



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Travailler ensemble sans être ensemble : méthode collective et pistes
d'amélioration d'un travail de thèse collectif par 21 internes de
médecine générale des Hauts-de-France.**

Présentée et soutenue publiquement le 19 décembre 2019 à 18h
Au Pôle Recherche
Par Oriane GANCEL

JURY

Président :

Madame le Professeur A. SOBASZEK

Assesseurs :

Madame le Professeur S. FANTONI-QUINTON

Monsieur le Docteur S. HULO

Monsieur le Docteur P. DESOBRY

Directeur de Thèse :

Monsieur le Professeur D. DELEPLANQUE

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

ADL	Activities of Daily Living
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
CEMG	Collège des Enseignants de Médecine Générale
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CIM 10	Classification Internationale des Maladies, 10 ^e révision
CISP	Classification Internationale des Soins Primaires
CPP	Comité de Protection des Personnes
ED	Entretien semi Dirigé
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
FG	Focus Group
GEP	Groupe d'Echanges de Pratiques
GIR	Groupes Iso Ressources
IADL	Instrumental Activities of Daily Living
IMG	Interne de Médecine Générale
MG	Médecine Générale
MMS	Mini Mental State
RMG	Remplaçant de Médecine Générale
SASPAS	Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
SMG	Salarié de Médecine Générale

Table des matières

1	Introduction.....	1
1.1	Genèse du projet.....	1
1.2	Un travail collaboratif original.....	2
2	Matériel et méthode.....	5
2.1	Choix du type d'étude.....	5
2.2	Le guide d'entretien.....	5
2.3	Population étudiée.....	5
2.4	Recueil des données.....	7
2.5	Méthodologie d'analyse des données.....	8
3	Résultats.....	10
3.1	Ressenti des internes en général : sur eux-mêmes, sur le travail collectif, sur le travail de thèse.....	10
3.1.1	Intérêts du travail collectif en général.....	10
3.1.2	Le travail de thèse.....	13
3.1.3	La collaboration entre les internes.....	14
3.1.4	La collaboration des internes avec les autres professionnels de santé dans le cadre de la recherche.....	15
3.1.5	La collaboration dans la pratique médicale.....	18
3.2	Ressenti des internes sur le projet en lui-même.....	20
3.2.1	Facteurs ayant motivé le choix du projet de thèse.....	21
3.2.2	La préparation du projet.....	22

3.2.3	La répartition du travail.....	25
3.2.4	Le déroulement du recueil.....	28
3.2.5	La communication au sein de l'équipe du projet Laroche	30
3.2.6	Appartenance au collectif	34
3.2.7	Exigences et contraintes du projet	36
3.2.8	Difficultés et écueils rencontrés dans le projet	38
3.2.9	Encadrement du projet.....	40
3.2.10	Impact du projet Laroche	42
3.3	Synthèse heuristique des principaux résultats.....	46
4	Discussion	47
4.1	Méthode.....	47
4.2	Analyse des résultats.....	49
4.2.1	Le travail collectif.....	49
4.2.2	La communication	49
4.2.3	La contrainte et l'opportunité	50
4.2.4	Importance de la relation interpersonnelle dans la collaboration.....	51
4.2.5	L'intelligence collective.....	52
4.2.6	Pistes d'amélioration	52
5	Conclusion.....	53
	ANNEXE 1 : Protocole simplifié de l'étude Laroche.....	54
	ANNEXE 2 : Courrier destiné aux médecins et pharmaciens de l'EHPAD	57

ANNEXE 3 : Avis du CNIL concernant le projet Laroche	58
ANNEXE 4 : Guide d'entretien initial.....	61
ANNEXE 5 : Guide d'entretien final	63
ANNEXE 6 : Evaluation de la thèse par les critères COREQ	65
BIBLIOGRAPHIE	73

1 Introduction

1.1 Genèse du projet

Les problématiques liées à la iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées sont hélas monnaie courante, notamment avec les psychotropes (1) avec des effets indésirables parfois à la fois graves et évitables (2). Des médicaments prescrits chez des personnes âgées fragiles, avec souvent une clairance rénale réduite (3), peuvent être la source de nombreux effets indésirables, et ce d'autant plus que ces personnes âgées parfois polyopathologiques sont également bien souvent polymédiquées, potentiellement avec des médicaments reconnus comme inappropriés chez les personnes âgées (4), entraînant des risques d'erreurs médicamenteuses, d'effets indésirables, d'interactions médicamenteuses (5) et de mauvaise observance. L'étude de ML Laroche (6) a permis la publication d'une liste de médicaments potentiellement inappropriés chez les personnes âgées. Ces médicaments sont encore largement prescrits (7) et sources de nombreux effets indésirables dans une population fragile.

Un vaste travail de recherche mené dans 9 EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) des Hauts-de-France par un collectif d'internes de MG (médecine générale) a cherché à étudier l'impact de ces médicaments et le rôle des médecins dans leur prescription et des pharmaciens dans leur dispensation. Le but étant de proposer des pistes d'amélioration et permettre une évolution de leurs pratiques. Le projet Laroche, mené par les Professeurs Jean-Marc Lefebvre et Denis Deleplanque du Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de l'Université de Lille, rassemblait initialement 21 internes de MG. Chaque interne s'était vu attribuer une question de recherche bien précise (description de la cohorte, corrélation entre prescription des psychotropes et survenue d'événements indésirables, mise en place de la conciliation

médicamenteuse auprès des médecins et des pharmaciens, etc). Deux recueils de données portant sur près de 900 dossiers de patients résidents d'EHPAD ont eu lieu au cours de l'été 2017 puis de l'hiver 2018. L'ensemble des internes du projet Laroche a participé aux recueils. Les internes avaient été répartis sur les EHPAD par binôme, après tirage au sort manuel (certaines EHPAD étant plus éloignées et/ou plus chargées). Au premier recueil des données en EHPAD, la liste de ML Laroche accompagnée d'un courrier explicatif (reprenant le principe du projet et la définition de la conciliation médicamenteuse selon la HAS) a été remise aux médecins prescripteurs et aux pharmaciens, avec pour objectif d'obtenir une diminution des prescriptions inappropriées aux personnes âgées lors du second recueil six mois plus tard, et d'inciter pharmaciens et médecins prescripteurs à instaurer la conciliation médicamenteuse, selon les recommandations de la HAS (8). Le protocole simplifié de l'étude est disponible en annexe.

Dans un second temps, un projet ancillaire portant sur la consommation d'alcool des personnes âgées en EHPAD a vu le jour (projet ancillaire OH), rassemblant 3 internes de médecine générale pour une étude rétrospective sur certains dossiers de patients ayant été étudiés au cours du projet Laroche (sans utiliser toutefois les recueils de données des internes du projet Laroche).

1.2 Un travail collaboratif original

« La seule voie qui offre quelque espoir d'un avenir meilleur pour toute l'humanité est celle de la coopération et du partenariat »

(Kofi Annan, secrétaire général de l'ONU) (9)

Une telle étude a nécessité une collaboration active et efficace entre les différents acteurs de ce travail de recherche afin d'aboutir à un résultat coordonné. La collaboration

s'est faite de manière essentiellement virtuelle, les internes ayant travaillé en binôme pour le recueil après une réunion collective initiale de cadrage, puis individuellement pour répondre à leur propre question de recherche. La collaboration s'est construite au sein du collectif de façon dématérialisée, grâce aux outils technologiques de communication (échanges de mails, téléphone, etc).

Cette configuration d'un collectif amené à travailler ensemble malgré un éloignement géographique se retrouve dans de nombreux domaines professionnels du monde du travail, lorsque des équipes d'un même groupe (ou de groupes différents) basées sur des établissements géographiquement éloignés sont amenées à travailler ensemble sur des projets communs, afin de répondre à un besoin particulier pouvant nécessiter de rassembler des compétences spécifiques, pour suivre les exigences du marché par exemple. Se pose alors la question des technologies numériques pouvant permettre une telle collaboration, ainsi que le défi de faire travailler efficacement des collaborateurs pouvant être d'horizons professionnels et culturels variés. Vacherand-Revel parle alors de coopération médiatisée des équipes (10).

Par la collaboration, les intelligences individuelles de chacun des membres participent à l'élaboration d'une intelligence collective qui permettra *in fine* de résoudre une problématique complexe. Greselle propose une définition de l'intelligence collective comme « l'ensemble des capacités de compréhension, de réflexion, de décision et d'action d'un collectif de travail restreint issu de l'interaction entre ses membres et mis en œuvre pour faire face à une situation donnée présente ou à venir complexe » (9)

La construction d'une intelligence collective au sein d'un groupe de travail est une problématique essentielle à la fois dans un monde du travail extrêmement concurrentiel, et dans le monde du soin et de la recherche. Le médecin généraliste comme le médecin du

travail ne peuvent assurer seuls la prise en charge du patient et, dans l'intérêt de celui-ci, doivent faire appel à un certain nombre d'intervenants. L'univers médical étant pour le moins vaste, afin d'apporter des réponses exactes et précises à une question donnée (qu'elle soit clinique ou expérimentale), le médecin comme le chercheur se doit d'apprendre à collaborer avec d'autres.

Le travail de recherche mené au travers du projet Laroche, à travers le collectif des internes le constituant, était l'occasion d'étudier *in vivo* la méthodologie du travail collaboratif, d'explorer le vécu de la participation des membres de ce collectif, afin d'essayer d'en dégager les freins éventuels et les pistes d'amélioration, par le biais d'une démarche qualitative.

« Qu'il faille que le souverain soit plutôt la masse que la minorité des meilleurs semblerait résoudre la question, et, malgré des difficultés, offrir une part de vérité. Il est possible en effet que la majorité, dont chaque membre n'est pas vertueux, réunie toute ensemble soit meilleure que l'élite, non pas séparément mais collectivement, de même que les repas à frais communs sont meilleurs que ceux qui sont organisés sur la dépense d'un seul. Étant donné qu'ils sont nombreux, chacun détient une part de vertu et de sagesse, et, de cette réunion, la masse devient comme un seul homme, à plusieurs pieds et plusieurs mains, et pourvu de plusieurs sensations, et il en va de même pour son caractère et son intelligence. » Aristote (11)

2 Matériel et méthode

2.1 Choix du type d'étude

Notre objectif étant d'étudier le vécu de la participation des juniors du projet Laroche afin de déterminer les aspects positifs et négatifs de ce travail collaboratif et d'en dégager des pistes d'amélioration éventuelles, la méthode qualitative était la plus appropriée, de par son caractère exploratoire.

2.2 Le guide d'entretien

Un guide d'entretien élaboré au préalable permettait de fournir un cadre aux focus groups puis aux entretiens semi-dirigés, parfois complété au cours des différents entretiens selon les réponses des informateurs. Il propose des pistes de réflexion et de discussion, tout en étant ouvert et modulable au fil de la discussion avec le ou les informateur(s). Le guide d'entretien mis au point initialement a été modifié et enrichi après chaque entretien. Le modèle initial ainsi que le modèle final sont présentés en annexe.

2.3 Population étudiée

Notre travail portant sur la méthodologie collective des internes du projet Laroche, la population d'étude s'est imposée d'elle-même. Nous avons pu interroger 16 internes au total (13 dans les focus groups, et 3 dans les entretiens semi-dirigés), sur les 21 internes initialement présents dans le projet Laroche.

Il s'agit d'internes de médecine générale (IMG), de jeunes remplaçants de médecine générale (RMG), ou de médecins généralistes en activité salariée (SMG). Les caractéristiques des internes du projet Laroche sont présentées dans les tableaux ci-dessous. Précisons néanmoins que les internes des focus groups (FG) étaient tous membres actifs du projet Laroche, tandis que dans les entretiens semi-dirigés (ED), l'interne

du premier entretien semi-dirigé (ED 1) était rattachée au projet ancillaire OH, et les internes des 2^e et 3^e entretiens semi-dirigés (ED 2 et ED 3) avaient quitté le projet Laroche pour poursuivre d'autres projets de thèse après avoir participé aux 2 recueils quantitatifs.

L'interne du projet ancillaire OH a été interrogée sans que l'investigateur soit au courant qu'il s'agissait d'un projet ancillaire non directement lié au projet Laroche avant l'entretien. Les autres internes de ce projet n'ont donc pas été interrogés puisque ne faisant pas à proprement parler partie du collectif d'internes du projet Laroche. Néanmoins, les informations recueillies lors de cet entretien ont été confirmées par les deux autres entretiens ; nous avons donc intégré cet entretien dans l'analyse.

Tableau 1 : Caractéristiques des internes du focus group 1

	Genre	Age	Fonction
Interne 1	Femme	27	IMG
Interne 2	Femme	26	IMG
Interne 3	Femme	26	IMG
Interne 4	Femme	30	RMG
Interne 5	Femme	27	IMG
Interne 6	Femme	27	RMG
Interne 7	Femme	30	RMG

Tableau 2 : Caractéristiques des internes du focus group 2

	Genre	Age	Fonction
Interne 1	Homme	27	IMG
Interne 2	Homme	26	IMG
Interne 3	Homme	28	RMG
Interne 4	Homme	31	RMG
Interne 5	Femme	27	RMG
Interne 6	Femme	27	IMG

Tableau 3 : Caractéristiques des internes des entretiens semi-dirigés

	Genre	Age	Fonction
ED 1	Femme	27	IMG
ED 2	Femme	29	RMG
ED 3	Femme	29	SMG

2.4 Recueil des données

Deux focus groups, le premier ayant réuni 7 participants et le deuxième 6, animés par le Professeur Jean-Marc Lefebvre (une interne de médecine du travail ayant assisté en qualité d'observatrice), ont permis d'étudier la dynamique de groupe et les interactions entre

les internes. Ces focus groups ont eu lieu en juin et juillet 2018 dans une salle de réunion du Pôle Formation de la Faculté de Médecine Henri Warembourg. La durée des focus groups est comprise entre 60 et 80 minutes.

Trois entretiens semi-dirigés ont permis de recueillir des informations complémentaires, notamment concernant des points qui avaient été entrevus lors des focus groups sans avoir pu être abordés officiellement dans le cadre collectif (notamment concernant les écueils du projet). Ces entretiens ont eu lieu entre septembre et novembre 2018. La durée des entretiens semi-dirigés est comprise entre 45 et 80 minutes.

Tous les entretiens collectifs et individuels ont été enregistrés (sur accord des informateurs) à l'aide d'un dictaphone (H1 Zoom) et d'un enregistreur vocal de smartphone (Huawei Honor 8) par mesure de prudence. Ces enregistrements audios ont ensuite été retranscrits mot pour mot, manuellement, sur le logiciel Word, pour analyse des verbatim. L'intégralité des verbatims est disponible sur clé USB, accompagnés des tableaux d'anonymisation.

