

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2015

N° 167

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Frédéric UNT WAN
né le 30 Août 1984, à Nantes

Présentée et soutenue publiquement le 5 Novembre 2015

**ANALYSE DES THESES D'EXERCICE
SOUTENUES PAR LES INTERNES DE MEDECINE GENERALE
DE L'UNIVERSITE DE NANTES
ENTRE 2009 ET 2013**

Président : Monsieur le Professeur Jacques BARRIER
Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Jean-Paul CANEVET

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jacques Barrier, de me faire le plaisir et l'honneur de présider mon jury.

A Monsieur le Professeur Jean-Paul Canevet, d'avoir été à l'origine de ce travail, et pour votre contribution pertinente dans sa direction.

A Monsieur le Professeur Lionel Goronflot, de me faire l'honneur de participer à mon jury.

A Monsieur le Docteur Laurent Brutus, de me faire l'honneur de participer à mon jury.

A toutes celles et ceux officiant au sein des différents services à m'avoir « subi » en tant qu'interne : le service des urgences gynéco-obstétriques du CHU de Nantes, le centre Simone Veil, Mary et le service des urgences du CH de Fontenay-le-Comte, le service de médecine aiguë gériatrique – soins palliatifs du CH de Cholet, et les services de médecine du CHD de Montaigu.

Aux Docteurs Stéphane Guéry, Vincent Rabiller, Dominique Marcou, Didier Dubos et Emmanuel Branthomme de m'avoir accueilli et permis de réellement découvrir cette discipline si riche. Remerciements particuliers au Docteur Sylvie Gillier dont le travail pédagogique, le professionnalisme et l'humanité sont une référence quotidienne dans ma pratique.

A toutes celles et ceux, patients et médecins, qui m'accordent ou m'ont accordé leur confiance.

A mes parents, pour m'avoir supporté et soutenu durant toutes ces longues années d'études, mais aussi pour votre affection, votre présence, indispensable, et pour ces valeurs que vous nous avez transmises, et que nous essayons d'appliquer dans nos activités professionnelles notamment. Ce travail vous doit plus que des mots ne sauraient l'exprimer.

A ma grande sœur, Marie, pour cette complicité jamais démentie, pour ton soutien, pour tous ces rôles que tu tiens aussi dans nos vies : belle-sœur attentive, marraine attendrie, future témoin... Merci aussi d'avoir fait de moi l'heureux parrain et tonton de votre petite Mona, en attendant... Merci, enfin, même si j'en oublie, d'être indirectement à l'origine de cette vocation qui est la mienne.

A David, pour tous ces moments de détente, en particulier dans les premières années. Merci de continuer à perdre de temps en temps.

A Julie, Damien et Quentin, pour toutes ces heures, ces jours, ces soirées, même les plus ratées, ces week-ends, ces vacances. Merci pour les rires. Merci d'avoir fait de moi un meilleur médecin. Merci surtout de transformer, par votre présence, tous ces moments passés ensemble, même les plus déprimants, en souvenirs inoubliables.

Enfin, à Anne-Sophie, pour ton amour, qui me pousse chaque jour à essayer d'être meilleur. Merci pour ton soutien, et pour ton support « logistique » dans la réalisation de cette thèse, en espérant que celui-ci soit à la hauteur de tes efforts. Merci surtout d'être toujours là malgré cela. Merci pour tous ces bonheurs que tu m'apportes.

Et, à ma petite dactylo occasionnelle, Élise, qui illumine chacune de mes journées, depuis ce jour de janvier où tu es entrée dans nos vies. Puisses-tu toujours garder ce sourire qui sait si bien me faire fondre.

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS	7
1. INTRODUCTION	8
1.1. La thèse	8
1.1.1. Définition	8
1.1.2. Court rappel historique	8
1.1.3. La thèse de médecine générale	9
1.2. Le DES de Médecine Générale	10
1.2.1. La formation	10
1.2.2. La recherche	10
1.2.3. Les DMG	11
1.3. Le DMG de l'Université de Nantes	12
1.4. Objectifs de l'étude	14
2. MATÉRIEL ET MÉTHODE	15
2.1. Matériel et corpus	15
2.2. Méthode	15
2.2.1. Partie démographique	15
2.2.2. Partie portant sur la problématique de la thèse	15
2.2.3. Partie méthode	17
2.2.4. Partie participation	17
2.3. Analyse statistique	18
3. RÉSULTATS	19
3.1. Nombre de thèses	19
3.2. Sexe de l'auteur	20
3.3. Age de l'auteur à la soutenance	20
3.4. Champ de la thèse	21
3.5. Pertinence en médecine générale	22
3.6. Problème de santé principal	23
3.7. Problématique de la thèse	25
3.8. Population de l'étude	25

3.9. Méthode	26
3.9.1. Méthodes quantitatives	27
3.9.2. Méthodes qualitatives	28
3.10. Utilisation d'un questionnaire	28
3.11. Population de référence	28
3.11.1. Population « médecins »	28
3.11.2. Population « patients », « entourage » et « population générale »	29
3.12. Mode de contact avec la population de référence	30
3.13. Utilisation d'une relance	31
3.14. Taux de réponse	32
3.14.1. Taux de réponse des enquêtes quantitatives	32
3.14.2. Nombre de refus dans les études qualitatives	33
3.15. Nombre de répondants, ou de participants.	34
3.15.1. Nombre de répondants dans les enquêtes quantitatives	34
3.15.2. Nombre de participants aux études qualitatives	35
3.15.2.1. Nombre d'observations réalisées	35
3.15.2.2. Nombre d'entretiens directifs réalisés	36
3.15.2.3. Nombre d'entretiens semi-directifs réalisés	36
3.15.2.4. Nombre d'entretiens non directifs, ou récits de vie réalisés	37
3.15.2.5. Nombre de participants aux focus group	37
4. DISCUSSION	38
4.1. Réponses aux objectifs de l'étude	38
4.1.1. Réponse à l'objectif principal	38
4.1.2. Analyse de la population des internes de médecine générale soutenant leur thèse	39
4.1.3. Analyse de la représentation des MSU au sein des populations de référence	40
4.1.4. Efficacité des différents modes d'accès aux enquêtes	41
4.1.5. Pertinence des travaux de thèse pour la recherche en médecine générale	42
4.2. Confrontations aux données existantes	43
4.2.1. Concernant la pertinence des thèses pour la recherche en médecine générale	43
4.2.2. Concernant les problèmes de santé abordés	44
4.2.3. Concernant les problématiques des thèses	46
4.2.4. Concernant la méthodologie des thèses	46
4.2.5. Concernant la population étudiée	47
4.3. Limites et biais de l'étude	48
5. CONCLUSION	49

BIBLIOGRAPHIE	50
ANNEXE I	53
ANNEXE II	56
ANNEXE III	57

ABREVIATIONS

ADELI : Automatisation DEs Llistes

ANEMF : Association Nationale des Étudiants en Médecine de France

ARS : Agence Régionale de Santé

BU : Bibliothèque Universitaire

CCU-MG : Chef de Clinique des Universités de médecine Générale

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CISP-2 : Classification Internationale des Soins Primaires – 2° version

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

DESC : Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires

DMG : Département de Médecine Générale

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

GEAR : Groupe d'Échange à l'Approche Réflexive

HAD : Hospitalisation A Domicile

MCA : Maître de Conférence Associé

MCU-MG : Maître de Conférence des Universités de Médecine Générale

MSU : Maître de Stage des Universités

PA : Professeur Associé

PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale

RSCA : Récit de Situation Complexe et Authentique

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé

SFMG : Société Française de Médecine Générale

SFTG : Société de Formation Thérapeutique du Généraliste

SIMGO : Syndicat des Internes de Médecine Générale de l'Ouest

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

1. INTRODUCTION

1.1. La thèse

1.1.1. Définition

Thèse : du grec *thesis* (action de poser), ensemble de travaux présentés, sous forme d'ouvrage, en vue de l'obtention du grade de docteur ; exposé public de cet ouvrage. (Larousse 1997)

1.1.2. Court rappel historique

Le terme « thèse » apparaît au sein de la langue française en 1579 (1) et est utilisé au sein des universités à partir du XVII^e siècle. Cependant, ce que l'on appelle aujourd'hui ainsi, est un acte dont on trouve l'origine dès le XI^e siècle. Ainsi, au Moyen-Age, l'acte de « passer une thèse » s'appelle « dispute » (2), et c'est sous ce terme qu'elle apparaît au sein des premières universités, au XII^e siècle. On compte alors trois universités en Europe : à Paris, Montpellier et Bologne. Il existe alors trois disciplines : le droit, la théologie et la médecine.

A la Révolution, la pratique de la médecine est ouverte à tous au nom du principe fondateur qu'est la liberté, et qui inclue donc la liberté d'exercice. Pour des raisons évidentes de santé publique, cette libéralisation à outrance de la pratique médicale ne dure pas longtemps, et dès 1794, les écoles de médecine (re-)voient le jour, pour des études de 3 ans sans programme officiel, ni examen, même si l'exercice de la thèse revient progressivement, en français, alors qu'elle était auparavant rédigée et soutenue en latin.

La loi du 19 ventôse de l'an XI (10 mars 1803) relative à l'exercice de la médecine accorde au médecin le monopole de guérir. Elle fait renaître les facultés de médecine, habilitées à décerner le titre de docteur en médecine ou en chirurgie. Son article 7 stipule, en outre, qu'« après les cinq examens, l'aspirant sera tenu de soutenir une thèse qu'il aura écrite et soutenue en latin ou en français » (3).

Cette obligation a perduré au gré des différentes réformes universitaires (loi Debré de 1958, réformes de l'internat en 1984, 1988, 2004), et est à ce jour inscrite dans l'article L632-4 du code de l'Éducation qui stipule : « Le diplôme d'État de docteur en médecine est conféré après soutenance avec succès d'une thèse de doctorat » (4).

En revanche, on précisera qu'il s'agit d'une thèse d'exercice qui n'est pas à proprement parler une thèse de doctorat, en ce sens, notamment, qu'elle ne nécessite pas obligatoirement de recherche expérimentale (5).

1.1.3. La thèse de médecine générale

Cependant, la thèse représente bien davantage qu'une obligation légale, ou que la définition du Larousse 1997 reproduite plus haut, comme l'a parfaitement illustré le travail de A. Espinoza sur les *Représentations et déterminants du vécu du travail de thèse pour le doctorat en médecine* (6). Cette thèse a été effectuée par recueil d'entretiens semi-dirigés auprès d'anciens internes de médecine générale de l'Université de Nantes, thésés en 2012. Elle met ainsi en évidence les différentes autres perceptions de ce travail, même si son caractère obligatoire, et contraignant, est souligné par une large majorité des médecins interrogés, parfois comme motivation unique. Mais aux aspects négatifs de ce chemin décrit comme « long », « difficile », même « douloureux », ils y ajoutent des sentiments plus positifs parlant de « satisfaction » à la réalisation de cette thèse, vécue parfois comme « un dépassement de soi ».

Un autre aspect qui est souligné dans cette thèse, est un côté « fin de cycle » que marque cette thèse, « travail (...) de fin d'étude », venant en « conclusion » de ces longues années d'université.

Enfin, certains valorisent ce travail comme travail de recherche, utile à la communauté médicale (« apporter quelque chose à la médecine »), « original », représentant une expérience qui peut s'avérer unique au cours de leur vie professionnelle. D'autres thésés ont en revanche une vision plus pessimiste de cet apport, arguant que les thèses, et, plus généralement, les études effectuées dans le cadre de la médecine générale « n'apportent rien ».

Cette vision dépréciée de la recherche en médecine générale, et plus globalement de la discipline en elle-même, n'est probablement pas isolée, que ce soit chez les médecins généralistes, les autres spécialistes et dans la population générale. Cette vision trouve, au moins en partie, sa source dans les origines de cette discipline, qui s'est définie « par défaut » suite à l'apparition, principalement à partir des années 1940, de la spécialisation (puis de la sur-spécialisation) de la médecine, concrétisée en France par la création en 1958, par la loi Debré, des Centres Hospitalo-Universitaires. Contrairement à ce que l'on peut voir dans les pays anglo-saxons notamment, le chemin menant à une reconnaissance accrue de la médecine générale, en France, reste donc long mais a connu une étape importante avec la réforme universitaire de 2004.

1.2. Le DES de Médecine Générale

1.2.1. La formation

En effet, la création en 2004 du Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de Médecine Générale vise à permettre la valorisation de la discipline en France, en lui conférant, sur le plan réglementaire au moins, le statut de spécialité médicale à part entière (7).

A ce titre, la formation des futurs médecins généralistes passe désormais par une période d'internat, au même titre que pour les autres spécialités, d'une durée de 6 semestres actuellement. De ce fait, tous les étudiants en médecine doivent désormais passer les Épreuves Classantes Nationales (ECN), équivalent plus ou moins aux anciens concours d'internat, au terme desquelles, en fonction de son classement, chaque étudiant choisit sa spécialité et sa faculté de rattachement.

Au terme de l'internat, la validation du DES de médecine générale est soumise à la production d'un mémoire, en plus de la rédaction et de la soutenance de la thèse.

1.2.2. La recherche

Cette réforme de 2004 a également permis le développement d'une filière universitaire de Médecine Générale, encore naissante au moment de cette réforme, les premiers Départements de Médecine Générale (DMG) datant de 1995. Cela doit permettre le développement d'une recherche en médecine générale, adaptée à ses spécificités et sa complexité, prenant en compte toute ses dimensions conformément à la définition européenne de la médecine générale – médecine de famille de la WONCA reproduite en annexe I : « La médecine générale - médecine de famille est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires » (8).

En France, cette recherche était, et est encore, sous-représentée, comme le soulignait le rapport De Pourvoirville en 2006 : « Les médecins généralistes français ont investi dans la recherche depuis plus de trente ans, malgré le handicap de l'absence d'une filière universitaire offrant des formations aux méthodes de la recherche et un environnement scientifique favorable au développement de travaux de qualité » (9). Il soulignait aussi l'existence d'un « milieu dynamique » mais disposant de « ressources insuffisantes et dispersées » (9). Ce n'est pas le cas de certains pays, notamment anglo-saxons, bénéficiant d'une culture de recherche en soins primaires plus anciennes. Ainsi, toujours en 2006, « la moitié des publications de médecine générale provient des États-Unis, l'autre moitié de l'Europe [dont] 80% sont effectués par le Royaume-Uni et les Pays-Bas [...] 1,5% est d'origine française » (10).

En France, cette recherche s'articule autour de 3 ensembles de production (11) :

- les sociétés savantes de médecine générale telles que le CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants), la SFTG (Société de Formation Thérapeutique du Généraliste), la SFMG (Société Française de Médecine Générale), etc ;
- les réseaux locaux ;
- les DMG, par le biais des enseignants et des étudiants dont les travaux de thèse représentent un volume de production d'écrits important du fait d'un nombre important d'internes de médecine générale. On peut néanmoins s'interroger, un peu à la manière de certains médecins s'exprimant dans la thèse de A. Espinoza (6), sur la pertinence de ces écrits pour l'apprentissage de la recherche en médecine générale, et pour la contribution à l'amélioration des connaissances dans la discipline. Il s'agit d'un des buts de ce travail.

1.2.3. Les DMG

Pour assurer ses missions d'enseignement et de recherche, les DMG s'appuient sur quatre catégories d'enseignants généralistes (11). Premièrement, les maîtres de stage universitaires (MSU), assurent l'enseignement pratique des internes de médecine générale, mais aussi des étudiants en médecine en 1^{er} ou 2^e cycle, sur les lieux de stage ambulatoire, c'est-à-dire au sein de leur cabinet (le plus souvent).

Deuxièmement, les chefs de cliniques des universités (CCU-MG), associent une part de soins ambulatoires, à une fonction universitaire alliant enseignement et recherche. Leurs missions sont d'approfondir leurs connaissances en médecine générale, de s'investir dans des projets de recherche, et d'enseigner aux étudiants du 2^e et 3^e cycle (11). Leur activité de soin n'est pas définie ; il peut ainsi s'agir d'une activité libérale, ou d'une activité salariée. L'organisation pratique est propre à chaque DMG.

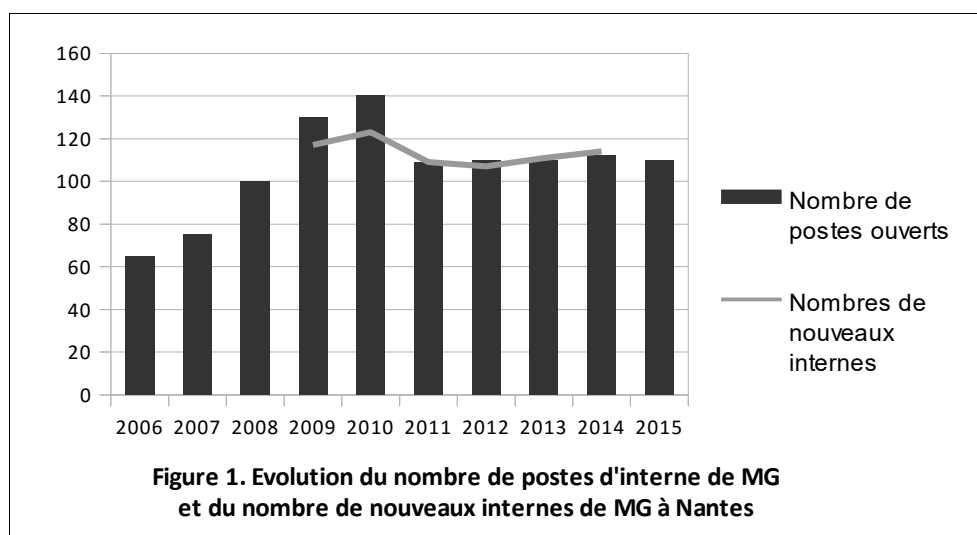
Ensuite, les enseignants associés sont des enseignants non titulaires, au sein des DMG, qui assurent un certain nombre d'heures de cours, correspondant à un mi-temps universitaire, venant s'ajouter à leur activité professionnelle. On retrouve des maîtres de conférence associés (MCA) et des professeurs associés (PA), auxquels on peut ajouter des chargés d'enseignements, enseignants « vacataires ».

