



BU bibliothèque Lyon 1

<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -  
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD –LYON 1  
FACULTE DE MEDECINE LYON EST

Année 2015 – N° 47

**ANALYSE DES THESES D'EXERCICE SOUTENUES  
PAR LES INTERNES DE MEDECINE GENERALE DE  
LYON DE JANVIER 2011 A DECEMBRE 2013**

THESE

Présentée

A l'Université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement le **24 mars 2015**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Par

**LEONARD Mathieu**

**Né le 10 novembre 1984 à Tassin-la-Demi-Lune**

## UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

---

. Président de l'Université	François-Noël GILLY
. Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	François-Noël GILLY
. Secrétaire Général	Alain HELLEU

### **SECTEUR SANTE**

UFR DE MEDECINE LYON EST	Doyen : Jérôme ETIENNE
UFR DE MEDECINE LYON SUD – CHARLES MERIEUX	Doyen : Carole BURILLON
INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES (ISPB)	Directrice: Christine VINCIGUERRA
UFR D'ODONTOLOGIE	Directeur : Denis BOURGEOIS
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION	Directeur : Yves MATILLON
DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE	Directeur : Pierre FARGE

### **SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES**

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES	Directeur : Fabien de MARCHI
UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS)	Directeur : Claude COLLIGNON
POLYTECH LYON	Directeur : Pascal FOURNIER
I.U.T.	Directeur : Christian COULET
INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES ET ASSURANCES (ISFA)	Directeur : Véronique MAUME-DESCHAMPS
I.U.F.M.	Directeur : Régis BERNARD
CPE	Directeur : Gérard PIGNAULT

# Faculté de Médecine Lyon Est

## Liste des enseignants 2014/2015

### Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mauguière	François	Neurologie
Ninet	Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Peyramond	Dominique	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Philip	Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Raudrant	Daniel	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

### Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

Baverel	Gabriel	Physiologie
Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Denis	Philippe	Ophtalmologie
Finet	Gérard	Cardiologie
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Miossec	Pierre	Immunologie
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Pugeat	Michel	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

### Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Première classe

André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Claris	Olivier	Pédiatrie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Di Filippo	Sylvie	Cardiologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Edery	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat	Jérôme	Neurologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lina	Gérard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Mertens	Patrick	Anatomie
Mion	François	Physiologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Moulin	Philippe	Nutrition
Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Négrier	Marie-Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ovize	Michel	Physiologie
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Rousson	Robert-Marc	Biochimie et biologie moléculaire
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ruffion	Alain	Urologie
Ryvin	Philippe	Neurologie
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques

Tilikete	Caroline	Physiologie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vallée	Bernard	Anatomie
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

## Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

### Seconde Classe

Allaouchiche	Bernard	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender	Alain	Génétique
Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Dalle	Stéphane	Dermato-vénéréologie
Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Faure	Michel	Dermato-vénéréologie
Fellahi	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry	Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Fourneret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Guyen	Olivier	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Henaine	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot	Arnaud	Médecine interne
Huissoud	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Jacquin-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Kodjikian	Laurent	Ophthalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Michel	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale

Ray-Coquard	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Rossetti	Yves	Physiologie
Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Vukusic	Sandra	Neurologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

### **Professeur des Universités - Médecine Générale**

Letrilliart	Laurent
Moreau	Alain

### **Professeurs associés de Médecine Générale**

Flori	Marie
Lainé	Xavier
Zerbib	Yves

### **Professeurs émérites**

Chatelain	Pierre	Pédiatrie
Bérard	Jérôme	Chirurgie infantile
Boulangier	Pierre	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Bozio	André	Cardiologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Descotes	Jacques	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Itti	Roland	Biophysique et médecine nucléaire
Kopp	Nicolas	Anatomie et cytologie pathologiques
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Rousset	Bernard	Biologie cellulaire
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Paul	Neurologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

### **Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Hors classe**

Benchaib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Davezies	Philippe	Médecine et santé au travail

Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Jouvet	Anne	Anatomie et cytologie pathologiques
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Pharaboz-Joly	Marie-Odile	Biochimie et biologie moléculaire
Piaton	Eric	Cytologie et histologie
Rigal	Dominique	Hématologie ; transfusion
Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Timour-Chah	Quadiri	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

## Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

### Première classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Charrière	Sybil	Nutrition
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Cozon	Grégoire	Immunologie
Dubourg	Laurence	Physiologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Laurent	Frédéric	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lesca	Gaëtan	Génétique
Maucort Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Peretti	Noel	Nutrition
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ritter	Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Roman	Sabine	Physiologie
Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire
Voiglio	Eric	Anatomie
Wallon	Martine	Parasitologie et mycologie

## Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers

### Seconde classe

Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Chêne	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Phan	Alice	Dermato-vénéréologie

Rheims  
Rimmele

Sylvain  
Thomas

Neurologie  
Anesthésiologie-réanimation ;  
médecine d'urgence  
Génétique  
Biologie cellulaire  
Physiologie  
Anatomie et cytologie pathologiques  
Immunologie

Schluth-Bolard  
Simonet  
Thibault  
Vasiljevic  
Venet

Caroline  
Thomas  
Hélène  
Alexandre  
Fabienne

### **Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale**

Chanelière  
Farge  
Figon

Marc  
Thierry  
Sophie

## Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

## **COMPOSITION DU JURY**

### **Président du jury**

Monsieur le Professeur Jérôme ETIENNE

### **Membres du jury**

Monsieur le Professeur Olivier CLARIS

Madame le Professeur Sylvie ERPELDINGER (directrice de thèse)

Madame le Docteur Clémence TOURNEBIZE (co-directrice de thèse)

# REMERCIEMENTS

Remerciements aux membres du jury :

**A Monsieur le Professeur Jérôme ETIENNE**

Pour l'honneur que vous me faites de présider ce jury

Pour m'avoir accordé un délai supplémentaire pour soutenir ma thèse

**A Monsieur le Professeur Olivier CLARIS**

Pour l'honneur que vous me faites d'accepter d'être membre du jury

**A Madame le Professeur Sylvie ERPELDINGER**

Pour l'honneur que vous me faites de diriger cette thèse

Pour votre aide précieuse dans le choix du sujet et vos conseils avisés tout au long de ce travail

Pour votre engagement dans l'enseignement et la recherche en médecine générale

**A Madame le Docteur Clémence TOURNEBIZE**

Pour l'honneur que tu me fais de participer au jury de cette thèse

Pour ton intérêt porté à ce sujet et ta disponibilité

Remerciements aux aidants pour la thèse :

**Aux membres du service commun de documentation** de l'université et principalement à

**Monsieur Denis LAURENT** pour leur aide précieuse au recueil des thèses.

**Aux directeurs de thèse** ayant pris le temps de répondre à mon questionnaire, me permettant d'obtenir des données les plus complètes possibles.

Remerciements aux médecins rencontrés :

**A Messieurs les Docteurs VIGNAL et THERON** qui m'ont fait découvrir la médecine générale pendant le stage ambulatoire de niveau 1.

**A Messieurs les Docteurs DE LA GARANDERIE et JAMET** qui m'ont accueilli avec gentillesse et bienveillance dans leurs cabinet respectif.

**Aux praticiens hospitaliers** qui ont pris le temps de l'enseignement et de la transmission des connaissances pendant mon internat.

Remerciements à la famille et aux amis :

**A mes parents** qui m'ont toujours encouragé et accompagné dans mes études et dans ma vie, et qui ont pris une part prépondérante à ma réussite.

**A ma sœur** qui m'a montré la voie à suivre et dont j'ai suivi les pas avec attention.

**A mon petit frère** qui devient grand, je suis fier de toi et je te soutiendrai toujours.

**A ma grand-mère** « connectée » qui reste encore tonique, continue ainsi. **A mes autres grands-parents** dont je garde en mémoire les meilleurs moments.

**Au reste de ma famille** pour votre présence et votre soutien.

**A mes amis internes** qui m'ont accompagné et supporté tout au long de mon internat notamment lors du stage mémorable d'été à Montélimar avec Aymeric, Julie, Noémie, Pauline, Stéphanie, Vincent, Xavier, et tous les autres non cités.

**A Alexandre**, mon fidèle ami depuis le collège et j'espère pour encore longtemps.

# TABLE DES MATIERES

<b>LISTE DES ABREVIATIONS</b>	<b>4</b>
<b>1- INTRODUCTION</b>	<b>5</b>
1.1 Définition de la médecine générale et ses caractéristiques	5
1.2 Importance de la recherche en médecine générale	7
1.3 La thèse d'exercice en médecine générale	10
1.4 Elaboration de la thèse d'exercice de médecine générale à Lyon	11
1.4.1 Les journées thèses	11
1.4.2 Le mémoire d'initiation à la recherche lors du stage de niveau 1	11
1.4.3 La fiche thèse	11
1.4.4 Les ateliers « Recherche »	12
1.5 Objectifs de la thèse	12
<b>2- MATERIEL ET METHODES</b>	<b>13</b>
2.1 Type d'étude	13
2.2 Inventaire des thèses et recueil des données	13
2.3 Grille d'analyse	15
2.3.1 Renseignements administratifs	15
2.3.2 Pertinence	16
2.3.3 Analyse thématique	16
2.3.4 Approche méthodologique	18
2.3.5 Valorisation	18
2.4 Base de données	19
2.5 Analyses statistiques	19
<b>3- RESULTATS</b>	<b>20</b>
3.1 Nombre de thèses étudiées	20
3.2 Informations administratives	20
3.3 Directeur de thèse	21
3.4 Président du jury	23
3.5 Pertinence de la thèse pour la médecine générale	23
3.6 Nombre de pages de la thèse	24

3.7 Résumés	25
3.8 Problème de santé étudié	26
3.9 Domaine de recherche	27
3.10 Approche méthodologique	28
3.11 Environnement des études	29
3.12 Population étudiée et catégories d'âges	30
3.13 Taille de l'échantillon	31
3.14 Etudes interventionnelles et prospectives	31
3.15 Valorisation de la thèse	32
<b>4- DISCUSSION</b>	<b>35</b>
4.1 Validité interne globale	35
4.1.1 Biais de sélection	35
4.1.2 Biais d'évaluation	35
4.2 Analyse, évolution et comparaison des résultats	36
4.2.1 Nombre de thèses	36
4.2.2 Caractéristiques des thésards	36
4.2.3 Caractéristiques des directeurs de thèse	38
4.2.4 Caractéristiques des présidents du jury	41
4.2.5 Nombre de pages	41
4.2.6 Pertinence pour la recherche en médecine générale	41
4.2.7 Qualité des résumés	43
4.2.8 Problème de santé étudié	44
4.2.9 Domaine de recherche	45
4.2.10 Approche méthodologique	45
4.2.11 Environnement des études	48
4.2.12 Valorisation de la thèse	49
<b>5- CONCLUSION</b>	<b>52</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>54</b>

<b>ANNEXE I : Grille d'analyse</b>	57
<b>ANNEXE II : Domaines de recherche</b>	60
<b>ANNEXE III : Classification internationale des soins de 1<sup>er</sup> recours</b>	64
<b>ANNEXE IV : Approche méthodologique</b>	66
<b>ANNEXE V : Détail des résultats</b>	70
<b>ANNEXE VI : Lauréats du prix thèse de l'URPS</b>	74
<b>ANNEXE VII : Titre des revues et <i>impact factor</i> des thèses publiées</b>	75
<b>ANNEXE VIII : Exemple de thèses portant sur un même thème</b>	77
<b>ANNEXE IX : Conclusions signées</b>	78

## LISTE DES ABREVIATIONS

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies – 10<sup>ième</sup> version

CISP : Classification Internationale des Soins Primaires

CLGE : Collège Lyonnais des Généralistes Enseignants

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CRNH : Centre de Recherche en Nutrition Humaine

CUMG : Collège Universitaire de Médecine Générale

DES: Diplôme d'Etude Spécialisé

ECOGEN : Eléments de la COnsultation en médecine GENérale

ESA : Ecole de Santé des Armées

HDR : Habilitation à Diriger des Recherches

IMER : Information Médicale Evaluation Recherche

IMRAD : Introduction, Matériel et méthodes, Résultats *And* Discussion

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

MG : Médecin Généraliste

MSU : Maître de Stage des Universités

OGDPC : Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé

SFDRMG : Société Française de Documentation et Recherche en Médecine Générale

SFMG : Société Française de Médecine Générale

SFTG : Société Française de Thérapeutique Généraliste

TCEM: Troisième Cycle des Etudes Médicales

UCBL : Université Claude Bernard Lyon

UMR : Unité Mixte de Recherche

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

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

### **3- INTRODUCTION**

#### **1.1 Définition de la médecine générale et ses caractéristiques**

Il existe de nombreuses définitions de la médecine générale à travers le temps. Celle qui s'adapte le mieux à la médecine générale d'aujourd'hui et qui fait consensus est la définition de la WONCA Europe rédigée en 2002 par un collège des organisations académiques nationales de médecine générale de 30 pays européens [1].

Ainsi, la médecine générale aussi appelée 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. »

Cette définition souligne la place de la médecine générale comme spécialité médicale à part entière qui a été reconnue en France seulement en 2004 avec l'introduction du diplôme d'étude spécialisé (DES) de médecine générale [2]. Elle insiste sur l'importance d'une formation médicale. Elle est dispensée lors du troisième cycle des études médicales (TCEM) par les collèges universitaires de médecine générale (CUMG). Cependant le rapport Hubert de 2010 [3] indique que cette formation reste insuffisante tant au niveau pratique avec des stages de médecine générale pas assez nombreux, que théorique avec un enseignement universitaire à développer. Le développement universitaire de la médecine générale est pourtant nécessaire pour améliorer le transfert de connaissance et d'expérience ainsi que pour analyser l'efficacité des soins fournis en médecine générale [1].

La définition de la médecine générale est complétée par 11 caractéristiques [1] qui l'explicitent et montrent sa spécificité :

- Elle est **le premier recours** avec le système de soins (soins primaires) hors urgences, sans discrimination sur l'âge, le sexe, ou le problème de santé de la personne. Cet accès est libre, facile, non limité, et sans barrières financières. Ces caractéristiques permettent de limiter les inégalités sociales d'accès aux soins [4].

- Elle permet **la coordination des soins** en jouant un rôle de pivot, facilite l'orientation des patients vers les autres spécialistes et les structures adaptées. Le médecin de famille est un conseil devant la complexité du système de soins qu'il contribue à rendre plus efficace en évitant les examens et consultations inutiles. En France ce concept s'est traduit en 2004 par l'introduction du médecin traitant très majoritairement dédié aux médecins généralistes.
- Elle développe **une approche centrée sur le patient** pour adapter la pratique et les recommandations à la situation particulière de la personne pour satisfaire au mieux ses attentes, calmer ses peurs, ceci sans heurter ses croyances.
- Elle développe **une relation médecin-patient** au cours des différentes consultations du fait d'un contact proche et répété, cette relation est en elle-même thérapeutique.
- Elle assure **des soins continus et longitudinaux** en participant à la permanence des soins et en suivant les patients sur de longues périodes de leur vie et de leurs maladies.
- Elle adapte la pratique professionnelle à **la prévalence des maladies** rencontrées en soins primaires par rapport au milieu hospitalier, l'examen clinique étant souvent suffisant pour faire un diagnostic, le recours à des examens complémentaires est limité.
- Elle est confrontée simultanément à **des problèmes de santé aigus et chroniques**. Dans la plupart des cas, une consultation est consacrée à la résolution de plusieurs problèmes hiérarchisés par le médecin en fonction de leur importance. Celle-ci peut être jugée différente par le médecin et le patient, et parfois même contradictoire.
- Elle intervient à **un stade précoce et indifférencié de la maladie**, pouvant rendre difficile la détection de pathologies graves, l'incertitude peut aussi persister après la consultation. Plusieurs consultations sont parfois nécessaires pour juger de l'évolution de la maladie.
- Elle insiste sur **l'éducation à la santé** comprenant les règles hygiéno-diététiques, la prévention des maladies et le dépistage.
- Elle a **une responsabilité spécifique de santé publique** dans la communauté.
- Elle répond aux problèmes de santé dans leurs **multiples dimensions** : physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

Les rôles de soins de premier recours et de coordination avec les soins secondaires et tertiaires sont fondamentaux dans la médecine générale puisqu'ils permettent une meilleure efficacité du système de soins. En effet, il est actuellement démontré dans la littérature internationale qu'un système de santé orienté vers les soins primaires fournit des soins de meilleure qualité, produit une plus grande satisfaction des usagers et diminue le recours aux services d'urgence déjà saturés en France, tout ceci pour un coût inférieur à un système moins orienté vers les soins primaires [5,6].

A travers cette définition et son développement, on s'aperçoit de la grande diversité de la profession, des liens essentiels entre le médecin et son patient, des spécificités uniques à cette discipline, et de son importance dans le système de soins. Afin d'améliorer encore cette discipline un renforcement de l'enseignement est nécessaire ainsi qu'un développement de la recherche.

## **1.2 Importance de la recherche en médecine générale**

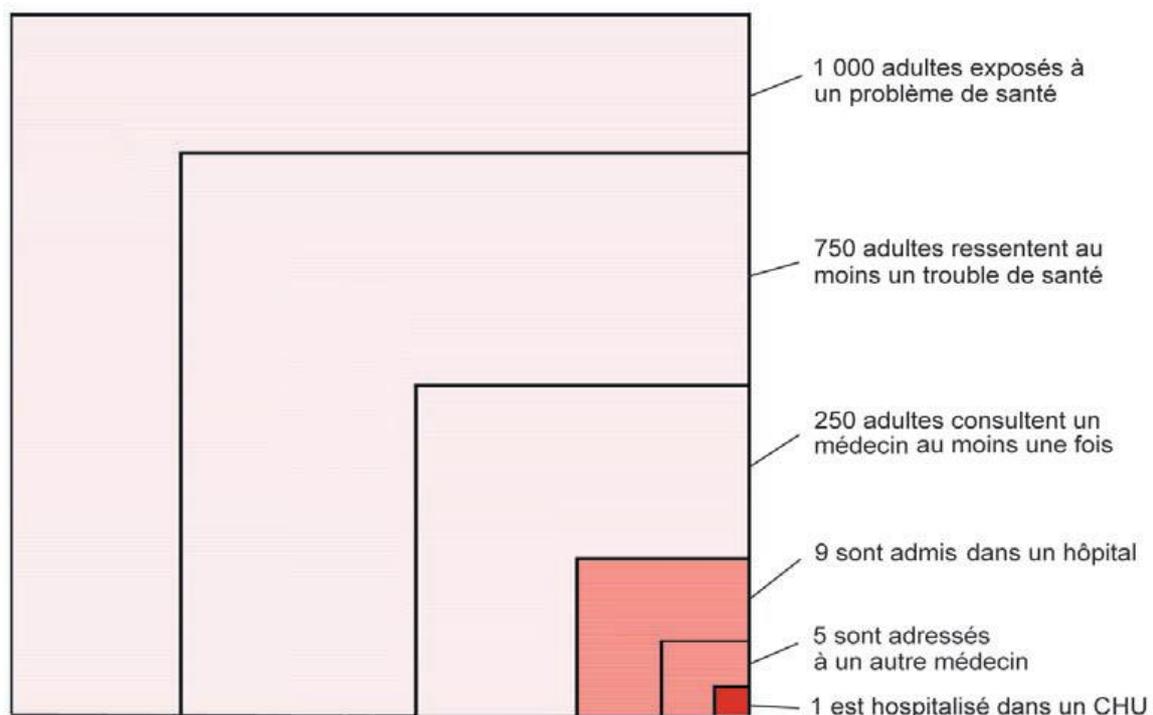
La médecine reconnue comme une discipline scientifique se fonde sur des preuves issues de la recherche, l'*evidence based medicine*. La recherche médicale est nécessaire pour obtenir des preuves fiables pour son exercice et ainsi améliorer la pratique de la médecine.

Alors que la recherche médicale s'est développée initialement grâce aux centres hospitalo-universitaires (CHU) en lien avec les universités, la médecine générale s'est retrouvée exclue du fait de son exercice ambulatoire. La recherche en soins primaires en France a ainsi pris beaucoup de retard par rapport à nos voisins anglais, hollandais ou scandinaves qui ont instauré beaucoup plus tôt des départements académiques de médecine générale [7]. En France, il a fallu attendre les années 2000 pour voir le développement d'une filière universitaire de médecine générale.

La recherche en médecine générale est pourtant essentielle pour plusieurs raisons :

- Pour acquérir **une légitimité** envers les autres disciplines médicales et les étudiants en médecine qui choisissent préférentiellement les autres spécialités,
- Pour permettre une **amélioration du soin** et peser sur les décisions de santé publique [8,9] en s'appuyant sur des preuves,
- Pour adapter la pratique médicale à la **population particulière** rencontrée en médecine générale qui diffère de la pratique hospitalière comme l'illustre le carré de White de 1997 (figure 1): sur 250 adultes consultant un médecin une fois par mois, seuls 9 étaient admis dans un hôpital et 1 en CHU. Les essais cliniques contiennent de nombreux critères d'exclusion ou portent sur une population hospitalière, ce qui pose la question de la reproductibilité de ces essais à tous les patients rencontrés en médecine générale [10]. Une autre différence marquante est la faible prévalence et incidence des maladies graves diminuant la valeur prédictive positive des scores cliniques ou des examens paracliniques dont il faut adapter l'utilisation [11]. L'épidémiologie clinique de cette population est spécifique et doit être étudiée pour améliorer leur prise en charge. C'est pourquoi les recommandations issues de la recherche hospitalo-universitaire ne sont souvent pas applicables à la pratique de soins primaires [8].