2.5 Méthodologie d'analyse des données

La méthode d'analyse retenue comme étant la plus appropriée à la problématique étudiée est une approche inspirée de la théorisation ancrée. Le concept de théorisation ancrée a été développé par les sociologues Glaser et Strauss en 1967. Cette approche est « *idéale pour l'étude des processus, l'explication de comportements humains face à telle ou telle problématique [...] Par son potentiel de conceptualisation, la théorisation ancrée permet de rendre explicites et compréhensibles les grands thèmes dégagés par l'analyse des entretiens, et de les mettre en relation.* » (12)

Un travail préalable d'immersion dans le matériel de recherche et de mise à distance des a priori de recherche a été effectué sur le premier focus group, par le biais d'une lecture flottante (faire émerger les grands thèmes abordés), d'un travail de micro-analyse épisode par épisode, puis ligne à ligne, puis mot à mot (ce dernier ayant été effectué à l'aide de deux personnes extérieures au monde médical afin d'élargir les points de vue), en reprenant les conseils méthodologiques énoncés par Christophe Lejeune dans son Manuel d'introduction à la recherche qualitative (13). Les travaux de micro-analyse sont disponibles sur clé USB.

Le codage des verbatim a ensuite été effectué au fil de l'eau, à l'aide du logiciel QSR NVIVO 11 et 12 ®. La triangulation des données a été assurée par une autre interne du projet Laroche.

3 Résultats

3.1 Ressenti des internes en général : sur eux-mêmes, sur le travail collectif, sur le travail de thèse

3.1.1 Intérêts du travail collectif en général

Améliorer la puissance d'une recherche ensemble

Le grand intérêt d'un travail collectif selon les différents internes interrogés (redit au travers de tous les entretiens groupés et individuels) est de pouvoir avoir davantage de puissance que dans une recherche individuelle, en répartissant les tâches et en recueillant davantage de données.

ED 3 : *Parce qu'honnêtement, le fait d'être à plein c'est, c'est bien, parce que on est à 18, euh... à recueillir des données, on peut faire beaucoup plus de recueil de données, on peut arriver, on était arrivés à neuf maisons de retraite, ce qui permettait d'avoir quand même une puissance statistique bien plus importante que ce qu'on aurait pu avoir tout seul quoi.*

Vivre une aventure humaine

Participer à un travail collectif est l'occasion, pour certains tout du moins, de faire des rencontres enrichissantes et de vivre une aventure humaine.

FG 1 (Interne 7) : *voilà, c'était aussi un, enfin euh, humain parce que on était pas tout seul dans cette euh, dans cette aventure*

Avoir des objectifs grâce au collectif

Travailler au sein d'un collectif nécessite de fixer des objectifs de groupe, ce qui permet à chaque individu de bénéficier d'objectifs concrets à atteindre.

FG 1 (Interne 1) : [...] moi je trouvais que l'idée d'un projet commun pouvait être intéressant pour la dynamique c'est-à-dire [...] qu'en termes de délais on se fixe des... enfin à telle date il faut avoir fait ça, à telle date il faut avoir fait ça, que tout seul peut-être on se laisse un petit peu euh, porter et que dans un esprit euh, commun euh, on se force à, à parfois se dépasser ou en tous cas à se motiver pour ne pas faire traîner le groupe [...]

Apprécier le travail de groupe

Plusieurs internes ont pu faire part de leur appétence, innée ou acquise, pour le travail de groupe en tant que tel.

FG 1 (Interne 1) : enfin, ça me plaît aussi de travailler en groupe plutôt que chacun dans son coin.

Se motiver mutuellement

Travailler avec d'autres permet de se soutenir les uns les autres et de se motiver mutuellement.

ED 2 : Ouais, ça c'était un, c'était plutôt bien, parce que bon, c'est pas facile une thèse, enfin on n'a pas vraiment de formation pour ça, on sait que c'est un gros travail, donc euh, un travail de groupe on se dit bah oui, c'est bien, on pourra en plus s'entraider, euh... enfin se motiver les uns les autres,

S'appuyer sur les autres

Travailler en groupe permet de pouvoir s'appuyer sur les autres pour avancer, par le biais du partage d'informations et de l'entraide, en prenant du recul sur son travail grâce à l'échange.

ED 2 : Après, bah c'est pareil, c'est... l'intérêt, c'est de pouvoir s'entraider, pouvoir compter les uns sur les autres si y'avait des soucis des choses comme ça.

Se sentir rassuré par le collectif

Travailler au sein d'un collectif est vécu comme un facteur protecteur et rassurant par les internes du projet Laroche.

ED 1 : *Et puis après euh, la réassurance bah, quand euh, quand il y a des choses qu'on, qu'on... qu'on ne réussit pas, des données qu'on, qu'on, qu'on n'a pas réussi à récupérer, des doutes sur le projet euh... je pense que ça permet euh de se réassurer et... et... et c'est quand même bien mieux ouais de, de pas être tout seul, pour une thèse, parce que je pensais pas que c'était aussi fastidieux (rire), et aussi stressant (rire),*

Se serrer les coudes

Travailler sur un même projet avec d'autres ouvre l'opportunité de pouvoir se serrer les coudes et se soutenir dans l'adversité afin de faire face aux difficultés (information apportée par les entretiens individuels).

ED 3 : *C'est pas... facile. Mais bon, si, peut-être que, au moins, le fait d'être ensemble, ça permet de se soutenir dans l'adversité quoi, c'est que euh... on n'est pas les seuls euh... tu vois, t'es, t'aurais vite fait de te dire « Mon Dieu, mais c'est vraiment, c'est vraiment horrible ce que je vis », etc, mais au moins voilà, là t'es pas, t'es pas tout seul, tu, tu peux te serrer les coudes et... et essayer de faire avancer un peu les choses ensemble, et... [...] le fait de pas se retrouver euh, seul au monde euh c'est... dans la difficulté c'est, c'est plutôt positif oui.*

3.1.2 Le travail de thèse

Garder espoir sur le succès de sa thèse

Dans les entretiens, les internes ont pu faire part de leurs incertitudes et de leurs espoirs : le travail de thèse est parfois vécu comme un chemin semé d'embûches sur lequel il faut savoir garder espoir malgré les difficultés.

ED 1 : « *Bah si c'était à refaire je pense que je ferais comme ça quand même (rire). Parce que, pour l'instant j'ai... encore rien écrit, et rien soutenu, mais (rire)... j'espère que... que ça se passera bien le jour de ma soutenance, [...] comme c'est des gens qui ont l'expérience des thèses, bah ce, voilà, ce sera... ce sera une thèse qui sera quand même euh... valable, et que ça se passera bien le jour de la soutenance* ».

Manque d'appui ressenti par les internes

Les internes ont fait part de la difficulté de susciter l'adhésion des médecins au projet et d'obtenir leurs réponses (pourtant nécessaires) ; d'après les internes, les médecins ne sont pas forcément très souteneurs pour les projets de recherche en général.

FG 1 (Interne 2) : *[...] je ne suis pas certaine qu'ils se sentaient forcément concernés en tous cas par ce... bah par ce projet, même s'ils ont été très facilitants, mais euh... effectivement je suis pas certaine que euh... enfin pas que ça les intéressaient mais... ouais. Que... ils avaient pas forcément conscience de, de toute l'ampleur que ça pouvait prendre.*

C'est une expérience dans l'univers de la recherche

Le travail de recherche effectué pour la thèse constitue pour certains leur première et unique expérience dans le monde de la recherche.

ED 1 : *je pense que c'est pas mal de partager ça avec euh, avec euh, des... des gens qui sont euh... comme toi, en train d'écrire pour la première fois de leur vie leur première thèse, et probablement peut-être la seule, on ne sait pas (rires).*

3.1.3 La collaboration entre les internes

Composer avec les différents fonctionnements des uns et des autres

Travailler avec d'autres pose le défi d'accueillir les différences de personnalité et de mode de fonctionnement des uns et des autres.

ED 2 : *Mais euh oui, c'est, dans dans le principe c'est intéressant, c'est bien, maintenant il faut que tout le monde soit d'accord et que tout le monde fonctionne un peu de la même façon, ce qui est pas toujours évident, parce qu'on a chacun nos façons de fonctionner euh, qui nous sont propres quoi.*

S'entraider

Le travail collectif ouvre la possibilité de l'entraide, qui permet de faire face aux éventuelles inégalités de charge de travail.

FG 1 (Interne 2) : *Euh effectivement euh... c'était initialement pas très équitable au sens où il y a des EHPAD qui étaient un peu plus éloignées, mais euh... pour ma part j'ai eu la chance de pouvoir avoir un logiciel accessible chez moi qui m'a permis de faire le recueil du coup beaucoup plus facilement, euh, et c'est la raison pour laquelle je m'étais proposée euh pour le second recueil d'aider un autre binôme.*

Avoir parfois l'impression de travailler en parallèle et non collectivement

Un regret formulé à plusieurs reprises au cours des différents entretiens par les internes du projet Laroche est le manque de cohésion du groupe, avec un sentiment fragile d'appartenance à un collectif. Plusieurs internes ont pu faire part de leur impression d'avoir

travaillé collectivement avec leur binôme mais pas forcément avec le reste du groupe, d'une part par un manque de communication, et d'autre part par le simple fait de ne pas connaître les autres et leurs sujets.

FG 2 (Interne 3) : *Mais après... on communique pas trop sur euh, je pense pas que vous connaissez par exemple mon sujet euh, ou que je vous ai posé les questions par rapport à ça, euh... c'est plus faire confiance dans le recueil de données.*

3.1.4 La collaboration des internes avec les autres professionnels de santé dans le cadre de la recherche

Les médecins et les professionnels de santé parfois peu impliqués dans la recherche

Les juniors du projet Laroche déplorent le manque d'intérêt des médecins pour le projet de recherche, en formulant plusieurs hypothèses pour expliquer ce phénomène : d'une part, un emploi du temps trop chargé qui ne laisse plus de place pour les travaux de recherche ; d'autre part un désintérêt pour le monde de la recherche universitaire (ayant noté que les médecins les plus intéressés sont souvent ceux qui gardent un pied dans le monde universitaire notamment en étant maître de stage) ; et enfin, un hiatus générationnel (les médecins plus jeunes étant généralement plus intéressés par la recherche que leurs aînés).

FG 1

- Interne 1 : *Donc euh, on a, on n'en est pas encore au harcèlement, mais [...] c'est fastidieux d'aller sans arrêt les... les relancer euh... on a c'est vrai souvent l'impression de, de déranger, et malgré tout on... on aimerait aboutir à notre euh... enfin voilà, à finaliser notre projet, donc euh, pour nous c'est fastidieux, pour eux j'entends très bien que ils ont pas forcément le temps, ou qu'ils sont pas intéressés.*

- Interne 3 : *je pense que les médecins qui répondent... plus facilement, en tous cas, ou qui sont plus accessibles, sont quand même majoritairement des médecins qui restent dans le corps de la fac, avec des étudiants, parce que, parce qu'ils savent, ils sont... sur la même euh, pas longueur d'onde que nous, mais ils savent comment ça se passe encore je pense.*

FG 2 (Interne 4) : *Moi je faisais plus une différence, dans mon ressenti hein, de l'écoute des médecins jeunes, qui étaient plus intéressés par rapport aux médecins plus âgés. Maîtres de stage ou pas, je ne sais pas.*

Les professionnels de santé au sens plus large ne donnent pas non plus l'impression d'avoir à cœur de soutenir la recherche.

FG 1 (Interne 5, en parlant des professionnels de santé rencontrés dans les EHPAD) : *Je pense qu'ils étaient pas complètement conscients de l'enjeu de, du travail. C'est vrai qu'ils, ils étaient là pour nous faciliter, enfin je veux dire ils étaient, complètement euh, d'accord avec nous de faire ce travail, mais après est-ce qu'ils se sont intéressés au cœur du projet en lui-même, je pense pas que toute l'équipe l'ait fait. Je pense que... le médecin coordinateur, la cadre oui, pour ma part, mais après le reste de l'équipe ont été facilitants mais ils s'intéressaient pas forcément au projet en lui-même.*

Ce désintérêt apparent pouvait toutefois disparaître lorsque les internes avaient l'occasion de discuter avec les différents acteurs de l'EHPAD et de leur expliquer plus en profondeur le projet.

FG 1 (Interne 6) : *Mais sinon on en a quand même accroché 2-3 qui étaient sincèrement euh, intéressés par le projet, je pense qu'une fois qu'on arrivait à, à en discuter avec eux ils, ils étaient plutôt partants, et c'est... On n'a pas réussi à avoir beaucoup de... de personnes qui adhèrent sur le papier, puisque, ils avaient, y'avait pas de casiers pour les*

médecins dédiés tout ça donc c'était des feuilles qui étaient un peu laissées euh, comme ça, et... Par contre quand on les accrochait ils étaient plutôt partants pour euh, pour le projet.

Désintérêt des médecins versus intérêt des pharmaciens

Les internes ont souligné un contraste entre le manque d'intérêt manifesté par les médecins et a contrario l'intérêt des pharmaciens pour le projet de recherche.

FG 1

- Interne 1 (en parlant des médecins) : *Euh, pour en avoir croisé quelques-uns, je dirais croisé pas rencontré puisque c'était... furtif (rires), euh... je, j'ai tenté de les (toux) de les accrocher et de leur signaler le... le l'existence du projet, en général ils disaient « Oui oui j'ai vu le, le truc passer », quand j'essayais de, d'approfondir un petit peu ils ont dit « Oui oui j'ai lu j'ai lu j'ai lu », et puis voilà... enfin je pense qu'ils étaient assez fuyants, euh je sais pas de peur qu'on les accroche trop longtemps ou... voilà. Pour certains ils avaient signé la feuille d'émargement, euh, alors que le, la notice explicative de la thèse était encore dans leurs casiers, donc euh voilà, je... je sais pas si le message est passé auprès de tous, et le contact m'a semblé euh, difficile.*
- Interne 2 (en parlant des pharmaciens) : *Moi je... enfin, mon binôme et moi l'avons rencontré le jour où nous étions allées nous présenter, puisque c'est juste au pied de, au pied de l'EHPAD, euh... il était euh, surpris et très emballé par le projet, en nous disant que euh... lui il... entre guillemets il ne rêve que de ça qu'il y ait une conciliation qui se fasse entre les médecins et les pharmaciens.*

Soutenir la recherche

Les internes mettaient en regard de ce désintérêt apparent des médecins avec leur propre implication pour soutenir les thèses de leurs confrères, au nom de la solidarité.

