

MÉMOIRE

I. Travail de réflexion

Lors d'une discussion avec une amie interne au cours du premier semestre d'internat, elle étant aux Urgences de Carcassonne et moi en Praticien Niveau 1 dans le Lauragais, nous avons évoqué les problématiques de maintien à domicile de la personne âgée. Elle m'a dit que c'était un motif de consultation récurrent aux Urgences, et qu'elle ne comprenait pas le manque d'anticipation de l'entourage du patient, familial ou du médecin traitant. Je lui ai dit que de mon côté, en médecine de ville, cette patientèle était très énergivore et qu'il n'était pas toujours simple de mettre en place des solutions.

De ce constat-là, nous avons décidé de nous y intéresser de plus près, et ensuite d'y consacrer notre travail de thèse. J'ai commencé à parler à mes maîtres de stage de ce sujet pour apprécier leur point de vue, et il est revenu que c'était compliqué car prenant beaucoup de temps. Quand nous avons changé de stage et qu'elle est partie en libéral et moi aux Urgences de Carcassonne nous avons pu changer les rôles, et confirmé le point de vue de l'autre évoqué plus tôt.

Nous avons alors notre thème, les aides à domicile en médecine générale, et notre méthode, puisque pour effectuer ce travail de recherche à deux il fallait que ce soit une méthode qualitative. De plus, cela correspondait à l'axe que nous voulions choisir pour ce thème. Nous souhaitions initialement étudier ce qui décidait un médecin généraliste à la proposition des aides, quels étaient les signes qui lui permettaient de détecter la perte d'autonomie chez des patients qu'il connaissait depuis longtemps.

II. Travail de recherche

Lors de l'évaluation de la phase socle, le Dr Chicoulaa m'a questionné sur mon projet de thèse, et je lui ai expliqué vouloir mener une thèse qualitative sur les aides à domicile en médecine générale. Il m'a alors conseillé de contacter le Professeur Stillmunkès pour savoir s'il était intéressé pour être notre directeur. J'ai donc envoyé un mail à ce dernier qui m'a assuré de sa curiosité sur notre sujet. Nous avons décidé de nous rencontrer, et il a demandé que nous fassions un premier travail de bibliographie pour voir quels sujets avaient déjà été étudiés, et quels sujets il serait intéressant d'approfondir.

J'ai pu lire une thèse parlant de la place du médecin généraliste dans l'introduction des aides à domicile chez les patients âgés, ainsi que beaucoup de thèse sur le point de vue de l'aidant, et sur l'institutionnalisation.

III. Début de la thèse

Quand nous nous sommes rencontrés, le Pr Stillmunkès a accepté de diriger notre thèse. Il nous a expliqué les particularités et objectifs des différentes méthodes de recherche, notamment que les études qualitatives n'avaient pas vocation à démontrer une hypothèse, mais plutôt à faire un état des lieux des connaissances, des pratiques, ou en l'occurrence des ressentis.

Il nous a encouragé à étoffer notre bibliographie pour trouver ce qui avait été moins étudié sur ce sujet, que plus notre axe serait petit, plus nous pourrions l'étudier profondément, et plus les résultats seraient intéressants.

Nous avons ensuite poursuivi notre étude de la littérature, sur des sites référençant des thèses comme Sudoc ou thèses.fr, Maëva a pu notamment commander des thèses d'autres facultés que je suis allé récupérer à la bibliothèque universitaire. C'est elle qui a trouvé la plupart des thèses sur le sujet, d'une part parce que j'étais moins à l'aise avec ces

outils, et d'autre part j'étais à ce moment très peu disponible. J'ai bien sûr lu tous les écrits qu'elle avait retenus.

Nous nous sommes vus à plusieurs reprises pour échanger sur les thèses que nous avons pu étudier, j'avais créé un document que nous alimentions avec les idées fortes de chaque thèse que nous lisions.

Nous avons revu le Pr Stillmunkès deux mois après notre première rencontre. Ensemble nous avons choisi le point de vue du médecin généraliste, rarement abordé dans la littérature, et nous avons voulu étudier son ressenti au moment de la proposition de ces aides. Il nous a aidé à entériner notre sujet et son titre "Ressenti des médecins généralistes lors de l'introduction des aides à domicile chez leurs patients âgés devenant dépendants".

