

Université de Bordeaux - Bordeaux Segalen

UFR DES SCIENCES MEDICALES

Année 2016

N° 25

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Discipline : Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement par

Alix DE CUSSY épouse BOUVET

Née le 08/12/1986 à Versailles

Le 23 février 2016

**THEMES, OBJETS ET METHODES DE RECHERCHE DES THESES DES
INTERNES DE MEDECINE GENERALE DE LA SUBDIVISION OCEAN INDIEN
SOUTENUES ENTRE 2007 ET 2014**

Directeur de Thèse : Professeur Jean-Marc FRANCO

Membres du Jury

M. Pierre DUBUS	Professeur des universités	Président
Mme Line RIQUEL	Maitre de conférences associé	Juge
M. Philippe DESMARCHELIER	Maitre de conférences associé	Juge
M. Patrick GAILLARD	Maitre de conférences associé	Juge
M. Sébastien LERUSTE	Maitre de conférences associé	Rapporteur
M. Jean-Marc FRANCO	Professeur associé	Directeur

REMERCIEMENTS

A mon président de thèse

Monsieur le **Professeur Pierre DUBUS**,

Professeur des Universités, Doyen de la faculté de médecine de Bordeaux, Directeur du département des formations santé des DOM-TOM, CHU de Bordeaux.

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse.

Veillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

A mon juge

Madame le **Docteur Line RIQUEL**,

Maître de Conférence Associé des Universités, DUMG de la Réunion, Médecin Généraliste.

Vous avez accepté de faire partie des membres de mon jury. Merci pour votre implication dans la formation des internes.

Soyez sûre de ma sincère reconnaissance.

A mon juge

Monsieur le **Docteur Philippe DESMARCHELIER**

Maître de Conférence Associé des Universités, DUMG de la Réunion, Médecin Généraliste.

C'est avec vous que j'ai fait mes premiers pas en médecine générale. Votre bienveillance, votre disponibilité et vos conseils ont été d'une grande aide.

Je suis très honorée de votre présence et vous suis reconnaissante de l'honneur que vous me faites en acceptant de juger ce travail.

Veillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de ma gratitude.

A mon juge

Monsieur le **Docteur Patrick GAILLARD**

Maître de Conférence Associé des Universités, DUMG de la Réunion, Médecin Généraliste.

Vous avez accepté de faire partie des membres de mon jury. Votre engagement dans l'accompagnement des étudiants est un exemple.

Soyez sûr de ma sincère reconnaissance.

A mon juge et rapporteur de thèse

Monsieur le **Docteur Sébastien LERUSTE**

Maître de Conférence Associé des Universités, DUMG de la Réunion, Médecin Généraliste.

Vous avez accepté de participer à l'évaluation de la qualité de ce travail, je vous en remercie.

Veillez trouver ici le témoignage de ma sincère reconnaissance.

A mon directeur de thèse

Monsieur le **Professeur Jean-Marc FRANCO**

Professeur Associé des Universités, DUMG de la Réunion, Médecin Généraliste.

La confiance que vous m'avez témoigné en acceptant de diriger ce travail m'honore. J'ai bénéficié, comme de nombreux internes, de votre enthousiasme et de votre amour de la médecine générale. Vos qualités pédagogiques et votre rigueur scientifique sont un exemple.

Veillez trouver ici le témoignage de mon plus grand respect.

Aux personnes qui m'ont aidée dans cette thèse

Docteur Laetitia Huiart pour son soutien méthodologique.

Monsieur Olivier Rollot pour son expertise statistique, sa disponibilité, ses conseils et sa gentillesse.

Madame Cristina Darblade pour sa gentillesse et la réactivité de ses réponses.

A tous les médecins que j'ai rencontrés pendant mon internat, j'ai eu beaucoup de plaisir à apprendre à vos côtés. En particulier Nicole CAREL, Marion LENOIR, Manu PIERNA, Amaury MARS, Laure HOUDON, Cécile STOVEN, Nicolas MARMION, Franz WEBER, Jean-Christophe DONIKIAN, Guillaume NICOLET, Sébastien FAUCOMPRES.

A Maman, pour ton amour et ton soutien depuis toujours.

A Papa, j'espère que tu es fier de moi Là-Haut. Tu me manques.

A mes frères et sœurs : Astrid, Florence, Henry et Marc, ce n'est pas toujours facile de composer à cinq mais ça fait du bien de vous retrouver. Merci d'avoir été présents et attentifs malgré la distance.

A Etienne, mon mari, mon Amoureux. Merci de partager ma vie, de m'écouter, de me soutenir, de me supporter... Aujourd'hui une page se tourne (enfin), place à tous nos autres projets ! Je t'aime

A ma belle-famille, merci de m'accepter dans votre famille, merci pour votre soutien. Un merci tout particulier à Charles d'avoir perfectionné mon tableur et d'avoir relu attentivement cette thèse.

A Audrey, tu as été présente du début à la fin de ce périple et je l'espère pour encore très longtemps...on a encore la vie à partager. Merci à Arthur de te rendre si heureuse.

A Claire, tant de Merci à te dire, ton amitié est un cadeau précieux. (C'est beau comme tu es belle...je te souhaite en bien mieux ce que tu voudras...)

A Marion, Benjamin et Emma, loin des yeux mais pas loin du cœur.

A Béatrice & Julien, vous êtes un modèle pour moi. Votre amitié, votre grand cœur et vos sourires me font du bien. Merci

A Mathilde, Emmanuelle et Astrid, vous êtes dans mon cœur.

A Nicolas, merci pour tes multiples relectures attentives. Prend soin de toi.

A tous ceux qui ont ensoleillé mes années réunionnaises : Etienne mon Bichon, Nass & Thom les plus beaux, Marine co-interne de ma pire garde merci pour ton sourire, Camille, Camille, Marielle, Manue, Karine, Maxime, Fanny, les CasaGirls Béné, Perrine, Christine, Sophie, Catherine buvez des mojitos à ma santé, Antoine, Maïder, Camille, David, Mélanie.

A tous ceux qui ont égayé mes années bordelaises: Marion, Anne-Sophie, Cathy, Marie, Olivier, Hubert, Antoine, Stanislas, Antoine, Jean-Phi. Tous les moments de joie et de doutes passés à vos côtés resteront gravés.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	6
INTRODUCTION	12
CONTEXTE	16
I. <i>LA MEDECINE GENERALE EN 2016</i>	17
A. Définition de la WONCA.....	17
B. Définition du CNGE.....	23
C. La formation en Médecine Générale en France.....	26
II. <i>LA RECHERCHE EN MEDECINE GENERALE</i>	30
A. Etat des lieux à l'étranger.....	30
B. Etat des lieux en France.....	34
C. Cas particulier de la subdivision Océan Indien.....	38
MATERIEL ET METHODE	41
I. <i>SCHEMA DE L'ETUDE</i>	42
II. <i>OBJET DE L'ETUDE</i>	42
III. <i>CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION</i>	42
IV. <i>METHODE DE RECUEIL DES DONNEES</i>	43
A. Modalités de recueil des thèses.....	43
B. Modalité de recueil des critères d'évaluation.....	44
V. <i>ANALYSE STATISTIQUE</i>	50
A. Création de la base de données.....	50
B. Modalités d'analyse statistique.....	50
RESULTATS	51
I. <i>PROFIL DES INTERNES</i>	52
A. Population concernée.....	52
B. Age et sexe des internes.....	52
C. Participation au DESC de Médecine d'Urgence (DESC MU).....	52
D. Délai entre le début du troisième cycle et la soutenance de la thèse.....	53
E. Mentions obtenues.....	55
II. <i>PROFIL DES DIRECTEURS DE THESE</i>	56
A. Spécialités des directeurs.....	56
B. Type d'exercice des directeurs.....	56
C. Profil des médecins généralistes directeurs.....	57
D. Lieu d'exercice des directeurs de thèse.....	57
E. Nombre de thèses dirigées par les directeurs.....	57
III. <i>PROFIL DES RAPPORTEURS DE THESE</i>	58
IV. <i>PROFIL DES JURYS</i>	59
A. Spécialités des jurys.....	59
B. Représentation des médecins généralistes.....	60
C. Profil des médecins généralistes dans les jurys.....	60
V. <i>THEMES DE RECHERCHE</i>	61
A. Disciplines concernées dans les thèses.....	61
B. Orientations thématiques des thèses selon le MeSH.....	63

<i>VI. THEMES DES THESES CONCERNANT LA MEDECINE GENERALE SELON LA WONCA ET LE CNGE</i>	65
A. Compétences définies par la WONCA.....	65
B. Caractéristiques définies par la WONCA.....	66
C. Compétences définies par le CNGE.....	67
D. Grandes familles de situations cliniques définies par le CNGE.....	68
E. Thèmes définis par la CISP-2.....	69
<i>VII. OBJETS DE RECHERCHE</i>	70
A. Analyse des objets de recherche sur la totalité des thèses.....	70
B. Analyse des objets de recherche selon la discipline de la thèse.....	71
<i>VIII. METHODES DE RECHERCHE</i>	74
A. Analyse des méthodes de recherche sur la totalité des thèses.....	74
B. Analyse des méthodes des recherche dans les thèses de médecine générale.....	77
C. Analyse des méthodes de recherche dans les thèses de spécialités.....	80
D. Analyse des méthodes de recherche dans les thèses des internes de DESC MU.....	83
DISCUSSION	84
I. <i>FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE</i>	87
II. <i>COMPARAISON DES RESULTATS AVEC LES DONNEES DE LA LITTERATURE</i>	90
A. Profil des internes.....	90
B. Profil des directeurs.....	92
C. Profil des rapporteurs.....	94
D. Profil des jurys.....	95
E. Caractéristiques des thèmes de recherche.....	96
F. Objets de recherche.....	103
G. Méthodes de recherche.....	104
H. Particularité des thèses des internes de DESC MU.....	106
CONCLUSION	107
BIBLIOGRAPHIE	109
ANNEXES	114
<i>ANNEXE 1. DEFINITIONS DES ORIENTATIONS THEMATIQUES DES THESES SELON LE MeSH</i>	115
<i>ANNEXE 2. DEFINITION DES TECHNIQUES DE RECUEIL DE DONNEES DANS UNE ETUDE QUALITATIVE</i>	117
<i>ANNEXE 3. DEFINITION DES TYPES D'ETUDES QUANTITATIVES</i>	118
<i>ANNEXE 4. GRILLE DE RECUEIL DE DONNEES</i>	119
<i>ANNEXE 5. CODES CISP-2 ABORDES DANS LES THESES DE MEDECINE GENERALE</i>	123
<i>ANNEXE 6. CODES DU CHAPITRE A- GENERAL ET NON SPECIFIQUE DE LA CISP-2</i>	125
<i>ANNEXE 7. CODE CNGE (1996)</i>	129
SERMENT D'HIPPOCRATE	132
ABSTRACT	133

INDEX DES FIGURES

FIGURE 1. LA STRUCTURE DE LA CISP-2 : 17 CHAPITRES ET 7 COMPOSANTS	22
FIGURE 2. CARRE DE KL. WHITE (1961), REVU PAR GREEN (2001).....	31
FIGURE 3. PUBLICATIONS MONDIALES DE 1970 A 2009.....	33
FIGURE 4. DELAI EN MOIS ENTRE LE DEBUT DU TROISIEME CYCLE ET LA SOUTENANCE DE LA THESE.	53
FIGURE 5. DELAI EN MOIS ENTRE LE DEBUT DU TROISIEME CYCLE ET LA SOUTENANCE DE LA THESE SELON L'INSCRIPTION OU NON AU DESC MU	54
FIGURE 6. REPARTITION DES MENTIONS OBTENUES	55
FIGURE 7. REPARTITION DES SPECIALITES DES DIRECTEURS EXERÇANT UNE AUTRE DISCIPLINE QUE LA MEDECINE GENERALE	56
FIGURE 8. REPARTITION DES DIRECTEURS SELON LE NOMBRE DE THESES DIRIGÉES SUR LA PERIODE.....	57
FIGURE 9. COMPOSITION DES JURYS POUR L'ENSEMBLE DES THESES	59
FIGURE 10. TYPES D'EXERCICES DES MEDECINS GENERALISTES PRESENTS DANS LES JURYS	60
FIGURE 11. TAUX DE THESES DONT LA DISCIPLINE CONCERNÉE EST LA MEDECINE GENERALE.....	61
FIGURE 12. REPARTITION DES DISCIPLINES CONCERNÉES PAR LES THESES NE TRAITANT PAS DE MEDECINE GENERALE	61
FIGURE 13. ÉVOLUTION AU COURS DES ANNEES DU NOMBRE DE THESES DONT LE THEME DE RECHERCHE CONCERNAIT LA MEDECINE GENERALE PAR RAPPORT AU NOMBRE TOTAL DE THESES.	62
FIGURE 14. RÉPARTITION DES ORIENTATIONS THÉMATIQUES SUR L'ENSEMBLE DES THÈSES	63
FIGURE 15. ORIENTATIONS THEMATIQUES SELON LA DISCIPLINE DE LA THESE.....	64
FIGURE 16. REPARTITION DES COMPETENCES FONDAMENTALES DE LA WONCA DANS LES THESES DE MEDECINE GENERALE.....	65
FIGURE 17. REPARTITION DES CARACTERISTIQUES DE LA WONCA DANS LES THESES DE MEDECINE GENERALE	66
FIGURE 18. REPARTITION DES COMPETENCES DU CNGE ABORDEES DANS LES THESES DE MEDECINE GENERALE.....	67
FIGURE 19. OBJETS DE RECHERCHE SELON LE THEME DE LA THESE.....	72
FIGURE 20. ALGORITHME DE SYNTHÈSE DES MÉTHODES DE RECHERCHE DE L'ENSEMBLE DES THESES.....	76
FIGURE 21. ALGORITHME DE SYNTHÈSE DES MÉTHODES DE RECHERCHE DES THESES DE MEDECINE GENERALE	79
FIGURE 22. ALGORITHME DE SYNTHÈSE DES MÉTHODES DE RECHERCHE DES THESES DE SPECIALITES.	82

INDEX DES TABLEAUX

TABLEAU 1. REPARTITION DES GRANDES FAMILLES DE SITUATIONS CLINIQUES ABORDEES DANS LES THESES DE MEDECINE GENERALE.....	68
TABLEAU 2. REPARTITION DES THEMES CISP ABORDES DANS LES THESES DE MEDECINE GENERALE.	69
TABLEAU 3. REPARTITION DES OBJETS DE RECHERCHE DE L'ENSEMBLE DES THESES.....	70
TABLEAU 4. OBJET DE RECHERCHE DES THESES DE MEDECINE GENERALE	71
TABLEAU 5. REPARTITION DES METHODES DE RECHERCHE DANS L'ENSEMBLE DES THESES	74
TABLEAU 6. TYPE D'ETUDES QUANTITATIVES DANS L'ENSEMBLE DES THESES.	74
TABLEAU 7. REPARTITION DES METHODES DE RECHERCHE DANS LES THESES DE MEDECINE GENERALE	77
TABLEAU 8. TYPE D'ETUDES QUANTITATIVES DANS LES THESES DE MEDECINE GENERALE.....	77
TABLEAU 9. REPARTITION DES METHODES DE RECHERCHE DANS LES THESES DE SPECIALITES.....	80
TABLEAU 10. TYPE D'ETUDES QUANTITATIVES DANS LES THESES DES SPECIALITES.	80

ABREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies- dixième révision

CISP-2 : Classification Internationale de Soins Primaires deuxième version

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

DFASM : Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales

DFGSM : Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

EBM : Evidence Based Medicine - Médecine fondée sur les preuves

ECN : Epreuves Classantes Nationales

EGPRN : European General Practice Research Network - Réseau Européen de Recherche en Médecine Générale

EPP : Etude des Pratiques Professionnelles

HGE : Hépatogastro-entérologie

LMD : Licence, Master, Doctorat

MCU : Maître de Conférence des Universités

MeSH : Medical Subject Headings (thésaurus biomédical de référence, outil d'indexation des bases de données de la National Library of Medicine, Bethesda, USA, notamment Medline/Pubmed)

MG : Médecin Généraliste

MGE : Médecin Généraliste Enseignant

MPR : Médecine Physique et de Réadaptation

MSU : Maître de Stage des Universités

MU : Médecine d'Urgence

NIH : National Institutes of Health - Institut National de la Santé (USA)

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PHRC : Programme Hospitalier de Recherche Clinique

PU : Professeur des Universités

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé

SFMG : Société Française de Médecine Générale

SFTG : Société Française de Thérapeutique Généraliste

SFDRMG : Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale

TAAF : Terres Australes et Antarctiques Françaises

USA : United States of America - Etats-Unis d'Amérique

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of general practitioners/family physicians – Organisation Mondiale des Médecins Généralistes

INTRODUCTION

La médecine générale occupe une place centrale dans le système de santé de notre pays. Elle a une fonction diagnostique, thérapeutique, de surveillance, d'orientation, de prévention, de dépistage et d'éducation à la santé (1). Elle représente le premier recours du patient, le médecin généraliste prend ainsi en charge des affections que ne verront pas les autres intervenants du système de santé (2). La recherche en médecine générale est donc indispensable et doit porter sur des problèmes de santé rencontrés en soins primaires pour produire des connaissances permettant d'améliorer la qualité des soins et la santé de la population (3).

En 1958 la loi Debré écarte la médecine générale du champ de l'université limitant ainsi fortement les possibilités de recherche spécifique à cette discipline. On assiste cependant à une promotion progressive de la médecine générale au rythme des réformes des études médicales. La réforme de 2004 donne un statut universitaire à la médecine générale. Ainsi depuis 2004, plus de la moitié des postes proposés au terme des Epreuves Classantes Nationales (ECN) sont des postes d'internes de médecine générale.

Malgré cette évolution, on constate en 2006 que la médecine générale souffre d'un handicap par rapport aux autres spécialités médicales tant en matière de recherche que dans la quantité et la qualité des travaux conduits sur l'amélioration de la prise en charge des malades par les services de soins de première ligne (1).

Actuellement les DUMG font partie des principaux acteurs de la recherche en soins primaires en France, notamment grâce aux travaux de thèse d'exercice des internes de médecine générale (1). Cependant plusieurs études qui ont analysé ces thèses montrent qu'elles ne concernent pas majoritairement la médecine générale, qu'elles sont de faible niveau de preuve et essentiellement centrés sur le médecin alors que la discipline revendique d'être centrée sur le patient.(4) (5) (6)

Dans l'Océan Indien, l'enseignement et la recherche en médecine générale sont des disciplines particulièrement jeunes. La création du DUMG en 2012 a permis la nomination de maîtres de conférences associés. Ceux-ci sont très impliqués dans la promotion de la médecine générale et ont une réelle volonté de développer l'enseignement et de participer à la recherche dans cette discipline.

Aucun travail n'a été réalisé sur la production scientifique dans l'océan indien depuis 2004, en particulier sur les types de thèses d'exercice réalisées depuis 2004. Reflètent-elles l'état actuel de la recherche en médecine générale ?

Partant de ce constat, nous avons voulu étudier l'ensemble des thèses présentées par les internes de médecine générale depuis la création de la subdivision en 2004.

La question de recherche est de décrire les thèmes, les objets et les méthodes des thèses de Médecine Générale dans la subdivision Océan Indien soutenues de 2007 à 2014.

Cette étude vise à vérifier les hypothèses selon lesquelles les sujets de thèse de médecine générale :

- ne portent pas de façon majoritaire sur des problèmes rencontrés en médecine générale,
- sont trop souvent centrées sur le médecin,
- sont majoritairement des études quantitatives de faible niveau de preuve.

Pour répondre à la question de recherche, nous nous sommes fixé les objectifs principaux suivants :

- ❖ Définir les orientations thématiques de l'ensemble des thèses selon les définitions du MeSH.
- ❖ Retrouver les thèses portant sur un sujet de médecine générale selon la définition de la WONCA et celle du CNGE. Parmi celles-ci :
 - analyser les thèmes selon le CISP2,
 - définir celles qui correspondent aux grands problèmes rencontrés en médecine générale selon les familles de situation du CNGE.
- ❖ Analyser les objets selon la population d'étude en identifiant le nombre de thèses dont les études sont centrées sur le patient et le nombre de thèses dont les études sont centrées sur le médecin.
- ❖ Analyser les méthodes en identifiant le nombre de thèses dont les études sont qualitatives et le nombre de thèses dont les études sont quantitatives.

Les objectifs secondaires sont :

- ❖ Définir le nombre de médecins généralistes enseignants, médecins généralistes maitres de stage des universités et médecins généralistes dans les jurys de thèses,
- ❖ Définir le nombre de directeurs de thèse étant des médecins généralistes,
- ❖ Définir le nombre de médecins généralistes parmi les rapporteurs,
- ❖ Analyser les thèmes et objets des thèses soutenus par les internes inscrits en Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC) de Médecine d'Urgence,
- ❖ Définir le délai entre le début du troisième cycle et la soutenance de thèse,
- ❖ Donner les mentions obtenues,
- ❖ Montrer une éventuelle évolution des critères mentionnés ci-dessus depuis la création du DUMG.