FG 1 (Interne 1) : *Donc en tant que junior euh, c'est vrai que moi quand on me sollicite du coup pour des autres thèses, euh je... je suis solidaire (rire) c'est-à-dire que j'essaie de répondre...*

Bénéficiaire de soutiens inattendus

Bien que l'intérêt des professionnels de santé pour la recherche soit remis en cause par les internes, ces derniers leur sont reconnaissants pour leur aide lors du recueil dans les EHPAD, qui a été un facteur facilitant pour nombre d'entre eux.

FG 1 (Interne 3) : *mais dans tous les cas après on peut s'aider d'autres aides que le dossier médical, on allait demander à l'infirmière, et les infirmières c'est des informations qu'elles savent, elles connaissent leurs résidents par cœur, donc ça ça nous a quand même aidés.*

3.1.5 La collaboration dans la pratique médicale

Collaborer dans l'intérêt du patient

Le médecin généraliste est amené à collaborer avec d'autres professionnels de santé (médecins spécialistes et paramédicaux), dans l'intérêt du patient.

ED 2 : *Donc, pour moi ça fait, enfin c'est vraiment ça fait partie de notre métier quoi, on peut pas envisager la médecine sans collaboration, c'est impossible, on... enfin travailler tout seul dans son coin, je pense que c'est délétère pour le patient, ça c'est certain.*

S'appuyer sur les compétences des autres pour sa pratique professionnelle

La collaboration permet de mobiliser différentes compétences émanant de plusieurs professionnels de santé, toujours dans l'intérêt du patient.

ED 1 : *Tu fais ça pour, pour ton patient, par exemple en maison de santé je pense que, vaut mieux euh, enfin je pense que même si euh, l'infirmière euh, le podologue, le kiné, et le médecin, euh... n'interagissent pas forcément directement euh, entre eux, enfin pas*

directement sur la conduite euh, de l'un, des uns et des autres, euh l'intérêt c'est quand même celui du patient effectivement et... et le but est commun.

...Tout en travaillant plutôt seul en tant que médecin

Néanmoins le médecin généraliste travaille plutôt seul et prend ses décisions de manière individuelle.

ED 3 : *Bah... après c'est vrai que moi du coup là je travaille actuellement en, en salariat avec euh, et je suis avec d'autres collègues hein, je suis... parce qu'on travaille pas forcément ensemble mais on... on se croise, euh très régulièrement, [...] c'est, c'est le fait de se, de... d'être ensemble, de travailler ensemble, qui est la rigueur être euh, est similaire, dans le concept de faire... faire parfois des concessions, ou d'arrondir un peu les angles, etc, mais ça c'est en règle générale, c'est vivre ensemble...*

S'adapter pour collaborer

Collaborer nécessite de savoir faire preuve de capacité d'adaptation.

FG 1 (Interne 3) : *En travail collectif, c'est pareil qu'avec les patients, pour moi c'est l'adaptation qui, qui prime. [A : Seulement avec les patients ?] Non pas qu'avec les patients en... même avec euh bah, en hospitalier avec l'équipe, ou même en libéral avec les confrères ou... ou autre, mais je trouve que s'adapter c'est ce qui... c'est important.*

Contourner les professionnels réticents à collaborer

Certaines personnes sont néanmoins réfractaires à la collaboration : dans ce cas, il faut savoir s'entourer de personnes avec qui la collaboration est possible.

ED 2 : *Après ça c'est vrai qu'on est... à partir du moment où on doit communiquer avec quelqu'un d'autre, ça dépend aussi euh... bah de la personne de la façon dont elle va prendre la chose hein, c'est pas toujours évident, y'a des, y'aura toujours des, euh... des*

personnes qui voudront pas avoir euh un avis extérieur, même si, enfin... ça c'est toujours comme ça, y'a des médecins qui aiment pas avoir des appels de pharmaciens, et inversement des pharmaciens qui veulent pas être appelés par des médecins, enfin, ça, ça je pense que c'est un réseau qu'il faut se créer avec des personnes qui ont la même façon de voir les choses que nous, et puis petit à petit euh, on fait comme ça, mais, c'est pas toujours évident hein.

Leçons du projet pas forcément vécues comme extrapolables à la pratique future

Le travail effectué lors du projet Laroche, bien que collaboratif, n'est pas toujours vécu comme transposable à l'exercice futur des internes, car différent.

ED 3 : Le travail de thèse qu'on a fait, le recueil de données bon, euh... enfin je sais pas, j'ai du mal à... je, je pense que c'est... oui, c'est ça, ça ressemble, à une collaboration, mais... pas vraiment, parce que, dans... dans, quand tu fais une collaboration médicale euh... dans ton travail de suivi de ton patient, euh... t'as beaucoup plus de, de... de responsabilité, de réflexion, etc. Dans ton recueil de données, bon bah c'est pas, c'est pas pareil quoi, c'est quand même plus de l'ordre de l'organisation, de savoir s'organiser ensemble, de savoir travailler ensemble, mais c'est pas, ça mobilise pas la même compétence et le même euh, savoir euh... faire, et du coup euh... c'est plus de, voilà, de l'organisation et d'être ensemble, mais ça euh... oui, en soi, ça, ça s'y rapproche, mais... ça mobilise pas quand même les mêmes euh... pour moi ça mobilise pas exactement les mêmes choses quoi.

3.2 Ressenti des internes sur le projet en lui-même

3.2.1 Facteurs ayant motivé le choix du projet de thèse

Choisir le projet selon ses affinités

Certains internes ont choisi le projet car il correspondait effectivement à un intérêt antérieur pour le sujet.

FG 2 (Interne 5) : *ce serait mon attrait pour la gériatrie, et le fait que le, le sujet m'intéressait euh beaucoup, euh... pour un sujet de thèse à passer.*

Intégrer le projet pour les directeurs de thèse

D'autres avaient déjà rencontré les directeurs de thèse par le passé et avaient connaissance de leur expérience solide dans le monde de la recherche en générale et des thèses d'exercice en particulier.

FG 2 (Interne 1) : *d'avoir aussi un, des directeurs de thèse qui sont euh... bah qui sont impliqués dans la faculté, et qui ont des, des... qui ont déjà fait plusieurs projets euh... de recherche, euh... et bah moi, personnellement, ça m'a... ça m'a rassuré, ça m'a donné envie de, de travailler euh, de travailler avec eux, de travailler comme ça.*

Participer à un projet original et différent

Le projet Laroche présentait l'originalité d'un travail collectif (avec les intérêts mentionnés précédemment) tout en fournissant à chacun des internes un sujet individuel, ce qui était également un facteur d'intérêt pour les internes.

FG 1 (Interne 1) : *l'idée que euh, que chacun ait SA question, euh que sur une thématique commune chacun ait un axe un peu euh, personnel euh, m'a... m'a plu également.*

Rejoindre le projet par hasard

Certains internes n'avaient pas forcément de motivation particulière pour intégrer le projet, et ont saisi un sujet disponible proposé via le site du CEMG (Collège des Enseignants de Médecine Générale) ou à l'invitation des directeurs de thèse.

ED 2 : Bah en fait c'est, j'ai, j'étais en dernière année euh d'internat, je cherchais un sujet, et j'avoue que je séchais un petit peu à ce moment-là, j'ai été sur le site du CEMG, où ils proposaient des, bah les sujets, c'est comme ça que je suis tombée dessus.

Vivre le projet par obligation ou devoir

Enfin, quelques internes ont avoué en toute sincérité avoir rejoint le projet avec pour motivation essentielle celle de valider la thèse d'exercice obligatoire pour accéder au titre de docteur en médecine.

FG 2 (Interne 5) : Euh, je dirais que premièrement c'était la nécessité de devoir passer ma thèse, puisque j'ai pas euh, d'affinité particulière avec la recherche, à la base, et que si j'avais pu ne pas la passer je pense que je ne l'aurais pas fait, euh...

3.2.2 La préparation du projet

La préparation en amont jugée largement insuffisante

Il est ressorti de façon unanime au travers de tous les entretiens un regret de la part des internes concernant la préparation du recueil jugée insuffisante, avec des écueils méthodologiques et des difficultés de codage secondaires.

ED 3 : je pense que si on avait mieux travaillé sur la méthodo, mieux travaillé sur euh, sur la base du recueil de données, comment est-ce qu'on le fait, comment, qu'est-ce qu'on cherche vraiment comme information, ça aurait pu avoir plus de sens [...] si il y avait eu la... la préparation plus en amont, ça aurait pu être plus intéressant. Et moins frustrant.

...ce qui en a fait déchanter certains

Ces écueils méthodologiques liées au manque de préparation ont pu générer de l'anxiété et du ressentiment de la part des internes qui ont perdu espoir dans le projet (à noter que ces difficultés consécutives à ce manque de préparation n'ont été abordées que dans les entretiens individuels et pas dans les focus groups).

ED 3 : *Parce que je trouve pas ça réglo, que... tu vois, qu'on se rende compte euh quand même, un an après le premier... le premier recueil de données, que, bah c'était pas comme ça qu'il fallait s'y prendre. Enfin je suis désolée, quand tu fais un recueil de données c'est la base, tu sais, tu veux d'abord savoir ce que toi, tu veux en sortir, en fait, quelle question tu poses, tu fais pas un recueil de données au pif, en te disant après, ben, je vais essayer de voir si ça répond à ma question, normalement t'es censé mettre ça en a... en avant, d'abord te dire « voilà, quelles sont mes questions, qu'est-ce que j'ai besoin comme données pour y répondre, comment est-ce que je fais mon recueil » [...] Bah pour moi ça a été un peu euh, aberrant quoi, je me suis dit « ben purée, j'ai bien fait de partir quoi », parce que je pense qu'on... la thèse on la verra pas aboutir d'ici euh... d'ici peu quoi.*

Subir un projet inadapté sans pouvoir réellement changer les choses

Un élément qui est revenu avec force dans les entretiens individuels est que les internes ne se sont pas sentis suffisamment partie prenante de l'élaboration du projet, et se sont parfois sentis plus exécutants qu'acteurs à part entière, générant ainsi un sentiment d'impuissance lorsque les difficultés ont émergé. Les internes qui ont exprimé ceci ont néanmoins fait preuve d'auto-critique en regrettant de ne pas avoir été suffisamment proactifs face aux difficultés.

ED 2 : *J'avais plus l'impression qu'on était, voilà on était euh dirigés par les directeurs de thèse, c'était comme ça comme ça comme ça, et au final on a pas forcément réfléchi sur la*

façon de faire, puisque, enfin j'ai l'impression qu'on a suivi un petit peu tous euh... les directeurs de thèse, sans réfléchir vraiment au problème quoi. C'est c'est, le problème des sujets un peu tout faits comme ça, où tout nous est un petit peu euh, mâché, et du coup on prend pas le temps forcément de réfléchir euh, par nous-mêmes.

Le recueil s'en est trouvé disparate

Selon les internes, le manque de préparation a conduit à des incertitudes sur la manière de recueillir les données, ce qui a entraîné une inhomogénéité dans le recueil, liée d'une part à la façon de gérer les données manquantes (recalculer les scores par exemple), et d'autre part à la stratégie de chacun pour pallier les trous du codage.

FG 2 (Interne 5) : *Nous on avait énormément de données manquantes, euh, notamment pour tous les scores, MMS, ADL IADL euh GIR, il fallait tout recalculer, euh, donc euh, en fonction des données qu'on trouvait sur les dossiers papiers euh, des patients, et euh, et donc du coup tout ça, c'est, c'est laissé à la subjectivité, enfin aussi à notre subjectivité, personnelle, et euh... moi c'est ça aussi qui m'a beaucoup perturbée.*

ED 2 : *Exactement, bah d'une personne à l'autre c'est vrai que le ressenti euh, on a, on s'est basés sur le code CISP, qui était pas forcément pour moi le plus pertinent, parce que euh, y'avait beaucoup de maladies qui euh, revenaient de manière récurrente, euh nous enfin je parle, c'est un truc euh, l'insuffisance rénale quoi, enfin, combien de personnes âgées sont insuffisants rénaux, y'avait pas, ce codage. Donc après euh, comment coder euh, voilà, d'une personne à l'autre, on avait pas forcément la même façon, je pense qu'on l'a pas codé de la même façon.*

3.2.3 La répartition du travail

Accepter une inégalité de charge de travail fixée (littéralement) par le hasard

Bien que la répartition du travail entre les internes ait été considérée non équitable, cette inégalité a été globalement perçue comme inévitable et acceptée comme telle par les internes. Pour rappel, la répartition des différentes EHPAD (qui différaient en termes de distance géographique et de nombre de résidents) entre les binômes a été faite par le biais d'un tirage au sort lors de la première réunion.

FG 2 (Interne 1) : *Et puis après il y a aussi l'inconvénient que... bah que dans le travail de groupe forcément chaque personne a... n'a pas euh, égal dans le travail qu'il a à fournir pour le groupe quoi. (silence) Mais bon c'est, c'est les règles du jeu.*

Prendre la main sur la méthodologie

Une suggestion proposée pour lisser ces disparités en termes de répartition des EHPAD était de procéder à une redistribution lors du second recueil (les binômes étant affectés lors du premier recueil à des EHPAD plus proches et moins chargées auraient alors échangé avec un binôme plus éloigné). Cette proposition n'a pas été spécialement plébiscitée par les internes qui ont pu faire part que le second recueil était plus simple puisqu'ils connaissaient l'EHPAD et les moyens de recueillir les données.

FG 2 (Interne 2) : *Bien que, comme je l'ai dit avant, je trouve que j'avais une euh, qu'était loin avec beaucoup de patients et compliquée, euh je... préférerais sur le 2e recueil être dans la même, parce que le fait de connaître les lieux les personnes et le logiciel a permis d'aller beaucoup plus vite.*

Avoir de la chance

Un autre facteur ayant permis de rendre supportable cette répartition inégale du travail était pour certains internes le fait de se sentir bien loti (ce qui naturellement n'incite pas à vouloir modifier la répartition dans ce cas).

ED 2 : Alors c'est vrai que nous on l'a pas trop ressenti, parce qu'on était bon à 45 mn de chez nous, on avait beaucoup de patients mais ça s'est bien... ça s'est bien ficelé, après je comprends que ceux qui étaient sur la côte ou qui avaient euh une heure et demie de route, c'était un peu plus contraignant quoi. Moi je vais dire, j'ai trouvé qu'on était plutôt chanceuses par rapport au tirage au sort.

Compenser les inégalités par l'entraide

Cette inégalité de répartition du travail a pu être partiellement compensée par l'entraide entre binômes, dont certains se sont portés volontaires pour aller prêter main-forte à leurs collègues en difficulté.

ED 3 : Moi j'étais dans un... milieu on va dire donc euh j'ai pas trop à me plaindre, mais pour ceux qui devaient aller loin, là c'était vraiment la galère, et heureusement il y a eu du soutien, et ça j'ai trouvé ça vraiment chouette, une belle initiative.

