons celle de la « prise en charge », caractérisée par les verbes d'action « sélectionner », « rencontrer ». Celle-ci, bien plus terre à terre, définit un outil de mesure. À gauche de la communauté centrale, on retrouve une communauté se rattachant aux processus et investigation de terrain se rattachant indirectement aux patients. Cette communauté utilise le soigné en tant que complément du nom « audit du processus de prise en charge du patient » ou encore de par l'utilisation du « patient-traceur » dans les « investigations ». Il en est de même pour la dernière communauté satellite « secteur », qui se rattache au patient de la même façon.

Cette analyse de similitude présente un patient, qui ne se définit ni par sa prise en charge en réseau, ni par son individualité, en restant un objet technique et bureaucratique de la certification. Il permet d'investiguer le terrain et d'évaluer les processus.

C.3.4. Relations entre les différentes classes

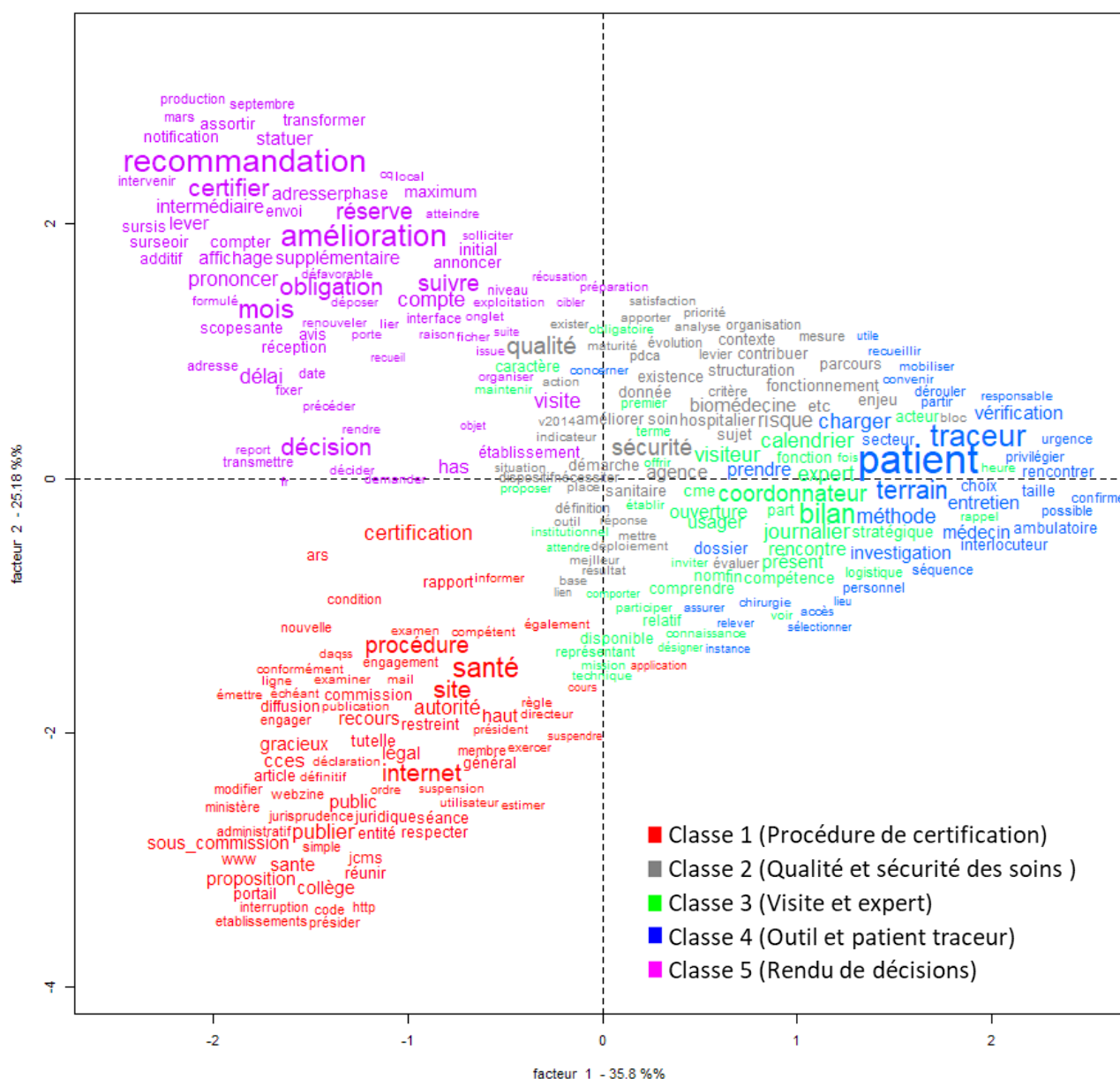


Figure 36 - Analyse factorielle des correspondances de la méthode Reinert : positionnement des classes de la V2014

Le premier facteur explique 35,8 % de l'inertie totale de notre corpus. Il sépare nettement les classes 1, et 2 avec des abscisses négatives, des classes 3, 4 et 5 à abscisses positives. Cette opposition permet de distinguer les classes appartenant à la catégorie des processus de certification de celles de la catégorie traitant de l'évaluation. Le deuxième facteurs (25,18% de l'inertie totale du corpus) permet de distinguer les classes 1 et 5.

Ce premier plan factoriel (F1 X F2 : 60,98%) permet de distinguer trois zones dans notre corpus textuel :

- Une zone à abscisse négative (en haut à gauche) et à ordonnée positive, contenant la classe 5, relative au rendu de décisions
- Une zone à abscisse négative (en bas à gauche) et à ordonnée négative, contenant la classe 1, relative aux procédures de certifications
- Une zone à abscisse positive et à ordonnée autour de zéro (centre droit) contenant les classes 2, 3 et 4 relatives à la qualité et la sécurité des soins, à la visite et à l'expert et enfin aux outils et aux patients traceurs.

Ces trois zones distinctes révèlent une fragmentation du discours entre les trois classes. On observe néanmoins un continuum entre les classes 2, 3 et 4 à ordonnée autour de 0. La V2014 à travers ce guide démontre sa volonté d'engager les établissements dans une démarche d'amélioration continue de la prise en charge des patients. Cette démarche passe notamment par l'évaluation de la capacité de l'établissement à identifier et maîtriser ses risques ainsi qu'à mettre en œuvre les bonnes pratiques¹⁴ à travers l'élaboration du Compte Qualité ou des audits de processus. Pour la V2014, les évolutions de la certification sont portées par une approche par processus avec de nouvelles méthodes de visite (audits de processus, méthode du patient acteur...). En agissant ainsi, la V2014 n'a pas vocation à changer le regard du système de santé, de l'établissement ou du professionnel sur le soigné. Elle souhaite améliorer la santé par ce qu'elle a de plus technique. En somme il s'agit de la qualité de l'acte. En axant sur la qualité des actes techniques et en oubliant le patient, cette certification omet de prendre soin. Elle réifie le malade devenant un élément d'entrée : la prise en charge par l'établissement.

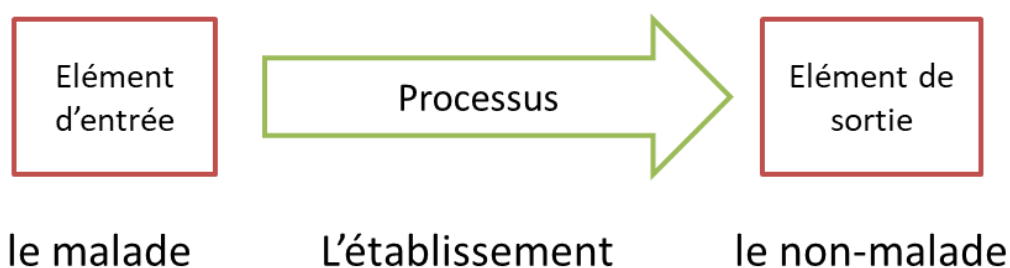


Figure 37 - Approche processus du soin

D.1. Analyse statistique du corpus

Le guide de certifications de 2020 comprend 21 931 occurrences, soit 38 pages, en format A4 pour 1925 formes après lemmatisation.



Page 70 sur 116

D.2. Structure des discours et analyse de similitude

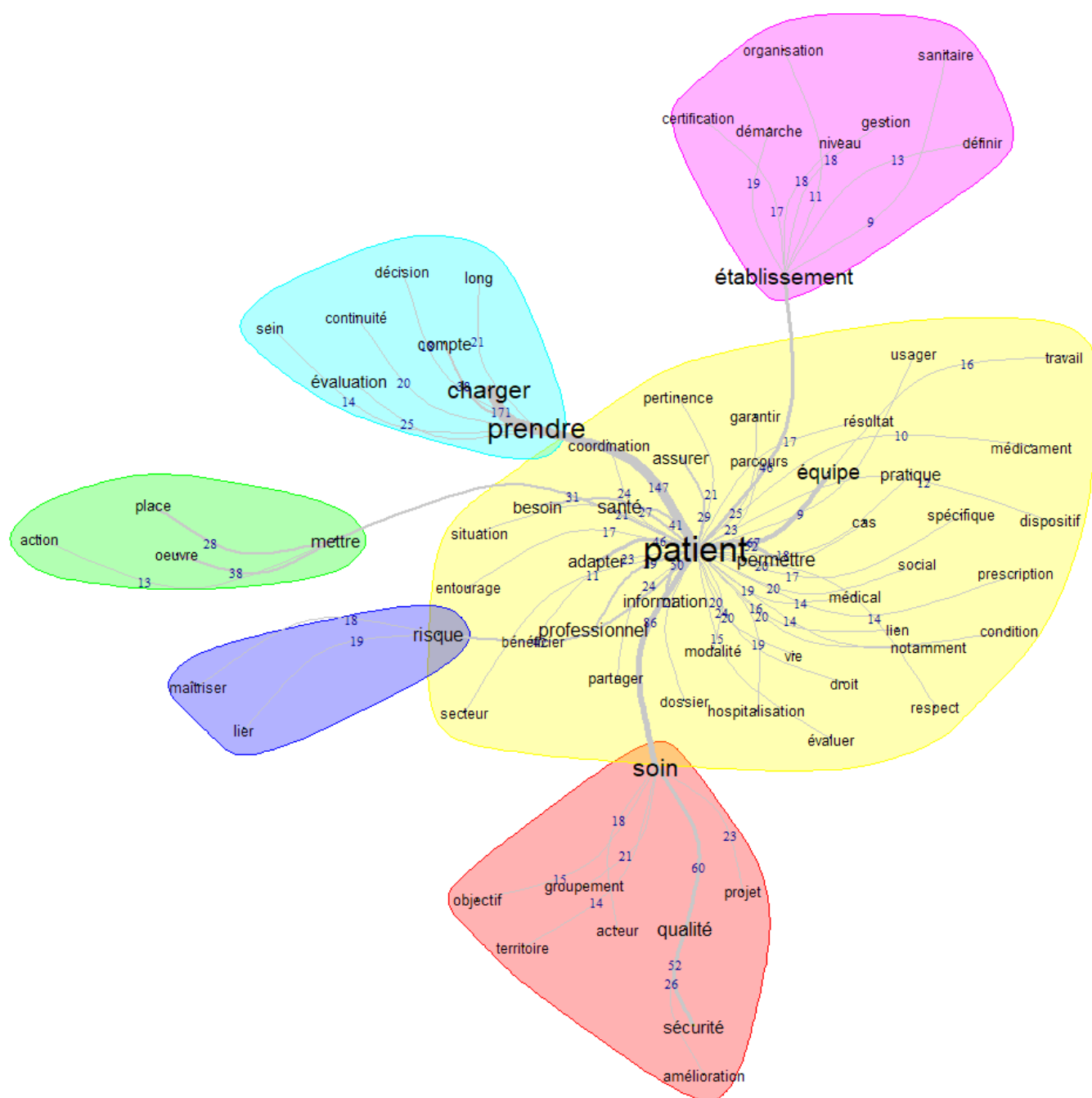


Figure 39 - Analyse de similitude (71 formes) et indices de cooccurrence (fréquence supérieure à 25) du guide de certification V2020

Contrairement aux analyses de similitude précédentes, c'est la première fois que le « patient » possède une place centrale. Sa communauté est entourée de 5 communautés satellites : l'« établissement », le « soin », les « risques », le « mettre en œuvre » et la « prise en charge ». La communauté du « patient » contient des lemmes ayant de fortes cooccurrences

comme « équipe » (67), « adapter » (46), « santé » (41) « permettre » (32), ou encore « professionnel » (29). De nouveaux lemmes renvoyant au patient font leur apparition comme « vie » (19), « respect » (14), ou encore « partager » (16). Cette communauté rassemble d'un côté les acteurs du soin (professionnel et équipe) et de l'autre une approche à adopter vis-à-vis du patient ; une approche moins rationalisée. Le patient n'est plus seulement un malade, il est plus qu'une maladie ; c'est une personne avec une individualité, une vie, et qui doit être respectée en tant qu'individu. En bas se trouve la communauté du soin, spatialement très proche de celle du patient. La communauté du soin contient des lemmes comme « qualité » (60), « projet » (23), « groupement » (21), acteur (18), ou encore « objectif » (15). Cette communauté traite de la qualité des soins et évoque comme pouvait le faire la V2010 les concepts de projet de soins. En ne reliant pas directement le « soin » à « prendre », la V2020 ne présente pas sémantiquement le « prendre soin » même si elle le sous-entend. On retrouve ensuite deux communautés plus réduites : celle du « risque » (42) relié à « lier » (19) et à « maîtriser » (18) ainsi que celle du « mettre » (31) en « œuvre » (38) lié à « place » (28) et à « action » (13). On trouve au-dessus la communauté du « prendre » (147) en « charge » (171) ; cette communauté contient « compte » (38) ou encore « évaluation » (25). À travers ces trois communautés, nous constatons une continuité avec les certifications précédentes. Pour autant, l'individu n'est pas uniquement malade, on ne le « prend » plus uniquement en « charge », mais on le « prend » en « compte ». Enfin nous retrouvons une dernière communauté concernant l'« établissement » (46). Elle s'attache à des lemmes plus techniques comme « démarche » (19), « gestion » (18), « certification » (17), ou encore « organisation » (11). À travers l'ensemble des lemmes répartis en communautés, ce guide de certification s'inscrit en partie dans la continuité des guides précédents.

En gardant les concepts qui ont été développés comme la gestion des risques, la culture de la qualité, ou encore la mise en œuvre, ce guide veut être novateur en mettant le patient au centre. De cette façon, la mise en œuvre et l'établissement perdent leurs rôles centraux et prennent moins d'espace au profit de la prise en charge, du soin, et surtout du patient.