Enfin, les enseignants titulaires, que sont les maîtres de conférences (MCU-MG) et professeurs des universités (PU-MG). Leurs postes sont accessibles habituellement sur concours. Ils relèvent de la loi du 8 février 2008 ; leurs fonctions et leurs statuts diffèrent donc de celui des professeurs hospitalo-universitaires (PU-PH) qui eux dépendent de la loi de 1984.

1.3. Le DMG de l'Université de Nantes

Le Département de Médecine Générale de l'Université de Nantes compte trois CCU-MG, deux MCA, quatre PA, et un seul PU-MG¹. A ceux-ci, s'ajoutent 165 MSU accueillant des internes en stage praticien de niveau 1, et 95 MSU (qui sont parfois les mêmes) accueillant des internes en stage SASPAS (Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisés). Ces données ne comptabilisent pas les médecins accueillant uniquement des étudiants en médecine de 1^o ou 2^o cycle.

Ces enseignants encadrent des internes de médecine générale dont le nombre a fortement augmenté au cours des années 2000, avec des promotions se stabilisant autour de 110 nouveaux internes par an depuis 2011, après un pic à 123 en 2010, tel que représenté dans la figure 1². Cela représente ainsi environ 330 internes à prendre en charge chaque année.



Pour faire face à cette augmentation du nombre d'internes, le DMG de Nantes a dû adapter son encadrement, délaissant un accompagnement individuel systématique pour des séances collectives qui s'articulent autour des GEAR (Groupes d'Échange pour une Approche Réflexive). « Pendant ces journées de GEAR, les internes sont invités à réfléchir sur leur pratique de soignant en utilisant un outil, le RSCA : Récit de Situation Complexe Authentique » (12). Cet outil d'évaluation se base sur trois principes : « transformer l'observation clinique habituelle » en un récit d'une situation de soins, « transformer l'approche bio-médicale habituelle » en approche bio-psycho-sociale, « transformer l'interne [en médecine générale], hospitalier » pour 4 à 5 sixièmes de son temps de formation en futur professionnel de médecine générale (13).

1 Données DMG, chiffres au 02/04/2015.

2 Données DMG et ANEMF (<http://www.anemf.org/etudes-medicales/troisieme-cycle/postes-et-rangs-limites/1942-nantes.html>) [consulté le 12/10/2015]

Chaque interne est évalué de façon annuelle, à partir de ces RSCA et de ses stages pratiques, au cours des 3 années de son internat. En cas de besoin relevé au cours de cette évaluation, un soutien personnalisé peut être proposé à l'interne.

De même, l'encadrement du travail de thèse est laissé à l'appréciation de l'étudiant. Il est cependant précisé que le sujet doit être « pertinent, faisable, motivant et éthique » (14), et que, s'agissant du compte-rendu d'un travail scientifique, celui-ci doit respecter le format IMRaD (Introduction, Matériel et méthode, Résultats et Discussion). Il est fortement recommandé de soumettre au DMG un projet de recherche (cf Annexe II). Par ailleurs, des ateliers de thèse sont régulièrement organisés pour permettre aux internes d'échanger sur leurs travaux en cours. Toutes ces mesures, fortement recommandées, tout comme la diffusion ultérieure du travail de thèse (publication, présentation en congrès, etc) n'ont cependant pas de caractère obligatoire, à l'inverse de ce qui peut se pratiquer au sein d'autres DMG, les capacités d'encadrement des thèses par les enseignants de médecine générale étant limitées.

Ainsi, certaines thèses s'inscrivent dans des programmes de recherche menés ou soutenus par le DMG ou par des enseignants de médecine générale, d'autres rencontrent l'intérêt de MSU volontaires pour les diriger, et d'autres internes se tournent vers des praticiens hospitaliers. Cette diversité de compétences et de disponibilités pour l'encadrement des thèses, associée aux limites de temps et de disponibilités des internes de médecine générale contribue à l'hétérogénéité de la qualité des travaux de thèse de médecine générale.

1.4. Objectifs de l'étude

Pour mieux connaître et mieux comprendre la réalité des travaux de thèse de médecine générale menés à Nantes, à la fois au regard de la pertinence pour la discipline, et au regard des moyens employés par les candidats, une enquête documentaire a été menée, afin d'éclairer les futurs rédacteurs et directeurs de ces thèses sur les thèmes explorés, les problématiques choisies, les méthodes employées et leur efficience.

L'objectif principal de cette étude était de décrire les thèmes et méthodes utilisées par les internes de médecine générales de Nantes, dans leur travail de thèse.

Les objectifs secondaires consistaient à :

- décrire la population des internes de médecine générale de Nantes soutenant leur thèse ;
- évaluer la proportion de travaux entrant dans le cadre de la recherche en médecine générale ;
- évaluer une éventuelle sur-sollicitation des maîtres de stage dans ces travaux de recherche, indépendamment de leur participation à l'encadrement et l'évaluation de ces travaux ;
- repérer les modes d'accès aux enquêtés les plus efficaces.

2. MATÉRIEL ET MÉTHODE

2.1. Matériel et corpus

Ce travail a reposé sur l'analyse des thèses de médecine générale soutenues à l'Université de Nantes du 01/01/2009 au 31/12/2013, soit les 5 années complètes ayant précédé l'initiation de ce projet.

La liste informatique des thèses nous a été fournie par le secrétariat du DMG, à partir du registre commun des thèses de la faculté de médecine de Nantes. Cette liste a ensuite été recoupée avec une recherche, année par année, sur le site internet de la bibliothèque universitaire (BU) de Nantes, « nantilus », à partir des mots-clés « médecine générale » SAUF « chirurgie », dans les notes de thèse. Si une thèse du registre n'était pas retrouvée par cette recherche, elle l'était par le nom de l'auteur. Par ailleurs, un certain nombre de thèses, qui n'étaient pas référencées dans la liste initiale, a été retrouvé par ce biais. Cette discordance n'a pu être expliquée malgré consultation du registre papier des thèses, du secrétariat du DMG, et de celui de la BU. Ces thèses ont été incluses dans l'analyse.

L'Université de Nantes imposant de déposer à la BU une version informatique de chaque thèse, en plus des versions papier, chaque thèse a pu être consultée via internet, à de rares exceptions près, du fait soit d'un lien informatique mort, soit de l'absence de référence.

2.2. Méthode

Une grille de lecture de type « Excel » a été réalisée et remplie par l'investigateur à partir principalement de la page de couverture et de la partie « Matériel et méthode » de chaque thèse, celle-ci respectant généralement la structure IMRaD (Introduction, Matériel & méthode, Résultats, Discussion). En cas de doute quant à une classification, une seconde lecture a été effectuée par le directeur de cette thèse. Cette grille comportait 14 items, répartis en 4 parties.

2.2.1. Partie démographique

Elle recensait le sexe et l'âge du thésard, à la date de soutenance.

2.2.2. Partie portant sur la problématique de la thèse

Premièrement, on s'intéressait dans cette partie au champ observé et à la population

étudiée : ces deux critères étaient-ils en cohérence avec une étude en médecine générale ou en soins de premier recours (définie par un environnement et une population de soins primaires, selon la définition de la WONCA) (8) ou non ? Concernant la population de l'étude, il était recherché si celle-ci s'intéressait aux médecins, aux patients, à leur entourage, à la population générale, etc.

Le troisième critère de cette partie était la pertinence pour la médecine générale, définie selon les critères de la thèse de M. Chevalier (15) portant sur le même sujet, au sein de la faculté Paris Descartes, et reprise une première fois par C. Tournebize (16) dans son travail au sein de l'université de Lyon. Dans ces travaux, la thèse était considérée comme pertinente, c'est-à-dire adaptée à la recherche en médecine générale si 3 critères étaient réunis :

- l'existence d'une méthode identifiée ;
- une problématique traitant « d'un problème de santé et de sa prise en charge, de filières de soins, de la gestion de la santé, de la communication médecin-patient, de la gestion du cabinet médical, de l'amélioration des pratiques et de ses outils, de la formation des médecins ou des médecins eux-mêmes » (15) ;
- un environnement de soins primaires (ou en population générale), ou une utilité à l'exercice de la médecine générale des outils considérés dans la thèse.

Ce critère, bien que fortement redondant avec l'item précédent sur le champ étudié, a été utilisé afin d'obtenir un outil comparable avec d'autres travaux, la définition d'un sujet de médecine générale comportant par ailleurs certaines variations dans les travaux sur le même thème.

Quatrièmement, on relevait un problème de santé principal étudié dans la thèse, codifié selon la classification CISP-2 (Classification Internationale des Soins Primaires - 2^{ème} Édition) de la WONCA reproduite en annexe III. Certaines thèses ne comportaient pas de problème de santé à proprement parler, mais ont malgré tout pu être classées selon ce répertoire, en utilisant notamment la partie procédure, incluant notamment des items tels que « Médication/prescription/injection » (item -50), « Thérapie manuelle/médecine physique » (- 57), « Vaccination/médecine préventive » (-44). Ces items ont été utilisés préférentiellement à l'item A97 « Pas de maladie », ou à une nouvelle classification à part « Pas de problème de santé » tel que cela a pu être fait dans d'autres travaux.

Le cinquième critère était l'angle d'attaque, ou problématique, de la thèse. Sept grands types de préoccupation ont été retenus, en accord avec notre directeur de thèse. Ils ont été choisis afin d'obtenir un maximum d'exclusivité entre eux, chaque thèse ne pouvant avoir qu'une seule préoccupation. Le classement regroupait donc les préoccupations suivantes :

- clinique ;
- thérapeutique, médicamenteuse ou non, curative ou préventive (problématique de vaccination notamment) ;
- éducation thérapeutique, allant de l'étude des représentations des patients ou de la population générale à l'évaluation des programmes d'éducation thérapeutique ;

- organisationnelle : organisation de l'offre de soins, et organisation du cabinet ou des structures hospitalières ;
- formation, initiale (de la première année à l'internat) et formation médicale continue ;
- relation médecin-patient ;
- autre.

2.2.3 Partie méthode

La troisième partie de la grille relevait la méthode utilisée : s'agissait-il d'une méthode quantitative, qualitative, ou documentaire ? Des précisions étaient également notées : par ex, pour les méthodes qualitatives, s'agissait-il d'entretiens, ou d'observations ? S'il s'agissait d'entretiens, étaient-ils semi-directifs, de groupes, etc ? Si coexistaient dans le même travail plusieurs parties utilisant des méthodes différentes, il était recherché l'existence d'une partie prédominante à l'autre, notamment en fonction de l'objectif de la thèse (l'exemple étant celui d'un travail préliminaire), et seule la partie prédominante était analysée dans la suite de l'étude. Si cela n'était pas possible, les différentes parties étaient ensuite étudiées une à une. La classification des différents types d'études a été réalisée à partir du livre *Initiation à la recherche* de Paul Frappé (17), qui a également servi de référentiel pour l'analyse de cette partie, notamment pour reclasser certains travaux.

Dans cette partie, un item s'intéressait enfin à l'existence d'un questionnaire, pour les méthodes quantitatives principalement, avec nécessité de constitution d'un échantillon, par opposition aux thèses utilisant des grilles de recueil de données déjà existantes.

2.2.4 Partie participation

Cette dernière partie ne concernait que les travaux nécessitant un accès direct à l'échantillon étudié, soit ceux utilisant une méthode quantitative avec questionnaire, ou ceux utilisant une méthode qualitative. Il était relevé :

- le mode de constitution de l'échantillon, ou la population de référence, par exemple, l'utilisation de l'annuaire (Pages Jaunes), d'une liste fournie par la CPAM, d'une liste de MSU, etc.
- le mode de contact (pour les méthodes quantitatives uniquement) : direct, par courrier postal, par téléphone, par mail.
- l'existence d'une ou plusieurs relances (pour les méthodes quantitatives uniquement) ;
- le taux de réponse, ou le nombre de refus dans le cas des méthodes qualitatives ;
- le nombre de participants (ou de questionnaires remplis).

2.3. Analyse statistique

Lorsque cela a été nécessaire, pour les comparaisons par années, des analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du test du Khi 2. Le risque d'erreur de première espèce retenu a été inférieur à 5% ($p < 0,05$).

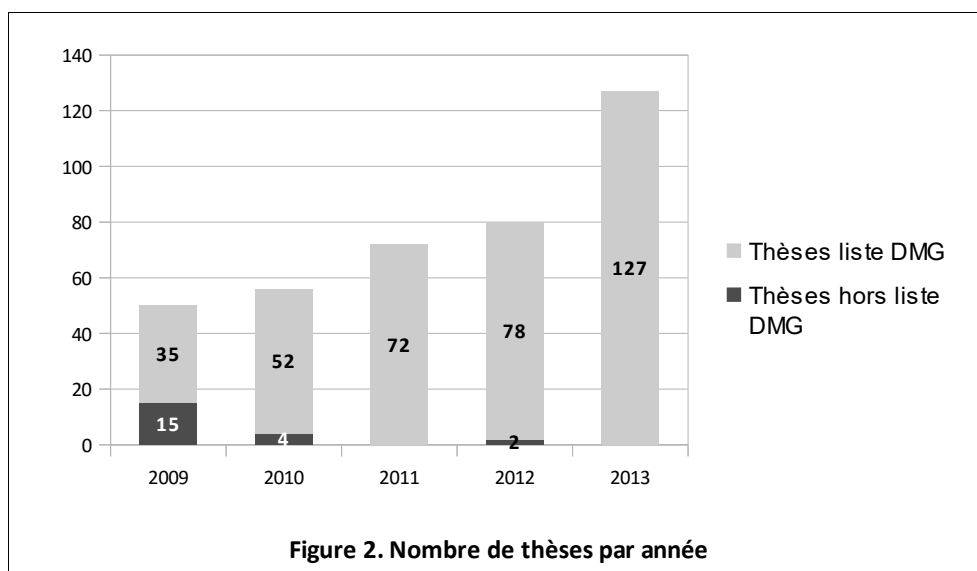
3. RÉSULTATS

3.1. Nombre de thèses

Un total de 385 thèses a été analysé. Huit d'entre elles l'ont été à partir de la version papier disponible à la BU de Nantes ; toutes les autres étaient disponibles sur le site internet de la BU.

Comme indiqué au chapitre 2.1, 21 thèses ont été retrouvées sur le site « nantilus » de la BU, en dehors du listing fourni par le DMG, principalement parmi celles soutenues en 2009.

En 5 ans, le nombre de thèses soutenues par an a été multiplié par 2,5.



3.2. Sexe de l'auteur

Les femmes représentaient 74,5% des 388 internes de médecine générale ayant soutenu leur thèse entre 2009 et 2013 (3 thèses ont été co-écrites). Ce taux est resté stable suivant les années.

Tableau 1. Sexe de l'auteur par année

<i>Année</i>	<i>Nombre d'hommes</i>	<i>Nombre de femmes</i>
<i>2009</i>	15 (30,0%)	35 (70,0%)
<i>2010</i>	15 (26,8%)	41 (73,2%)
<i>2011</i>	19 (26,0%)	54 (74,0%)
<i>2012</i>	19 (23,5%)	62 (76,5%)
<i>2013</i>	31 (24,2%)	97 (75,8%)

3.3. Age de l'auteur à la soutenance

L'âge moyen à la soutenance était de 29,5 ans (médiane 29 ans), sans variation majeure selon les années. Il existe 4 données manquantes (date de naissance non indiquée).

Tableau 2. Age moyen de l'auteur par année

<i>Année</i>	<i>Age moyen en années (médiane)</i>
<i>2009</i>	29,9 (29)
<i>2010</i>	30 (30)
<i>2011</i>	29,5 (29)
<i>2012</i>	29,3 (29)
<i>2013</i>	29,2 (29)

3.4. Champ de la thèse

Sur la période étudiée, une majorité de thèses s'inscrivait dans le champ de la médecine générale ambulatoire (59,5%). 156 thèses ne traitaient pas de sujets concernant la médecine générale ambulatoire. Par ailleurs, 15,1% des thèses traitaient d'un sujet de médecine d'urgence, souvent soutenues par des internes inscrits en DESC d'urgence et contraints de valider le DES de médecine générale.