L'entraide au sein du binôme lui-même a permis également de faire face à cette inégalité (en se rendant disponible pour son binôme d'une part, et en s'arrangeant pour répartir le travail au mieux au sein du binôme).

ED 3 : Et après, j'ai pas eu trop de difficultés, parce que ma binôme elle était euh, assez disponible aussi, que on a réussi à se trouver du temps euh, pour y aller ensemble, et après, elle, on, elle était très conciliante...

Équilibrer la charge de travail

D'autres internes ont aussi manifesté leur sentiment d'injustice face à cette inégalité de répartition du travail (particulièrement ceux qui étaient positionnés sur les EHPAD les plus éloignées, ainsi que les internes travaillant sur des sujets de recherche qualitative qui ont donc fait double recueil, dont un qui ne leur était personnellement d'aucune utilité).

FG 2 (Interne 4) : *Euh, moi je fais partie du groupe sur la thèse euh, qualitative, on va devoir faire des entretiens, un certain nombre d'entretiens semi-dirigés, puis de les taper puis de les coder, ce qui va être une grosse charge de travail, et dans le, recueil de données, j'ai eu aussi l'EHPAD la plus loin, [...] avec euh beaucoup de patients, donc je pense avoir fait beaucoup de recueil de données, notamment plus que certains qui n'auront pas les entretiens à faire... donc je pense que, j'aurais dû y réfléchir au début, quand on a réparti les EHPAD, mais euh, ça ne, on y avait pas pensé. Donc je pense que c'était pas égalitaire.*

Anticiper aurait permis de mieux répartir le travail

Une autre piste d'amélioration suggérée (bien que de façon minoritaire) pour améliorer cette répartition du travail est de procéder à une évaluation de la charge de travail sur chaque EHPAD en amont.

ED 3 : *Bah, comment faire, pour moi ça aurait été euh, de faire des... de, de, déjà, que ils sachent un peu, en amont, combien de personnes il y avait par maison de retraite, parce qu'on avait le nombre d'inscrits, en maison de retraite, mais ça correspondait pas forcément, au nombre de... personnes, qu'on a... [...] et, c'est vrai, que ça ça faisait partie de... du recueil, enfin je veux dire, ça aurait été bien que, on sache un peu à l'avance peut-être qu'il aurait fallu contacter les... coordinateurs de maison de retraite, les médecins co, pour leur demander [...] Déjà on aurait eu un chiffre plus proche de la réalité, et euh... et ensuite, du coup, ça aurait pu être, tout simplement, prendre en compte la distance, prendre en compte*

le nombre de patients à intégrer, et clairement, il y avait des endroits où y'avait euh, 50 patients à intégrer, et c'était à peut-être 20 minutes ou 30 minutes de route, donc à ce moment-là, ces personnes-là, bah les, les rajouter, en plus, leur dire « bah vous allez en plus sur l'autre truc et vous, vous partagez le temps ».

3.2.4 Le déroulement du recueil

Se présenter, expliquer le projet

Préalablement au recueil, les internes ont fait l'effort de se présenter à toute l'équipe de l'EHPAD et de leur expliquer le projet.

FG 1 (Interne 1) : j'avais pris le soin de contacter le médecin coordinateur, et avec lequel nous avons fixé un rendez-vous pour que je me présente à toute l'équipe et que je présente le projet.

S'adapter aux disparités d'archivage et de gestion des dossiers

L'un des éléments ayant pu compliquer le recueil était lié au mode de gestion et d'archivage des dossiers des résidents dans les EHPAD : logiciels informatiques multiples et / ou vétustes, dossiers papiers et/ou informatisés, rangement des dossiers, manque d'information dans les dossiers... A l'inverse, certains modes de gestion ont été facilitants : dossiers entièrement numérisés avec accès au logiciel à distance, etc.

FG 2 (Interne 2) : ouais, et y'avait aussi (rire), y'avait aussi 2 logiciels parce que, dont un qui était très très très ancien, euh... et une partie des dossiers qu'étaient pas euh... pas informatisés, qu'on devait aller rechercher en, en papier, euh, parce que y'avait eu un changement de logiciel euh, au 1er janvier, donc euh, c'était euh... ça c'était un peu compliqué.

Faire face à des complications inattendues avec philosophie

Il a parfois fallu faire face à des complications imprévues : manque d'autorisation pour pouvoir accéder aux dossiers médicaux archivés, perte d'accès au logiciel, changements dans le protocole... Il s'agissait alors pour les internes de trouver des parades pour contourner les difficultés.

ED 2 : Alors en soi, pour les deux, on va dire, pour les patients euh... encore résidents, c'était simple, les dossiers étaient facilement accessibles, c'est surtout les, les archives, qui étaient très compliquées, parce qu'on n'avait pas euh, normalement les, les autorisations quoi.

FG 1 (Interne 5) : Malheureusement jusqu'au dernier recueil où il y a eu un changement de médecin coordonnateur et euh, on avait perdu les identifiants euh, du coup de, pour l'accès au logiciel on, on a juste demandé à ravoir les identifiants, et malheureusement ils ont refusé, enfin la directrice de l'EHPAD a refusé...de nous les... rendre, même si euh, on s'était présentés à elle, qu'elle connaissait le sujet, mais... ça l'a, elle a refusé...

FG 2 (Interne 2) : C'est vrai que, que... avec ma binôme on avait été euh, on avait été assez rapidement en EHPAD pour euh... (toux) parce qu'on avait le temps, et du coup euh... et euh... on voulait, on voulait le faire assez rapidement, et efficacement, et euh, et c'est vrai que euh... qu'après quelques semaines de recueil euh, bah les règles du jeu avaient un petit peu changé, euh... il fallait euh... il fallait euh coder différemment, euh... alors j'ai plus les exemples en tête, mais euh... et donc du coup on a dû euh, on a dû recommencer euh, ce qu'on avait fait.

3.2.5 La communication au sein de l'équipe du projet Laroche

S'aider des moyens technologiques pour communiquer

La nature du collectif de travail du projet Laroche (internes en médecine exerçant dans des lieux de stage différents éloignés géographiquement) impliquait de communiquer de façon dématérialisée (les différents membres travaillant sans se voir les uns les autres pour la majeure partie du temps).

ED 1 : *Alors euh, on s'est vus une fois physiquement, mais finalement la plupart du temps c'est euh au téléphone et par mail. Parce que euh... c'est plus compliqué de se voir physiquement, et puis euh... voilà, maintenant avec les nouvelles technologies c'est quand même facile de communiquer euh.*

Par mail essentiellement

L'essentiel de la communication à la fois entre les internes et avec les directeurs de thèse s'est faite par mail.

FG 1 (Interne 3) : *Y'avait des échanges de mails qui nous permettaient de, d'avoir des réponses.*

Par téléphone de manière plus ponctuelle

Pour des questions plus spécifiques destinées à des personnes en particulier des échanges par téléphone pouvaient être plébiscités.

ED 1 : *quand on veut discuter un petit peu plus longuement sur des choses un petit peu, enfin avoir un petit peu plus de réflexion, c'est plus un appel quoi.*

Utiliser les réseaux sociaux

Un groupe Facebook a été créé par les internes au début du projet pour mettre en commun les informations en temps réel, sans être toutefois pleinement utilisé puisque certains internes ainsi que les directeurs de thèse ne faisaient pas partie de ce groupe.

ED 3 : *on avait fait un groupe Facebook, et c'était a, assez, assez facile, parce que, on avait vraiment les réponses euh, chaque par, enfin... quelqu'un lançait un sujet, et puis euh, toutes les réponses qui étaient sur ce sujet y étaient euh... enfin, c'est un peu comme les mails en fait mais, je trouvais que ça avait une lecture un peu plus facile, bon après moi je suis pas toujours sur Facebook et euh... y'a peut-être des gens qui n'y sont pas, donc c'est peut-être pas... forcément l'outil idéal.*

Manquer de l'outil de communication idéal

La communication était en tous les cas vécue comme imparfaite quel que soit le moyen utilisé, avec notamment au niveau des mails (qui constituaient le principal vecteur de communication) des difficultés pour avoir une communication suivie sans perdre le fil (avec potentiellement des effets de dilution de l'information dans le collectif type « téléphone arabe »)

FG 2 (Interne 2) : *Euh... oui, je rejoins un peu l'avis de, de mes collègues, euh... après il faut pas oublier qu'on est 18 quoi, quand on communique forcément euh, ça devient très compliqué et, on aurait utilisé n'importe quels réseaux sociaux autres que euh, la messagerie mail, enfin ça aurait été aussi très très compliqué, je... par le fonctionnement tout bête d'une messagerie quoi, si... si on suit pas le fil... en temps réel, c'est tout, on est vite perdus quoi, donc euh, je... oui, non les mails c'était bien, après la réactivité ça dépend de chacun, et euh, pareil, faut, faut suivre quoi. Y'a pas de méthode optimale je pense.*

ED 3 : *Et, tu vois par exemple le téléphone je pense pas que ça aurait été une bonne solution, euh, parce que, enfin, si tu peux, tu peux... à moins de faire pareil une conversation de groupe, type WhatsApp, mais, sinon euh... tu vas avoir un échange avec une personne, et puis, si toi t'es, admettons tu demandes quelque chose au directeur de thèse, le directeur de thèse te répond et te dis « ben, communique l'information ». Peut-être tu vas pas le faire, peut-être tu vas oublier, tu vois ça peut arriver à tout le monde, ou tu vas oublier quelqu'un de le communiquer, enfin, surtout qu'il y a vraiment, c'est le téléphone arabe, quoi tout se... se perd, les informations se perdent, se transforment, et euh...*

Difficultés pour avoir des réponses au bon moment

Cette communication dématérialisée ne permettait pas forcément d'avoir des réponses en temps réel lorsque c'était nécessaire, laissant parfois planer des doutes notamment au moment du recueil et générant un sentiment d'isolement.

FG 2 (Interne 3) : *Et sinon les réunions ça permettait d'avoir des informations, mais c'est vrai que quand on se retrouvait dans l'EHPAD pour faire les recueils de données parfois on avait des questions et on était qu'à deux, et pas, les autres n'étaient pas toujours disponibles à l'instant t pour répondre aux questions qu'on se posait.*

Avoir peur de déranger

Un autre facteur qui a pu freiner la communication, particulièrement concernant la communication avec les directeurs de thèse, était la peur de déranger.

ED 1 : *parce que le rapport que tu as avec le directeur de thèse, ou avec euh, les oui, enfin les... les adultes du projet, si je puis dire ça comme ça, euh, est pas le même, enfin, enfin c'est vrai que, moi je... l'impression de les déranger un petit peu avec mes questions tout le temps, et (rires), et puis de voilà...*

Communiquer verticalement et pas transversalement

Les internes ont déploré un manque de communication entre eux, la communication se faisant très majoritairement vers les directeurs de thèse et très peu entre les internes eux-mêmes, avec ensuite un souci au niveau de la redistribution de l'information qui n'était pas toujours partagée de façon effective à l'ensemble du groupe.

ED 2 : Et puis par e-mail, euh la plupart du temps c'était plutôt les directeurs de thèse qui nous envoyaient des informations, et puis après les réponses qui se faisaient étaient pas forcément toujours collectives, [...] Donc euh, oui, c'est dommage, parce que normalement c'est un travail de groupe, donc on aurait dû pouvoir avoir accès à, aux données des uns des autres quoi.

Perdre le fil de la communication : pistes d'amélioration

Une difficulté déjà évoquée plus haut était la difficulté de rester à jour par rapport aux mails, sans perdre le fil (à la fois par rapport à la masse importante d'informations qui pouvait circuler de manière un peu désordonnée et par rapport au fait de rester connecté et de consulter régulièrement ses mails). Des propositions d'amélioration ont été évoquées pour pallier cette difficulté : avoir un « délégué » des internes qui collige les questions et les réponses et rédige des comptes-rendus des réunions, faire des « fils de conversation » au niveau des mails avec un libellé plus précis des sujets de discussion, mettre les informations sur un serveur commun type Drive ou Cloud, et que les directeurs de thèse se concertent pour donner des réponses homogènes.

ED 3 : Après voilà, peut-être aussi le fait d'être euh, d'être un interlocuteur singulier, d'être dans une relation juste avec deux personnes c'est ça, ça facilite aussi la communication. Et euh... peut-être qu'il aurait fallu, je sais pas moi, mais... élire un « délégué » [...] Il aurait fallu qu'ils... ouais, qu'ils soient un peu plus euh... ou alors, soit qu'ils soient plus réactifs,

soit peut-être qu'ils se divisent la tâche, ils étaient deux directeurs de thèse, pourquoi est-ce qu'il y en a pas un qui a dit « ben, je sais pas, je prends la moitié du groupe, et toi l'autre » et du coup déjà on aurait eu peut-être un interlocuteur euh, plus euh... plus disponible, parce que moins surchargé, et après, ils ont l'air de bien se connaître quoi, ils peuvent faire un petit, un petit point de temps en temps, en disant « bah tiens, moi j'ai eu cette question, cette question-ci euh ».

En définitive, le fait d'être aussi nombreux sur un tel projet constitue un facteur d'inertie important à prendre en compte, une communication effective et efficiente dans une telle configuration n'étant pas chose aisée.

ED 2 : je pense que maintenant euh, avec le recul je pense qu'on était peut-être trop nombreux par rapport à un sujet aussi important, ce qui rend finalement plus difficile les échanges parce que, si on doit attendre d'avoir le retour de tout le monde, de mettre tout le monde d'accord pour que le recueil se fasse correctement, bah ça prend du temps, et on a pas forcément le retour de tous.

3.2.6 Appartenance au collectif

Avoir un objectif commun constitue le terreau de l'unité

Le motif même à l'origine de la constitution de ce groupe de travail est aussi son objectif principal pour les internes : obtenir sa thèse d'exercice de docteur en médecine.

ED 1 : nous là, on a la même envie, c'est de finir par la passer cette thèse, et que ce soit bien fait, et que... ce jour-là ça se passe bien, et, voilà.

L'appartenance au collectif n'est cependant pas toujours évidente... voire parfois ressentie comme inexistante

Certains internes ont fait part de leur sentiment d'isolement par rapport au reste du groupe, soit parce qu'ils avaient intégré le projet en cours de route, soit parce qu'ils faisaient partie du projet ancillaire.

ED 1 : *Nous déjà on a été intégrés au projet euh a posteriori, [...] et nous on est arrivés, euh sans, bah au départ sans question de recherche définie, euh... je vais dire comme un cheveu sur la soupe (rires), et du coup on se sentait effectivement pas du tout au même niveau.*

A tel point que la question même de la collaboration est parfois remise en question.