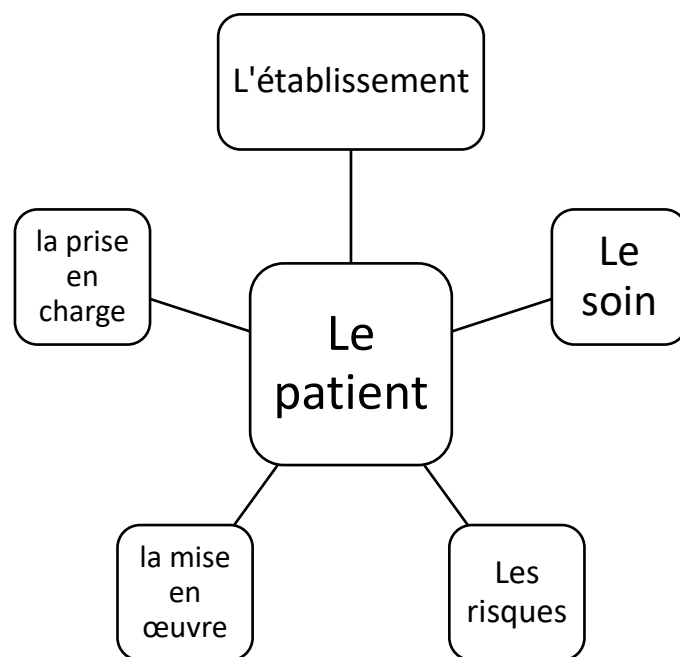


Figure 40 - Synthèse de l'analyse de similitude du guide de certification version 2020

D.3. Structure des discours et classification de Reinert

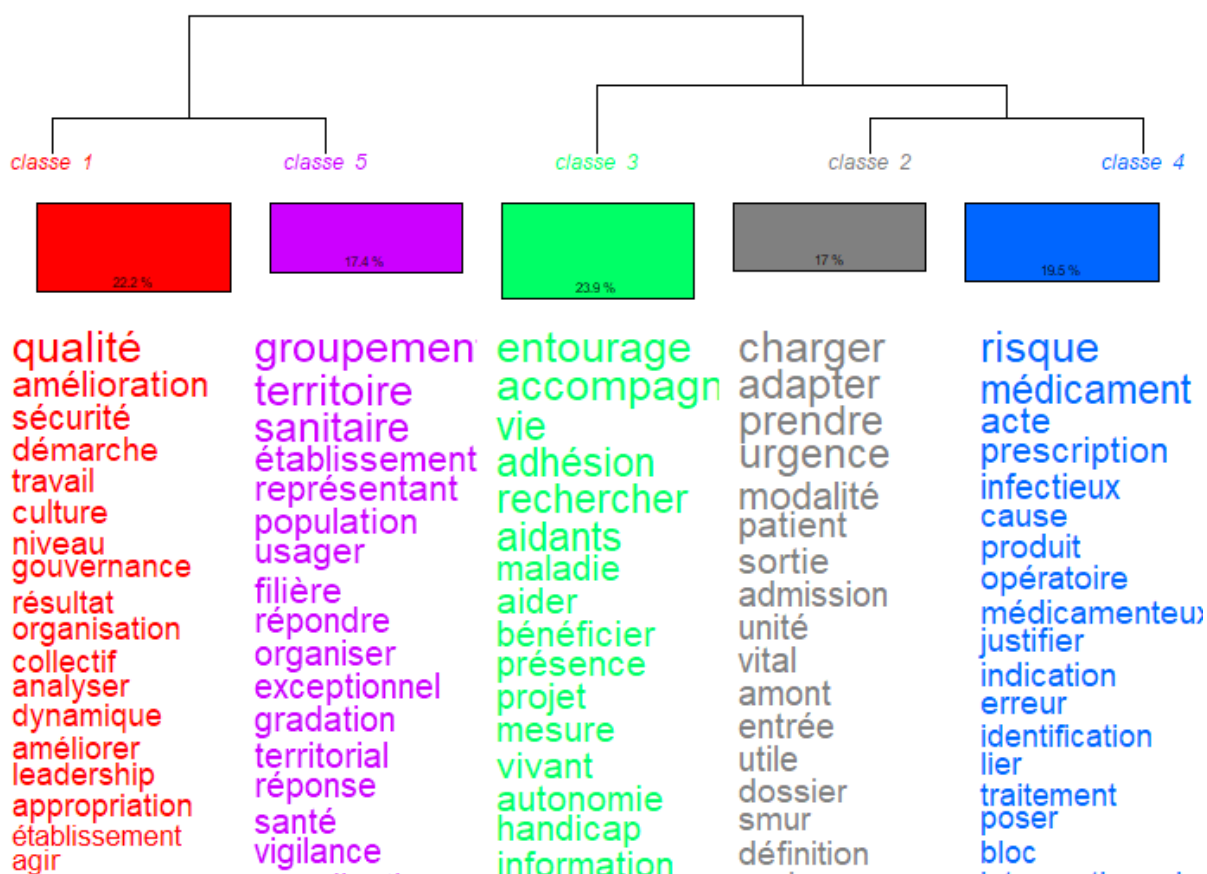


Figure 41 - Phylogramme des classes par la méthode Reinert du guide de la certification V2020

La classification de Reinert regroupe une majorité de segments de texte (72,67%) dans 5 classes qui se subdivisent en deux premiers embranchements. Le premier regroupe les classes 1 avec 22,2% et 5 avec 17,4%, et le second regroupe la classe 3 avec 23,9% et un nouvel embranchement contenant les classes 2 avec 17% et 4 avec 19,5%. Ce corpus se répartit en deux classes légèrement sous-représentées, les classes 2 et 5 autour de 17%, une classe intermédiaire (classe 4) à 19,5% et enfin deux classes davantage représentées : les classes 1 et 3 autour de 23%.

D.3.1. Description des classes

- Classe 1 :

La classe 1 regroupe les lemmes qui entourent la **culture** de la **qualité**, de la **sécurité** des **soins**, et de l'**amélioration continue**. Elle encourage les établissements à aborder des **démarches collectives**, à faire **preuve** de **leadership** afin de **développer** ces concepts.

Extrait de segment caractéristique avec un score de 501,81 (somme des chi2), mots en rouge associés à la classe 1 :

*l'existence de ces **démarches collectives** d **amélioration dynamique** d **équipe** pacte accreditations en **équipe** traduit l **appropriation** institutionnelle et l engagement opérationnel dans une **culture** de l **amélioration** de la **qualité** et de la **sécurité** des **soins***

- **Classe 2 :**

La classe 2 regroupe les formes se rattachant à l'**adaptation** des **modalités** de la **prise en charge**. Le terme « **prise en charge** » fait écho à deux types de **prise en charge** : la **prise en charge** générique (« les **équipes évaluent régulièrement** les **conditions** de **prise en charge** aux **urgences** ») et la prise en charge personnalisée (« l'évaluation du **risque** de chute **permet** le **cas échéant d'adapter** les **modalités** de **prise en charge** du **patient** »). Cette classe renforce la place du patient en s'adaptant au contexte. On parle d'**évaluation sociale**, d'**évaluation** du **risque** suicidaire, ou encore d'**évaluation psychologique** qui va permettre d'**adapter** la **prise en charge** à la situation du **patient**.

Extrait de segment caractéristique avec un score de 363,59 (somme des chi2), mots en rouge associés à la classe 2 :

*les résultats d'une **évaluation psychologique** permettent le **cas échéant** d **adapter** les **modalités** de **prise en charge** du **patient**, une **évaluation** de l **impact** moral des **modalités** de la **prise** (en **charge**) est **réalisée** à l **admission** et tout au **long** de la **prise en charge***

- **Classe 3 :**

La classe 3 regroupe des formes qui prônent l'**information**, l'**éducation** et la **formation** du **patient** ainsi que son **entourage** pour que celui-ci **adhère** à sa **prise en charge** en ayant un rôle d'acteur. Cette classe promeut les **programmes d'éducation thérapeutique** du **patient**, de l'**entourage** et/ou de l'**aidant**. Elle incite les établissements à **faciliter leur implication** dans l'**accompagnement** de la personne **vivant** avec un **handicap** ou une **maladie chronique**. Elle encourage les équipes à axer leur stratégie sur le **patient** pour lui permettre d'améliorer sa **compréhension**, son **adhésion** aux soins et sa **participation** aux **différentes** étapes de sa **prise en charge** afin de **faciliter** la **mise en œuvre** de son **projet thérapeutique**.

Plus que du **consentement**, cette classe définit **l'adhésion** du **patient** comme moteur de sa **prise** charge à travers, notamment, son **projet de soins**. En somme, cette classe est celle du **patient** en tant que personne **globale**. Bien qu'en termes de Chi2 sa valeur soit très faible, il reste le mot le plus cité (216 occurrences).

Extrait de segment caractéristique avec un score de 311,18 (somme des chi2), mots en rouge associés à la classe 3 :

*l **entourage** et ou l **aidant** peuvent **bénéficier** avec l **accord** du **patient** d une **information formation spécifique** pour accompagner le **patient vivant** avec une **maladie chronique** l établissement **facilite** l **implication** de l **aidant** dans l **accompagnement** de la personne **vivant** avec une **maladie chronique***

- **Classe 4 :**

La classe 4 rassemble des formes qui s'attachent au **respect** des bonnes **pratiques** et à la **maîtrise** des **risques iatrogènes**. À travers cette classe, le guide de certification V2020 **identifie** les **risques** (**identitovigilance**, **risques infectieux**, risques d'**erreurs** potentiellement graves, **risques** liés aux **produits** de santé, risques liés aux **prescriptions** et aux **médicaments...**), afin de **recommander** les bonnes **pratiques** et les **précautions** standards adaptées aux différentes situations et ainsi **maîtriser** les **différents risques**.

Extrait de segment caractéristique avec un score de 351,97 (somme des chi2), mots en rouge associés à la classe 4 :

*les allées et **venues** dans le **bloc opératoire** sont **limités** aux professionnels nécessaires le **respect** des bonnes **pratiques** d antibioprophylaxie permet la **maîtrise** du **risque infectieux lié** aux **actes** invasifs le **risque infectieux** des **dispositifs médicaux** réutilisables est **maîtrisé** une mauvaise*

- **Classe 5 :**

La classe 5 regroupe des formes s'attachant à décrire les **politiques** liées aux **territoires** de **santé** et aux **groupements hospitaliers**. À travers cette classe, cette dernière version du guide **définit** et **organise** les **filières** de **soins** en **réponse** aux besoins de **santé** de la **population** spécifique de son **territoire**. Elle incite à **définir** des orientations et à **coordonner** une **politique** de qualité et de sécurité des soins en marquant une structuration **territoriale** accrue

allant de la simple **coordination** aux **groupements hospitaliers** de territoire. Enfin elle encourage l'établissement à définir des **stratégies** qui répondent aux besoins de la **population** en **cohérence** avec le **projet régional de santé**.

Extrait de segment caractéristique avec un score de 420,83 (somme des chi2), mots en rouge associés à la classe 5 :

les **établissements** du **groupement** sont coordonnés la mise en place des **groupements hospitaliers** de **territoire** ght est venue renforcer la **coordination** et l **intégration** de l **offre** de soins afin de **définir** et d **organiser** des **filières** de soins en **réponse** aux besoins de **santé** spécifiques de la **population**

D.3.2. Classement en catégories et sous-catégories

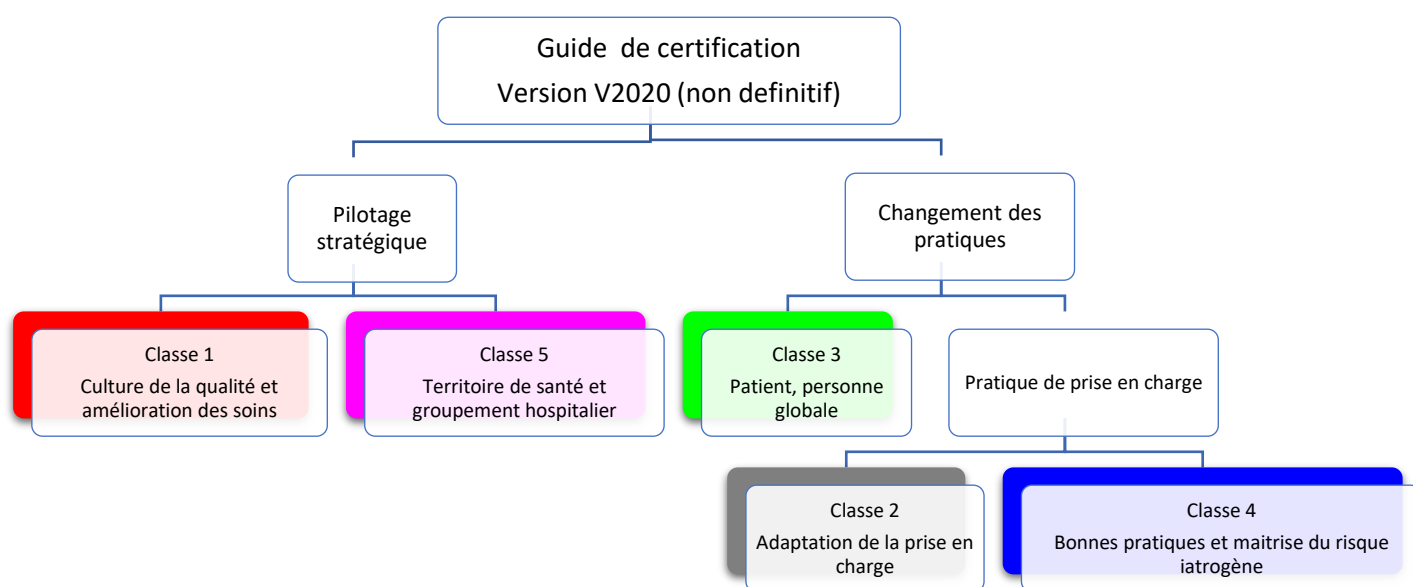


Figure 42 - Phylogramme de synthèses des différentes classes dans la V2020

La méthode Reinert nous permet de séparer les différentes classes en un premier embranchement donnant à gauche la catégorie du pilotage stratégique et à droite celle du changement des pratiques. La branche de gauche contient la classe 1 qui traite de la culture de la qualité, de la sécurité et de l'amélioration des soins et la classe 5 qui concerne les territoires de santé et les groupements hospitaliers. Sur le deuxième embranchement principal, à droite, on trouve une catégorie qui s'apparente à toutes les nouvelles pratiques que ce guide souhaite

mettre en œuvre. Elle contient la classe 3 relative à l'information, l'éducation et la formation des patients et de leur entourage et une sous-catégorie sur les nouvelles pratiques de prise en charge par les soignants. Cet embranchement se subdivise en deux classes : la classe 2, relative à l'adaptation du soin au patient, et la classe 4 relative aux bonnes pratiques et à la maîtrise du risque iatrogène. Suite à la V2014 traitant peu du patient, la V2020 (version 2019) se recentre et invite à le considérer comme une personne globale. Il faut adapter la prise en charge à la vie, à l'entourage, ou encore aux sentiments. Ce guide développe également de nouvelles thématiques : les territoires de santé, l'éducation thérapeutique et les adaptations de la prise en charge au contexte du patient. Enfin, et dans la continuité des versions précédentes, on retrouve des concepts déjà rencontrés. Par exemple, la classe 1 fait écho à la qualité et à la version de 2014, on peut aussi citer la classe 4 qui fait référence aux deux versions du guide précédent (bonnes pratiques à mettre en œuvre).

D.3.3. Analyse de similitude des classes se référant au patient

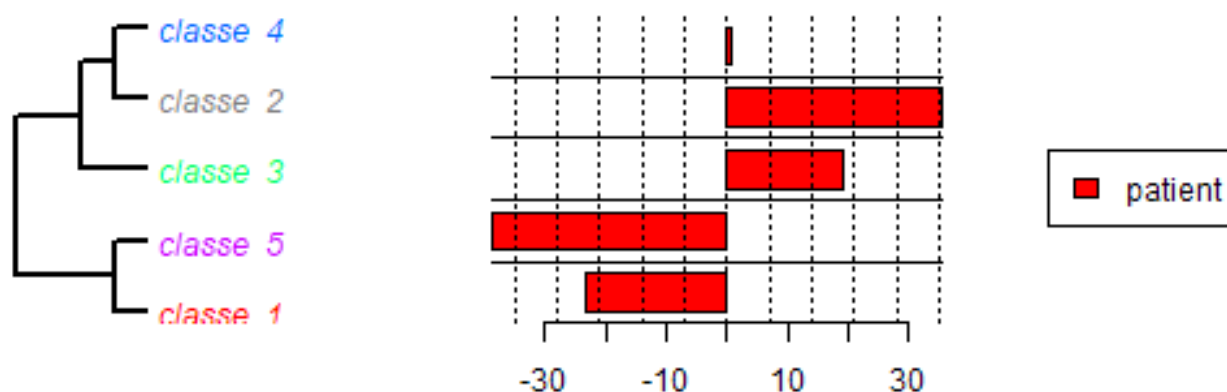


Figure 43 - Chi2 par classe et dendrogramme sur la forme « patient » du guide V2020

Cette version du guide de certification possède deux classes qui mettent en avant le patient avec un Chi2 positif : la classe 2 et la classe 3. Les autres classes, les classes 5 et 1, sont des antiprofils. L'analyse de l'ADS de la classe 4, très faiblement positive au chi2, révèle qu'elle ne traite pas du patient ; elle ne sera pas présentée.