CONTEXTE

I. LA MEDECINE GENERALE EN 2016

A. Définition de la WONCA

En 2011, la société européenne de médecine générale WONCA Europe se réunit et élabore une définition européenne de la médecine générale.

Le médecin généraliste est ainsi le médecin traitant de chaque patient, chargé de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrée par des contacts répétés. Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Ils ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients. Comme les autres professionnels de la santé, ils doivent assumer la responsabilité de la surveillance continue, le maintien et, si nécessaire, l'amélioration des aspects cliniques des services et de l'organisation, la sécurité des patients et la satisfaction des patients envers les soins qu'ils fournissent (7).

1. Les caractéristiques

La WONCA définit ainsi douze caractéristiques de la médecine générale :

A) Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé indépendamment de l'âge, du sexe ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.

B) Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités. Elle se place si nécessaire en défenseur du patient afin de le protéger des risques consécutifs aux examens et traitements inutiles.

C) Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelle, familiale et communautaire. Il est important de comprendre comment le patient fait face à sa maladie, comment il l'envisage avec ses croyances, ses peurs, ses attentes et ses besoins.

D) Elle favorise la responsabilisation du patient. La médecine familiale est dans une position stratégique pour promouvoir les objectifs de la responsabilisation du patient et la gestion de soi.

E) Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée (elle-même thérapeutique).

F) Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient. Le dossier médical est ainsi la preuve de la continuité des soins. Les médecins généralistes assurent une accessibilité aux soins 24 heures sur 24 en déléguant et en coordonnant les soins si nécessaire.

G) Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires. En effet les problèmes qui se présentent aux médecins généralistes sont très différents de ceux rencontrés dans les services de soins de seconde ligne. Ceci requiert la mise en place d'un processus de prise de décision spécifique.

H) Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient. La réponse simultanée à plusieurs demandes implique nécessairement une gestion hiérarchisée des problèmes qui prend en compte les priorités du patient et celles du médecin.

I) Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.

J) Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.

K) Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.

L) Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle. La discipline doit reconnaître toutes ces dimensions simultanément et accorder à chacune une importance adéquate. Les comportements face à la maladie et les modes d'évolution des pathologies varient selon ces diverses dimensions. (7)

2. Les compétences fondamentales

Partant de ces douze caractéristiques, la WONCA a défini six compétences essentielles de la médecine générale indépendamment du système de santé dans lequel ces compétences sont appliquées :

1. La gestion des soins de santé primaire (réunit les caractéristiques A et B),
2. Les soins centrés sur la personne (réunit les caractéristiques C, D, E et F),
3. L'aptitude spécifique à la résolution de problèmes (réunit les caractéristiques G et H),
4. L'approche globale (réunit les caractéristiques I et J),
5. L'orientation communautaire (correspond à la caractéristique K),
6. L'adoption d'un modèle holistique (correspond à la caractéristique L) (7).

Ces compétences et caractéristiques définissant le rôle du médecin généraliste, doivent servir pour les décisions relatives au développement de la formation, de la recherche et de l'amélioration de la qualité des soins.

3. La classification internationale de soins primaires-deuxième version (CISP-2)

Jusque dans les années 70, les données collectées en soins primaires étaient codées selon la Classification Internationale des Maladies (CIM) établie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Cette classification qui a été créée pour être appliquée aux statistiques de mortalité, est structurée sur la maladie. De ce fait, beaucoup de symptômes et de situations qui se présentaient en soins primaires étaient difficiles à coder (8). Suite à ce constat, le comité de classification de la WONCA a tenté de mettre au point une classification adaptée aux soins primaires tout en restant compatible avec la CIM. Après plusieurs tentatives, la CISP-1 voit le jour en 1987 et est réactualisée en 1998 afin de la mettre en relation avec la dixième révision de la CIM, la CIM-10, publiée en 1992 par l'OMS, et pour y ajouter les critères d'inclusion et des références croisées pour la plupart des rubriques.

Depuis sa publication, la CISP a acquis peu à peu une reconnaissance mondiale comme une classification appropriée à la médecine générale et de famille et aux soins primaires. Elle est largement utilisée dans de nombreuses régions du monde, particulièrement en Europe et en Australie. (8)

La CISP possède une structure bi-axiale simple :

- sur un axe, dix-sept chapitres basés sur les systèmes corporels, identifiés par une lettre,
- sur un second axe, sept composants identiques pour chaque chapitre, dont les rubriques sont référencées de 1 à 99 (Figure 1)

Figure 1. La structure de la CISP-2 : 17 chapitres et 7 composants

C I S P	Chapitres	Général	Sang, organes hématopoiétiques	Digestif	Oeil	Oreille	Circulatoire	Ostéo-articulaire	Neurologique	Psychologique	Respiratoire	Cutané	Endocrinien, métabolique et nutritionnel	Urologique	Grossesse, accouchement, planif.	Génital féminin	Génital masculin
		A	B	D	F	H	K	L	N	P	R	S	T	U	W	X	Y
C	Symptômes et plaintes 01 à 29																
M	Procédures diagnostiques et préventives : 30 à 49																
P	Procédures thérapeutiques et médications : 50 à 59																
O	Résultats de tests : 60 à 61																
S	Administratif : 62																
A	Références et autres motifs de contact : 63 à 69																
N T S	Diagnostics et maladies 70 à 99																

Ainsi, chaque « épisode de soin », chaque consultation en médecine générale peut aboutir à un codage constitué d'une lettre et d'un nombre. L'utilisation de ce codage dans les dossiers informatisés doit permettre de collecter des données pour la recherche et pour l'organisation des soins. M. Jamouille a répertorié et décrit l'ensemble des codages et la façon de les utiliser dans le « traitement de l'information médicale par la CISP-2 » (8).

B. Définition du CNGE

Le CNGE est membre fondateur de la branche européenne de la WONCA (1), il utilise donc la définition européenne de la médecine générale. Cependant il a identifié et défini indépendamment de la WONCA les compétences indispensables à l'exercice de la médecine générale en France. Celles-ci ont été définies dans le but de développer une approche par compétence afin que le troisième cycle des études médicales soit professionnalisant. Ainsi les jeunes médecins généralistes pourront être efficaces dès le début de leur activité professionnelle, grâce à la certification de ces compétences. (9)

1. Les compétences

Six compétences ont ainsi été définies :

1. Approche globale et prise en compte de la complexité : c'est-à-dire la capacité à mettre en œuvre une démarche décisionnelle centrée patient selon un modèle global de santé (EBM) quel que soit le type de recours aux soins.
2. Education, prévention, santé individuelle et communautaire : c'est-à-dire la capacité à accompagner le patient dans une démarche autonome visant à maintenir et améliorer sa santé, prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux dans le respect de son propre cheminement. Et donc la capacité à intégrer et à articuler dans sa pratique l'éducation et la prévention.
3. Premier recours, urgences : c'est-à-dire la capacité à gérer avec la personne les problèmes de santé indifférenciés, non sélectionnés, programmés ou non, selon les données actuelles de la science, le contexte et les possibilités de la personne, quels que soient son âge, son sexe, ou toute autre caractéristique, en organisant une accessibilité optimale.

4. Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient : c'est-à-dire la capacité à assurer la continuité des soins et la coordination des problèmes de santé du patient engagé dans une relation de suivi et d'accompagnement.
5. Relation, communication, approche centrée patient : c'est-à-dire la capacité à construire une relation avec le patient, son entourage, les différents intervenants de santé ainsi que les institutionnels, en utilisant dans les différents contextes les habiletés communicationnelles adéquates, dans l'intérêt des patients.
6. Professionalisme : c'est à dire la capacité à assurer l'engagement envers la société et à répondre à ses attentes, à développer une activité professionnelle en privilégiant le bien-être des personnes par une pratique éthique et déontologique, à améliorer ses compétences par une pratique réflexive dans le cadre de la médecine fondée sur des faits probants, à assumer la responsabilité des décisions prises avec le patient. (9)

De chacune de ces six compétences découlent de nombreuses composantes non décrites ici. Ainsi nous nous rendons compte que toutes les caractéristiques décrites par la WONCA sont retrouvées une ou plusieurs fois, sous une organisation différente dans la classification du CNGE :

- la compétence 1 correspond aux caractéristiques C et L
- la compétence 2 correspond aux caractéristiques F, J et K
- la compétence 3 correspond aux caractéristiques A, G, H et I
- la compétence 4 correspond aux caractéristiques B, D et E
- la compétence 5 correspond aux caractéristiques C et D

Avec la compétence 6 « professionnalisme », le CNGE introduit une notion supplémentaire qui concerne le médecin généraliste dans son humanité, liée au respect des lois éthiques et déontologiques, à sa formation professionnelle, à la participation à la formation de ses confrères, à la gestion matérielle de son cabinet, à la communication honnête et éclairée avec tous les intervenants et à l'équilibre avec sa vie personnelle afin d'assurer des soins de qualité aux patients.

Pour chaque compétence, différents niveaux d'acquisition ont été décrits afin d'évaluer le futur médecin généraliste tout au long de son cursus (10).

2. Les grandes familles de situations cliniques

Dans ce contexte d'apprentissage par compétences, il était nécessaire de lister les situations auxquelles les internes de médecine générale devront être confrontés durant leur DES afin d'acquérir le savoir-agir leur permettant de remplir leur mission (11).

Ainsi le CNGE a déterminé les onze grandes familles de situations cliniques auxquelles le médecin généraliste est le plus souvent confronté :

1. Situations autour de patients souffrant de pathologies chroniques, polymorbidité à forte prévalence.
2. Situations liées à des problèmes aigus, non programmés, fréquents, exemplaires.
3. Situations liées à des problèmes aigus, non programmés, dans le cadre d'urgences réelles ou ressenties.
4. Situations autour de problèmes de santé concernant les spécificités de l'enfant et de l'adolescent.
5. Situations autour de la sexualité et de la génitalité.
6. Situations autour de problèmes liés à l'histoire familiale et à la vie de couple.
7. Situations de problèmes de santé et/ou de souffrance liés au travail.
8. Situations dont les aspects légaux; déontologiques et/ou juridiques, médicolégaux sont au premier plan.
9. Situations avec des patients difficiles et/ou exigeants.
10. Situations où les problèmes sociaux sont au premier plan.
11. Situations avec des patients d'une autre culture. (11)

C. La formation en Médecine Générale en France

1. Premier et deuxième cycles des études médicales

Depuis la réforme de 2009 inscrivant les études médicales dans un cursus type LMD (Licence, Master, Doctorat), les premiers et deuxième cycles ont été réorganisés en France (12) :

- Premier cycle : Il s'agit d'une licence d'une durée de trois ans (et non plus deux) qui permet d'approfondir les bases théoriques et la pratique via des enseignements articulés autour d'un même appareil. Il permet l'obtention du Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales (DFGSM).
- Deuxième cycle : Il s'agit d'un master d'une durée de trois ans (et non plus quatre) où sont enseignés les manifestations cliniques, les mécanismes physiopathologiques et les démarches thérapeutiques appliquées à chaque pathologie de chaque discipline. Il donne lieu au Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales (DFASM) à l'issue duquel se déroulent les ECN. (13)

En l'absence de filière universitaire de médecine générale, le deuxième cycle s'est construit sans les médecins généralistes ; dans les 345 items des ECN, l'enseignement de ceux concernant des pathologies fréquentes en soins primaires n'est pas assuré par des médecins généralistes. L'évaluation aux ECN, est faite à partir de dossiers transversaux élaborés sans les généralistes universitaires. L'avis des médecins généralistes n'est donc pris en compte ni pour l'enseignement, ni pour l'évaluation de la spécialité. (14)

En revanche, depuis 1997, le stage de médecine générale du deuxième cycle est instauré. Le caractère obligatoire de ce stage, à raison de six semaines à temps plein ou trois mois à mi-temps, est confirmé par l'arrêté du 18 juin 2009 (13). Mais étant donné les effectifs importants des étudiants d'une part, le nombre insuffisant de maîtres de stage et les faibles moyens des DUMG d'autre part, il ne peut être organisé pour l'ensemble des étudiants (14).

2. Troisième cycle des études médicales : l'internat

Le Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine générale est structuré par une maquette d'une durée de trois ans avec une formation théorique de 200 heures d'enseignements facultaire minimum et une formation pratique de six semestres de stage avec des fonctions hospitalières et extrahospitalières. Ainsi l'interne doit réaliser :

- deux stages d'un semestre dans des services hospitaliers agréés pour le DES de médecine générale dont un stage dans un service d'adulte (médecine interne, gériatrie aigüe ou médecine polyvalente) et un stage dans un service d'urgence,
- un stage d'un semestre dans un service de pédiatrie ou de gynécologie, agréé pour le DES de médecine générale,
- un stage d'un semestre obligatoire : le stage de niveau 1 dans le cadre de la médecine ambulatoire auprès d'un médecin généraliste agréé « Maître de Stage des Universités » (MSU),
- un stage d'un semestre en situation de responsabilité professionnelle dans un cabinet de médecine générale : le Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé (SASPAS), possible dans la dernière année d'internat. A défaut, ce semestre est effectué en établissement hospitalier (stage « libre ») ou dans une structure médicale agréée par le responsable du DUMG,
- un stage d'un semestre dit « libre » en service hospitalier agréé pour le DES de Médecine Générale. (15)

L'arrêté du 10 Août 2010 a permis 2 modifications majeures :

- l'ouverture de stages en secteur ambulatoire en pédiatrie et en gynécologie obstétrique validant le stage « gynécologie-pédiatrie »
 - la possibilité de réaliser le semestre libre dans une structure agréée non hospitalière permettant de faire un semestre en ambulatoire chez des MSU.
- (16)

Ainsi, pour la majorité des internes de médecine générale les 2/3 de la formation sont donc réalisés à l'hôpital.

3. Validation du DES de médecine générale

Le DES de médecine générale est donc un cursus professionnel de trois ans au terme desquels l'interne doit soutenir un mémoire dont les modalités sont déterminées par chaque DUMG (15). La soutenance de ce mémoire au cours du dernier semestre d'internat conduit à la qualification de spécialiste en médecine générale.

Au-delà des obligations formelles, l'enjeu du DES est l'acquisition des compétences nécessaires à l'exercice professionnel comme nous l'avons déjà vu.

4. La thèse de médecine générale

D'après le décret 2004-67 du 16 janvier 2004 : « La thèse conduisant au diplôme d'Etat de docteur en médecine est soutenue devant un jury présidé par un professeur des universités des disciplines médicales titulaire et composé d'au moins quatre membres dont trois enseignants titulaires des disciplines médicales désignés par le président de l'université sur proposition du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale concernée. La soutenance de cette thèse peut intervenir, au plus tôt, dès la validation du troisième semestre de formation et, au plus tard, trois années après l'obtention du diplôme d'études spécialisées en France.» (15)

Ainsi, tous les internes de médecine doivent présenter oralement leur travail de recherche devant un jury afin d'obtenir le titre de Docteur en médecine. Cette soutenance marque l'achèvement d'un cycle de formation et le début de la vie professionnelle.

II. LA RECHERCHE EN MEDECINE GENERALE

A. Etat des lieux à l'étranger

En 1998, lors de l'assemblée mondiale de la santé, l'accès à une information complète et les soins de santé de haute qualité sont décrits comme un indicateur de la santé pour tous au XXIème siècle. Les gouvernements réalisent ainsi la nécessité d'une formation optimale en médecine générale. Les organismes de financement de la recherche reconnaissent également l'importance et la pertinence d'investir dans la recherche en soins primaires.(17)

Ainsi des auteurs du monde entier s'accordent à dire que le moment est venu pour la recherche en médecine générale. En effet l'environnement de soins de santé est approprié, les parties prenantes sont favorables, le domaine de recherche est riche en occasions et prêt à l'exploration.(17)(18)

Aux USA, dès 1961 White et al. avaient constaté que sur 1000 personnes :

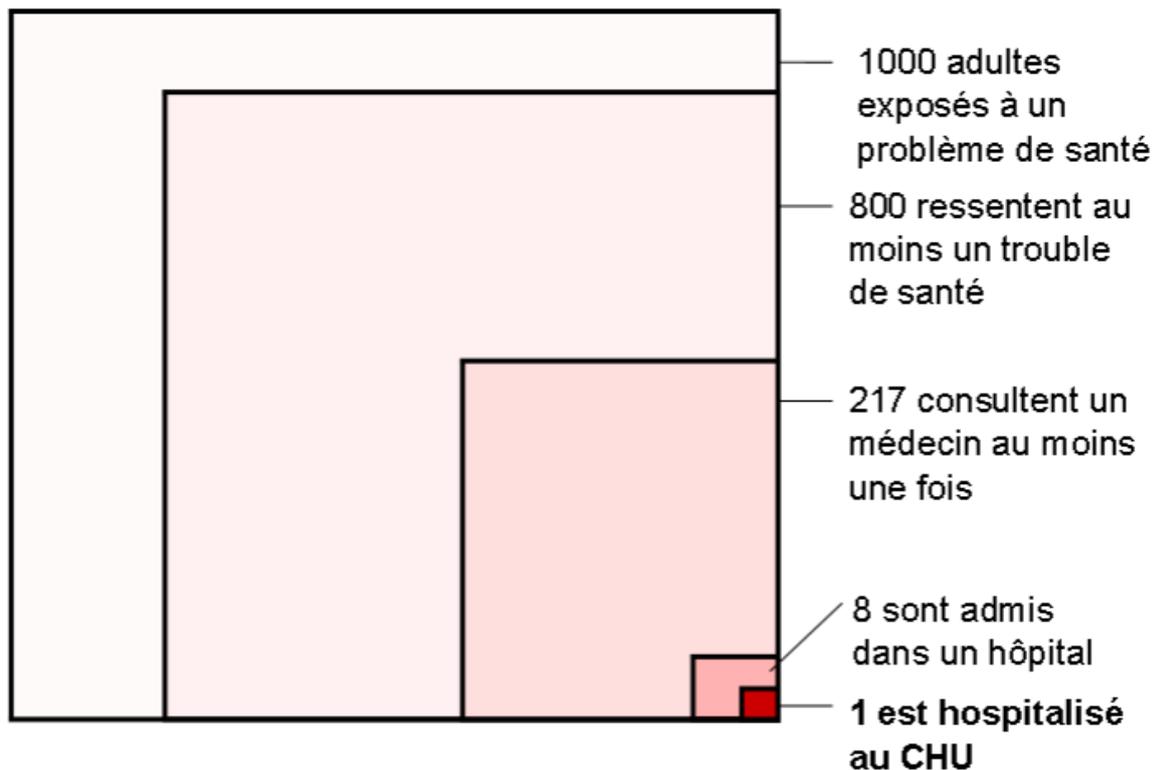
- 750 signalaient une maladie,
- 250 consultaient un médecin,
- 9 étaient hospitalisés,
- 5 étaient dirigés vers un autre médecin
- 1 était hospitalisé dans un centre universitaire (2).

Ces travaux ont été repris en 2001 par Green et al. Ces derniers ont abouti quasiment aux mêmes conclusion que White et ont préconisé un rééquilibrage de la formation médicale et de la recherche clinique de l'hôpital vers la médecine de première ligne (19).

Ainsi l'Agence pour la recherche en santé et pour la qualité à la National Institutes of Health (NIH) et certaines fondations privées ont apporté un soutien remarquable à la recherche en médecine de soins primaires.

Les résultats initiaux de White avaient été présentés sous la forme de carrés emboîtés qui ont contribué à diffuser l'argument selon lequel il n'était pas raisonnable de laisser en friche l'étude des problèmes de santé les plus fréquents dans la population. Cette représentation a été adaptée suite à l'étude de Green (Figure 2).

Figure 2. Carré de KL. White (1961), revu par Green (2001)



En Asie, le développement de la médecine générale a été rapide. En effet, celle-ci était presque inexistante en Chine en 1986 mais le gouvernement a mené une promotion de la formation en médecine générale. A Hong-Kong, le nombre de postes en médecine générale a été multiplié par 17 entre 1993 et 2002.

En Australie, entre 2000 et 2004, le gouvernement a octroyé un budget de 50 millions de dollars australiens pour le financement de la recherche en soins primaires.