**Figure 1 : le carré de White**



- Pour améliorer la recherche en soins primaires. La médecine générale est **orientée vers les soins primaires**, une recherche est donc nécessaire du fait des caractéristiques de cette activité. Le médecin de famille prend souvent en charge des affections bénignes uniquement rencontrées en soins primaires, la prévalence des maladies les plus graves est plus faible qu'en soins secondaires ou tertiaires, il suit habituellement ses patients sur de plus longues périodes que les autres spécialistes [12]. Il est également dans une position privilégiée pour mesurer le rapport bénéfice-risque des actions de dépistage et de prévention, et en évaluer les résultats sur le long terme [9]. Il est aussi important de développer des outils adaptés aux soins de premier recours tels que des tests de diagnostic rapide simples d'utilisation, ou des démarches diagnostiques et thérapeutiques utilisables par les médecins généralistes [13].
- Pour **améliorer l'enseignement** de la discipline en fondant les connaissances sur des preuves.
- Pour connaître **les interactions complexes** entre le patient, le médecin et l'environnement qui influenceront la qualité des soins et qui sont peu étudiées jusqu'à présent par les autres disciplines médicales.

Il est illusoire de penser que l'ensemble des besoins de recherche de médecine générale puissent être couverts par les autres spécialités médicales même si certains travaux peuvent parfaitement être adaptés à la pratique de soins primaires. Toutes les spécialités peuvent participer à la recherche en médecine générale mais elles sont déjà mobilisées pour la recherche dans leurs disciplines respectives et certains problèmes de santé et questionnements sont propres à la médecine générale et ne peuvent être traités que par une recherche en médecine générale [12]. De ce fait, d'un côté la majorité des preuves scientifiques ne sont pas applicables à la pratique quotidienne des médecins de famille alors que de l'autre côté il existe de nombreuses questions pertinentes pour leur pratique qui ne trouvent pas de réponse dans la littérature scientifique [11].

En France, on retrouve trois types de producteurs de recherche, les sociétés savantes dont les principales sont le collège de la médecine générale, le collège national des généralistes enseignants (CNGE), la société française de médecine générale (SFMG), la société française de documentation et recherche en médecine générale (SFDRMG), et la société française de thérapeutique généraliste (SFTG), les départements de médecine générale et les réseaux locaux. Les sociétés savantes ont pour mission principale la formation continue

même si elles développent également leur secteur de recherche. Les réseaux locaux et en particulier les unions régionales des professionnels de santé (URPS) ont des moyens modestes pour mener des travaux d'envergure [12]. Les départements de médecine générale ont une fonction d'enseignement aux étudiants de TCEM, d'encadrement à la réalisation des thèses qui sont un support non négligeable de production de connaissance scientifique, et de recherche.

### **1.3 La thèse d'exercice en médecine générale**

Historiquement, la thèse d'exercice a été rétablie après la révolution française en 1803 pour obtenir le grade de docteur en médecine ou en chirurgie. Elle reste de nos jours toujours requise pour s'inscrire à l'ordre national des médecins et obtenir le droit d'exercer [14].

Il faut bien différencier la thèse d'exercice qui permet d'acquérir le diplôme d'état de docteur en médecine, avec la thèse d'université. Cette dernière est une étape clé du parcours hospitalo-universitaire car elle est nécessaire à l'obtention du diplôme d'habilitation à diriger des recherches (HDR).

Le travail de thèse d'exercice en médecine générale a comme objectifs d'une part de produire des connaissances scientifiques en médecine générale pour faire avancer la science dans ce domaine, et d'autre part de former le futur docteur à la recherche scientifique et développer un esprit critique très utile pour analyser les différents documents qui lui seront proposés au cours de son activité professionnelle [15]. La soutenance de thèse garde un rôle rituel d'acceptation du futur médecin par ses pairs, elle marque aussi la fin des longues études médicales et offre la possibilité de la fêter avec sa famille. La thèse est ainsi vécue positivement par la majorité des étudiants [16].

Dans le but de promouvoir la recherche en médecine générale, l'URPS de Rhône-Alpes a créé depuis 2006 un prix de thèse régional spécifique à la médecine générale accompagné d'une récompense financière. Il a pour but d'encourager les étudiants à améliorer leur thèse.

L'autre possibilité de valoriser une thèse et de pouvoir diffuser ses résultats au plus grand nombre est de publier la thèse dans une revue, ou de communiquer son travail dans un congrès ou une réunion.

## 1.4 Elaboration de la thèse d'exercice de médecine générale à Lyon

Devant les difficultés rencontrées par les étudiants lors de la réalisation de leur thèse ainsi que pour développer la recherche en médecine générale, le CUMG de Lyon met à la disposition des étudiants différents outils pédagogiques d'aide à la réalisation de leur thèse listés ci-dessous et disponibles sur le site de collège lyonnais des généralistes enseignants (CLGE) <sup>1</sup>.

### 1.4.1 Les journées thèses

Elles sont organisées sur deux jours lors du stage chez le praticien. Elles apportent une aide théorique sur l'organisation de la thèse, la recherche bibliographique, la méthodologie à employer, la rédaction de la thèse, et la présentation orale. Ces journées permettent une approche globale du travail de thèse.

### 1.4.2 Le mémoire d'initiation à la recherche lors du stage de niveau I

C'est un mémoire d'initiation à la recherche qui est réalisé en fin de stage chez le praticien, il est accompagné d'une soutenance de 10 minutes et d'une séance de questions. Ce mémoire a pour objectif de mettre en pratique les aides apportées par les ateliers thèses et de s'initier au travail de thèse. Il permet d'apprendre à se poser des questions en rapport avec la médecine générale, à construire un raisonnement scientifique, à trouver les ressources nécessaires à la réalisation de son travail, à rédiger un document scientifique et à soutenir son travail devant un jury et une assistance. Il peut également servir de base à la future thèse.

### 1.4.3 La fiche thèse

Elle est demandée avant la réalisation de la thèse. Ses principaux objectifs sont de connaître les sujets de thèse en cours pour éviter les doublons, d'associer des étudiants sur des sujets similaires pour en augmenter la pertinence, de permettre à l'étudiant un début de structuration du sujet en tout début du travail, d'éviter les échecs de thèse, et de faire un travail en lien avec les soins primaires. L'objectif de la fiche de thèse n'est pas de se substituer au directeur de thèse en particulier sur la méthode et les outils utilisés. Il reste après accord du CUMG sur la fiche de thèse, le seul maître à bord (avec le président et les autres membres du jury).

---

<sup>1</sup> [http://www.clge.fr/rubrique.php3?id\\_rubrique=137](http://www.clge.fr/rubrique.php3?id_rubrique=137) [consulté le 07/03/2015]

#### 1.4.4 Les ateliers « Recherche »

Ils sont facultatifs, au nombre de trois, et animés par des membres du CUMG. Deux ateliers portent sur la méthodologie dont un plus spécifiquement sur la recherche qualitative. Un troisième atelier porte sur les statistiques. Ils permettent d'approfondir les connaissances sur les différents types d'études et sur les analyses statistiques.

### 1.5 Objectifs de la thèse

Le CUMG de Lyon manifeste une attention importante au travail de thèse et apporte des aides à la réalisation et à la valorisation des thèses de médecine générale.

Notre travail consiste à analyser les thèses d'exercice soutenues par les internes de médecine générale de Lyon en 2011, 2012, et 2013 et à observer l'évolution des thèses par rapport à l'analyse réalisée par C. Tournebize à Lyon sur les trois années précédentes [17].

L'analyse des thèses portera sur la pertinence des thèses pour la recherche en médecine générale, les approches méthodologiques utilisées, les domaines de recherche, la population étudiée d'une part et d'autre part sur l'analyse de la proportion de directeurs de thèse de médecine générale, et la valorisation des thèses.

## **2- MATERIEL ET METHODES**

### **2.1 Type d'étude**

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective menée sur les thèses soutenues par les internes en médecine générale durant les années 2011, 2012 et 2013 dans les facultés de médecine de Lyon-Est et Lyon-Sud.

### **2.2 Inventaire des thèses et recueil des données**

La liste complète des thèses est fournie par le service commun de la documentation de l'université Claude Bernard Lyon 1. Cette liste répertorie toutes les thèses d'exercice de médecine sans distinction de la spécialité. La liste a donc été comparée avec les tableaux de soutenances de thèses mensuels transmis par les secrétariats du 3<sup>ème</sup> cycle de médecine générale de Lyon-Est et de Lyon-Sud. Ces derniers documents comprennent le titre de la thèse, son auteur, la date de soutenance de la thèse, la composition du jury ainsi que la distinction entre les étudiants de médecine générale et d'autres spécialités.

La date de naissance des auteurs, le nom du directeur de thèse et sa spécialité sont retrouvés en consultant les formulaires d'enregistrement de thèse remis par chaque étudiant lors de sa demande de soutenance, et fournis par le service commun de la documentation.

Pour les années 2011 et 2012, le résumé des thèses n'est pas consultable sur le site du SUDOC<sup>2</sup>, il a donc été photocopié à partir des formulaires d'enregistrement de thèse obtenus précédemment. Pour l'année 2013, les résumés sont diffusés sur le site du SUDOC et consultés directement sur internet. La thèse a été consultée en cas de résumé incomplet ou de formulaire d'enregistrement non retrouvé. Le nombre de pages de la thèse est retrouvé indifféremment avec l'une ou l'autre source.

La spécialité du président du jury est indiquée sur les listes des professeurs des facultés Lyon-Est et Lyon-Sud disponibles sur le site de l'université<sup>3</sup>. En cas d'absence une recherche sur le site de l'ordre national des médecins<sup>4</sup> est effectuée.

---

<sup>2</sup> <http://www.sudoc.abes.fr> [consulté le 07/03/2015]

<sup>3</sup> <http://lyon-est.univ-lyon1.fr/formation/theses> et <http://lyon-sud.univ-lyon1.fr/formation/these> [consultés le 07/03/2015]

<sup>4</sup> <http://www.conseil-national.medecin.fr> [consulté le 07/03/2015]

Afin de calculer le délai entre le début du DES et la soutenance de la thèse, nous avons obtenu la liste d'affectation du tutorat au département de médecine générale de la faculté sur laquelle figure les nouveaux inscrits au DES de médecine générale de Lyon. Cependant le tutorat n'a débuté qu'en 2006 et les étudiants ayant débuté leur DES antérieurement ne sont pas retrouvés, de même que les étudiants de l'école de santé des armées.

Pour savoir si une thèse a fait l'objet d'une publication orale ou écrite, un mail est envoyé aux différents directeurs de thèse récapitulant les thèses dirigées pendant les trois années de l'étude et leur demandant si une ou plusieurs thèses avaient fait l'objet d'une publication et si oui sous quelle forme. Si le directeur de thèse n'est pas joignable, un mail est alors envoyé à l'auteur de la thèse. Un mail de relance est envoyé aux non réponders. En cas de non réponse une recherche sur la base de données *Medline* par *Pubmed* est effectuée via le nom du thésard et celui de son directeur de thèse.

Pour récapituler, les données retenues pour l'analyse sont :

- le titre de la thèse,
- le nom et la date de naissance de l'auteur,
- l'année de soutenance de la thèse,
- le nom et la spécialité du directeur de thèse,
- le nom et la spécialité du président du jury,
- le résumé de la thèse,
- le nombre de pages de la thèse,
- l'année d'entrée dans le DES de médecine générale,
- la publication de la thèse,
- l'obtention du prix de thèse de l'URPS.

## **2.3 Grille d'analyse (Annexe I)**

La grille d'analyse utilisée pour cette étude est celle élaborée par C. Tournebize lors de son analyse des thèses soutenues par les internes de médecine générale de Lyon en 2008, 2009 et 2010 [17] en opérant quelques modifications. Ce choix est déterminé d'une part par la validité de cette grille déjà testée précédemment et d'autre part pour effectuer une comparaison fiable avec les trois années précédentes en ne changeant pas la méthode d'analyse. Une partie valorisation comprenant la publication et l'obtention du prix de de thèse de l'URPS est ajoutée.

La grille comprend 5 parties :

### **2.3.1 Renseignements administratifs**

- Le titre de la thèse
- L'année de soutenance de la thèse
- L'âge et le sexe du doctorant : l'âge est calculé en années à la date de soutenance de la thèse et le sexe est déterminé en fonction du ou des prénoms.
- L'année d'entrée dans le DES de médecine générale
- Le nom du directeur de thèse
- La spécialité du directeur de thèse : le terme médecin généraliste (MG) est réservé aux médecins généralistes exerçant en soins primaires. La spécialité des autres médecins est détaillée puis ils sont regroupés sous le terme de « non MG » pour l'analyse.
- Le nom du président du jury
- La spécialité du président du jury : comme pour le directeur de thèse, les présidents de jury sont regroupés sous les termes de « MG » et « non MG ».
- La référence bibliothécaire de l'université
- Le nombre de pages de la thèse

### 2.3.2 Pertinence

Pour étudier la pertinence des thèses pour la recherche en médecine générale, nous avons analysé leur résumé voire la thèse si le résumé n'était pas suffisamment détaillé.

Le premier élément d'analyse est la structure du résumé qui doit comprendre pour être informatif soit :

- le format IMRAD (Introduction, Matériel et méthodes, Résultats *And* Discussion) reconnu internationalement comme le format de référence des articles scientifiques,
- un format clair et adapté à la question de recherche posée avec la méthode et les résultats indiqués.

Le deuxième élément est l'intérêt pour la recherche en médecine générale. Une réponse positive est obtenue si les trois critères suivants sont présents :

- la méthodologie utilisée est appropriée à la recherche scientifique,
- l'environnement se situe en soins primaires, ou les outils développés sont utiles à l'exercice ou à la formation pour la médecine générale,
- le sujet concerne un domaine de recherche de médecine générale correspondant à la définition de la WONCA de 2002 [1].

### 2.3.3 Analyse thématique

- Le domaine de recherche (Annexe II)

Les différents domaines de recherche utilisés pour cette analyse ont été élaborés par la WONCA Europe en 2002 [18] en recensant les besoins et les priorités pour la recherche en médecine générale. Ils sont donc parfaitement adaptés aux sujets de médecine générale mais ils seront tout de même utilisés pour toutes les thèses de l'étude y compris celles ne relevant pas de médecine générale.

Ces domaines de recherche sont :

- Recherche sur un problème clinique (diagnostic, pronostic, traitement, prévention)
- Recherche sur le système de santé
- Recherche sur la santé publique
- Questions de recherche de grand intérêt pour la médecine générale
- Méthodes de recherche d'intérêt pour la médecine générale
- Amélioration de la qualité des soins
- Recherche sur l'éducation

➤ Le problème de santé

Le tableau utilisé est issu de la classification internationale des soins primaires (CISP, Annexe III) qui est particulièrement exhaustive et adaptée à la médecine générale [19]. Elle comprend par exemple des problèmes d'organes tels que le système digestif ou cardio-vasculaire mais aussi des problèmes sociaux, généraux, ou des procédures.

➤ La catégorie d'âge concernée

Elle distingue l'âge de la population étudiée : enfant, adolescent, adulte, personne âgée, ou sans objet lorsque l'étude ne porte pas sur une population. Les catégories d'âge « personne âgée » et « adolescent » sont utilisées en cas de recherche spécifique sur ces populations. En cas de recherche sur toutes les catégories d'âge, les items « enfant » et « adulte » sont tous les deux sélectionnés.

➤ La population étudiée

Elle concerne le type de population : médecins, étudiants en médecine, patients, personnes non malades, autres professionnels de santé, militaires ou sans objet pour les cas identiques au paragraphe précédent. Plusieurs choix sont possibles.

➤ L'environnement de l'étude

Il s'agit du lieu de l'étude et comprend comme items : la médecine générale, les réseaux, la population générale, les institutions et maisons de retraite, les services d'urgences, l'hôpital, le secteur pré-hospitalier, les laboratoires de recherche, les bases militaires, et les facultés de médecine.

### 2.3.4 Approche méthodologique (Annexe IV)

Il s'agit des principales méthodes d'étude scientifiques utilisées pour la recherche médicale qui sont décrites plus précisément en annexe [20,21]. Les méthodes retenues sont :

- Enquête épidémiologique
- Enquête de pratiques
- Approche qualitative
- Synthèse méthodique de la littérature
- Revue de littérature
- Production/validation d'instruments/stratégies de prise en charge
- Cas cliniques
- Recherche historique

### 2.3.5 Valorisation

Nous avons recensé deux façons de valoriser une thèse. La première est l'obtention d'un prix de thèse dont celui retenu est le prix de l'union détaillé ci-dessous. La deuxième est la publication qui peut prendre plusieurs formes comme la communication orale ou écrite notamment dans un congrès, ou encore la publication d'un article. La publication peut se faire soit en français, soit en anglais qui est la langue internationale pour les publications. On relève le titre de la revue et *l'impact factor* de 2013 pour chaque thèse ayant un article publié. Si plusieurs articles sont publiés pour une même thèse, *l'impact factor* retenu est le plus important.

Le prix de thèse retenu est une récompense décernée par l'URPS - médecins libéraux de Rhône-Alpes, aux thèses de médecine générale les plus méritantes soutenues dans les universités de Grenoble, Lyon ou Saint-Etienne, dans le but d'encourager les travaux de recherche en médecine générale. L'inscription est possible à tout étudiant ayant suivi le troisième cycle de médecine générale à l'une des trois facultés précitées et dont la thèse porte sur un thème de médecine générale. Chaque année 5 prix sont attribués parmi les thèses présentées, et les résultats sont disponibles sur leur site internet<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> <http://www.urps-med-ra.fr/srt/urpsmedra/home> [consulté le 07/03/2015]

## 2.4 Base de données

La base de données utilisée est celle de C. Tournebize issue du logiciel commercial Microsoft Access® sur laquelle une mise à jour est réalisée en intégrant les modifications de la grille d'analyse. Les requêtes permettant l'analyse statistique sont adaptées à l'étude. Cette base de données complète regroupe ainsi les analyses des thèses des années 2008 à 2013.

## 2.5 Analyses statistiques

Les variables quantitatives sont décrites par leur moyenne, médiane, minimum et maximum, les variables qualitatives sont présentées par leur effectif et leur pourcentage. Quelques analyses ont été effectuées avec le test Chi<sup>2</sup> grâce au site de biostatistiques en ligne Biostatv<sup>6</sup>. Le risque d'erreur de première espèce retenu est inférieur à 5% ( $p < 0.05$ ).

---

<sup>6</sup> <http://marne.u707.jussieu.fr/biostatv> [consulté le 07/03/2015]

### 3- RESULTATS

#### 3.1 Nombre de thèses étudiées

**Tableau 1 : Nombre de thèses d'exercice soutenues à Lyon suivant la spécialité MG ou non de l'étudiant**

	2011	2012	2013	Total
<b>Nombre de thèses de MG</b>	111 (50%)	161 (58%)	133 (51%)	<b><u>405 (53%)</u></b>
<b>Nombre de thèses d'autres spécialités</b>	113 (50%)	116 (42%)	129 (49%)	358 (47%)
<b>Total</b>	224	277	262	763

Parmi les 405 thèses soutenues par des étudiants en MG, **12 thèses ont été soutenues par 2 étudiants** (1 en 2011, 4 en 2012 et 7 en 2013).

Pour deux thèses d'étudiants en médecine générale, une en 2012 et l'autre en 2013, le résumé et la thèse ne sont pas disponibles pendant la période de l'étude et sont donc exclues de l'étude qui comporte **403 thèses analysées**.

#### 3.2 Informations administratives

**Tableau 2 : Caractérisation des thésards suivant leur âge et leur sexe**

	2011	2012	2013	Total	
<b>Femmes</b>	Nombre	76 (68%)	107 (65%)	106 (76%)	289 ( <b><u>69%</u></b> )
	Age moyen	29.6	30.3	29.5	29.8
	Médiane/Min/Max	29/26/40	29/27/53	29/26/38	29/26/53
<b>Hommes</b>	Nombre	36 (32%)	58 (35%)	34 (24%)	128 (31%)
	Age moyen	30.9	33.0	30.5	31.8
	Médiane/Min/Max	30/27/44	30/26/61	30/27/41	30/26/61
<b>Total</b>	Nombre	112	165	140	417
	Age moyen	30.0	31.2	29.8	<b><u>30.4</u></b>
	Médiane/Min/Max	30/26/44	30/26/61	29/26/41	30/26/61

**Tableau 3 : Nombre d'années entre le début du DES et la soutenance de thèse**

	2011	2012	2013	Total
<b>Nombre de données recueillies</b>	69/112	119/165	129/140	317/417
<b>sur nombre de thésards</b>	(62%)	(72%)	(92%)	(76%)
<b>Nombre d'années en moyenne</b>	4.3	4.6	<b><u>4.6</u></b>	<b><u>4.5</u></b>
<b>Médiane/Minimum/Maximum</b>				
<b>en années</b>	4/3/6	5/2/6	<b><u>5</u>/3/7</b>	4/2/7

La soutenance de thèse a principalement lieu après la fin du DES de médecine générale qui dure 3 ans. Le nombre d'étudiants selon le nombre d'années entre le début du DES et la soutenance de la thèse est détaillé en annexe V (tableau 21).