Il nous manquait encore la méthode de recueil des données, et il nous a parlé des focus group, ces entretiens faisant intervenir plusieurs médecins et étant bien plus pertinents pour un travail comme le nôtre.

Durant cette période, je l'ai eu plusieurs fois au téléphone aussi pour le tenir informé de nos avancées, et lui faire part de nos questions.

Maintenant que nous avons notre titre, notre directeur, et la méthode, il a fallu envoyer la fiche de thèse à partir du site du DUMG (Département Universitaire de Médecine Générale). J'ai répondu au questionnaire et j'ai transmis à Maëva pour que nous ayons les mêmes réponses.

Nous avons aussi réalisé toutes les démarches plus administratives comme la demande au conseil d'éthique et la demande à la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés).

Avant de réunir les médecins pour nos focus group, il a fallu élaborer le guide d'entretien. Maëva a proposé de le décomposer comme un déroulé de consultation, et je me suis chargé d'élaborer les questions et les sous-questions avec une attention particulière pour la syntaxe, afin d'avoir les questions les plus neutres et ouvertes possibles.

Nous avons aussi rédigé une fiche d'informations socio-professionnelles que nous allions remettre à tous les participants des entretiens pour étudier la population de notre étude et traquer les éventuels biais de recrutement.

IV. Réalisation des entretiens

Cette partie a sûrement été la plus éprouvante. J'ai commencé par évoquer ces groupes avec un de mes maîtres de stage, qui a tenté de réunir des médecins du département. Mais cela n'a jamais abouti, et nous nous sommes donc décidé à contacter d'autres personnes.

Maëva a téléphoné à son ancienne maître de stage de PN1, qui nous a donné beaucoup de contacts. Elles se sont vues aussi pour échanger sur le sujet, la modération, et fournir à celle qui allait être notre modératrice le guide d'entretien. J'ai contacté une très grande partie des cabinets médicaux de la ville, j'ai obtenu quelques adresses mail de la part de secrétaires, puis j'ai envoyé un mail expliquant notre démarche à tous les contacts que j'avais pu avoir.

J'ai eu peu de retours, et nous sommes revenus vers notre modératrice pour qu'elle appuie nos demandes. Cela a eu un effet positif, et nous avons donc pu fixer une date pour réaliser l'entretien dans son cabinet.

Nous sommes restés en position d'observateurs de ce moment, nous avons bien sûr pris de quoi enregistrer vocalement l'entretien.

A la fin de ce focus group, nous avons contacté de nouveau notre directeur de thèse pour lui exposer ce qu'il s'était passé au cours de cet entretien, et il nous a aidé à retravailler notre guide d'entretien. En effet, il manquait parfois d'efficacité ou de précision, et nous en avons donc fait une seconde version pour les prochains focus group.

J'ai appelé un de mes maîtres de stage de premier semestre pour lui demander de m'aider à organiser un nouvel entretien de groupe dans son cabinet, et s'il était intéressé pour le modérer. Il m'a donné des contacts en plus de ceux que j'avais déjà, et j'ai envoyé des messages à une demi-douzaine de médecins exerçant autour de lui. Quatre m'ont

répondu positivement, les deux autres étaient intéressés mais n'étaient pas disponibles dans les dates pré-établies. Peu avant le jour décidé, deux des quatre médecins participants m'ont averti tour à tour d'un problème les obligeant à se désister, et j'ai dû modifier la date pour pouvoir les réunir de nouveau. Avec Maëva nous avons à nouveau assisté à cet entretien en qualité d'observateurs. Je me rappelle avoir été surpris par la diversité des réponses par rapport au premier focus group.

L'été a ensuite débuté et nous savions que ce serait compliqué de réunir des médecins durant ces deux mois de vacances. Nous avons donc décidé de mettre en pause ces recherches et de débiter la rédaction de l'introduction.

A la rentrée, nous souhaitions réaliser un focus group à Toulouse, modéré par notre directeur de thèse. Cependant, et malgré mon acharnement à appeler presque la moitié des cabinets médicaux de la ville, nous n'avons jamais réussi à réunir quatre médecins pour participer à cet entretien. J'ai repris contact avec un ancien maître de stage, avec qui j'avais déjà essayé d'organiser un focus group, mais cela n'a rien donné non plus.