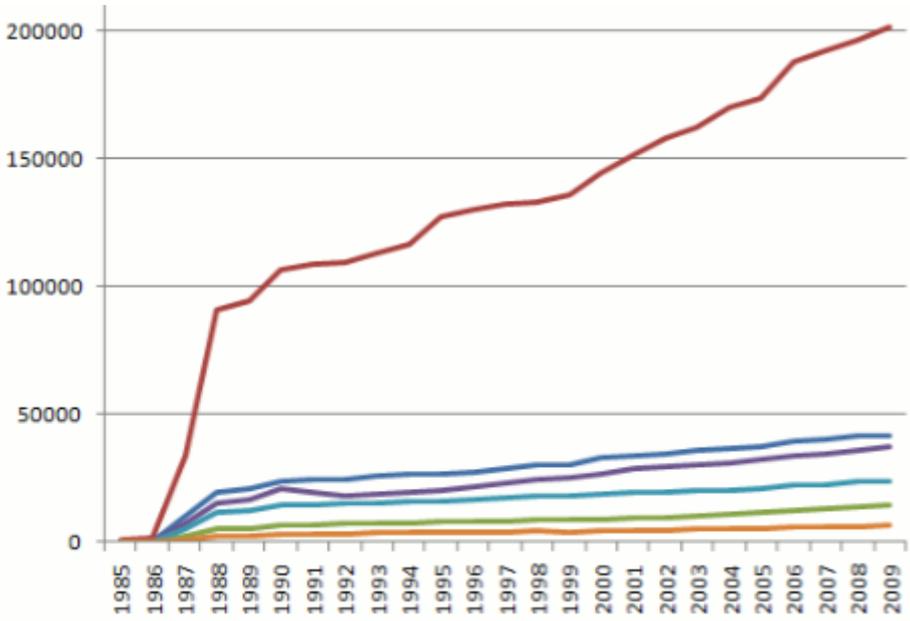
Au Royaume-Uni, depuis 1994, les services de santé et de recherche médicale du Conseil National ont identifié les soins primaires comme un domaine prioritaire pour la recherche. (17)

Aux Pays-Bas, la création de chaires universitaires de médecine générale date de la fin des années 60. Ce qui correspond à l'accès de la médecine générale au statut de spécialité. C'est de cette époque que date l'essor de travaux de recherche en médecine générale. La création de postes universitaires pour la médecine générale date de 1992, et a également été à l'origine du développement de travaux scientifiques.(1)

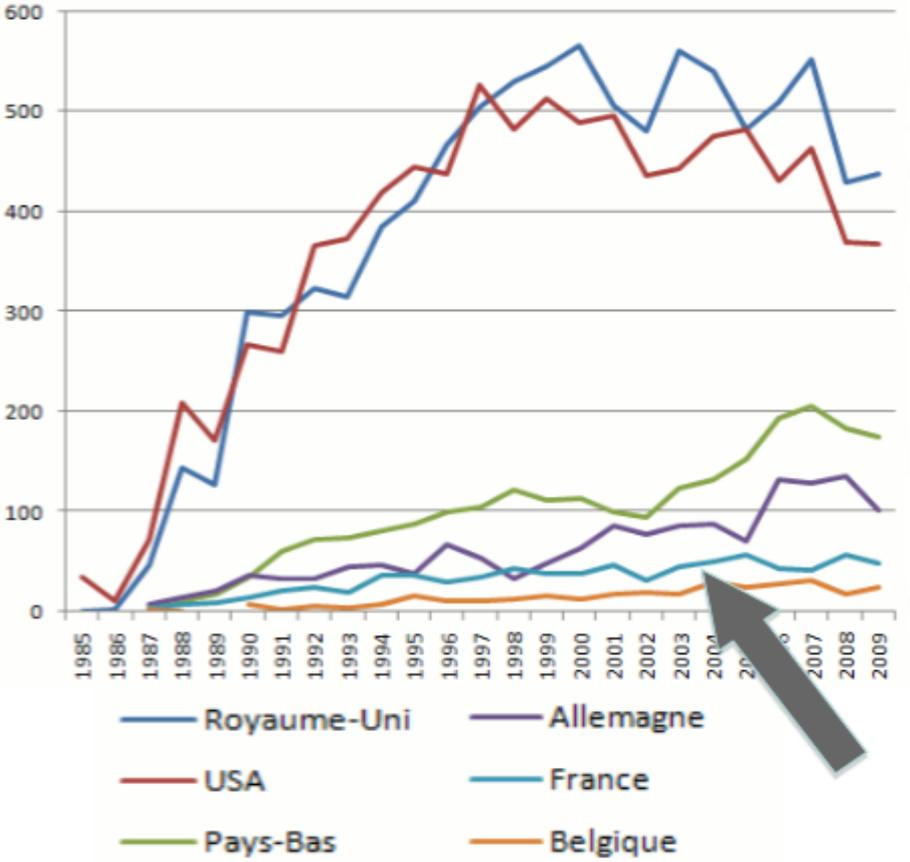
Nous constatons ainsi sur la figure 3, qu'entre 1970 et 2009, les USA et le Royaume-Uni sont les pays produisant le plus de publications de médecine générale dans le monde. Les Pays-Bas et l'Allemagne publient également un nombre croissant d'études de médecine générale (20). Les médecins généralistes néerlandais sont pourtant cinq fois moins nombreux qu'en France. Les publications françaises, quand à elles, stagnent depuis de nombreuses années.

Figure 3. Publications mondiales de 1970 à 2009

Toutes spécialités confondues



Médecine générale



B. Etat des lieux en France

Pour toutes les spécialités médicales, la recherche est une condition indispensable à l'existence d'une médecine de haute qualité car elle est un moteur essentiel de l'amélioration de la qualité des soins (1). Ce principe a été la base de la Loi Debré de 1958, permettant de rapprocher la faculté de l'hôpital avec la triple mission de soins, d'enseignement et de recherche. Cependant à cette époque, la médecine générale était considérée comme une discipline d'exercice pratique sans théorie, dont le but était de gérer les problèmes les plus simples de chaque spécialité.

La recherche en médecine générale n'était alors pas identifiée ni reconnue (14). Celle-ci a pour but de produire des connaissances pertinentes pour la pratique quotidienne, permettant de prendre les meilleures décisions individuelles (face aux patients) et collectives (dans l'organisation des soins) pour améliorer la qualité des soins et la santé de la population (3).

Une prise de conscience a commencé au milieu des années 70, afin qu'une recherche spécifique se développe devant la singularité et la complexité de la médecine générale. La profession s'est d'abord construite à partir de la formation médicale continue et les premières sociétés scientifiques de médecine générale ont eu peu de possibilités pour promouvoir la recherche dans les années 70 et 80. Il faudra attendre les années 90, pour voir quelques appels à projets de recherche en santé publique, ouverts aux sociétés de médecine générale. (14)

En 2002, la réforme du troisième cycle des études médicales donne à la médecine générale un statut universitaire et la qualification de spécialité médicale. Ainsi, le DES de médecine générale est créé en 2004 et plus de la moitié des postes d'internat proposés sont des postes de spécialité de médecine générale.

En 2008, la filière universitaire titulaire de médecine générale est créée regroupant les médecins généralistes avec une activité universitaire (professeurs, maîtres de conférence et chef de clinique) qui bénéficient d'une rémunération universitaire pour leur participation à l'enseignement et à la recherche en soins primaires.

Il existe également la filière universitaire associée qui nécessite une formation en pédagogie théorique et/ou pratique. Des formations en recherche sont également possibles. La sélection des attachés et chargés d'enseignement ou de recherche s'effectue au sein de chaque DUMG. Pour devenir Maître de Conférence Associé, puis Professeur Associé, le dossier passe devant le Conseil National Universitaire, avec un accent porté sur l'implication dans l'enseignement et sur les soins en médecine générale.

En 2006, le rapport de Pouvourville « *Développer la recherche en médecine générale et en soins primaires en France : propositions* » remis au Ministre de la Santé, explique l'intérêt de développer cette recherche en médecine générale (1) :

- La médecine générale offre « un vaste domaine de soins (...) qui ne bénéficie pas ou peu d'investigations scientifiques rigoureuses », alors que l'on demande aux praticiens de mettre en œuvre une médecine fondée sur les preuves.
- Il est nécessaire de produire des connaissances scientifiques utiles aux professionnels de santé qui sont en première ligne pour répondre aux besoins des patients, et dont l'activité recouvre une part majeure des soins dispensés dans le système de santé.
- Il est illusoire de penser que les besoins de recherche dans ce domaine pourront être couverts par (...) les autres spécialités médicales. Les problèmes de santé pris en charge en médecine de première ligne ne sont pas les mêmes que ceux traités à l'hôpital ou en médecine spécialisée de ville.

Actuellement 3 lieux de productions, au sein desquels les médecins généralistes jouent un rôle dominant, peuvent être identifiés (1) :

- Les DUMG mobilisant enseignants et étudiants. Les thèses de 3ème cycle sont le principal support de production des connaissances scientifiques. Cependant, avec ces thèses, il est difficile de maintenir un niveau homogène de pertinence et de qualité. Proportionnellement au nombre d'internes, un petit nombre d'entre eux s'inscrivent en master, et les enseignants généralistes ne sont pas, en règle générale, titulaires d'une thèse de sciences ni d'une habilitation à diriger des recherches. Cet état de fait résulte de l'absence d'une filière universitaire jusqu'à 2004. Cependant la création de cette filière universitaire, les compétences méthodologiques et la capacité à mobiliser des réseaux d'investigateurs incitera les jeunes médecins à acquérir une formation de recherche.
- Les sociétés scientifiques de Médecine Générale (SFTG, SFMG, CNGE, SFDRMG) qui ont une double fonction de formation continue et de recherche, notamment concernant la pédagogie. Leur collaboration avec des équipes externes et de nouveaux financements leur ont permis d'acquérir « une dynamique d'apprentissage, des méthodes de recherche et une exigence plus élevée de rigueur scientifique ».
- Les réseaux locaux qui ont des difficultés à regrouper les compétences méthodologiques et les moyens matériels suffisants.

Toutes ces initiatives peinent à atteindre une masse critique, en comparaison avec ce qui se passe dans les pays qui ont investi dans la recherche en soins primaires et dans l'organisation de la médecine en première ligne (comme nous l'avons vu précédemment avec la figure 3).

La production scientifique de recherche en Médecine Générale demeure très modeste et est le fait d'un petit nombre d'auteurs. Les publications françaises dans les revues internationales sont rares. En effet les médecins généralistes enseignants n'avaient, jusqu'à présent, aucune formation spécifique à la recherche au cours de leur cursus, et n'avaient pas d'environnement propice à la publication ni à la réalisation de projets ambitieux.

Cependant, nous pouvons espérer une progression importante de la recherche en soins primaires dans les années à venir. En effet, depuis 1993, un programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) est mis en œuvre annuellement dans les établissements de santé français. Les objectifs sont les suivants :

- dynamiser la recherche clinique hospitalière pour promouvoir le progrès médical,
- participer à l'amélioration de la qualité des soins par l'évaluation de nouvelles méthodes diagnostiques et thérapeutiques,
- valider scientifiquement les nouvelles connaissances médicales en vue d'un repérage des innovations thérapeutiques et de la mise en œuvre de stratégies de diffusion dans le système de santé.

Ainsi chaque année un appel à projets de recherche est lancé aux équipes hospitalières en vue d'obtenir un financement.

Depuis 2014 et conformément à la stratégie nationale de santé annoncée le 23 septembre 2013, la priorité thématique de ce PHRC est la recherche en soins primaires. Ainsi pour la première fois les maisons de santé ou centre de santé pourront porter eux-mêmes des projets de recherche.(21)

Enfin, sous la responsabilité du Ministère de l'enseignement et de la recherche et avec l'appui de Marisol Touraine, le Conseil National des Universités créé la sous-section 53 03 de Médecine Générale afin d'affirmer le caractère stratégique de cette spécialité.

Annoncée le 28 novembre 2014 lors de la clôture du Congrès national des généralistes enseignants, cette décision constitue une avancée historique dans la reconnaissance de la médecine générale comme spécialité d'excellence, au cœur des réseaux de prévention et de soins, au bénéfice de la santé publique et au plus près des besoins des patients. En favorisant le recrutement des médecins généralistes impliqués dans la recherche et dans l'enseignement, cette sous-section va permettre de développer la recherche en médecine générale.

C. Cas particulier de la subdivision Océan Indien

La subdivision Océan Indien réunit l'île de la Réunion et l'île de Mayotte. Tous les deux départements et régions d'Outre-mer, ces îles sont situées dans le sud-ouest de l'océan indien.

Pour comprendre la formation médicale dans la subdivision océan indien, trois dates sont importantes :

- 2004, la réforme du troisième cycle des études médicales, permettant aux futurs internes de choisir cette subdivision spécifiquement pour la réalisation de leur internat.
- 2010 : création de l'UFR santé.
- 29 février 2012, la création du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de la Réunion par la fusion administrative du Centre Hospitalier Régional de Saint-Denis et celui de Saint-Pierre, permettant la naissance du DUMG de la Réunion avec la nomination de Maîtres de conférence associés et récemment la création de postes de chef de clinique universitaire. Cependant si la Réunion possède un CHU, il n'y a que peu de professeurs titulaires actuellement nommés : deux en gynécologie-obstétrique, un en pédiatrie, un en médecine d'Urgences, un en Chirurgie Infantile, un en Urologie. L'UFR santé est présente uniquement sur l'île de la Réunion.

Le premier cycle des études médicales peut s'effectuer totalement sur l'île, ce qui n'était pas encore le cas il y a une dizaine d'années puisque seul l'enseignement de la première année y était dispensé.

Le deuxième cycle s'effectue entièrement en métropole. Les étudiants peuvent cependant demander à réaliser un stage d'externe à la Réunion s'ils le désirent. Le DMG a d'ailleurs récemment mis en place l'accueil d'externes dans le cadre du stage ambulatoire du deuxième cycle.

Le troisième cycle est donc accessible depuis 2004, mais les étudiants sont rattachés à l'université de Bordeaux et non pas à celle de la Réunion. Cependant en novembre 2014, la onzième promotion inaugure les premiers internes inscrits à l'université de la Réunion pour les spécialités dans lesquelles le coordonnateur est présent à la Réunion (MG, MU, anesthésie réanimation, pédiatrie, gynécologie, chirurgie). Chaque promotion est composée d'internes de médecine générale et d'internes des autres spécialités. Alors que plus de la moitié des postes proposés sont des postes de médecine générale, chaque autre spécialité ne propose pas forcément un poste chaque année.

Dans la maquette des internes de spécialité autre que médecine générale, quatre stages doivent être réalisés à Bordeaux et certains enseignements théoriques sont également dispensés à Bordeaux. En effet, il y a encore un nombre limité de professeurs universitaires sur l'île et dans chaque promotion il y a un nombre limité d'internes de chaque spécialité rendant nécessaire le partenariat avec l'université de Bordeaux.

Au contraire, le nombre important d'internes de médecine générale sur les deux îles et l'implication des médecins généralistes permet aux internes de recevoir la totalité de l'enseignement théorique dans la subdivision, et de réaliser le cursus complet de leur internat dans la subdivision.

L'arrêté du 10 Août 2010 a permis l'ouverture de stages en secteur ambulatoire en pédiatrie et en gynécologie obstétrique validant le stage «gynécologie-pédiatrie» et la possibilité de réaliser le semestre libre dans une structure agréée non hospitalière permettant de faire un semestre en ambulatoire chez des MSU (16).

Ceci n'est pas encore mis en place dans la subdivision océan indien. Ce n'est pas encore handicapant en ce qui concerne la pédiatrie et la gynécologie puisque les internes ont encore la possibilité d'accéder à ces deux stages au cours de leur cursus. En revanche ça l'est plus pour les stages dits libres, car pour le moment les seuls accessibles dans la subdivision sont des stages hospitaliers.

De plus il existe encore peu de terrains de stage SASPAS disponibles et seuls 8 internes y ont accès chaque semestre à la Réunion et 4 à Mayotte (dispensaires Jacaranda, Mramadadou, Kahani, Dzoumogné) pour des promotions de 50 étudiants. Actuellement, pour la majorité des internes de médecine générale, 5/6 des stages sont hospitaliers.

Depuis la création du DUMG, les maîtres de conférences se sont beaucoup impliqués dans la promotion et l'enseignement de la médecine générale et ont une réelle volonté de développer la recherche dans cette discipline. Nous l'avons vu les internes de médecine générale contribuent largement à la recherche en soins primaires par leur thèse d'exercice mais nous savons que la majorité des internes trouvent leur sujet de thèse et leur directeur de thèse au cours de leur cursus. Pour des internes dont la majorité du cursus se déroule à l'hôpital au contact de spécialistes hospitaliers, nous sommes en droit de penser que leur thèse d'exercice ne porte donc pas sur la médecine générale et les soins primaires.

Deux ans après la création du DUMG, nous avons voulu savoir quelle était la production scientifique des internes de médecine générale.

MATERIEL ET METHODE

I. SCHEMA DE L'ETUDE

Nous avons réalisé une étude descriptive, rétrospective et quantitative.

II. OBJET DE L'ETUDE

Nous avons étudié les thèses soutenues par les internes de médecine générale de la subdivision océan indien.

III. CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

Nous avons inclus toutes les thèses soutenues entre la création de la subdivision en 2004 et le 31 décembre 2014 inclus.

Il n'y a pas de critères d'exclusion.

IV. METHODE DE RECUEIL DES DONNEES

A. Modalités de recueil des thèses

Afin de garantir l'exhaustivité des thèses soutenues de 2007 à 2014, nous avons d'abord contacté Madame Cristina DARBLADE, secrétaire du département des formations de santé dans les DOM-TOM à l'université de Bordeaux, qui nous a transmis la liste des promotions d'internes de médecine générale de 2004 à 2012. Ce qui correspond aux promotions qui devaient ou pouvaient présenter leur thèse entre ces dates.

Nous avons ensuite recoupé la liste des thèses soutenues à la faculté de Bordeaux depuis 2007, disponible sur le site du DUMG de la faculté (22), avec la liste des internes de médecine générale subdivision océan indien.

De nombreuses thèses présentées à partir de septembre 2013 étaient disponibles en ligne depuis le site de la bibliothèque universitaire de Bordeaux (23), nous avons donc pu télécharger la totalité de chacune de ces thèses. Certaines n'étaient pas encore visibles, les thésards ou leur directeur de thèse ont donc été contactés par mail afin de récupérer un exemplaire numérique de la thèse.

Les thèses soutenues avant septembre 2013 ne sont pas encore numérisées et sont donc disponibles uniquement sous format papier. Il était difficile de demander à faire venir toutes ces thèses à la faculté de la Réunion. Nous avons donc profité d'un séjour à Bordeaux pour photocopier la page de garde, l'introduction, la conclusion et le résumé de chacune de ces thèses. Au vu du nombre de thèses, nous ne pouvions pas nous permettre de photocopier la totalité de chacune.

B. Modalité de recueil des critères d'évaluation

Nous pouvons regrouper les critères d'évaluation en cinq parties :

- les données concernant l'interne soutenant la thèse,
- les données concernant le directeur de thèse, le rapporteur et les membres du jury,
- les données concernant les thèmes et orientations thématiques de la thèse,
- les données concernant l'objet, c'est-à-dire la population de l'étude,
- les données concernant la méthode utilisée pour l'étude.

Pour chacune nous avons lu en premier lieu le titre, l'introduction, la conclusion et le résumé. Nous avons évalué chaque critère en fonction de ces données. Lorsque nous disposions de l'ensemble de la thèse et que nous avons eu un doute sur un critère, nous avons complété notre recherche en lisant l'ensemble de la thèse. En dernier lieu si le doute persistait, nous avons discuté au cas par cas avec le Dr Franco et évalué ensemble le classement le plus approprié.

1. Données concernant l'interne

La première de couverture de chaque thèse nous a permis de relever le nom, le sexe, la date de naissance et la date de soutenance de chaque étudiant. Lorsque la date de naissance n'était pas précisée, Madame Darblade nous l'a fournie.

L'inscription au DESC de Médecine d'Urgence ainsi que l'année de promotion de chaque étudiant avait été fournie par le secrétariat DOM-TOM. La promotion de chaque étudiant est déterminée par la date de sa première prise de poste comme interne. Cette prise de poste est systématiquement un premier novembre.

Nous avons pu calculer automatiquement grâce à ces données, l'âge de l'étudiant lors de la soutenance et le délai entre le début de l'internat et la soutenance. La soutenance est possible après avoir validé trois semestres et jusqu'à trois ans après la fin de l'internat, soit à partir de 19 mois et jusqu'à 72 mois. Au-delà une dérogation est nécessaire.

La mention obtenue pour la thèse est consultable sur le site internet du DUMG de Bordeaux (22). Lorsqu'elle n'était pas indiquée Madame Darblade nous l'a fournie.