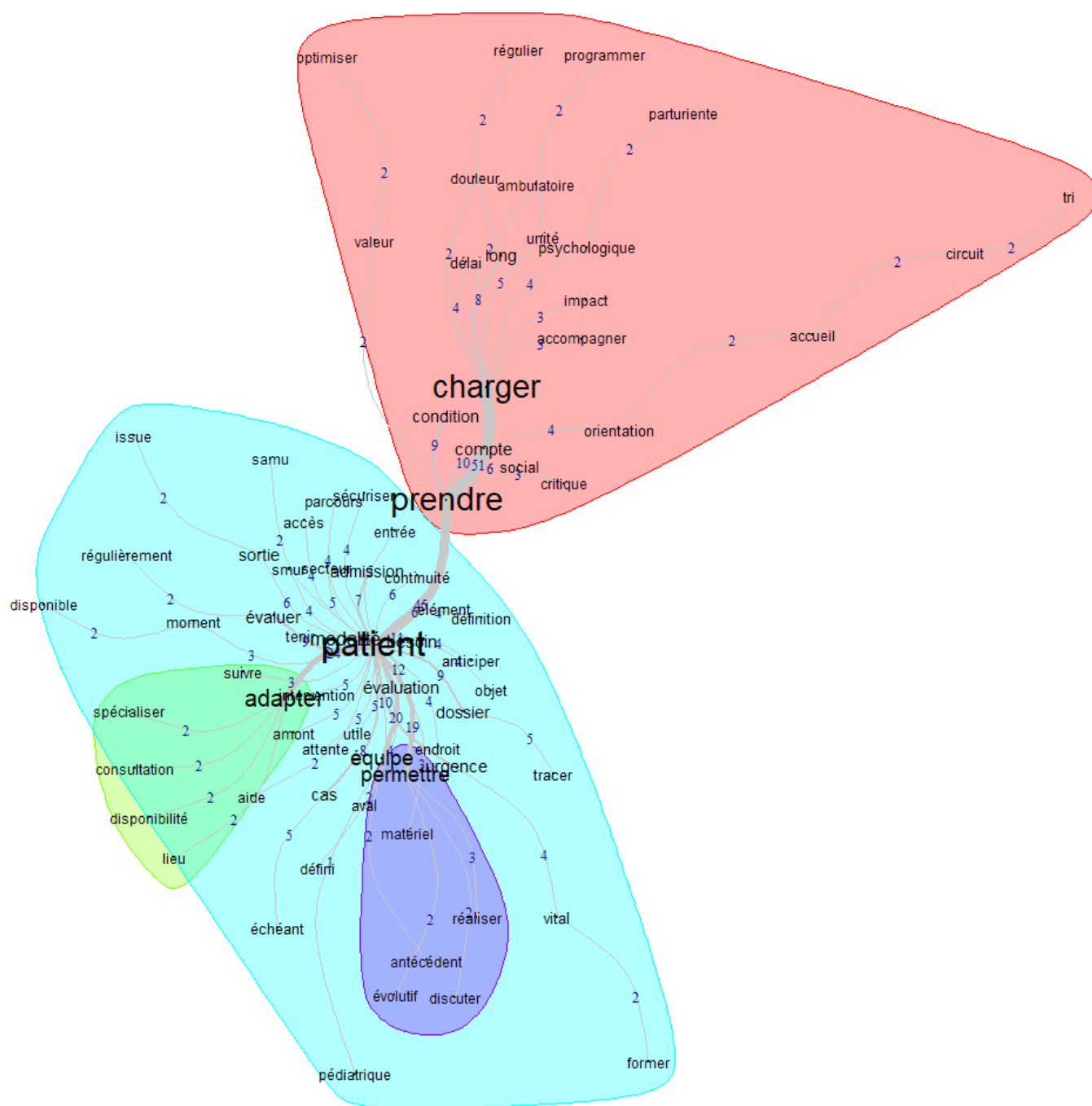


Figure 44 - Analyse de similitude (76 formes) et indices de cooccurrence de la classe 2

La classe 2 est celle ayant la valeur de Chi2 la plus élevée avec le mot « patient » (Figure 43). Il est possible que ce Chi2 soit surestimé du fait de l'utilisation de la forme « prise en charge du patient », qui peut statistiquement augmenter le Chi2. L'analyse de la Figure 44 révèle deux communautés centrales : celle du « patient » et celle, justement, du « prendre en charge ». À la communauté du patient sont également rattachées les communautés de l'« adaptation » en vert et celle du « permettre » en violet. Celles-ci intègrent parfaitement celle du patient. Il est logique

de trouver cette configuration, puisqu'en effet l'adaptation du soin est intrinsèquement liée au soigné. Des lemmes comme « spécialiser », « consultation », ou encore « disponibilité », caractéristiques de la communauté de l'adaptation, renvoient aux différentes formes que cette dernière peut revêtir. On adapte en spécialisant le traitement et l'accompagnement pour le soigné, on le consulte pour adapter, on se rend disponible. La communauté du « permettre » contient quant à elle des formes telles que « matériel » ou « réaliser » qui se rattachent davantage au professionnel, mais aussi des lemmes tels qu'« antécédent » ou « discuter » qui renvoient au patient.

À la différence des autres communautés, celle du patient s'éloigne sémantiquement de la personne globale. Le soigné reste l'objet de sa prise en charge avec des lemmes comme « dossier », « objet », « évaluer », ou encore « admission » sans trouver de lemmes qui pourraient faire écho à la personne. Enfin, la prise en charge, bien que très proche de la communauté du patient, en reste néanmoins séparée. À l'inverse de la communauté précédemment décrite, celle de la prise en charge s'ouvre au patient avec des formes humanistes comme « prendre » en « compte », « condition » ou « social ». On retrouve également des formes comme « accompagner », « psychologique », ou encore « douleur ». Ces différents champs lexicaux participent à l'ouverture de la certification V2020 (version 2019) vers un patient-personne, doté d'une histoire, de souffrances et d'une psyché.

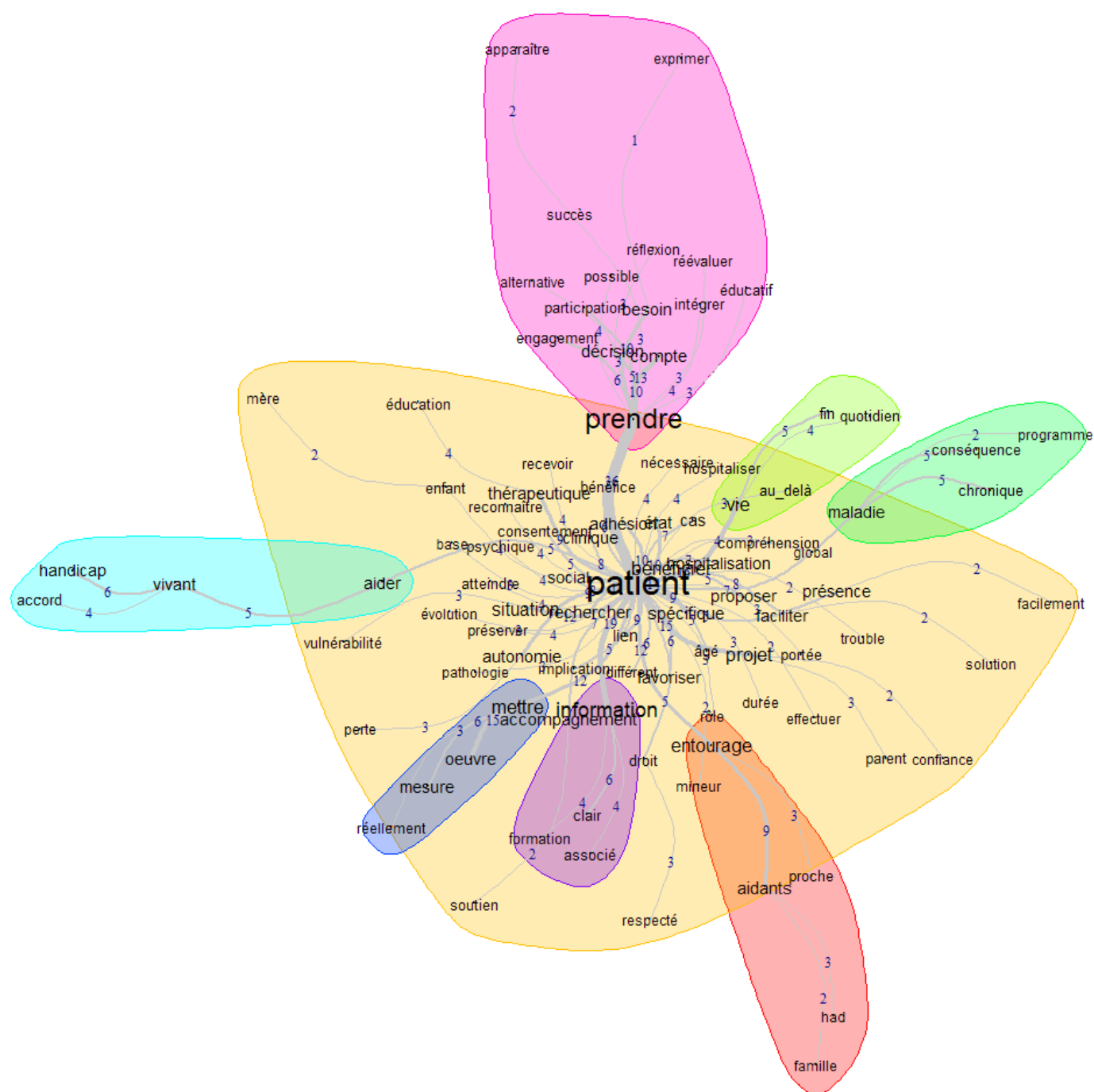


Figure 45 - Analyse de similitude (95 formes) et indices de cooccurrence de la classe 3

Malgré un Chi2 plus faible, la classe 3, dont l'analyse de similitude est présente sur la Figure 45, est la classe du patient personne globale. C'est la première fois dans les différentes analyses de similitude qu'une classe se structure de cette façon autour de la forme « patient ». Nous avons sa communauté et huit communautés satellites : celle du « prendre », de la « vie », de la « maladie », de l'« entourage », de l'« information », du « mettre en œuvre », et enfin celle de l'« aide ». La communauté du patient présente des formes comme « accompagnement »,

« bénéficiaire », « autonomie », « trouble », « solution », ou encore « confiance » et « projet ». C'est la première fois depuis le début de nos analyses que le mot « patient » est utilisé dans un discours aussi complexe et riche de sens. Les V2010 et 2014 se limitaient au patient traceur ou au patient objet. Ici, le discours fait entrer de nouvelles notions qui vont bien au-delà. Elles s'articulent avec d'autres discours, eux aussi centrés sur la personne et sur ce qui semble être une nécessité transversale de mieux prendre en compte, et ainsi mieux prendre en charge. Pour cela, le patient est perçu comme acteur de son soin, capable de co-construire une partie de son projet en échangeant de l'information avec les professionnels. Le patient, avec la communauté de l'« entourage » qui contient des formes comme « proche » ou « aidant », décroisse le patient, le relie au monde ; il perd son isolement théorique. De son côté, la communauté du « prendre », qui est la communauté contenant le plus de lemmes après celle du patient, oriente et structure le discours. Ainsi le prendre en charge laisse sa place dans cette classe au « prendre » en « compte » et au « prendre » des « décisions ». S'il est facile de comprendre l'attention au patient avec la prise en compte, il est plus difficile avec la prise de décision. Pourtant, lorsque nous analysons les lemmes rattachés à la décision, nous retrouvons « besoins », « participation », « exprimer », « éducatif », ou encore « succès ». À travers ces différentes formes, la prise de décision n'est plus l'apanage du professionnel. Elle se doit d'être issue de la relation entre le patient et celui ou ceux qui le soignent, à travers ses besoins, son éducation, ou encore par une réflexion collective. À droite on trouve la communauté de la « vie » qui contient des lemmes faisant écho à la vie quotidienne et la fin de vie. Dans cette communauté nous ne retrouvons pourtant pas le lemme « qualité » qui aurait pu nous indiquer la prise en compte de la « qualité de vie ». À droite, on trouve la communauté de la « maladie » avec des lemmes tels que « conséquence », « chronique », ou « programme ». Le lemme « programme » fait écho aux différents programmes d'éducation thérapeutique qui peuvent être mis en place pour faciliter la gestion de sa maladie. Dans la continuité de l'ETP, nous trouvons la communauté de l'information, parfaitement intégrée à la communauté du patient. Celle-ci décrit l'information comme un « droit » et indique ses différentes caractéristiques : « clair » est « associé » à la « formation ». Nous retrouvons ensuite une communauté qui semble ubiquitaire puisqu'on la retrouve dans toutes les certifications : « la mise en œuvre ». Celle-ci est relativement brève et se contente d'attacher la mise en œuvre à « réellement » : la mise en œuvre de ce qui est dit doit aussi être fait, vient renforcer dans ce discours l'importance du *faire* sur

le *logos*^a. Enfin nous retrouvons la communauté de l' « aide ». Il est nécessaire d'étudier cette communauté avec précaution. En effet, après lemmatisation de « aidant » nous obtenons « aider ». Après analyse du concordancier, nous constatons que cette communauté fait écho à trois thématiques différentes : rôle de l'aidant, l'aide au praticien à travers les recommandations contenues dans ce guide, l'aide du patient, de l'entourage et de l'aidant. La classe 3, malgré un Chi2 faible sur le mot patient est celle qui, indéniablement, le représente et lui donne une place centrale. Que ce soit à travers sa prise en compte, l'intérêt porté à l'entourage, ou encore les échanges informatifs, éducatifs et réflexifs entre professionnels et patient. Le soigné se retrouve pour la 1^{ère} fois à l'interface entre la prise en charge et le soignant.

^a Le faire sur le discours

D.3.4. Relations entre les différentes classes

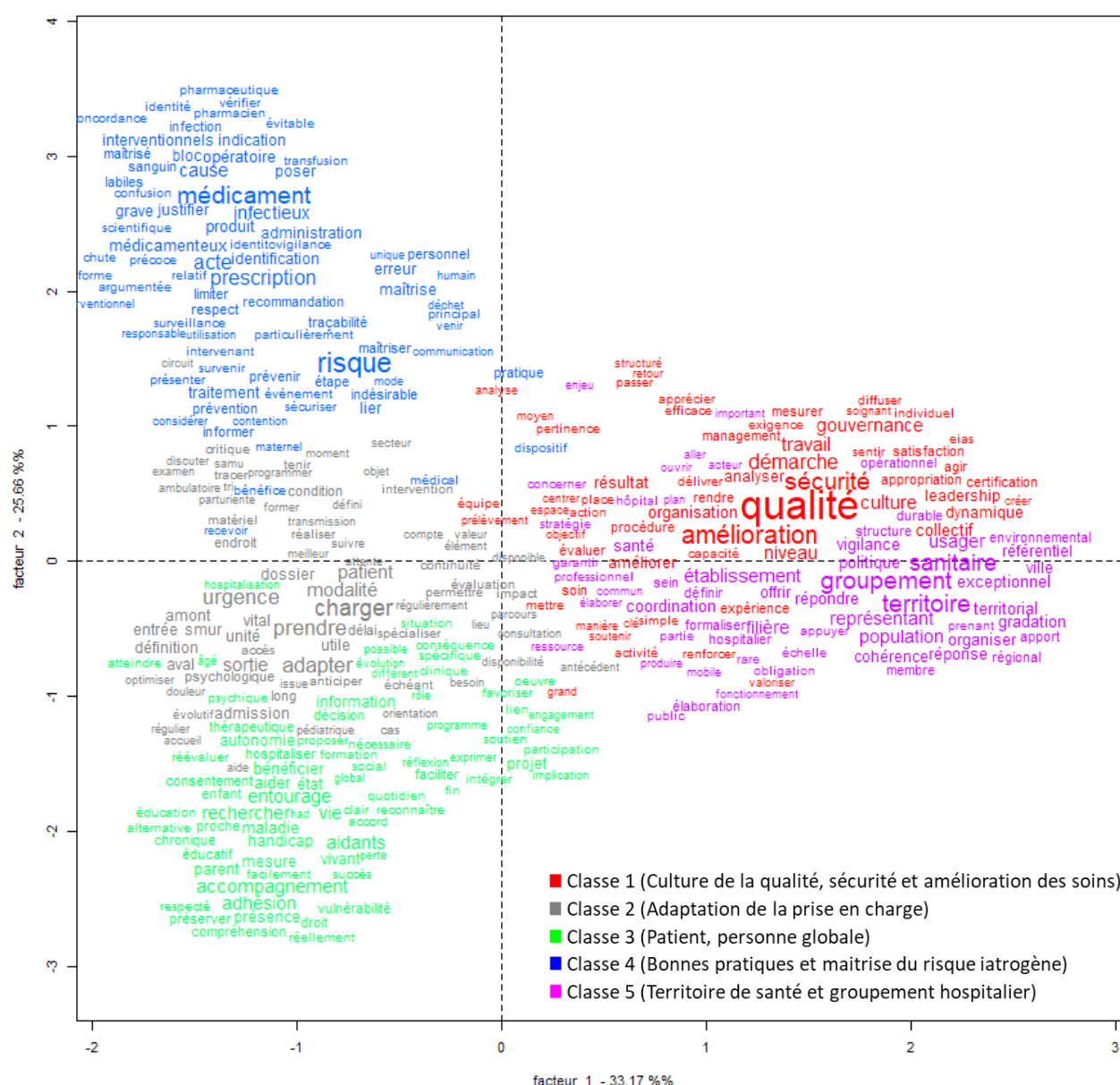


Figure 46 - Analyse factorielle des correspondances de la méthode Reinert :

Positionnement des classes de la V2020

Sur la Figure 46, le premier facteur explique 33,17% de l'inertie totale de notre corpus. Il sépare nettement les classes 2, 3 et 4, à abscisses négatives, des classes 1 et 5 à abscisses positives. Cette opposition permet de distinguer les classes appartenant à la catégorie du changement des pratiques à gauche, et celle concernant le pilotage stratégique à droite. Le deuxième facteur (25,66% de l'inertie totale) permet de distinguer légèrement les classes 3 et 4 excentrées en bas et en haut. Avec le facteur 2, il y a un relatif continuum entre les 5 classes.