ED 2 : *[...] disons qu'entre nous en tant qu'internes, non j'ai pas ressenti euh, particulièrement euh, de collaboration, et du coup euh, ça n'a pas eu d'implication sur, sur ma pratique, ma façon de voir les choses quoi.*

Faire confiance, se connaître pour collaborer

Pour collaborer il s'agit de pouvoir faire confiance à ses collaborateurs (avoir confiance notamment dans le fait que leur travail sera bien fait), et cette confiance est plus naturelle et aisée si on connaît les autres (que ce soit entre internes, avec les autres professionnels de santé ou avec les directeurs de thèse)

ED 2 : *Oui bah c'est plus facile de s'adresser à quelqu'un qu'on connaît, euh, ça reste, c'est c'est... c'est les relations humaines, donc c'est vrai que euh, on s'adressera plus facilement à quelqu'un qu'on connaît, euh, avec qui on a déjà échangé, qu'avec une personne qu'on connaît pas on aura toujours une certaine appréhension [...]*

3.2.7 Exigences et contraintes du projet

Accepter de faire des sacrifices, notamment en prenant sur son temps personnel

Le travail de recherche implique de faire des sacrifices et de prendre sur son temps personnel, puisqu'il s'agit de concilier les exigences de la recherche avec le travail en stage. Le recueil était donc bien souvent effectué sur le temps du week-end ou de soirée (à condition que le temps de trajet le permette), ou sur des repos de garde.

FG 1 (Interne 1) : *En terme d'organisation, j'ai réalisé le recueil de données sur mes repos de gardes ou mes samedis ou dimanches.*

S'adapter en fonction des contraintes de stage, parfois à l'aide de la demi-journée de formation réglementaire

Il était plus ou moins facile de s'organiser pour aller faire le recueil selon les internes en fonction des stages dans lesquels ils se trouvaient. Il n'était pas toujours possible pour les internes de pouvoir bénéficier de la demi-journée de formation hebdomadaire, pourtant réglementaire : sur des stages très prenants les internes ne se sentent pas forcément compris et soutenus dans leur projet de thèse, et n'osent pas toujours prendre leur demi-journée de formation afin de ne pas pénaliser leurs collègues en leur imposant un surcroît de travail. Selon l'organisation du stage il en va même de l'intérêt du patient, si l'interne est seul à gérer le service.

FG 1 (Interne 5) : *C'est aussi de notre volon... enfin c'est aussi difficile de dire dans un stage où on est débordés et [...] si on dit « on prend notre demi-journée pour faire notre recueil de thèse », c'est les autres qui travaillent encore plus, euh... moi là dans mon stage l'été dernier, si je prenais une demi-journée c'est fallait me remplacer, ça mettait... enfin, à contribution les autres internes alors qu'ils avaient déjà beaucoup de travail, enfin moi j'étais au CHR de Lille du coup euh... c'était vraiment, enfin je pense, j'aurais été prise pour la...*

enfin, la... sans-gêne euh (rire), de vouloir faire sa thèse... puisque tous les autres internes euh, faisaient leurs recueils de thèse euh, bah le dimanche s'ils avaient une thèse...

FG 1 (Interne 7) : *Donc, après euh, c'est l'organisation de certains hôpitaux où l'interne est à contribution et... Et y'a des patients, et on se voit pas ne pas euh, bah ne pas rester pour s'occuper d'eux parce qu'ils sont là, et que le chef bah... il est pas là (rires).*

ED 1 : *Voilà, c'est ça. Bah, il faut savoir se dégager du temps, après euh... ça ça dépend des terrains de stage, ça c'est sûr euh, il est plus facile je pense de se dégager du temps quand on est en SASPAS, et que les praticiens comprennent ce qu'on, pourquoi on a besoin du temps, plutôt qu'à l'hôpital où... où on n'est pas trop compris sur... sur notre projet.*

Aller jusqu'au bout pour les autres

Un élément identifié comme ayant été un puissant facteur motivationnel pour continuer à avancer malgré les difficultés était celui de se donner pour les autres, assumer ses responsabilités et aller jusqu'au bout du travail pour ne pas pénaliser les collègues (y compris les internes qui ont finalement quitté le projet sont allés jusqu'au bout du recueil malgré tout).

ED 1 : *Je pense que ça nous pousse aussi euh, à, à avancer euh... parce que, parce que y'a pas que pour toi que tu fais aussi le recueil, tu fais pour les autres et, et du coup les gens comptent sur toi, enfin voilà il faut euh... faut avancer, donc tu peux pas dire « ah non, j'en ai marre, je comprends rien, ça n'avance pas, je sais pas pourquoi je fais ça, je laisse tomber, c'est tout » (rires), je pense que ça, ça aide à, voilà, maintenir la tête hors de l'eau (rire), et... ouais, effectivement euh, à surmonter les difficultés quoi.*

S'adapter en fonction des contraintes spécifiques du recueil

Il a parfois fallu faire preuve d'ingéniosité et de persévérance pour faire face à des contraintes inattendues lors du recueil : absence de connexion Internet pour accéder au

questionnaire en ligne, distance géographique parfois importante, événements météorologiques divers...

ED 3 : *Ouais ça s'est fait. Ça s'est fait parce que... bon la, on a été se présenter en, toutes les deux, à la maison de retraite, et quand on a compris qu'il y avait pas de connexion Internet, et que ce serait compliqué d'en avoir une, bon bah c'est tout, on a, on a pris des feuilles, et puis on s'est organisées comme ça.*

Attendre des délais incompressibles

La patience était de mise au cours du recueil, pour respecter le délai fixé entre les 2 recueils (nécessaire pour mettre en évidence une éventuelle différence de prescription suite à la diffusion de la liste de Laroche auprès des médecins des EHPAD)

FG 1 (Interne 2) : *comment dire, avec l'espace qui était nécessaire entre le 1er et le 2e recueil, il n'y avait pas grand-chose à faire entre 2 à part attendre...*

Gérer la charge de travail

De l'avis général, ce travail de recueil reste un travail difficile et parfois fastidieux.

ED 1 : *Je vais retenir que... j'aurais dû m'y prendre avant (rires) ! Que c'est compliqué, que je serais contente quand ce sera fini (rires) !*

3.2.8 Difficultés et écueils rencontrés dans le projet

Prendre conscience des faiblesses de l'étude

Dans les entretiens individuels, les internes ont regretté des impasses méthodologiques dont ils ont pris conscience au fil du recueil, ayant causé des revirements de protocole, voire des revirements de sujets entiers (certains internes ayant vu leur sujet disparaître au cours du projet).

ED 3 : *Oui bah, enfin honnêtement, je pense que c'est, notre questionnaire manquait de méthodo. En fait je pense pas que la méthodo a été pensée.*

Déchanter devant les impasses du projet

Dans les entretiens individuels (plus spécialement, et de façon compréhensible, avec les internes ayant dû abandonner le projet) il a été fait état d'une vraie déception face à un projet décrit comme initialement enthousiasmant mais finalement défaillant, de par la communication considérée insuffisante d'une part, et de par les impasses méthodologiques abordées plus haut d'autre part, ayant forcé certains internes à changer de sujet avec un vécu d'échec.

ED 3 : *Ouais, ouais ouais, bah oui, carrément hein, c'est... ça avait l'air prometteur ouais. C'était, c'était motivant, mais, finalement... j'ai trouvé que c'était trop lourd, et ça n'avancait pas en fait, ça, ça n'a jamais avancé en fait.*

Regretter de s'être lancé dans le projet

Ces mêmes internes ont exprimé leur regret de s'être lancé dans le projet et de ne pas avoir été plus critique vis-à-vis de la méthodologie employée, avec le sentiment d'avoir perdu leur temps.

ED 3 : *Euh, ben que... voilà, qu'il faut pas se... que l'habit ne fait pas le moine, euh que ça a l'air très bien au départ, mais qu'en fait euh, il faut bien vérifier que... ce, tout soit en bonne et dûe forme, parce que euh... que la méthode, la méthodo c'est super important, que... à l'avenir euh... je me méfierais de... enfin voilà, j'y regarderais peut-être à deux fois avant de... avant de me jeter comme ça dans un, dans un sujet.*

L'entraide difficile à mettre en pratique (se coordonner)

L'entraide évoquée comme l'un des intérêts du travail collectif était en pratique difficile à mettre en place pour des questions d'organisation (liée notamment à la taille importante du groupe) : que ce soit pour aider les autres ou pour se réunir, il faut réussir à synchroniser les emplois du temps en fonction des contraintes de chacun, ce qui n'est pas forcément chose facile.

FG 1 (Interne 1) : *[A : Euh tu parles d'une certaine entraide ou d'une entraide certaine ?] (rire) Euh, la volonté était là mais euh je suis pas sûre qu'elle ait été mise en application par des soucis d'organisation.*

Se sentir noyé dans le groupe

Certains internes se sont sentis comme « noyés dans la masse » avec un sentiment d'anonymat dans un si grand groupe (impression de ne pas être individuellement considéré), et auraient voulu avoir un suivi plus individualisé.

FG 2 (Interne 2) : *après le souci c'est que, être un gros groupe comme ça c'est euh, c'est un peu impersonnel, du coup on a... on... de temps en temps je pense qu'on, on voudrait avoir un, un suivi plus par rapport à notre euh, sous-question à nous, et euh... et du coup on a, des fois on a l'impression d'avoir du mal à, à avoir des réponses à nos questions [...].*

3.2.9 Encadrement du projet

La coordination et le suivi du groupe jugés insuffisants

Les internes ont déploré une fréquence des réunions jugée insuffisante, et auraient souhaité un suivi plus fréquent et plus rapproché, à la fois afin de rester impliqué dans le projet, mais aussi pour se connaître ainsi que pour échanger ensemble sur les difficultés rencontrées.

ED 2 : *Oui bah, pfou, enfin... à, à ma connaissance on a peut-être eu trois réunions, sur une année ? C'est un petit peu léger ! En sachant que certains ne pouvaient pas forcément participer à toutes les réunions, donc euh, oui, je pense que ça ça aurait pu être effectivement amélioré. Je pense qu'il aurait fallu avoir un entretien individuel dès le départ, et puis après des réunions, euh, pour voir un peu l'avancée des, des choses, peut-être de manière mensuelle quoi. [A : Faire le point, et puis euh...] Voilà, savoir où on en était les uns les autres, euh pouvoir discuter en groupe des difficultés auxquelles on a été exposés, parce que, c'est bien les réseaux sociaux, c'est bien les e-mails, mais c'est vrai que les interactions face-à-face ça permet de se relancer les idées, c'est, on avance un peu plus vite je trouve que par euh... par les réseaux sociaux quoi.*

Être en manque de réponses claires

Les internes ont exprimé être parfois en manque de réponses claires : le fait de ne pas avoir accès en direct aux directeurs de thèse qui reçoivent par ailleurs de multiples sollicitations de la part des autres membres du groupe entraînait des réponses parfois incomplètes au goût des internes.

ED 1 : *[...] c'est pas que... qu'ils sont pas disponibles, enfin on a toujours une réponse, mais euh, peut-être que la réponse est pas aussi claire, et peut-être qu'effectivement, euh, on aurait peut-être dû se voir, plus, euh vraiment euh, tous, mais ça c'est des, pour des questions d'organisation hein euh...*

Se sentir insuffisamment épaulé par des directeurs très occupés

Les internes entendus au cours des entretiens individuels, mais aussi ceux entendus lors des entretiens de groupe de façon « officieuse » (sur le parking, par exemple) ont exprimé leur sentiment d'être insuffisamment épaulés par les directeurs de thèse. Une explication

émise par les juniors est l'emploi du temps des directeurs de thèse, que l'on sait très chargé (avec moult projets de recherche simultanés en sus d'une activité clinique).

ED 3 : *et je trouve que c'est pas... ouais, ça a pas été euh, ça a pas été suivi par les, par les directeurs de thèse, alors peut-être aussi la difficulté c'était d'en avoir plusieurs. Ça je sais pas, ça peut être un avantage aussi, mais... je pense que eux-mêmes ils devaient déjà avoir plein de... je pense pas que y'avait déjà que notre thèse qui... qu'ils dirigeaient.*

... jusqu'à se sentir perdu et abandonné

Les internes entendus lors des entretiens individuels, et particulièrement (de façon compréhensible) ceux qui se sont vus contraints de quitter le projet sans avoir abouti, se sont sentis abandonnés et incompris par les directeurs de thèse.

ED 2 : *D'autant plus que, vu le nombre d'internes qui étaient impliqués, je pense qu'il aurait été intéressant, et un peu plus respectueux pour moi, d'être sûrs que le projet aboutisse pour tout le monde, plutôt que de se dire « bah non tant pis », et on en laisse quelques-uns sur la route quoi, sur le bord de la route, enfin, c'est tout.*

3.2.10 Impact du projet Laroche

Découvrir le fonctionnement d'un EHPAD

Le recueil de données au sein des EHPAD était l'occasion d'en découvrir le fonctionnement et de se familiariser avec un milieu parfois méconnu des internes de médecine générale.

ED 2 : *c'est plutôt bien de voir aussi euh le fonctionnement des EHPAD, des choses comme ça, c'est pas forcément des choses où on a accès pendant nos... nos études, euh, voir aussi l'envers du décor par rapport à ça.*

Mieux communiquer pour mieux soigner

Les internes ont pu prendre conscience de l'importance de la communication entre les professionnels de santé et d'une traçabilité de qualité dans les dossiers : savoir noter l'information de manière à ce qu'elle puisse être transmise aux autres professionnels de santé afin d'améliorer la prise en charge du patient.

FG 1 (Interne 5) : *Oui effectivement, c'est vrai que, même là juste sur de simples courriers on se rend compte de l'importance de, des données à, à transmettre, savoir pourquoi on change un traitement, pourquoi on fait ça, de justifier ce qu'on fait pour être clair avec les autres en fait, parce que sinon on voit qu'on est très vite perdus en se disant « bon bah l'information, est-ce que je l'ai pas parce qu'elle est pas existante ou parce qu'elle a pas été notée ? ». Et c'est vrai que ça, ouais si ça change quand même bien la façon de, de remplir un dossier ou... un courrier, où après on dit « bon bah il faut que je dise pourquoi ça », ça, c'est assez important.*

Améliorer ses pratiques

Le but annoncé du projet Laroche était d'essayer d'influer les habitudes de prescription des médecins suite à l'information au sujet de la liste de Laroche. Cette influence sur les habitudes de prescription s'est opérée en premier lieu chez les internes eux-mêmes.