2. Données concernant le directeur, le rapporteur et les membres du jury

Les noms du directeur, du rapporteur et des membres du jury ont été retrouvés sur la première de couverture de chaque thèse. Le nom du rapporteur n'était pas précisé systématiquement, cette donnée n'a donc pas été recueillie dans l'ensemble des thèses. Il n'était pas toujours précisé si le directeur de thèse était membre du jury. Nous avons donc recroisé avec les données disponibles dans la liste des thèses soutenues à la faculté de Bordeaux (22).

Chaque directeur et rapporteur de thèse a été classé selon la spécialité exercée et le type d'exercice (spécialiste hospitalier, spécialiste libéral, MGE, MSU, MG, autre). La spécialité de chacun a été recherchée sur le site du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM).

Lorsqu'il s'agissait d'un médecin généraliste libéral, nous avons différencié dans le type d'exercice les Médecins Généralistes Enseignants (MGE) et les Maîtres de Stage des Universités (MSU). Le Dr Franco nous a donné la liste des MGE et MSU à la Réunion et nous avons retrouvé ceux de Bordeaux sur le site du DUMG. Lorsqu'un MG n'exerçant ni à Bordeaux ni à la Réunion était cité, nous avons cherché sur internet son implication dans l'enseignement ou l'accueil d'interne à son cabinet. Lorsque rien n'a été retrouvé il était classé comme MG ni enseignant, ni maître de stage par défaut.

Lorsqu'il s'agissait d'un médecin généraliste hospitalier, nous avons recherché dans quel service il travaillait. En effet, sa pratique n'est alors pas la même que celle du médecin généraliste libéral. Nous avons ainsi différencié dans les spécialités les gériatres, les urgentistes et les addictologues. Seuls les MG salariés de l'hôpital de Mayotte mais qui travaillent en dispensaire ont été classés comme MG avec une activité hospitalière.

Lorsqu'il s'agissait d'autres spécialistes, nous avons recoupé la qualification déclarée au CNOM et le service dans lequel ils exerçaient. S'il y avait une confusion entre les deux, nous avons classé selon son service car il conditionne son activité quotidienne.

Pour chaque jury, nous avons compté le nombre de MGE, de MSU, de MG, d'urgentistes, d'autres spécialistes en médecine et d'autres professions. La spécialité de chacun a été retrouvée de la même façon que pour les directeurs et rapporteurs de thèse. Seuls les médecins généralistes exerçant en ambulatoire pouvaient être comptabilisés comme MGE, MSU ou MG. Ceux exerçant en hospitalier étaient comptabilisés comme « autre spécialiste » et ceux ayant une activité différente étaient comptabilisés dans « autre profession ».

Enfin nous avons déterminé le nombre de thèses dirigées par chaque directeur au cours de la période de recueil.

3. Données concernant les thèmes et orientations thématiques de la thèse

Pour chacune des thèses nous avons déterminé son orientation thématique principale : anthropologique, clinique, dépistage, diagnostique, éducation, épidémiologique, étude des pratiques professionnelles (EPP), pédagogique, philosophique, psychologique, sociodémographique ou thérapeutique. Chaque définition correspond à celle du MeSH (annexe 1).

Nous nous sommes donc appuyés sur ces définitions pour classer chaque thèse. Lorsque deux définitions correspondaient à une seule thèse, nous en avons discuté avec le Dr Franco et décidé ensemble celle qui caractérisait le mieux le travail.

Nous avons ensuite déterminé le thème de la thèse. Pour savoir s'il s'agissait d'une thèse traitant d'un thème de médecine générale nous nous sommes fondés sur les compétences et caractéristiques de la WONCA (7) et sur les compétences du CNGE (9).

A la lecture des données étudiées, si la thèse traitait d'au moins une de ces compétences ou caractéristiques alors elle était classée dans le thème « médecine générale ». Pour simplifier nous appelons ces thèses « thèses de médecine générale ». Si au contraire aucune des compétences et caractéristiques ne correspondait, la thèse était classée dans le thème « autre spécialité » et nous les appellerons donc « thèses de spécialité ».

➤ Thèses traitant d'un thème de médecine générale

Pour chacune d'entre elles, nous avons déterminé à quelle(s) caractéristique(s) et donc à quelle(s) compétence(s) WONCA elles correspondaient. Nous avons fait de même pour les compétences selon le CNGE. Ainsi chacune traite d'au moins une caractéristique et une compétence WONCA et d'au moins une compétence CNGE.

Nous avons ensuite déterminé si ces thèses évoquaient une des onze grandes familles de situations cliniques rencontrées en médecine générale selon le CNGE (11).

Enfin, nous les avons classées selon la classification internationale de soins primaires deuxième version (CISP-2) afin de savoir à quel grand chapitre le sujet de la thèse correspondait et nous leur avons attribué un code selon cette classification (8).

➤ Thèses traitant d'un thème d'une autre spécialité médicale

Lorsque le thème abordé n'était pas de la médecine générale, nous avons déterminé de quelle autre discipline médicale il s'agissait. Pour cela nous nous sommes fondés sur l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine et des diplômes d'études spécialisées complémentaires de médecine (24).

4. Données concernant l'objet de la thèse

Pour l'ensemble des thèses nous avons déterminé quel était l'objet de la thèse c'est-à-dire la population d'étude. Il peut s'agir du patient, du médecin généraliste ou d'autres populations classées alors comme divers. Les objets de recherche classés « divers » comprenaient les médecins non généralistes, les autres professionnels de santé, le système de soins ou autres.

5. Données concernant la méthode de recherche de la thèse

Afin de déterminer la méthode de recherche de chaque thèse, nous avons d'abord regardé s'il s'agissait d'une étude qualitative (25) ou quantitative (26), ou d'une étude mixte c'est-à-dire mêlant les deux méthodes de recherche.

➤ Les études qualitatives :

Lorsque l'étude était qualitative nous avons recueilli la méthode de recueil des données: entretien dirigé, entretien semi-dirigé, focus group ou questionnaire écrit à réponses ouvertes (définitions en annexe 2).

➤ Les études quantitatives :

Lorsque la méthode de recherche était quantitative, nous avons d'abord déterminé s'il s'agissait d'une étude descriptive, analytique, interventionnelle ou d'une revue de la littérature (définitions en annexe 3). En cas d'étude interventionnelle, nous avons regardé si une randomisation avait été effectuée ou non.

Nous avons ensuite déterminé s'il s'agissait d'une étude prospective, rétrospective ou mixte c'est-à-dire ayant une phase rétrospective puis une phase prospective.

Enfin nous avons répertorié les études déclaratives, c'est-à-dire celles où la population a été directement sondée par un questionnaire ou un entretien.

Nous retrouvons en annexe 4 l'ensemble des données recueillies dans chaque thèse.

V. ANALYSE STATISTIQUE

A. Création de la base de données

La base de données a été créée sur un tableur Excel. Des listes ont été créées afin d'homogénéiser et de faciliter le remplissage. Des calculs automatiques ont été réalisés pour calculer l'âge des thésards ainsi que le délai de soutenance.

Les données ont été saisies par une seule personne.

Le tableau de recueil a été validé par le Dr Huiart, responsable du département de soutien méthodologique à la Réunion.

B. Modalités d'analyse statistique

Les analyses statistiques ont été réalisées par M. Rollot, statisticien au centre d'investigation clinique de la Réunion, sur le logiciel SAS 9.4.

Les variables qualitatives ont été exprimées en termes de fréquences et de pourcentages. Les variables quantitatives ont été exprimées en termes de moyenne et d'écart type à la moyenne.

RESULTATS

I. PROFIL DES INTERNES

A. Population concernée

Nous avons étudié 144 thèses réparties de la façon suivante :

- 1 pour l'année 2007
- 5 pour l'année 2008
- 4 pour l'année 2009
- 12 pour l'année 2010
- 17 pour l'année 2011
- 26 pour l'année 2012
- 38 pour l'année 2013
- 41 pour l'année 2014

Au total nous avons récupéré 58 thèses dans leur intégralité et 86 pour lesquelles nous disposons de la photocopie d'une partie de la thèse. Soit, respectivement, 40.3% et 59.7% des thèses à étudier.

B. Age et sexe des internes

La moyenne d'âge lors de la soutenance était de 29,3 ans. Les femmes représentaient 56% des internes sur la période et avaient en moyenne 28,8 ans alors que les hommes, qui représentaient 44% des internes, avaient en moyenne 29,8 ans.

C. Participation au DESC de Médecine d'Urgence (DESC MU)

Au cours de la période étudiée, 31 internes participaient au DESC MU soit 22% de la population étudiée.

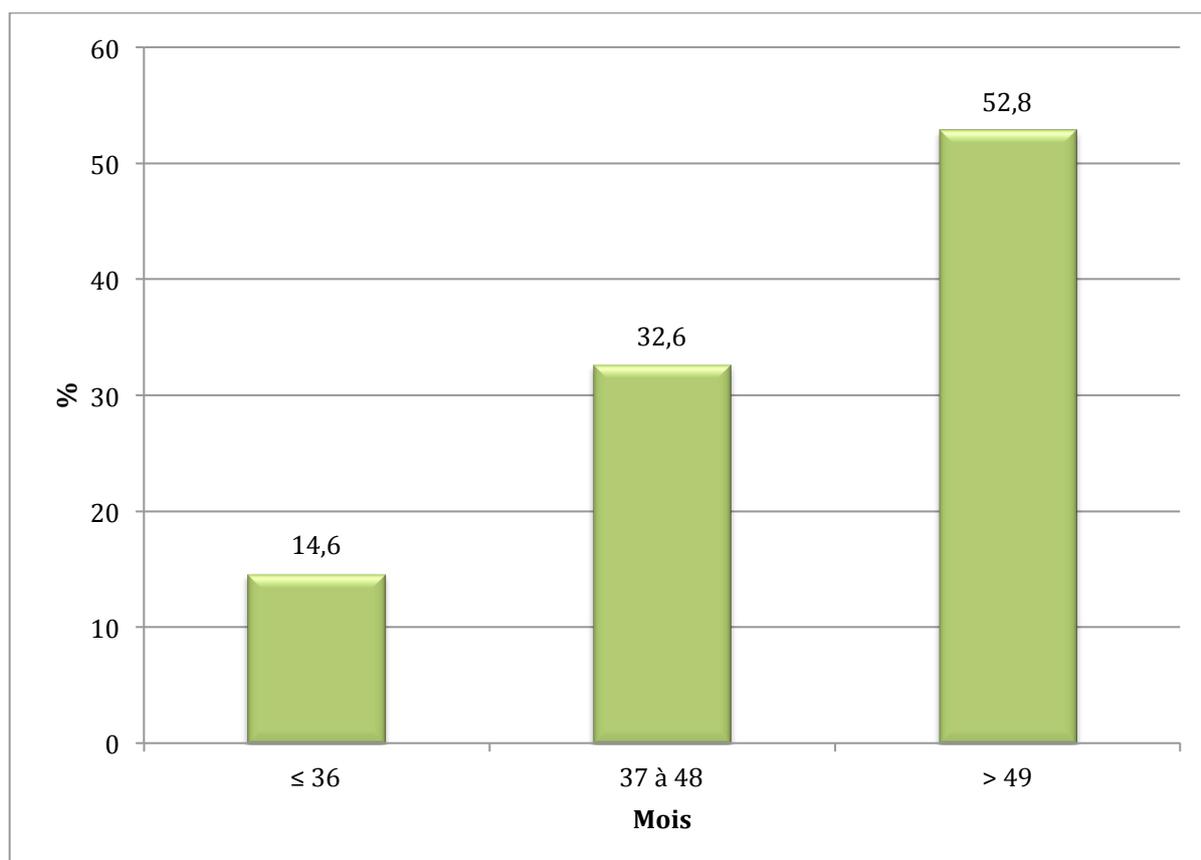
D. Délai entre le début du troisième cycle et la soutenance de la thèse

1. Analyse sur la totalité de la population

Le délai moyen de soutenance était de 51,4 mois soit 4 ans et 3 mois. Les valeurs extrêmes s'étalaient de 25 mois soit 2 ans et un mois, à 85 mois soit 7 ans et un mois.

94,6% des étudiants ont soutenu leur thèse avant la fin du délai légal de 72 mois suivant le début du troisième cycle, mais 52,8% l'ont soutenue plus d'un an après la fin du troisième cycle, comme le montre la figure 4.

Figure 4. Délai en mois entre le début du troisième cycle et la soutenance de la thèse.



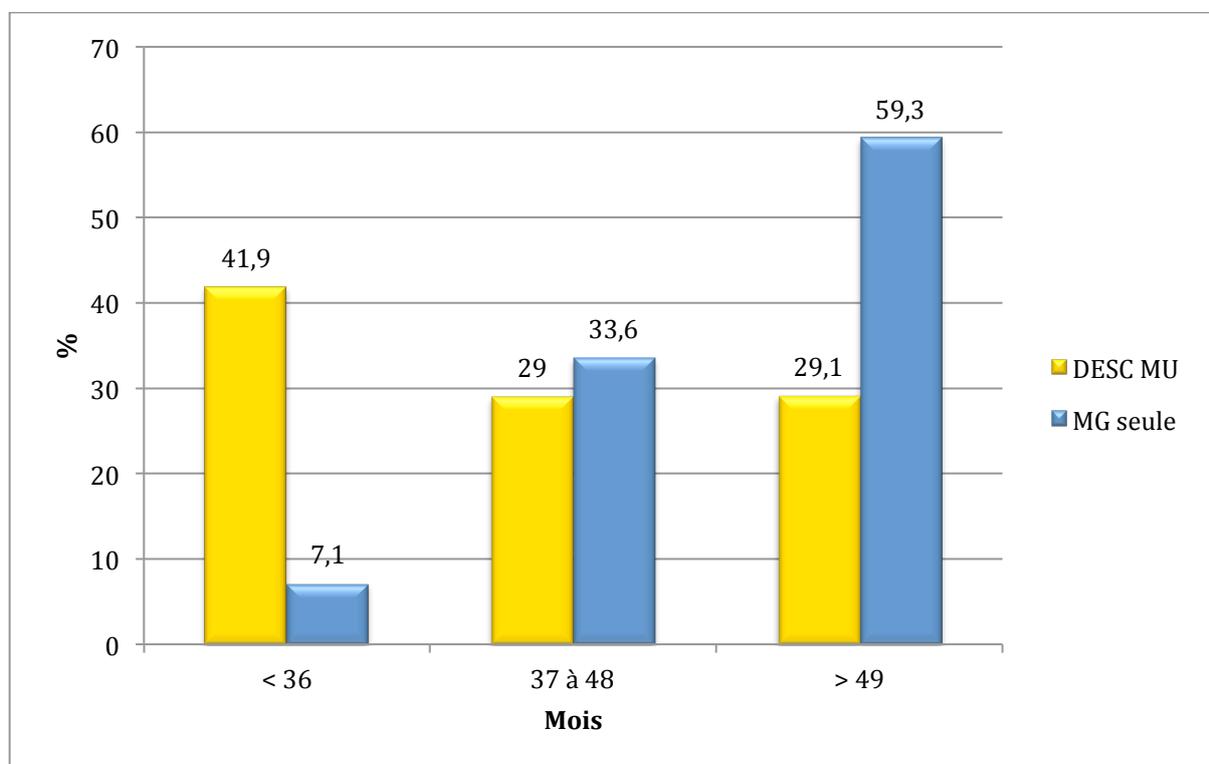
2. Analyse croisée entre les internes inscrits au DESC MU et les internes inscrits uniquement en DES de Médecine Générale

Le délai moyen de soutenance pour les internes de Médecine Générale non inscrits en DESC de MU était de 53,9 mois soit 4 ans et demi alors qu'il était de 42,2 mois soit 3 ans et demi pour les internes inscrits en DESC MU.

Parmi les 21 internes ayant soutenu leur thèse avant la fin du troisième cycle, 13 soit 61,9% étaient inscrits en DESC MU.

La figure 5 montre que 59,3% des internes ne suivant pas le cursus de médecine d'urgence avaient soutenu leur thèse plus d'un an après la fin du troisième cycle. Au contraire, un an après la fin du troisième cycle, 70,9% des internes inscrits au DESC MU avaient déjà soutenu leur thèse.

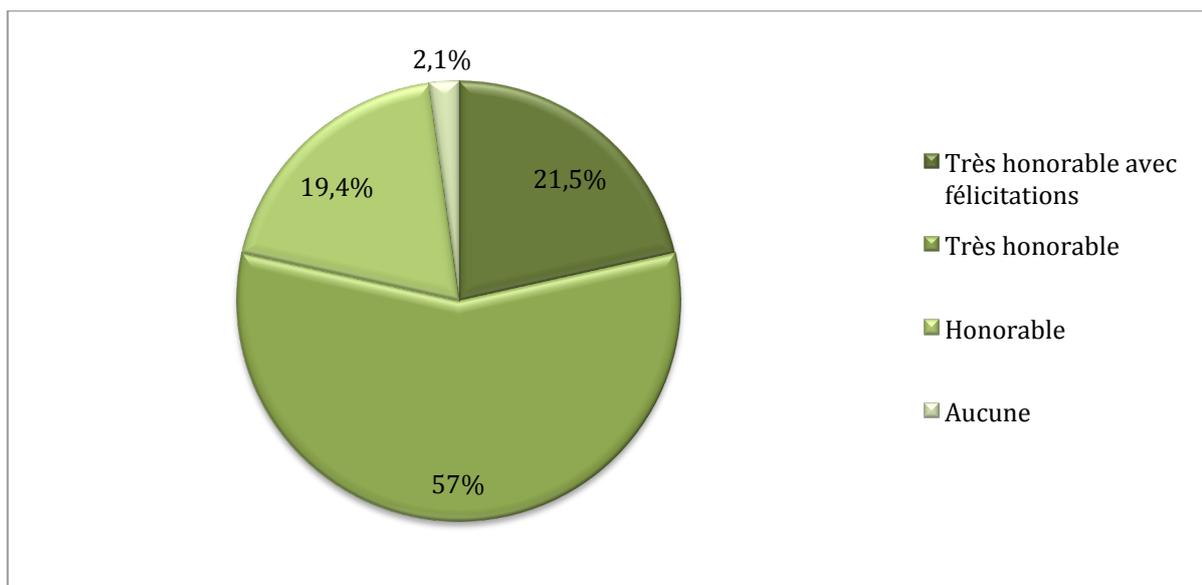
Figure 5. Délai en mois entre le début du troisième cycle et la soutenance de la thèse selon l'inscription ou non au DESC MU



E. Mentions obtenues

78,5% des internes ont obtenu une mention très honorable ou très honorable avec félicitations du jury. Seuls 3 n'ont pas obtenu de mention (figure 6).

Figure 6. Répartition des mentions obtenues



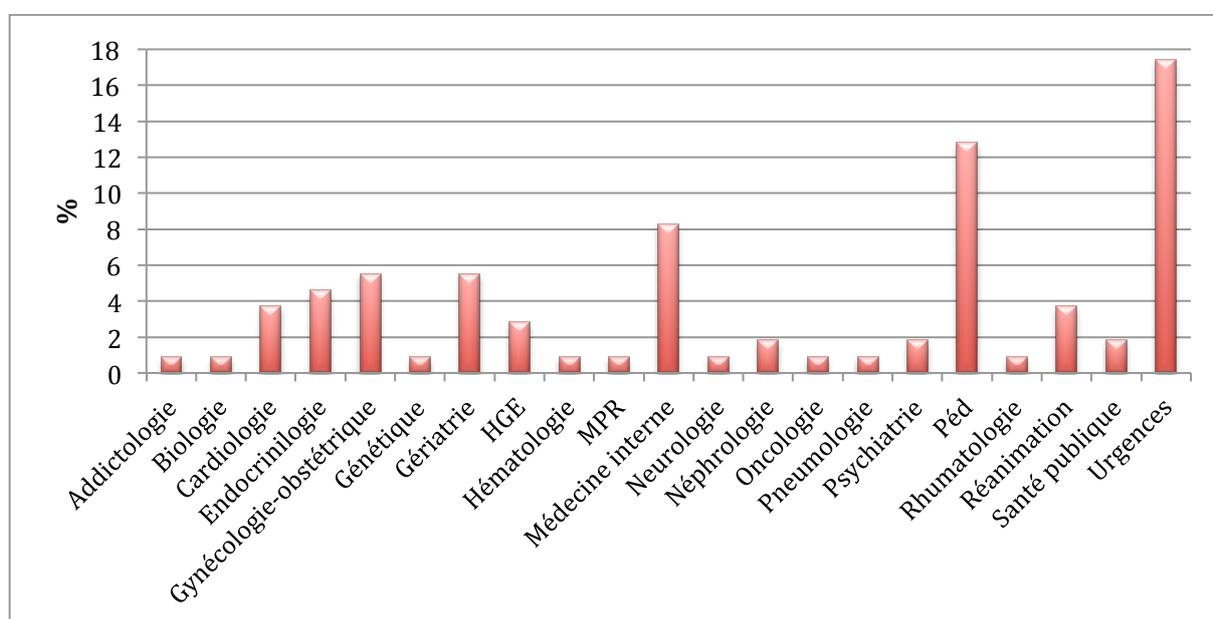
II. PROFIL DES DIRECTEURS DE THESE

A. Spécialités des directeurs

Seules 30 thèses, soit 20,8%, ont été dirigées par un médecin généraliste.