Ce premier plan factoriel (F1 X F2 : 58,83%) permet de distinguer trois zones dans ce guide de certification :

- Une zone à abscisse négative (en haut à gauche) et à ordonnée positive, contenant la classe 4, relative aux bonnes pratiques,
- Une zone à abscisse négative et à ordonnée négative (en bas à gauche), contenant la classe 2 et 3, relative aux patients à l'adaptation de sa prise en charge,
- Une zone à abscisse positive et à ordonnée autour de zéro (au centre à droite) contenant la classe 1 et la classe 5 concernant le territoire de santé ainsi que la culture de la qualité.

Ce guide ne fait pas défaut à la règle qui se dessine sur l'ensemble des guides de certification et présente une nouvelle fois un fractionnement important des discours. Néanmoins on trouve la classe du patient qui se mêle partiellement à la classe de la prise en charge avec de nombreux lemmes des deux classes qui s'imbriquent les uns dans les autres. La prise en charge s'excentre pour sa part vers les bonnes pratiques et les risques iatrogènes. De cette façon, la classe de la prise en charge est à l'interface entre le patient et le risque. À droite, et de façon bien distincte, les classes de la culture de la qualité et des territoires de santé se retrouvent parfaitement mélangées, et on ressent une volonté politique à faire communiquer ces deux concepts : la qualité dépend du territoire, et le territoire dépend de la qualité.

E. Analyse de la certification Version 2020 (version définitive)

E.1. Analyse statistique du corpus

Le guide de certification de 2020 définitif comprend 30 787 occurrences, soit 55 pages, en format A4 pour 3448 formes après lemmatisation. C'est le guide le plus volumineux et celui comprenant le plus de formes différentes, les autres guides ayant un nombre de lemmes relativement stable autour de 2000. Cette augmentation en moyenne de 72% la richesse du vocabulaire et probablement la diversité des thématiques abordées dans ce guide définitif. De même, entre la version de 2019 et cette version du guide, 17 pages de texte brut ont été ajoutées. On retrouve 1,4 fois plus d'occurrences que dans le guide non définitif.

E.2. Structure des discours et analyse de similitude

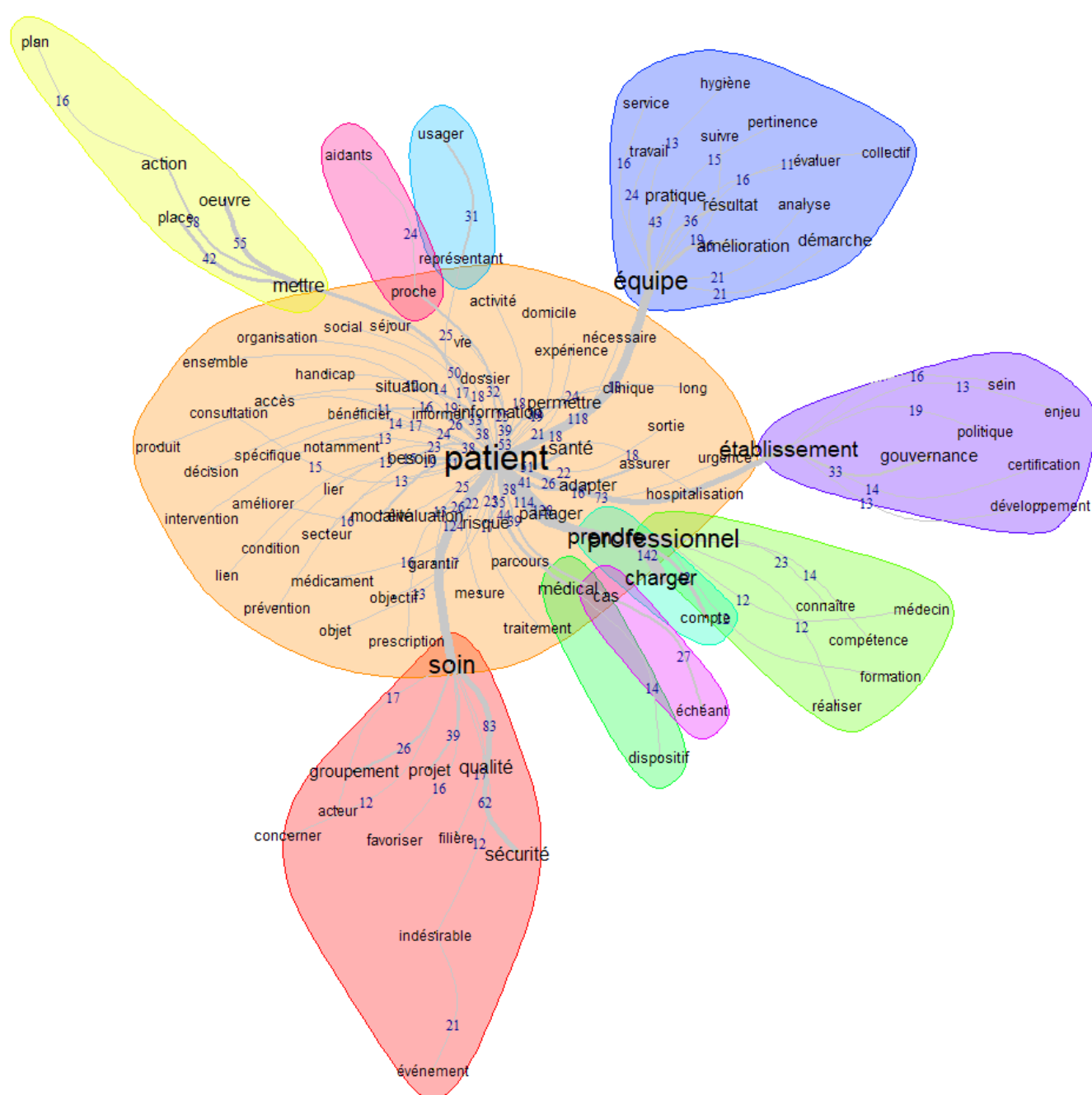


Figure 48 - Analyse de similitude (110 formes) et indices de cooccurrence (fréquence supérieure à 25 du guide de certification V2020

L'analyse de similitude du guide définitif est très proche de la version 2019. On retrouve le « patient » avec une place centrale entourée de 10 communautés : 5 majeures avec plus de deux lemmes et 5 mineures contenant chacune deux lemmes (Figure 48). Comme dans la version 2019, on retrouve la communauté du « soin », celle du « mettre en œuvre », de l'« établissement », du « prendre en charge » (et « prendre en compte »). La communauté du

risque, petite communauté de 3 lemmes, disparaît quant à elle dans cette version. Les communautés du « professionnel » et de l'« équipe » font leur apparition, ces lemmes étaient dans la version précédente avec un Chi2 important, mais ne représentaient pas encore de communauté. Enfin, dans les communautés mineures, nous retrouvons la communauté de l'« aidant », celle des « représentant » d'« usager », celle traitant des dispositifs médicaux, et enfin une communauté négligeable sur « le cas échéant ». Les communautés les plus volumineuses sont identiques pour les deux versions 2020 auxquelles viennent s'ajouter les communautés de l'« équipe » et du « professionnel ». La communauté du « mettre en œuvre » est exactement la même. Il en est de même avec les deux communautés du soin, très proches, dont les discours se structurent autour de « groupement » (26), « qualité » (83) et « sécurité » (62). À travers cette communauté nous retrouvons le « soin » (124) en tant qu'acte nécessitant un monitoring tant au niveau de la « qualité » que de la « sécurité », mais également en termes de pilotage à travers son « groupement » et ses « acteurs » (17). Ensuite, la communauté de l'« établissement » est elle aussi proche, mais revêt un aspect « politique » (19) autour de la « certification » (14) qui devient un « enjeu » (13) de « développement » (13). La nouvelle communauté concernant le « professionnel » le résume à ses « compétences » (14), et aux « formations » (12), on le retrouve lié également à des lemmes comme « réaliser » (12) ou « connaître » (23). Il en est de même avec la nouvelle communauté de l'« équipe » qui se cantonne à traiter de l'« amélioration » (46) des « pratiques » (43), ou encore des « résultats » (36). Autour de ces lemmes gravite une constellation de formes telles que : « travail », « pertinence », « évaluer », « service », « hygiène », « analyse ». Nous avons deux nouvelles communautés qui font d'une part l'impasse sur le bien-être du professionnel et qui résument d'autre part l'équipe à une addition de professionnels qui « travaillent » pour « améliorer » leurs « pratiques ». De cette façon on constate que le professionnel et son équipe restent relativement à distance du patient. Au niveau des communautés mineures, nous trouvons cette fois celle des « aidants » (24) et des « proches » (32) qui fait son apparition alors que ces lemmes n'étaient que de simples formes dans la version précédente. Cela traduit la volonté de ce guide de renforcer leur présence et leur rôle. Pour autant, la communauté se résume uniquement à son nom. Enfin nous retrouvons la communauté du « dispositif médical » qui traduit la volonté de cette version de lui donner une place, ainsi que la communauté du « cas échéant » qui se résume elle aussi aux deux lemmes qui la composent. Au niveau de la communauté du patient, on constate une forte adéquation avec la communauté du guide précédent. Les lemmes les plus cités tels qu'« adapter » (41), « santé » (38), « permettre » (39) y sont également présents. De

nouveaux lemmes renvoyant au patient font leur apparition comme « vie » (25), ou encore « partager » (31) ; des lemmes comme « respect » ou « droit » ont quant à eux disparu ce qui est synthétisé par la Figure 49 ci-dessous.

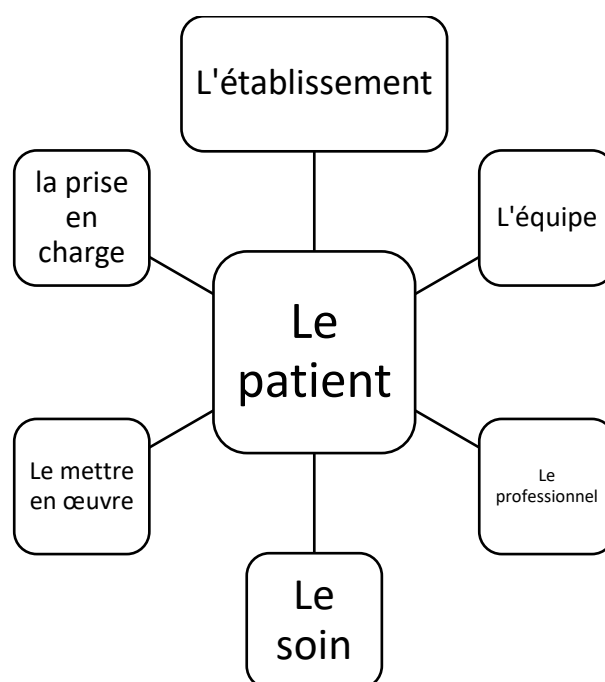


Figure 49 - Synthèse de l'analyse de similitude du guide de certification version 2020 (définitive)

E.3. Structure des discours et classification de Reinert

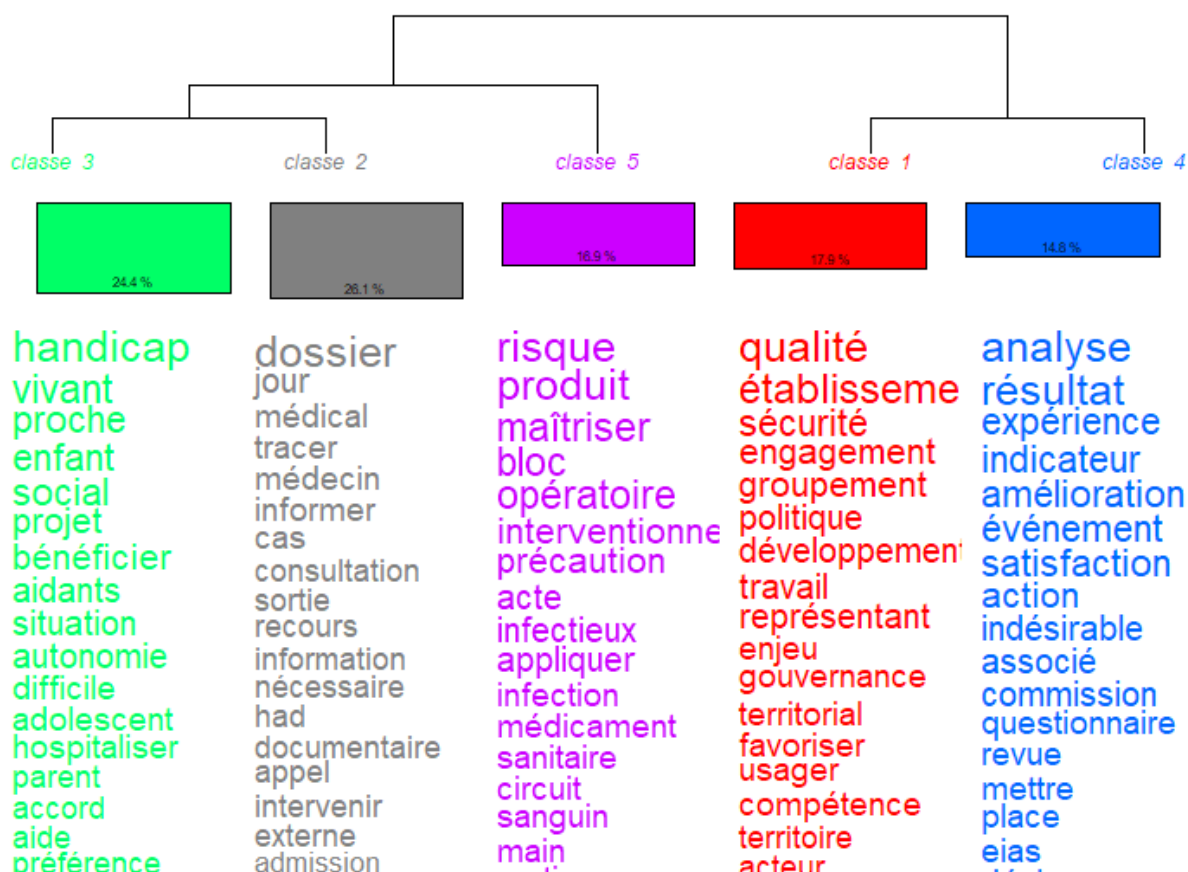


Figure 50 - Phylogramme des classes par la méthode Reinert du guide de la certification V2020 définitive

La classification de Reinert, Figure 50 ci-dessus, regroupe une majorité des différents segments de texte (83,73%) dans 5 classes qui se subdivisent en deux premiers embranchements. Le premier regroupe la classe 5 avec 19.9% et un 2^{ème} embranchement contenant la classe 2 avec 26.1% et la classe 3 avec 24.4% ; le second regroupe la classe 1 avec 17.9% et la classe 4 (14.8%). Les classes de ce corpus ne sont pas représentées de la même façon. Nous observons les classes 2 et 3 surreprésentées autour de 25%, qui font à elles seules plus de la moitié du corpus, et les classes 1, 4 et 5 autour de 15% chacune.

E.3.1.1. Description des classes

- Classe 1 :

La classe 1 regroupe les classes 1 et 5 de la version non définitive en abordant à la fois les sujets de la **culture** de la **qualité**, de la **sécurité** des **soins** et de l'**amélioration continue** ; elle traite concomitamment de l'**insertion territoriale** à travers les **territoires de santé** et **groupement hospitalier**.

Extrait de segment caractéristique avec un score de 501,81 (somme des chi2), mots en rouge associés à la classe 1 :

*le **groupement** **promeut** et anime la **recherche** biomédicale et **clinique** en son **sein** ou sur le territoire le **développement** de la **recherche clinique** et biomédicale dans les **établissements** de **santé** est un levier pour l **amélioration** de la **qualité** et la **sécurité** des **soins***

- **Classe 2 :**

La classe 2 regroupe les formes qui pourraient être décrites comme étant dans la classe du « **patient dossier** ». Cette classe énumère les différents **documents** qui doivent être présents dans le **dossier** de l'insertion territoriale : la **lettre de liaison** qui est remise au **patient** pour le **médecin** de ville, le **dossier médical partagé** et le **dossier pharmaceutique**. Cette classe indique également à quelle **information** le **patient** peut avoir **accès**.