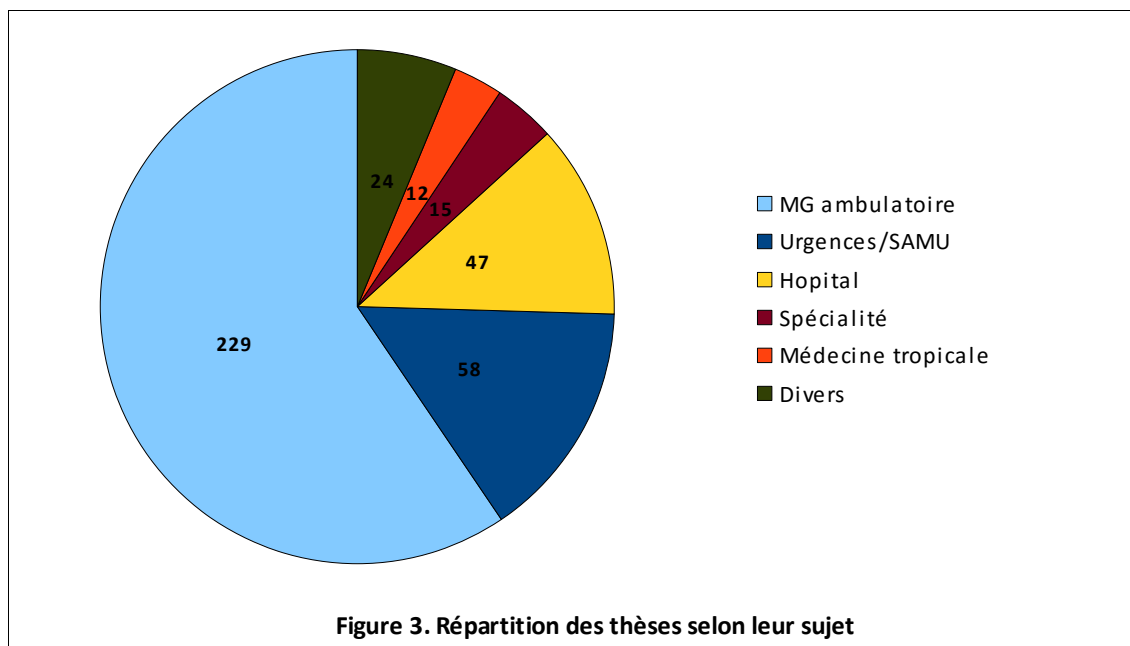
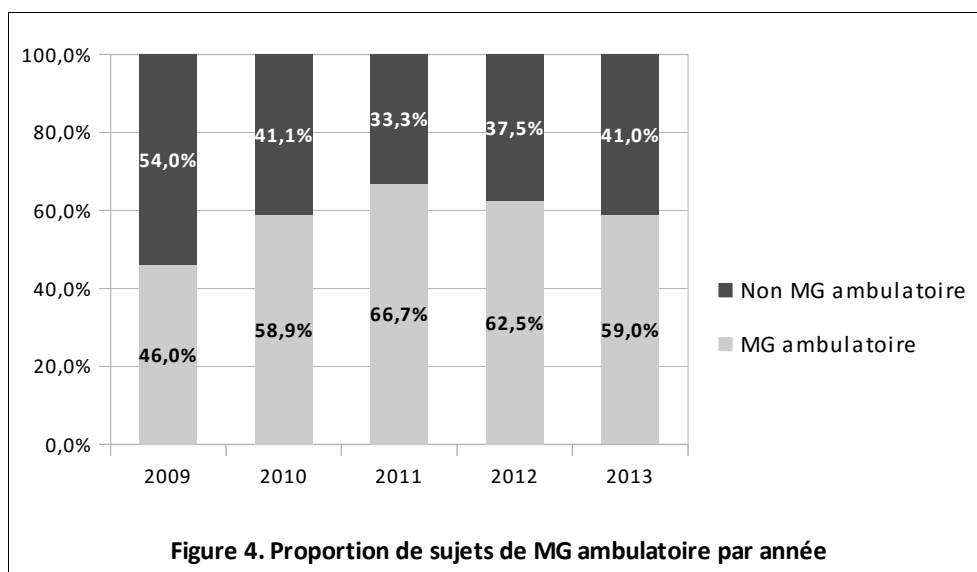


Tableau 3. Répartition des champs « divers »

	Nombre
Médecines manuelles & alternatives	5
Soins palliatifs / Douleur	5
Planning familial	4
Exercices particuliers de la MG	5
Autres / Non classables	5

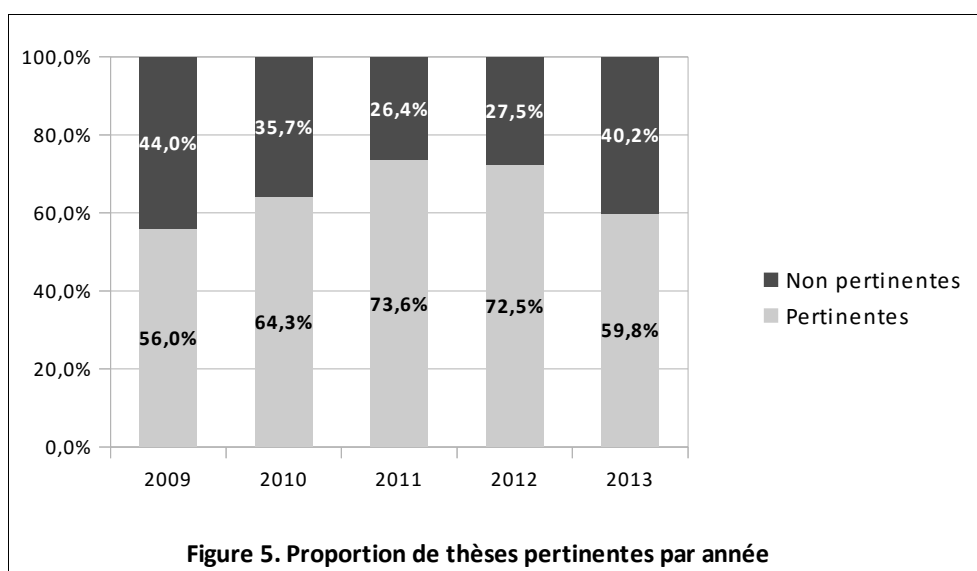
Les thèses « Exercices particuliers de la MG » correspondaient aux thèses traitant de médecine universitaire, sportive, militaire ou pénitentiaire.

La proportion de thèses traitant de médecine générale ambulatoire est restée stable selon les années, les différences entre les années n'étant pas significative ($p>0,05$)



3.5. Pertinence en médecine générale

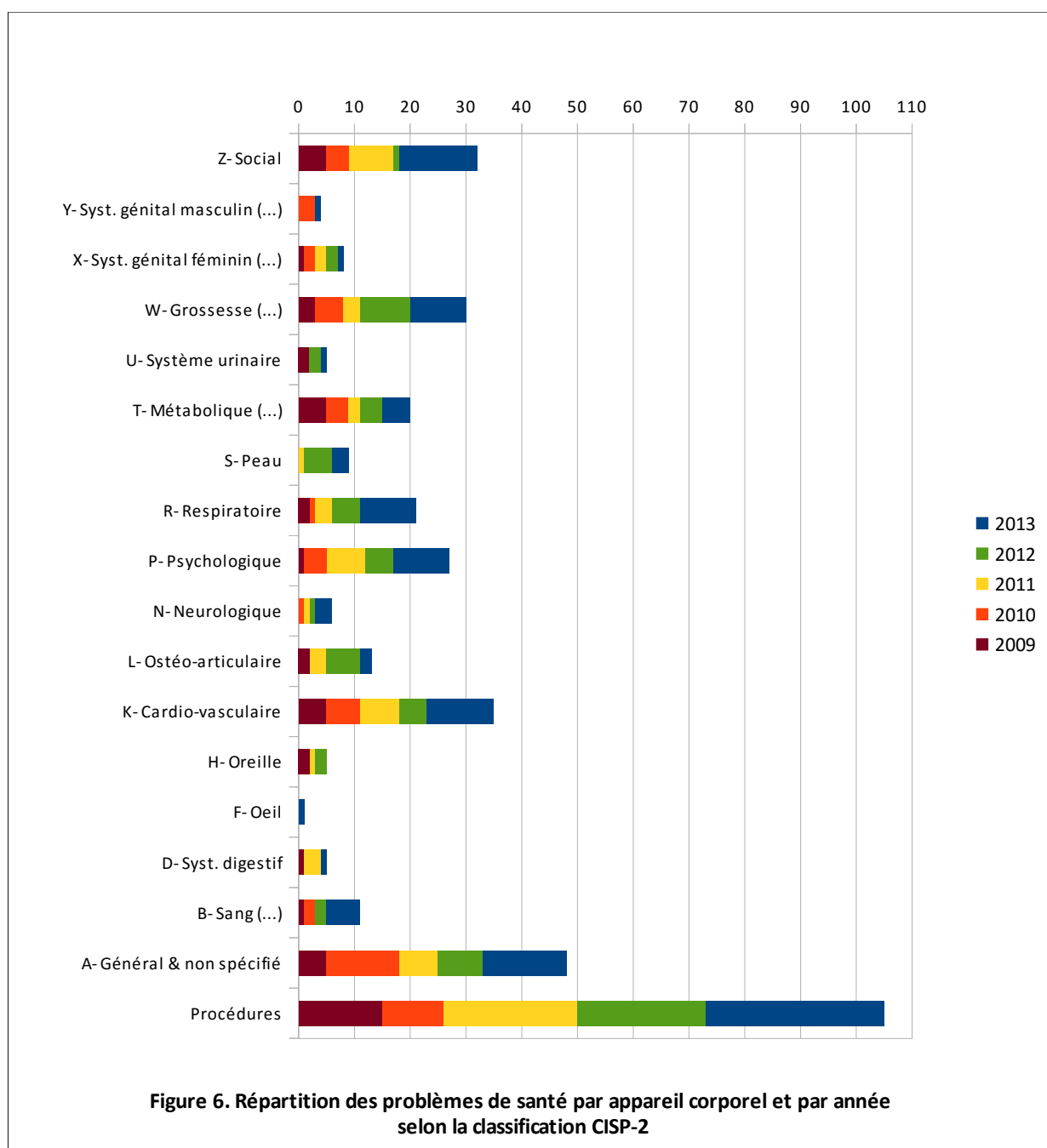
Sur la période concernée, 251 thèses ont été considérées comme pertinentes pour la recherche en médecine générale, selon les critères définis au chapitre 2.2.2, soit 65,2% des thèses, versus 134 thèses non pertinentes. Il n'y a pas eu de différence significative selon les années.



3.6. Problème de santé principal

Les catégories les plus représentées étaient celles qui ne traitent pas spécifiquement d'un appareil corporel : Procédures (27,3%), Général & non spécifié (12,5%) ; la catégorie Social est aussi en 4^e position.

Les problèmes de santé spécifiques d'organes les plus fréquemment rencontrés concernaient l'appareil cardiovasculaire (9,1%), l'ensemble grossesse/accouchement/planification familiale (7,8%), et les problèmes psychologique (7,0%).



En s'intéressant aux rubriques les plus fréquemment retrouvées, et en dehors des rubriques généralistes, on note l'importance des sujets liés à l'infection par le VIH, à la contraception féminine (à laquelle on peut de plus rajouter une thèse sur la stérilisation masculine), aux carences, et à la vaccination.

Tableau 4. Rubriques de la CISP-2 les plus référencées³

	<i>Nombre</i>
<i>-69 Autres procédures</i>	28
<i>-67 Référence à médecin</i>	12
<i>A29 Autre S/P général</i> <i>B90 Infection par le virus VIH, SIDA</i> <i>Z10 P. relatif au syst. de soins de santé</i>	11
<i>-68 Autres références</i> <i>-50 Médication/prescription/injection</i> <i>W11/W12/W13/W14 Contraception féminine⁴</i>	10
<i>-57 Thérapie manuelle/médecine physique</i> <i>A98 Gestion santé/médecine préventive</i> <i>T91 Carence vitaminique/nutritionnelle</i>	9
<i>-44 Vaccination/médication préventive</i>	8
<i>-30/-31 Ex. médical/bilan santé⁵</i>	7
<i>A01 Douleur générale/de sites multiples</i> <i>K74/K75/K76 Cardiopathie ischémique⁶</i> <i>K89/K90 Ischémie cérébrale⁷</i> <i>K99 Autre maladie cardiovasculaire</i> <i>P70 Démence</i> <i>R81 Pneumonie</i> <i>T89/T90 Diabète⁸</i>	6
<i>-58 Conseil therap/écoute/examens</i> <i>S77 Cancer de la peau</i> <i>W78 Grossesse</i> <i>Z01 Pauvreté/P. économique</i>	5

3 Abréviations : / ou ; P. problème ; S/P symptôme ou plainte

4 W11 Contraception orale / W12 Contraception intra-utérine / Stérilisation chez la femme / Autre contraception chez la femme

5 -30 Examen médical/bilan santé détaillé / -31 Examen médical/bilan santé partiel

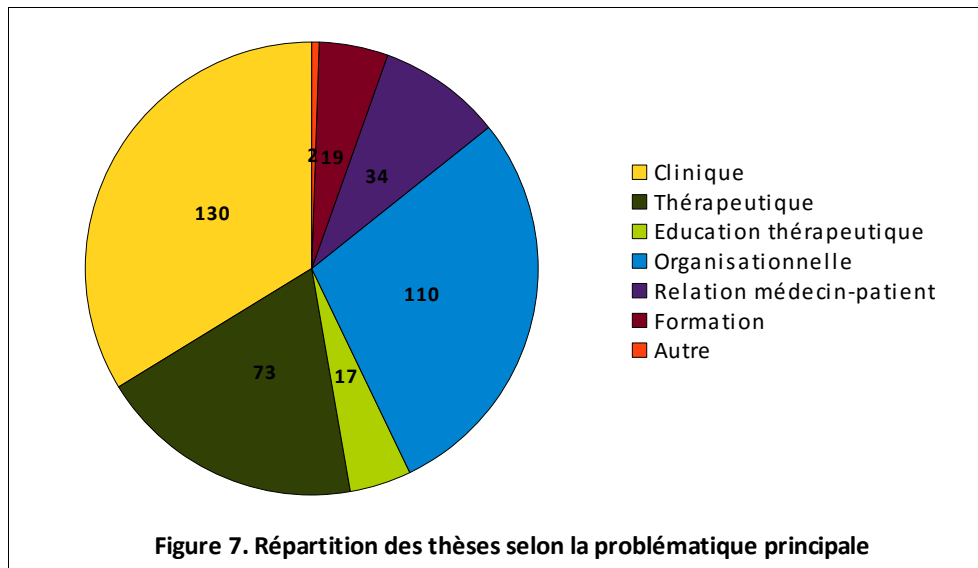
6 K74 Cardiopathie ischémique avec angor / K75 Infarctus myocardique aigu / K76 Cardiopathie ischémique sans angor

7 K89 Ischémie cérébrale transitoire / K90 Accident vasculaire cérébral

8 T89 Diabète insulino-dépendant / T90 Diabète non insulino-dépendant

3.7. Problématique de la thèse

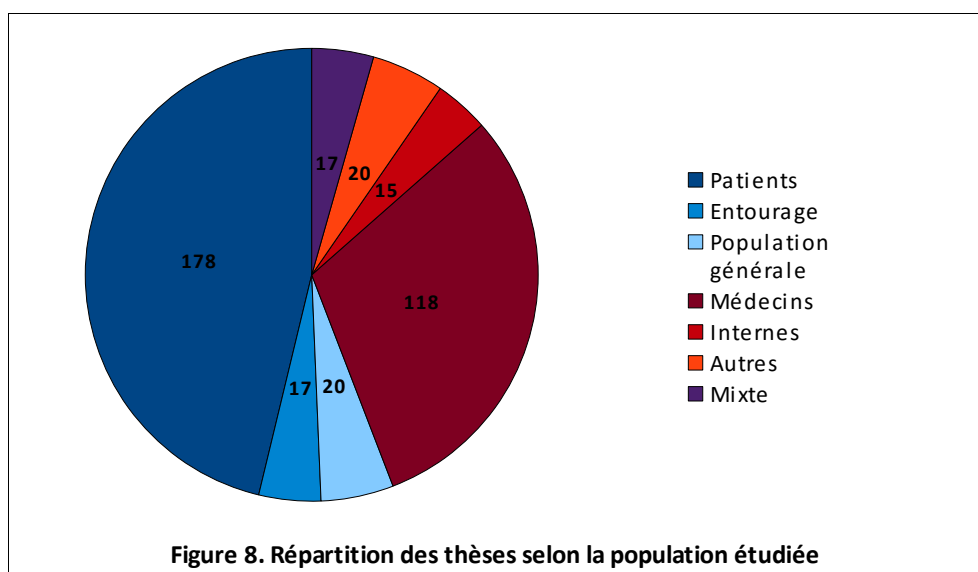
33,8% des thèses avaient une problématique clinique, 28,6% s'intéressaient à l'aspect organisationnel de la santé.



Les préoccupations de relation médecin-patient, de formation et d'éducation thérapeutique ont été moins fréquemment abordées.

3.8. Population de l'étude

On retrouvait une majorité de thèses (215, soit 55,8%) s'intéressant aux « non-soignants », c'est-à-dire aux patients et leur entourage, ou la population générale non malade.



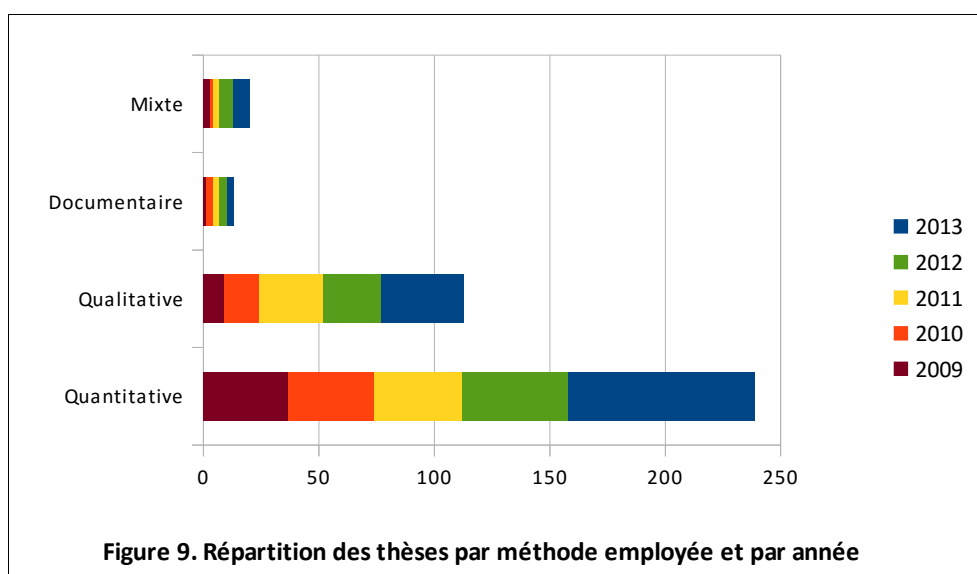
11 des 17 thèses classées « entourage » concernent les parents d'enfants (malades ou non malades).