### 3.3 Directeur de thèse

**Tableau 4 : Nombre et pourcentage de thèses dirigées par un MG ou un non MG**

	2011	2012	2013	Total	
<b>Direction de thèse par un MG</b>	<b>Membre du CUMG</b>	41 (37%)	61 (38%)	60 (45%)	162 ( <b><u>40%</u></b> )
	<b>Autre MG</b>	12 (11%)	13 (8%)	19 (14%)	44 ( <b><u>11%</u></b> )
<b>Direction de thèse par un non MG</b>	58 (52%)	86 (54%)	53 (40%)	197 (49%)	
<b>Total</b>	111	160	132	403	

L'augmentation du nombre de thèses dirigées par un MG est statistiquement significative pendant cette période avec  $p=0.0486$ . L'augmentation de thèses dirigées par un membre du CUMG n'est pas statistiquement significative ( $p>0.05$ ).

**Tableau 5 : Nombre de directeur de thèse MG et non MG et moyenne de thèses dirigées**

		2011	2012	2013	Total
<b>Thèses dirigées par un MG</b>	Nombre de directeurs	26 (31%)	26 (25%)	<b>30</b> (38%)	51* (24%)
	Moyenne de thèses encadrées	2.0	2.8	2.6	<b>4.0<sup>#</sup></b>
	Médiane/Min/Max	1/1/11	1/1/10	2/1/9	1/1/24 <sup>#</sup>
<b>Thèses dirigées par un non MG</b>	Nombre de directeurs	57 (69%)	76 (75%)	49 (62%)	164* (76%)
	Moyenne de thèses encadrées	1.0	1.1	1.1	<b>1.2<sup>#</sup></b>
	Médiane/Min/Max	1/1/2	1/1/2	1/1/2	1/1/4 <sup>#</sup>
<b>Total</b>	Nombre de directeurs	83	102	79	215*
	Moyenne de thèses encadrées	1.3	1.6	1.7	1.9 <sup>#</sup>
	Médiane/Min/Max	1/1/11	1/1/10	1/1/9	1/1/24 <sup>#</sup>

\* Certains directeurs ont encadré plusieurs thèses soutenues différentes années. Le nombre total de directeur est effectué en enlevant les doublons.

# Les chiffres portent sur les trois années cumulées de l'étude.

**Tableau 6 : Principales spécialités des directeurs de thèse non MG**

Spécialité	Nombre
<b>Urgences</b>	20
<b>Médecine polyvalente</b>	20
<b>Médecine interne</b>	14
<b>Cardiologie</b>	12
<b>Gériatrie</b>	10
<b>Pédiatrie</b>	10
<b>Anesthésie-Réanimation</b>	9
<b>Pneumologie</b>	8
<b>Neurologie</b>	8
<b>Spécialités chirurgicales</b>	6
<b>Psychiatrie</b>	6
<b>Endocrinologie</b>	5
<b>Autres<sup>a</sup></b>	36

<sup>a</sup> Les autres spécialités sont détaillées en annexe V (tableau 22)

### 3.4 Président du jury

**Tableau 7 : Président de thèse selon la spécialité MG ou non MG**

	2011	2012	2013	Total
<b>Thèses présidées par un MG</b>	14 (13%)	20 (13.5%)	29 (22%)	63 <b>(16%)</b>
<b>Thèses présidées par un non MG</b>	96 (87%)	140 (87.5%)	103 (78%)	339 (84%)
<b>Total</b>	110*	160	132	402*

\* Le président du jury n'a pas été retrouvé pour une thèse soutenue en 2011.

Le nombre et le pourcentage de thèse présidées par un MG est en augmentation principalement depuis l'année 2013. Cette augmentation est statistiquement significative entre les années 2012 et 2013 avec  $p=0.0312$ .

### 3.5 Pertinence de la thèse pour la médecine générale

**Tableau 8 : Pertinence de la thèse pour la médecine générale par année**

	2011	2012	2013	Total
<b>Thèse pertinente pour la MG</b>	72 (65%)	94 (59%)	96 <b>(73%)</b>	262 <b>(65%)</b>
<b>Thèse non pertinente pour la MG</b>	39 (35%)	66 (41%)	36 (27%)	141 (35%)
<b>Total</b>	111	160	132	403

Les thèses pertinentes pour la médecine générale représentent au total près de deux tiers des thèses soutenues pendant cette période avec une augmentation nette lors de la dernière année. L'augmentation est statistiquement significative sur les trois années avec  $p=0.0447$ .

**Tableau 9 : Pertinence de la thèse pour la médecine générale selon le directeur de thèse**

	Directeur MG	Directeur non MG	Total
<b>Thèse pertinente pour la MG</b>	199 ( <b><u>97%</u></b> )	63 ( <b><u>32%</u></b> )	262
<b>Thèse non pertinente pour la MG</b>	7 (3%)	134 (68%)	141
<b>Total</b>	206	197	403

Le lien entre la pertinence des thèses pour la médecine générale et le fait d'être un directeur de MG est statistiquement significatif avec  $p=0.0000$ .

**Tableau 10 : Pertinence de la thèse pour la médecine générale selon le président du jury**

	Président MG	Président non MG	Total
<b>Thèse pertinente pour la MG</b>	59 ( <b><u>94%</u></b> )	203 ( <b><u>60%</u></b> )	262
<b>Thèse non pertinente pour la MG</b>	4 (6%)	136 (40%)	141
<b>Total</b>	63	339	402*

\* Le président du jury n'a pas été retrouvé pour une thèse soutenue en 2011.

Comme pour le directeur de thèse, la pertinence pour la médecine générale est fortement liée au fait d'avoir un président MG, avec  $p=0.0000$ .

### 3.6 Nombre de pages de la thèse

**Tableau 11 : Nombre moyen de pages par années**

	2011	2012	2013	Total
<b>Nombre de pages moyen</b>	131	126	102	<b><u>119</u></b>
<b>Médiane/Minimum/Maximum</b>	108/11/633	108/34/526	88/15/269	103/ <b><u>11</u></b> /633

### 3.7 Résumés

**Tableau 12 : Nombre de résumés informatifs selon la spécialité du directeur et l'année  
(% du nombre de résumés)**

	2011	2012	2013	Total
<b>Directeur MG</b>	49 (92%)	72 (97%)	72 (91%)	193 (94%)
<b>Directeur non MG</b>	42 (72%)	70 (81%)	49 (92%)	161 (82%)
<b>Total</b>	91 (82%)	142 (89%)	121 (92%)	354 ( <b>88%</b> )

La différence de résumés informatifs entre directeur MG et non MG est statistiquement significative avec  $p=0.0002$ .

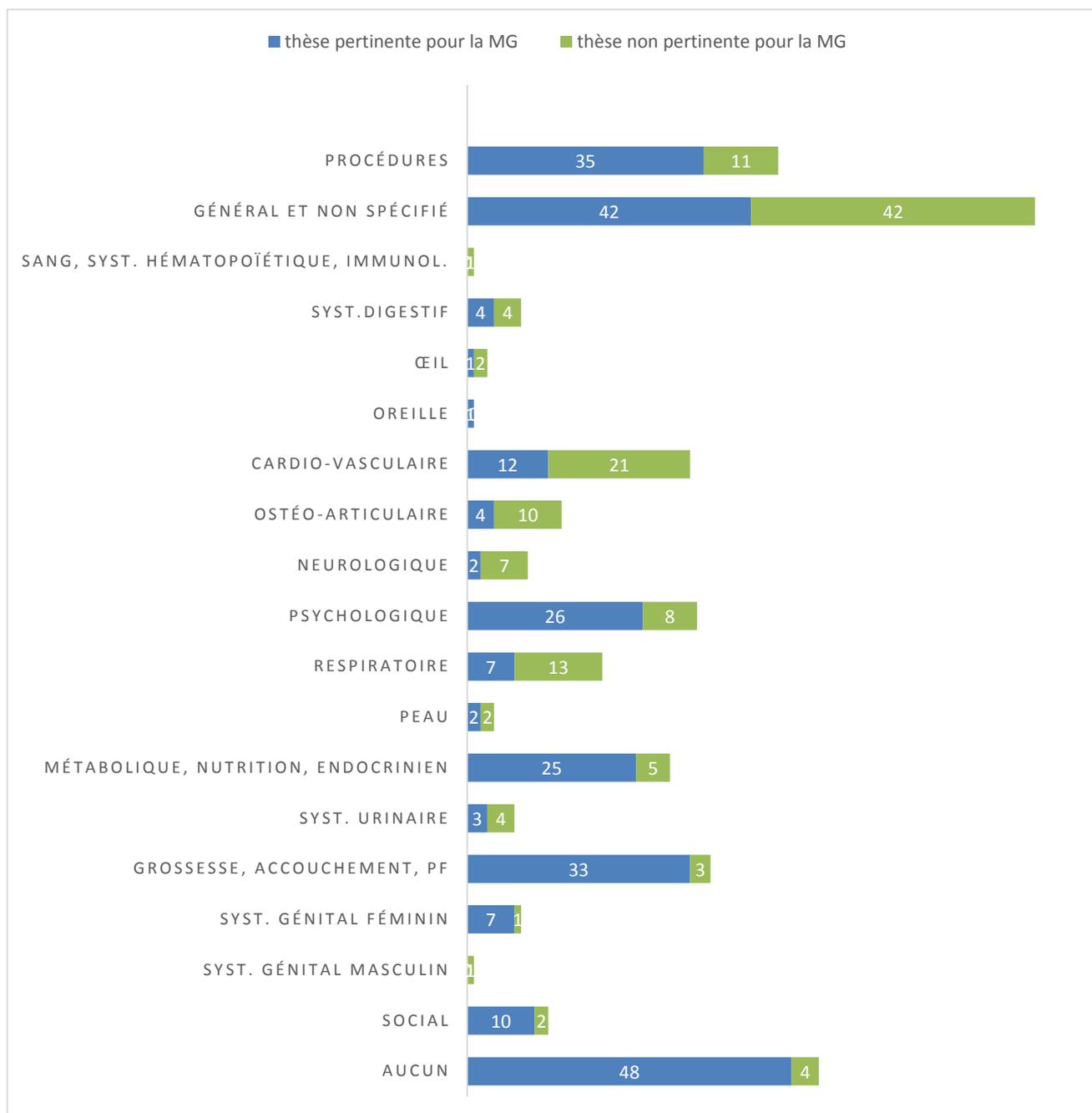
**Tableau 13 : Nombre de résumés informatifs ou non en fonction de la pertinence de la thèse pour la médecine générale**

	Thèse pertinente	Thèse non pertinente	Total
<b>Résumé informatif</b>	240 (92%)	114 (81%)	354 (88%)
<b>Résumé non informatif</b>	22 (8%)	27 (19%)	49 (12%)
<b>Total</b>	262	141	403

Le lien entre le résumé informatif et la pertinence de la thèse est statistiquement significatif avec  $p=0.0016$ .

### 3.8 Problème de santé étudié

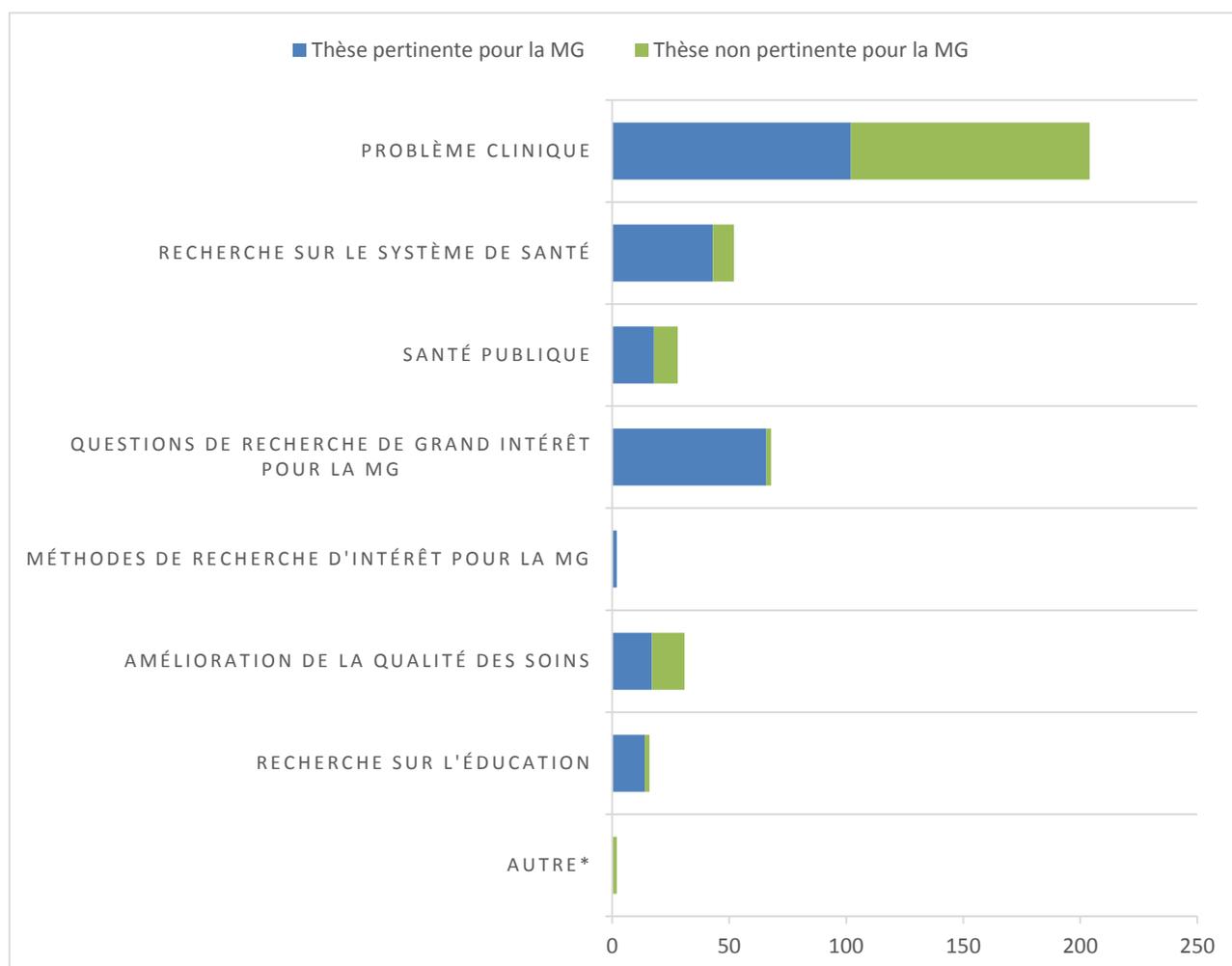
Figure 2 : Nombre de thèses selon le problème de santé et la pertinence



Le détail des résultats est disponible en annexe V (tableau 23).

### 3.9 Domaine de recherche

Figure 3 : Nombre de thèses selon le domaine de recherche et la pertinence

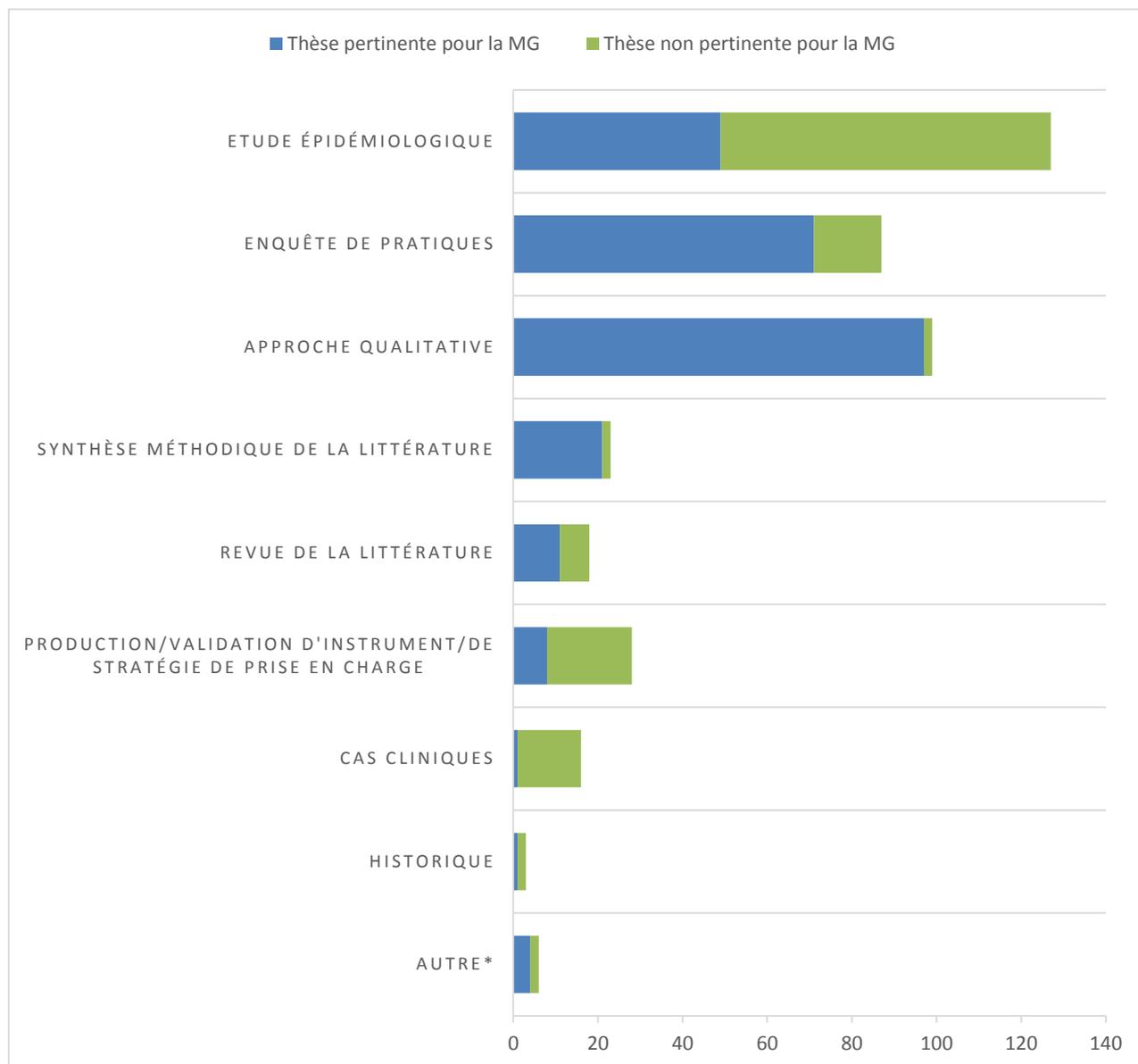


\* Il s'agit de deux thèses portant sur l'histoire de la médecine.

Le détail des résultats est disponible en annexe V (tableau 24), des exemples de thèses pertinentes selon le domaine de recherche sont donnés en annexe II.

### 3.10 Approche méthodologique

Figure 4 : Nombre de thèses selon la méthodologie employée et la pertinence

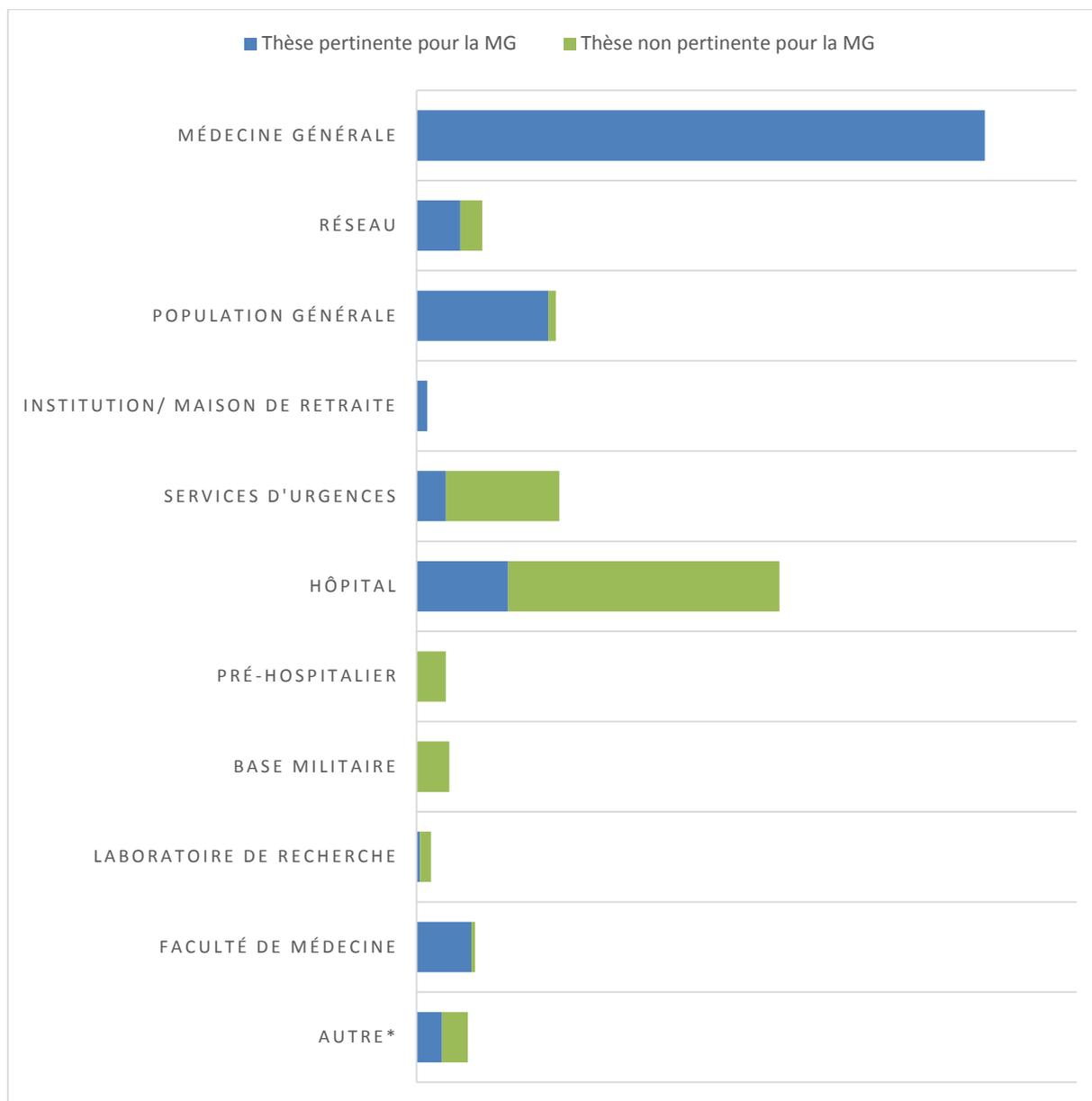


\*Thèses pertinentes pour la MG : 2 études Delphi, 1 élaboration d'un système informatique, 1 association hiérarchisée. Thèses non pertinentes pour la MG : 1 étude Delphi, 1 interview.