Extrait de segment caractéristique avec un score de 363,59 (somme des chi2), mots en rouge associés à la classe 2 :

*Une **lettre** de **liaison** est **remise** au **patient** avec les explications par un **médecin** le **jour** de sa **sortie** en **cas** de retour à **domicile** et le **dossier médical partagé** est mis à **jour** le **cas échéant***

- **Classe 3 :**

La classe 3 est la classe du patient et de l'aidant. Si le mot « **patient** » a l'effectif le plus important, son Chi2 le relègue cependant à la 19^{ème} place. Bien que faiblement significative dans cette classe, cette forme décrit la classe du patient. En effet à travers d'autres formes comme **handicap**, **vivant**, **proche**, **enfant**, ou encore **social**, cette classe décrit le patient par ce qui le caractérise : l'**enfant**, l'**adolescent**, le **patient âgé**, ou encore le **patient vivant** avec un **handicap** ou une **maladie chronique**. On laisse l'**aidant** et le **patient s'exprimer**, **indiquer** leurs **besoins** et leurs **préférences**. On les **prend en compte** à la fois à travers leurs **douleurs physiques**, leur **souffrance psychologique**, **spirituelle**, et **sociale** afin de construire et **faciliter** la mise en œuvre du **projet** de soins, **particulièrement** dans les **situations difficiles**.

Extrait de segment caractéristique avec un score de 311,18 (somme des chi2), mots en rouge associés à la classe 3 :

*le **patient mineur atteint** de **maladie chronique** ou **vivant** avec un **handicap** **bénéficie** de modalités de **prise en charge** intégrant les préoccupations de socialisation **éducatives** et **scolaires adaptées** à sa **situation** les modalités de **prise en charge** doivent permettre aux **mineurs** concernés de limiter la **rupture** avec leur **vie sociale éducative** et **scolaire***

- **Classe 4 :**

La classe 4 rassemble des formes qui s'attachent à **l'amélioration continue** et au **retour d'expérience**. Elle définit les **objectifs d'amélioration** ou encore les **résultats** des **indicateurs** sur les **événements indésirables** ou encore les **revues** de pertinence. Cette classe permet également de décrire les **actions d'amélioration** à **mettre en place** : les **analyses collectives** des **événements indésirables** associés aux **soins**, leur **gestion**, les **plaintes**, ou encore les **erreurs cliniques**. Enfin cette classe décrit également les **analyses** des **données** permettant **d'améliorer** la **satisfaction** et **l'expérience** du patient.

Extrait de segment caractéristique avec un score de 351,97 (somme des chi2), mots en rouge associés à la classe 4 :

*la détermination d **objectifs partagés** d **amélioration** est **fondée** sur une **analyse** composite de l ensemble des **données** et connaissances disponibles dont les sources principales sont la **satisfaction** et **expérience** du patient les **résultats** des **indicateurs** les **événements indésirables** les **revues** de pertinence*

- **Classe 5 :**

La classe 5 est la classe des **bonnes pratiques** et de la **maîtrise** du **risque iatrogène** comme l'était la classe 4 dans la version non définitive du guide. À travers celle-ci on retrouve les concepts de **maîtrise** du **risque infectieux lié** aux dispositifs médicaux **réutilisables**, aux **médicaments**, ou encore aux **produits sanguins labiles** et les **médicaments dérivés du sang**. Dans cette classe on rappelle les **risques** encourus et les **précautions** à prendre ainsi que les **conduites à tenir** en cas d'**incident**.

Extrait de segment caractéristique avec un score de 420,83 (somme des chi2), mots en rouge associés à la classe 5 :

ces **précautions** doivent être parfaitement **maîtrisées** au **bloc opératoire** et dans les **secteurs interventionnels** où sont **réalisés** des **actes** invasifs particulièrement à **risque d'infections associées** aux soins le **port** d'une **tenue** de protection adaptée et strictement **dédiée** à ces **secteurs** est **indispensable**

E.3.1.2. Classement en catégories et sous-catégories

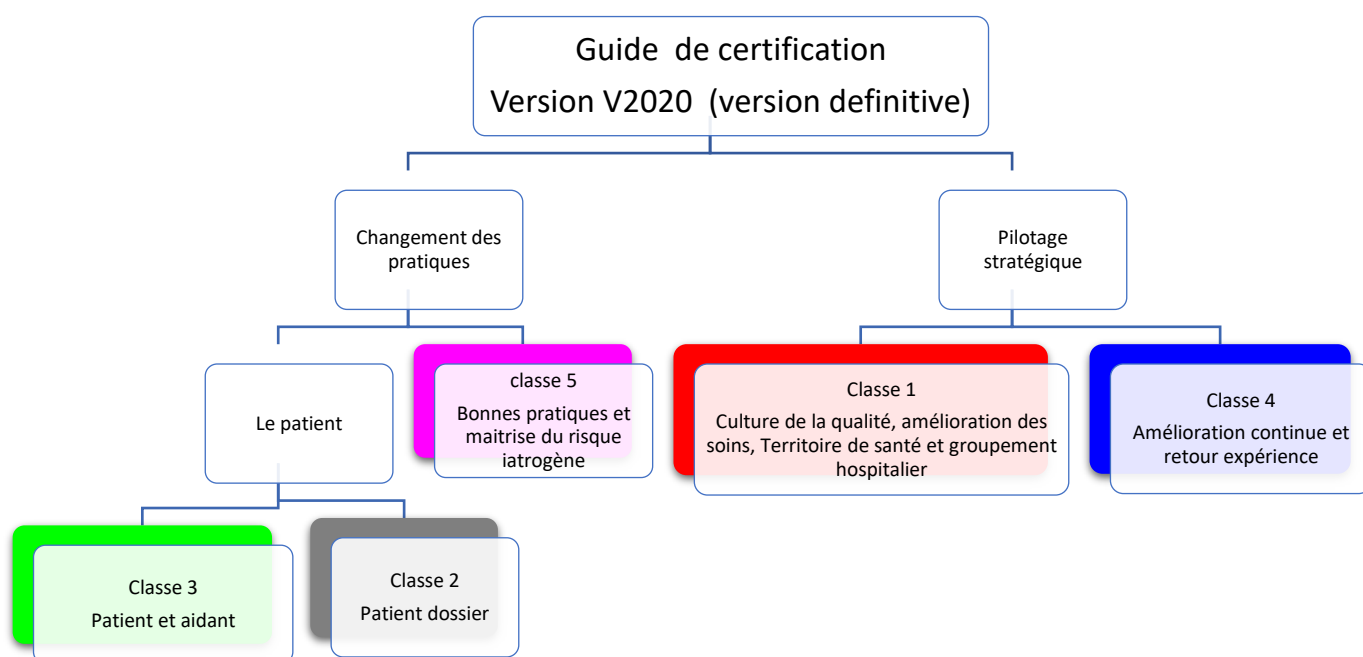


Figure 51 - Phylogramme de synthèse des différentes classes dans la V2020 version définitive

Avec la méthode Reinert, nous séparons les différentes classes en un premier embranchement donnant à gauche la catégorie du changement des pratiques et à droite celle relative au pilotage stratégique (Figure 51). La branche de gauche contient la classe 5, traitant des bonnes pratiques et de la gestion des risques et la sous-catégorie du patient. Cette sous-catégorie est composée de deux classes, faisant référence au patient/aidant pour la classe 3 et au patient dossier pour la classe 2. À droite, sur le deuxième embranchement principal, on trouve une catégorie qui se rattache au pilotage stratégique. Cette catégorie contient la classe 1, relative à la culture de la qualité, l'amélioration des soins, les territoires de santé et les groupements hospitaliers, ainsi que la classe 4, qui traite de l'amélioration continue et des retours d'expériences. Entre la version non définitive du guide et la version définitive, nous assistons, non pas à un changement

drastique des thèmes abordés, mais à une redistribution des thèmes dans de nouvelles classes. C'est ce que l'on observe avec la classe 1 qui réunit la classe 1 et 5 de la version non définitive, ou la classe 5 qui correspond à la classe 4 de l'ancienne version. De leurs côtés, les différentes facettes du patient se retrouvent plus fortement représentées par les classes 2 et 3 qui représentent plus de 50% du corpus, alors que le patient ne représente que 24% dans la version non définitive. À travers cette version définitive du guide, il semble que nous parlons davantage du patient et de l'aidant que purement des outils qui l'entourent, comme le faisait la version précédente.

E.3.1.3. Analyse de similitude des classes se référant au patient

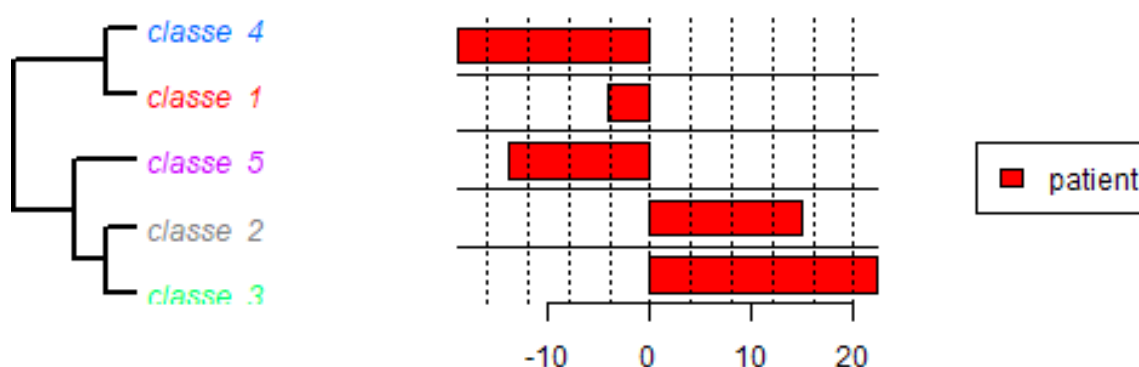


Figure 52 - Chi2 par classe et dendrogramme sur la forme « patient » du guide V2020 version définitive

Cette version définitive du guide de certification possède deux classes qui mettent en avant le patient avec un chi2 positif : la classe 2 et la classe 3 (Figure 52). Les autres classes, les classes 1, 4 et 5, sont des antiprofils au mot patient et ne seront pas analysées.

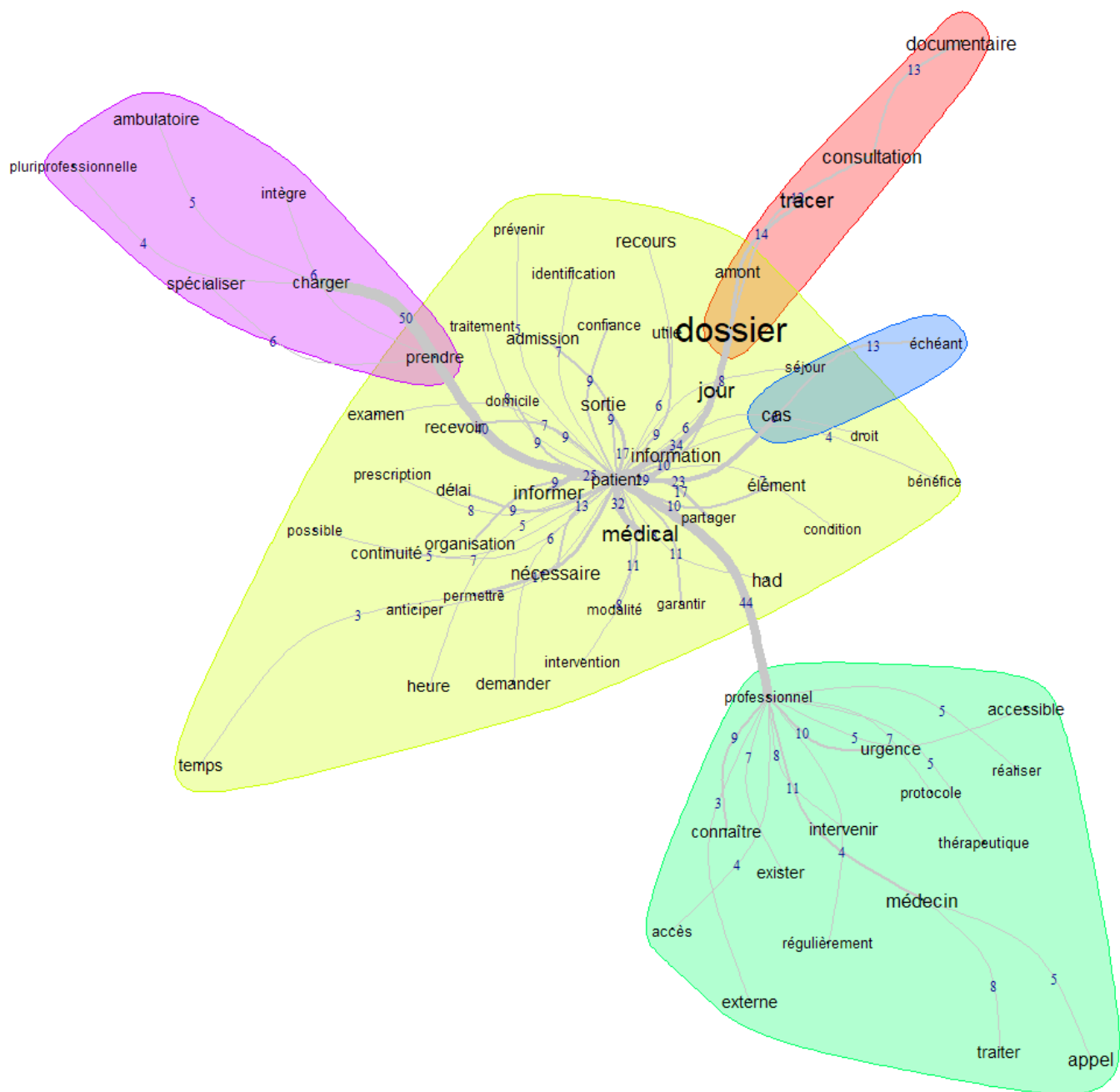


Figure 53 - Analyse de similitude (65 formes) et indices de cooccurrence de la classe 2

La classe 2 a un Chi2 légèrement plus faible que la classe 3 et fait référence au « patient » dossier. On retrouve d'ailleurs dans l'analyse de similitude le lemme « dossier » en grande taille de police, ce qui traduit la présence d'un Chi2 élevé et donc de son importance dans le discours (Figure 53). Nous retrouvons la forme « patient », au centre de toutes les communautés, mais son Chi2 reste très faible, ce qui traduit une faible importance de ce mot dans le discours. Les communautés autour de celle du patient sont celles du « prendre en charge », du « professionnel », et du « dossier » (une nouvelle fois nous ne retenons pas la communauté du

« cas échéant »). Dans cette classe le « prendre en compte » disparaît au profit du « prendre en charge ». On « prend en charge » le « patient » à travers les « spécialisations pluridisciplinaires », on « prend en charge » en « ambulatoire ». À droite, la communauté du dossier indique qu'on doit « tracer » les différentes informations. Ces deux communautés expliquent en partie le rôle mineur du patient dans cette classe. On prend en charge le patient, on réalise le dossier du patient. Le patient occupe un rôle de spectateur, et non d'acteur. La communauté du professionnel regroupe des formes qui indiquent les actions de celui-ci avec les différents dossiers : il va « réaliser », « intervenir » et « connaître » le dossier. D'autres lemmes semblent plus éloignés du patient-dossier. Par exemple, « urgence » et « accessible » indiquent que le dossier patient doit être accessible aux urgences. Enfin, la communauté du patient regroupe des formes qui nous indiquent les objectifs que ce dossier doit « permettre » d'atteindre : « continuité des soins », « organisation », « identification des traitements ». Cette classe ne définit pas le patient en tant qu'individu, mais bien en tant qu'un patient-dossier. Il n'est fait allusion nulle part de l'état psychologique, physique ou social du patient. Nous sommes face à une classe définissant le dossier comme étant une succession d'actes techniques liés à l'intervention du professionnel. Cette classe est nécessaire, mais on note le manque d'interactions avec le patient qui mériterait, par exemple, que le professionnel l'aide à mieux comprendre son dossier.

cela sous-entend une prise en compte toute particulière pour les patients de ces « âge ». Ensuite, la communauté de l'entourage et des proches est relativement semblable, mais ajoute le lemme « dépendance ». Nous avons en dessous une nouvelle communauté concernant les « situations » « difficiles », une communauté sur la « prévention de la maltraitance », une communauté autour de la « nutrition », une autour du « handicap » avec un Chi2 élevé et une autre à propos des aspects « psychosociaux » avec, de la même façon, un Chi2 particulièrement élevé. Viennent ensuite 3 communautés sur les « besoins » des patients, notamment en termes de « douleur ». Et enfin, une autour de la « charte de l'hospitalisation ».