Les thèses « autres » regroupaient 4 thèses se concentrant sur la consultation, 3 thèses dont la population est composée de professions para-médicales (infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes), 1 de conjoints de médecins, 1 de secrétaires médicales. 11 thèses restaient non classables sur ce critère.

Parmi les thèses mixtes, 7 s'adressaient aux patients et aux médecins, et 7 autres aux médecins et à d'autres professionnels de santé.

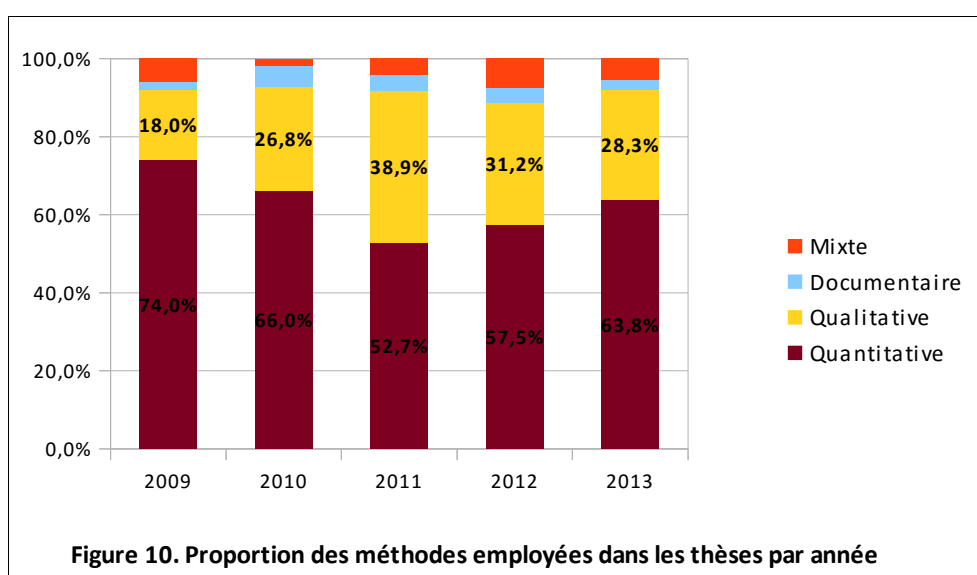
3.9. Méthode

Sur l'ensemble de la période étudiée, il a été utilisée en majorité des méthodes quantitatives (239 thèses soit 62,1% contre 113, soit 29,4% pour les méthodes qualitatives). L'utilisation de méthodes documentaires est restée marginale sur cette période (3,4%), relevant rarement de revues systématiques de la littérature ou de bibliographies méthodiques.



Les 20 thèses utilisant des méthodes mixtes regroupaient :

- 3 thèses avec une méthode quantitative prédominante ;
- 3 thèses avec une méthode qualitative prédominante ;
- 7 thèses dans lesquelles une méthode quantitative et une méthode qualitative ont été employées sans prédominance ;
- 7 thèses non classables utilisant des méthodes multiples aboutissant à la création d'outils logistiques (création d'un carnet de maternité, d'un site internet, construction d'un questionnaire, d'un référentiel, d'un programme de formation, d'un outil d'évaluation, et amélioration de comptes-rendus).



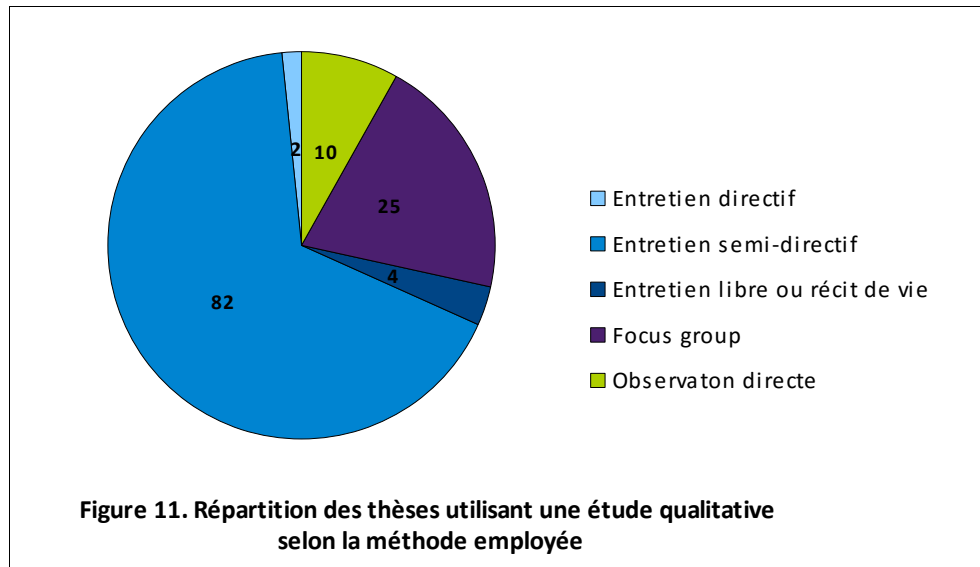
3.9.1. Méthodes quantitatives

L'analyse a porté sur 249 thèses (239 thèses utilisant une seule méthode, quantitative, et 10 thèses mixtes à prédominance quantitative ou sans prédominance). La majorité de ces thèses (235, soit 94,4%) relevaient d'études descriptives transversales. Les autres méthodes employées étaient :

- 3 études de cas, et 1 série de cas ;
- 9 études analytiques : 5 cas témoins et 4 études de cohortes ;
- 1 étude interventionnelle avant-après.

3.9.2. Méthodes qualitatives

Parmi les 123 thèses qualitatives, les 2/3 utilisaient la méthode de l'entretien semi-directif. On retrouvait ensuite les focus group (20,3%).



3.10. Utilisation d'un questionnaire

127 thèses utilisaient un questionnaire soumis à une population de référence. Cela représente 33,0% du total des thèses, et 51,0% des thèses utilisant une méthode quantitative.

3.11. Population de référence

Cette partie ne concernait que les thèses qualitatives, et les thèses quantitatives pour lesquelles un questionnaire a été utilisé.

Le mode de sélection de la population étant forcément différente, on a distingué dans cette partie les populations de médecins, des populations non soignantes regroupant patients, entourage et population générale. Devant le faible nombre de thèses, les populations d'internes et d'autres soignants n'ont pas été étudiées.

3.11.1. Population « médecins »

Les rédacteurs se sont principalement tournés vers des annuaires (38 thèses, soit 30%) pour constituer leur échantillon ; en premier lieu, l'annuaire téléphonique des Pages Jaunes (et le

plus souvent sur internet), mais aussi les annuaires professionnels constitués à partir des listes de contact de services hospitaliers, de réseaux (RESODIAB, Réseau Asthme 44), de l'HAD... Les échantillons ont été formés ensuite à 15% à partir des données d'organismes officiels : liste ADELI de la CPAM (7 thèses), conseil de l'Ordre (5 th.), ARS depuis 2012 (3 th.), DRASS (3 th.) et DREES (1 th.).

Tableau 5. Mode de constitution de la population de référence dans les populations de médecins

	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL
<i>Annuaire « pages jaunes »</i>	1	2	7	9	8	27
<i>Organismes officiels</i>	2	3	3	5	6	19
<i>Associations, syndicats</i>	2	7	5	1	3	18
<i>Entourage</i>	1	5	2	1	4	13
<i>MSU</i>	3	0	2	1	5	11
<i>Annuaire professionnels</i>	0	2	3	3	3	11
<i>Multiples</i>	1	1	2	2	4	10
<i>Médecins hospitaliers</i>	2	0	0	0	5	7
<i>Non communiqué</i>	2	0	3	5	3	13

3.11.2. Population « patients », « entourage » et « population générale »

Une majorité de thèses a été constituée à partir de corpus sélectionnés en cabinet (42,3%). Il s'agissait le plus souvent de cabinets de médecins de l'entourage et de MSU. A l'inverse, on retrouvait 16,3% de populations de référence hospitalières.

Tableau 6. Mode de constitution de la population de référence dans les populations non soignantes

	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL
<i>Cabinet</i>	1	6	13	12	12	44
<i>de médecins de l'entourage</i>	0	4	4	3	5	16
<i>de MSU</i>	1	1	5	1	3	11
<i>aléatoire</i>	0	0	1	0	2	3
<i>autre</i>	0	0	0	4	0	4
<i>non précisé</i>	0	1	3	4	2	10
<i>Hôpitaux et apparentés</i>	1	2	2	4	8	17
<i>Écoles/Collèges/Lycées</i>	2	0	0	1	4	7
<i>Urgences</i>	0	1	0	2	3	6
<i>Multiples</i>	1	1	0	1	3	6
<i>CTA</i>	0	0	0	1	4	5
<i>CIVG et planning familial</i>	1	0	1	2	0	4
<i>Entourage</i>	0	1	1	0	2	4
<i>Par un tiers</i>	0	0	0	0	4	4
<i>Lieux publiques</i>	0	1	0	0	2	3
<i>Autre</i>	0	1	3	1	0	4

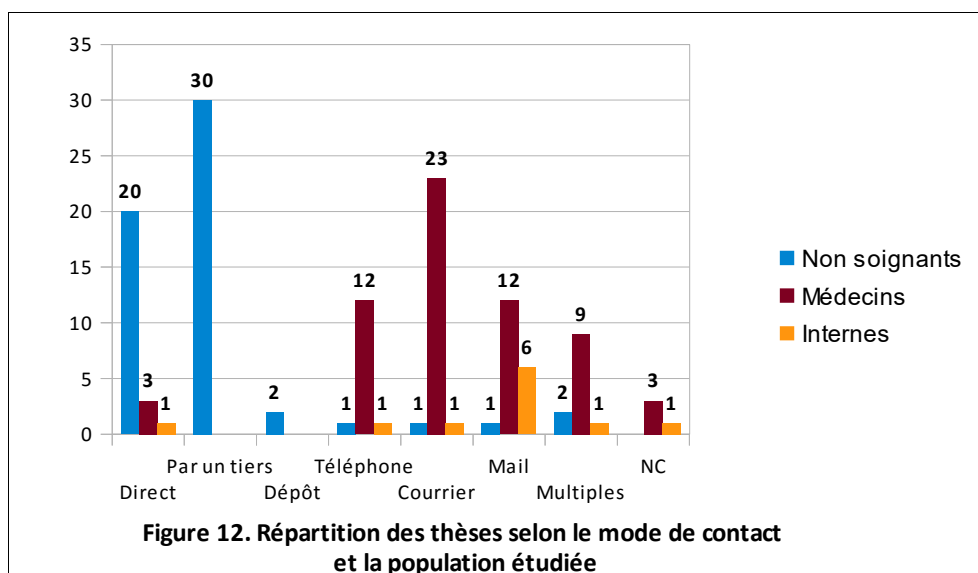
3.12. Mode de contact avec la population de référence

Dans les études utilisant un questionnaire, le mode de contact le plus employé était la distribution par un tiers (30 thèses, soit 23,1%), qu'il s'agisse de co-internes, d'externes en stage ambulatoire, d'autres praticiens, ou d'autres professionnels de santé. Venaient ensuite l'envoi postal (25 thèses, soit 19,2%), le contact direct avec distribution ou remplissage par l'investigateur (24 thèses soit 18,5%).

Néanmoins, on notait surtout une nette disparité dans le choix de la méthode selon la population étudiée. Ainsi, les 30 thèses utilisant des questionnaires distribués par un tiers s'intéressaient toutes aux non soignants. De même, 50 des thèses sur cette population ont été distribuées sur un mode direct (par l'investigateur, ou un tiers) soit 87,7% de cette catégorie de thèses.

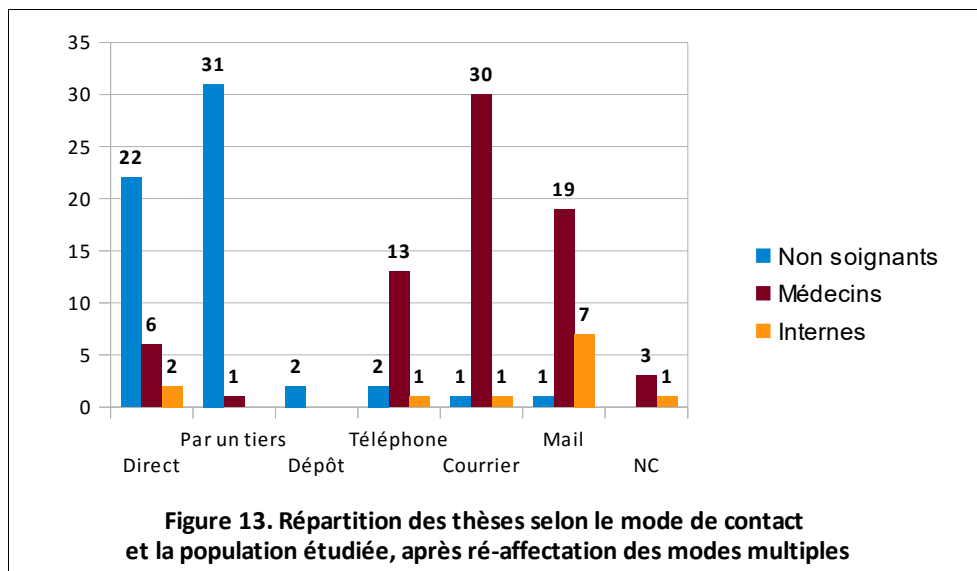
A l'inverse, les thèses s'intéressant aux médecins utilisaient préférentiellement l'envoi par courrier (23 thèses, soit 37,1% de cette catégorie), l'envoi d'un mail ou le contact téléphonique (12 thèses chacun, soit 19,4%).

Enfin, le mode de contact préférentiel avec les internes était le mail, avec 6 thèses sur 11 utilisant cette voie.



Le total est supérieur à 127 (qui était le nombre de thèse utilisant un questionnaire), certaines thèses étant étudiées 2 fois, car elles comprenaient différentes parties avec des questionnaires aux médecins et des questionnaires aux non soignants.

Les différents modes de contact utilisés dans les thèses à modes de contact multiples, ont ensuite été comptabilisé, et additionnés aux résultats précédents. Cela accentuait les tendances observées : on notait alors que les modes de contact les plus utilisés à égalité étaient le contact par un tiers, et l'envoi postal, avec chacune 32 thèses, mais avec une répartition des populations totalement inversées.



3.13. Utilisation d'une relance

Cette partie s'intéressait là encore uniquement aux thèses utilisant un questionnaire. L'analyse a porté sur un total de 137 études, certaines thèses comportant plusieurs questionnaires distincts.

Il n'était pas précisé si le questionnaire faisait l'objet d'une relance dans 71 études, soit 51,8% des enquêtes. 36 études n'ont fait l'objet d'aucune relance (26,3%).

30 enquêtes ont fait l'objet d'une ou plusieurs relances (21,9%). Dans 4 cas, la relance utilisait un mode de contact différent de celui utilisé en premier recours. Le nombre moyen de relances utilisées était de 1,9.

Tableau 7. Nombre d'études selon le nombre de relances

<i>Nombre de relances</i>	<i>Nombres d'études</i>
<i>Pas de relance</i>	36
<i>1 relance</i>	12
<i>2 relances</i>	12
<i>4 relances</i>	1
<i>5 relances</i>	1
<i>8 relances</i>	1
<i>Non précisé⁹</i>	3

Le mode de contact utilisant préférentiellement des relances (lorsque cela est indiqué) était le mail, avec 88,2% des études utilisant ce mode de contact y ayant recours.

Tableau 8. Nombre d'études avec relance(s) selon le mode de contact

<i>Mode de contact</i>	<i>Nombres d'études</i>
<i>Mail</i>	17
<i>Courrier</i>	5
<i>Direct</i>	4
<i>Téléphone</i>	2
<i>Multiples</i>	2

3.14. Taux de réponse

3.14.1. Taux de réponse des enquêtes quantitatives

L'analyse a porté sur le même total de 137 études.

Le taux de réponse n'était pas communiqué dans 44 d'entre elles (32,1%)

Le taux de réponse moyen global était de 59,3% (médiane 60,6%) sur les 93 études restantes.

Lorsque l'on s'intéressait au taux de réponse selon la population étudiée, on notait que le taux de réponse était meilleur dans les populations non soignantes.

⁹ Existence de relances indiquée dans la thèse sans précision de nombre

Tableau 9. Taux de réponse selon la population étudiée

<i>Population (nombre d'études)</i>	<i>Moyenne</i>	<i>Médiane</i>
<i>Non soignants (24)</i>	77,6%	80,5%
<i>Médecins (59)</i>	52,5%	54,2%
<i>Internes (8)</i>	57,3%	58,5%

Les taux de réponses étaient meilleurs avec les modes de contact directs (par l'investigateur, ou par un tiers) qu'avec des modes indirects, courrier ou mail.

Tableau 10. Taux de réponse selon le mode de contact

<i>Mode de contact (nombre d'études)</i>	<i>Moyenne</i>	<i>Médiane</i>
<i>Direct (12)</i>	81,5%	84,5%
<i>Par tiers (12)</i>	71,5%	78,3%
<i>Téléphone (12)</i>	65,3%	66,3%
<i>Courrier (25)</i>	53,8%	57,4%
<i>Mail (20)</i>	39,3%	35,0%
<i>Multiplés (10)</i>	62,0%	64,8%

L'existence de relances ne faisait pas remonter le taux de réponse moyen.

Tableau 11. Taux de réponse selon le nombre de relances

<i>Nombre de relances (nombre d'études)</i>	<i>Moyenne</i>
<i>Pas de relance(20)</i>	66,2%
<i>1 relance (12)</i>	43,2%
<i>2 relances (10)</i>	50,9%
<i>4 relances (1)</i>	35,0%
<i>5 relances (1)</i>	67,0%
<i>8 relances (1)</i>	35,0%

3.14.2. Nombre de refus dans les études qualitatives

L'analyse, dans cette partie, a reposé sur un total de 123 thèses (113 thèses à méthode qualitative, et 10 thèses à méthodes mixtes avec partie qualitative prédominante ou co-dominante).