FG 2 (Interne 1) : *Ça a beaucoup changé mes habitudes de prescription, c'est-à-dire que je fais euh, bah la liste de Laroche je l'ai lue euh, je, enfin pour avoir fait un petit peu la liste je la connais euh quasiment par cœur, et donc du coup euh... alors il s'agit pas de dire « ah c'est dans la liste de Laroche je vais pas le prescrire », mais il s'agit de beaucoup... plus réfléchir, euh, avant de prescrire un médicament, et de vraiment peser le pour et le contre, euh...*

Douter de l'impact du projet sur les habitudes bien ancrées des médecins et des pharmaciens

Les internes sont plus mitigés au sujet de l'impact de cette information sur les habitudes de prescription de leurs aînés.

FG 2 (Interne 3) : *j'en ai parlé à la les médecins, aux médecins, concernant ceux qui sont en SASPAS c'est plus facile de discuter avec eux euh... bah de pouvoir les faire changer d'avis, après par exemple j'en ai parlé à ma famille, qu'ils en ont parlé à des autres médecins euh, médecins généralistes euh, à l'extérieur, et qu'ils ont déjà leurs habitudes, qui sont pas en SASP... euh qu'ils ont pas d'internes ou d'externes, et là ils sont plus euh... ancrés dans leurs pratiques, euh ils ont de... j'en ai déjà aussi parlé à des médecins, qui, par moi-même qui sont pas euh, bah dans la faculté qu'ils ont pas d'internes, ils écoutent, mais de là à faire changer les pratiques, j'en suis, j'en suis moins sûr.*

Du côté des pharmaciens le changement des pratiques est également remis en question, mais pas pour les mêmes raisons : les pharmaciens semblent prêts à intervenir dans la conciliation médicamenteuse en vue de limiter la iatrogénie médicamenteuse, mais redoutent la réaction des médecins.

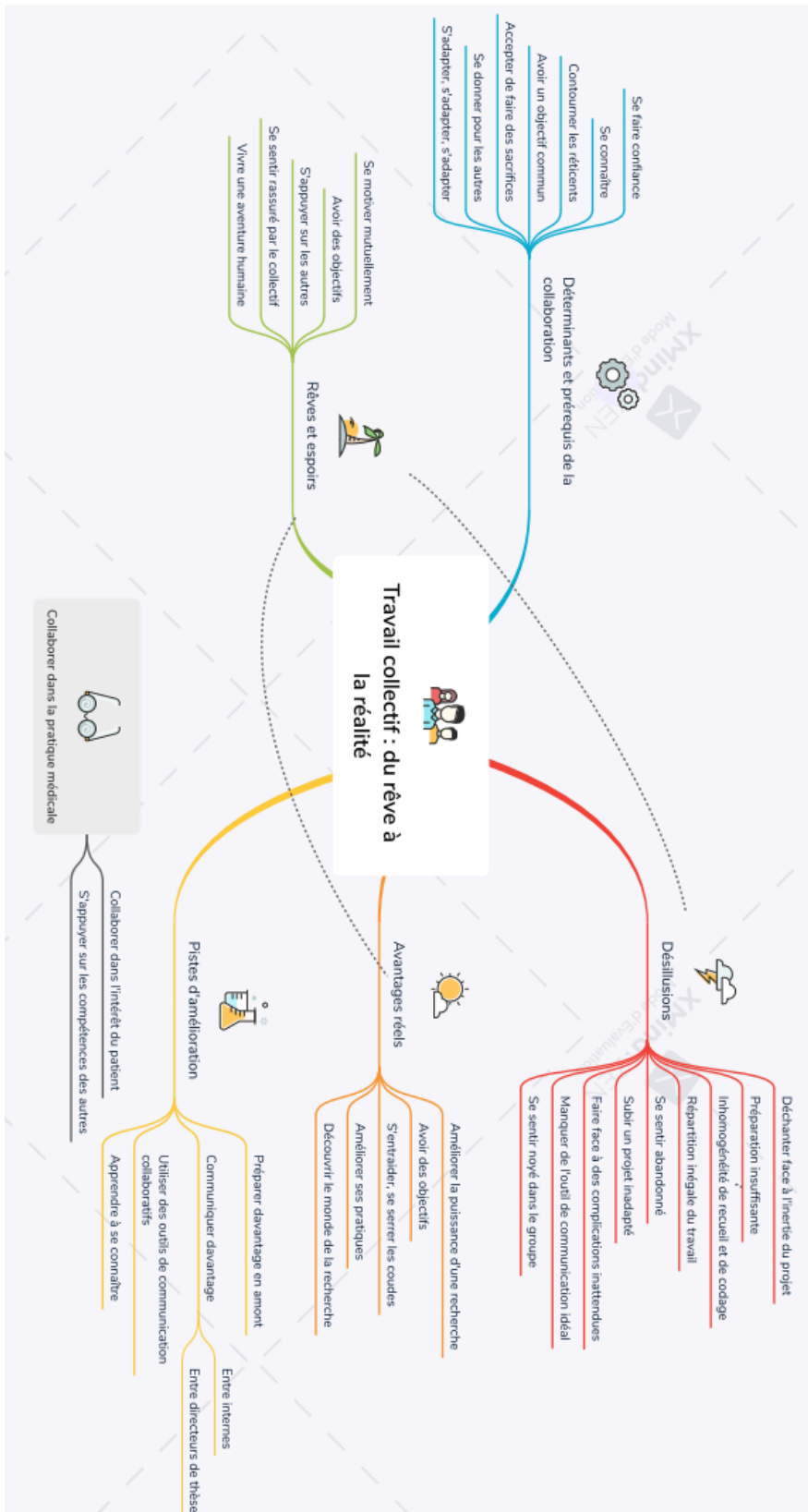
FG 1 (Interne 6) : *Bon par contre elle disait que c'était pas forcément facile après de... elle d'intervenir en, en rappelant les médecins pour leur dire que... leurs prescriptions étaient inappropriées. Donc ça je suis pas sûre qu'elle... qu'elle l'ait fait après.*

Intervenir malgré son manque d'expérience

Les internes ont exprimé leur sentiment de manque de légitimité pour intervenir auprès des médecins en raison de leur manque d'expérience, en formulant l'hypothèse suivante : changer ses pratiques n'est pas chose aisée, et se laisser dicter de nouvelles pratiques par un confrère moins expérimenté est encore plus ardu.

FG 1 (Interne 4) : *aussi, est-ce que c'est pas compliqué quand on a sa façon de travailler, de venir se faire bousculer comme ça par une équipe de juniors qui, qui vient nous dire comment on devrait travailler, enfin... je sais pas si ça fait forcément plaisir, après c'est... ça fait partie du jeu de se remettre en question, et de... de pouvoir faire évoluer sa pratique en... en prenant, en sondant aussi autour de soi ce que font les autres, qu'est-ce qui se fait, qu'est-ce qui se fait moins, qu'est-ce qui se fait plus [ndlr : pas], et... pour permettre d'évoluer, mais je pense que on n'a pas tous la même capacité à faire ça. Voilà.*

3.3 Synthèse heuristique des principaux résultats



4 Discussion

4.1 Méthode

“Qualitative Research is any type of research that produces findings not arrived at by statistical procedures or other means of quantification.” Strauss et Corbin (14)

La méthode de recherche qualitative avec analyse par approche de théorisation ancrée était la plus adaptée pour explorer le vécu de participation des internes et faire ressortir les pistes d'amélioration en fonction des forces et faiblesses de ce travail collaboratif telles que ressenties par les internes. Il s'agit d'une méthode de recherche sociologique néanmoins employée de façon récurrente pour des thèses de médecine générale (15) (16) comme pour des thèses de médecine du travail (17). Comme le rappelle C. Lejeune dans son Manuel d'Introduction à la recherche qualitative, « la méthode par théorisation ancrée n'est pas réservée aux sociologues [...]. Indépendamment de la discipline, elle convient à toute question visant à comprendre les acteurs, en partant de la façon dont ils vivent et appréhendent ce qui leur arrive. » (13)

La saturation des données a été atteinte au bout du 4^e entretien (2^e entretien semi-dirigé), confirmée par un 5^e entretien. La triangulation des données a été assurée par Julie Vernay, une autre interne du projet Laroche.

Pour aborder le sujet sans a priori, la recherche bibliographique a été effectuée après le recueil des données, contrairement à ce qui se fait en recherche quantitative. Il s'agit pour le chercheur d'accueillir et de recueillir l'expérience des informateurs sans l'influencer, et non de projeter sur eux ses attentes et ses présupposés.

Les recueils de données statistiques dans les EHPAD ont fait l'objet d'une déclaration à la CNIL (voir document en annexe).

La présente étude qualitative étant non interventionnelle, il n'a pas été demandé l'avis du CPP du Nord.

Les focus groups ont été animés par l'un des directeurs de thèse, ce qui a permis de réunir un maximum d'internes, mais qui a constitué un frein à la parole, notamment pour aborder les points épineux des écueils et difficultés rencontrés dans le projet. Des discussions officieuses ayant eu lieu à la sortie de ces réunions collectives ont amené l'investigateur à diriger personnellement les entretiens semi-dirigés afin de garantir un cadre confidentiel et sécurisant permettant d'aborder sans crainte tous les aspects du travail de recherche. Les entretiens semi-dirigés ont confirmé ce qui avait été entendu « entre deux portes » à la fin des focus groups : le travail collectif, bien qu'enrichissant autant sur le plan intellectuel que sur le plan humain, n'est pas un long fleuve tranquille. Les internes ont pu notamment exprimer leur sentiment de solitude voire parfois d'abandon de la part des directeurs de thèse qu'ils ne sentaient pas assez étayants. Précisons néanmoins que les entretiens semi-dirigés concernaient des internes « à part » : une interne du projet ancillaire OH ne faisant donc pas à proprement parler partie du collectif Laroche, et deux internes ayant dû quitter le projet pour travailler sur un autre sujet de thèse ; dans ce contexte, le vécu des internes est teinté de déception, voire de regret, face à l'échec d'un projet de thèse, ce qui colore le discours de façon négative.

La population étudiée s'imposait d'elle-même de par le sujet de recherche ; néanmoins, il s'agit d'une population assez homogène et ne pouvant pas être considérée comme représentative de la population générale. Nous avons effectivement recueilli le témoignage d'une population d'internes de médecine générale des Hauts-de-France âgés de 26 à 31 ans, avec une prédominance féminine (75 % de femmes). Les résultats de cette étude ne sont donc pas forcément extrapolables à l'ensemble des médecins.

Ce travail a été évalué en utilisant les critères COREQ (COnsolidated criteria for Reporting Qualitative Research) (18) (19). Vingt-neuf des trente-deux critères ont été respectés (Annexe 6). Seuls les critères 23, 25 et 28 n'ont pas été validés.

4.2 Analyse des résultats

4.2.1 *Le travail collectif*

Les internes avaient dans l'ensemble un a priori très positif du travail collectif, qui était vu avant tout comme un moyen d'améliorer la puissance d'une étude, et de pouvoir s'appuyer les uns sur les autres à l'aide d'objectifs communs et la mise en place de l'entraide.

Les juniors du projet Laroche ont également salué leur détermination commune à « aller jusqu'au bout pour les autres », quand bien même leurs intérêts individuels ne les incitaient pas à poursuivre l'intégralité du recueil (comme c'était le cas pour les internes ayant quitté le projet en cours de route, ou ceux chargés d'une question de recherche qualitative). Le risque de voir apparaître des « passagers clandestins » (Olson) (20) dans les projets collaboratifs (des membres du groupe cherchant à bénéficier du travail collectif sans y participer eux-mêmes, se « laissant porter » par le courant créé par leurs collègues) est en effet possible, particulièrement dans les groupes de grande taille.

4.2.2 *La communication*

Comme Gangloff-Ziegler le formulait dans un article, « les concepts de travail collaboratif et de travail coopératif ont acquis une nouvelle dimension grâce aux technologies de l'information et de la communication, qui ont élargi ses potentialités puisqu'il est aujourd'hui possible de travailler ensemble, à une très grande échelle, sur un même projet, mais à distance, de manière synchrone ou asynchrone [...] » (21)

La particularité de notre projet de recherche était son caractère « virtuellement collaboratif » comme le rappelle le titre de cette thèse « Travailler ensemble sans être ensemble ».

Les moyens technologiques de communication ont évolué de façon exponentielle et fulgurante, et occupent une place de choix dans la communication actuelle, particulièrement pour la génération Y dont les internes du projet Laroche sont issus. Cette génération Y née à l'ère du digital est celle qui a vu naître et évoluer la plupart des moyens de communication instantanée que nous utilisons aujourd'hui. La jeune génération a donc sans doute une vision différente de la communication par rapport à ses aînés, et le monde du travail devra intégrer ces nouvelles habitudes de communication : on parle alors de transformation digitale (22). Howard Rheingold va jusqu'à avancer que les nouvelles technologies de l'information et de la communication, avec l'aide d'Internet, vont rendre les foules connectées (*smart mobs*) plus intelligentes et plus performantes que les meilleurs individus isolés, parlant même d'un « raz-de-marée social » (23) Néanmoins, ces outils technologiques ne remplacent que de manière toujours imparfaite le face-à-face singulier et l'échange de vive voix. Comme le fait remarquer Brown, « Rien ne remplacera jamais la réunion, qui est souvent agitée, et qui permet par conséquent à une tendance de l'emporter. » (24) Les internes l'ont bien compris et ont unanimement déploré le faible nombre de réunions en présentiel.

4.2.3 La contrainte et l'opportunité

Les principales motivations individuelles ayant décidé les internes à rejoindre le projet n'étaient pas univoques et sans doute mêlées : d'une part un choix délibéré (par opportunité) selon une appétence pour le sujet de l'étude ou suivant le souhait de bénéficier de l'expérience de directeurs de thèse réputés et ayant largement fait leurs preuves dans le

domaine de la recherche en général et dans celui de la direction des thèses en particulier ; et d'autre part le choix forcé (par contrainte) imposé par la nécessité de passer une thèse. En effet, l'obtention de la thèse d'exercice est règlementaire pour pouvoir exercer la médecine en France, en vertu de l'article L. 632-4 du Code de l'Education (25), au plus tard 3 années après la validation du 3^e cycle des études médicales pour les promotions des internes du projet Laroche (26).

Cependant, quel que soit le motif ayant motivé l'intégration du projet, tout travail collaboratif nécessite une motivation initiale « assez forte pour vaincre les obstacles récurrents qui se dressent face à la mise en œuvre d'une démarche collaborative » (Gangloff-Ziegler, op. cit.)