Comme observé précédemment, cette classe possède de très nombreuses communautés qui gravitent autour du mot patient, signe de l'approche globale du soin envers celui-ci. À travers les lemmes ayant un Chi2 élevés et les communautés les plus importantes, on discerne une certification qui tente d'axer le soin à travers son projet qui doit permettre au patient de gagner en autonomie. Ce projet de soin et *le* soin se doivent de « prendre en compte » le patient dans sa globalité, en tenant compte de ses handicaps, de son aspect social et/ou psychologique. Enfin, cette classe n'oublie pas l'entourage, notamment les proches et les aidants.

E.3.1.4. Relations entre les différentes classes

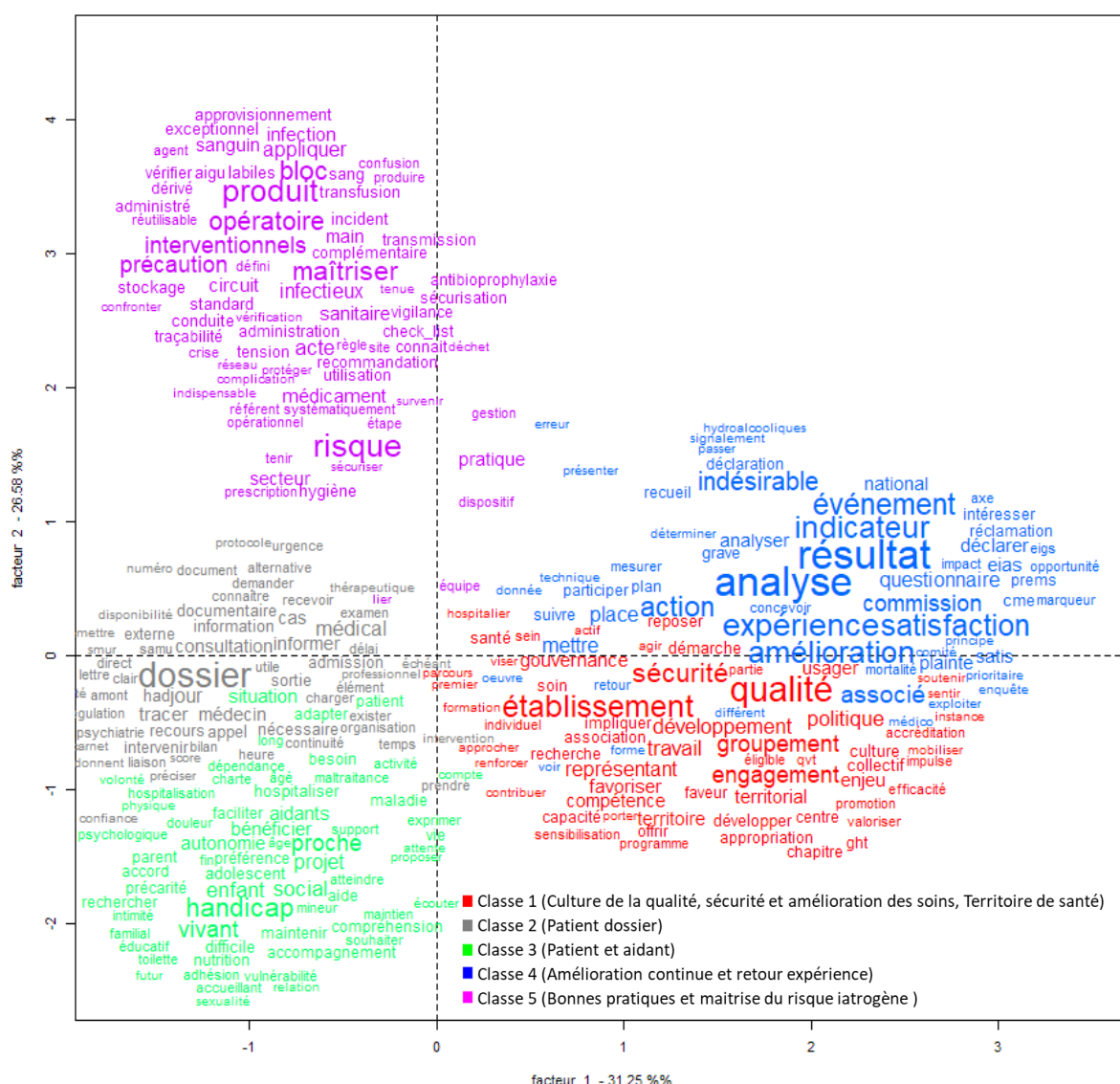


Figure 55 - Analyse factorielle des correspondances de la méthode Reinert :
 positionnement des classes de la V2020 version définitive

Sur la Figure 55, le premier facteur explique 31,25% de l'inertie totale de notre corpus. Il sépare nettement les classes 2, 3 et 5, à abscisses négatives, des classes 1 et 4, à abscisses positives. Cette opposition permet de distinguer les classes appartenant à la catégorie du changement des pratiques à gauche de la figure, et celles à droite concernant le pilotage stratégique. Le deuxième facteur qui explique 26,58 % de l'inertie totale permet de distinguer légèrement les classes 1 et 4, excentrées en bas et en haut. Avec le facteur 2, il y a un relatif continuum entre les 5 classes. La ressemblance avec la Figure 46 (réalisée sur le guide non définitif) est particulièrement remarquable. Ceci est étonnant, en effet à la lecture des deux guides et par recherche nous ne

retrouvons que très peu de phrases communes entre la version non définitive et la version définitive du guide, preuve qu'il y a eu une refonte totale des textes. Malgré cette différence, les similarités se retrouvent pour toutes les classes et leurs dispositions dans ce premier espace factoriel (F1 X F2 : 57,83%) permettent de distinguer trois zones dans ce guide de certification :

- Une zone à abscisse négative (en haut à gauche) et à ordonnée positive, contenant la classe 5, relative aux bonnes pratiques et à la maîtrise du risque iatrogène,
- Une zone à abscisse négative et à ordonnée négative (en bas à gauche), contenant la classe 2 et 3, relative au patient et au patient-dossier,
- Une zone à abscisse positive et à ordonnée autour de zéro (au centre à droite) contenant la classe 1 concernant la culture de la qualité, l'amélioration des soins, les territoires de santé et les groupements hospitaliers, ainsi que la classe 4 relative à l'amélioration continue et aux retours d'expériences.

Ce guide, comme tous les précédents, présente une nouvelle fois un fractionnement important des discours. De façon surprenante le discours se retrouve davantage fragmenté que dans la version non définitive du guide présenté en Figure 46. On constate que la classe 5 est isolée en haut à gauche, sans interaction avec le patient ou le patient-dossier. De même, elle n'a pas d'interaction avec les classes liées au pilotage stratégique. Dans le guide non définitif, on constate une légère tendance des classes du pilotage stratégique à s'entremêler avec celles du patient, mais cette tendance disparaît dans le guide définitif. Nous sommes ici face à un tripôle défini par le risque, le patient et le pilotage d'établissement.

VIII. Discussion

L'outil d'analyse lexicométrique que nous avons choisi permet d'obtenir des résultats d'une richesse surprenante. Pour autant, les choix faits en termes de corpus et de paramétrages du logiciel IRaMuTeQ ne doivent pas être occultés. L'une des limites majeures de cette étude consiste en la difficulté à analyser la grande majorité des formes (bien trop nombreuses). Par aise intellectuelle, nous nous concentrons sur les principales et celles qui nous paraissent les plus caractéristiques. Ce biais est tout de même à relativiser, dans la mesure où des seuils identiques sont appliqués à l'ensemble des guides, et que des tests statistiques complémentaires permettent de définir objectivement la représentativité des différents lemmes. Enfin, il convient de prendre en compte le biais d'interprétation et de perception qui s'applique nécessairement à l'auteur de cette thèse.

Nos paramètres IRaMuTeQ, peuvent, chacun, influencer les résultats et donc leur interprétation. En particulier, les lemmes de fréquence inférieure qui n'apparaissent pas sur les analyses des similitudes pourraient occulter certaines représentations, parfois différentes, du patient. Bien que potentiellement intéressants, ces discours mineurs ne sont pas suffisamment représentatifs pour être étudiés de manière exhaustive.

S'appuyer sur les guides méthodologiques permet de bénéficier d'une vision large, et d'un cadre structuré par des guidelines, qui correspondent aux grandes orientations politiques, méthodologiques et organisationnelles. Cela permet d'observer l'évolution des discours sur de longues périodes, en identifiant les modifications. Enfin, ces guides influencent pendant plusieurs années les établissements de santé, ce qui n'est pas le cas d'autres textes qui ont une portée annuelle (CAQUES, plan de financement de la sécurité sociale, etc.). Pour autant, ce qui est gagné en synthèse peut être perdu en termes de détails, d'approfondissement et de particularité spécifique ou thématiques sans une connaissance fine du corpus, des enjeux, et de leur portée.

Reste à revenir sur un choix : réaliser l'analyse simultanément sur les référentiels V2010, V2014 et la version V2020 non définitive, ou la V2010, la V2014 et la V2020 définitive. Nous avons opté pour cette première solution par souci de représentativité. En effet, les trois textes ont des nombres d'occurrences relativement semblables, autour d'une moyenne de 24 000 occurrences, alors que la version définitive en possède près de 31 000 (soit 23% de plus). Lors de l'analyse simultanée des guides V2010, V2014 et V2020 définitif, nous avons constaté un décalage marqué des discours et des classes en faveur de la V2020 définitive. Sa surreprésentation déséquilibrant les résultats, il est apparu plus pertinent de conserver le référentiel de certification V2020 non définitif de 2019. Les versions non définitive et définitive ont été analysées dans un deuxième temps, séparément. Afin de s'assurer que ce choix du guide non définitif n'influence pas les résultats, une AFC des 4 guides a été réalisée en simultanée (voir la Figure 61 en annexe). Cette figure révèle que les discours de la V2020 non définitive et définitive s'entremêlent, traduisant une homogénéité de ces discours. Le facteur 1 explique 67.58% de l'inertie totale et le facteur 2 explique 22.56%, soit un total de 90.14%. Avec l'utilisation du facteur 3, qui explique 9.87% de l'inertie totale, nous pouvons réaliser une séparation entre les deux V2020. Ce faible pourcentage traduit des modifications à la marge entre les deux versions du guide V2020.

L'observation des discours des quatre guides de certification nous a permis de souligner une forme de continuité avec la reprise systématique de certains types de discours. S'en dégagent les paradigmes contemporains des établissements de santé, qui se structurent autour de la prise en charge, de la gestion des risques, et de la culture de la qualité. La place du patient est, quant à elle, particulièrement changeante et en évolution constante entre les différentes versions.

Il apparaît à travers cette thèse que l'analyse lexicométrique a tout autant sa place dans l'étude des textes de santé, que les indicateurs ont la leur dans les évaluations et certifications hospitalières. Elle permet au lecteur de bénéficier d'une analyse fine, complète et contextualisée du sujet qu'il peut appréhender en quelques pages. Ce travail de thèse souligne l'importance de ces analyses, et nous invitons les professionnels et les instances à les réaliser notamment en amont de la parution des textes de santé. En effet, elles peuvent ainsi mettre en lumière des objectifs, des discours ou même des oublis qui n'auraient pas été anticipés lors de la rédaction. Un élargissement à d'autres aspects, tels que l'étude des questionnaires de satisfaction patients, l'analyse de discours sur l'usage des médicaments, ou du discours du professionnel de santé sur le soin, constituent d'autres thématiques à investiguer.

Enfin, et il s'agit d'un projet à court terme, nous avons créé un corpus de 1 046 602 occurrences (plus de 1900 pages de texte brut) contenant l'ensemble des rapports de certifications V2014 de la région Centre-Val de Loire. Nous avons pour projet de réaliser une publication d'analyse lexicale sur ce corpus de textes afin de la soumettre au sein d'une revue telle que « *Risques et qualité* ».

IX. Conclusion

À travers l'analyse de ces quatre référentiels de certification, nous constatons que le regard des instances de santé évolue, et que leurs attentes diffèrent au gré des besoins, des ressentis, du contexte. La V2010 à travers le « mettre en œuvre », qui réunit l'établissement, le patient, le professionnel ainsi que la performance afin d'évaluer la pertinence des soins et de leur réalisation précède la V2014 centrée sur l'évaluation de l'organisation des établissements de santé. À travers cette évaluation, LA V2014 engage une démarche de maîtrise des risques avec la mise en place du compte-qualité, mais surtout l'apparition du patient traceur et des audits qualité. Ceux-ci sont destinés à renforcer les aspects clinico-techniques et organisationnels de la prise en charge. Agencés autour de l'analyse des processus thématiques principaux, les indicateurs, parfaitement quantifiables et maîtrisables font perdre au texte une des forces que

pouvait avoir la V2010 avec sa relation établissement/soigné. De cette façon, la V2014 affermit une approche technico-paternaliste du soin en dissimulant le patient. Si dans la V2010 le patient se retrouvait soigné par le soignant, la V2014 transforme le soin en un processus-établissement, dicté par des indicateurs, des guides et des recommandations. Dans la V2010, on assiste déjà à une décorrélation entre la performance et les concepts humains qui entourent le patient. Dans la version suivante, le patient rentre dans la machine « établissement » pour se faire soigner. La considération globale du patient étant difficilement quantifiable, celle-ci disparaît et avec elle ses sources de financement. Le référentiel 2014 présente un « Cure but not Care »^a où la bienveillance se retrouve difficilement justifiable et finançable. On soigne le patient en ajustant son soin et sa prise en charge, en suivant les recommandations techniques, mais sans le prendre véritablement en compte. La V2014 présente, de par l'absence du patient, une confrontation entre les concepts humains et l'opérationnel, le ressenti et la technique, le soin et le prendre soin. Ce guide mésuse le mot patient, en le réduisant à celui qu'on soigne et à celui qui souffre, en laissant en suspens l'amélioration globale de la santé. En souhaitant quantifier et maîtriser, ce guide prend en compte la maîtrise des risques et il est indéniable que celui-ci génère un changement de paradigme dans la gestion et la culture de la qualité. Pour autant, en mettant de côté le sujet-patient, il oublie un risque : le risque global. Alors même que nos patients sont pris en charge dans des « établissements de santé », et non des établissements de soin, la non prise en compte de ce risque par la V2014 occulte une partie de la définition de la santé établie par l'OMS. En n'abordant aucunement une des interrogations majeures de nos enjeux sanitaires, elle ne participe pas à objectiver ce qui est, certes, inquantifiable, mais qui est fondamental. Par la suite, la V2020, dans ses deux versions, tente d'apporter une réponse à cette moitié négligée à travers les différents rôles qu'elle attribue au patient. Dans un premier temps, elle replace celui-ci au centre. Elle l'entoure de ses proches, de l'établissement, du soin et de la prise en charge, en gardant les concepts précédemment développés et poursuit son engagement, notamment au côté de la gestion de la qualité et des risques associés. Quand la V2014 ne présentait aucune classe se référant au patient (outre une classe hybride outil-patient traceur), les deux versions de la V2020 se composent de classes « patient ». Concernant la version définitive, plus de 50% du corpus traite de celui-ci. Outre cette forte représentativité, le référentiel 2020 tente de promouvoir le patient, mais aussi son engagement, il prône un meilleur équilibre processus/résultat et patient/professionnel afin de renforcer l'adhésion aux soins. Dans

^a Soigné sans prendre soins

la version définitive du guide, nous pouvons constater l'apparition d'une classe se référant au « patient-dossier ». Celle-ci traduit la volonté de mettre en avant ce concept, le cadrer et ne plus l'ignorer. À travers toutes ces approches, nous pouvons subséquemment parler d'une évolution majeure et indéniable dans les représentations et la place que nos instances et nos établissements tentent de donner au patient. Cependant il convient d'être attentif à ce que le patient, lors des visites de certification de la V2020, et pour les guides de certifications suivants, ne soit pas uniquement un usager du système de santé ayant le droit de noter, d'évaluer, et, dans le pire des cas, de formuler des critiques injustifiées. C'est pourtant dans ce sens que certains textes semblent se diriger. Il est nécessaire que nous mettions en place un juste équilibre entre le patient, son bien-être, le soin et le professionnel de santé. Jusqu'à présent les différents guides n'ont jamais axé leur discours sur la bienveillance^a, et nous attendons qu'une classe y faisant référence fasse son apparition dans le futur guide. La bienveillance, difficilement évaluable, voire inévaluable ne doit pas s'effacer du seul fait qu'elle soit non-quantifiable. La bienveillance n'est pas valorisable, et ne le sera probablement jamais. Pour autant il est nécessaire d'avoir une réelle volonté de l'intégrer dans nos référentiels. La HAS pourrait se retrouver dans une impasse concernant la prise en compte globale de la santé, ne proposant finalement qu'une vision partielle du patient-personne, devenant davantage un patient-client qu'il s'agit de satisfaire au mieux, à l'image de la notation généralisée de tous les services (restauration, hôtellerie, service à la personne, livraisons, etc.) que l'on observe depuis une quinzaine d'années.