79,2% des directeurs exerçaient donc d'autres spécialités dont la répartition est montrée en figure 7.

Figure 7. Répartition des spécialités des directeurs exerçant une autre discipline que la médecine générale



B. Type d'exercice des directeurs

Seuls 17,3% des directeurs étaient des médecins généralistes libéraux, 78,5% étaient spécialistes hospitaliers et 2,8% étaient spécialistes libéraux.

4 médecins généralistes exerçaient dans les dispensaires de Mayotte et avaient donc un exercice considéré comme hospitalier.

1,4% des directeurs avaient un exercice classé « autre » : l'un était médecin responsable des Terres Australes et Antarctiques Françaises (TAAF) et l'autre était médecin à l'Agence Régionale de Santé (ARS).

C. Profil des médecins généralistes directeurs

Parmi les 30 médecins généralistes ayant dirigé une thèse :

- 44%, soit 13 directeurs, étaient médecins généralistes enseignants,
- 30%, soit 9 directeurs, étaient médecins généralistes (ni MGE, ni MSU),
- 10%, soit 3 directeurs, étaient maitres de stage des universités,
- 13%, soit 4 directeurs, exerçaient en dispensaire,
- 3%, soit 1 directeur, était responsable des TAAF.

D. Lieu d'exercice des directeurs de thèse

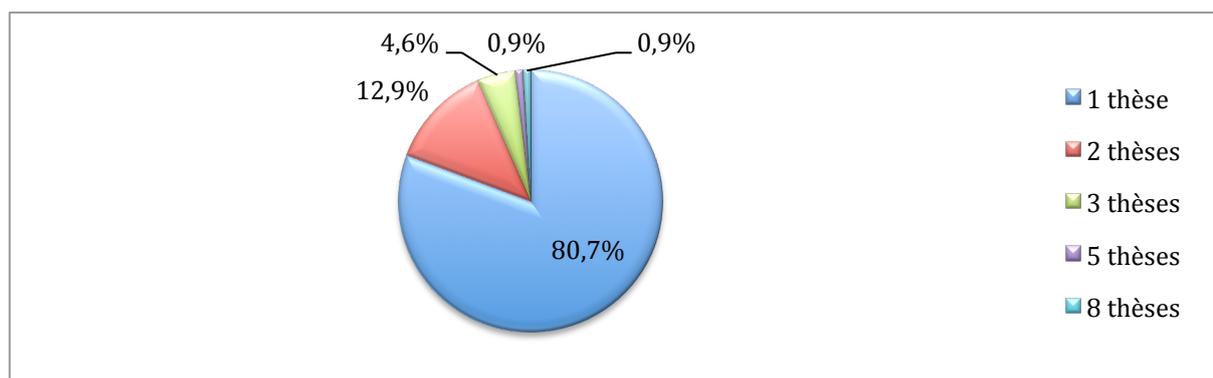
79% des directeurs exerçaient leur activité à la Réunion, 7% à Mayotte, 8% à Bordeaux et 6% dans d'autres départements.

E. Nombre de thèses dirigées par les directeurs

Parmi les 109 directeurs qui ont dirigé ces 144 thèses, seuls 19,3% d'entre eux ont dirigé plus d'une thèse (figure 8).

Deux spécialistes se distinguaient ; l'un, réanimateur, qui a dirigé 8 thèses et l'autre, gynécologue obstétricien, qui a dirigé 5 thèses. Enfin, 2 médecins généralistes enseignants avaient dirigé chacun 3 thèses.

Figure 8. Répartition des directeurs selon le nombre de thèses dirigées sur la période



III. PROFIL DES RAPPORTEURS DE THESE

Pour 52 thèses, soit 36,1%, nous n'avons pas retrouvé le rapporteur.

22,2% des rapporteurs étaient médecins généralistes et les autres, soit 41,7%, étaient spécialistes hospitaliers.

Tous les rapporteurs médecins généralistes étaient enseignants et l'ensemble des autres spécialistes avaient un exercice hospitalier.

IV. PROFIL DES JURYS

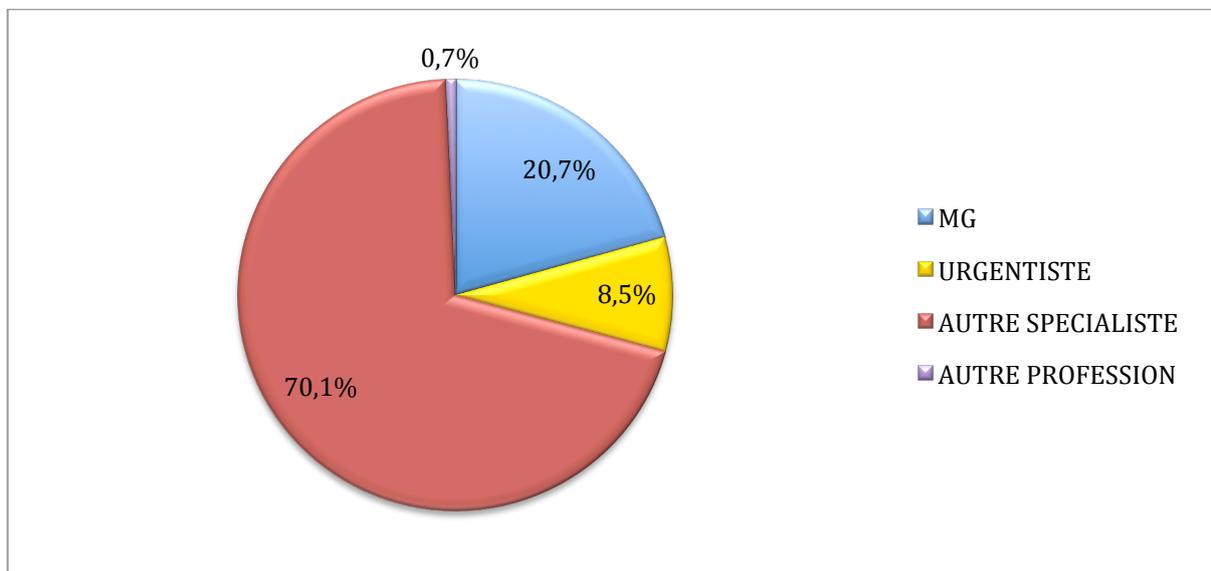
A. Spécialités des jurys

1. Pour l'ensemble des thèses étudiées

Dans les jurys de soutenance, seulement 20,7% des membres étaient médecins généralistes (figure 9).

0,7% des membres des jurys ont été classés dans « autre profession » : un psychologue, un anthropologue, un épidémiologiste et deux médecins des TAAF.

Figure 9. Composition des jurys pour l'ensemble des thèses



2. Analyse pour les thèses de DESC MU

Lorsque nous regardons la composition des jurys des thèses des internes inscrits en DESC MU nous constatons une inversion de la représentation des urgentistes et des médecins généralistes. Nous retrouvons ainsi :

- 69,3% d'autres spécialistes,
- 22,1% d'urgentistes,
- 7,4% de médecins généralistes,
- 1,2% d'autres spécialistes.

B. Représentation des médecins généralistes

Nous retrouvons au moins un médecin généraliste dans 54,8% de l'ensemble des thèses.

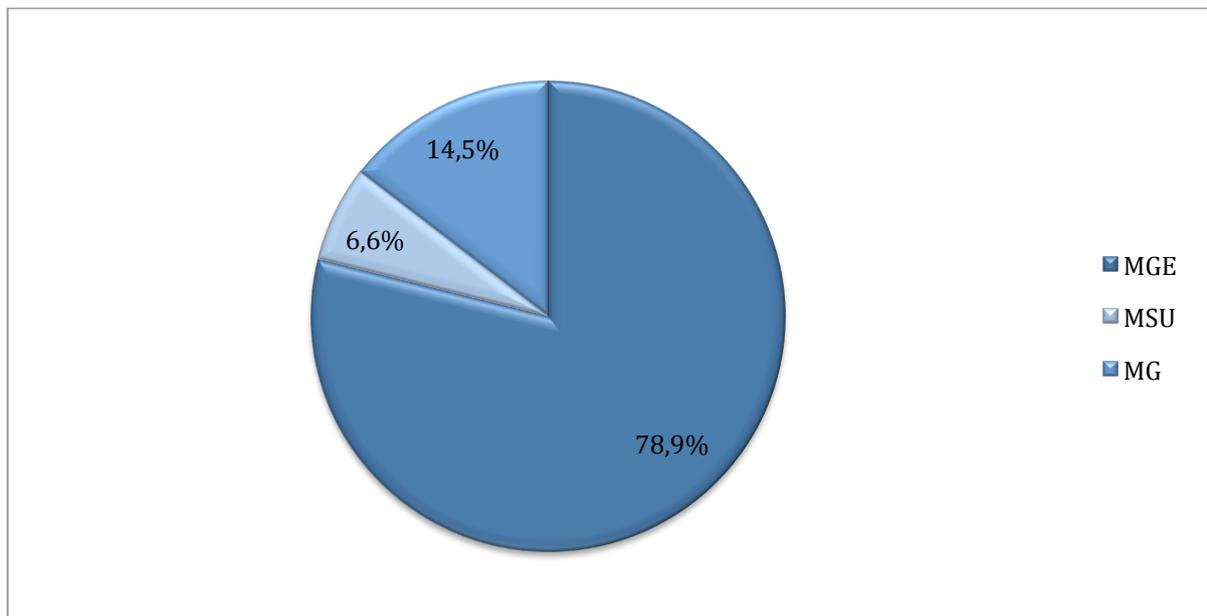
Dans les thèses traitant de médecine générale nous retrouvons au moins un médecin généraliste dans 90% des jurys alors que dans celles traitant d'une autre spécialité il n'y en avait plus que dans 37,5% des jurys.

Par ailleurs, nous retrouvons au moins un médecin généraliste dans seulement 25% des jurys de thèse des internes de DESC MU.

C. Profil des médecins généralistes dans les jurys

Les médecins généralistes enseignants représentaient la grande majorité des médecins généralistes sollicités dans les jurys de soutenance (figure 10).

Figure 10. Types d'exercices des médecins généralistes présents dans les jurys



V. THEMES DE RECHERCHE

A. Disciplines concernées dans les thèses

1. Analyse de l'ensemble des thèses

Le thème de recherche des thèses concernait la médecine générale pour seulement un tiers d'entre elles, soit 48 thèses (figure 11).

Les 96 autres thèses concernaient les autres spécialités dont la répartition est représentée sur la figure 12.

Figure 11. Taux de thèses dont la discipline concernée est la médecine générale.

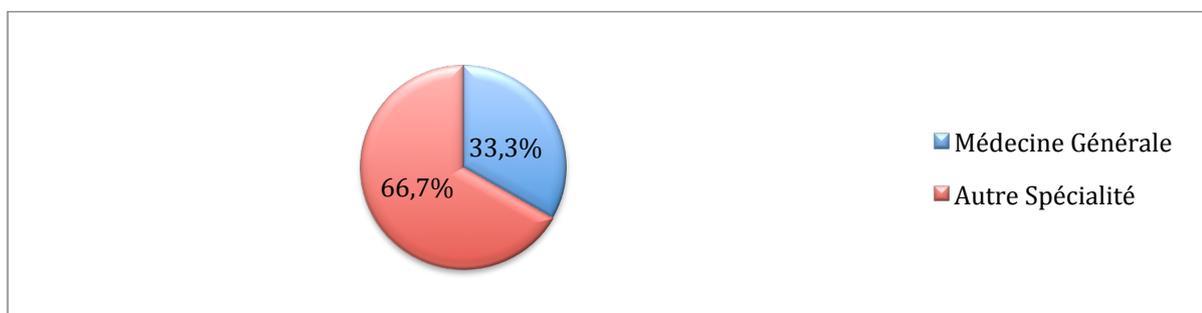
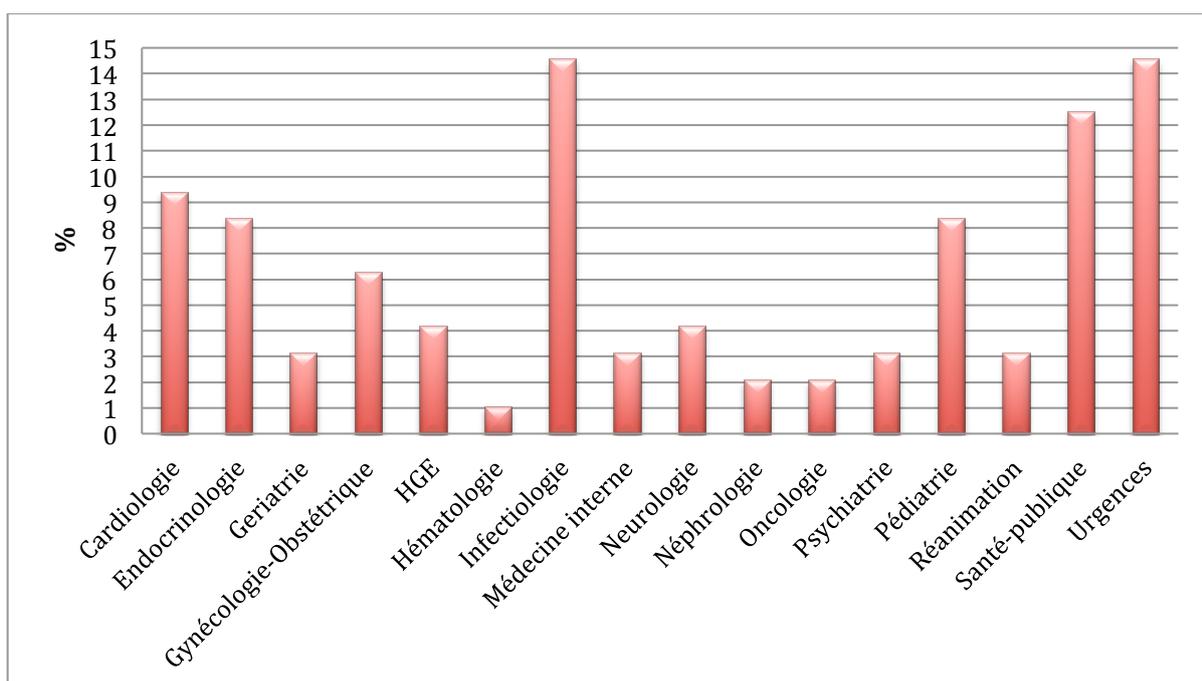


Figure 12. Répartition des disciplines concernées par les thèses ne traitant pas de médecine générale



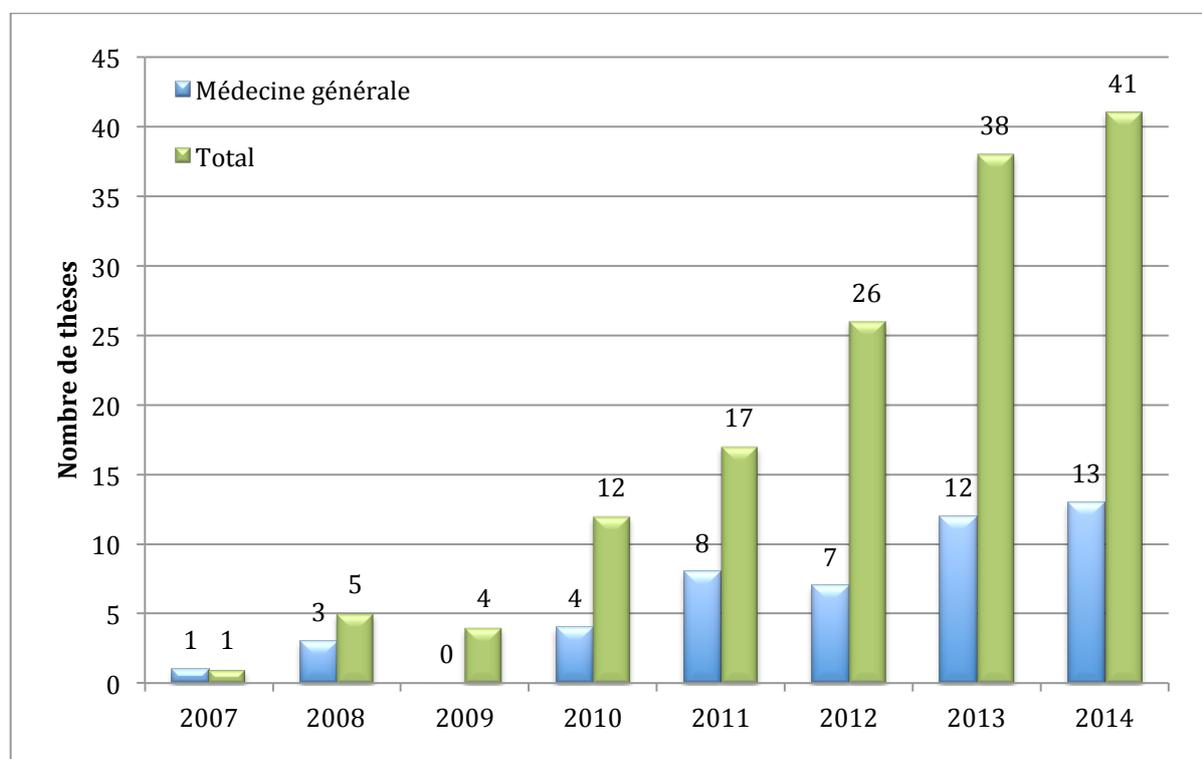
2. Analyse des thèses des internes inscrits en DESC MU

Dans la population ayant suivi le DESC MU, seulement 12,9% des thèses, soient 4 thèses sur 31, concernaient la médecine générale. 87,1% de ces thèses concernaient donc d'autres spécialités. Parmi les thèses concernant d'autres spécialités, 48% abordaient un thème de médecine d'urgence ou de réanimation.

3. Evolution par années

Nous constatons que le nombre total de thèses était croissant au cours des années mais tendait à stagner ces deux dernières années. Le nombre de thèses dont le thème concernait la médecine générale avait globalement augmenté sur la période. Cependant le rapport entre les deux stagnait depuis 3 ans et reste à 31,5% les deux dernières années (figure 13).

Figure 13. Evolution au cours des années du nombre de thèses dont le thème de recherche concernait la médecine générale par rapport au nombre total de thèses.

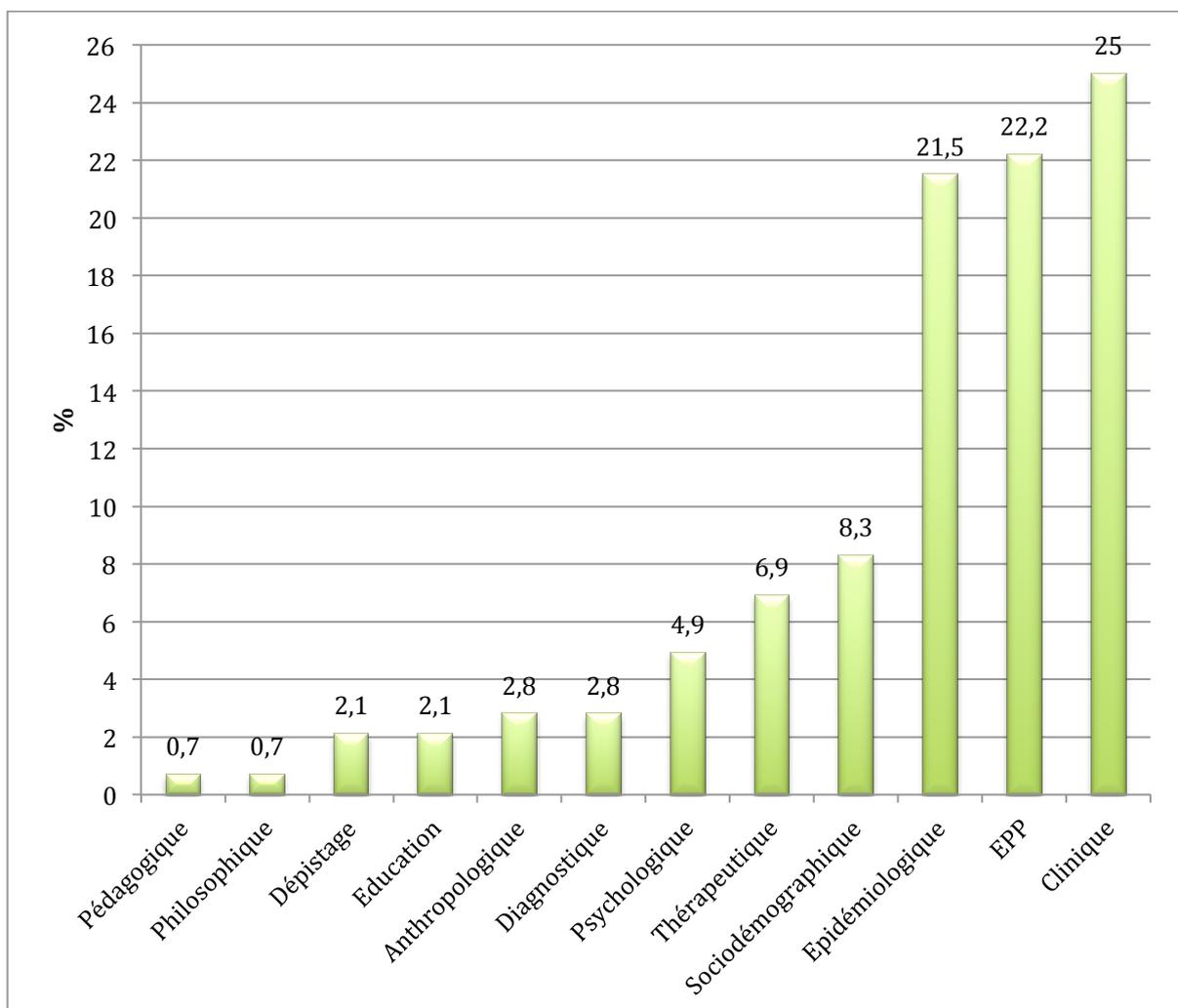


B. Orientations thématiques des thèses selon le MeSH

1. Analyse des orientations thématiques sur la totalité des thèses

Les thèses à orientation clinique représentaient un quart de l'ensemble des thèses. Il y avait également de nombreuses thèses à orientation épidémiologique et d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). 68,7% de l'ensemble des thèses étaient concernées par ces trois orientations (figure 14).