Cette donnée était majoritairement absente dans ces études, le taux de réponse n'étant pas communiqué dans 87 d'entre elles soit 70,7%.

Dans les 36 thèses restantes, le nombre moyen de refus était de 32, mais la médiane est à 8, témoignant d'une grande variabilité. Les refus s'échelonnaient ainsi de 0 (3 thèses) à 154. On entendait par refus, les refus exprimés, les non-réponses, les absences au rendez-vous.

On ne peut pas estimer que cette grande variabilité soit liée aux différences entre les méthodes qualitatives : ainsi, en s'intéressant uniquement aux travaux employant la méthode de l'entretien semi-directif, ce qui correspondait à l'immense majorité (29 thèses), la moyenne était à 24 refus, la médiane à 6.

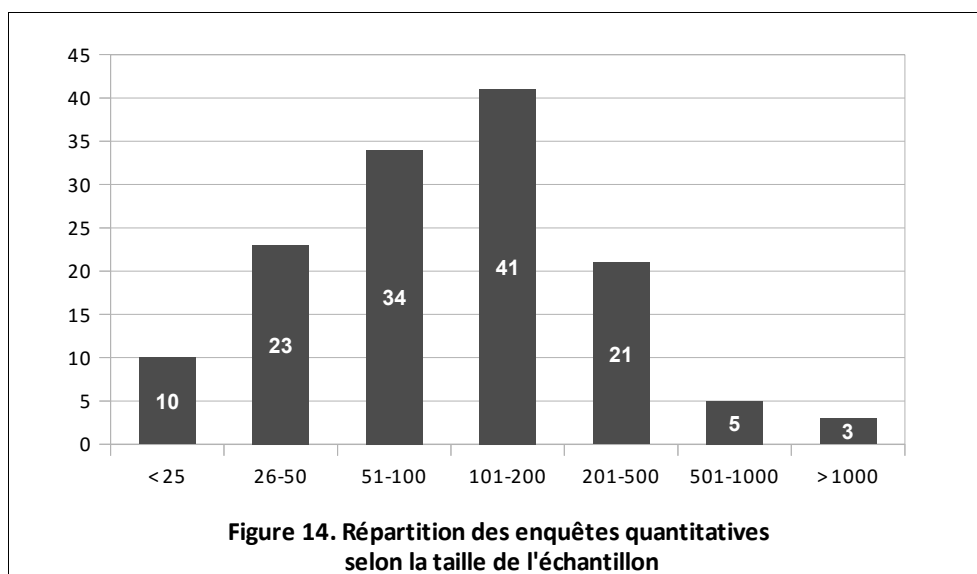
3.15. Nombre de répondants, ou de participants.

3.15.1. Nombre de répondants dans les enquêtes quantitatives

Comme dans la partie 3.14.1, l'analyse a porté sur 137 enquêtes.

Le nombre moyen de répondants était de 191,7 (médiane 106).

On notait une grande variabilité dans l'importance des échantillons, la plus petite étant de 13 réponses, la plus importante regroupant 3953 questionnaires.



Le nombre de réponses était en moyenne plus important dans les échantillons issues de populations non soignantes.

Tableau 12. Taille de la cohorte selon la population étudiée

<i>Population (nombre d'études)</i>	<i>Moyenne</i>	<i>Médiane</i>
<i>Non soignants (58)</i>	286,4	138
<i>Médecins (68)</i>	120,8	71
<i>Internes (9)</i>	135,2	119

Les études à base de questionnaires distribués par des tiers donnaient en moyenne des échantillons plus importants. A l'opposé, si l'on excepte les modes de contact multiples, les questionnaires envoyés par mail donnaient les tailles d'échantillon les moins importantes.

Entre ces deux extrêmes, les différences de résultats étaient peu significatives et parfois contradictoires selon que l'on tenait compte de la moyenne ou de la médiane.

Tableau 13. Taille de la cohorte selon le mode de contact

<i>Mode de contact (nombre d'études)</i>	<i>Moyenne</i>	<i>Médiane</i>
<i>Direct (26)</i>	129,6	109
<i>Par tiers (30)</i>	369,2	146
<i>Téléphone (14)</i>	156,4	83,5
<i>Courrier (28)</i>	162,9	110
<i>Mail (20)</i>	123,9	71
<i>Multiples (13)</i>	98,2	65

3.15.2. Nombre de participants aux études qualitatives

3.15.2.1. Nombre d'observations réalisées

Le nombre d'observations réalisées au sein des 10 thèses ayant utilisé cette méthode était très variable allant de moins de 10 observations (3 et 8), à plus de 1000 observations (1147 et 1597), posant la question de la classification de ces études. Entre ces deux extrêmes, la moyenne se situe à 320, la médiane à 76.

Ces variations s'expliquaient par le fait que l'on regroupait sous ce terme des études dont la réalisation a été très différente. On retrouvait ainsi 5 travaux s'appuyant sur des observations réalisées par les internes en stage ambulatoire (voire des externes) retranscrites dans des grilles de recueil, amenant aux plus gros échantillons. A l'opposé, on trouvait aussi des observations de dessins, d'une partie spécifique de la consultation (otoscopie par exemple), de la consultation entière, ou autre, qui amenaient moins d'observations.

3.15.2.2. Nombre d'entretiens directs réalisés

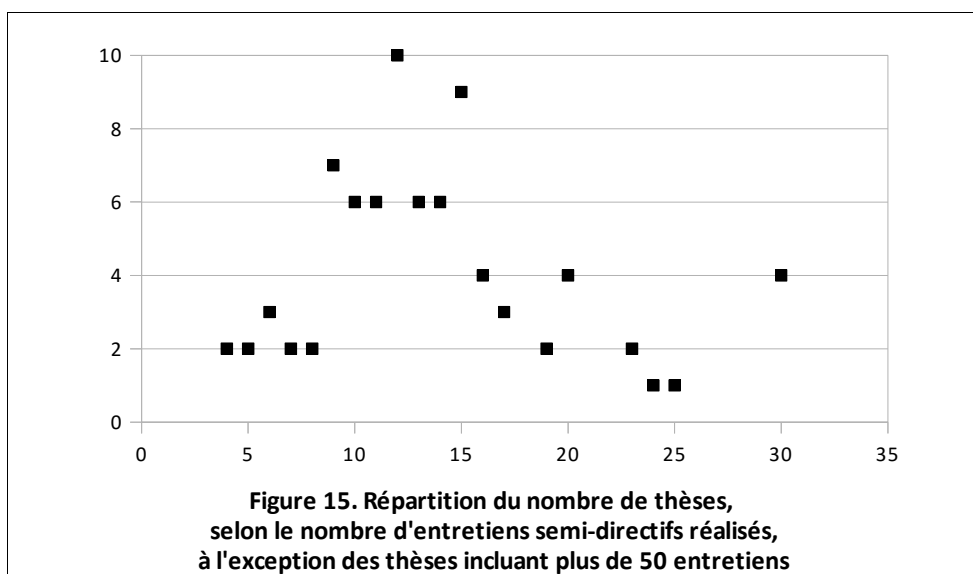
Dans les 2 thèses utilisant cette méthode, respectivement 12 et 14 entretiens directs ont été réalisés.

3.15.2.3. Nombre d'entretiens semi-directifs réalisés

85 séries d'entretiens semi-directifs ont été réalisées, 3 thèses ayant réalisé 2 séries d'entretiens au sein de populations différentes (patients ou entourage / médecins).

Le nombre moyen d'entretiens réalisés était de 16 (médiane à 13). Avec cette méthode, le nombre d'entretiens n'est pas fixé au préalable, le recueil s'arrêtant à saturation des données, c'est-à-dire quand les entretiens n'apportent pas de nouveaux éléments.

Par ailleurs, 3 thèses comportent des échantillons volumineux pour ce type d'étude, à savoir 68, 82 et 102 entretiens respectivement, posant là encore la question de la bonne classification de ces études. Pour une meilleure lisibilité, ces thèses n'ont pas été reproduites sur la figure 15.



En fonction des populations étudiées, on n'a pas noté de différences significatives dans la taille médiane des échantillons. Une des 4 thèses s'intéressant aux internes était celle incluant 102 entretiens, expliquant la différence de moyenne.

Tableau 14. Nombre d'entretiens semi-directifs réalisés selon la population étudiée

Population (nombre d'études)	Moyenne	Médiane
Non soignants (37)	14,6	13
Médecins (42)	16,3	12
Internes (4)	32,8	12,5

3.15.2.4. Nombre d'entretiens non directifs, ou récits de vie réalisés

Au sein des 4 thèses ayant utilisé la méthode du récit de vie, ou de l'entretien libre, le nombre d'entretien moyen était de 10 (respectivement 9, 10, 10 et 11 entretiens ont été réalisés).

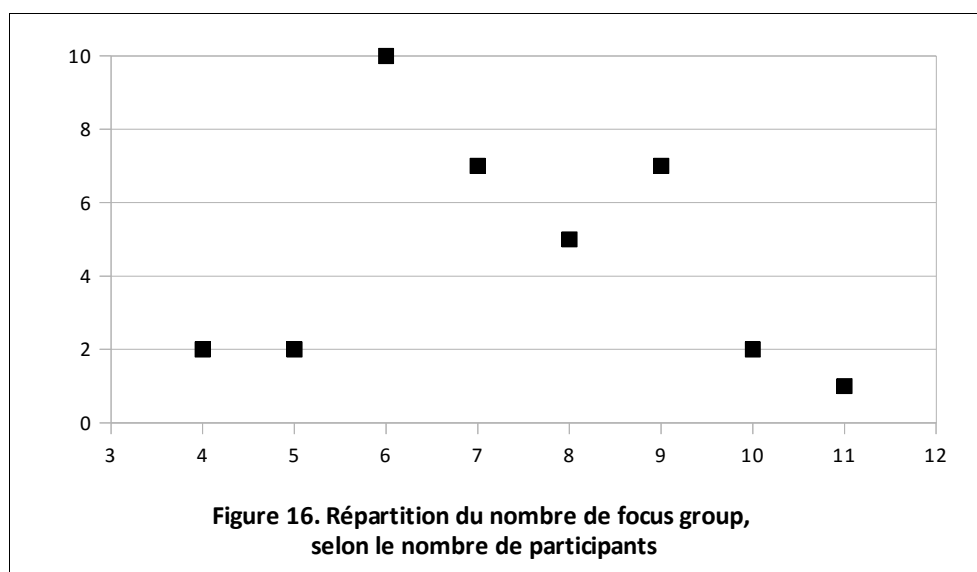
3.15.2.5. Nombre de participants aux focus group

Sur les 25 thèses au sein desquelles la méthode du focus group a été utilisée, 7 d'entre elles en incluaient plusieurs comme indiqué dans le tableau 15. Au total, 36 focus group ont donc été réalisés.

Tableau 15. Nombre de thèses selon le nombre de focus group réalisé

<i>Nombre de focus group</i>	<i>Nombre de thèses</i>
1	18
2	4
3	2
4	1

Le nombre moyen de participants au focus group était de 7.



4. DISCUSSION

4.1. Réponses aux objectifs de l'étude

4.1.1. Réponse à l'objectif principal

L'objectif principal de cette étude était de recenser les champs explorés, les problématiques choisies et les méthodes utilisées par les internes de médecine générale de l'Université de Nantes dans la réalisation de leur thèse.

40% des thèses sont hors champ de la médecine générale ambulatoire, ce qui est autorisé par la réglementation mais qui témoigne de la difficulté pour la discipline d'offrir à ses étudiants la possibilité de se former à la recherche.

La méthode la plus largement employée est l'étude descriptive transversale (plus de 6 thèses sur 10), se basant sur des données nouvelles, issues de questionnaires, dans environ la moitié d'entre elles, l'autre moitié relevant de l'exploitation secondaire de données, à l'aide de grilles de recueil.

Néanmoins, on note une proportion non négligeable de thèses (presque 3 sur 10) se basant sur une méthode qualitative, principalement des entretiens semi-directifs, et des focus group. L'utilisation de ces méthodes issues des sciences humaines et sociales se développe depuis plusieurs années au sein de la recherche en médecine générale ; elles se situent dans un autre champ épistémologique que les méthodes quantitatives : celles-ci quantifient des phénomènes ou testent des hypothèses. A l'inverse, la recherche qualitative repose sur le recueil de données verbales (ou visuelles) afin d'en interpréter le sens pour comprendre certains processus complexes ou mal connus, soit pour construire des hypothèses, soit pour contribuer à mieux comprendre les résultats d'enquêtes quantitatives. Elle est utile pour répondre à des questions de type « pourquoi ? » ou « comment ? ». Son utilisation dans les travaux de thèse de médecine générale a pu être freinée par une certaine méconnaissance de ces méthodes par les étudiants en fin de cursus de médecine, et par une image parfois disqualifiée comme « peu scientifique » par les praticiens des sciences dures (18). Elle relève au contraire d'une démarche rigoureuse spécifique, émergente dans notre discipline qui s'enrichit progressivement de la collaboration avec les disciplines de sciences humaines.

Témoin de cette démarche rigoureuse, dans la méthodologie de l'entretien semi-directif, le nombre d'entretiens n'est pas défini au préalable. L'étude s'arrête lorsque la saturation des données est atteinte, c'est-à-dire lorsque les derniers entretiens n'apportent pas de nouveaux éléments. S'il est précisé dans certaines thèses que cette saturation n'a pu être atteinte du fait le plus souvent de difficultés de recrutement, ou de la faisabilité d'un travail de thèse d'exercice que

le candidat doit rendre compatible avec son travail de soignant, on note néanmoins qu'un nombre certain de travaux (18 plus précisément) intègrent moins de 10 entretiens, seuil en-dessous duquel il semble difficile d'avoir une vision globale d'une question complexe. L'une des hypothèses que l'on peut avancer est que certains de ces travaux rentrent dans le cadre d'une méthode d'entretien libre ou de récit de vie, où le nombre d'entretiens est moins important. Ces thèses n'ont pu être reclassées du fait des limites des connaissances de ces méthodes de la part de l'investigateur, ou du fait que, ce travail se concentrant principalement sur la partie Méthode des thèses, la partie Résultats n'a que ponctuellement été étudiée.

A l'inverse, on note que plusieurs thèses incluent un nombre important d'entretiens qui semblent difficilement compatibles avec cette méthode. De même, il est précisé dans certains travaux que le nombre d'entretiens a été prédéfini (le plus souvent à 30) ce qui ne correspond pas à l'exacte méthodologie de l'entretien semi-directif.

Enfin, l'analyse des thèses à méthode qualitative relève qu'alors que la pratique des entretiens semi-directifs s'intéresse aussi bien aux patients (au sens large) qu'aux médecins, les entretiens de groupe, ou focus group, se pratiquent presque exclusivement au sein de populations de médecins, un seul des 36 focus group regroupant des patients. Cela peut s'expliquer par la difficulté à contacter et réunir un nombre suffisant de patients pour ce genre de recherche, en particulier dans un contexte de médecine générale ambulatoire (le focus group de patients ayant d'ailleurs eu recours à un recrutement de patients via le CHU de Nantes).

4.1.2. Analyse de la population des internes de médecine générale soutenant leur thèse

Sans surprise, et conformément à toutes les dernières données sur la démographie des médecins (comme l'Atlas de la démographie médicale du Conseil de l'Ordre) (19), une majorité de doctorants sont des femmes. On note qu'avec un taux de 75%, cette féminisation est plus importante que dans d'autres travaux de thèses sur le même sujet.

Ainsi, H. Balva retrouvait entre 1997 et 1999, à Angers, une proportion de femmes de 60% (20). Ce taux était ensuite de 66% à Paris Descartes entre 2005 et 2007 (15), de 65% à Créteil entre 2006 et 2010 (21), et de 69% à Lyon 1 entre 2011 et 2013 (22).

En revanche, l'âge moyen de soutenance est tout juste inférieur à 30 ans, par opposition aux données que nous avons pu relever dans d'autres études sur le même sujet qui oscillent entre 30,4 ans à Lyon 1 sur la période 2011-2013 (22) et 31 ans à l'université de Créteil de 2006 à 2010 (21).

Nous n'avons cependant pas calculé le délai entre le début de l'internat et la soutenance de la thèse, et ne pouvons donc pas savoir si cette variation est liée à une soutenance en moyenne plus précoce dans le parcours de l'interne, ou à d'autres facteurs, en sachant que ce délai était en moyenne de 4,5 ans à Lyon 1, et 4,75 ans à Créteil (donc en post-internat).

4.1.3. Analyse de la représentation des MSU au sein des populations de référence

L'une des hypothèses de départ de ce travail était que les médecins maîtres de stage étaient sur-représentés dans les travaux de thèses, partant d'un sentiment partagé par certains de ces médecins d'être fréquemment sollicités pour y participer.

Les résultats de notre étude ne confirment pas cette hypothèse, la population des MSU n'arrivant qu'en 5^e position au sein des différentes populations de médecins (tableau 5), avec 11 thèses sur 129 soit 8,5% des thèses s'intéressant aux médecins, ce qui est finalement assez peu (et encore moins si l'on considère que cela représente 2,9% du total des thèses de cette période).

Ce sentiment d'être constamment contacté pour participer à des travaux de thèse est-il alors infondé ? Plusieurs éléments viennent nuancer notre propos, et concourir à expliquer cette perception.

Tout d'abord, en s'intéressant aux 11 thèses sus-citées, il a été constaté que 10 d'entre elles employaient une méthode qualitative, entretien semi-directif ou focus group, méthodes beaucoup plus chronophages pour la personne interrogée qu'un questionnaire. Les médecins répondant favorablement à ces requêtes, même s'ils sont moins nombreux y consacrent donc un temps certain.