Enfin, si le dernier guide tente maladroitement d'aborder le professionnel, l'ensemble des autres guides méthodologiques oublient singulièrement ce deuxième acteur essentiel du soin. Cette V2020 met en avant les devoirs, et le travail à fournir par les professionnels, mais ne propose aucune piste d'amélioration. *Quid* du management ? *Quid* d'une réelle qualité de vie professionnelle passant par un équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle ? *Quid* d'un recentrage sur les actes et l'accompagnement, permettant de réduire le volet administratif ? L'ensemble des professionnels, instances de santé, directions des établissements, ou plus globalement l'ensemble des hiérarchies attendent fébrilement ce type de recommandations. À l'heure où les différentes vagues de la Covid-19 n'ont fait qu'accroître la crise de vocation des métiers médicaux, en amplifiant notamment leur déficit d'image, ce besoin devient davantage vif et urgent. Il est aujourd'hui nécessaire et indispensable de redonner du sens, un rôle majeur,

^a La bienveillance est mentionnée une seule et unique fois page 132 de la version définitive de la V2020

et de la reconnaissance à ces professions. Cette évolution ne peut se réaliser sans les directives qu'insufflent ces guides de certification, qui sont, comme nous l'avons dit, le reflet ou l'initiation de paradigmes contemporains, rythmant la vie des établissements de santé. Nous espérons que le référentiel à venir sera celui du patient *et* du professionnel. Les deux protagonistes se retrouveraient au centre, au sein d'un dipôle, et l'établissement les entourant apporterait le matériel et les ressources nécessaires à la bonne réalisation technique des soins, tout en prodiguant un cadre bienveillant aux équipes, au soigné et à leur entourage.

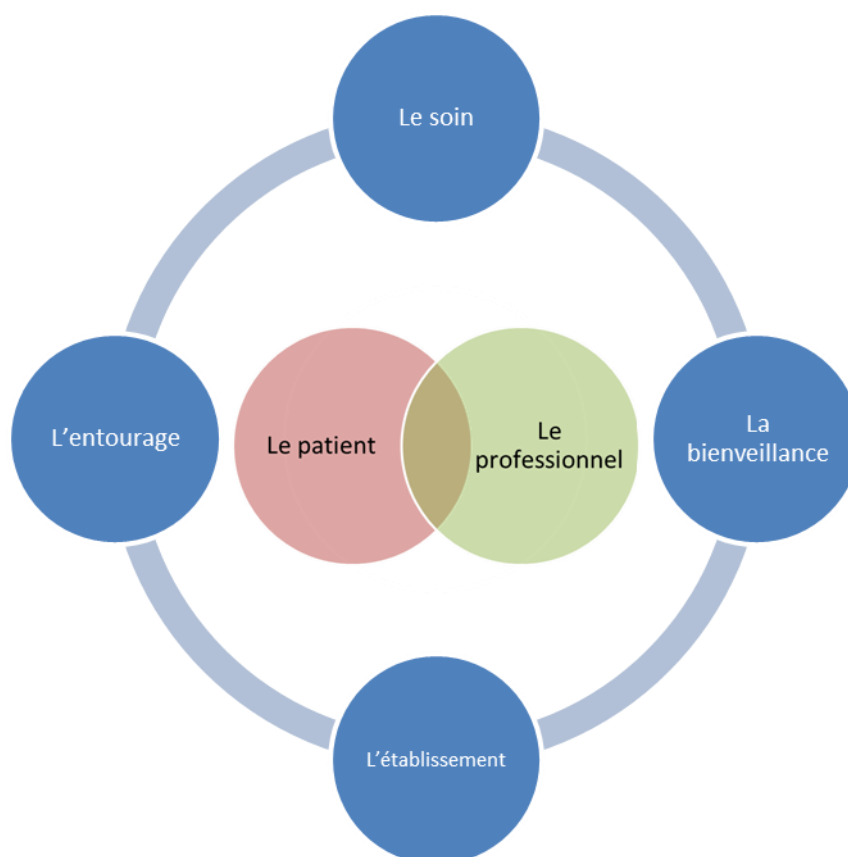


Figure 56 - le patient et le professionnel s'entourant de l'entourage, de l'établissement et de la bienveillance pour prodiguer les soins

X. Annexes

CHAPITRE 2 PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Partie 3

Parcours
du patient

Référence 23

L'éducation
thérapeutique
à destination
du patient et
de son entourage

R Critère 23.a Éducation thérapeutique du patient

L'ETP concerne les maladies chroniques (diabète, asthme, insuffisance rénale, maladies cardio-vasculaires, schizophrénie, etc.) mais également les situations ou maladies de courte durée qui nécessitent une acquisition de compétences d'autosoins et d'adaptation, comme les suites complexes de chirurgie, les prises de traitement comportant des adaptations de doses, une surveillance spécifique, des changements d'habitude de vie, etc.

Elle peut être mise en œuvre dans divers secteurs d'activité (médecine, chirurgie, rééducation fonctionnelle, psychiatrie, HAD, etc.).

Elle est proposée dès l'annonce du diagnostic de la maladie ou, le cas échéant, à tout autre moment de la maladie. Elle est mise en œuvre par des professionnels de santé formés à la démarche au sein d'un service, d'un secteur d'activité ou de manière transversale. Des modalités de coordination doivent être mises en place avec et autour du patient pour assurer la cohérence et la continuité de la démarche : définition en commun des différents aspects de la prise en charge, proposition d'un programme personnalisé d'ETP, programmation et organisation des activités d'ETP, partage des informations, modalités de poursuite de l'ETP au-delà du séjour du patient.

L'ETP est une démarche structurée et coordonnée centrée sur les besoins du patient. Elle vise à aider les patients et le cas échéant leur entourage à acquérir ou maintenir les compétences d'auto-soins et d'adaptation dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie, en particulier avec une maladie chronique. L'ETP permet par exemple au patient de soulager ses symptômes, de prendre en compte les résultats d'une autosurveillance, d'une automesure, de réaliser des gestes techniques (injection d'insuline, etc.), d'adapter des doses de médicaments. Elle contribue également à permettre au patient de mieux se connaître, de gagner en confiance en lui, de prendre

des décisions et de résoudre des problèmes, de se fixer des buts à atteindre et de faire des choix.

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, inscrit l'ETP dans le parcours de soins des patients et précise le cadre réglementaire pour le développement et la mise en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique dans un souci de qualité et de proximité.

Une autorisation par les ARS est désormais obligatoire pour l'ensemble des programmes d'ETP, qu'ils soient portés par les établissements, la médecine de ville ou les associations de patients. Le décret n°2010-904 du 2 août 2010 précise les conditions de cette autorisation qui repose sur un cahier des charges national. Dans ce cadre, l'évaluation de l'ETP s'entend comme une évaluation de l'activité globale et du déroulement du programme d'ETP et si possible des résultats en lien avec les objectifs du programme et les critères de jugement choisis a priori par le promoteur et l'équipe.

Le décret n° 2010-906 du 2 août 2010 et l'arrêté du 2 août 2010 précisent les compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient.

Même si l'établissement de santé ne développe pas de programme autorisé, il lui est demandé de favoriser et faciliter l'inscription des patients dans un programme autorisé dans son environnement proche. En tout état de cause, l'existence de programmes autorisés n'exonère pas les équipes soignantes des actions éducatives inhérentes à la dispensation de soins de qualité, respectueuses des besoins d'informations, de conseils et d'explications à propos de soins que les patients et les proches peuvent mettre en œuvre seuls à domicile ou dans leur lieu de vie (prise de médicaments, réalisation de soins simples, autosurveillance, précautions particulières, etc.).

E1 | Prévoir

L'offre de programmes d'éducation thérapeutique au sein de l'établissement et au sein du territoire de santé est identifiée.

Les maladies ou situations nécessitant l'élaboration d'une démarche structurée d'éducation thérapeutique du patient (ETP) intégrée à sa prise en charge sont identifiées.

Une coordination avec les professionnels extra-hospitaliers et les réseaux est organisée.

E2 | Mettre en œuvre

Selon la nature des besoins et des attentes des patients, des programmes d'ETP autorisés sont proposés aux patients et mis en œuvre ; si l'établissement de santé ne met pas en œuvre de programme autorisé, il lui est demandé de proposer au patient une inscription dans un programme autorisé dans son environnement proche en lui ayant présenté l'intérêt de l'ETP pour la gestion de sa maladie.

L'établissement définit dans son plan de formation une formation à l'ETP (sensibilisation des professionnels impliqués dans la prise en charge des maladies chroniques et acquisition de compétences pour ceux qui mettent en œuvre un programme d'ETP).

E3 | Évaluer et améliorer

L'évaluation des conditions d'accès et de mise en œuvre des programmes d'ETP (patients, professionnels de santé impliqués) donne lieu à des actions d'amélioration.

MANUEL DE CERTIFICATION
Janvier 2014

ACC01-T052-E

70

Figure 57 - Textes conservés sur une page de la V2010

9.2. Publication sur le site Internet HAS à destination des usagers

9.2.1. Publication des décisions de la HAS

Les décisions de certification et les différents rapports font l'objet d'une diffusion publique sur le site Internet de la HAS :

Nature de la décision publiée	Cas de figure
Décision de certification	Aucune recommandation d'amélioration, obligation d'amélioration ou réserve
Affichage A sur scopesante.fr	Après suivi : la ou les recommandation(s) d'amélioration, obligation(s) d'amélioration ou réserve(s) sont levées
Décision de certification avec recommandation(s) d'amélioration	Une ou plusieurs recommandations d'amélioration
Affichage B sur scopesante.fr	Après suivi : transformation de la ou les réserve(s) et/ou obligation(s) d'amélioration en recommandation(s) ou maintien de recommandation(s) d'amélioration
Décision de certification avec obligation(s) d'amélioration	Une ou plusieurs obligation(s) d'amélioration
Affichage C sur scopesante.fr	Après un sursis, si la réserve est levée ou transformée en recommandation, mais que des obligations d'amélioration avaient été prononcées après visite initiale
Décision de surseoir à la certification	Au moins une réserve
Affichage D sur scopesante.fr	Avis défavorable à l'exploitation des locaux
	Après suivi : au moins une obligation d'amélioration est décidée
Décision de non certification	Non utilisation du système d'information de la certification
	Non réception du Compte Qualité avant visite
Affichage E sur scopesante.fr	Au moins une réserve.
	Après visite de suivi : au moins une réserve
Décision de report de visite	Observations formulées par l'Agence régionale de santé (ARS) sur la sécurité de l'établissement pouvant conduire la HAS à différer la visite de certification dans l'attente de la mise en conformité
Décision d'interruption de visite	Interruption de la visite
Décision de suspension de la procédure	Conditions non réunies pour assurer le déroulement d'une procédure de certification

En cas de recours gracieux et si la demande de recours gracieux est acceptée, le rapport de certification ainsi modifié et la nouvelle décision de certification sont publiés sur le site Internet de la HAS.

Figure 58 - Textes conservés sur une page de la V2014

► **Objectif 2.3.2 : Le management de la gestion des risques des produits de santé est assuré en collaboration par les équipes cliniques et pharmaceutiques**

Description de l'objectif :

La prise en charge des soins en établissement de santé doit assurer au patient un usage sécurisé et pertinent des produits de santé et notamment pour le médicament : le bon médicament, à la bonne posologie, selon la bonne voie, au bon moment et dans les bonnes conditions. Le respect de ces règles est essentiel, les produits de santé étant responsables de près d'un tiers des EIG survenant à l'hôpital, dont la moitié est évitable.

Le management de la prise en charge médicamenteuse doit reposer sur une excellente coordination entre les différents acteurs du circuit du médicament en interne (médecins, pharmaciens, personnel soignants), en externe (médecin traitant et référent, médecins spécialistes, pharmacien officinal et tout autre personnel de santé susceptible d'intervenir) et en association avec le patient.

Critère 2.3.2-01 : Le patient a la garantie d'une approche collaborative pluridisciplinaire pour sécuriser sa prescription

Champ d'application du critère	Tout l'établissement
Description du critère	Les erreurs de prescriptions sont l'une des principales causes d'erreurs médicamenteuses. Environ 15 % des erreurs de prescription atteignent effectivement les patients, les autres sont identifiées à temps par les pharmaciens et autres professionnels de santé. Les erreurs de prescription sont prévenues par une analyse pharmaceutique partagée avec les prescripteurs et les équipes soignantes.

Critère 2.3.2-02 : Les prescriptions médicamenteuses du patient font l'objet d'une attention particulière par l'équipe de coordination de l'HAD

Champ d'application du critère	HAD
Description du critère	Les prescriptions d'entrée, pendant la prise en charge et à la sortie du patient font l'objet d'une attention particulière. Cela nécessite une coordination des professionnels pour la prise en charge médicamenteuse du patient et une organisation rigoureuse des interfaces entre l'établissement d'HAD.

Critère 2.3.2-03 : Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque

Champ d'application du critère	Tout l'établissement
Description du critère	Les médicaments à risque entraînent un risque plus élevé de dommages aux patients et les erreurs dues à ces médicaments sont plus fréquentes. Sont principalement concernés les médicaments à risque de confusion (confusion de nom par consonance similaire, ou d'apparence), les médicaments à marges thérapeutiques étroites, ou présentant des modalités d'administration particulière.

Référentiel de certification | 50

Document de travail

Chapitre 1.

Le patient

Objectif 1.1

Le patient est informé et son implication est recherchée

Le patient bénéficie de droits garantis par les textes législatifs et synthétisés par la charte de la personne hospitalisée (annexe à la circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006). Les établissements de santé se doivent d'informer le patient sur ses droits. Un résumé des principaux droits est intégré dans le livret d'accueil remis lors de chaque admission. Cette information peut être complétée par les représentants des usagers et/ou les associations de patients : ils constituent une ressource à laquelle l'accès des patients est facilité. La compréhension par le patient, son adhésion aux soins et sa participation aux différentes étapes de sa prise en charge facilitent la mise en œuvre de son projet de soins. L'engagement du patient est reconnu pour contribuer à une décision partagée visant à l'amélioration de la qualité, l'efficacité et la sécurité de ses soins. L'apport des proches et/ou aidants constitue, dans de nombreuses situations, une ressource tant pour le patient que pour l'équipe soignante. À ce titre et sous réserve de l'accord du patient, leur implication doit être favorisée.

Objectif 1.1
Le patient est informé et son implication est recherchée

Critère 1.1-05 Le patient bénéficie de messages renforçant sa capacité à agir pour sa santé

En matière de santé, la prévention repose pour partie sur la sensibilisation et l'implication de chaque individu. Pour cela, les professionnels de santé développent des actions, adaptées et personnalisées, avec une approche motivationnelle, de nature à renforcer la capacité du patient à agir pour préserver et/ou améliorer son état de santé (tabac, alcool, autres drogues, activité physique, nutrition, hygiène, sexualité, dépistages...). Il lui est proposé une évaluation de son statut vaccinal.

Tout l'établissement Standard

Éléments d'évaluation	
<p>Patient</p> <p>Le patient bénéficie, en amont ou au cours de son séjour, d'interventions qui visent à renforcer sa capacité à agir pour promouvoir sa santé et réduire ses risques (tabac, alcool, autres drogues, activité physique, nutrition, hygiène, sexualité, dépistages, évaluation de son statut vaccinal...).</p> <p>Professionnels</p> <p>Les équipes inscrivent dans le dossier patient les informations relatives aux principaux facteurs de risque et de protection du patient (statut tabagique, consommation d'alcool, IMC et activité physique, voyages...).</p> <p>Les équipes délivrent au patient des messages spécifiques et adaptés ayant pour objectif de préserver ou d'améliorer son état de santé.</p> <p>Pour les patients vivant avec un handicap ou de précarité, les carences en soins sont recherchées.</p> <p>Des supports d'information et de communication sur les messages de santé publique (vaccination, maltraitance...) et prévention primaire (tabac, alcool, autres drogues, activité physique, nutrition, hygiène, sexualité, dépistages...) sont affichés ou à disposition dans les services.</p>	<p>Patient traceur</p> <p>Observation</p>

Références HAS

• Activité physique et sportive pour la santé promotion, consultation et prescription, 2018.
• Stratégies de prévention de la carie dentaire, 2010.
• Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte, 2015.