Le détail des résultats est disponible en annexe V (tableau 25) et des exemples en annexe IV.

### 3.11 Environnement des études

**Figure 5 : Environnement des études en fonction de la pertinence pour la MG**



\* Thèses pertinentes : milieu humanitaire (1 thèse), médias/internet (4), laboratoire d'analyse médicale (1), communauté du voyage (1). Thèses non pertinentes : milieu humanitaire (1), institut médico-légal (1), sport de haut niveau (1), société de médecine de Lyon (1), sapeurs-pompiers (2), biographie (1).

Le détail des résultats est disponible en annexe V (tableau 26).

### 3.12 Population étudiée et catégories d'âges

Pour les deux sujets d'analyse suivants, plusieurs choix sont possibles si la thèse étudiée porte sur plusieurs populations ou catégories d'âge, le total dépasse donc les 403 thèses étudiées.

**Tableau 14 : Type de population étudiée en fonction de la pertinence pour la MG**

	Thèse pertinente pour la MG	Thèse non pertinente pour la MG	Total
Médecins	103 (37%)	8 (6%)	111 ( <b>26%</b> )
Étudiants en médecine	15 (5%)	2 (1%)	17 (4%)
Patients	96 (34%)	113 (78%)	209 ( <b>49%</b> )
Personnes non malades	44 (16%)	8 (6%)	52 ( <b>12%</b> )
Autres professionnels de santé	6 (2%)	4 (3%)	10 (2%)
Militaires	0	6 (4%)	6 (1%)
Sans objet	17 (6%)	4 (3%)	21 (5%)
<b>Total</b>	<b>281</b>	<b>145</b>	<b>426</b>

**Tableau 15 : Catégories d'âges de la population étudiée**

	Nombre de thèses
Enfant	43
Adolescent	5
Adulte	333
Personne âgée	20
Sans objet	22

Les adultes sont très majoritairement représentés dans les thèses. Seules les études portant sur les patients peuvent concerner d'autres catégories d'âge.

### 3.13 Taille de l'échantillon

Tableau 16 : Taille de l'échantillon selon l'année des études quantitatives

	2011	2012	2013	Total
<b>Moins de 100</b>	24 (38%)	37 (39%)	29 (38%)	90 ( <b>38%</b> )
<b>Entre 100 et 499</b>	31 (48%)	49 (52%)	36 (47%)	116 ( <b>49%</b> )
<b>Entre 500 et 999</b>	5 (8%)	6 (6%)	6 (8%)	17 (7%)
<b>Au moins 1000</b>	4 (6%)	3 (3%)	6 (8%)	13 (6%)
<b>Moyenne</b>	296	249	3399	1289
<b>Médiane/Min/Max</b>	124/25/2500	154/12/2467	143/22/98 831	<b>133</b> /12/98 831

Au total on dénombre 237 études quantitatives, pour 1 thèse la taille de l'échantillon n'a pas été retrouvé, 236 données sont donc analysées.

Certaines études sont de très grande envergure notamment en 2013 avec deux études utilisant la même base de données de 98 831 procédures de soins, une autre de 26 304 analyses de laboratoire et une quatrième de 20 781 consultations.

### 3.14 Etudes interventionnelles et prospectives

Sur les 237 études quantitatives, on dénombre :

- 17 études interventionnelles (5 pertinentes et 12 non pertinentes pour la MG),
- 64 études prospectives (27 pertinentes et 37 non pertinentes pour la MG),
- 15 études interventionnelles et prospectives (5 pertinentes et 10 non pertinentes pour la MG), soit 6% des thèses quantitatives.

### 3.15 Valorisation de la thèse

#### ➤ Prix de thèse

Le prix de thèse de l'URPS-Rhône-Alpes récompense chaque année 5 thèses de médecine générale soutenues l'année précédente dans la région. Parmi les 5 lauréats, on dénombre 2 thèses issues des facultés de Lyon en 2012, 4 thèses en 2013, et 3 thèses en 2014. Le titre de ces thèses ainsi que le nom de leur auteur sont détaillés en annexe VI. En 2012, 13 thèses au total ont été soumises au jury, dont 5 provenant des facultés de Lyon sur les 74 thèses pertinentes pour la médecine générale recensées cette année (7%). En 2014, 21 thèses ont été soumises au jury dont 14 provenant des facultés de Lyon, soit 15% des thèses pertinentes. La liste des thèses soumises de 2013 n'est pas disponible.

#### ➤ Publication/Communication

Les données ont été recueillies pour 338 thèses sur les 403 de l'étude, soit **84% de taux de réponse**. La recherche sur la base de données *pubmed* a permis de retrouver un article pour 5 thèses supplémentaires. Nous disposons donc de données pour 343 thèses (85% des thèses).

**Tableau 17 : Publication/communication de la thèse en fonction de la pertinence pour la MG**

	Thèse pertinente pour la MG	Thèse non pertinente pour la MG	Total
<b>Thèse publiée ou communiquée</b>	91 (35%)	56 (40%)	147 ( <b>36%</b> )
<b>Aucune publication ou communication</b>	138 (53%)	58 (41%)	196 (49%)
<b>Absence de données</b>	33 (13%)	27 (19%)	60 (15%)
<b>Total</b>	262	141	403

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la pertinence de la thèse pour la médecine générale et la valorisation de la thèse ( $p > 0.05$ ).

Si on exclut les thèses pour lesquelles nous ne disposons pas de données, le pourcentage de thèses valorisées par une communication ou une publication est alors de 43% (40% pour les thèses pertinentes et 49% pour les thèses non pertinentes pour la médecine générale).

**Tableaux 18 et 19 : Détail des publications ou communications (% de toutes les thèses)**

Plusieurs communications ou publications sont possibles pour une même thèse

Nombre de thèses	
<b>Article</b>	64 ( <b>16%</b> )
<b>Article en cours de soumission</b>	24 (6%)
<b>Communication orale</b>	80 ( <b>20%</b> )
<b>Poster</b>	42 (10%)

	Thèse pertinente pour la MG	Thèse non pertinente pour la MG	Total
<b>Article français</b>	31 (12%)	10 (7%)	41 (10%)
<b>Article anglais</b>	13 (5%)	14 (10%)	27 ( <b>6%</b> )
<b>Article en cours de soumission</b>	12 (5%)	12 (9%)	24 (6%)
<b>Communication orale en français</b>	57 (22%)	21 (15%)	78 (19%)
<b>Communication orale en anglais</b>	2 (1%)	2 (1%)	4 (1%)
<b>Poster français</b>	19 (7%)	20 (14%)	39 (10%)
<b>Poster anglais</b>	3 (1%)	7 (5%)	10 (2%)

Il n'y a pas de différence statistiquement significative pour la publication d'article ou la communication orale en fonction de la pertinence pour la MG, il en existe une pour la rédaction de poster ( $p=0.0125$ ).

**Tableau 20 : Détail des publications ou communications en fonction de la présence d'un directeur de MG ou non (% de toutes les thèses)**

Plusieurs communications ou publications sont possibles pour une même thèse

	Directeur de thèse de MG	Directeur de thèse non MG	Total
<b>Article français</b>	24 (12%)	17 (9%)	41 (10%)
<b>Article anglais</b>	10 (5%)	17 (9%)	27 (6%)
<b>Article en cours de soumission</b>	12 (6%)	12 (6%)	24 (6%)
<b>Communication orale en français</b>	48 (23%)	30 (15%)	78 (19%)
<b>Communication orale en anglais</b>	1 (<1%)	3 (2%)	4 (1%)
<b>Poster français</b>	12 (6%)	27 (14%)	39 (10%)
<b>Poster anglais</b>	0 (0%)	10 (5%)	10 (2%)

Il existe une différence statistiquement significative pour la rédaction de posters ( $p=0.0020$ ) et pour la production en langue anglaise ( $p=0.0063$ ) plus importantes avec un directeur de thèse non MG, il n'existe pas de différence pour la publication d'article ou pour les communications orales.

*L'impact factor* moyen des revues dans lesquelles les articles sont publiés est de 1.444, le maximum est de 16.378 (BMJ : *British medical journal*) et *l'impact factor* est de 0 pour 23 thèses publiées. Le titre de la revue scientifique n'a pas été retrouvé pour 4 thèses. Le titre des revues ainsi que leur impact factor est détaillé en annexe VII.

## **4- DISCUSSION**

### **4.1 Validité interne globale**

#### **4.1.1 Biais de sélection**

Pour retrouver les thèses soutenues par les étudiants en médecine générale, nous avons comparé la liste des thèses mise à jour par le service commun de documentation avec les tableaux de soutenances de thèses transmis par les secrétariats du TCEM de médecine générale. Cette comparaison peut engendrer des erreurs en incluant des thèses de spécialité ou en n'incluant pas des thèses de médecine générale. Pour limiter les erreurs, une relecture a été effectuée.

Sur les 405 thèses de médecine générale retenues, 2 sont exclues car le résumé et la thèse n'étaient pas consultables lors de l'étude, au total 99.5% des thèses de médecine générale sont incluses dans l'étude. Cet important pourcentage permet de limiter le biais de sélection.

#### **4.1.2 Biais d'évaluation**

Pour réaliser cette étude, nous sommes partis de l'hypothèse que les résumés sont représentatifs de la thèse, cependant cette hypothèse n'a pas été vérifiée au préalable. Le pourcentage de résumés dits informatifs (88%, tableau 12) tend à rendre cette hypothèse probable. Dans les cas de doute, nous avons décidé soit de consulter la thèse elle-même, soit d'effectuer une double lecture entre le thésard et le directeur.

Malgré une double lecture dans certains cas, la plupart des thèses n'ont été analysées que par une seule personne, le thésard, sans que la reproductibilité de la grille d'analyse n'ait été étudiée. Ce biais est significatif pour l'analyse de l'évolution des thèses de médecine générale à Lyon par rapport à la thèse de C. Tournebize lors des trois années précédentes [17].

La lecture des résumés de thèses ne s'est pas effectuée à l'aveugle, l'investigateur connaissait la spécialité du directeur de thèse et du président du jury. Ces données peuvent notamment influencer la classification de la thèse comme pertinente ou non pour la recherche en médecine générale.

## 4.2 Analyse, évolution et comparaison des résultats

### 4.2.1 Nombre de thèses

Nous avons recensé au total 405 thèses de médecine générale (53% du nombre total de thèse), le maximum étant atteint en 2012 avec 161 thèses soutenues. Le nombre de thèses a fortement augmenté entre les périodes 2008-2010 et 2011-2013 (+30%) ainsi que le pourcentage de thèses de médecine générale (de 46% à 53%) du fait de l'augmentation du *numerus clausus* et des postes attribués pour la médecine générale.

En consultant sur le site internet [remede.org](http://remede.org)<sup>7</sup> le nombre de postes attribués pour la médecine générale à Lyon, on retrouve 125 postes attribués (51% du nombre total de postes) en 2007, 156 (59%) en 2008, et 130 (48%) en 2009. Sachant que le temps de réalisation de la thèse après le début du DES est de 4.5 années en moyenne (tableau 3), le nombre de thèses soutenues lors des années 2011, 2012 et 2013 concorde tant en valeur absolue qu'en pourcentage avec le nombre d'internes de médecine générale à Lyon. L'augmentation du nombre de thèses de médecine générale soutenues lors de l'année 2012 est donc expliquée par l'augmentation du nombre de postes d'internes en 2008.

### 4.2.2 Caractéristiques des thésards

#### ➤ Sexe

La proportion de femmes dans cette population est importante, elle s'élève dans l'étude à 69% sur les trois ans avec une pointe à 76% en 2013. H. Balva retrouvait déjà dans sa thèse une proportion majoritaire de femmes entre 1997 et 1999 (60%) [22]. Le pourcentage tend à augmenter légèrement puisqu'il était de 66% entre 2005 et 2007 dans la thèse de M. Chevalier [23], de 62.7% entre 2008 et 2010 dans celle de C. Tournebize [17], et de 65% entre 2006 et 2010 dans celle de S. El Mornan [24].

L'étude de la démographie médicale à l'horizon 2025 [25] confirme cette féminisation de la profession depuis plus de dix ans (56 % des médecins âgés de moins de 35 ans en 2002 étaient des femmes) et projette une inversion du rapport hommes-femmes après 2020 avec une majorité de femmes parmi les médecins en activité.

---

<sup>7</sup> [http://www.remede.org/internat/rangs-enc.html?mode=det&conv\\_chu=Lyon](http://www.remede.org/internat/rangs-enc.html?mode=det&conv_chu=Lyon) [consulté le 04/02/2014]

➤ Age lors de la soutenance de thèse

L'âge moyen est de 30.4 ans tout sexe confondu, il est plus élevé chez les hommes (31.8 ans) et moins élevé chez les femmes (29.8 ans). On n'observe pas de différence marquante d'âge entre les années hormis une augmentation en 2012 probablement liée à la présence de thésards âgés puisque l'âge maximum était 53 ans chez les femmes et 61 ans chez les hommes cette année-là, la médiane restant stable lors des trois années. A Lyon, l'âge moyen n'a pas évolué en 3 ans puisqu'il était de 30.5 ans de 2008 à 2010 [17].

En comparant avec les autres facultés, on s'aperçoit que l'âge moyen a diminué par rapport à la période 1997-1999 (32 ans) [22], et qu'actuellement il reste stable entre 30 ans à Angers de 2007 à 2009 [22] et 31.2 ans à Créteil de 2006 à 2010 [24].

Etant donné que la durée des études médicales n'évolue pas, on peut penser que la période de soutenance de la thèse reste la même, c'est-à-dire après la fin du DES de médecine générale.

➤ Temps entre le début du DES de médecine générale et la soutenance de la thèse

La méthode de recueil des données utilise la liste du tutorat disponible depuis son introduction en 2006 pour connaître l'entrée des étudiants dans le DES de médecine générale. L'absence de données antérieures à 2006 ainsi que l'absence de données concernant les étudiants de l'école de santé des armées qui ne participent pas au tutorat, sont responsables d'un recueil incomplet notamment pour les années 2011 et 2012 avec une estimation moins fiable du temps avant la soutenance de thèse pour ces deux années.

Pour l'année 2013, 92% des données sont retrouvées, l'analyse est donc plus fiable. En 2013, le nombre moyen d'années entre le début du DES de médecine générale et la soutenance de la thèse est de 4.6 ans avec une médiane à 5 ans. Ainsi cette année-là, la majorité des étudiants (52%) soutiennent leur thèse au moins deux ans après la fin du DES et 4 d'entre-deux le font après le délai imparti. Ces chiffres sont superposables à ceux de S. El Mornan qui retrouve une durée moyenne de 4.75 ans [24], ils concordent également avec l'âge lors de la soutenance de thèse.

Malgré la volonté du CUMG, les thèses sont soutenues tardivement dans le cursus des étudiants en médecine générale. Cela peut s'expliquer par le fait que les étudiants ne sont plus motivés par l'installation rapide qui nécessite le titre de docteur. En effet, l'âge moyen

d'installation était de 30.4 ans au début des années 80 et est passé à 37 ans à la fin des années 2000 [3]. La deuxième explication est le peu de temps libre disponible à la réalisation de la thèse pendant les stages hospitaliers [15]. Enfin, la troisième raison est le début tardif de la thèse, S. El Mornan retrouve un délai moyen entre le début du DES et le dépôt d'un projet de thèse de 3 ans et demi entre 2006 et 2010 en diminution la dernière année à 2.75 ans [24].

Propositions pour accélérer la réalisation de la thèse:

- Organisation d'un rendez-vous exclusivement dédié à la thèse avec le tuteur lors de la première année du DES pour encourager les étudiants à démarrer leur thèse plus rapidement et les aider à élaborer leur sujet.
- Convocation par le CUMG des internes n'ayant pas déposé leur projet de thèse à la fin de la deuxième année du DES afin qu'aucun étudiant ne finisse son DES sans avoir de sujet ni de directeur de thèse.
- Incitations à l'installation pour les jeunes médecins qui permettraient en plus de diminuer la pénurie médicale, même si cette proposition n'est pas du ressort direct de la faculté.

**4.2.3 Caractéristiques des directeurs de thèse**

**Figure 6 : nombre et pourcentage de thèses dirigées par un MG de 2008 à 2013**

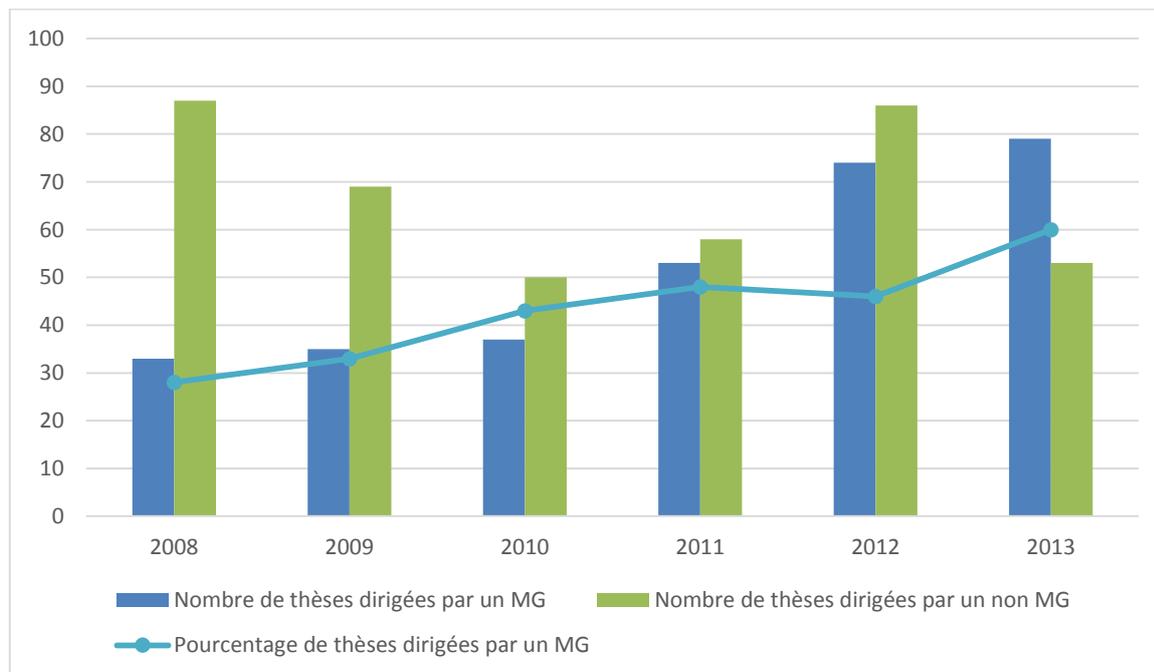


Tableau 27 récapitulatif des données consultable en annexe V.

On note une forte augmentation du nombre de thèses dirigées par un médecin généraliste au cours de ces six années, l'augmentation du pourcentage est moindre du fait d'une augmentation parallèle du nombre de thèses soutenues depuis 2011. Cette évolution est due à l'augmentation du nombre de directeurs de thèses de médecine générale passant de 18 en 2008 à 30 en 2013, cependant le nombre de médecins généralistes directeurs de thèse tend à stagner ces dernières années. Pour compenser, ils dirigent de plus en plus de thèses avec jusqu'à 11 thèses dirigées sur une année pour un seul directeur, le seuil actuel semble proche du maximum possible pour les directeurs de thèse. Ainsi pour poursuivre l'augmentation du nombre de thèses dirigées par un médecin généraliste, il semble indispensable de trouver de nouveaux directeurs de thèses.

Les facultés de Créteil et de St-Etienne suivent la même tendance avec l'augmentation progressive du pourcentage de thèses dirigées par un médecin généraliste avec un taux de 44% en 2009 et 2010 à Créteil [24], et de 57.1% en 2012 à St-Etienne [26]. A St-Etienne, le problème de la saturation des directeurs de thèse de médecine générale apparaît également lors des dernières années de l'étude d'A. Charlas [26].

Le développement récent des collèges universitaires de médecine générale a grandement contribué à l'augmentation du nombre de directeurs de médecine générale, par contre le nombre de chefs de clinique de médecine générale reste très faible en proportion au nombre d'internes à encadrer, ratio le plus faible de l'ensemble des disciplines en 2010 [3].

JB Harriague a répertorié dans sa thèse les difficultés principales rencontrées par les directeurs de thèse de médecine générale [27]. Il en ressort qu'ils s'estiment insuffisamment formés à la méthodologie, qu'ils éprouvent des difficultés à gérer le temps, qu'ils manquent de motivation et d'intérêt, et qu'il ne sont pas assez sollicités par les étudiants. Concernant la méthodologie, il existe pourtant des formations à la direction des thèses organisées par le collège national des généralistes enseignants déclinées en région annuellement.