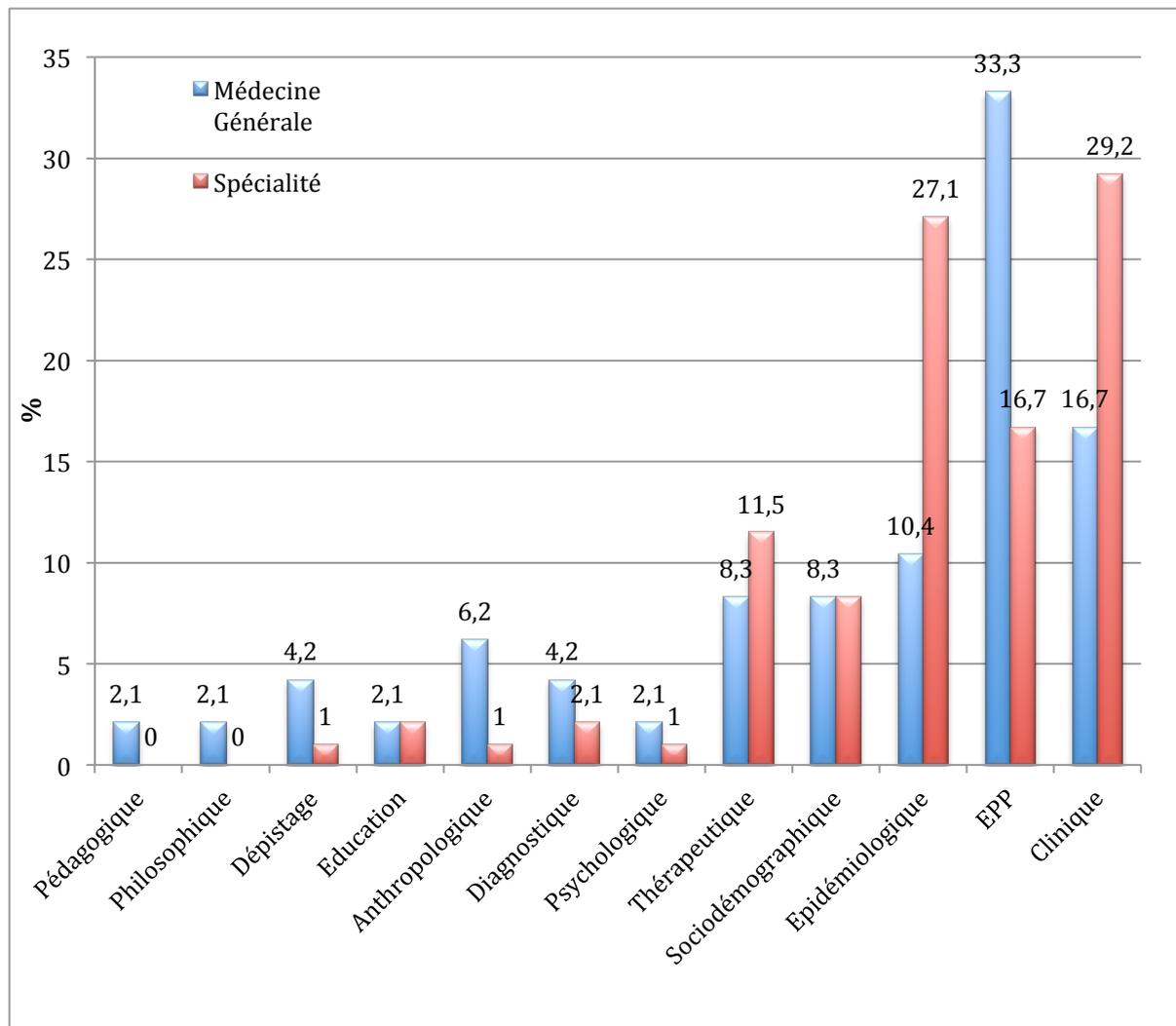
Figure 14. Répartition des orientations thématiques sur l'ensemble des thèses



2. Analyse des orientations thématiques selon la discipline de la thèse

Nous remarquons sur la figure 15 que les thèses de médecine générale étaient essentiellement à orientation d'EPP. Au contraire les thèses de spécialité étaient majoritairement à orientation clinique et épidémiologique.

Figure 15. Orientations thématiques selon la discipline de la thèse



VI. THEMES DES THESES CONCERNANT LA MEDECINE GENERALE SELON LA WONCA ET LE CNGE

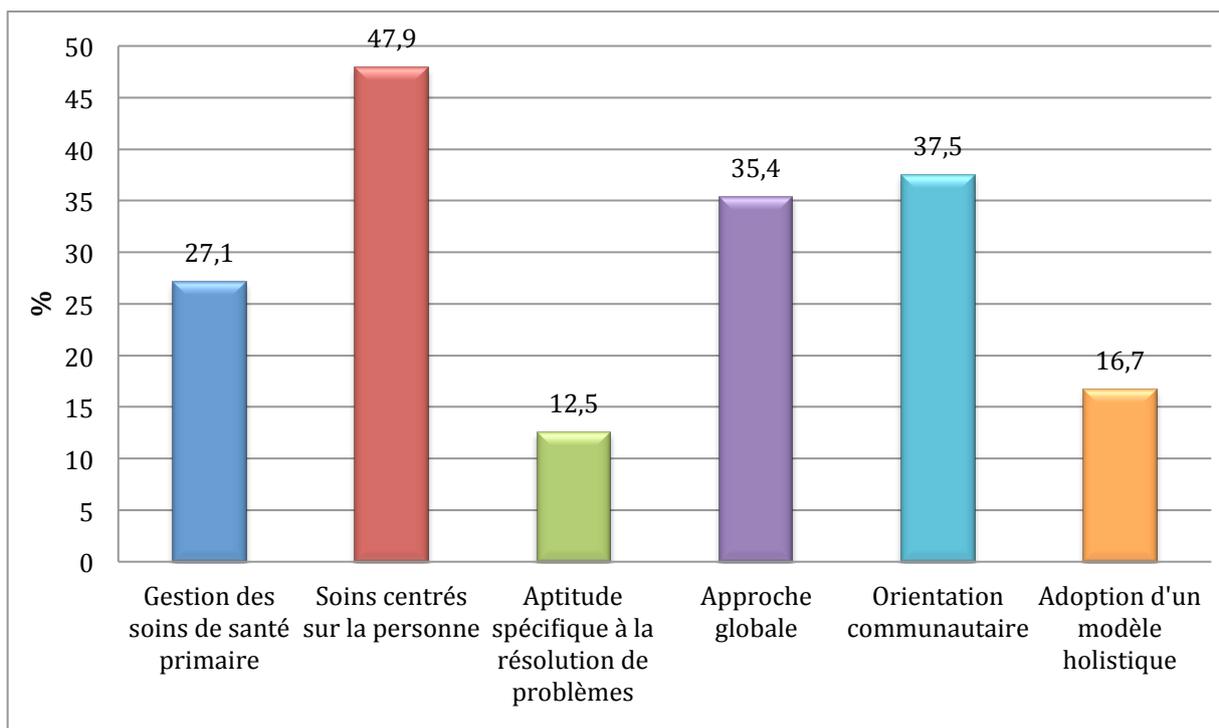
A. Compétences définies par la WONCA.

Les compétences de la WONCA les plus abordées dans les thèses de médecine générale étaient par ordre de fréquence:

- les soins centrés sur la personne,
- l'orientation communautaire,
- l'approche globale abordée,
- la gestion des soins de santé primaire,
- l'adoption d'un modèle holistique,
- l'aptitude spécifique à la résolution de problème. (figure 16).

Nous arrivons à un total de 177,1% puisque, 29 thèses concernaient plusieurs compétences : 22 thèses concernaient deux compétences, 6 thèses concernaient trois compétences et 1 thèse concernait quatre compétences. Seules 19 thèses ne concernaient qu'une compétence.

Figure 16. Répartition des compétences fondamentales de la WONCA dans les thèses de médecine générale.

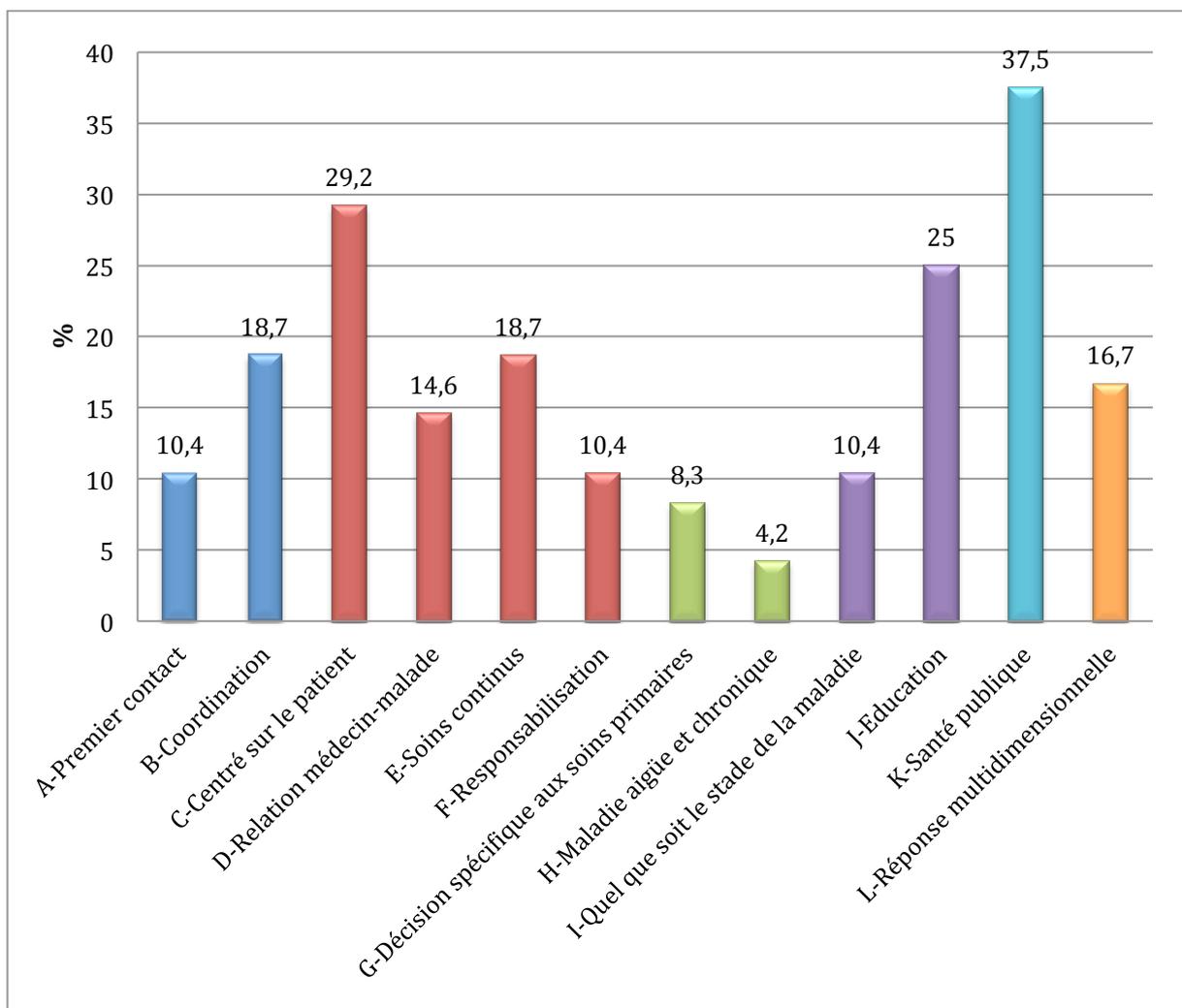


B. Caractéristiques définies par la WONCA

La figure 17 montre quelles caractéristiques de la WONCA étaient abordées dans les thèses de médecine générale. La couleur attribuée au diagramme de chaque caractéristique correspond à la couleur du diagramme de la compétence associée en figure 16.

Ainsi, la santé publique est la caractéristique la plus abordée suivie par l'approche centrée sur le patient et l'éducation. Au contraire les caractéristiques correspondant à la compétence liée à l'aptitude spécifique à la résolution de problèmes sont les moins étudiées.

Figure 17. Répartition des caractéristiques de la WONCA dans les thèses de médecine générale



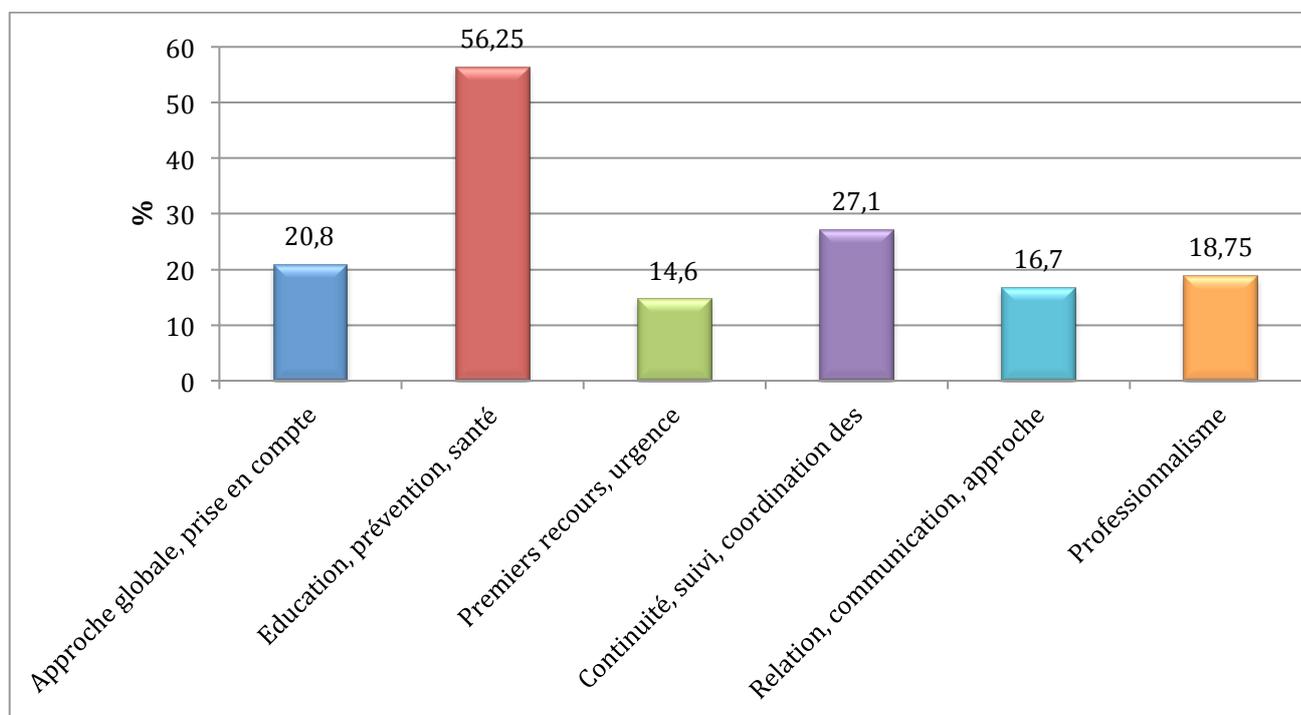
C. Compétences définies par le CNGE.

Plus de la moitié des thèses, 27 sur 48, ont abordé la compétence CNGE « éducation, prévention, santé individuelle et communautaire ».

Les autres compétences étaient moins abordées comme le montre la figure 18.

Nous remarquons que la compétence « professionnalisme » que nous ne retrouvons pas dans la WONCA était tout de même évoquée dans 18,75% des thèses.

Figure 18. Répartition des compétences du CNGE abordées dans les thèses de médecine générale



D. Grandes familles de situations cliniques définies par le CNGE

Parmi les 48 thèses de médecine générale, les familles de situations cliniques les plus souvent abordées étaient les pathologies chroniques et polymorbidités et la sexualité/génitalité.

Trois grandes familles de situations cliniques n'ont pas été traitées dans les thèses de médecine générale : les problèmes familiaux, les problèmes de santé liés au travail et les problèmes sociaux.

Enfin 2 thèses n'abordaient aucune de ces situations : l'une concernait l'œuvre de Céline et le concept d'holisme, l'autre évaluait la prescription de kinésithérapie par les médecins généralistes (tableau 1).

Tableau 1. Répartition des grandes familles de situations cliniques abordées dans les thèses de médecine générale.

GRANDES FAMILLES DE SITUATIONS CLINIQUES	N	%
Pathologie chronique / polymorbidité	17	35,5
Sexualité / génitalité	9	18,6
Problème de relation médecin-patient	5	10,4
Problèmes aigus fréquents	4	8,3
Médico-légal	4	8,3
Santé enfant / adolescent	3	6,3
Problèmes aigus / urgences	3	6,3
Problème de différence culturelle	1	2,1
Problème familial	0	0
Problème de santé lié au travail	0	0
Problèmes sociaux	0	0
Aucune	2	4,2
TOTAL	48	100

E. Thèmes définis par la CISP-2

Parmi les 48 thèses de médecine générale, les thèmes les plus abordés étaient les problèmes généraux et non spécifiques et la grossesse – accouchement - planning familial dans 18,7% des thèses. (tableau 2)

Tableau 2. Répartition des thèmes CISP abordés dans les thèses de médecine générale.

THEME CISP	N	%
A - Général et non spécifique	20	41,6
W - Grossesse, planning familial, accouchement	9	18,7
P - Psychologique	5	10,4
T – Métabolique, nutritionnel, endocrinien	4	8,3
L - Ostéo-articulaire, locomotion	3	6,3
Z - Problèmes sociaux	2	4,2
B – Sang, organes hématopoïétiques, appareil immunitaire	1	2,1
D - Digestif	1	2,1
K – Circulatoire, cardiovasculaire	1	2,1
N - Neurologique	1	2,1
X - Génital féminin	1	2,1
F - Œil	0	0
H - Oreille	0	0
R - Respiratoire	0	0
S - Peau	0	0
U - Urologique	0	0
Y - Génital masculin	0	0
TOTAL	48	100

Tous les codes CISP-2 abordés dans ces thèses et la signification des codes du chapitre « A - Général et non spécifique » sont retrouvés en annexe 5 et 6.

VII. OBJETS DE RECHERCHE

A. Analyse des objets de recherche sur la totalité des thèses

92 thèses, soit 63,9%, avaient pour objet le patient seul et 111 thèses, soit 77,1%, avaient pour objet le patient éventuellement associé à un ou plusieurs objets classés divers.

14 thèses, soit 9,7%, avaient pour objet le médecin généraliste seul et 18 thèses, soit 12,5%, avaient pour objet le médecin généraliste éventuellement associé à un ou plusieurs objets classés divers.

Dans 4 thèses, soit 4,9%, l'objet de recherche était mixte associant le patient au médecin généraliste, et éventuellement un objet classé divers.