A ce moment-là, nous avons compris qu'il ne serait pas possible de soutenir la thèse en février ou mars de l'année suivante comme nous l'avions initialement prévu, et qu'il faudrait repousser. Je commençais à me demander comment nous allions réunir à nouveau des médecins pour les focus group, car toutes nos pistes semblaient finir telles des impasses. La motivation venait à manquer face à ces refus successifs, et nous avons pris la décision d'attendre le début du semestre d'hiver. J'en ai profité pour terminer mes traces écrites du semestre d'été et avancer dans un projet personnel.

Au début de ce nouveau semestre, j'ai évoqué mes demandes à mon nouveau maître de stage qui m'a aidé à organiser très rapidement un entretien avec les autres médecins du cabinet. Je l'ai modéré moi-même, pour deux raisons. D'abord, et sur le plan pratique, il était trop compliqué de réunir d'autres médecins pour avoir un médecin modérateur en plus des médecins participants. D'autre part, l'observation des deux premiers focus group m'avait donné envie de modérer pour que ce soit plus fidèle à ce que nous attendions, et limiter les digressions. Maëva n'a pas pu assister à cet entretien pour des raisons pratiques.

Le quatrième focus group, que nous imaginions être le dernier au vu des réponses du troisième nous approchant de la saturation des données, n'a pas été simple à organiser non plus. Maëva a demandé de l'aide à son conjoint interne qui a sollicité son maître de stage, et il a pu être organisé après les vacances de Noël. Entre les deux groupes, j'avais rédigé la seconde partie de la thèse sur Matériel et méthodes.

Ce dernier entretien a été modéré par Maëva, que j'avais guidée par mon expérience de modération du précédent groupe, et j'étais pour ma part en qualité d'observateur.

Tous ces entretiens ont été enregistrés par dictaphone ou sur smartphones, puis retranscrits intégralement sur un document partagé, Maëva prenant la moitié et moi l'autre moitié.

V. Travail d'écriture

L'écriture de la thèse a donc débuté durant l'été entre les focus group 2 et 3. Nous avons élaboré un plan pour l'introduction où nous souhaitions parler de nos stages, comme évoqué au début de ce mémoire. Nous nous sommes répartis la rédaction et j'avais pour travail d'écrire la partie statistique, Maëva expliquant le rôle du médecin généraliste dans cette problématique d'introduction des aides à domicile chez les patients âgés, et nous évoquions chacun nos stages.

Après lui avoir soumis ce premier jet, notre directeur de thèse nous a conseillé de retirer la partie sur nos expériences personnelles pour ce recentrer sur une introduction en trois parties : ce que l'on sait, ce que l'on ne sait pas, ce que l'on veut savoir.

Nous avons donc repris notre introduction, Maëva se chargeant de la partie sur ce que l'on ne sait pas, et moi sur ce que l'on sait, me basant sur les statistiques que j'avais déjà recensées.

Cette seconde version a été validée par le directeur de thèse.

Puis je me suis chargé d'écrire la partie sur le matériel et les méthodes. J'ai étudié la méthode de l'analyse thématique en me basant sur plusieurs sources disponibles sur internet.

Pour rédiger cette partie, j'ai aussi basé mon plan sur d'autres thèses qu'on avait pu lire dans le travail de bibliographie.

J'ai écrit cette partie pendant l'été également, la soumettant à Maëva pour avoir son avis, et nous l'avons corrigée ensemble. Plus tard, lorsque tous les focus groups ont été faits, je l'ai alimenté de quelques informations qui manquaient.

L'analyse de nos résultats a pu débuter, et nous avons décidé d'étiqueter chaque phrase de chaque focus group pour ne pas biaiser notre interprétation. De plus, j'ai fait l'étiquetage de mon côté et Maëva du sien, afin de ne pas s'influencer. A la fin de ce travail d'étiquetage du premier focus group, nous nous sommes vus pour mettre en commun les résultats. J'ai pu profiter de nouvelles explications de la part de Maëva sur les étiquettes pour qu'elles soient plus expérientielles, et donc plus en lien avec notre recherche.

Nous avons refait cette méthode pour les trois autres entretiens, confrontant nos avis, et j'essayais de travailler sur la syntaxe et la construction de chaque phrase pour qu'elle soit la plus juste possible.