Depuis 2014, l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu (OGDPC) propose une indemnisation forfaitaire annuelle dite hors quota (en plus des formations continues indemnisées) pour la formation de « formations de formateurs » dont la direction de thèse. Ce dispositif devrait inciter les maîtres de stage des universités (MSU) à se former à la direction de thèses en plus grand nombre.

Par ailleurs à Lyon, il existe une volonté du CUMG et du CLGE d'impliquer les maîtres de stages universitaires dans la direction de thèses via le mémoire d'initiation à la recherche. Une formation d'encadrement au mémoire d'initiation à la recherche est organisée par le CLGE chaque année. L'objectif de ce séminaire de 2 jours au-delà de la formation est de repérer les MSU motivés et d'inciter les MSU récalcitrants (peu aidant à la direction de mémoire de leur étudiant) à se former. Une information des formations et une proposition de codirection sont également faites régulièrement.

D'autre part, lors de chaque soutenance de mémoire d'initiation à la recherche, les MSU sont conviés à participer en tant que membre du jury à ces soutenances. L'objectif est de faire comprendre aux MSU l'intérêt du mémoire et de la thèse et de susciter des vocations.

#### Propositions pour augmenter le nombre de directeurs de thèse de médecine générale :

- Poursuivre le développement du CUMG et les créations de postes d'enseignants.
- Inciter les maîtres de stages déjà impliqués dans la formation des étudiants à diriger les thèses de médecine générale via le tutorat par exemple ou la création d'échanges de pratiques de direction de thèses ou de mémoire entre les MSU.
- Créer une liste de médecins généralistes intéressés par la recherche et la direction de thèse ainsi que leurs domaines de prédilection pour mettre en contact les internes et les directeurs potentiels.
- Créer un guide pratique du directeur de thèse de médecine générale [27] unique, facilement disponible, à l'échelle régionale ou au mieux nationale.
- Organiser une formation à la direction de thèse au moins une fois par an dans la région.

En ce qui concerne les directeurs de thèses d'autres spécialités, une part importante d'entre eux est issue du DES de médecine générale (33%), les autres spécialités sont très diverses et couvrent l'ensemble des spécialités médicales.

#### **4.2.4 Caractéristiques des présidents du jury**

Les premiers professeurs titulaires de médecine générale ont été nommés le 1<sup>er</sup> septembre 2009 (10 au total sur l'ensemble du territoire dont 1 à Lyon) ouvrant la voie à la présidence du jury de thèse par un médecin généraliste. Actuellement trois professeurs titulaires de médecine générale sont nommés à Lyon.

Dans l'étude, seulement 16% des thèses soutenues sont présidées par un médecin généraliste, ce chiffre est faible mais reflète la nomination récente de professeurs titulaires de médecine générale dans le cadre de la reconnaissance de la discipline comme spécialité. Cette nouvelle donnée est pour le moment peu étudiée.

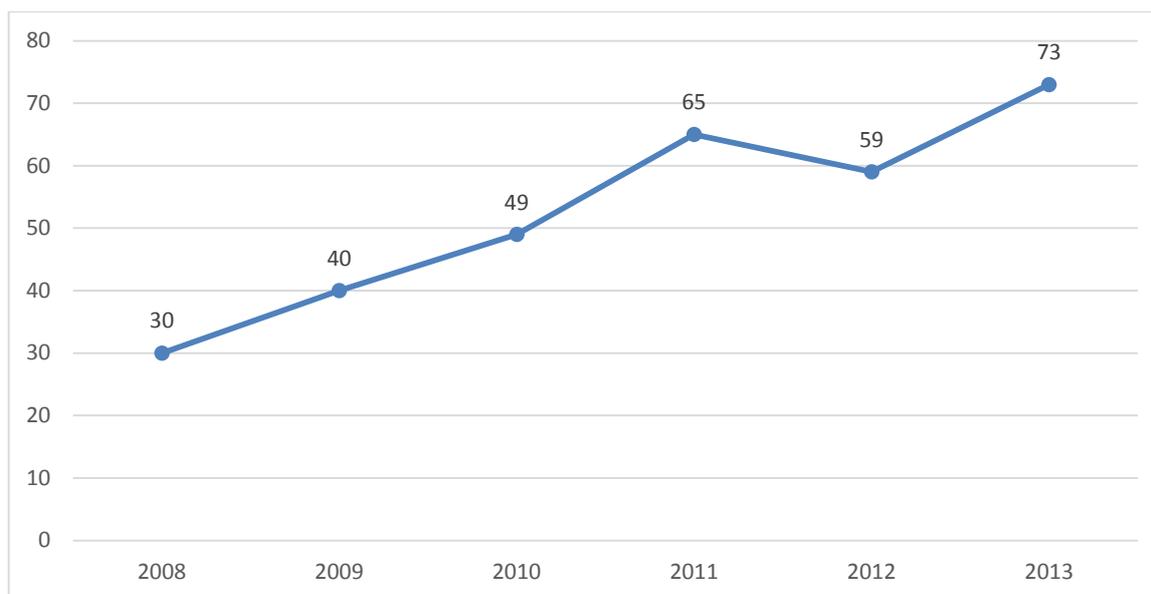
#### **4.2.5 Nombre de pages**

Le nombre de pages de la thèse a tendance à diminuer au cours des trois années de l'analyse, la moyenne est de 119 pages. Elle reste stable par rapport à celle de la période 2008-2010 [17]. La volonté actuelle du CUMG est de rédiger des thèses contenant uniquement des éléments utiles pour la compréhension de la thèse en éliminant toutes les généralités sur le sujet considérant qu'elles sont connues par le lecteur. La thèse article est difficile à mettre en œuvre car la soutenance de la thèse à Lyon est conditionnée par l'acceptation de l'article par la revue.

#### **4.2.6 Pertinence pour la recherche en médecine générale**

L'évaluation de la pertinence pour la médecine générale dépend de la définition choisie, elle se base soit sur la définition de la médecine générale établie par la WONCA en 2002 [1] et détaillée en introduction, soit sur la définition du CNGE : « la médecine générale est une médecine de soin primaire exercée en ambulatoire, définie par ses fonctions de premiers recours, prise en charge globale, continuité et suivi, coordination des soins, santé publique ». Notre définition est un peu moins restrictive que celle d'autres études et que l'interprétation de C. Tournebize puisqu'elle autorise les travaux dits « passerelle » qui sont réalisés en milieu hospitalier mais qui sont utiles à la pratique en soins primaires.

**Figure 7 : pourcentage de thèses pertinentes pour la MG de 2008 à 2013**



Le graphique illustre bien, la progression quasi linéaire du pourcentage de thèses pertinentes pour la recherche en médecine générale, jusqu'à atteindre 73% en 2013. La baisse isolée en 2012 peut s'expliquer par le très grand nombre de thèses soutenues cette année-là qui a pu dépasser les capacités du CUMG. La progression est possiblement un peu surestimée entre les deux périodes de trois ans du fait d'une définition plus large pour notre analyse.

En comparaison avec la thèse d'A. Charlas, on s'aperçoit que le pourcentage de thèses pertinentes était plus élevé à St-Etienne en 2008 avec 44% [26] en partie à cause de l'interprétation restrictive de la définition par C. Tournebize et de la présence d'étudiants de l'école de santé des armées (ESA). En 2012, lors de la dernière année de l'étude, A. Charlas obtient un pourcentage similaire aux nôtres avec 64% [26]. L'analyse de S. El Norman à Créteil diffère par la définition choisie (étude réalisée en ville) et par les faibles effectifs, elle retrouve des pourcentages de thèses pertinentes élevés passant de 59% en 2008 à 75% en 2011 [24].

Il existe un lien fort entre la direction de la thèse par un médecin généraliste et la pertinence de la thèse pour la médecine générale. Il en est de même pour la présidence du jury par un médecin généraliste cependant il peut exister un biais de confusion car les thèses présidées par un médecin généraliste sont également plus souvent dirigées par un médecin généraliste (87% des cas).

L'amélioration du pourcentage de thèses pertinentes pour la médecine générale est donc principalement due à l'augmentation du nombre de thèses dirigées par un médecin

généraliste mais pas uniquement. En effet, les directeurs de thèses d'autres spécialités encadrent de plus en plus de thèses pertinentes pour la médecine générale (de 10% pour la période 2008-2010 à 32% pour la période 2011-2013). La fiche de thèse, le travail pédagogique du CUMG et la meilleure connaissance de la médecine générale des étudiants avec la généralisation du stage d'initiation à la médecine générale en deuxième cycle peuvent expliquer ces chiffres.

Peut-on attendre 100% de thèses pertinentes pour la médecine générale ? Il sera difficile et peut-être non souhaitable d'obliger tous les étudiants à soutenir une thèse dans un domaine de médecine générale. Le DES de médecine générale permet l'accès à d'autres spécialités telles que la médecine d'urgence, la gériatrie, ou la médecine du sport et il est tout à fait licite que les étudiants concernés souhaitent rédiger une thèse en rapport avec leur projet professionnel. De plus notre étude comprend les thèses soutenues par les étudiants de l'ESA qui entreprennent également des thèses en rapport avec la spécificité de leur activité.

#### Propositions pour améliorer la pertinence des thèses pour la médecine générale :

- Augmenter le nombre de directeurs de thèse de médecine générale.
- Contraindre les étudiants à choisir un thème de médecine générale ou en rapport avec un projet professionnel murement réfléchi.
- Améliorer la connaissance de la médecine générale en déplaçant le stage chez le praticien pendant la première année du DES, cette mesure devrait alors s'accompagner d'un deuxième stage obligatoire en troisième année type stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé (SASPAS). Cette mesure est cependant difficile à développer actuellement compte-tenu de l'augmentation du nombre d'internes.

#### **4.2.7 Qualité des résumés**

Les résumés structurés sont importants car ils fournissent rapidement aux lecteurs une vue d'ensemble de l'étude ainsi que certaines informations essentielles. Ils permettent de faciliter la recherche bibliographique en aidant le chercheur à sélectionner les articles d'intérêts sans se perdre dans des recherches inutiles. On rappelle que la présence d'un résumé est obligatoire pour soutenir une thèse. Les résumés des thèses lyonnaises sont consultables depuis 2013 sur le site internet du SUDOC, ce qui est une importante amélioration pour favoriser la visibilité des thèses.

Dans notre étude, la qualité des résumés est excellente avec une moyenne de 88% de résumés informatifs sur les trois ans. Elle est en augmentation quasi constante depuis 2008 hormis une légère baisse isolée en 2011. On retrouve un lien entre la présence d'un résumé informatif et la direction de la thèse par un médecin généraliste. Ce lien non retrouvé par C. Tournebize est assez surprenant puisque les médecins d'autres spécialités sont aussi bien formés à l'écriture scientifique, il est possible que les directeurs de médecine générale accordent plus d'importance à la rédaction d'un résumé de qualité, ou que ce soit un biais.

Malgré l'importance des résumés, il est regrettable que les autres études de thèses de médecine générale ne comprennent pas pour la plupart d'analyse de la qualité des résumés. M. Chevalier retrouve dans sa thèse une faible proportion de résumés informatifs entre 2005 et 2007 (47.6%) avec un maximum la dernière année à 55.1% [23].

#### Proposition pour améliorer la qualité des résumés :

Généraliser le format IMRAD comme l'avait déjà proposé C. Tournebize, en insistant lors des journées thèses sur le résumé et en notant noir sur blanc cette demande sur les consignes de soutenance. En effet, ce format permet d'améliorer la clarté des résumés en utilisant une structure connue de tous, et d'éviter l'oubli de données essentielles.

#### **4.2.8 Problème de santé étudié**

Les problèmes de santé sont très divers avec tout de même trois catégories qui se détachent : général et non spécifié (21% des thèses), procédures (11%) et aucun (13%). Ces trois thèmes sont les plus généraux. Parmi les autres thèmes qui sont plus spécifiques, aucun d'entre eux ne se détache. Les chiffres sont similaires pour la période de 2008 à 2010 avec près de 40% pour les trois catégories les plus générales [17]. Ceci souligne que la médecine générale s'intéresse à des problèmes de santé peu différenciés et que son champ d'activité est extrêmement large.

Les autres thèses utilisent comme définition soit la liste des spécialités des DES, soit la classification CIM-10. Ces deux méthodes présentent des limites. Un quart des thèses sont inclassables dans l'étude de S. El Mornan utilisant la CIM-10 [24]. Pour la définition utilisant la liste des DES, des confusions apparaissent puisque certaines thèses peuvent être classées dans plusieurs catégories, par exemple une pneumopathie peut être classée soit dans pneumologie soit dans infectieux. La CISP semble donc être la plus adaptée à la classification des thèses de médecine générale.

#### 4.2.9 Domaine de recherche

La recherche sur un problème clinique est majoritaire avec 51% des thèses mais n'est pertinente pour la recherche en médecine générale que dans la moitié des cas et représente 72% des thèses non pertinentes. Ceci est dû au fait que le problème clinique est parfois trop spécialisé ou qu'il concerne une population particulière notamment à l'hôpital ou aux urgences. Deux autres domaines de recherche se dégagent, la recherche sur le système de santé et les questions de recherche de grand intérêt pour la médecine générale, qui représentent à eux deux 30% des thèses et 42% des thèses pertinentes.

Par rapport à la période 2008-2010 [17], on retrouve principalement une augmentation forte du nombre de thèses traitant de questions de recherche de grand intérêt pour la médecine générale passant de 8% à 17% des thèses. La pertinence des thèses a augmenté pour les problèmes cliniques (de 19% à 50%), et pour la recherche sur le système de santé (de 49% à 83%).

Les questions de recherche de grand intérêt pour la médecine générale explorent la relation médecin-patient et l'approche centrée sur le patient. Le CUMG organise en début du DES un séminaire obligatoire intitulé « approche centrée sur le patient » pour sensibiliser les étudiants à ce domaine. Le développement de ce domaine de recherche traduit l'importance que donnent les étudiants à ces questions.

#### 4.2.10 Approche méthodologique

La classification retenue dans l'étude est celle de C. Tournebize [17] elle-même issue d'une synthèse des différentes méthodes décrites par P. Frappé dans son livre d'initiation à la recherche [20]. Les trois principales méthodes employées (77%) sont les études épidémiologiques, les enquêtes de pratiques et les études qualitatives. Les deux premières méthodes citées sont des études quantitatives.

##### ➤ Méthode qualitative

La méthode qualitative est très utile pour l'étude de la communication, des attentes, des représentations et des interactions entre le médecin et le malade, elle étudie des phénomènes qui ne sont pas mesurables et donc inaccessibles aux études quantitatives. Cette méthode permet ainsi de faire le lien entre la théorie et la pratique de la médecine [28].

On note également l'émergence de nouvelles méthodes qualitatives jusque-là inutilisées par les étudiants comme les études Delphi ou l'association hiérarchisée. La méthode Delphi consiste à organiser la consultation d'experts qui sont soumis à des vagues successives de questionnements sur un sujet précis pour mettre en évidence les convergences et les consensus. L'association hiérarchisée analyse les expressions ou mots associés à un concept inducteur dont on étudie la représentation sociale, elle prend également en compte le rang ou l'importance donnée aux expressions.

A Lyon, entre les périodes 2008-2010 et 2011-2013, on observe une forte augmentation du nombre de thèses utilisant une méthode qualitative, le pourcentage passant de 12.9% à 24%, et on note l'apparition d'une nouvelle méthode de recueil des données : l'observation directe. La très grande majorité de ces thèses est pertinente pour la médecine générale, ceci s'explique par le fait que cette méthode est parfaitement adaptée à la médecine générale.

Cette évolution se retrouve également à St-Etienne avec une proportion de thèses utilisant une méthode qualitative de 36% en 2011 et 2012 [26], par contre à Créteil les chiffres sont inférieurs avec 17% de méthodes qualitatives en 2010 [24]. Auparavant cette méthode était plus confidentielle avec seulement 2.4% de thèses utilisant cette méthode à Paris 5 de 2005 à 2007 [23].

A Lyon, les ateliers de recherche qualitative et le partenariat entre le CUMG et le service commun des sciences humaines et sociales peuvent expliquer le développement de la recherche qualitative en plus de son intérêt pour la médecine générale.

#### ➤ Méthode quantitative

Les méthodes quantitatives sont utilisées dans 59% des thèses, elles restent donc majoritaires comme de 2008 à 2010 où elles étaient utilisées dans 64% des thèses [17]. Un peu plus de la moitié de ces thèses (53%) sont pertinentes pour la médecine générale, chiffre en augmentation par rapport à la période précédente (35% de 2008 à 2010). Seulement un quart d'entre elles sont prospectives et 6% sont prospectives et interventionnelles, il n'y a pas d'évolution sur ces deux points entre les deux périodes.

L'absence de classification consensuelle rend difficile les comparaisons avec les autres analyses. Les données d'A. Charlas sont similaires aux nôtres avec un pourcentage de 58.3% de thèses quantitatives en 2012 et 67.7% sur l'ensemble de l'étude [26]. Ils sont plus élevés à Paris 5 entre 2005 et 2007 avec 71% de thèses quantitatives dont 31% d'entre-elles prospectives [23], et à Créteil entre 2005 et 2010 avec 86% de thèses quantitatives dont 12% de prospectives [24]. La tendance semble être à la diversification du type d'études principalement au profit des études qualitatives et au détriment des études quantitatives.

La faiblesse du nombre de thèses quantitatives prospectives s'explique principalement par le manque de temps pour réaliser la thèse, le temps de recueil des données étant plus long pour les études prospectives par rapport aux rétrospectives. Les études interventionnelles sont rares, probablement du fait des difficultés méthodologiques, des réglementations régissant ce type d'études, du coût et du temps d'intervention.

Les effectifs des études restent faibles dans la majorité des cas avec 87% des études portant sur un échantillon inférieur à 500, il en est de même pour la période allant de 2008 à 2010. La médiane est de 133 mais la moyenne est beaucoup plus importante à 1289 portée par des études de très grande envergure. La médiane n'évolue pas par rapport à la période 2008-2010 mais la moyenne était plus élevée, cependant l'absence de nombreuses données rend cette évaluation moins précise [17]. Les effectifs les plus importants sont tous issus de bases de données déjà existantes avec notamment celle issue de l'étude ECOGEN (Eléments de la COnsultation en médecine GENérale<sup>8</sup>) conduite par le CNGE et utilisée par trois études dont les effectifs sont de 98 831 procédures de soins ou 20 781 consultations. Le manque de temps et de financement sont les deux principaux freins pour augmenter la taille des effectifs [10].

#### ➤ Autres méthodes

Les cas-cliniques ne semblent pas adaptés à la recherche en médecine générale, ils reposent principalement sur des données hospitalières et sur des problèmes de santé trop spécifiques pour être pertinent pour la médecine générale.

Le nombre de méta-analyses, méthode de haut niveau de preuve, est en augmentation entre les périodes 2008-2010 et 2011-2013 passant de 3 thèses à 8 thèses.

---

<sup>8</sup> <http://etudeecogen.fr/> [consulté le 09/02/2014]

### Propositions pour améliorer la qualité méthodologique des thèses :

- Inciter les internes à commencer leur thèse plus tôt pour favoriser les études prospectives et de plus grande ampleur.
- Multiplier les thèses soutenues par plusieurs étudiants ou portant sur un même thème pour l'explorer plus en profondeur. Par exemple, les thèmes du dépistage anténatal de la trisomie 21 et du traitement du diabète de type 2 ont fait l'objet de plusieurs thèses complémentaires détaillées en annexe VIII.
- Créer plus de bases de données de médecine générale à l'image de celle issue de l'étude ECOGEN pour disposer d'effectifs plus nombreux à étudier. Le CNGE effectue déjà un travail dans ce sens avec l'aide des CUMG.
- Renforcer la collaboration avec des unités de recherche pour obtenir des financements et des aides humaines. Les étudiants pourraient ainsi participer en plus grand nombre aux projets de recherche dans le cadre de leur thèse. Rappelons que le CUMG collabore déjà avec des unités comme l'INSERM U870 (Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale), le pôle IMER (Information Médicale Evaluation Recherche) des hospices civils de Lyon, le CRNH (Centre de Recherche en Nutrition Humaine) ou le service de pharmacologie clinique UMR 5558.
- Décaler les journées thèses après le dépôt d'une fiche thèse pour faire coïncider la formation théorique avec la réalisation de la thèse. Les ateliers recherche sont de très bons compléments aux journées thèses.
- Eviter l'utilisation de cas cliniques qui sont habituellement peu pertinents pour la recherche en médecine générale.

#### **4.2.11 Environnement des études**

Les trois principaux environnements sont la médecine générale (38% des thèses), l'hôpital (25%) et les services d'urgences (10%). Comme attendu toutes les thèses réalisées en médecine générale sont pertinentes pour cette discipline alors que la majorité des thèses réalisées à l'hôpital ou aux urgences ne sont pas pertinentes. La faculté de médecine ou la population générale sont également deux bons environnements pour la recherche en médecine générale. Le pourcentage de thèses réalisées en médecine générale n'a pas évolué par rapport à la période 2008-2010 (40%) et est variable selon les études entre 15.8% de 2005 à 2007 à Paris 5 [23] et 60% de 2006 à 2010 à Créteil avec une définition plus large (la ville) [24].

Les caractéristiques de la population et des maladies sont très différentes entre la médecine générale et la médecine hospitalière, il convient donc de favoriser les recherches dans un environnement de médecine générale pour faire progresser la recherche dans cette discipline.