Enfin, 11 thèses, soit 7,6%, concernaient uniquement la catégorie divers et ne ciblaient ni le patient, ni le médecin généraliste.

Au total, 115 thèses, soit 79,9%, avaient pour objet de recherche au moins partiel le patient et 22 thèses, soit 15,3%, avaient pour objet au moins partiel le médecin généraliste (tableau 3).

Tableau 3. Répartition des objets de recherche de l'ensemble des thèses

OBJET	N	%
Patient seul	92	63,9
Patient + Divers	19	13,2
MG seul	14	9,7
Divers seul	11	7,6
MG + Divers	4	2,8
Patient + MG	3	2,1
Patient + MG + Divers	1	0,7
TOTAL	144	100

B. Analyse des objets de recherche selon la discipline de la thèse

1. Objets de recherche des thèses de médecine générale

24 thèses de médecine générale, soit 50%, concernaient le patient seul et 27 thèses soit 56,25%, concernaient le patient éventuellement associé à un objet classé divers.

11 thèses, soit 22,9%, concernaient le médecin généraliste seul et 15 thèses, soit 31,3%, concernaient le médecin généraliste éventuellement associé à un objet classé divers.

Nous retrouvons les 4 thèses, soit 8,25%, dont l'objet était mixte associant le patient au médecin généraliste et éventuellement à un autre objet classé divers.

Seules 2 thèses, soit 4,2%, n'avaient pour objet ni le patient, ni le médecin généraliste.

Au total, 31 thèses, soit 64,5%, avaient pour objet de recherche au moins partiel le patient et 19 thèses, soit 39,55%, avaient pour objet de recherche au moins partiel le médecin généraliste (tableau 4).

Tableau 4. Objet de recherche des thèses de médecine générale

OBJET DE RECHERCHE	N	%
Patient seul	24	50
Patient + Divers	3	6,25
MG seul	11	22,9
Divers seul	2	4,2
MG + Divers	4	8,4
Patient + MG	3	6,25
Patient + MG + Divers	1	2
TOTAL	48	100

2. Objets de recherche des thèses de spécialité

68 thèses de spécialité, soit 70,8%, avaient pour objet de recherche le patient seul et 3 thèses, soit 3,1%, concernaient le médecin généraliste seul.

16 thèses, soit 16,7%, concernaient le patient associé à un objet classé divers et pour les 9 thèses restantes, soit 9,4%, l'objet était classé divers et ne concernait ni le patient ni le médecin généraliste.

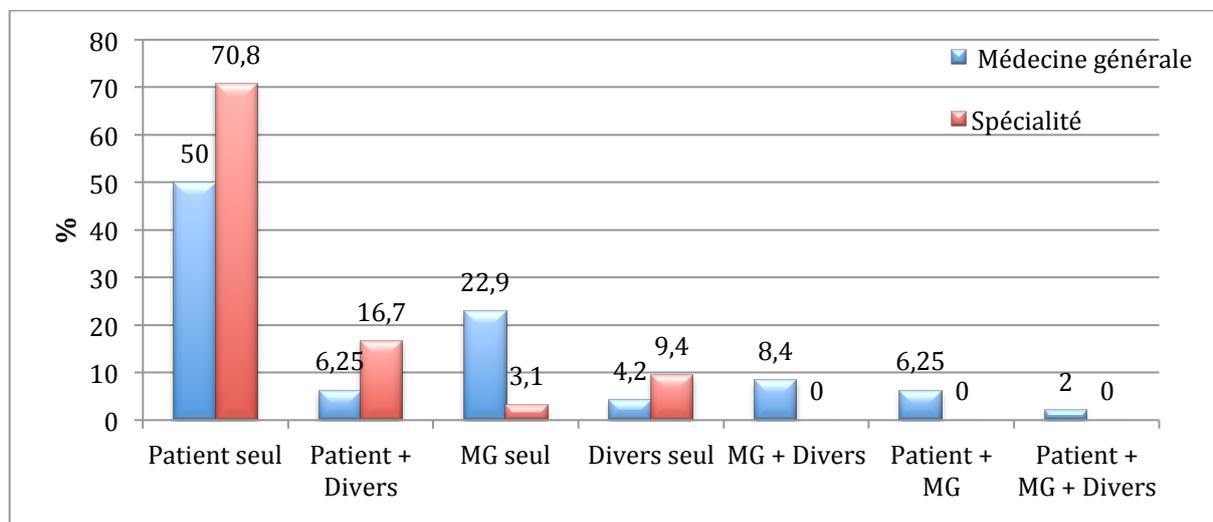
3. Synthèse selon le thème de la recherche

La figure 19 regroupe la répartition des objets de recherche selon le thème de la thèse.

Nous observons que les thèses de médecine générale concernaient moins souvent le patient seul que les thèses de spécialités. De même l'objet divers, dans lequel nous avons inclus les autres spécialistes médicaux, lorsqu'il n'était pas associé au médecin généraliste, était beaucoup plus représenté dans les thèses de spécialité.

Au contraire, les thèses de médecine générale concernaient beaucoup plus souvent le médecin généraliste seul ou associé au patient et/ou à d'autres objets.

Figure 19. Objets de recherche selon le thème de la thèse.



4. Analyse dans les thèses des internes de DESC MU

Dans les thèses des internes de DESC MU, la répartition était très proche de celle des thèses de spécialité. Nous retrouvons :

- 83,9% des thèses concernant le patient éventuellement associé à un objet divers,
- 3,2% des thèses concernant le médecin généraliste seul
- 12,9% des thèses concernant l'objet de recherche « divers seul ».

VIII. METHODES DE RECHERCHE

A. Analyse des méthodes de recherche sur la totalité des thèses

La quasi-totalité des thèses étaient des études quantitatives. Nous retrouvons également 3 études mixtes et 3 études qualitatives (tableau 5).

Tableau 5. Répartition des méthodes de recherche dans l'ensemble des thèses

METHODE DE RECHERCHE	N	%
QUANTITATIVE	138	95,8
QUALITATIVE	3	2,1
MIXTE	3	2,1
TOTAL	144	100

1. Etudes quantitatives

Parmi les 138 études quantitatives, nous retrouvons 126, soit 91,3%, études descriptives. Les autres étaient réparties de la façon suivante (tableau 6) :

- 8 analytiques = 5,8%
- 3 revues de la littérature = 2,2%
- 1 étude d'intervention = 0,7%

Tableau 6. Type d'études quantitatives dans l'ensemble des thèses.

TYPE D'ETUDE	N	%
DESCRIPTIVE	126	91,3
ANALYTIQUE	8	5,8
REVUE DE LA LITTERATURE	3	2,2
INTERVENTIONNELLE	1	0,7
TOTAL	138	100

➤ Etudes descriptives :

Parmi les 126 études descriptives :

- 63 étaient rétrospectives = 50%
- 54 étaient prospectives = 42,9%
- 8 étaient mixtes = 6,3%
- pour 1 thèse = 0,8%, les données que nous avons ne nous ont pas permis de déterminer comment avait été fait le recueil de données.

Par ailleurs 39 études, soit 31% des thèses, étaient déclaratives et 87, soit 69% des thèses, étaient réalisées à partir de dossiers.

➤ Etudes analytiques :

Parmi les 8 études analytiques, 5 étaient rétrospectives et 3 étaient prospectives. Elles étaient toutes non déclaratives, basées sur une revue de dossier.

➤ Etude interventionnelle :

L'étude interventionnelle était randomisée.

2. Etudes qualitatives

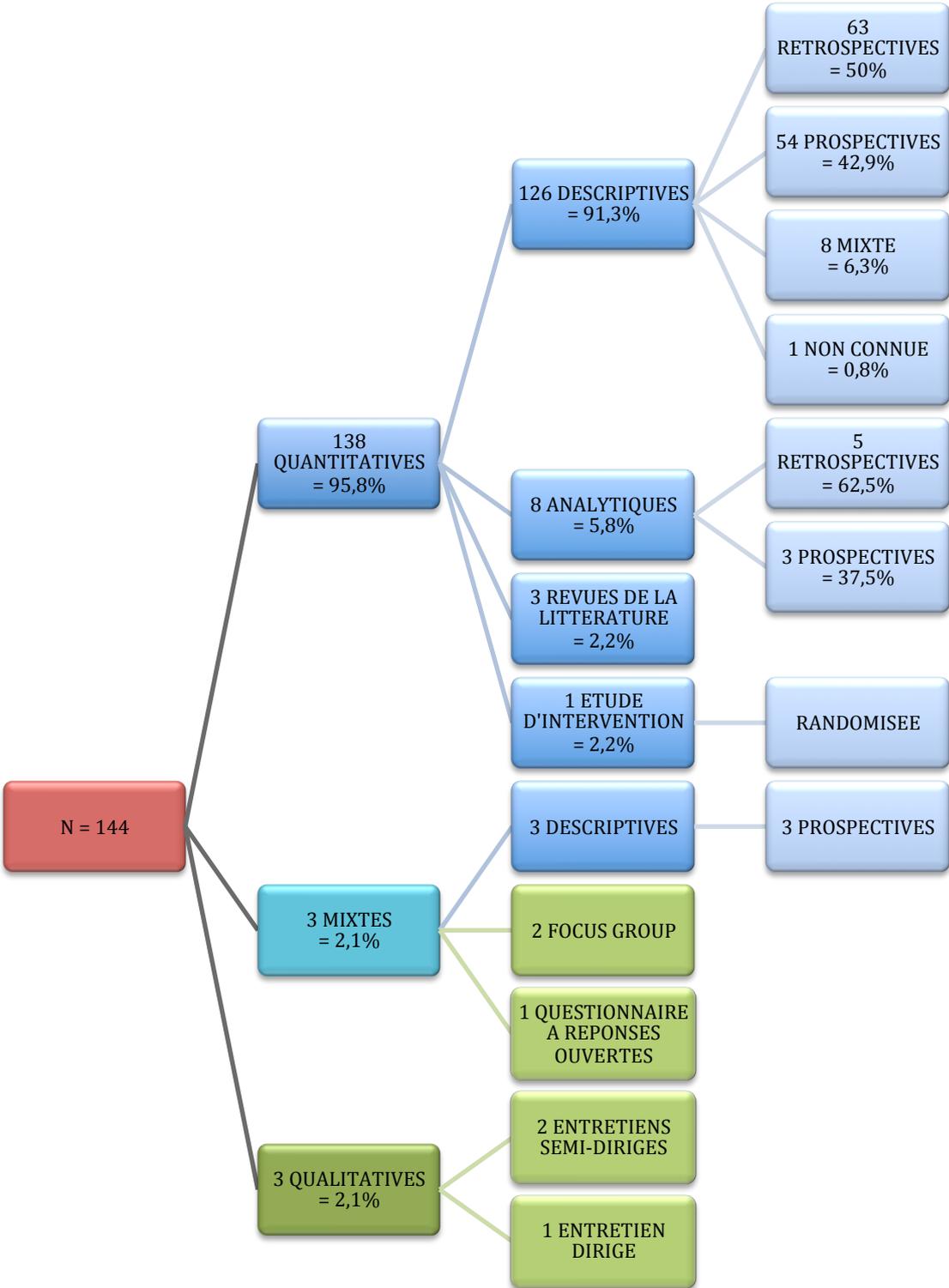
Parmi les 3 études qualitatives, 2 ont utilisé des entretiens semi-dirigés et 1 a utilisé des entretiens dirigés.

3. Etudes mixtes

Les 3 études mixtes comportaient une phase descriptive, prospective et déclarative. 2 études ont utilisé une phase de focus group et l'autre un questionnaire écrit à réponses ouvertes.

La figure 20 récapitule les méthodes de recherche utilisées dans l'ensemble des thèses.

Figure 20. Algorithme de synthèse des méthodes de recherche de l'ensemble des thèses.



B. Analyse des méthodes des recherche dans les thèses de médecine générale

Le tableau 7 montre la répartition des méthodes de recherche dans les thèses de médecine générale. Nous constatons que parmi ces 48 thèses, 89,6% étaient des études quantitatives.

Tableau 7. Répartition des méthodes de recherche dans les thèses de médecine générale

METHODE DE RECHERCHE	N	%
QUANTITATIVE	43	89,6
QUALITATIVE	2	4,2
MIXTE	3	6,2
TOTAL	48	100

1. Etudes quantitatives

Parmi les 43 études quantitatives, nous retrouvons 39 études descriptives, soit 90,6% des thèses. Les autres étaient réparties de la façon suivante (tableau 8) :

- 2 analytiques = 4,7%
- 2 revues de la littérature = 4,7%

Tableau 8. Type d'études quantitatives dans les thèses de médecine générale

TYPE D'ETUDE	N	%
DESCRIPTIVE	39	90,6
ANALYTIQUE	2	4,7
REVUE DE LA LITTERATURE	2	4,7
INTERVENTIONNELLE	0	0
TOTAL	43	100

➤ Etudes descriptives :

Parmi les 39 études descriptives :

- 10 étaient rétrospectives = 25,6%
- 28 étaient prospectives = 71,8%
- 1 était mixte = 2,6%

Par ailleurs 25 études, soit 64,1%, étaient déclaratives et 14, soit 35,9%, étaient réalisées à partir de dossiers.

➤ Etudes analytiques :

Les 2 études analytiques étaient prospectives et non déclaratives.

2. Etudes qualitatives

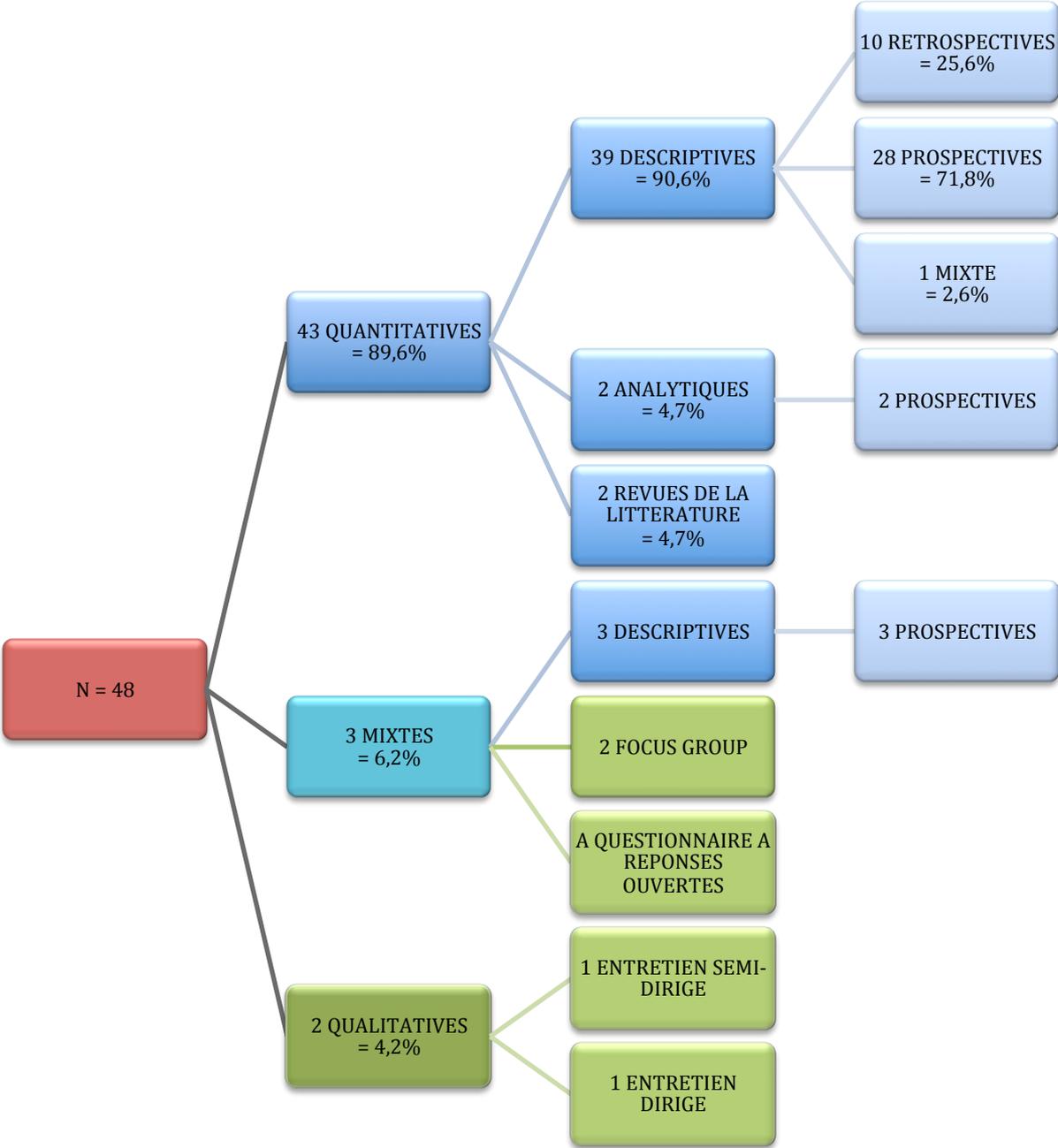
Pour les 2 études qualitatives, l'une avait utilisé des entretiens semi-dirigés et l'autre des entretiens dirigés.

3. Etudes mixtes

Les 3 études mixtes, comme décrites précédemment, avaient une phase descriptive, prospective et déclarative. 2 avaient utilisé un focus group et la troisième un questionnaire écrit à réponses ouvertes.

La figure 21 récapitule les méthodes de recherche utilisées dans les thèses de médecine générale.

Figure 21. Algorithme de synthèse des méthodes de recherche des thèses de médecine générale



C. Analyse des méthodes de recherche dans les thèses de spécialités

La quasi-totalité des thèses étaient des études quantitatives. Nous retrouvons également une étude qualitative (tableau 9).

Tableau 9. Répartition des méthodes de recherche dans les thèses de spécialités.

METHODE DE RECHERCHE	N	%
QUANTITATIVE	95	98,9
QUALITATIVE	1	1,1
MIXTE	0	0
TOTAL	96	100

1. Etudes quantitatives

Parmi les 95 études quantitatives, nous retrouvons 87 études descriptives, soit 91,5%. Les autres étaient réparties de la façon suivante (tableau 10) :

- 6 analytiques = 6,3%
- 1 revue de la littérature = 1,1%
- 1 étude d'intervention = 1,1%

Tableau 10. Type d'études quantitatives dans les thèses des spécialités.

TYPE D'ETUDE	N	%
DESCRIPTIVE	87	91,5
ANALYTIQUE	6	6,3
REVUE DE LA LITTERATURE	1	1,1
INTERVENTIONNELLE	1	1,1
TOTAL	95	100

➤ Etudes descriptives :

Parmi les 87 études descriptives :

- 53 étaient rétrospectives = 60,9%
- 26 étaient prospectives = 29,9%
- 7 étaient mixtes = 8%
- pour 1 thèse = 1,2%, les données que nous avons ne nous ont pas permis de déterminer comment avait été fait le recueil de données.

Par ailleurs 14 études, soit 16,1%, étaient déclaratives et 73, soit 83,9%, étaient réalisées à partir de dossiers.

➤ Etudes analytiques :

Parmi les 6 études analytiques, 5 étaient rétrospectives et 1 était prospective. Elles étaient toutes non déclaratives.