On note au passage que la onzième thèse, utilisant un questionnaire, par mail, avait un taux de réponse de 23,2% ce qui est inférieur à la moyenne du taux de réponse dans les thèses à population de médecins (52,5%), et dans celles par mail (39,3%). Cela aurait tendance à illustrer une certaine lassitude de la part des MSU, même s'il est impossible de tirer des conclusions d'une seule étude.

Deuxième élément nuanciant les résultats bruts, on relève qu'en 4^e position du tableau 5, les doctorants sollicitent les médecins de leur entourage, ce qui incluent souvent (mais non exclusivement) leurs maîtres de stage (ou anciens maîtres de stage), et des médecins qu'ils remplacent (qui peuvent être les mêmes). On peut ainsi ajouter au moins pour partie 13 thèses aux 11 recensées comme uniquement composées de MSU.

Troisièmement, en dehors des sollicitations directes des médecins MSU, on peut aussi remarquer que leur patients peuvent aussi être sollicités. Ainsi, si 44 thèses extraient leur population de patients de cabinets de médecine libérale, pour 11 d'entre elles, il s'agit de cabinets de médecins MSU, et pour 16, de médecins de l'entourage. Les MSU peuvent donc également être contactés pour que leurs patients soient sollicités.

Enfin, il ne faut pas oublier que les médecins MSU peuvent également faire partie des autres populations de référence de médecins, si l'on excepte la catégorie médecins hospitaliers. En creux, on peut donc se poser la question de savoir si le ressenti exprimé par certains MSU, l'est

aussi par l'ensemble des médecins, sachant qu'ils sont également sollicités par des enquêtes de niveau national. Ceci pourrait être un premier élément d'explication aux différences de taux de réponses entre les populations patients et médecins.

Au final, si tous ces éléments ne témoignent pas d'une sur-représentation des MSU dans les travaux de thèses, il dessinent en revanche les contours de requêtes (trop ?) fréquentes à ces travaux.

De plus, la participation des MSU aux travaux de thèse ne se limite pas à répondre aux questionnaires, ou à prendre part à des entretiens semi-dirigés ou de groupe. Ils prennent également leur part dans la direction et la participation aux jurys de ces thèses. Ces éléments n'ont pas été étudiés dans cette thèse, afin de ne pas surcharger le propos, mais cela a été fait dans d'autres travaux, dans lesquels il était souligné que cette présence, comme directeur de thèse, ou président de jury, était un facteur de pertinence pour la recherche en médecine générale des travaux présentés(15).

4.1.4. Efficacité des différents modes d'accès aux enquêtes

Il apparaît assez nettement que les modes d'accès direct (par l'investigateur ou par un tiers) donnent les meilleurs taux de réponse, en comparaison aux modes indirects, courrier et surtout mail (le téléphone se situe en intermédiaire).

Ces résultats peuvent paraître étonnant si l'on considère que la méthode informatique est la plus simple pour l'enquêté en terme de mise en œuvre : réponse à un moment qu'il choisit, en pleine nuit s'il le souhaite, par rapport à un accès direct, ou au téléphone (où un rendez-vous est souvent programmé), pas de renvoi de courrier. Ils ne peuvent pas non plus être expliqués par des tailles de cohortes plus importantes (là aussi, il semble plus simple à l'investigateur d'envoyer des mails en grand nombre que d'appeler ou d'envoyer un courrier dans les mêmes proportions). En effet, les thèses par mail sont également celles qui incluent en moyenne le moins de questionnaires.

Anonymat de l'enquêteur, noyade du mail dans une boîte aux lettres surchargée entraînant un moindre sentiment d'implication personnelle du répondeur, il semble que la voie dématérialisée pâtisse d'une tendance à l'oubli de la part de la personnes sensée répondre, ce qui conduit à l'utilisation de relances. On notera au passage les résultats contradictoires des taux de réponses selon le nombre de relances, qui ne suivent pas une logique linéaire.

Pour expliquer la supériorité des modes d'accès directs, on peut avancer que dans le cadre de travaux de thèses en médecine générale, le contact se fait le plus souvent au cabinet d'un médecin, à priori médecin traitant du patient, comme on le note dans la partie consacrée aux populations de référence issues des populations non soignantes. Dans ces conditions, « l'avantage singulier d'instaurer un cadre intimiste » (23) se trouve renforcé, et il semble logique que le taux de réponse s'en trouve amélioré.

On notera aussi l'existence d'un facteur de confusion important dans l'interprétation de ces résultats. En effet, on a noté que le choix du mode de contact variait grandement en fonction de la population à laquelle l'enquêteur s'adressait, les modes d'accès directs étant presque exclusivement l'apanage des enquêtes sur les populations non soignantes. Les résultats ont également retrouvé que les taux de réponse dans ces populations étaient meilleurs que dans les populations de médecins. Cependant, à l'issue de cette étude, on ne peut pas déterminer si le taux de réponse moyen des études par contact direct était meilleur du fait d'une supériorité de la méthode, ou parce qu'elles s'adressaient à des populations répondant en plus grand nombre. Ou, à l'inverse, les populations non soignantes ont-elle plus répondu car elles ont été contactées directement ?

4.1.5. Pertinence des travaux de thèse pour la recherche en médecine générale

Que l'on considère le critère « champ », ou le critère « pertinence » en médecine générale, on constate qu'une majorité de thèses s'inscrit dans le cadre de la médecine générale ambulatoire. On note au passage que la proportion de thèses considérées comme pertinentes pour la recherche en médecine générale est légèrement supérieure à celle des champs de médecine générale.

Cela peut être la traduction, d'une part, d'une volonté des internes nantais d'utiliser ou de construire, dans leur thèse, des outils utiles à la médecine générale, même dans le cadre de recrutements hospitaliers ou par voie de spécialistes. D'autre part, c'est aussi la conséquence de la présence dans une grande proportion de travaux, d'une méthode identifiable et identifiée, ainsi que d'un respect de la structure IMRaD. Ces deux aspects sont en effet les principales différences entre les deux notions, telles que considérées dans cette thèse.

Lorsque l'on considère les thèses ne traitant pas de médecine générale ambulatoire, on constate que le premier ensemble concerne les thèses ayant des sujets relevant de la médecine d'urgence, avec 58 thèses. Cela s'explique par le fait que le DESC de médecine d'urgence est le plus souvent suivi par des internes en cours de réalisation du DES de médecine générale, et ce même si il ne s'agit pas du seul DES permettant d'y postuler (on peut citer entre autres les DES d'anesthésie-réanimation, de cardiologie et médecine vasculaire, de pédiatrie). A Nantes, une dizaine de postes sont ouverts chaque année, actuellement 16 (sources SIMGO) (24). Sur cinq années, il n'apparaît donc pas étonnant qu'une cinquantaine de thèses s'inscrivent dans ce champ. Il peut même apparaître étonnant que ce chiffre ne soit pas plus élevé : un certain nombre d'internes ne réalisant pas le DESC de médecine d'urgence pouvant aussi choisir d'orienter leur travail dans cette voie, le choix du sujet étant parfois l'affaire de rencontres notamment en stage (comme cela était soulignée dans la thèse de S. Inesta à l'Université de Rennes) (25), sachant qu'un stage en service d'urgence est obligatoire au sein de la maquette du DES de médecine générale.

S'agissant toujours des thèses n'affichant pas un champ de médecine générale, si l'on met de côté les thèses hospitalières ou de spécialités (qui représentent ensemble 16,1% des thèses), on note une proportion plus faible mais non négligeable de thèses traitant de sujets de médecine tropicale, ou de voyageurs. Sur ces 12 thèses, 5 thèses ont été effectuées au sein de Centres de Traitement Ambulatoire (CTA) en Afrique (Congo et République Centrafricaine), dans le cadre de

missions de 6 mois, faisant office de stages, détachés de l'Université de Nantes, et organisés par la Croix-Rouge Française. On ne peut néanmoins pas expliquer cette prévalence, ni estimer précisément si ces sujets sont sur-représentés, le nombre de postes ouverts par la Croix-Rouge n'étant pas communiqué. On remarquera simplement que ces thèses ont toutes été soutenues en 2012 et 2013. Ces thèses expliquent aussi en partie le classement en 3^e position de l'infection par le VIH dans les rubriques CISP-2 les plus référencées concernant les problèmes de santé principaux.

Les autres thèses de médecine tropicale incluaient 4 thèses au sein de DOM-TOM avec des problématiques variées (Nouvelle-Calédonie, Polynésie Française, Mayotte, Guyane) et 2 thèses effectuées au sein du Centre du Voyageur International du CHU de Nantes.

Enfin, l'analyse des champs classés « divers » est une illustration des nombreuses variantes que peut prendre la pratique de la médecine générale : soins palliatifs (qui est également un DESC accessible via le DES de médecine générale), planning familial, médecine du sport, médecine pénitentiaire, etc.

4.2. Confrontations aux données existantes

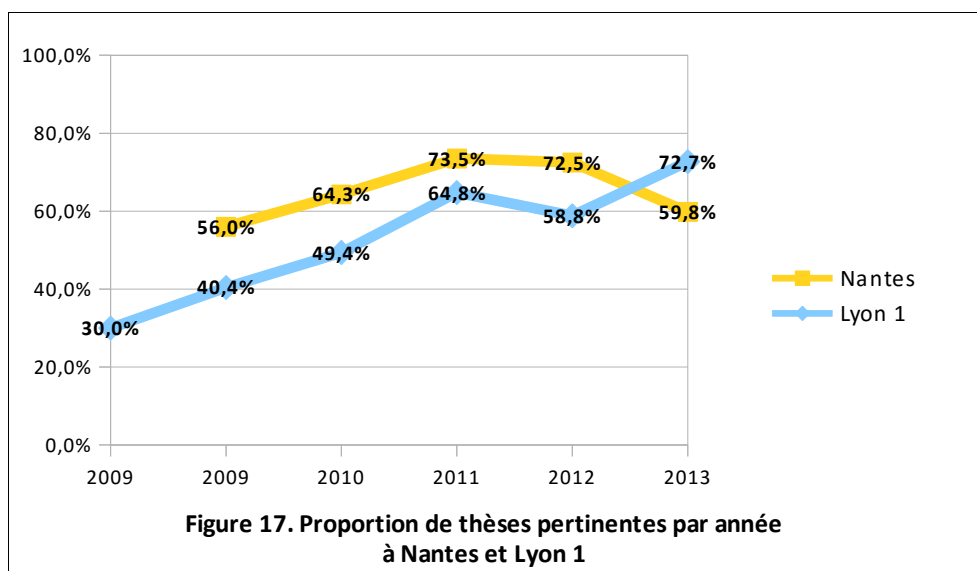
4.2.1. Concernant la pertinence des thèses pour la recherche en médecine générale

A notre connaissance, 3 thèses à ce jour ont été soutenues qui utilisent la même définition de la pertinence pour la recherche en médecine générale.

A Paris Descartes, sur la période 2005-2007, M. Chevalier retrouve un taux de 21,8% de thèses pertinentes (15). A Lyon 1, sur la période 2008-2010, ce taux est de 38,9% (16) ; puis sur la même université, le taux retrouvé par M. Leonard, entre 2011-2013, est de 65,0% (22).

Avec un taux global de 65,2%, notre étude est donc semblable aux dernières données présentées.

Cependant, là où M. Leonard note une progression quasi-constante de ce taux, année par année, entre 2008 et 2013 à Lyon 1 (22), nos données ne sont pas aussi claires. En effet, si ce taux augmente régulièrement entre 2008 et 2011, se stabilisant en 2012, on retrouve une baisse en 2013, sans que l'on puisse déterminer s'il s'agit d'un phénomène ponctuel ou d'une nouvelle tendance qui se dessine. On rappellera par ailleurs que les différences entre années dans notre étude ne sont pas statistiquement significatives.



Cette tendance à une plus grande proportion de thèses rentrant dans le champ de la médecine générale est globalement retrouvée dans d'autres thèses, utilisant des définitions ou des critères différents, basés sur la définition de la WONCA (8), ou à partir de la définition des soins primaires de la SFMG (26). Ainsi, H. Balva, à Angers, retrouve un taux de thèses de médecine générale de 58% sur la période 2007-2009, contre 23% sur 1997-1999 (20). A Saint-Étienne, sur la période 2003-2012, 38,2% des thèses ont un sujet de médecine générale (27) ; cependant, l'auteur de ce travail précise que l'augmentation est significative passant de 18,9% en 2003 à 64,3% en 2012. Enfin, à Créteil, entre 2006 et 2010, S. El Mornan note elle aussi une tendance à la hausse, avec un taux global sur la période étudiée de 60% de thèses à orientation médecine générale (21).

4.2.2. Concernant les problèmes de santé abordés

Si on compare notre étude avec les travaux réalisés au sein de l'Université de Lyon 1, successivement par C. Tournebize de 2008 à 2010 (16), et M. Leonard de 2011 à 2013 (22), qui utilisaient aussi la classification CISP-2, on note que les problèmes de santé généralistes sont également les plus référencés. Dans ces thèses cependant, une classification « pas de problème de santé » était aussi intégrée. Ainsi, la catégorie « Général et non spécifié » (à 17,4% puis 21%), était suivie dans les deux cas, de cette nouvelle classe (13,8% puis 13%). Puis, sur la première période, étaient retrouvées successivement, les catégories « Métabolique, nutritionnel, endocrinien » (9,6%), « Respiratoire » (8,7%), « Neurologique » et « Procédures » (8,4% chacune). Sur la deuxième période, la catégorie « Procédures » arrivait en 3^e position (11%), suivie de « Grossesse, accouchement, PF » (9%), « Psychologique » (8%) et « Cardio-vasculaire » (8%).

Mais, on notait, surtout sur la période 2008-2010, que cet ordre était modifié si l'on s'intéressait uniquement aux thèses pertinentes. Si les 3 premières catégories étaient inchangées (« Aucun » devançant cependant « Général... »), les catégories « Respiratoire » et « Neurologique » étaient devancées dans l'ordre par « Procédures », « Grossesse... », « Psychologique » et « Système urinaire ».

Cela démontre d'une part, la vocation de la médecine générale à s'intéresser par nature à des problèmes de santé peu spécifiques. D'autre part, la distribution malgré tout diffuse des catégories (aucune n'est à 0 dans cette étude) démontre la largesse du champ d'activité de la discipline médecine générale.

Pour expliquer, malgré tout, la fréquence de certaines catégories, on observera la prévalence « élevée » de certaines thématiques dans notre étude :

- les problèmes de carence/dénutrition et le diabète, pour la catégorie « Métabolique... » ;
- les questions de contraception, les problématiques de grossesse, pour la catégorie « Grossesse... » ;
- la démence, pour la catégorie « Psychologique ».

Toutes ces pathologies font partie intégrante d'une pratique de médecine générale ce qui explique leur présence dans les thèses. Les prévalences des problématiques de cardiopathie ischémique, d'ischémie cérébrale, expliquent la troisième position dans notre étude de l'appareil « Cardio-vasculaire » ; ces thèses rentrent cependant plutôt dans le champ de l'urgence car s'intéressant plutôt à la prise en charge aiguë de ces problèmes.

D'autres travaux, antérieurs, utilisent d'autres classifications, rendant les comparaisons plus délicates. Ainsi, S. El Mornan, à Créteil, utilise la classification des pathologies CIM10 : 24,8% des thèses sont non classables, les chapitres les plus retrouvés étant « Maladies infectieuses et parasitaires », « Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques » et « Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » (9% chacun) (21).

A Angers, H. Balva, retrouve les ordres suivants :

- de 1997 à 1999 : infectieux, psychologique, cardiovasculaire ;
- de 2007 à 2009 : exercice de la médecine, gynécologie, urgence (20).

Enfin, M. Chevalier retrouve 18,3% de thèses traitant d'un problème infectieux, puis 13,5% d'un problème de santé « tout venant » ou autre, et 12,3% d'une maladie cardiovasculaire (15).

La limite principale de ces classifications est qu'un même problème de santé peut être référencé dans deux catégories : ainsi, une infection respiratoire peut être classée dans une catégorie « infectieux » ou « respiratoire », un mélanome dans « tumeur » ou « cutané ». De ce fait, la classification CISP-2 semble plus adaptée à une utilisation en recherche.

4.2.3. Concernant les problématiques des thèses

Ici aussi, et plus encore que dans la partie précédente, la limite principale à la comparaison avec les travaux existants, est le problème de la classification. Ainsi, il est difficile d'établir une classification satisfaisante à tous points de vue. Dans cette étude, nous avons essayé d'obtenir des catégories qui ne soit pas redondantes entre elles. D'autres travaux essaient de calquer leur classification sur les caractéristiques de la médecine générale définies par la WONCA (8).

Au final, la comparaison de ce travail avec d'autres études semble hasardeuse, sauf sur une catégorie qui est commune et dont la définition peut paraître consensuelle : la problématique clinique.

Deux travaux comparent sur ce point, entre autre, une période antérieure à la création du DES de médecine générale, à une période consécutive à cette création. H. Balva retrouve ainsi une baisse des problématiques cliniques de 34% à 8,5% en 10 ans, entre 1997-1999 et 2007-2009 ; néanmoins, la multiplicité des catégories dans ce travail peut être considérée comme un biais non négligeable. G. Sfaïri, au sein de l'Université Paris 11 Kremlin Bicêtre, retrouve aussi une régression des travaux cliniques, passant de 70% à 30%, entre les périodes 1999-2006 et 2007-2011 (28). Dans le même temps, les problématiques de formation passent de 1% à 12%.

Cependant, si on compare les différents travaux sur le sujet, repris dans le tableau 16, cette tendance n'est pas confirmée.