#### 4.2.12 Valorisation de la thèse

##### ➤ Prix de thèse de l'URPS Rhône-Alpes

L'URPS récompense entre 2 et 4 thèses de médecine générale de Lyon selon les années sur les 5 lauréats, ce qui paraît logique compte-tenu de l'importance des deux facultés lyonnaises comparativement avec celles de St-Etienne et Grenoble. Le nombre de thèses lyonnaises soumises paraît faible notamment en 2012 avec seulement 5 thèses présentées au jury, même s'il tend à augmenter avec 14 thèses présentées en 2014. Il conviendrait de mieux faire connaître ce prix afin d'avoir une sélection de thèses plus importante.

##### ➤ Publication / communication des thèses

Le recueil des données s'est effectué par mail en interrogeant les directeurs de thèse plutôt que les thésards habituellement consultés. Cette méthode a permis d'obtenir un taux de réponse de 84%, très largement supérieur aux autres études. Les taux de réponse variaient entre 20% à Créteil en interrogeant uniquement les thésards [24] et 53% à St-Etienne en interrogeant à la fois les thésards et les enseignants de médecine générale [26]. Ceci peut s'expliquer par le fait que les directeurs de thèse sont plus impliqués dans la recherche que les étudiants eux-mêmes, mais aussi que les adresses mails valides sont plus faciles à obtenir en se renseignant sur leur lieu de travail. L'option de consulter les directeurs de thèse semble donc être la plus pertinente pour obtenir des résultats plus complets. La personnalisation des mails ainsi que la demande d'une réponse même en cas d'absence de publication ont également participé à ce taux de réponse élevé.

En prenant pour hypothèse que les directeurs de thèse les plus impliqués dans la recherche sont plus enclins à répondre à notre étude, les thèses restées sans réponse n'ont probablement pas ou peu fait l'objet d'une valorisation. Nous avons donc inclus toutes les thèses y compris celles pour lesquelles nous ne disposons pas de données. Les pourcentages de publication et de communication sont possiblement un peu sous-estimés par rapport à la réalité.

Nous avons introduit une nouvelle catégorie de valorisation après la réception des premiers mails, l'article en cours de soumission. En effet, pour les thèses réalisées récemment, la démarche de publication est parfois en phase avancée sans qu'un article ne soit encore publié au moment du recueil. Les projets d'articles plus vagues ne sont pas inclus dans cet item.

Au total, 36% des thèses ont été suivies d'au moins une publication ou communication sans différence statistiquement significative entre les thèses pertinentes pour la médecine générale et celles qui ne le sont pas.

Le CLGE soutient activement les communications orales des thèses d'exercice en subventionnant le voyage des étudiants lyonnais présentant une communication au congrès de médecine générale du CNGE. Ainsi le prix du nombre de communications lors des 3 derniers congrès du CNGE de 2012 à 2014 a été décerné à l' UCBL Lyon 1.

A. Charlas s'intéresse spécifiquement aux thèses traitant de médecine générale et retrouve une valorisation pour 44% des thèses [26], nous obtenons un chiffre un peu inférieur à 35% dans notre étude avec les mêmes critères. La différence se retrouve dans le pourcentage de thèses publiées de 35% à St-Etienne [26] contre 16% d'articles publiés et 6% d'articles en cours de soumission dans notre analyse. Leur très bon pourcentage s'explique principalement par le fait que la faculté de médecine de Saint-Etienne demande de soumettre la thèse à une revue scientifique avant de pouvoir la soutenir.

On assiste globalement à une augmentation du taux de publication des thèses de médecine générale. H. Balva retrouvait à Angers 6.3% de thèses de médecine générale publiées dans une revue indexée par *medline* entre 1997 et 1999 [22]. L'étude de la publication des thèses d'exercice de médecine soutenues entre 2001 et 2007 dans deux facultés parisiennes répertoriait 5 à 7% de thèses de médecine générale publiées pour un taux de publication entre 18 et 21% toutes spécialités confondues [29]. Le développement du CUMG contribue probablement à cette évolution.

*L'impact factor* moyen reste globalement faible à 1.444, ceci s'explique par une faible proportion de publications en langue anglaise (40% des articles) et par le fait que de nombreuses revues de médecine générale en langue française ont un *impact factor* nul.

Pour les thèses n'ayant pas été valorisées, elles sont tout de même disponibles en ligne depuis 2014, soit en intranet systématiquement soit sur internet avec l'accord du thésard. La diffusion en ligne permet une meilleure visibilité que le format papier seul.

Propositions pour améliorer la valorisation des thèses :

- Obligation de soumettre sa thèse à une revue scientifique avant de pouvoir la soutenir comme cela se fait actuellement à St-Etienne avec de bons résultats. En effet, la motivation des étudiants diminue au fur et à mesure du temps qui passe et de nombreux projets d'articles sont ainsi abandonnés.
- Améliorer la formation à l'écriture d'un article scientifique.
- Mise en place d'un référent publication, qui pourrait donner des conseils de rédaction et sur les revues potentiellement intéressées par le sujet, notamment lorsque le directeur de thèse n'est pas habitué aux publications.
- Inciter à la publication en langue anglaise.

## **5- CONCLUSION**

Le collège universitaire de médecine générale accorde une attention particulière à la réalisation des thèses de médecine générale qui participent au développement de la recherche médicale. Notre travail réalise une description des thèses de médecine générale soutenues à Lyon de 2011 à 2013, mesure leur évolution par rapport à la période 2008-2010, et propose des pistes d'amélioration.

Pour se faire nous avons réalisé une étude descriptive rétrospective de 403 résumés de thèses d'exercice de médecine générale soutenues entre 2011 et 2013 dans les deux facultés lyonnaises, sur les 405 thèses d'exercice de médecine générale recensées pendant cette période.

Il ressort de cette étude plusieurs points :

- Les étudiants soutiennent leur thèse tardivement dans leur cursus, généralement 1 à 2 années après la fin du DES de médecine générale (moyenne de 4.5 années après le début du DES).
- Les médecins généralistes et notamment les membres du CUMG s'investissent de plus en plus dans la direction des thèses de leur discipline. Il existe une augmentation des directeurs de thèse (30 médecins généralistes directeurs en 2013 contre 18 en 2008) et du nombre de thèses dirigées par un même directeur (en moyenne un médecin généraliste dirigeait 2.8 thèses en 2013 contre 1.8 en 2008). Cependant il semble nécessaire de recruter et de former de nouveaux directeurs de thèses si l'on souhaite que la plupart des étudiants puissent être encadrés par un médecin généraliste.
- La pertinence des thèses pour la recherche en médecine générale augmente significativement pendant les trois années de l'étude avec 65% de thèses pertinentes pour la médecine générale au total et un maximum à 73% en 2013. Cette amélioration a été obtenue principalement grâce à l'augmentation du nombre de thèses dirigées par un médecin généraliste mais aussi grâce aux aides fournies par le CUMG à l'élaboration des thèses.
- La qualité des résumés est globalement bonne et leur diffusion sur internet depuis 2013 est bénéfique.
- Les méthodes utilisées dans les thèses sont plus diversifiées qu'auparavant au détriment des études épidémiologiques, avec l'essor des études qualitatives, et l'apparition de nouvelles méthodes d'étude.

- Même si la majorité des thèses porte sur un environnement de médecine générale, il persiste des thèses réalisées en milieu hospitalier dont la population et les maladies diffèrent de celles rencontrées en médecine générale.
- Les thèses portent dans la majorité des cas sur des effectifs modestes, avec quelques études de grande ampleur utilisant des bases de données déjà existantes.
- La visibilité des thèses s'améliore grâce d'une part à leur meilleure diffusion en ligne sur internet depuis 2014, et d'autre part à un meilleur taux de publication et de communication. Il reste néanmoins des efforts à réaliser notamment dans l'utilisation de la langue anglaise et dans la sélection de revues avec *impact factor*.

L'évolution des thèses de médecine générale est très positive, même s'il reste encore des points à améliorer. Les améliorations qui peuvent le plus rapidement être mises en place sont :

- l'introduction d'un rendez-vous précoce avec le tuteur pour encourager l'interne à débiter sa thèse plus tôt,
- le repérage des étudiants en début de troisième année de DES qui n'ont pas encore de sujet de thèse,
- le recensement des directeurs de thèse potentiels pour les mettre en contact avec les étudiants,
- l'incitation à utiliser des données issues de la médecine générale et non de l'hôpital,
- l'obligation de soumettre sa thèse à une revue scientifique.

Cette thèse a par ailleurs permis de perfectionner la grille d'analyse élaborée par C. Tournebize [17] et d'obtenir une base de données très complète regroupant plus de 700 thèses lyonnaises analysées. Elle offre ainsi des outils importants pour une future thèse sur ce sujet à Lyon ou dans une autre faculté.

## **BIBLIOGRAPHIE :**

[1] WONCA Europe. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. 2002. Disponible sur :

<http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf> [consulté le 07/03/2015]

[2] France. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisés en médecine. Journal officiel de la république française n° 233 du 6 Octobre 2004. P.17076. Disponible sur :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000807238&dateTexte=&categorieLien=id> [consulté le 07/03/2015]

[3] Rapport public du Docteur Elisabeth Hubert : mission de concertation sur la médecine de proximité. 2010. Disponible en ligne :

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000622/0000.pdf>  
[consulté le 07/03/2015]

[4] Rawaf S, De Maeseneer J, Starfield B. From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care. Lancet 2008; 372:1365-7

[5] Friedberg MW, Hussey PS, Schneider EC. Primary care: a critical review of the evidence on quality and costs of health care. Health Aff 2010; 29(5):766-72

[6] Gay B. Repenser la place des soins de santé primaires en France – Le rôle de la médecine générale. Revue d'épidémiologie et de santé publique 2013 ; 61 : 193-198

[7] Lionis C, Stoffers H, Hummers-Pradier E, Griffiths F, Rotar-Pavlic D. Setting priorities and identifying barriers for general practice research in europe. Results from an EGPRW meeting. Family practice. 2004 ; 21(5) : 587–93.

[8] Laporte C. Formation à la recherche en médecine générale. La revue du praticien, Médecine générale. 2006 Février;20(722/723):257–8.

- [9] Van Weel C, Rosser WW. Improving health care globally: a critical review of the necessity of family medicine research and recommendations to build research capacity. *The annals of family medicine*. Mai-juin 2004, vol. 2, s5-s16.
- [10] Carek PJ, Mainous AG. The state of resident research in family medicine : small but growing. *Annals of Family Medicine*. 2008 ; 6 suppl 1 : s2-s4.
- [11] De Maesneer J, De Sutter A. Why research in family medicine ? A superfluous question. *Annals of Family Medicine*. 2004 Mai/Juin ; 2 suppl 2 : s17-s22.
- [12] de Pouvourville G. Développer la recherche en médecine générale et en soins primaires en France : Propositions. Rapport remis à Monsieur le ministre de la Santé et Monsieur le Ministre Attaché à la Recherche ; 2006.
- [13] Green LA. The research domain of family medicine. *Annals of Family Medicine*. 2004 Mai/juin ; 2 suppl 2: s23-s29.
- [14] Vaillant-Roussel H. Médecine générale : faut-il supprimer la thèse ? La revue du praticien, *Médecine générale*. 2007 Mai ; 21(770/771) : 516-7.
- [15] Rousset AI. Réalisation du travail de thèse en médecine générale à la faculté d'Angers : difficultés rencontrées et propositions d'améliorations. Enquête qualitative auprès de médecins thésés en 2010. [Thèse d'exercice]. Angers ; 2012.
- [16] Konieczny J, Frappé P. Échecs des projets de thèse en médecine générale. *Exercer* 2011 ; 22(99) : 180-5.
- [17] 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 ; juin 2012.
- [18] Lionis C, Stoffers H, Hummers-Pradier E, Griffiths F, Rotar-Pavlic D. Setting priorities and identifying barriers for general practice research in europe. Results from an EGPRW meeting. *Family practice*. 2004 ; 21(5) : 587-93.

- [19] Wonca International Classification Committee (WICC). ICPC-2 – French International Classification of Primary Care – 2<sup>nd</sup> Edition. Disponible sur : <http://www.kith.no/upload/2705/ICPC-2-French.pdf> [consulté le 09 janvier 2015].
- [20] Frappé P. Initiation à la recherche. GMSanté ; CNGE. 2011.
- [21] Centre Cochrane française. Méthodologie des études. 2011. Disponible sur : <http://tutoriel.fr.cochrane.org/fr/méthodologie-des-études> [consulté le 20 janvier 2015]
- [22] Balva H. Etude 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 ; 2010.
- [23] 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 ; 2009.
- [24] 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 de 2005 à 2010 [thèse d'exercice]. Créteil ; 2012.
- [25] Bessière S, Breuil-Genier P, Darriné S. La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national. Drees, Etudes & Résultats 2004 ; 352.
- [26] Charlas A. Analyse des thèses d'exercice traitant de médecine générale soutenues par les résidents et internes de médecine générale à Saint Etienne de 2003 à 2012 : direction, méthodes, thématiques et valorisation [Thèse d'exercice]. St-Etienne ; 2013.
- [27] Harriague JB. Difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour diriger une thèse de médecine générale en Aquitaine [Thèse d'exercice]. Bordeaux ; 2010.
- [28] Malterund K. The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers. Lancet 2001; 358: 397–400.
- [29] Ebrard M. Publication dans la littérature scientifique des thèses d'exercice de médecine soutenues entre 2001 et 2007 dans les facultés Paris 7 et Paris Ile-de-France Ouest [Thèse d'exercice]. Paris 7 ; 2013

# ANNEXE I : Grille d'analyse

## 1. Administratif

- 1.1 Titre de la thèse
- 1.2 Année de la thèse
- 1.3 Age et sexe du thésard
- 1.4 Année d'entrée en DES
- 1.5 Nom du directeur de thèse
- 1.6 Spécialité du directeur de thèse
- 1.7 Nom du président du jury
- 1.8 Spécialité du président du jury
- 1.9 Référence bibliothécaire
- 1.10 Nombre de pages

## 2. Pertinence pour recherche en médecine générale

### 2.1. Le résumé est-il informatif ?

OUI si le format se présente sous la forme IMRAD ou si la structure est claire et adaptée à la thèse en évoquant la méthode et les résultats

### 2.2. Pertinence pour recherche en MG

OUI si les 3 critères suivants sont présents :

- la méthodologie utilisée est appropriée à la recherche scientifique,
- l'environnement se situe en soins primaires, ou les outils développés sont utiles à l'exercice ou à la formation pour la médecine générale,
- le sujet concerne un domaine de recherche de médecine générale correspondant à la définition de la WONCA de 2002 [1].

## 3. Analyse thématique

### 3.1. Domaine de recherche

- Problème clinique (diagnostic, pronostic, traitement, prévention)
- Recherche sur le système de santé
- Santé publique
- Questions de recherche de grand intérêt pour la médecine générale
- Méthodes de recherche d'intérêt pour la MG
- Amélioration de la qualité des soins
- Recherche sur l'éducation
- Autre (lequel ?)

### 3.2. Problème de santé concerné

- Procédures

- Général et non spécifié
- Sang, système hématopoïétique, immunologie
- Système digestif
- Œil
- Oreille
- Cardio-vasculaire
- Ostéo-articulaire
- Neurologique
- Psychologique
- Respiratoire
- Peau
- Métabolique, nutritionnel, endocrinien
- Système urinaire
- Grossesse, accouchement et planification familiale
- Système génital féminin et sein
- Système génital masculin et sein
- Social
- Aucun

### 3.3. Catégorie d'âge concernée

- Enfant
- Adolescent
- Adulte
- Personne âgée
- Sans objet

### 3.4. Population étudiée

- Médecins
- Etudiants en médecine
- Patients
- Personnes non malades
- Autres professionnels de santé
- Militaires
- Sans objet

### 3.5. Environnement de l'étude

- Médecine générale
- Réseau
- Population générale
- Institution/ maison de retraite
- Service d'urgences
- Hôpital
- Pré-hospitalier

- Laboratoire de recherche
- Base militaire
- Faculté de médecine
- Autre (lequel ?)

#### **4. Approche méthodologique**

- Etude épidémiologique
- Enquête de pratiques
- Approche qualitative
- Synthèse méthodique de la littérature
- Revue de la littérature
- Production/validation d'instrument/de stratégie de prise en charge
- Cas cliniques
- Historique
- Autre (laquelle ?)

##### 4.1. Si approche quantitative

- 4.1.1. Etude interventionnelle ou observationnelle ?
- 4.1.2. Rétrospective ou prospective ?
- 4.1.3. Méthode de recueil des données
  - Questionnaire
  - Extraction à partir de dossiers
  - Extraction à partir d'une base de données
- 4.1.4. Taille de la population étudiée

##### 4.2. Si approche qualitative

- Entretiens individuels semi-dirigés
- Focus group
- Observation directe

#### **5. Valorisation**

##### 5.1 Obtention du prix de thèse de l'URPS

##### 5.2 Publication

- Article en langue anglaise
- Article en langue française
- Article en cours de soumission
- Communication orale en langue anglaise
- Communication orale en langue française
- Poster en langue anglaise
- Poster en langue française

##### 5.3 *Impact Factor*

## ANNEXE II : Domaines de recherche [18]

### Recherche sur un problème clinique (diagnostic, pronostic, traitement ou prévention)

- Recherche clinique fournissant des éléments pour des recommandations ou l'éducation
- Recherche sur des problèmes cliniques courants
- Recherche clinique sur les maladies chroniques
- Recherche clinique sur les stratégies diagnostiques en soins primaires
- Catégories spécifiques de patients

### Exemples de thèses pertinentes concernant un problème clinique

Réf BU	Auteur	Titre
2011-231	Perry Céline	Eruption dentaire des enfants de 0 à 3 ans: croyances populaires, pratiques médicales
2012-243	Verzini Caroline	Intérêt du dosage des peptides natriurétiques BNP et NT-proBNP dans l'insuffisance cardiaque: une revue des méta-analyses
2013-212	Faizullah Khan Marya	Prise en charge initiale de la maladie de Parkinson par les médecins généralistes en région Rhône-Alpes

### Recherche sur le système de santé

- Economie de la santé y compris analyse coût-efficacité
- Optimisation du parcours du patient à travers le système de soins
- Recherche sur le rôle de « passerelle » du médecin généraliste
- Développement d'interface entre les soins de premiers recours et les spécialistes
- Amélioration de l'efficacité des soins à domicile
- Amélioration de l'organisation du cabinet médical
- Réponses de la politique de santé des soins primaires aux changements de société

### Exemples de thèses pertinentes concernant la recherche sur le système de santé

Réf BU	Auteur	Titre
2012-21	Callarec Vincent	A propos du conseil téléphonique en médecine générale. Son rôle dans la diminution du nombre de consultations
2013-261	Raquin Aude	Organisation du temps de travail et qualité de vie ressentie des médecins des maisons et pôles de santé de la région Rhône-Alpes
2012-120	Michot Pauline	Coopération entre médecins généralistes et pharmaciens: une revue de la littérature

### Recherche sur la santé publique

- Création de bases de données de médecine générale
- Création de bases de données pour des populations spécifiques
- Evaluation des différences de santé suivant les régions
- Influence de l'environnement sur la santé
- Différences sociales et état de santé
- Constat des besoins en santé des patients
- Constat des besoins de service de santé

### Exemples de thèses pertinentes concernant la recherche sur la santé publique

Réf BU	Auteur(s)	Titre
2012-279	Traisnel Caroline Masselot Aymeric	Statut en vitamine D de deux populations adultes Rhônalpines: une ayant consulté et une autre issue d'un don du sang
2013-226	Brangers Audrey	Cannabis et cocaïne : prévalence de consommation chez les femmes enceintes : enquête menée auprès de 564 parturientes au sein de trois maternités lyonnaises
2013-252	Gojoz Camille	Nature, prévalence et évolution des anomalies des frottis cervico-utérins des femmes de moins de 25 ans: à partir d'un échantillon de 26304 frottis réalisés en 2010

### Questions de recherche de grand intérêt pour la médecine générale

- Les aspects généraux des patients chroniques
- L'influence des réseaux sociaux et médias
- Le point de vue du patient
- L'approche holistique de la médecine
- Les aspects culturels de la médecine

### Exemples de thèses pertinentes concernant des questions de recherche de grand intérêt pour la médecine générale

Réf BU	Auteur	Titre
2013-25	Dohon Julie	Connaissances et représentations des patients concernant leur « traitement de fond » : étude qualitative à partir de 14 entretiens semi-dirigés
2012-92	Goubert Marie	"Quand les femmes victimes de violences conjugales se mettent à parler..." Enquête qualitative par entretiens auprès de 11 femmes victimes de violences conjugales, dans le Rhône
2012-264	Gardaz Virginie	Le vécu de l'aidant vis-à-vis de la prise en charge d'un patient atteint d'une maladie d'Alzheimer, diagnostiquée précocement. Etude qualitative à partir de 10 entretiens semi-dirigés

### Méthodes de recherche d'intérêt pour la médecine générale

- Développement de standards pour les méthodes de recherche en médecine générale
- Approche multidisciplinaire
- Recherche qualitative

### Exemples de thèses pertinentes concernant des méthodes de recherche d'intérêt pour la médecine générale

Réf BU	Auteur	Titre
2011-221	Aïm Jérémie	Recherche sur internet en situation de consultation en médecine générale. Ressources choisies et utilisées: les critères de choix
2012-98	Tournebize Clémence	Analyse des thèses d'exercice soutenues par les internes de médecine générale à Lyon de janvier 2008 à décembre 2010