4.2.4 Importance de la relation interpersonnelle dans la collaboration

Les internes ont déploré le fait de ne pas suffisamment connaître leurs congénères, cette méconnaissance constituant un frein pour la collaboration. A contrario, le fait de connaître personnellement les directeurs de thèse ou son binôme était vu positivement par les internes. Ce rôle des relations interpersonnelles dans la collaboration se vérifie également dans la pratique médicale, le manque de connaissance du confrère ayant déjà été identifié comme le frein principal de la collaboration dans une autre thèse qualitative sur la collaboration entre médecins généralistes et chirurgiens-dentistes (27). Les notions de confiance interpersonnelle et de culture partagée ont été identifiées comme des leviers de la collaboration dans d'autres travaux de la littérature (28). L'attitude de l'interlocuteur peut être un frein à la coopération, ainsi que la peur de déranger, crainte évoquée par les internes comme ayant pu être un frein à la communication avec les directeurs de thèse dans le projet Laroche, comme l'a également montré une étude qualitative autour de l'utilisation d'un dispositif de coopération médecine de ville / hôpital (29).

4.2.5 L'intelligence collective

Comme le formule Penalva, « l'intelligence collective peut être considérée comme une hypothèse relative à la capacité d'un groupe d'acteurs humains et d'agents artificiels à atteindre dans une action commune une performance supérieure à l'addition des performances individuelles » (30). C'est exactement l'intérêt du travail collaboratif : faire émerger des résultats supérieurs à ceux qui auraient pu être obtenus par la somme de travaux individuels, grâce au collectif.

L'intelligence collective se construit au travers de l'entraide entre les membres du groupe, en apprenant à composer avec les différences des uns et des autres. Pichon et al. le théorisent ainsi : « L'intelligence collective passe par des dynamiques d'échanges où les différences de chacun se transforment en richesse collective grâce à la mobilisation effective des compétences. Pour ce faire, elle doit être distribuée dans tout le groupe, valorisée et coordonnée. » (31)

4.2.6 Pistes d'amélioration

La collaboration est un enjeu majeur dans la prise en charge globale du patient, que ce soit en médecine générale ou en médecine du travail. Afin de favoriser un climat de collaboration il semble important d'apprendre à connaître ses confrères (et pas seulement de les contacter par le biais des différents moyens technologiques de communication à disposition). En cas de projet collaboratif, la préparation minutieuse en amont, puis la coordination et le suivi de chaque collaborateur, sont des éléments primordiaux. Dans une configuration de collaboration à distance, un bon usage des moyens de communication est de mise : il s'agit alors de prendre le temps de choisir le moyen de communication le plus efficient en fonction de la configuration du projet (nombre de participants, éloignement géographique, etc), et de s'appropriier les outils collaboratifs existants (type serveur

collaboratif en ligne par exemple), tout en tâchant dans la mesure du possible de garder un contact physique régulier par des réunions en présentiel.

5 Conclusion

Apprendre à travailler ensemble est une nécessité dans le monde du travail en général et dans le monde médical en particulier. Le travail collaboratif est un enjeu enthousiasmant mais exigeant, qui nécessite de faire face à un certain nombre d'obstacles et de difficultés, et de mobiliser efficacement les moyens de communication. Ce travail de recherche aura permis de mettre en évidence certains aspects du travail collaboratif et de dégager des pistes de réflexion pouvant, nous l'espérons, être utilisées dans d'autres travaux collaboratifs.

ANNEXE 1 : Protocole simplifié de l'étude Laroche

Premier recueil de données :

Il se fera de manière rétrospective sur les données inscrites sur les dossiers de la période des 12 derniers mois qui précèdent les accréditations données pour les 9 EHPAD, soit du 01 mai 2016 au 30 avril 2017.

Il ne concernera que les données inscrites aux dossiers de toute personne vivant dans les 9 EHPAD de l'étude pour cette période du 01 mai 2016 au 30 avril 2017, âgée de 75 ans et plus, sans distinction de genre, même si elle est décédée durant cette même période. Toute personne sortie de l'un des EHPAD avant cette date du 30/04/17 ou l'intégrant après cette même date ne sera pas incluse.

Les données de traitement sont celles inscrites au dossier au mois de mai 2017 pour les patients n'ayant jamais été le souci de morbidité avec hospitalisation ou de souci ayant entraîné le décès dans l'EHPAD ou à l'hôpital ; dans ces deux dernières circonstances le traitement à saisir sera celui de la période de mai 2016 ou d'avant l'hospitalisation ou le décès afin d'en juger la potentielle responsabilité.

Seul le traitement de fond quel qu'il soit médicamenteux ou pas doit faire l'objet du recueil.

Les pathologies en cours sont celles qui font l'objet d'un traitement, les autres peuvent être considérées comme des antécédents.

Toute donnée absente dans le dossier sera considérée comme manquante et ne fera pas l'objet d'une quelconque recherche de la part des investigateurs pour assurer le respect de l'anonymat des personnes répertoriées.

Les EHPAD seront numérotés de 1 à 9, les patients seront individualisés par un chiffre de 1 pour le premier patient de la structure au dernier numéroté 1+n ; ils seront listés sur une liste tampon intermédiaire qui sera gérée par l'EHPAD de manière à les identifier avec certitude lors du second recueil comparatif ; cette liste mettra face à face leur numéro les 2 premières lettres de leur patronyme, puis par la première lettre de leur prénom ; par exemple Antoine DUPONT 11ème patient de l'EHPAD 5 deviendra le patient 5-11 sur le fichier de l'étude et 5-11/5DUA sur la liste tampon de l'EHPAD. En cas d'homonymie peu probable, le second patient homonyme sera 5-11bis et 5-11bis/5DUAbis. Le fichier qui identifie le patient sera obligatoirement détenu sur place dans l'EHPAD.

Le recueil des données par les investigateurs juniors de l'étude se fera entre le 01 juin et le 31 aout 2017 dernier délai. Il se fera sur Lime Survey grâce au lien d'accessibilité qui vous a été communiqué par le Dr Marc Bayen du DMG.

Contacts avec les soignants :

Les contacts se feront par diffusion dès le début du recueil de données aux soignants d'un document format A4 médecin et d'un document format A4 pharmacien reprenant la définition de la conciliation médicamenteuse selon la HAS et la liste des recommandations du Dr Marie-Laure Laroche de 2007. Les documents leur seront remis par les staffs des EHPAD sous enveloppe à leur nom contre émargement de réception.

Quand cela sera possible, un échange explicatif avec les investigateurs juniors se fera si ces derniers sont sur place occupés à implémenter Lime Survey depuis les fichiers de l'EHPAD au moment des passages des soignants.

Tous les documents A4 pharmaciens et médecins devront avoir été remis pour le 30 juin 2017 dernier délai, l'émargement l'attestant.

Second recueil de données :

Il commencera 6 mois après la diffusion des documents aux soignants pour leur permettre de modifier leurs prescriptions quand cela sera nécessaire, soit le 01 janvier 2018. Il concernera les mêmes EHPAD et les mêmes données des mêmes dossiers des mêmes personnes, excluant toute donnée issue du dossier d'une personne ayant intégré les EHPAD après le 30 avril 2017 car elle ne pourrait faire l'objet d'aucune comparaison avec des données antérieures.

Les données de traitement médicamenteux et non médicamenteux à prendre en compte seront celles inscrites au dossier le jour du recueil de 2018. Seul le traitement de fond devra faire l'objet du recueil.

Toute donnée absente dans le dossier sera considérée comme manquante et ne fera pas l'objet d'une quelconque recherche de la part des investigateurs pour assurer l'anonymat des personnes répertoriées.

Il durera moins de temps en raison d'une routine mise en place lors du premier recueil par les mêmes investigateurs répartis dans les mêmes EHPAD et sera bouclé pour le 28 février 2018 afin de pouvoir démarrer de suite l'étude statistique qui permettra la comparaison des données.

Il se fera de nouveau sur Lime Survey grâce à un identifiant et un mot de passe délivré à chaque investigateur.

ANNEXE 2 : Courrier destiné aux médecins et pharmaciens de l'EHPAD

Cher Collègue,
Cher Ami,

Le projet Laroche démarre dans l'EHPAD où vous intervenez pour accompagner et soigner un ou plusieurs patients. L'étude consiste à diffuser et à faire prendre en compte par les soignants médecins et pharmaciens la liste dite de Marie-Laure Laroche, Gériatre à Limoges. Elle recommande depuis 2007 l'interruption de l'utilisation de certaines molécules chez les patients de 75 ans et plus en raison d'un rapport bénéfice risque qui leur est défavorable.

Vous trouverez cette liste et les éléments de sa justification en pièce jointe à ce courrier. Un audit anonymisé des prescriptions faites aux patients de l'EHPAD a actuellement lieu ; l'objectif de la diffusion de la liste est d'obtenir une diminution de la prescription des molécules qui s'y trouvent lors du second audit anonyme qui aura lieu dans six mois grâce aux interventions que vous ferez d'ici là.

Cette étude anonyme pour les patients et pour vous médecins et pharmaciens est autorisée par la direction de l'EHPAD et par le médecin coordinateur. Son objectif ultime est de rapprocher les prescriptions des recommandations de la Haute Autorité de santé. Elle a pour objectif secondaire d'inciter pharmaciens d'officine délivrant les médicaments et médecins généralistes prescripteurs à communiquer et collaborer autour des ordonnances qui sont faites pour les patients des EHPAD ; c'est donc un projet de conciliation médicamenteuse sous la direction des Professeurs Denis Deleplanque et Jean-Marc Lefebvre du Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de l'Université de Lille 2 avec le Docteur Michaël Rochoy chef de clinique de médecine générale.

Nous vous remercions de la lecture que vous ferez des documents et de la suite que vous leur donnerez. Les investigateurs juniors que vous rencontrerez peut-être lors de vos visites dans l'EHPAD et nous-mêmes nous tenons à votre disposition pour toute information complémentaire souhaitée ; nous vous assurons de nos sentiments dévoués les meilleurs.



Professeur Denis Deleplanque
denis.deleplanque@univ-lille2.fr



Professeur Jean-Marc Lefebvre
jean-marc.lefebvre@univ-lille2.fr

ANNEXE 3 : Avis du CNIL concernant le projet Laroche



Composante ou service concerné : Faculté de Médecine	
Interlocuteur(s) : Professeurs Jean-Marc Lefebvre et Denis Deleplanque	
Type de déclaration :	Conformité à une MR 003 Lien vers MR 003
N° de déclaration	
Traitement n°2017-47	Protocole simplifié de l'étude LAROCHE
Date de mise en œuvre :	17/11/17
Finalité principale	L'étude consiste à diffuser et à faire prendre en compte par les soignants médecins et pharmaciens la liste dite de Marie-Laure Laroche, Gériatre à Limoges. Elle recommande depuis 2007 l'interruption de l'utilisation de certaines molécules chez les patients de 75 ans et plus en raison d'un rapport bénéfice risque qui leur est défavorable.
Détail des finalités du traitement	L'étude se fait en 2 temps au sein de 9 EHPAD de la région. Les données de traitement médicamenteux et non médicamenteux à prendre en compte sont celles inscrites au dossier le jour du recueil. Seul le traitement de fond fait l'objet du recueil. La recueil se fait par des investigateurs volontaires répartis dans les 9 EHPAD. Les données recueillies font l'objet d'une saisie sur LimeSurvey par l'investigateur qui dispose d'un code personnel (identifiant / mot de passe) - un premier recueil des données de manière rétrospective sur les données inscrites sur les dossiers patients. Il fera office d'état des lieux avant la prise en compte de la liste Laroche - un second recueil se déroulera 6 mois après le premier afin de vérifier la modification éventuelle des prescriptions suite à la sensibilisation des praticiens
Logiciels	Enquête en ligne sur Serveur LimeSurvey géré par le département de Médecine Générale

Services chargés de la mise en œuvre	Le projet est effectué sous la direction des Professeurs Denis Deleplanque et Jean-Marc Lefebvre du Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de l'Université de Lille 2 avec le Docteur Michaël Rochoy chef de clinique de médecine générale.	
Modalité d'information auprès des usagers concernés	Par lettre transmise aux personnes concernées (Voir documents annexes)	
Fonction de la personne ou du service auprès duquel s'exerce le droit d'accès	Le Correspondant Informatique et Libertés (cil@univ-lille.fr)	
Catégories de personnes concernées par le traitement	l'étude ne concerne que les données inscrites aux dossiers de toute personne vivant dans l'un des 9 EHPAD concernés par l'étude. Les personnes sont âgées de 75 ans et plus, sans distinction de genre, même si elles sont décédées durant cette période. Toute personne sortie de l'un des EHPAD avant cette date ou l'intégrant après cette date ne sera pas incluse.	
Données traitées	Catégories de données traitées	Détails des données traitées
	Données d'identification des investigateurs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identité du professionnel de santé
	Données personnelles des patients incluses dans le fichier de correspondance	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nom prénom ▪ N° patient ▪ Code de correspondance
	Données techniques disponibles à partir d'une extraction des résultats sur le logiciel LimeSurvey	<ul style="list-style-type: none"> • Code de correspondance • voir questionnaire d'enquête en pièce jointe

	Catégories de destinataires	Données concernées
Catégories de destinataires	Investigateurs (voir liste des internes)	toutes
	Autres participants	Données anonymes
Durée de conservation	Le fichier de correspondance est conservé jusqu'à publication des résultats et soutenances des thèses associées. Il faut prévoir 24 mois à dater du début des recueils de données soit jusqu'au 30/04/2019. Les données personnelles concernant les investigateurs sont conservées 5 ans.	
Sécurité des données	- dossier d'analyse de risques	
Documents annexes	<ul style="list-style-type: none"> - courrier d'information aux personnes concernées - courrier aux Médecins généralistes et pharmaciens des EHPAD - protocole simplifiée de l'étude Laroche - formulaire en ligne - liste des internes concernés par l'étude - analyse de risques 	
Mise à jour	13/11/2017 : modification de la liste des données recueillies. Il est ajouté la consommation d'alcool des patients	

ANNEXE 4 : Guide d'entretien initial

Remerciements

Merci à tous pour votre présence ce soir et de nous accorder votre temps.

Introduction : « Nous sommes réunis ce soir afin de pouvoir étudier les déterminants de la méthodologie de notre travail de groupe mené au sein de notre projet de thèse, de ce qui nous a permis de travailler ensemble et ce qui au contraire a pu poser souci, afin de comprendre la dynamique de collaboration dans ce travail de recherche. Pour ce faire, nous utilisons une technique de recherche qualitative appelée focus group. Bien entendu, l'anonymat de chacun sera respecté, nous vous demandons simplement de bien vouloir remplir la fiche de caractéristiques des participants. Cette réunion est enregistrée pour pouvoir ensuite être analysée, nous vous demandons de bien vouloir parler clairement et distinctement afin de faciliter l'analyse, et de respecter le temps de parole de chacun afin que chacun puisse s'exprimer ».