**Tableau 16. Proportion des problématiques cliniques
au sein des différents travaux d'étude des thèses de médecine générale**

<i>Université</i>	<i>Période</i>	<i>Taux de thèse « clinique »</i>
<i>Paris Descartes (15)</i>	<i>2005-2007</i>	60,3%
<i>Créteil (21)</i>	<i>2006-2010</i>	25,6%
<i>Lyon 1 (16)</i>	<i>2008-2010</i>	52,0%
<i>Lyon 1 (22)</i>	<i>2011-2013</i>	51,0%
<i>Nantes</i>	<i>2009-2013</i>	33,8%

Ainsi, il semble difficile à l'heure actuelle de conclure quant à une franche régression des travaux cliniques, parallèlement à une augmentation des travaux pertinents pour la médecine générale, un travail clinique n'étant pas incompatible (loin de là) avec un travail de médecine générale, à condition de prendre en compte ses spécificités.

4.2.4. Concernant la méthodologie des thèses

Dans notre étude, on note une faible prévalence des thèses documentaires (synthèses ou revues de littérature, cas cliniques). Avec 3,4%, cette prévalence est en effet inférieure à toutes les

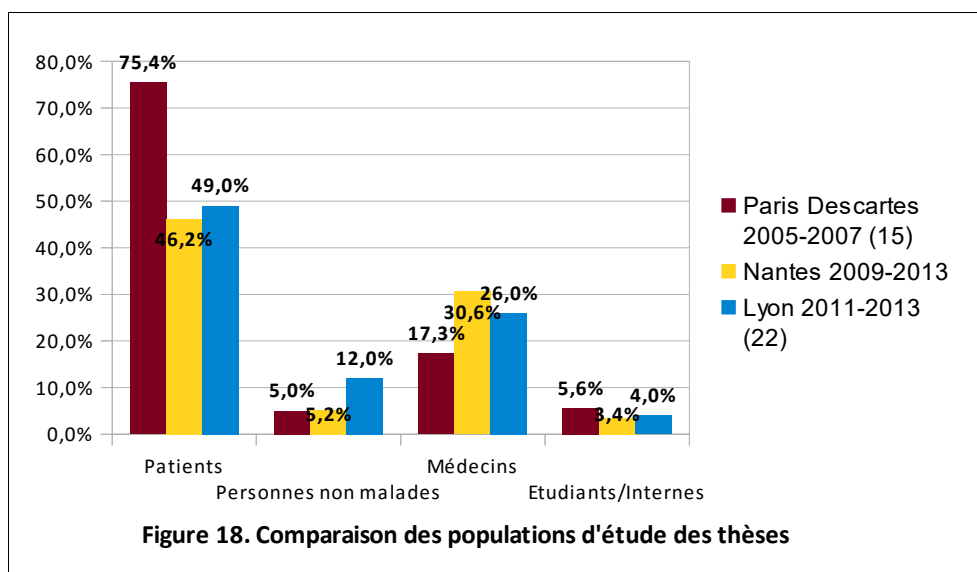
données existantes, oscillant le plus souvent entre 10 et 20%. Ainsi, à Lyon 1, ce taux évolue entre 14 (22) et 18% (16), à Créteil, il est de 9,8% (21), à Paris Descartes de 16,7% (16). La seule thèse se rapprochant de notre taux est celle de H. Balva à Angers avec un taux d'environ 6% sur les 2 périodes (20).

En revanche, avec 29,4% employant une méthode qualitative (exclusivement), on note que l'emploi de ces méthodes au sein du DMG de Nantes est l'un des plus élevé. Ce taux se situe au niveau de celui de Saint-Étienne (29,6%) (27), supérieur à ceux, plus anciens, de Rennes entre 2005 et 2008 (13,9%) (25) et surtout de Créteil (9%) (21) et de Paris Descartes (2,4%) (15). L'évolution globale semble être celle d'une plus grande représentation de ce type de travaux, comme l'illustrent les travaux successifs réalisés à Lyon, avec un taux passant de 12,9% entre 2008 et 2010 (16) à 24% de 2011 à 2013 (22). Néanmoins, il existe aussi probablement une variabilité liée aux différences de structures, ces méthodes nécessitant souvent des encadrants formés.

Enfin, la constante à tous ces travaux, est qu'une majorité des thèses utilisent une méthode quantitative, ce qui apparaît somme toute logique.

4.2.5. Concernant la population étudiée

Comme le montre la figure 18, avec 30,6% de travaux concernant les médecins, on retrouve dans notre étude, un taux légèrement supérieur aux données les plus récentes. On constate surtout que le rapport « thèses concernant les patients » / « thèses concernant les médecins », sans s'inverser, à tendance à diminuer, ce que l'on peut mettre en rapport avec l'augmentation du nombre de thèses de médecine générale. Cette tendance est également relevée au sein d'une même université, celle d'Angers, avec une proportion de thèses sur les médecins passant de 8,8% à 20,1% en 10 ans (20).



4.3. Limites et biais de l'étude

La première limite de cette étude nous semble être sa temporalité. Nous avons volontairement choisi une période de 5 ans, qui correspond aux 5 années complètes ayant précédé l'initiation de ce projet. Cette durée nous a semblé suffisante pour dégager des tendances significatives, ce qui nous semble être le cas. Sa distance temporelle avec la mise en place du DES de médecine générale est suffisamment importante pour obtenir des données fiables, postérieures à cette mise en place. Cependant, en l'absence de travaux antérieurs, ou intégrés à cette thèse, précédant la mise en place du DES au sein de l'Université de Nantes, il n'est pas possible d'établir de comparaison. De même, l'un des objectifs de ce travail était d'analyser les travaux de thèses dans le cadre des modifications apportées concernant l'accompagnement des internes au sein du DMG de Nantes. Cette modification datant de 2009, le recul par rapport à cette date est inexistant, et ce travail inclus donc, sans les différencier, les 2 types de populations d'internes (ceux, avant 2009 ayant eu un suivi individualisé, et ceux ayant eu un encadrement s'articulant autour de GEAR). Il n'apparaît donc pas possible de conclure quant à une éventuelle dégradation de la qualité des travaux de thèses suite aux modifications apportées.

Cependant, le principal biais de cette étude est un biais d'évaluation, l'ensemble des thèses n'ayant été analysé que par l'auteur de cette thèse, ne possédant pas de qualifications particulières de méthodologie d'études. Une relecture a été effectuée au cas par cas, en cas de difficulté soulevée en cours d'analyse, mais n'était pas systématique. Aussi, il peut y avoir confusion quant à certaines méthodes de thèses. De plus, les thèses n'ayant pas été lues dans leur intégralité, certaines données ont pu être notées manquantes, alors que notées dans une partie non lue. Le risque est cependant plus faible qu'avec une analyse limitée au résumé de thèse.

De plus, l'analyse ne s'est pas faite en aveugle. Aussi, l'investigateur étant susceptible de connaître l'auteur et/ou le directeur de la thèse, il existe un potentiel biais de subjectivité.

Enfin, les thèses ont été identifiées par le biais de la liste des thèses fournies par le DMG et par recherche au sein du site internet de la BU. Cela a permis, comme on l'a vu, de retrouver certains travaux manquants dans l'une ou l'autre des listes. Cependant, et même si cela nous apparaît peu probable, il est possible que certaines thèses n'aient pas été retrouvées, ou considérées comme des thèses de DES de médecine générale à tort, source d'un biais de sélection possible.

5. CONCLUSION

A travers l'analyse des résultats de ce travail, on constate que, suivant une volonté inscrite depuis la création du Département de Médecine Générale de l'Université de Nantes, les internes de médecine générale nantais affichent le plus souvent la volonté d'inscrire leur travail de thèse dans le strict champ de leur discipline, et ce malgré un infléchissement en fin de période, qui mériterait d'être surveillé, afin de s'assurer qu'il ne corresponde pas une tendance imputable aux modifications effectuées dans l'encadrement des internes.

La multiplicité des lieux d'études, des problématiques, des pathologies abordées est le témoin de la grande richesse de cette discipline, ainsi que de la grande variabilité de son exercice. La prévalence des études s'intéressant aux médecins montre que les internes nantais sont sensibles à cette richesse, et s'interrogent quant à leur exercice actuel ou futur.

L'un des défis pour les DMG, de Nantes et d'ailleurs, est de développer la possibilité pour les internes d'inscrire leur thèse dans des programmes de recherche disciplinaire, afin de faire de cet exercice obligé, à la fois une formation à la recherche et une contribution à la production de connaissance dans la discipline. Cette perspective qui exige des dotations en moyens humains pour l'enseignement et la recherche, pourrait favoriser chez ses internes la volonté d'inscrire ce travail dans la durée, et d'ancrer la préoccupation de recherche au cours de leur future carrière, afin que la thèse soit moins souvent une expérience unique au cours de leur existence. C'est à cette condition que pourra se développer, en France, la recherche et la discipline en tant que spécialité à égalité de moyens avec les autres disciplines médicales.

BIBLIOGRAPHIE

1. Godefroy F (1826-1897). Dictionnaire de l'ancienne langue française et de tous ses dialectes du IXe au XVe siècle : composé d'après le dépouillement de tous les plus importants documents manuscrits ou imprimés qui se trouvent dans les grandes bibliothèques de la France et de l'Europe.... Tome premier, A-Castaigneux / par Frédéric Godefroy... [Internet]. 1881 [cited 2015 Oct 11]. Available from: <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k50634z>
2. Gonet J-R. Contribution à l'étude des thèses de la Faculté de Médecine de Paris: leur évolution du Moyen-Âge à nos jours [Thèse d'exercice]. [Paris]: Université Pierre et Marie Curie; 2005.
3. Hecketsweiler P. Histoire de la médecine: des malades, des médecins, des soins et de l'éthique biomédicale. Paris, France: Ellipses, impr. 2010; 2010. 836 p.
4. Code de l'éducation - Article L632-4. Code de l'éducation.
5. Thèse d'exercice [Internet]. Wikipédia. 2015 [cited 2015 Oct 11]. Available from: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Th%C3%A8se_d%27exercice&oldid=115506447
6. Espinoza A. Représentations et déterminants du vécu du travail de thèse pour le doctorat en médecine, réalisation d'entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes thésés en 2012 [Thèse d'exercice]. [Nantes]: Université de Nantes; 2013.
7. Décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. 2004-67 Jan 16, 2004.
8. WONCA EUROPE. La Définition Européenne de la Médecine Générale – Médecine de Famille [Internet]. [cited 2015 Oct 11]. Available from: <http://www.woncaeurope.org/gp-definitions>
9. De Pourville G. Développer la recherche en médecine générale et en soins primaires en France : Propositions [Internet]. Comité d'Interface INSERM/Médecine Générale; 2006 [cited 2015 Oct 11] p. 41. Available from: <http://www.comites-d-interface.inserm.fr/cint/comites/medecine-generale/documentation>
10. Avenir de la recherche en médecine générale en France. L'éclairage d'expérience européenne. Colloque du Comité d'Interface Médecine Générale; 2006 Mar 24; Paris.
11. Lerouge J, Taha A, Renard V. État des lieux de la Médecine générale universitaire au premier janvier 2013 [Internet]. CNGE; [cited 2015 Oct 11]. Available from: http://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/Etat_des_lieux_Medecine_generale_U_2013_01.pdf
12. Déroulement du DES de MG à la faculté de Nantes [Internet]. Département de Médecine Générale de Nantes. [cited 2015 Oct 11]. Available from: http://www.dmg-nantes.fr/OLD/index.php?option=com_content&view=article&id=87&Itemid=61

13. Le Mauff P, Goronflot L, Urion J, Senand R. Outil d'aide pour l'évaluation des Récits de situation complexe et authentique (RSCA) [I]. Rev Prat Médecine Générale. 2006 Nov 7;20(748/749):1251–2.
14. Faire sa thèse [Internet]. Département de Médecine Générale de Nantes. [cited 2015 Oct 11]. Available from: http://www.dmg-nantes.fr/OLD/index.php?option=com_content&view=article&id=99&Itemid=58
15. Chevalier M. Analyse des thèses d'exercice soutenues par les internes en Médecine Générale de la Faculté de Médecine Paris Descartes de janvier 2005 à décembre 2007 [Thèse d'exercice]. [Paris]: Université Paris Descartes; 2009.
16. Tournebize C. Analyse des thèses d'exercice soutenues par les internes de médecine générale à Lyon de janvier 2008 à décembre 2010 [Thèse d'exercice]. [Lyon]: Université Claude Bernard; 2012.
17. Frappé P, Petersen W, Association française des jeunes chercheurs en médecine générale. Initiation à la recherche. Neuilly-sur-Seine, France: GM Santé; 2011. 216 p.
18. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrillart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;19(84):142–5.
19. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France [Internet]. 2015 [cited 2015 Oct 12]. Available from: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_de_la_demographie_medicale_2015.pdf
20. Balva H. Étude comparative des thèses de médecine générale soutenues à la faculté de médecine d'Angers de 1997 à 1999 et de 2007 à 2009 [Thèse d'exercice]. [Angers]: Université d'Angers; 2010.
21. El Mornan S. La production des thèses dans la filière médecine générale à la faculté de médecine de Créteil: une étude rétrospective sur 5 années universitaires 2005- 2010 [Thèse d'exercice]. [Créteil]: Université Paris-Est Créteil; 2012.
22. Léonard M. Analyse des thèses d'exercice soutenues par les internes de médecine générale de Lyon de janvier 2011 à décembre 2013 [Thèse d'exercice]. [Lyon]: Université Claude Bernard; 2015.
23. Méthode d'enquête et mode d'accès aux enquêtés [Internet]. Université Ouverte des Humanités. [cited 2015 Oct 12]. Available from: http://www.uoh.fr/front/document/964dccff/e9fc/413a/964dccff-e9fc-413a-987b-ffff0284676c/co/Contenu5_2_2.html
24. SIMGO Nantes. Les DESC : DESC médecine d'urgence [Internet]. SIMGO Nantes. 2011 [cited 2015 Oct 12]. Available from: <http://www.simgonantes.com/module-Contenus-viewpub-tid-2-pid-54.html>
25. Inesta S. Analyse des thèses soutenues par les résidents et internes de médecine générale de l'UFR de Rennes entre 2005 et 2008 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rennes 1; 2009.

26. Société Française de Médecine Générale. Les soins primaires [Internet]. [cited 2015 Oct 12]. Available from: http://www.sfmng.org/data/generateur/generateur_fiche/805/fichier_fiche3_soins_primaires51e8e.pdf
27. Charlas A. Analyse des thèses d'exercice traitant de médecine générale soutenues par les résidents et internes de médecine générale à Saint-Étienne de 2003 à 2012: direction, méthodes, thématiques et valorisation [Thèse d'exercice]. [Saint-Étienne]: Université Jean Monnet. Faculté de médecine Jacques Lisfranc; 2013.
28. Sfaïri G. Évolution du choix des sujets de thèses suite à la création du Diplôme d'Études Spécialisées de médecine générale [Thèse d'exercice]. [Le Kremlin-Bicêtre]: Université de Paris-Sud. Faculté de médecine; 2014.

ANNEXE I

Les Définitions Européenne WONCA 2002 (8)

DISCIPLINE ET LA SPECIALITE DE LA MEDECINE GENERALE MEDECINE DE FAMILLE

La médecine générale - médecine de famille est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires.

I. Les caractéristiques de la discipline de la médecine générale-médecine de famille

- A) Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.
- B) Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.
- C) Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.
- D) Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.
- E) Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.
- F) Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.
- G) Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.
- H) Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.
- I) Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.
- J) Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté. K) Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

II La Spécialité de la Médecine Générale - Médecine de famille :

Les médecins généralistes - médecins de famille sont des médecins spécialistes formés aux principes de cette discipline. Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Ils ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients.

III. Les compétences fondamentales de la Médecine Générale - Médecine de famille

La définition de la discipline comme de la spécialité doit mettre en évidence les compétences fondamentales du médecin généraliste médecin de famille. « Fondamental » signifie essentiel à la discipline, indépendamment du système de santé dans lequel ces définitions sont appliquées.

§ 1. Les onze caractéristiques centrales qui définissent la discipline se rapportent à des capacités ou habiletés que chaque médecin de famille spécialisé doit maîtriser. Elles peuvent être rassemblées en six compétences fondamentales (en référence aux caractéristiques) :

1. La gestion des soins de santé primaires (a,b)
2. Les soins centrés sur la personne (c,d,e)
3. L'aptitude spécifique à la résolution de problèmes (f,g)
4. L'approche globale (h,i)
5. L'orientation communautaire (j)
6. L'adoption d'un modèle holistique (k)

§ 2. Le généraliste applique ces compétences dans trois champs d'activité :

- a) démarche clinique,
- b) communication avec les patients,
- c) gestion du cabinet médical.

§ 3. Comme discipline scientifique centrée sur la personne, trois dimensions spécifiques doivent être considérées comme fondamentales :

- a) Contextuelle: utiliser le contexte de la personne, la famille, la communauté et la culture
- b) Comportementale: basée sur les capacités professionnelles du médecin, ses valeurs et son éthique
- c) Scientifique: adopter une approche critique basée sur la recherche et maintenir cette approche par une formation continue et une amélioration de la qualité.

L'interrelation entre les compétences fondamentales, les champs d'activité et les dimensions spécifiques caractérise la discipline et souligne la complexité de cette spécialisation.

C'est cette interrelation complexe des compétences fondamentales qui doit servir de guide et se retrouver dans le développement des programmes de formation, de recherche et d'amélioration de la qualité.

ANNEXE II

Fiche Projet de Recherche du DMG de Nantes (14)

PROJET DE RECHERCHE

A SOUMETTRE AU DMG AU DEBUT DE SON TRAVAIL

Problématique (de 1 phrase à 1 page)

Il s'agit de décrire le contexte, de faire un rapide état des lieux, jusqu'à préciser quelle est la situation où existe une tension, un problème pertinent.

Démontrer que le problème auquel on s'intéresse est intéressant : c'est fréquent ? c'est un enjeu de santé publique ? c'est nouveau ? c'est médiatique ? c'est le cœur de la médecine générale ? c'est choquant ? ...

Il s'agit d'appuyer sa démonstration au maximum sur la bibliographie.

Question de recherche (1 à 2 lignes)

C'est la question à laquelle vous allez tenter de répondre dans votre thèse.