J'ai demandé par mail à revoir notre directeur de thèse, et nous lui avons présenté nos étiquettes. Il nous a guidé pour la construction du tableau, nous expliquant comment organiser nos étiquettes par propriété d'abord, par catégorie ensuite.

Pour faire les propriétés, nous avons travaillé sur un document partagé, Maëva créant le tableau en attribuant une propriété à chaque étiquette, moi donnant mon avis et faisant les modifications en direct. Nous avons fait un tableau pour le ressenti, séparé entre positif et négatif, un tableau pour les freins et leviers, et un tableau supplémentaire pour des verbatims intéressants mais dont nous ne savions que faire. Nous nous sommes appelés à plusieurs reprises pour échanger sur ces propriétés, et nous avons construit les catégories sur le même modèle. N'étant pas satisfait de ce que nous avons fait sur les catégories des leviers, j'ai fait un grand schéma à la main pour essayer de relier les propriétés entre elles en établissant des liens plus logiques. J'ai proposé cela à Maëva et nous l'avons peaufiné.

Un mois après notre dernière entrevue, nous avons revu notre directeur de thèse et lui avons présenté nos tableaux. Il les a lus intégralement et a validé nos résultats. Il nous a par ailleurs expliqué comment rédiger la partie sur les résultats, que nous ne devions pas

être interprétatifs ni faire de liens, mais seulement présenter ce que nous avons recueilli et construit en tableaux après. Il nous a aussi parlé de la discussion, du plan que nous devons adopter, et nous a aidé à formuler ce que nous avons trouvé dans notre travail de recherche.

Suivant ces conseils, nous avons rédigé la partie résultats. Maëva s'est chargé de parler du ressenti positif et des leviers à la mise en place des aides, moi du ressenti négatif et des freins. C'est allé assez vite, et nous avons rapidement pu commencer à écrire la discussion et la conclusion.

J'ai écrit les forces et les faiblesses de l'étude. Pour ce faire, j'ai relu cette partie dans toutes les thèses qui nous avaient servi dans notre bibliographie et cela m'a permis de faire une ébauche de plan. Je savais que nos forces se classaient entre validité interne et externe, et que nos faiblesses devaient se rechercher à chaque étape, pour trouver quels étaient les biais. A partir de ces informations, j'ai fait des recherches sur les définitions exactes de la validité interne et externe, de ce que l'on pouvait y mettre, et j'ai étudié notre propre thèse pour adapter ce plan à notre étude. J'ai fait pareil avec les limites, trouvant une définition à chaque biais et ce qui pouvait, dans notre travail, en faire partie.

De son côté, Maëva a écrit la réponse à la question, guidée par les explications du Pr Stillmunkès, et a fait les liens avec la littérature. Elle a refait de la bibliographie sur notre sujet, mais avec un nouvel axe guidé par les résultats que l'on a trouvés.

Il nous restait l'ouverture, dont on avait déjà beaucoup parlé. J'ai essayé de mettre au brouillon toutes nos idées, en les classant pour donner une structure logique. Puis nous nous sommes revus avec Maëva, et ensemble nous avons mis au propre cette ouverture. Elle a relu quelques sources que nous avons sélectionné pour étoffer certaines parties, et pendant ce temps j'ai rédigé la conclusion.

En sus, j'ai commencé à relire tout ce que nous avons déjà rédigé pour traquer les fautes d'orthographe, de syntaxe, recenser les abréviations, et gommer toutes les erreurs que je trouvais. Ce travail, aussi long que fastidieux, a quand même été utile pour me donner une idée plus générale de notre thèse, en prenant un pas de recul. J'ai aussi demandé à des proches de faire une relecture, certains juste pour l'orthographe, et d'autres aussi pour un avis plus scientifique.

J'ai aussi profité de ce temps pour écrire les remerciements de thèse, ceux communs à Maëva et moi, et les miens.