Présentation du modérateur, observateur et participants (tour de table)

- 1) Quel est votre ressenti global sur ce travail de recherche ?
- 2) Qu'est-ce qui vous a paru difficile (ou plus difficile que dans une démarche individuelle) ?
- 3) Qu'est-ce qui a pu, selon vous, faciliter votre travail ?
- 4) Qu'aurait-on pu faire différemment pour améliorer notre démarche ?
- 5) En quoi une démarche collective en recherche médicale (vous étiez 18 auxquels on a greffé les 3 IMG du projet ancillaire alcool en EHPAD) a-t-elle quelque chose de plus à apporter par rapport à une démarche individuelle ?

- 6) Quels sont les outils pratiques qui ont selon vous favorisé la collaboration au sein de l'équipe (échange de mail, réunions, échanges téléphoniques individuels...) ? (A ce sujet les échanges type Forum où vos questions étaient sans cesse reprises pour toute l'équipe avec réponse à l'interrogateur et à tous pour mise en commun par les directeurs de thèse.)
- 7) Avez-vous eu l'impression de faire partie d'une équipe et de mener un travail collectif ?
- 8) Qu'est-ce qui vous a amené personnellement à vous engager dans une démarche de thèse collective plutôt qu'individuelle ?
- 9) Autres remarques ?

ANNEXE 5 : Guide d'entretien final

- 1) Quel est votre ressenti global sur ce travail de recherche ?
 - a. Comment avez-vous vécu votre travail de thèse ?
 - b. Avez-vous des remarques sur la répartition de la charge de travail ?

- 2) Qu'est-ce qui vous a paru difficile (ou plus difficile que dans une démarche individuelle) ?
 - a. Comment avez-vous réussi à vous organiser pour mener à bien ce recueil ?
 - b. Quels ont été les problèmes rencontrés ?

- 3) Qu'aurait-on pu faire différemment pour améliorer notre démarche ?
 - a. Quelles remarques faites-vous concernant la préparation du recueil ?
 - b. Que dites-vous concernant la fréquence des réunions ?
 - c. Quelles remarques faites-vous par rapport à l'encadrement du projet (suivi individuel / coordination du groupe) ?

- 4) En quoi une démarche collective en recherche médicale (vous étiez 18 auxquels on a greffé les 3 IMG du projet ancillaire alcool en EHPAD) a-t-elle quelque chose de plus à apporter par rapport à une démarche individuelle ?
 - a. Quelle est la plus-value apportée par une dynamique collective (s'il y en a une) ?
 - b. Quel intérêt voyez-vous à ce type de projet ?

- 5) Quels sont les outils pratiques qui ont selon vous favorisé la collaboration au sein de l'équipe (échange de mail, réunions, échanges téléphoniques individuels...) ? (A ce sujet les échanges type Forum où vos questions étaient sans cesse reprises pour toute l'équipe avec réponse à l'interrogateur et à tous pour mise en commun par les directeurs de thèse.)
 - a. Que pensez-vous de la communication au sein du groupe ? Propositions d'amélioration ?

- b. Comment avez-vous pu communiquer et travailler en groupe malgré l'éloignement géographique et un travail le plus souvent déconnecté du groupe ?
- 6) Avez-vous eu l'impression de faire partie d'une équipe et de mener un travail collectif ?
- a. Configuration particulière : travail le plus souvent solitaire mais s'inscrivant dans une dynamique collective, qu'est-ce que ça change ?
- 7) Qu'est-ce qui vous a amené personnellement à vous engager dans une démarche de thèse collective plutôt qu'individuelle ?
- a. Pourquoi ce choix de travail ?
 - b. Est-ce que ces motivations se sont vérifiées en pratique ?
- 8) Qu'allez-vous retenir de ce travail ?
- a. Points extrapolables ?
 - b. La collaboration au quotidien / avec les confrères : qu'en pensez-vous ?
- 9) Autres remarques ?

ANNEXE 6 : Evaluation de la thèse par les critères COREQ

Liste de contrôle COREQ – étude qualitative : Travailler ensemble sans être ensemble

Tableau 4 : Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ

N°	Item	Guide questions / descriptions
Domaine 1 : Equipe de recherche et de réflexion		
<u>Caractéristiques personnelles</u>		
1. Jean-Marc Lefebvre / Oriane Gancel	Enquêteur / animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
2. Validation du 2 ^e cycle des études médicales	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>
3. Interne en médecine générale puis en médecine du travail	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?

4. Femme	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5. Initiation à la recherche qualitative, première expérience en recherche qualitative	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
<u>Relations avec les participants</u>		
6. Non sauf une	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7. Introduction sur l'objectif de la thèse, participation au projet Laroche	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche
8. Interne en médecine du travail en cours de thèse	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur / animateur ? Par exemple : biais, hypothèses, motivations et

intérêts pour le sujet de
recherche

Domaine 2 : Conception

de l'étude

Cadre théorique

9. Focus groups / entretiens semi-dirigés et analyse par approche de théorisation ancrée	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse du contenu
--	---------------------------------------	--

Sélection des participants

10. Suivant la composition de l'étude principale	Echantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>
11. Face-à-face, mail	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? Par

		exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel
12. 16	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13. 5 : indisponibilité, saturation des données atteinte	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
<u>Contexte</u>		
14. Pour les focus groups : salle de réunion de la Faculté de médecine Pour les entretiens semi- dirigés : domicile de l'informateur ou de l'animateur	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail
15. Non	Présence de non- participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16. Genre, âge, fonction	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par</i>

*exemple : données
démographiques, date*

Recueil des données

17. Oui, mise à jour après chaque entretien dès le 1 ^{er} ; non testé au préalable	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18. Non	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19. Audio	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20. Prise de notes sur les attitudes non verbales + journal de bord	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?

21. Moyenne : 62 minutes (entre 45 et 73 minutes)	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
22. Oui (saturation des données atteinte au 4 ^e entretien, un entretien supplémentaire pour confirmation)	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23. Non	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?

Domaine 3 : Analyse et résultats

Analyse des données

24. Deux	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25. Non	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?

26. à partir des données	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27. QSR NVIVO® 11 et 12	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28. Non	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
<u>Rédaction</u>		
29. Oui	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes / résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
30. Oui	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?

31. Oui	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32. Oui	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

D'après la traduction française de la liste COREQ par M. Gedda (18)

Article original en anglais par Tong et al. (19)

BIBLIOGRAPHIE

1. Khammassi N, Ben Mansour A, Abdelhedi H, Cherif O. Les effets indésirables des psychotropes chez le sujet âgé : étude rétrospective de 35 cas. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* mai 2012;170(4):251-5.
2. Kanagaratnam L, Taam MA, Heng M, De Boissieu P, Roux M-P, Trenque T. Les effets indésirables médicamenteux graves et leur évitabilité chez des sujets âgés de plus de 65 ans. *Thérapie.* 1 sept 2015;70(5):477-84.
3. Baumelou A, Vacher VL, Verny M. Médicaments et insuffisance rénale chronique du sujet âgé : Insuffisance rénale chronique chez le sujet âgé / Medication use in older patients with chronic renal failure : Chronic renal failure in aged patients. *Rev Prat Paris.* 2005;(20):2268.
4. Rousseau A, Rybarczyk-Vigouret MC, Vogel T, Lang P-O, Michel B. Prescriptions et administrations inappropriées de médicaments dans dix établissements alsaciens d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – France. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique.* avr 2016;64(2):95-101.
5. Marengoni A, Pasina L, Concoreggi C, Martini G, Brognoli F, Nobili A, et al. Understanding adverse drug reactions in older adults through drug–drug interactions. *Eur J Intern Med.* nov 2014;25(9):843-6.
6. Laroche M-L, Bouthier F, Merle L, Charmes J-P. Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française. *Rev Médecine Interne.* juill 2009;30(7):592-601.
7. Jardin M, Bocquier A, Cortaredona S, Nauleau S, Millon C, Savard-Chambard S, et al. Prescriptions médicamenteuses potentiellement inadaptées chez les personnes âgées : une étude en Provence-Alpes-Côte d'Azur à partir des données de remboursements de l'Assurance maladie. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique.* avr 2012;60(2):121-30.
8. Haute Autorité de Santé. Mettre en oeuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé - Sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient lors de son parcours de soin [Internet]. 2017 [cité 19 août 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/guide_conciliation_des_traitements_medicamenteux_en_etablissement_de_s_ante.pdf
9. Discours du secrétaire général de l'ONU [Internet]. 2001 sept 24. Disponible sur: <https://www.un.org/press/fr/2001/SGSM7965.doc.htm>
10. Vacherand-Revel J. Le travail coopératif d'équipes de projet d'ingénierie à l'épreuve de l'activité en réunion médiatisée et multi-localisée. *Psychol Trav Organ.* juin 2017;23(2):89-116.

11. Aristote. Chapitre XI. In: La Politique, Livre III.
12. Hennebo N. Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée pour les étudiants en médecine [Internet]. 2009 [cité 19 août 2019]. Disponible sur: https://cfrps.unistra.fr/fileadmin/uploads/websites/cfrps/Recherche/ressources_utles_pour_recherche/guide_theorisation_ancree.pdf
13. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative : analyser sans compter ni classer. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2014. 149 p. (Méthodes en sciences humaines).
14. Strauss A-L, Corbin J. Basics of Qualitative Research. Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory. Sage Publications, Thousand Oaks, 2nd edition. 1998.
15. Delvallé J. Être interne, devenir médecin : le vécu de l'internat de médecine générale à Lille : analyse qualitative par théorisation ancrée et entretiens compréhensifs individuels auprès de 12 internes et jeunes médecins en médecine générale. 2017.
16. Demouveaux A. Sevrage en benzodiazépines des patients âgés en médecine générale : utopie ou réalité ? Université de Lille; 2017.
17. Figarol-Landes C. La visite de pré-reprise : étude qualitative des représentations et des attentes des médecins généralistes [Internet]. Lille 2 Droit et Santé; 2017 [cité 19 avr 2019]. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/aaa80381-d09b-4ab3-a763-fd5771436c35>
18. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie Rev. janv 2015;15(157):50-4.
19. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 16 sept 2007;19(6):349-57.
20. Olson M. Logique de l'action collective. Éd. de l'Université de Bruxelles; 1978. (UB lire. Fondamentaux).
21. Gangloff-Ziegler C. Les freins au travail collaboratif. Marché Organ. 2009;10(3):95.
22. Tréguier H. Comment la génération Y fait bouger les lignes du monde du travail [Internet]. JDN. 2016. Disponible sur: <https://www.journaldunet.com/management/expert/65725/comment-la-generation-y-fait-bouger-les-lignes-du-monde-du-travail.shtml>
23. Rheingold H. Foules intelligentes: la nouvelle révolution sociale. M21 Editions; 2005. 306 p.
24. Brown S. Pour tous les processus séquentiels, les outils collaboratifs ont un avenir. Pour le reste... [Internet]. 2002. Disponible sur: http://www.journaldunet.com/solutions/itws/021028_kpmg.shtml
25. Code de l'éducation - Article L632-4. Code de l'éducation.

26. Décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. 2004-67 janv 16, 2004.
27. Thiriez C. Médecin généraliste et chirurgien dentiste sur le pôle de santé de la ville de Hem : comment mieux collaborer ? [Internet]. Université de Lille; 2015. Disponible sur: <https://pepите-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/9a2b5b4b-ad36-4254-8e37-5fbbe502f138>
28. Van den Berg C. Quels leviers pour une collaboration efficace?: le rôle de la confiance et de la culture: le cas de la fusion-acquisition entre Air-France et KLM [Internet]. Université Panthéon-Sorbonne; 2016 [cité 12 mars 2019]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01497889>
29. Lemoine A. Collaboration interprofessionnelle entre médecins généralistes et praticiens hospitaliers du CHRU de Lille. Exemple de la Hop line [Internet]. Université de Lille; 2017. Disponible sur: <https://pepите-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/13638204-bb85-41e1-a84d-401ef98e6563>
30. Penalva J-M. Intelligence collective: actes des rencontres 2006 tenues à Nimes, 22-24 mai 2006. Presses des MINES; 2006. 77 p.
31. Pichon A, Morel A, Gassie B, Vandenkoornhuysе C, Delalande P. L'intelligence collective dans un contexte de développement professionnel continu : ACoPé, l'exemple d'une communauté de pratique. In Paris, France: France, Europe: HAL CCSD, 2015.; 2015.

AUTEUR : GANCEL Oriane

Date de Soutenance : 19 décembre 2019

Titre de la Thèse : Travailler ensemble sans être ensemble : méthode collective et pistes d'amélioration d'un travail de thèse collectif par 21 internes de médecine générale des Hauts-de-France.

Thèse - Médecine - Lille 2019

Cadre de classement : Médecine du Travail

DES + spécialité : Médecine du Travail

Mots-clés : travail collectif, intelligence collective, recherche collaborative, collaboration dans la pratique médicale

Résumé :

Contexte : Travailler en collaboration se développe dans de nombreux domaines, dont la médecine. Le travail collectif, s'il comporte de nombreux avantages, n'est pas sans difficultés. La question de l'intelligence collective est au cœur d'une réflexion qui transcende les disciplines. Dans le cadre d'un projet de recherche portant sur la iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées, un collectif d'internes de médecine générale des Hauts-de-France a travaillé ensemble sous la direction de 2 directeurs de thèse. Quels sont les freins, les leviers, et les éventuelles pistes d'amélioration de ce travail collectif ?

Méthode : Deux focus groups ainsi que trois entretiens semi-dirigés qualitatifs ont été menés auprès de 16 internes de médecine générale de juin à novembre 2018. Les entretiens collectifs et individuels ont été retranscrits. L'analyse a été effectuée dans une approche de théorisation ancrée, avec codage des données à l'aide du logiciel QSR NVIVO 11 et 12 ®.

Résultats : Le travail collectif présente plusieurs avantages, comme le fait de pouvoir effectuer une étude de plus grande puissance, d'avoir des objectifs de travail, de pouvoir s'entraider. Il présente néanmoins également des inconvénients, tels que devoir subir une répartition inégale du travail, se sentir noyé de façon anonyme dans un groupe, rencontrer des difficultés pour communiquer efficacement (entre internes comme avec les directeurs de thèse), voir apparaître une inhomogénéité dans le recueil en fonction de l'interprétation de chacun face à des incertitudes. Les pistes d'amélioration évoquées par les internes portent sur une préparation plus soignée en amont, l'utilisation d'outils de communication collaboratifs, faire l'effort de se connaître et de communiquer davantage au sein du groupe.

Conclusion : Le travail collectif est plébiscité par les internes mais doit faire l'objet d'une préparation et d'un suivi attentifs pour éviter les écueils. Travailler avec d'autres mobilise une forte capacité d'adaptation.

Composition du Jury :

Président : Pr Annie Sobaszek

Assesseurs : Pr Sophie Fantoni-Quinton, Dr Sébastien Hulo, Dr Patrick Desobry

Directeur de thèse : Pr Denis Deleplanque