Elle est définie par plusieurs éléments :

- *après état des lieux bibliographique, c'est une question qui reste non posée ou à laquelle vous n'avez pas trouvé de réponse (par exemple : pas d'étude réalisée « en France », ou pas d'étude réalisée « en médecine générale », ou pas d'étude réalisée « auprès des patients », ou pas d'étude qui s'intéresse à une tranche d'âge spécifique...)*
- *selon les moyens qu'il faudra mobiliser, une question pourra ou non constituer VOTRE question de recherche pour VOTRE thèse (par exemple « la prise de benzodiazépine au long cours entraîne-t-elle une altération des fonctions supérieures » est une question pertinente, mais que vous ne pourrez traiter dans le cadre d'une thèse, faute de moyens)*

C'est elle qui conditionnera votre méthodologie.

Hypothèse (1 à 3 lignes)

C'est la réponse que vous anticipez à la question que vous posez, c'est votre a priori après le travail d'état des lieux.

A la fin de votre thèse, votre hypothèse sera validée ou réfutée.

NB : on peut formuler parfois une hypothèse principale et une hypothèse secondaire...

Objectifs (1 à 3 lignes)

C'est ce que vous allez essayer de faire : « Décrire quelque chose », « Mesurer quelque chose », « Valider (une grille) ... », « Comparer (des prises en charge etc ...) » ...

NB : Le (les) objectifs résultent des hypothèses formulées.

Méthodologie (1 à 5 lignes)

Pour atteindre le (les) objectif(s) de l'étude (et donc pour apporter une réponse à votre question de recherche), vous pensez utiliser quelle méthode ?

La validité interne de votre travail, sa cohérence, viendront de ce que la méthode que vous pensez utiliser permette effectivement d'atteindre l'objectif de l'étude (et d'apporter finalement une réponse à votre question de recherche).

Soumettre son projet de recherche au DMG, c'est :

- STRUCTURER SON PROJET (et éviter ainsi d'arriver tardivement dans une impasse),
- FAIRE CONNAITRE AU DMG CE SUR QUOI ON PENSE TRAVAILLER (et éviter ainsi de travailler chacun de son côté sur le même sujet).

ANNEXE III

Classification CISP-2

ICPC-2 – French International Classification of Primary Care – 2 nd Edition Wonca International Classification Committee (WICC)	Sang, syst. hématop/ immunol. B	Oeil F	Ostéo-articulaire L
Procédures			
-30 Ex médical/bilan santé détaillé	B02 Ganglion lymph. augmenté/ douloureux	F01 Oeil douloureux	L01 S/P du cou
-31 Ex médical/bilan santé partiel	B04 S/P du sang	F02 Oeil rouge	L02 S/P du dos
-32 Test de sensibilité	B25 Peur du SIDA/du VIH	F03 Ecoulement de l'œil	L03 S/P des lombes
-33 Ex microbiologique/immunologique	B26 Peur du cancer du sang/lymph.	F04 Taches visuelles/flotantes	L04 S/P du thorax
-34 Autre analyse de sang	B27 Peur autre maladie sang/lymph/rate	F05 Autre perturbation de la vision	L05 S/P du flanc et du creux axillaire
-35 Autre analyse d'urine	B28 Limitation de la fonction/incap. (B)	F13 Sensation oculaire anormale	L07 S/P de la mâchoire
-36 Autre analyse de selles	B29 Autre S/P du syst. lymph./immunol.	F14 Mouvements oculaires anormaux	L08 S/P de l'épaule
-37 Cytologie/histologie	B70 Adénite aigue	F15 Apparence anormale de l'œil	L09 S/P du bras
-38 Autre analyse de laboratoire	B71 Adénite chronique/non-spécifique	F16 S/P de la paupière	L10 S/P du coude
-39 Epreuve fonctionnelle	B72 Maladie de Hodgkin/lymphome	F17 S/P lunettes	L11 S/P du poignet
-40 Endoscopie	B73 Leucémie	F18 S/P lentilles de contact	L12 S/P de la main et du doigt
-41 Radiologie diagnostique/imagerie	B74 Autre cancer du sang	F22 Peur d'une maladie de l'œil	L13 S/P de la hanche
-42 Tracé électrique	B75 Tumeur bénigne/indét. sang/lymph.	F23 Limitation de la fonction/incap. (F)	L14 S/P de la jambe et de la cuisse
-43 Autre procédure diagnostique	B76 Rupture traumat. de la rate	F29 Autre S/P de l'œil	L15 S/P du genou
-44 Vaccination/médication préventive	B77 Autre traumat. sang/lymph/rate	F70 Conjonctivite infectieuse	L16 S/P de la cheville
-45 Recom./éducation santé/avis/régime	B78 Anémie hémolytique héréditaire	F71 Conjonctivite allergique	L17 S/P du pied et de l'orteil
-46 Discussion entre dispensateurs SSP	B79 Autre anom. congénitale sang/ lymph/rate	F72 Biphérite, orgaet, chalazion	L18 Douleur musculaire
-47 Discussion dispensateur spécialiste	B80 Anémie par déficience en fer	F73 Autre infection/inflammation de l'œil	L19 S/P musculaire NCA
-48 Clarification de la demande du patient	B81 Anémie carence vit B12/ac. folique	F74 Tumeur de l'œil et des annexes	L20 S/P d'une articulation NCA
-49 Autre procédure préventive	B82 Autre anémie/indét.	F75 Contusion/hémorragie de l'œil	L26 Peur cancer syst. ostéo-articulaire
-50 Médication/prescription/injection	B83 Purpura/défaut de coagulation	F76 CE dans l'œil	L27 Peur autre maladie syst. ostéo-articul.
-51 Incision/drainage/aspiration	B84 Globules blancs anormaux	F79 Autre lésion traumat. de l'œil	L28 Limitation de la fonction/incap. (L)
-52 Excision/biopsie/cauté/débridement	B87 Splénomégalie	F80 Sténose canal lacrymal de l'enfant	L29 Autre S/P ostéo-articulaire
-53 Perfusion/inhalat./dilatat./appareillage	B90 Infection par le virus HIV, SIDA	F81 Autre anom. congénitale de l'œil	L70 Infection du syst. ostéo-articulaire
-54 Répar./fixation/suture/plâtre/prothèse	B99 Autre maladie sang/lymph/rate	F82 Décollement de la rétine	L71 Cancer du syst. ostéo-articulaire
-55 Traitement local/infiltration	Syst. Digestif D	F83 Rétinopathie	L72 Fracture du radius/du cubitus
-56 Pansement/compression/bandage	D01 Douleur/crampes abdominales gén.	F84 Dégénérescence maculaire	L73 Fracture du tibia/du péroné
-57 Thérapie manuelle/médecine physique	D02 Douleur abdominale/épigastrique	F85 Ulcère de la cornée	L74 Fracture de la main/du pied
-58 Conseil thérap./écoute/examens	D03 Brûlure/brûlant/brûlement estomac	F88 Trachome	L75 Fracture du fémur
-59 Autres procédures thérapeutiques	D04 Douleur rectale/anales	F91 Déficit de réfraction	L76 Autre fracture
-60 Résultats analyses/examens	D05 Démangeaisons périanales	F92 Cataracte	L77 Entorse de la cheville
-61 Résultats ex./procéd. autre dispensateur	D06 Autre douleur abdominale loc.	F93 Glaucome	L78 Entorse du genou
-62 Contact administratif	D07 Dyspepsie/indigestion	F94 Cécité	L79 Entorse articulaire NCA
-63 Rencontre de suivi	D08 Flatulence/gaz/remvoi	F95 Strabisme	L80 Luxation et subluxation
-64 Epis. nouveau/en cours init. par disp.	D09 Nausée	F99 Autre maladie de l'œil/annexes	L81 Lésion traumat. NCA ostéo-articulaire
-65 Epis. nouveau/en cours init. par tiers	D10 Vomissement	Oreille H	L82 Anom. congénitale ostéo-articulaire
-66 Référence à dispens. SSP non médecin	D11 Diarrhée	H01 Douleur d'oreille/otalgie	L83 Syndrome cervical
-67 Autre référence	D12 Constipation	H02 P. d'audition	L84 Syndr. dorso-lomb. sans irradiation
-68 Autres procédures	D13 Jaunisse	H03 Acouphène/bourdonnement d'oreille	L85 Déformation acquise de la colonne
Général et non spécifié A	D14 Hématémèse/vomissement de sang	H04 Ecoulement de l'oreille	L86 Syndr. dorso-lombaire et irradiation
A01 Douleur générale/de sites multiples	D15 Méléna	H05 Saignement de l'oreille	L87 Bursite, tendinite, synovite NCA
A02 Frissons	D16 Saignement rectal	H13 Sensation d'oreille bouchée	L88 Polyarthrite rhumatoïde séropositive
A03 Fièvre	D17 Incontinence rectale	H15 Préoc. par l'aspect des oreilles	L89 Coxarthrose
A04 Fatigue/faiblesse générale	D18 Modification selles/mouvem. intestin	H27 Peur d'une maladie de l'oreille	L90 Gonarthrose
A05 Sensation d'être malade	D19 S/P dents/genoives	H28 Limitation de la fonction/incap. (H)	L91 Autre arthrose
A06 Evanouissement/syncope	D20 S/P bouche/parole/lèvres	H29 Autre S/P de l'oreille	L92 Syndrome de l'épaule
A07 Coma	D21 P. de déglutition	H71 Oite moyenne aigue/myringite	L93 Coude du joueur de tennis
A08 Confinement	D23 Hépatomégalie	H72 Oite moyenne séreuse	L94 Ostéonécrose
A09 P. de transpiration	D24 Masse abdominale NCA	H73 Salpingite d'eustache	L95 Ostéoporose
A10 Saignement/hémorragie NCA	D25 Distension abdominale	H74 Oite moyenne chronique	L96 Lésion aigue interne du genou
A11 Douleur thoracique NCA	D26 Peur du cancer du syst. digestif	H75 Tumeur de l'oreille	L97 Autre tumeur bén./indét. ostéo-artic.
A12 Préoc. par/peur traitement médical	D27 Peur d'une autre maladie digestive	H76 CE dans l'oreille	L98 Déformation acquise membres inf.
A16 Nourrisson irritable	D28 Limitation de la fonction/incap. (D)	H77 Perforation du tympan	L99 Autre maladie ostéo-articulaire
A18 Préoc. par son aspect extérieur	D29 Autre S/P du syst. digestif	H79 Autre lésion traumat. de l'oreille	Neurologique N
A20 Demande/débat sur l'euthanasie	D70 Infection gastro-intestinale	H80 Anom. congénitale de l'oreille	N01 Mal de tête
A21 Facteur de risque de cancer	D71 Oreillons	H81 Excès de cérumen	N03 Douleur de la face
A22 Facteur de risque NCA	D72 Hépatite virale	H82 Syndrome vertigineux	N04 Jambes sans repos
A25 Peur de la mort, de mourir	D73 Gastro-entérite présumée infectieuse	H83 Otosclérose	N05 Fourmillements doigts, pieds, orteils
A26 Peur du cancer NCA	D74 Cancer de l'estomac	H84 Presbycusie	N06 Autre perturbation de la sensibilité
A27 Peur d'une autre maladie NCA	D75 Cancer du colon/du rectum	H86 Surdité	N07 Convulsion/crise comitiale
A28 Limitation de la fonction/incap. NCA	D76 Cancer du pancréas	H89 Autre maladie de l'oreille/ mastoïde	N08 Mouvements involontaires anormaux
A29 Autre S/P général	D77 Autre cancer digestif/NCA	Cardio-vasculaire K	N16 Perturbation du goût/de l'odorat
A70 Tuberculose	D78 Tumeur bénigne/indét. du syst. dig.	K01 Douleur cardiaque	N17 Vertige/étourdissement
A71 Rougeole	D79 CE du syst. digestif	K02 Oppression/contraction cardiaque	N18 Paralysie/faiblesse
A72 Varicelle	D80 Autre traumat. du syst. digestif	K03 Douleur cardiovasculaire NCA	N19 Trouble de la parole
A73 Paludisme	D81 Anom. congénitale du syst. digestif	K04 Palpitations/perception battements card.	N26 Peur d'un cancer neurologique
A74 Rubéole	D82 Maladie des dents/des genoives	K05 Autre battement cardiaque irrégulier	N27 Peur d'une autre maladie neurologique
A75 Mononucléose infectieuse	D83 Maladie bouche/langue/lèvres	K06 Veines proéminentes	N28 Limitation de la fonction/incap. (N)
A76 Autre exanthème viral	D84 Maladie de l'œsophage	K07 Oedème, gonflement des chevilles	N29 Autre S/P neurologique
A77 autre maladie virale NCA	D85 Ulcère duodénal	K22 Facteur risque mal. cardio-vasculaire	N70 Polioencéphalite
A78 Autre maladie infectieuse NCA	D86 Autre ulcère peptique	K24 Peur d'une maladie de cœur	N71 Méningite/encéphalite NCA
A79 Cancer NCA	D87 Trouble de la fonction gastrique	K25 Peur d' de l'hypertension	N72 Tétanos
A80 Traumatisme/lésion traumat. NCA	D88 Appendicite	K27 Peur autre maladie cardio-vasculaire	N73 Autre infection neurologique
A81 Polytraumatisme/lésions multiples	D89 Hernie inguinale	K28 Limitation de la fonction/incap. (K)	N74 Cancer du syst. neurologique
A82 Effet tardif d'un traumatisme	D90 Hernie hiatale	K29 Infection du syst. cardio-vasculaire	N75 Tumeur bénigne neurologique
A84 Intoxication par subst. médicamenteuse	D91 Autre hernie abdominale	K71 RAA/maladie cardiaque rhumatismale	N76 Autre tumeur indét. neurologique
A85 Effet sec. subst. médicamenteuse	D92 Maladie diverticulaire	K72 Tumeur cardio-vasculaire	N79 Commotion
A86 Effet toxique subst. non médicamenteuse	D93 Syndrome du colon irritable	K73 Anom. congénitale cardio-vasculaire	N80 Autre lésion traumat. de la tête
A87 Complication de traitement médical	D94 Entérite chronique/colite ulcéreuse	K74 Cardiopathie ischémique avec angor	N81 Autre lésion traumat. neurologique
A88 Effet sec. de facteur physique	D95 Fissure anale/abcès péréal	K75 Infarctus myocardique aigu	N85 Anom. congénitale neurologique
A89 Effet sec. de matériel prothétique	D96 Vers/autre parasite	K76 Cardiopathie ischémique sans angor	N86 Sclérose en plaque
A90 Anom. congénitale NCA/multiple	D97 Maladie du foie NCA	K77 Décompensation cardiaque	N87 Syndrome parkinsonien
A91 Résultat d'investigat. anormale NCA	D98 Cholécyttite/cholélithiase	K78 Fibrillation auriculaire/futter	N88 Epilepsie
A92 Allergie/réaction allergique NCA	D99 Autre maladie du syst. Digestif	K79 Tachycardie paroxystique	N89 Migraine
A93 Nouveau-né prématuré	CODES PROCÉDURE	K80 Arythmie cardiaque NCA	N91 Paralysie faciale/paralysie de Bell
A94 Autre morbidité périnatale	SYMPTÔMES ET PLAINTES	K81 Souffle cardiaque/artériel NCA	N92 Névralgie du trijumeau
A95 Mortalité périnatale	INFECTIONS	K82 Cœur pulmonaire	N93 Syndrome du canal carpien
A96 Mort	NÉOPLASMES	K83 Valvulopathie NCA	N94 Névrite/neuropathie périphérique
A97 Pas de maladie	TRAUMATISMES	K84 Autre maladie cardiaque	N95 Céphalée de tension
A98 Gestion santé/médecine préventive	ANOMALIES CONGÉNITALES	K85 Pression sanguine élevée	N99 Autre maladie neurologique
A99 Maladie de nature/site non précisé	AUTRES DIAGNOSTICS	K86 Hypertension non compliquée	
		K87 Hypertension avec complication	
		K88 Hypotension orthostatique	
		K89 Ischémie cérébrale transitoire	
		K90 Accident vasculaire cérébral	
		K91 Maladie cérébrovasculaire	
		K92 Athéroscl./mal. vasculaire périphér.	
		K93 Embolie pulmonaire	
		K94 Phlébite et thrombophlébite	
		K95 Varices des jambes	
		K96 Hémorroïdes	
		K99 Autre maladie cardio-vasculaire	

58

Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,

Titre de thèse : Analyse des thèses d'exercice soutenues par les internes de médecine générale de l'Université de Nantes entre 2009 et 2013.

RESUME

Introduction : Les thèses d'exercice soutenues par les internes de médecine générale représentent un volume important de travaux dans le cadre d'une recherche spécifique à la discipline, encore insuffisamment développée en France. Les limites structurelles de leur encadrement peuvent néanmoins entraîner des disparités dans la qualité scientifique de ces travaux.

Matériel et Méthode : Cette étude descriptive rétrospective a consisté en l'analyse des 385 thèses soutenues par les internes de médecine générale de l'Université de Nantes au cours des années 2009 à 2013. Des données démographiques, de problématiques, de méthodes et de participation ont été recueillies.

Résultats : 65,2% des thèses ont été considérées comme pertinentes pour la médecine générale, malgré un recul en 2013. Les méthodes quantitatives étaient les plus utilisées (62,1%), mais l'emploi de méthodes qualitatives n'a pas été négligeable (29,4%). Ces travaux s'intéressaient aussi bien aux médecins et internes (34,5%) qu'aux patients et leur entourage (50,6%), ces derniers engendrant une meilleure participation.

Conclusion : La volonté affichée par les internes de médecine générale nantais d'inscrire leur travail de thèse dans leur discipline se doit d'être accompagnée afin de les sensibiliser et de les encourager à participer au développement de la recherche de leur discipline.

MOTS CLES

thèse d'exercice – médecine générale

classification – méthode – formation