Nous avons revu notre directeur trois semaines après ses indications sur la rédaction des résultats et de la discussion, pour lui présenter notre écrit. Il a corrigé encore quelques phrases dans les résultats pour que l'on reste parfaitement neutre en les présentant, et a repris notre partie Discussion. Il nous a expliqué qu'il faudrait davantage exprimer l'importance des ressentis négatifs, et de rédiger cela au début de la discussion. Dès le lendemain, et suivant ces conseils, nous avons relu cette partie et nous nous sommes attelés à répondre à la question de thèse clairement, dès le début de la discussion. Maëva a fait quelques recherches sur le réseau Géronto Pastel, et j'ai corrigé pour ma part des phrases qui manquaient de clarté. J'ai aussi retouché la conclusion pour la rendre plus efficace.

Ensemble, nous avons rédigé le résumé de la thèse, en français d'abord, puis en anglais en demandant relecture à son conjoint, bilingue.

Une semaine après cette entrevue, nous avons envoyé au Pr Stillmunkès notre thèse complète pour qu'il fasse une ultime relecture, puis nous l'avons adressé à notre présidente de jury pour signature.

VI. Apport personnel du travail de thèse

L'une des premières choses que je valorise dans ce travail de thèse, c'est la méthode rigoureuse que j'ai apprise pour une recherche qualitative. J'ai beaucoup apprécié l'étude de la littérature existante, et j'ai découvert comment la faire dans les bonnes conditions.

L'analyse des résultats a également été une initiation dans ce monde, et si l'étiquetage du premier focus group m'a paru nébuleux, tout s'est éclairci à mesure des entretiens et je voyais tout l'intérêt de ce que nous faisons. Cette analyse des résultats m'a particulièrement plu car elle a représenté l'aboutissement de notre travail, avec des conclusions plus ou moins attendues, mais toujours sujettes à discussion.

Pour ce qui est de la partie rédactionnelle, je savais que c'était quelque chose que je savais faire, et que j'apprécie faire. Passer des heures à retoucher des phrases ne m'a donc pas dérangé, et au contraire je suis content de rendre un travail avec une rigueur de syntaxe et d'orthographe qui me correspond.

Il y a aussi eu des moments de creux dans ce travail, notamment pour le recrutement des médecins. En effet, les appels à tous les cabinets d'une ville ou d'un quartier, les mails sans réponse, les refus successifs, les annulations de dernière minute, tout cela a été assez difficile à gérer car indépendant de notre volonté. J'avais même proposé à Maëva de retourner à un modèle d'entretiens individuels, mais elle m'a assuré que ce n'était pas le sens de notre recherche. D'avoir mené à son terme ce travail malgré cette difficulté de recrutement m'a conforté dans notre abnégation, et a justifié tous ces efforts.

Pour ce qui est du fond maintenant, je suis satisfait d'avoir étudié ce sujet. Comme nous l'avons dit, c'est un thème fréquemment étudié mais le point de vue du médecin généraliste dans ces consultations l'est rarement, et son ressenti encore moins. Notre guide d'entretien a aussi eu le mérite d'amener doucement les médecins à exprimer ce ressenti, car nous avons vu qu'initialement c'est quelque chose dont ils ne parlent pas facilement.

Tout cela m'a amené à me questionner sur ma pratique future. D'une part sur ces sentiments que l'on peut avoir en consultation, comment prendre du recul, les accepter, et travailler avec pour être vrai face au patient. D'autre part, sur la pratique en elle-même, comment présenter au patient âgé l'intérêt des aides à domicile, comment lever les freins et actionner les leviers que l'on a découvert, tout en respectant la volonté du patient. J'ai déjà intégré ces questionnements aux consultations que je mène, et je constate une différence au fur et à mesure que le travail de thèse avance. Je me sens légitime d'aborder le sujet de la perte d'autonomie, et je me sers de ce que l'on a appris au cours des entretiens pour amener le patient à prendre sa décision avec le plus d'éléments possible en sa connaissance.

J'ai surtout développé une appétence particulière pour la pratique de la gériatrie. J'appréciais déjà de travailler avec des patients âgés, mais je me sens maintenant encore plus en mesure de le faire, plus à l'aise sur le sujet et sur la communication.

Lu et Approuvé
Toulouse le 24/03/2024
Professeur Marie-Eve Rougé Bugat



Toulouse, le

Vu, permis d'imprimer,
La Présidente de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par déléation, le Doyen-Directeur du Département de
Médecine, Maïeutique, Paramédical
Professeur Thomas GEERAERTS