### Amélioration de la qualité des soins

- Développement de recommandations
- Evaluation et amélioration des recommandations
- Développement de standards de qualité des soins

### Exemples de thèses pertinentes concernant l'amélioration de la qualité des soins

Réf BU	Auteur(s)	Titre
2013-105	Miscault Jeanne	Dépistage prénatal de la trisomie 21. Evaluation auprès des professionnels de santé d'un document d'information à destination des femmes enceintes. Etude qualitative à partir de 27 entretiens semi-dirigés
2013-68	Barcelo Laurent	Dépister ou ne pas dépister : une revue systématique des recommandations de pratique sur les dépistages de masse
2013-46	Aubry Clément	Impact de l'information écrite sur la prise charge des gastroentérites aiguës de l'enfant en médecine générale. Etude quantitative contrôlée et randomisée

### Recherche sur l'éducation

- Formation médicale continue
- Méthodes d'audit
- L'apprentissage à distance

### Exemples de thèses pertinentes concernant la recherche sur l'éducation

Réf BU	Auteur(s)	Titre
2012-73	Caussade Florence	Etat des lieux et évaluation du tutorat par la première promotion de tuteurs 2006-2009
2011-215	Marin Elsa	Enseigner l'empathie en médecine ? Revue de la littérature et propositions d'outils pédagogiques
2013-255	Lepine Aurélie	Quelle formation pour modifier les pratiques ? Impact d'une formation réalisée en 2012 sur la prise en charge de la cystite aigüe simple en médecine générale (selon les recommandations de l'AFSSAPS 2008)

# ANNEXE III : Classification internationale des soins de 1<sup>er</sup> recours [19]

ICPC-2 – French International Classification of Primary Care – 2 <sup>nd</sup> Edition Wonca International Classification Committee (WICC)	Sang, syst. hématop/ immunol. B	Oeil	F	Ostéo-articulaire L
<b>Procédures</b>	B02 Ganglion lymph. augmenté/ douloureux	F01 Oeil douloureux	L01 S/P du cou	L02 S/P du dos
-30 Ex médical/bilan santé détaillé	B04 S/P du sang	F03 Ecoulement de l'œil	L03 S/P des lombes	L04 S/P du thorax
-31 Ex médical/bilan santé partiel	B25 Peur du SIDA/du VIH	F04 Taches visuelles/flottantes	L05 S/P du flanc et du creux axillaire	L07 S/P de la mâchoire
-32 Test de sensibilité	B26 Peur du cancer du sang/lymph.	F05 Autre perturbation de la vision	L08 S/P de l'épaule	L09 S/P du bras
-33 Ex microbiologique/immunologique	B27 Peur autre maladie sang/lymph/rate	F13 Sensation oculaire anormale	L10 S/P du coude	L11 S/P du poignet
-34 Autre analyse de sang	B28 Limitation de la fonction/incap. (B)	F14 Mouvements oculaires anormaux	L12 S/P de la main et du doigt	L13 S/P de la hanche
-35 Autre analyse d'urine	B29 Autre S/P du syst. lymph./immunol.	F15 Apparence anormale de l'œil	L14 S/P de la jambe et de la cuisse	L15 S/P du genou
-36 Autre analyse de selles	B70 Adénite aiguë	F16 S/P de la paupière	L16 S/P de la cheville	L17 S/P du pied et de l'orteil
-37 Cytologie/histologie	B71 Adénite chronique/non-spécifique	F17 S/P lunettes	L18 Douleur musculaire	L19 S/P musculaire NCA
-38 Autre analyse de laboratoire	B72 Maladie de Hodgkin/lymphome	F18 S/P lentilles de contact	L20 S/P d'une articulation NCA	L26 Peur cancer syst. ostéo-articulaire
-39 Epreuve fonctionnelle	B73 Leucémie	F27 Peur d'une maladie de l'œil	L27 Peur autre maladie syst. ostéo-articul.	L28 Limitation de la fonction/incap. (L)
-40 Endoscopie	B74 Autre cancer du sang	F28 Limitation de la fonction/incap. (F)	L29 Autre S/P ostéo-articulaire	L70 Infection du syst. ostéo-articulaire
-41 Radiologie diagnostique/imagerie	B75 Tumeur bénigne/indét. sang/lymph.	F29 Autre S/P de l'œil	L71 Cancer du syst. ostéo-articulaire	L72 Fracture du radius/du cubitus
-42 Tracé électrique	B76 Rupture traumat. de la rate	F70 Conjunctivite infectieuse	L73 Fracture du tibia/du péroné	L74 Fracture de la main/du pied
-43 Autre procédure diagnostique	B77 Autre traumat. sang/lymph/rate	F71 Conjunctivite allergique	L75 Fracture du fémur	L76 Autre fracture
-44 Vaccination/médication préventive	B78 Anémie hémolytique héréditaire	F72 Biphérite, orgelet, chalazion	L77 Entorse de la cheville	L78 Entorse du genou
-45 Recom./éducation santé/avis/régime	B79 Autre anom. congénitale sang/lymph/rate	F73 Autre infection/inflammation de l'œil	L79 Entorse articulaire NCA	L80 Luxation et subluxation
-46 Discussion entre dispensateurs SSP	B80 Anémie par déficience en fer	F74 Tumeur de l'œil et des annexes	L81 Lésion traumat. NCA ostéo-articulaire	L82 Anom. congénitale ostéo-articulaire
-47 Discussion dispensateur spécialiste	B81 Anémie carence vit B12/ac. folique	F75 Contusion/hémorragie de l'œil	L83 Syndrome cervical	L84 Syndr. dorso-lomb. sans irradiation
-48 Clarification de la demande du patient	B82 Autre anémie/indét.	F76 CE dans l'œil	L85 Déformation acquise de la colonne	L86 Syndr. dorso-lombaire et irradiation
-49 Autre procédure préventive	B83 Purpura/défaut de coagulation	F79 Autre lésion traumat. de l'œil	L87 Bursite, tendinite, synovite NCA	L88 Polyarthrite rhumatoïde séropositive
-50 Médication/prescription/injection	B84 Globules blancs anormaux	F80 Sténose canal lacrymal de l'enfant	L89 Coxarthrose	L90 Gonarthrose
-51 Incision/drainage/aspiration	B87 Splénomégalie	F81 Autre anom. congénitale de l'œil	L91 Autre arthrose	L92 Syndrome de l'épaule
-52 Excision/biopsie/cauté/débridement	B88 Anémie par déficience en fer	F82 Décollement de la rétine	L93 Coude du joueur de tennis	L94 Ostéochondrose
-53 Perfusion/intubat./dilatat./appareillage	B81 Anémie carence vit B12/ac. folique	F83 Rétinopathie	L95 Ostéoporose	L96 Lésion aiguë interne du genou
-54 Répar./fixation/suture/plâtre/prothèse	B82 Autre anémie/indét.	F84 Dégénérescence maculaire	L97 Autre tumeur bén./indét. ostéo-artic.	L98 Déformation acquise membre inf.
-55 Traitement local/infiltration	B83 Purpura/défaut de coagulation	F85 Ulcère de la cornée	L99 Autre maladie ostéo-articulaire	
-56 Pansement/compression/bandage	B87 Splénomégalie	F86 Trachome		
-57 Thérapie manuelle/médecine physique	B88 Anémie par déficience en fer	F91 Déficit de réfraction		
-58 Conseil thérap./écoute/examens	B89 Infection par le virus HIV, SIDA	F92 Cataracte		
-59 Autres procédures thérapeutiques	B99 Autre maladie sang/lymph/rate	F93 Glaucome		
-60 Résultats analyses/examens		F94 Cécité		
-61 Résultats ex./procéd. autre dispensateur		F95 Strabisme		
-62 Contact administratif		F99 Autre maladie de l'œil/annexes		
-63 Rencontre de suivi				
-64 Epis. nouveau/en cours init. par disp.				
-65 Epis. nouveau/en cours init. par tiers				
-66 Référence à dispens. SSP non médecin				
-67 Référence à médecin				
-68 Autre référence				
-69 Autres procédures				
<b>Général et non spécifié A</b>	<b>Syst. Digestif D</b>	<b>Oreille H</b>	<b>Neurologique N</b>	
A01 Douleur générale/de sites multiples	D01 Douleur/crampes abdominales gén.	H01 Douleur d'oreille/otalgie	N01 Mal de tête	
A02 Frissons	D02 Douleur abdominale/épigastrique	H02 P. d'audition	N03 Douleur de la face	
A03 Fièvre	D03 Brûlure/brûlant/brûlement estomac	H03 Acouphènes/bourdonnement d'oreille	N04 Jambes sans repos	
A04 Fatigue/faiblesse générale	D04 Douleur rectale/anale	H04 Ecoulement de l'oreille	N05 Fourmillements doigts, pieds, orteils	
A05 Sensation d'être malade	D05 Démangeaisons périanales	H05 Saignement de l'oreille	N06 Autre perturbation de la sensibilité	
A06 Evanouissement/syncope	D06 Autre douleur abdominale loc.	H103 Sensation d'oreille bouchée	N07 Convulsion/crise comitiale	
A07 Coma	D08 Flatulence/gaz/renvoi	H15 Préoc. par l'aspect des oreilles	N08 Mouvements involontaires anormaux	
A08 Gonflement	D09 Nausée	H27 Peur d'une maladie de l'oreille	N16 Perturbation du goût/de l'odorat	
A09 P. de transpiration	D10 Vomissement	H28 Limitation de la fonction/incap. (H)	N17 Vertige/étourdissement	
A10 Saignement/hémorragie NCA	D11 Diarrhée	H29 Autre S/P de l'oreille	N18 Paralysie/faiblesse	
A11 Douleur thoracique NCA	D12 Constipation	H70 Otite externe	N19 Trouble de la parole	
A13 Préoc. par/peur traitement médical	D13 Jaunisse	H71 Otite moyenne aiguë/myringite	N26 Peur d'un cancer neurologique	
A16 Nourrisson irritable	D14 Hématémèse/vomissement de sang	H72 Otite moyenne séreuse	N27 Peur d'une autre maladie neurologique	
A18 Préoc. par son aspect extérieur	D15 Méléna	H73 Salpingite d'eustache	N28 Limitation de la fonction/incap. (N)	
A20 Demande/discussion sur l'euthanasie	D16 Saignement rectal	H74 Otite moyenne chronique	N29 Autre S/P neurologique	
A21 Facteur de risque de cancer	D17 Incontinence rectale	H75 Tumeur de l'oreille	N70 Poliomyélite	
A23 Facteur de risque NCA	D18 Modification selles/mouvem. intestin	H76 CE dans l'oreille	N71 Méningite/encéphalite NCA	
A25 Peur de la mort, de mourir	D19 S/P dents/gencives	H77 Perforation du tympan	N72 Tétanos	
A26 Peur du cancer NCA	D20 S/P bouche/langue/lèvres	H78 Lésion traumat. superf. de l'oreille	N73 Autre infection neurologique	
A27 Peur d'une autre maladie NCA	D21 P. de déglutition	H79 Autre lésion traumat. de l'oreille	N74 Cancer du syst. neurologique	
A28 Limitation de la fonction/incap. NCA	D23 Hépatomégalie	H80 Anom. congénitale de l'oreille	N75 Tumeur bénigne neurologique	
A29 Autre S/P général	D24 Masse abdominale NCA	H81 Excès de cérumen	N76 Autre tumeur indét. neurologique	
A70 Tuberculose	D25 Distension abdominale	H82 Syndrome vertigineux	N79 Commotion	
A71 Rougeole	D26 Peur du cancer du syst. digestif	H83 Otitosclérose	N80 Autre lésion traumat. de la tête	
A72 Varicelle	D27 Peur d'une autre maladie digestive	H84 Presbycusie	N81 Autre lésion traumat. neurologique	
A73 Paludisme	D28 Limitation de la fonction/incap. (D)	H85 Traumatisme sonore	N85 Anom. congénitale neurologique	
A74 Rubéole	D29 Autre S/P du syst. digestif	H88 Surdité	N86 Sclérose en plaque	
A75 Mononucléose infectieuse	D70 Infection gastro-intestinale	H99 Autre maladie de l'oreille/mastoïde	N87 Syndrome parkinsonien	
A76 Autre exanthème viral	D71 Oreillons		N88 Epilepsie	
A77 autre maladie virale NCA	D72 Hépatite virale		N89 Migraine	
A78 Autre maladie infectieuse NCA	D73 Gastro-entérite présumée infectieuse		N90 Algie vasculaire de la face	
A79 Cancer NCA	D74 Cancer de l'estomac		N91 Paralysie faciale/paralysie de Bell	
A80 Traumatisme/lésion traumat. NCA	D75 Cancer du colon/du rectum		N92 Névralgie du trijumeau	
A81 Polytraumatisme/lésions multiples	D76 Cancer du pancréas		N93 Syndrome du canal carpien	
A82 Effet tardif d'un traumatisme	D77 Autre cancer digestif/NCA		N94 Névrite/neuropathie périphérique	
A84 Intoxication par subst. médicamenteuse	D78 Tumeur bénigne/indét. du syst. dig.		N95 Céphalée de tension	
A85 Effet sec. subst. médicamenteuse	D79 CE du syst. digestif		N99 Autre maladie neurologique	
A86 Effet toxique subst. non médicamenteuse	D80 Autre traumat. du syst. digestif			
A87 Complication de traitement médical	D81 Anom. congénitale du syst. digestif			
A88 Effet sec. de facteur physique	D82 Maladie des dents/des gencives			
A89 Effet sec. de matériel prothétique	D83 Maladie bouche/langue/lèvres			
A90 Anom. congénitale NCA/multiple	D84 Maladie de l'œsophage			
A91 Résultat d'investigat. anormale NCA	D85 Ulcère duodénal			
A92 Allergie/réaction allergique NCA	D86 Autre ulcère peptique			
A93 Nouveau-né prématuré	D87 Trouble de la fonction gastrique			
A94 Autre morbidité périnatale	D88 Appendicite			
A95 Mortalité périnatale	D89 Hernie inguinale			
A96 Mort	D90 Hernie hiatale			
A97 Pas de maladie	D91 Autre hernie abdominale			
A98 Gestion santé/médecine préventive	D92 Maladie diverticulaire			
A99 Maladie de nature/site non précisé	D93 Syndrome du colon irritable			
	D94 Entérite chronique/colite ulcéreuse			
	D95 Fissure anale/abcès périanal			
	D96 Vers/autre parasite			
	D97 Maladie du foie NCA			
	D98 Cholestyrite/cholestyase			
	D99 Autre maladie du syst. Digestif			
	<b>CODES PROCÉDURE</b>			
	<b>SYMPTÔMES ET PLAINTES</b>			
	<b>INFECTIONS</b>			
	<b>NÉOPLASMES</b>			
	<b>TRAUMATISMES</b>			
	<b>ANOMALIES CONGÉNITALES</b>			
	<b>AUTRES DIAGNOSTICS</b>			
		K01 Douleur cardiaque		
		K02 Oppression/constriction cardiaque		
		K03 Douleur cardiovasculaire NCA		
		K04 Palpitat./perception battements card.		
		K05 Autre battement cardiaque irrégulier		
		K06 Veines proéminentes		
		K07 Oedème, gonflement des chevilles		
		K22 Facteur risque mal. cardio-vasculaire		
		K24 Peur d'une maladie de cœur		
		K25 Peur d'une hypertension		
		K27 Peur autre maladie cardio-vasculaire		
		K28 Limitation de la fonction/incap. (K)		
		K29 Autre S/P cardiovasculaire		
		K70 Infection du syst. cardio-vasculaire		
		K71 RAA/maladie cardiaque rhumatismale		
		K72 Tumeur cardio-vasculaire		
		K73 Anom. congénitale cardio-vasculaire		
		K74 Cardiopathie ischémique avec angor		
		K75 Infarctus myocardique aigu		
		K76 Cardiopathie ischémique sans angor		
		K77 Décompensation cardiaque		
		K78 Fibrillation auriculaire/flutter		
		K79 Tachycardie paroxystique		
		K80 Arythmie cardiaque NCA		
		K81 Souffle cardiaque/artériel NCA		
		K82 Cœur pulmonaire		
		K83 Valvulopathie NCA		
		K84 Autre maladie cardiaque		
		K85 Pression sanguine élevée		
		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		



## ANNEXE IV : Approche méthodologique [20,21]

### Etude épidémiologique

Méthode visant à connaître l'état de santé de la population et les facteurs influençant la santé des populations humaines. Elle peut être descriptive en recueillant des informations sur l'incidence, la prévalence et l'évolution d'un problème de santé, ou analytique en recherchant les déterminants d'un phénomène de santé, ou encore évaluative lorsqu'elle est interventionnelle.

#### Exemples de thèses pertinentes utilisant une étude épidémiologique

Réf BU	Auteur	Titre
2013-241	Vibert Julien	Prévalence du risque élevé de burnout chez les médecins généralistes du Rhône et évaluation de son association avec l'anxiété et la dépression
2013-140	Proboeuf Thomas	La iatrogénie observée en médecine générale : description à l'aide d'une étude nationale multicentrique auprès de 128 maitres de stage
2011-140	Wajszczak Ilona	Fatigue après accident vasculaire cérébral, étude comparative chez 30 patients et 30 sujets sains

### Enquête de pratiques

Méthode utilisée pour connaître les pratiques ou les connaissances d'une population donnée (médicale ou non) et les facteurs susceptibles d'expliquer les variations de ces pratiques.

#### Exemples de thèses pertinentes utilisant une enquête de pratiques

Réf BU	Auteur	Titre
2012-80	Déal Marie-Bénédicte	Pratique et respect des recommandations en cas de surdosage en anti vitamine K en médecine de ville
2013-256	Baillet Emmanuelle	Evaluation des pratiques des Internes de Médecine Générale à Lyon concernant les morphiniques
2013-211	Grima-Jourdain Camille	Connaissances et croyances des 13-15 ans sur la contraception

## **Approche qualitative**

Méthode issue des sciences humaines et sociales ayant pour objectif spécifique d'étudier les représentations, les comportements, et les motivations des acteurs et des utilisateurs de soins. Elle ne nécessite pas de grands effectifs cependant les résultats ne sont pas généralisables à la population entière, elle cherche plutôt à comprendre les attitudes et sentiments des personnes étudiés. Les modes de recueil privilégiés sont les entretiens semi-dirigés, les focus group, ou l'observation.

### **Exemples de thèses pertinentes utilisant une étude qualitative**

Réf BU	Auteur	Titre
2012-262	Roland Noémie	Les médecins généralistes et le risque médico-légal. Etude qualitative à partir de 14 entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes rhodaniens
2012-83	Charra Elisa	Représentations et vécu des patients à propos de la non-prescription médicale. Etude qualitative à partir de 4 focus groups
2013-58	Torres Coralie	La vaccination : entre enjeux de santé publique et théories du complot. Analyse des discours sur les forums de discussion

## **Synthèse méthodique de la littérature**

Une synthèse méthodique de la littérature est une recherche exhaustive et une synthèse critique de toutes les études répondant à une question donnée. Elle nécessite une démarche rigoureuse comprenant une recherche exhaustive des études sur le sujet, une justification du choix des études incluses, une évaluation de leur qualité méthodologique ainsi qu'une synthèse de leurs résultats.

Les méta-analyses sont incluses dans cette approche méthodologique.

### Exemples de thèses pertinentes utilisant une synthèse méthodique de la littérature

Réf BU	Auteur	Titre
2011-214	Fayolle Laure	Existe-t-il une surmortalité chez les femmes dépistées par mammographie ? Méta-analyse sur la mortalité non liée au cancer du sein
2011-64	Bertholon-Bruyas Virginie	Quels traitements pour les coliques du nourrisson: une revue systématique de la littérature internationale
2012-15	Guibert Caroline	Traitements médicamenteux de la douleur neuropathique chronique de l'adulte: synthèse de la littérature

### Revue de la littérature

Elle comprend les recherches bibliographiques ne rentrant pas dans le cadre de la synthèse méthodique de la littérature, notamment celles ne comprenant pas de méthode explicitée permettant de garantir l'exhaustivité et l'objectivité de la recherche.

### Exemples de thèses pertinentes utilisant une revue de la littérature

Réf BU	Auteur	Titre
2012-244	Champion Elsa	Analyse de la prise en charge contraceptive et de ses échecs chez les femmes de plus de 40 ans
2012-97	Patey-Pirra Sophie	Bénéfices et risques d'une supplémentation systématique en iode des femmes enceintes
2012-79	Bernier Jean- Sébastien	Le médecin généraliste se prescrit-il à lui-même ce qu'il prescrit à ses patients ? Le cas des psychotropes. Revue de la littérature des dix dernières années

### Production/validation d'instrument/de stratégie de prise en charge

Méthode consistant à créer ou à évaluer un nouvel outil ou une nouvelle stratégie de prise en charge (diagnostique, thérapeutique ou préventive).

**Exemples de thèses pertinentes concernant la production/validation d'instrument/de stratégie de prise en charge**

Réf BU	Auteur	Titre
2012-14	Laville Agnès	Dépistage prénatal de la trisomie 21: développement d'un document d'information à destination des femmes enceintes
2011-100	Gonzalez Clément	<i>Mini Nutritional Assessment</i> : une étude de la reproductibilité en institution pour personnes âgées
2011-83	Galant Julien	Création d'un outil multimédia d'aide à la prise en charge du syndrome fémoro-patellaire

**Cas cliniques**

Travail de description d'un ou de plusieurs cas cliniques accompagné ou non d'une revue de la littérature.

**Historique**

Travail autour d'un sujet historique dont la méthodologie ne correspond pas à une approche précédemment décrite.