Références légales et réglementaires

• Art. L. 1111-2, L. 1112-1 al. 4 du CSP.

Autres références

• Haut conseil de la santé publique (HCSP), « Avis relatif à la place des offreurs de soins dans la prévention », 20 pages, 31 juillet 2018.
• Haut conseil de la santé publique (HCSP), « Place des offreurs de soins dans la prévention », 84 pages, juillet 2018.
• Revue d'épidémiologie et de santé publique : approche terminologique de l'engagement des patients : point de vue d'un établissement de santé français, décembre 2019.

Figure 60 - Textes conservés sur une page de la V2020 version définitive

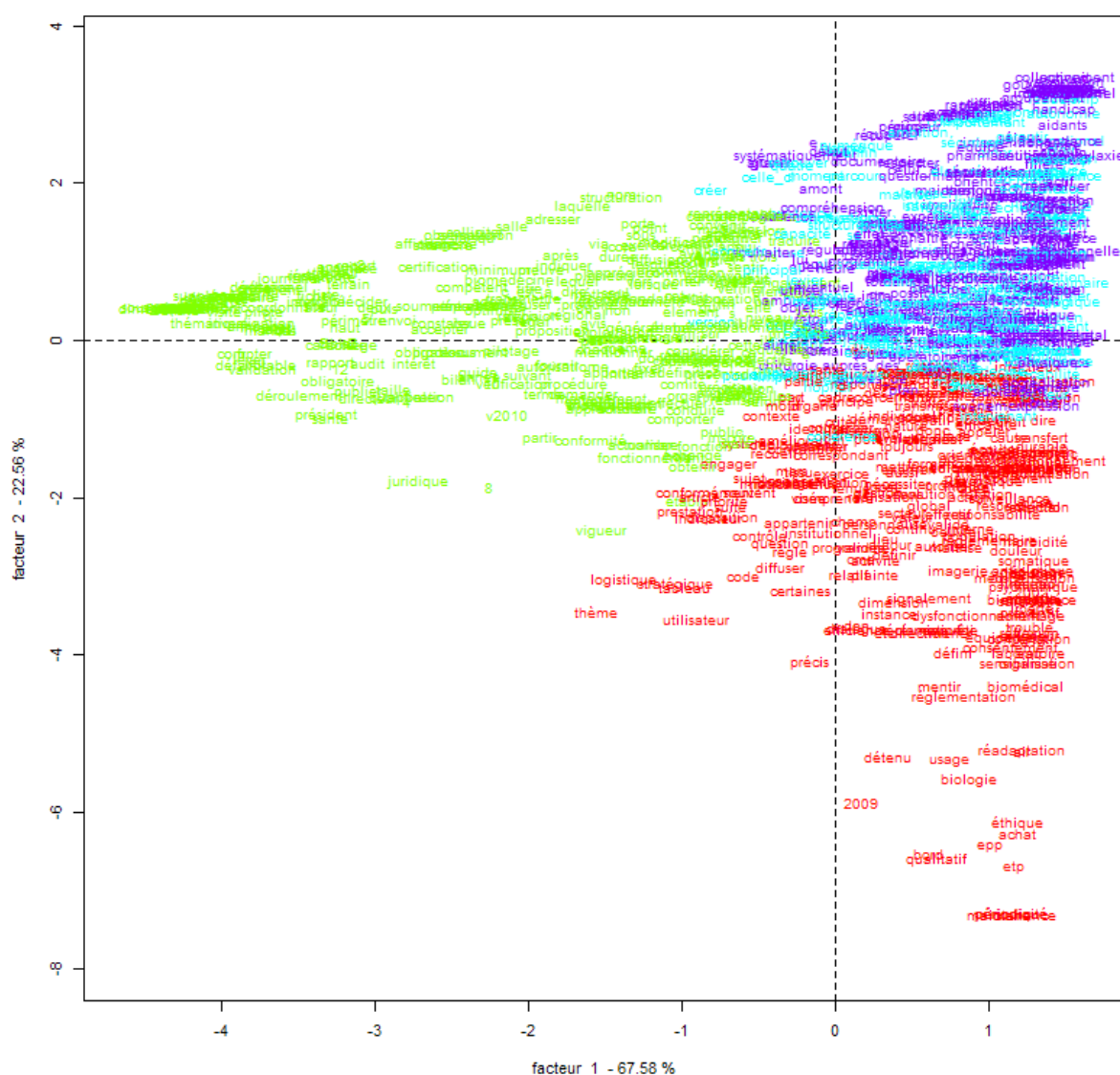


Figure 61 - AFC sur la variable date – en vert la version 2014, en rouge la V2010 et en violet et bleu la V2020 définitive et non définitive. Les V2020 définitive et non définitive se chevauche parfaitement, ce qui traduit une homogénéité des discours.

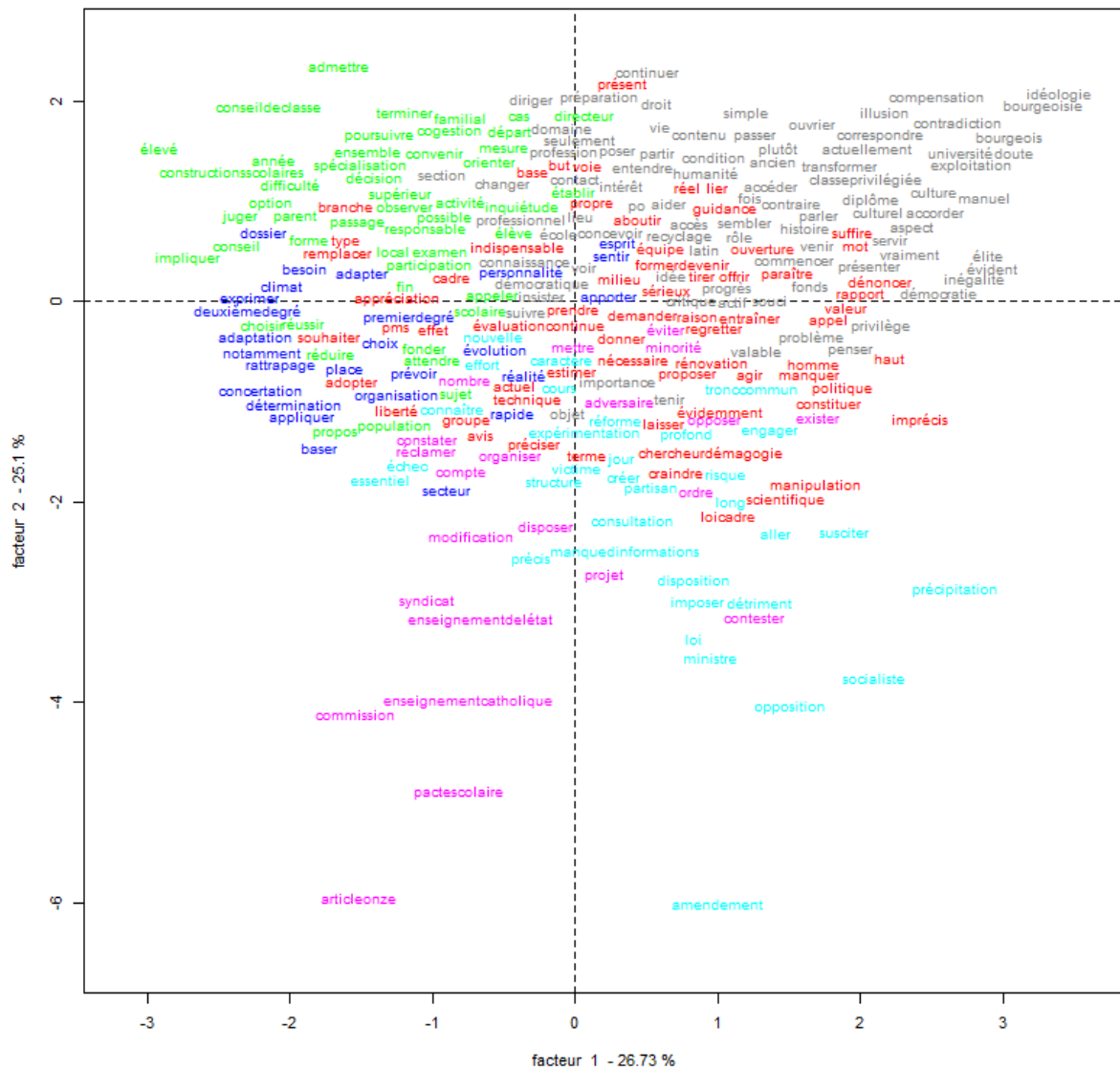


Figure 62 - Analyse factorielle des correspondances de la méthode Reinert ayant une homogénéité des discours, figure de Ferrara et al https://www.researchgate.net/figure/AFC-sur-le-corpus-renove-suivant-la-variable-acteurs_fig1_303830214

XI. Bibliographie

1. AxeAsie. DicoLatin - PATIENS, ENTIS. *DicoLatin* <http://www.dicolatin.com>.
2. Université de Tours - UE 7 Santé société et Humanité. *Université de Tours* <https://www.univ-tours.fr/ue-7-sante-societe-et-humanite>.
3. Larousse, É. Définitions : soins - Dictionnaire de français Larousse. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soins/73237>.
4. Constitution. <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution>.
5. Beaudouin, V. Retour aux origines de la statistique textuelle: Benzécri et l'école française d'analyse des données. 21 (2016).
6. Documentation IRaMuTeQ. <http://iramuteq.org/documentation/html>.
7. Mot-outil : Définition simple et facile du dictionnaire. <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/mot-outil/>.
8. Mot grammatical. *Wikipédia* (2021).
9. Kanawati, R. Détection de communautés dans les grands graphes de terrain. 69.
10. 2.4.1 Lemmatisation — IRaMuTeQ. http://iramuteq.org/documentation/html/copy4_of_1-2-principe-de-fonctionnement-du-logiciel.
11. manuel_v2010_janvier2014.pdf.
12. Manuel de certification des établissements de santé V2014. *Haute Autorité de Santé* https://www.has-sante.fr/jcms/c_1732464/fr/manuel-de-certification-des-etablissements-de-sante-v2014.
13. guide_methodologique_v2014.pdf.
14. Guide méthodologique à destination des établissements de santé Certification V2014.

15. Certification des établissements de santé pour la qualité des soins.
16. Découvrir la nouvelle certification - HAS. *Haute Autorité de Santé* https://www.has-sante.fr/jcms/c_2969340/fr/decouvrir-la-nouvelle-certification.
17. Notepad++. <https://notepad-plus-plus.org/>.
18. Ratinaud, P. & Marchand, P. Recherche improbable d'une homogène diversité : le débat sur l'identité nationale. *Langages* n° 187, 93–107 (2012).
19. igraph library. <https://igraph.org/c/>.
20. Reinert, A. Une méthode de classification descendante hiérarchique : application à l'analyse lexicale par contexte. 13.
21. Reinert, M. Alceste une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application: Aurelia De Gerard De Nerval. (1990) doi:10.1177/075910639002600103.
22. Analyse des données ou statistique exploratoire multidimensionnelle : Dossier complet | Techniques de l'Ingénieur. <https://www.techniques-ingenieur.fr/base-documentaire/sciences-fondamentales-th8/probabilites-et-statistique-42101210/analyse-des-donnees-ou-statistique-exploratoire-multidimensionnelle-af620/>.
23. détail des indices de similitude — IRaMuTeQ.
24. Péliissier, D. Initiation à la lexicométrie Approche pédagogique à partir de l'étude d'un corpus avec le logiciel.
25. Barsalou, M. A. *Root Cause Analysis: A Step-By-Step Guide to Using the Right Tool at the Right Time*. (CRC Press, 2014).
26. DGOS. Fiche 26 : la représentation des usagers du système de santé. *Ministère des Solidarités et de la Santé* <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico->

social/parcours-de-sante-vos-droits/modeles-et-documents/guide-usagers-votre-sante-vos-droits/article/fiche-26-la-representation-des-usagers-du-systeme-de-sante (2020).

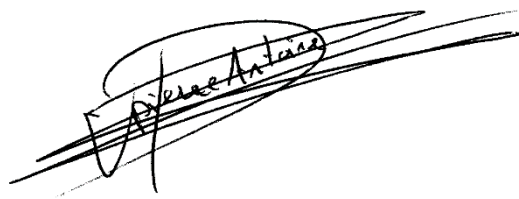
ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné Pierre-Antoine Mauro

Déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. (*Décret n°92-657 du 13 juillet 1992*)

En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Signature :



SIGNATURES DU DIRECTEUR DE THESE ET DU DOYEN

N° Étudiant : 21003087


N° Thèse : 76

Nom et Prénom : Mauro Pierre-Antoine

Sujet : ÉVOLUTION DE LA PLACE DU PATIENT DANS LES RÉFÉRENTIELS DE CERTIFICATION
DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Tours, le : 18 septembre 2021

Le(s) Directeur(s) de Thèse :

 LASOUE M.C.



Vu et Transmis : Le
Doyen



NOM, PRÉNOM de l'étudiant : Mauro Pierre-Antoine	N°76
<p align="center">TITRE DE LA THÈSE</p> <p align="center">ÉVOLUTION DE LA PLACE DU PATIENT DANS LES RÉFÉRENTIELS DE CERTIFICATION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ</p>	
<p align="center">RÉSUMÉ DE LA THÈSE</p> <p>Le soin ne se résume plus à l'unique acte technique, il vise l'amélioration du bien-être et de la santé. Ce nécessaire élargissement sémantique au sein de nos établissements est en cours. La volonté d'œuvrer en ce sens émerge depuis plusieurs années et reste à prendre la mesure des évolutions qui engagent le système de santé dans un changement de paradigme.</p> <p>La certification de la Haute Autorité de Santé (HAS) est apparue comme le seul dispositif qui offre un cadre global d'analyse et d'évaluation externe de la qualité des soins et des prises en charge, dans l'ensemble des établissements sanitaires. Pour structurer l'action des visiteurs-experts, la HAS a publié 3 versions majeures du guide de certification : 2010, 2014 et 2020. C'est à travers ces trois référentiels que nous allons étudier l'évolution de la place du patient, à l'aide d'outils d'analyse de données textuelles, dans les discours de l'Autorité publique indépendante.</p> <p>Les outils utilisés seront tout d'abord détaillés ainsi que la méthode : IRaMuTeQ, lemmatisation, analyse des similitudes, classification de Reinert, spécificités et analyse factorielle des correspondances. Les résultats sont donnés pour chaque corpus séparément, puis réunis en suivant la même séquence analytique. À travers nos résultats nous constatons une modification majeure des attentes et de la place du patient de 2010 à 2020 où celui-ci passe du patient-soigné, au patient-outil, puis au patient-global.</p> <p>Au-delà de la qualité et de la sécurité, cette thèse nous invite à nous questionner sur l'évaluation du bien-être, de la bienveillance, ou encore de la prise en compte de l'individu dans le soin par nos établissements, nos instances et nos experts.</p>	
<p>MOTS-CLÉS SIGNIFICATIFS DE SON CONTENU, ATTRIBUÉS PAR LE CANDIDAT EN LIAISON AVEC LA BIBLIOTHÈQUE UNIVERSITAIRE ET LES MEMBRES DU JURY :</p> <p><i>Patient, HAS, Haute Autorité de Santé, lexicométrie, référentiels de certification, guides de certification, soin, établissement de santé, classification de Reinert, analyse des similitudes, analyse factorielle des correspondances.</i></p>	
<p align="center"><u>JURY</u></p> <p>PRÉSIDENT :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Madame la Professeure hospitalo-universitaire Claire POUPLARD - Laboratoire d'hématologie <p>MEMBRES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Madame Chantal CATEAU - Membre de la Commission de certification des établissements de santé (CCES) de la Haute Autorité de Santé (HAS) - Madame Danièle DESCLERC-DULAC - Présidente France Assos Santé Centre-Val de Loire - Monsieur le Docteur en médecine Frédéric GAY - Parasitologie-mycologie CHU Pitié Salpêtrière (APHP) - Madame la Docteure en pharmacie Mary-Christine LANOUE - Directrice de L'OMÉDIT 	
DATE ET LIEU DE SOUTENANCE : 13 Septembre 2021 – Faculté de Pharmacie de Tours	