**Exemple d'une thèse pertinente sur une recherche historique**

Réf BU	Auteur	Titre
2013-85	Cessieux Laure	Les médecins et l'allaitement en France : de l'antiquité à nos jours

## ANNEXE V : Détail des résultats

**Tableau 21 : Nombre d'étudiants selon le nombre d'années entre le début du DES et la date de la soutenance**

	2011*	2012*	2013	Total
<b>2 ans après le début du DES</b>	0	1	0	1
<b>3 ans après le début du DES</b>	7	9	22	38
<b>4 ans après le début du DES</b>	35	48	40	123
<b>5 ans après le début du DES</b>	26	39	43	108
<b>6 ans après le début du DES</b>	1	22	20	43
<b>&gt; 6 ans après le début du DES</b>	0	0	4	4

\* Données incomplètes notamment pour les années 2011 et 2012

**Tableau 22 : Détail des spécialités des directeurs non MG**

Spécialité	Nombre	Spécialité	Nombre
<b>Urgences</b>	20	Biologie médicale	3
<b>Médecine polyvalente</b>	20	Gynécologie-Obstétrique	3
<b>Médecine interne</b>	14	Gastro-entérologie	3
<b>Cardiologie</b>	12	Soins palliatifs	2
<b>Gériatrie</b>	10	Médecine humanitaire	2
<b>Pédiatrie</b>	10	Médecine légale	1
<b>Anesthésie-Réanimation</b>	9	Anatomie	1
<b>Pneumologie</b>	8	Oncologie	1
<b>Neurologie</b>	8	Bactériologie-Virologie	1
<b>Spécialités chirurgicales</b>	6	Radiologie	1
<b>Psychiatrie</b>	6	Rhumatologie	1
<b>Endocrinologie</b>	5	Néphrologie	1
<b>Médecine militaire</b>	5	Dermatologie	1
<b>Addictologie</b>	4	Anthropologie (non médical)	1
<b>Santé publique</b>	4	Inconnu	1

**Tableau 23 : Nombre de thèses selon le problème de santé (classification CISP) et la pertinence pour la MG**

	<b>Thèse pertinente pour la MG</b>	<b>Thèse non pertinente pour la MG</b>	<b>Total</b>
<b>Procédures</b>	35 (13%)	11 (8%)	46 (11%)
<b>Général et non spécifié</b>	42 (16%)	42 (30%)	84 (21%)
<b>Sang, système hématopoïétique, immunologie</b>	0 (0%)	1 (1%)	1 (<1%)
<b>Système digestif</b>	4 (2%)	4 (3%)	8 (2%)
<b>Œil</b>	1 (<1%)	2 (1%)	3 (1%)
<b>Oreille</b>	1 (<1%)	0 (0%)	1 (<1%)
<b>Cardio-vasculaire</b>	12 (5%)	21 (15%)	33 (8%)
<b>Ostéo-articulaire</b>	4 (2%)	10 (7%)	14 (3%)
<b>Neurologique</b>	2 (1%)	7 (5%)	9 (2%)
<b>Psychologique</b>	26 (10%)	8 (6%)	34 (8%)
<b>Respiratoire</b>	7 (3%)	13 (9%)	20 (5%)
<b>Peau</b>	2 (1%)	2 (1%)	4 (1%)
<b>Métabolique, nutritionnel, endocrinien</b>	25 (10%)	5 (4%)	30 (7%)
<b>Système urinaire</b>	3 (1%)	4 (3%)	7 (2%)
<b>Grossesse, accouchement et PF</b>	33 (13%)	3 (2%)	36 (9%)
<b>Système génital féminin et sein</b>	7 (3%)	1 (1%)	8 (2%)
<b>Système génital masculin et sein</b>	0 (0%)	1 (1%)	1 (<1%)
<b>Social</b>	10 (4%)	2 (1%)	12 (3%)
<b>Aucun</b>	48 (18%)	4 (3%)	52 (13%)
<b>Total</b>	262	141	403

**Tableau 24 : Nombre de thèses selon le domaine de recherche et la pertinence**

	<b>Thèse pertinente pour la MG</b>	<b>Thèse non pertinente pour la MG</b>	<b>Total</b>
<b>Problème clinique</b>	102 (39%)	102 (72%)	204 (51%)
<b>Recherche sur le système de santé</b>	43 (16%)	9 (6%)	52 (13%)
<b>Santé publique</b>	18 (7%)	10 (7%)	28 (7%)
<b>Questions de recherche de grand intérêt pour la MG</b>	66 (25%)	2 (1%)	68 (17%)
<b>Méthodes de recherche d'intérêt pour la MG</b>	2 (1%)	0 (0%)	2 (<1%)
<b>Amélioration de la qualité des soins</b>	17 (6%)	14 (10%)	31 (8%)
<b>Recherche sur l'éducation</b>	14 (5%)	2 (1%)	16 (4%)
<b>Autre</b>	0 (0%)	2 (1%)	2 (<1%)
<b>Total</b>	262	141	403

**Tableau 25 : Nombre de thèses selon la méthodologie employée et la pertinence**

	<b>Thèse pertinente pour la MG</b>	<b>Thèse non pertinente pour la MG</b>	<b>Total</b>
<b>Etude épidémiologique</b>	49 (19%)	78 (54%)	127 (31%)
<b>Enquête de pratiques</b>	71 (27%)	16 (11%)	87 (21%)
<b>Approche qualitative</b>	97 (37%)	2 (1%)	99 (24%)
<b>Synthèse méthodique de la littérature</b>	21 (8%)	2 (1%)	23 (6%)
<b>Revue de la littérature</b>	11 (4%)	7 (5%)	18 (4%)
<b>Production/validation d'un instrument/de stratégie de PEC</b>	8 (3%)	20 (14%)	28 (7%)
<b>Cas cliniques</b>	1 (<1%)	15 (10%)	16 (4%)
<b>Historique</b>	1 (<1%)	2 (1%)	3 (1%)
<b>Autre<sup>a</sup></b>	4 (2%)	2 (1%)	6 (1%)
<b>Total</b>	263 <sup>#</sup>	144 <sup>#</sup>	407 <sup>#</sup>

<sup>a</sup> Thèses pertinentes pour la MG : 2 études Delphi, 1 élaboration d'un système informatique, 1 association hiérarchisée. Thèses non pertinentes pour la MG : 1 étude Delphi, 1 interview.

<sup>#</sup> Les cas cliniques peuvent aussi être complétés d'une revue de la littérature (deux choix cochés pour 4 thèses)

**Tableau 26 : Environnement des études en fonction de la pertinence pour la MG**

	<b>Thèse pertinente pour la MG</b>	<b>Thèse non pertinente pour la MG</b>	<b>Total</b>
<b>Médecine générale</b>	155 (59%)	0 (0%)	155 (38%)
<b>Réseau</b>	12 (5%)	6 (4%)	18 (5%)
<b>Population générale</b>	36 (14%)	2 (1%)	38 (9%)
<b>Institution/ maison de retraite</b>	3 (1%)	0 (0%)	3 (1%)
<b>Services d'urgences</b>	8 (3%)	31 (22%)	39 (10%)
<b>Hôpital</b>	25 (9%)	74 (52%)	99 (25%)
<b>Pré-hospitalier</b>	0 (0%)	8 (6%)	8 (2%)
<b>Laboratoire de recherche</b>	1 (<1%)	3 (2%)	4 (1%)
<b>Base militaire</b>	0 (0%)	9 (6%)	9 (2%)
<b>Faculté de médecine</b>	15 (6%)	1 (1%)	16 (4%)
<b>Autres*</b>	7 (3%)	7 (5%)	14 (3%)
<b>Total</b>	<b>262</b>	<b>141</b>	<b>403</b>

\* Thèses pertinentes : milieu humanitaire (1), médias/internet (4), laboratoire d'analyse médicale (1), communauté du voyage (1). Thèses non pertinentes : milieu humanitaire (1), institut médico-légal (1), sport de haut niveau (1), société de médecine de Lyon (1), sapeurs-pompiers (2), biographie (1).

**Tableau 27 : Nombre et pourcentage de thèses dirigées par un MG de 2008 à 2013**

	<b>Thèse dirigée par un MG</b>	<b>Thèse dirigée par un non MG</b>	<b>Pourcentage de thèses dirigées par un MG</b>	<b>Total</b>
<b>2008</b>	33	87	28%	120
<b>2009</b>	35	69	34%	104
<b>2010</b>	37	50	43%	87
<b>2011</b>	53	58	48%	111
<b>2012</b>	74	86	46%	160
<b>2013</b>	79	53	60%	132
<b>Total</b>	<b>311</b>	<b>403</b>	<b>44%</b>	<b>714</b>

Chiffres de 2008 à 2010 repris à partir de la thèse de C. Tournebize [17]

## ANNEXE VI : Lauréats du prix thèse de l'URPS

### Année 2012 :

Réf BU	Auteur	Titre
2011-166 2011-165	EVANGELISTA Cécile MANGEANT Stéphanie	Prévention, dépistage et prise en charge des consommations d'alcool chez les adolescents : facteurs facilitants et freinants, représentations
2011-215	MARIN Elsa	Enseigner l'empathie en médecine ? Revue de la littérature et propositions d'outils pédagogiques

### Année 2013 :

Réf BU	Auteur	Titre
2012-92	GOUBERT Marie	Quand les femmes victimes de violences conjugales se mettent à parler... Enquête qualitative par entretiens auprès de 11 femmes victimes de violences conjugales, dans le Rhône
2012-14	LAVILLE Agnès	Dépistage prénatal de la Trisomie 21. Développement d'un document d'information à destination des femmes enceintes 2012-14
2012-262	ROLAND Noémie	Les médecins généralistes et le risque médico-légal. Etude qualitative à partir de 14 entretiens semi-dirigés de médecins généralistes rhodaniens
2012-100	WOESTELANDT-SYLVESTRE Estelle	Produire un document écrit d'information pour favoriser la participation active de la patiente lors d'une prescription de pilule œstro-progestative : une enquête DELPHI

### Année 2014 :

Réf BU	Auteur	Titre
2013-265	Pillot Alicia	Transférabilité des procédures de soins des médecins généralistes à d'autres professionnels de santé : Etude transversale nationale multicentrique
2013-140	Proboeuf Thomas	La iatrogénie observée en médecine générale : description à l'aide d'une étude nationale multicentrique auprès de 128 maîtres de stage
2013-34	Ribes Vinas Delphine	Couverture vaccinale antigrippale des professionnels intervenant au domicile des personnes âgées : résultat d'une enquête menée sur les cantons d'Annonay

## ANNEXE VII : Titre des revues et *impact factor* des thèses publiées

Titre de la revue	Indexation sur <i>pubmed</i>	<i>Impact Factor</i>	Nombre de thèses publiées
BMJ : <i>British medical journal</i>	OUI	16.378	1
PLoS medicine	OUI	14	1
<i>Medicine</i>	OUI	4.867	1
<i>Journal of medical Internet research</i>	OUI	4.669	1
<i>Fertility and sterility</i>	OUI	4.295	1
<i>Journal of clinical microbiology</i>	OUI	4.232	1
<i>Journal of Alzheimer's disease</i>	OUI	3.612	1
<i>Vaccine</i>	OUI	3.485	2
<i>Reproductive toxicology</i>	OUI	2.771	1
<i>Trials journal</i>	OUI	2.12	1
<i>Journal of palliative medicine</i>	OUI	2.063	1
<i>Clinics and research in hepatology and gastroenterology</i>	OUI	1.983	1
<i>The journal of trauma and acute care surgery</i>	OUI	1.970	2
<i>BMC family practice</i>	OUI	1.735	2
<i>Archives of cardiovascular diseases</i>	OUI	1.662	1
La presse médicale	OUI	1.173	4
<i>American journal of dentistry</i>	NON	1.062	1
Annales françaises d'anesthésie et de réanimation	OUI	0.836	1
<i>The European journal of general practice</i>	OUI	0.81	2
Revue d'épidémiologie et de santé publique	OUI	0.656	2

Revue des maladies respiratoires	OUI	0.488	2
Archives de pédiatrie	NON	0.41	2
<i>Open Journal of Social Sciences</i>	NON	0.41	2
Annales de cardiologie et d'angiologie	OUI	0.302	2
Santé publique	OUI	0.276	2
Médecine	NON	0	4
Les cahiers de l'année gérontologique	NON	0	1
Soins. Gérontologie	OUI	0	1
Médecine et Armées	NON	0	1
Informatique et santé	NON	0	1
<i>Studies in health technology and informatics</i>	OUI	0	1
Prescrire international	OUI	0	1
<i>Annals of physical and rehabilitation medicine</i>	OUI	0	1
Exercer	NON	0	8
Bulletin de la Société de pathologie exotique	OUI	0	2
La Revue du praticien	OUI	0	1
La Revue de gériatrie	NON	0	1
<i>BMJ supportive &amp; palliative care</i>	OUI	0	1
Revue de médecine périnatale	NON	0	1
Ethique et santé	NON	0	1
Non retrouvé			4

## ANNEXE VIII : Exemple de thèses portant sur un même thème

### Dépistage anténatal de la trisomie 21 :

Réf BU	Auteur	Directeur	Titre
2011-190	Teillon Caroline	Flori Marie	La position des futurs pères vis-à-vis du dépistage de risque de trisomie 21 pendant la grossesse
2012-14	Laville Agnès	Flori Marie	Dépistage prénatal de la trisomie 21: développement d'un document d'information à destination des femmes enceintes
2013-62	Wecxsteen Lucie	Flori Marie	Dépistage et diagnostic anténatal de la trisomie 21. Impact du vécu des patientes sur l'élaboration des représentations maternelles de l'enfant « faux positif du dépistage » et de l'attachement mère-enfant après la naissance
2013-105	Miscault Jeanne Silve Laure	Flori Marie	Dépistage prénatal de la trisomie 21. Evaluation auprès des professionnels de santé d'un document d'information à destination des femmes enceintes. Etude qualitative à partir de 27 entretiens semi-dirigés

### Traitement du diabète de type 2 :

Réf BU	Auteur	Directeur	Titre
2011-8	Guillot Jacquemin Marie	Boussageon Rémy	Efficacité de la Metformine chez les patients diabétiques de type II sur des critères pertinents
2011-46	Lafont Sandrine	Gueyffier François	Efficacité de l'insulinothérapie au long cours dans la prévention des complications micro et macro-vasculaires chez le diabétique de type 2: méta-analyse 2011
2012-106	Michoudet Matthieu	Lainé Xavier	L'initiation de l'insuline en médecine générale dans le diabète de type 2 insulino-requérant. Evaluation des freins et des facteurs facilitants à la prescription
2013-49	Guérin Emilie Régnauld Francis	Erpeldinger Sylvie	Evaluation de l'efficacité des sulfamides hypoglycémisants. Dans le traitement du diabète de type 2 : méta-analyse d'essais cliniques randomisés

## ANNEXE IX : Conclusions signées



Nom, prénom du candidat : LEONARD Mathieu

### CONCLUSIONS

Le collège universitaire de médecine générale accorde une attention particulière à la réalisation des thèses de médecine générale qui participent au développement de la recherche médicale. Notre travail réalise une description des thèses de médecine générale soutenues à Lyon de 2011 à 2013, mesure leur évolution par rapport à la période 2008-2010, et propose des pistes d'amélioration.

Pour se faire nous avons réalisé une étude descriptive rétrospective de 403 résumés de thèses d'exercice de médecine générale soutenues entre 2011 et 2013 dans les deux facultés lyonnaises, sur les 405 thèses d'exercice de médecine générale recensées pendant cette période.

Il ressort de cette étude plusieurs points :

- Les étudiants soutiennent leur thèse tardivement dans leur cursus, généralement 1 à 2 années après la fin du DES de médecine générale (moyenne de 4.5 années après le début du DES).
- Les médecins généralistes et notamment les membres du CUMG s'investissent de plus en plus dans la direction des thèses de leur discipline. Il existe une augmentation des directeurs de thèse (30 médecins généralistes directeurs en 2013 contre 18 en 2008) et du nombre de thèses dirigées par un même directeur (en moyenne un médecin généraliste dirigeait 2.8 thèses en 2013 contre 1.8 en 2008). Cependant il semble nécessaire de recruter et de former de nouveaux directeurs de thèses si l'on souhaite que la plupart des étudiants puissent être encadrés par un médecin généraliste.
- La pertinence des thèses pour la recherche en médecine générale augmente significativement pendant les trois années de l'étude avec 65% de thèses pertinentes pour la médecine générale au total et un maximum à 73% en 2013. Cette amélioration a été obtenue principalement grâce à l'augmentation du nombre de thèses dirigées par un médecin généraliste mais aussi grâce aux aides fournies par le CUMG à l'élaboration des thèses.
- La qualité des résumés est globalement bonne et leur diffusion sur internet depuis 2013 est bénéfique.
- Les méthodes utilisées dans les thèses sont plus diversifiées qu'auparavant au détriment des études épidémiologiques, avec l'essor des études qualitatives, et l'apparition de nouvelles méthodes d'étude.

- Même si la majorité des thèses porte sur un environnement de médecine générale, il persiste des thèses réalisées en milieu hospitalier dont la population et les maladies diffèrent de celles rencontrées en médecine générale.
- Les thèses portent dans la majorité des cas sur des effectifs modestes, avec quelques études de grande ampleur utilisant des bases de données déjà existantes.
- La visibilité des thèses s'améliore grâce d'une part à leur meilleure diffusion en ligne sur internet depuis 2014, et d'autre part à un meilleur taux de publication et de communication. Il reste néanmoins des efforts à réaliser notamment dans l'utilisation de la langue anglaise et dans la sélection de revues avec *impact factor*.

L'évolution des thèses de médecine générale est très positive, même s'il reste encore des points à améliorer. Les améliorations qui peuvent le plus rapidement être mises en place sont :

- l'introduction d'un rendez-vous précoce avec le tuteur pour encourager l'interne à débiter sa thèse plus tôt,
- le repérage des étudiants en début de troisième année de DES qui n'ont pas encore de sujet de thèse,
- le recensement des directeurs de thèse potentiels pour les mettre en contact avec les étudiants,
- l'incitation à utiliser des données issues de la médecine générale et non de l'hôpital,
- l'obligation de soumettre sa thèse à une revue scientifique.

Cette thèse a par ailleurs permis de perfectionner la grille d'analyse élaborée par C. Tournebize et d'obtenir une base de données très complète regroupant plus de 700 thèses lyonnaises analysées. Elle offre ainsi des outils importants pour une future thèse sur ce sujet à Lyon ou dans une autre faculté.

Le Président de la thèse,  
Professeur Jérôme ETIENNE,  
Signature 

VU et permis d'imprimer, Lyon le :

**02 MARS 2015**

VU :

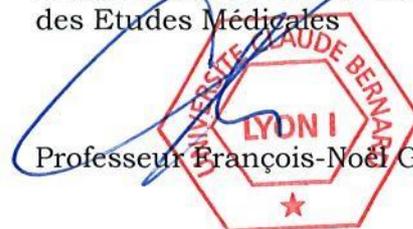
Le Doyen de la Faculté de Médecine  
Lyon-Est



Professeur Jérôme ETIENNE

VU :

Pour Le Président de l'Université  
Le Président du Comité de Coordination  
des Etudes Médicales



Professeur François-Noël GILLY

**LEONARD Mathieu** : Analyse des thèses d'exercice soutenues par les internes de médecine générale de Lyon de janvier 2011 à décembre 2013

78 pages, 7 figures, 27 tableaux

Th. Méd : Lyon 2015 n° 47

---

**Résumé :**

**Introduction :** La médecine générale (MG) est une spécialité qui présente des caractéristiques propres à sa discipline, et qui nécessite une recherche adaptée en grande partie assurée par les thèses d'exercice. Le collège universitaire de MG accorde une grande importance à ce travail, et propose des outils d'aide à l'élaboration de la thèse.

**Matériel et méthodes :** Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective de 403 des 405 thèses d'exercice soutenues par les internes de MG de Lyon au cours des années 2011 à 2013. Elle analyse les résumés, les données administratives, les caractéristiques méthodologiques, ainsi que la valorisation de la thèse en interrogeant les directeurs de thèse par mail.

**Résultats :** 51% des thèses sont dirigées par un médecin généraliste avec un lien entre la pertinence pour la MG et la direction par un médecin généraliste. Les thèses pertinentes pour la MG représentent 65% des thèses et augmentent significativement. 88% des résumés sont informatifs. La majorité des thèses sont des études quantitatives (59%) avec des effectifs faibles (médiane=133). 36% du total des thèses sont valorisées (84% de taux de réponse), 16% publiées et 6% en cours de publication.

**Discussion :** Il en ressort que la pertinence des thèses pour la MG augmente mais que pour poursuivre l'amélioration, il faut recruter de nouveaux directeurs de MG en les formant, il faut inciter les étudiants à débiter leur thèse plus tôt, et éviter les données hospitalières peu adaptées à la MG. La sollicitation des directeurs de thèse a permis d'obtenir un bon taux de réponse, le taux de publication progresse mais reste encore faible.

---

**MOTS CLES :** Thèse, médecine générale, classification, publication

---

**JURY :**

Président : Monsieur le Professeur Jérôme ETIENNE

Membres : Monsieur le Professeur Olivier CLARIS

Madame le Professeur Sylvie ERPELDINGER

Madame le Docteur Clémence TOURNEBIZE

---

**DATE DE SOUTENANCE :** 24 mars 2015

---

**Adresse de l'auteur :** 45 Chemin de Grandvaux, 69130 Ecully

**Mail :** [mathieumail01@yahoo.fr](mailto:mathieumail01@yahoo.fr)

---