➤ Etude interventionnelle :

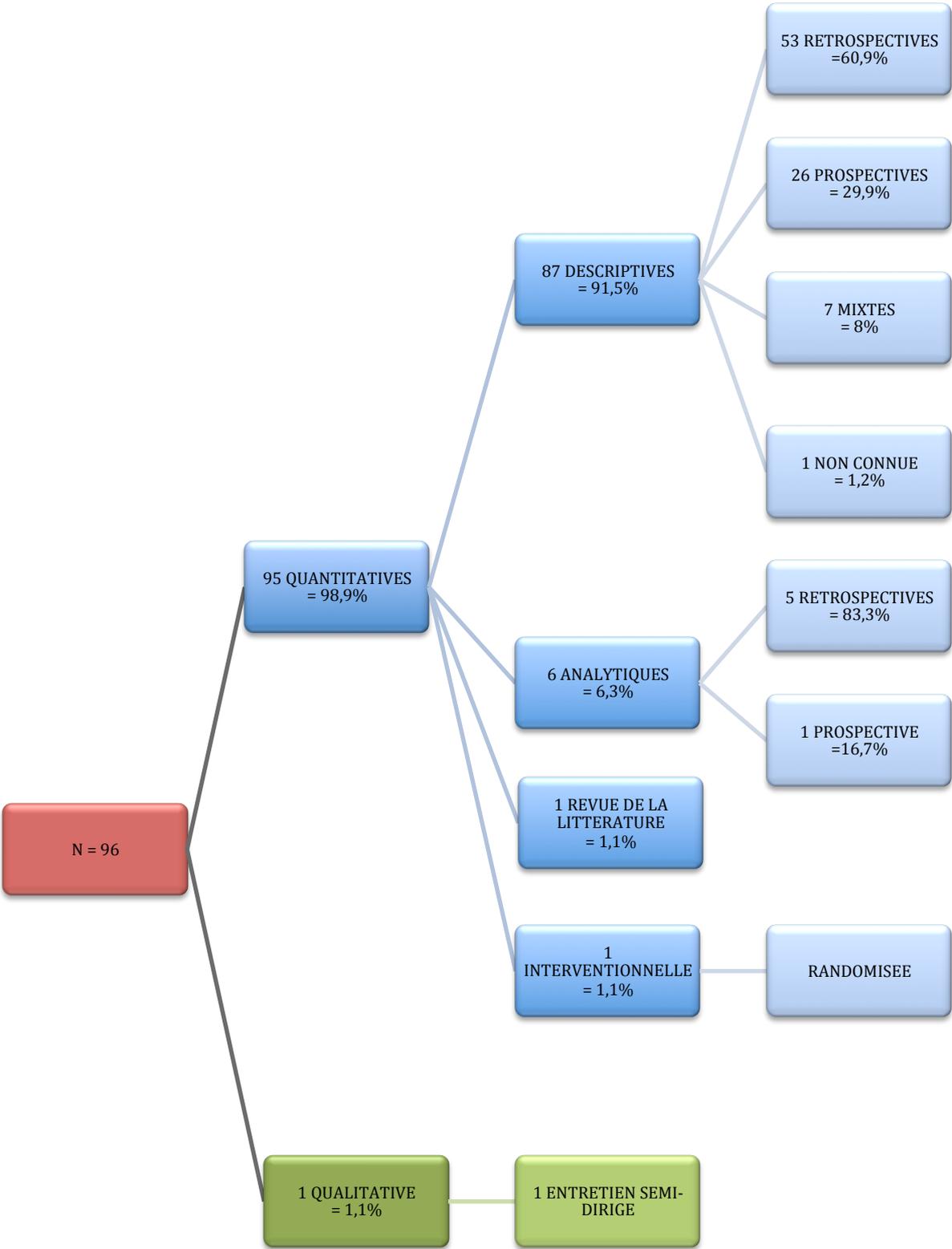
L'étude interventionnelle était randomisée.

2. Etude qualitative

Il s'agissait d'un recueil par entretiens semi-dirigés.

La figure 22 récapitule les méthodes de recherche utilisées dans les thèses de spécialité.

Figure 22. Algorithme de synthèse des méthodes de recherche des thèses de spécialités.



D. Analyse des méthodes de recherche dans les thèses des internes de DESC MU

Parmi les 31 thèses des internes de DESC MU la totalité des thèses étaient de nature quantitatives :

- 30 thèses, soit 96,7%, étaient descriptives et 1 thèse, soit 3,3%, était analytique,
- 18 thèses, soit 58%, étaient rétrospectives, 11 thèses, soit 35,5%, étaient prospectives et 2 thèses, soit 6,5%, étaient mixtes,
- 4 thèses, soit 12,9%, étaient déclaratives et 27 thèses, soit 87,1%, étaient réalisées à partir de recueil de dossiers.

DISCUSSION

Nous avons réalisé la première étude répertoriant l'activité de recherche des internes de médecine générale de la subdivision océan indien au travers de leurs thèses.

Elle montre que seulement 1/3 des thèses concerne les soins primaires. La maquette du DES, presque exclusivement hospitalière, ne permet pas de développer la recherche en Médecine Générale avec des sujets proposés par des directeurs de thèses qui sont des médecins hospitaliers.

Cependant la répartition des thèmes de recherche est cohérente avec l'épidémiologie des principaux problèmes de santé rencontrés en soins primaires (27).

En terme d'objet de recherche, notre étude confirme le principe fondamental énoncé par Pouchain selon lequel « si la médecine générale est centrée sur le patient, sa recherche doit l'être aussi » (28). La moitié des thèses de médecine générale ont en effet pour objet le patient. Cependant ce résultat est à modérer car ces thèses sont également celles dans lesquelles l'objet est le plus souvent le médecin généraliste.

Notre travail montre également que la majorité des études étaient de nature quantitative, ceci est en accord avec les résultats de l'étude de S. Rigaux (6). Ces études exploratoires permettent de quantifier des résultats et de mesurer avec précision la représentativité de l'étude; la médecine générale, comme toute spécialité, a donc intérêt à promouvoir ces études pour développer la recherche.

Cependant les études qualitatives permettent de mettre en évidence les attentes d'une population. Ce sont donc celles qui sont le plus à même d'étudier ces caractéristiques primordiales de la médecine générale qui est fondée sur la relation médecin-malade. De plus cette discipline est récente à la Réunion, et la population réunionnaise est particulière du fait, notamment, d'une population jeune et multiculturelle. Nous pouvons donc penser qu'il y a un intérêt à vérifier, au moyen d'études qualitatives, si la relation médecin-malade est la même sur l'île qu'ailleurs, afin de confirmer que nous pouvons utiliser les méthodes quantitatives déjà connues pour les appliquer sur les recherches en médecine générale à la Réunion.

Par ailleurs 90,6% des thèses de médecine générale étaient descriptives et plus de la moitié étaient déclaratives. Ce sont donc des études à faible niveau de preuve qui donnent peu de poids à l'essor de la recherche en médecine générale à la Réunion.

En effet « si l'objectif de la médecine générale est d'améliorer, de restaurer ou de maintenir la santé des patients, il faut que les travaux de recherche soient cohérents avec cette finalité et elle doit le démontrer sur des critères cliniques et pertinents, centrés également sur les patients» (28). C'est pourquoi il faut inverser la tendance et privilégier des études à plus haut niveau de preuve.

Nous expliquons cependant facilement la part importante des études descriptives et déclaratives ; la réalisation de celles-ci est simple et demande un investissement temporel et économique moins important que pour les études interventionnelles, de plus le recueil au moyen d'un questionnaire met en évidence le souhait d'une approche centrée sur la personne définissant la discipline.

I. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE

La principale force de notre étude est son exhaustivité. Nos résultats sont donc représentatifs et nos conclusions fiables.

Cependant seul un quart de ces thèses a été soutenu entre 2007 et 2011 inclus, les effectifs annuels sur cette période sont donc très petits. Lorsque nous avons analysé séparément les thèses de médecine générale ces effectifs ont encore été réduits avec parfois une année entière sans thèse de médecine générale soutenue.

Ceci a posé problème lorsque nous avons voulu analyser l'évolution par année de certaines données ; les données des premières années étaient souvent extrêmes, oscillant entre 100% et 0%, et donc ininterprétables. Nous n'avons donc pas pu répondre à notre objectif secondaire qui était de vérifier une évolution des différents critères avec la création du DUMG en 2012.

➤ Profil des internes

Les données concernant les internes sont parfaitement représentatives de la population.

➤ Profil des directeurs et des jurys

Pour les données qui concernent les directeurs et membres du jury nous ne pouvons exclure quelques biais de sélection liés aux homonymes et ce d'autant que ceux-ci appartenaient souvent à deux facultés différentes (Bordeaux et la Réunion le plus souvent). Par ailleurs 8 thèses ont été dirigées en dehors de la subdivision océan indien et de Bordeaux, les jurys étaient alors parfois composés de médecins généralistes pour lesquels nous n'avons pas pu dire s'ils étaient impliqués ou non dans l'enseignement (MGE ou MSU). Si cela n'influe pas sur la représentation globale des médecins généralistes dans les jurys, cela sous-estime peut-être un peu l'implication des MGE et MSU.

➤ Profil des rapporteurs

Pour les données concernant les rapporteurs, l'analyse est difficile car nous ne disposons que de 64% des données. Nos résultats concernant les rapporteurs sont donc difficilement interprétables.

➤ Discipline concernée par la thèse

Nous avons choisi de déterminer la discipline de chaque thèse selon la dénomination des DES et DESC (24). La médecine générale ne fait volontairement pas partie de ce classement afin de ne pas définir celle-ci par défaut.

Pour le classement des thèses traitant de médecine générale nous nous sommes appuyés sur la définition de la WONCA (7), qui est une définition consensuelle et reconnue internationalement. Elle nous a donc paru la plus adaptée. S. Inesta (29) et plus récemment H. Balva (5) ont utilisé cette même définition. D'autres études (4) (30) ont utilisé une définition du CNGE qui est équivalente à celle de la WONCA mais plus ancienne et moins détaillée.

Si la médecine générale est exercée exclusivement en ambulatoire, nous n'avons pour autant pas restreint les thèses traitant de médecine générale à celles pour lesquelles l'investigation avait été réalisée en ambulatoire. En effet certaines thèses, dont le recueil de données était réalisé sur une population hospitalière, éclairaient sur les pratiques de la médecine générale, notamment sur le parcours de soins.

➤ Orientations thématiques selon les définitions du MeSh

Il n'existe pas de référentiel permettant la classification des orientations thématiques des thèses. Le Professeur G. Bourrel illustre la diversité des thèmes étudiés dans les thèses de médecine générale au travers de 11 domaines (31). A. Remacle (4) utilise le code du livre du CNGE de 1996 (annexe 7) et reconnaît que celui-ci n'a pas été conçu pour classer les travaux de recherche et qu'il s'avère complexe à utiliser.

Nous avons donc utilisé la classification déterminée par H. Balva (5) qui nous a semblé la plus appropriée pour délimiter les orientations thématiques et montrer la diversité des thèmes abordés dans les thèses.

➤ Classification selon la CISP-2

La classification selon la grille de la CISP-2 avait déjà été utilisée dans différentes études (6)(27)(32).

➤ Classification selon les compétences WONCA et CNGE

Nous n'avons pas retrouvé d'études classant les thèmes abordés selon les critères et caractéristiques de la WONCA ni selon les critères et grandes familles de situations cliniques rencontrées en médecine générale du CNGE. Notre travail est donc original de ce point de vue. Il permet de mettre en évidence, avec différentes approches, les principaux centres d'intérêt des internes pour la médecine générale.

Nous devons décrire ici une limite importante de notre étude : l'analyse catégorielle pour ces nombreux critères est soumise à un biais d'interprétation et d'appréciation de l'enquêteur.

➤ Recueil des objets et méthodes de recherche

Nous avons initialement choisi d'étudier les critères à partir de la lecture du résumé de chaque thèse. Si cette méthode nous a permis sans problème de déterminer l'objet de recherche de chaque thèse, nous avons eu plus de mal à évaluer la méthode de recherche. En effet le nombre restreint de mots contenus dans un résumé ne nous a pas toujours permis d'évaluer avec certitude la méthode utilisée.

Pour toutes nos dispositions en plus de l'introduction et de la conclusion ce qui nous a permis d'affiner notre analyse de chaque thèse, et pour certaines nous avons dû lire la méthode (lorsque nous l'avions) afin d'être certains de la méthode utilisée.

Malgré cela il reste une thèse pour laquelle nous n'avons pas pu déterminer la méthode.

II. COMPARAISON DES RESULTATS AVEC LES DONNEES DE LA LITTERATURE

A. Profil des internes

Le taux de féminisation était de 56%. Il est en accord avec les 61% retrouvés par S. Inesta (29) à Rennes entre 2005 et 2008 et avec les 60% retrouvés par H. Balva (5) à Angers entre 2007 et 2009. A. Remacle, dans son étude à Bordeaux entre 1995 et 2000, retrouvait un taux de féminisation de 44,2% et expliquait cette discordance par la présence de médecins des armées dans la population.

L'âge moyen des internes était de 29,3 ans. Les chiffres de la littérature sont sensiblement similaires. La plus proche étant H. Balva (5) qui retrouvait une moyenne d'âge de 30 ans. M. Chevalier (33) dans son étude à Paris entre 2005 et 2007 et A. Remacle (4) retrouvaient eux un âge moyen de 30,6 ans. Enfin, S. El Mornan (32) à Créteil entre 2005 et 2010 avait une moyenne de 31,2 ans.

La durée du troisième cycle est également concordante avec les données de la littérature : nous retrouvons en moyenne un délai de 4,2 ans (4 ans et 3 mois) entre le début du troisième cycle et la soutenance de la thèse, A. Remacle (4) retrouvait une durée de 3,96 ans et S. El Mornan (32) une durée de 4,7 ans.

Cependant lorsque nous regardons séparément les internes inscrits en DESC MU et ceux qui ne le sont pas, nous notons une différence importante : les premiers avaient un délai de soutenance moyen qui descend à 3,5 ans alors que les seconds avaient un délai moyen de 4,5 ans qui reste en accord avec les données de la littérature.

Les perspectives professionnelles post-internat des internes en DESC MU expliquent cette différence puisqu'ils sont souvent engagés sur un poste d'assistant ou de chef de clinique dans un service d'accueil des urgences ce qui nécessite d'être docteur en médecine. De plus, ce poste hospitalier nécessite réglementairement que le médecin soit thésé pour réaliser les interventions SMUR et pour remplir certains certificats tels que l'hospitalisation d'office ou à la demande d'un tiers. Ces internes sont donc poussés à terminer plus tôt leur travail de thèse.

Au contraire, la majorité des internes de médecine générale choisissent une activité de remplacement à l'issue de leur internat (34), ils bénéficient alors de trois années pendant lesquelles ils peuvent remplacer un médecin généraliste sans être thésés ce qui leur permet de reculer l'échéance. De plus, le cursus de médecine générale est court puisqu'il ne dure que 3 ans. Ceci ne laisse probablement pas le temps suffisant pour acquérir toutes les compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale et réaliser un travail de recherche de qualité.

Nos résultats concernant la mention obtenue sont discordants de ceux de la littérature. En effet l'étude d'E. Morinais (30) réalisée à Angers en 2002 et celle de H. Balva (5) retrouvaient respectivement 55% et 53% de félicitations du jury, 42,5% et 42% de mention très honorable et 2,5% et 5% de mention honorable. Nous avons retrouvé un taux nettement plus faible de félicitations du jury : 21,5% et un taux nettement plus élevé de mention très honorable et honorable : 57% et 19,4% respectivement. Cependant les deux études sus-citées ont été réalisées à Angers, nous pouvons donc penser qu'elles ne sont pas exactement représentatives de la population.

Par ailleurs chaque université établit elle-même ses critères d'évaluation de thèse, il est donc difficile de comparer des études menées dans deux régions différentes.

A Bordeaux et dans la subdivision océan indien, l'acceptation d'un article dans une revue scientifique est, depuis 2015, une condition nécessaire à l'obtention des félicitations du jury ; cela devrait pousser les internes de médecine générale à publier leurs études.

B. Profil des directeurs

La proportion de directeurs médecins généralistes était de 20,8%. Elle est nettement inférieure aux 46% retrouvés par H. Balva (5) entre 2007 et 2009, aux 40% retrouvés par M. Chevalier (33) et aux 43% retrouvés par S. El Mornan (32).

Notre hypothèse selon laquelle les internes trouvent leur sujet de thèse auprès des spécialistes côtoyés au cours des nombreux stages hospitaliers se vérifie donc.

De plus nous pouvons supposer que l'absence de formation méthodologique des médecins généralistes pour la direction de thèse peut les freiner à accepter cette mission.

Cependant l'étude de H. Balva (5) montrait une progression très importante en dix ans puisque la proportion de médecins généralistes directeurs sur la première période de 1997 à 1999 était seulement de 9%. Par ailleurs, A. Remacle (4) souligne dans sa thèse l'impact positif de la création des postes de professeurs associés de médecine générale.

Ainsi, à la Réunion, la création du DUMG, la nomination récente de maitres de conférences associés et d'un professeur associé devrait accélérer l'implication des médecins généralistes dans le travail de thèse et équilibrer la proportion de médecins généralistes et de spécialistes hospitaliers directeurs de thèses.

La formation des médecins généralistes à la direction de thèse ainsi que la codirection sont également des perspectives intéressantes.

Parmi ces médecins généralistes nous retrouvons essentiellement des enseignants et peu de maîtres de stage. Nous remarquons donc l'implication importante de l'équipe d'enseignement du DUMG de la Réunion pour soutenir et développer ces travaux de recherche. Au contraire, nous notons la faible implication des seuls médecins généralistes côtoyés au cours de l'internat : les maîtres de stage.

Cela témoigne de l'implication des MSU dans l'accueil des internes. En effet l'accueil d'un interne et la direction d'une thèse demande une disponibilité importante. Les MSU n'ont peut être pas le temps nécessaire pour concilier les deux activités.

Nous pouvons également envisager un facteur humain, la majorité des internes de la subdivision océan indien n'ont accès qu'au stage de médecine générale de niveau 1 durant lequel ils sont accueillis par plusieurs MSU différents tour à tour ou simultanément ce qui divise le temps passé avec chacun. Il peut donc être difficile de créer le lien de confiance nécessaire entre l'interne et son directeur durant cette période. L'interne se tournera alors plus facilement vers un enseignant qu'il a côtoyé régulièrement durant le troisième cycle ou vers un confrère régulièrement remplacé, ce qui expliquerait la part importante de médecins généralistes ni enseignants, ni maîtres de stage.

En accord avec les études de S. El Mornan (32) réalisée à Créteil et de A. Remacle (4) réalisée à Bordeaux, nous avons mis en évidence que la majorité des directeurs ne dirigent qu'une seule thèse.

Cela témoigne d'un grand nombre de directeurs potentiels, d'autant plus que dans la subdivision océan indien, les internes choisissant un directeur à Bordeaux ne sont pas rares. Ce résultat est également le reflet d'un manque de temps à investir de la part des médecins susceptibles d'être sollicités, particulièrement pour les médecins généralistes qui n'ont pas de temps dédié à la recherche.

Le lieu d'exercice des directeurs était très majoritairement la Réunion. Nous retrouvons en proportions quasiment similaires des directeurs exerçant à Mayotte, à Bordeaux et dans les autres départements : environ 7%. Il est normal que les directeurs issus de Bordeaux ou d'autres régions soient peu représentés puisque la maquette est exclusivement réalisée dans la subdivision océan indien. En revanche, nous constatons une sous-représentation des directeurs exerçant à Mayotte. Plusieurs éléments peuvent l'expliquer :

- Les spécialistes hospitaliers viennent souvent exercer pour une durée déterminée car il y a peu de titulaires en postes dans les services hospitaliers, ils ne s'impliquent donc pas dans des travaux de recherche.
- Les internes ne sont en contact à Mayotte, qu'avec des médecins généralistes hospitaliers exerçant en dispensaire. Nous pensons que l'éloignement géographique du DUMG et de ses formations rend difficile l'implication des médecins généralistes dans le travail de direction de thèse.

C. Profil des rapporteurs

Nous n'avons pas retrouvé d'étude évaluant les spécialités et l'exercice des rapporteurs. Il nous manque plus d'un tiers des données ce qui rend l'analyse de ces résultats mal interprétables.

Cependant comme nous pouvons nous y attendre, il semble qu'il y avait une majorité de spécialistes hospitaliers dont les spécialités exercées étaient concordantes avec celles des directeurs.

Les médecins généralistes enseignants étaient moins représentés. Il est évident que lorsque les thèses de soins primaires seront majoritaires, les médecins généralistes devraient être plus sollicités pour être rapporteurs.

D. Profil des jurys

Notre étude montre que dans 54,8% des jurys il y avait au moins un médecin généraliste. G. Levasseur (35) en 2002 à Rennes retrouvait 44% des jurys avec un médecin généraliste et E. Morinais (30) en 2002 à Angers retrouvait moins de 33%.

Cette proportion est directement corrélée à la discipline concernée par la thèse. En effet pour les thèses traitant de médecine générale il y avait au moins un médecin généraliste dans 90% des jurys. Au contraire dans celles traitant d'une autre spécialité il n'y en avait plus que dans 37,5% des jurys et dans celles des internes DESC MU il n'y en avait que dans 25% des jurys.

Notre résultat concernant les thèses de Médecine Générale est très proche de celui retrouvé par H. Balva (5) en 2009 où dans 93% des jurys il y avait au moins un médecin généraliste depuis une décision du département de médecine générale d'Angers qui l'a exigé en 2008.

Cette exigence n'est pas encore formulée dans le DUMG de la Réunion, cependant nous observons déjà une tendance à la hausse de la proportion de MG dans les jurys, qui devra être confirmée dans les années à venir avec le développement de la discipline.

E. Caractéristiques des thèmes de recherche

1. L'orientation médecine générale

Nous observons des taux de thèses orientées médecine générale très variables dans la littérature ; ils dépendent de la définition et du mode de sélection : titre, mots clés, résumé, présence de l'expression « médecine générale ». H. Balva (5) qui a utilisé la définition de la WONCA retrouvait un taux de 32,5% pour la période de 1997 à 1999 qui augmente à 77,5% entre 2007 et 2009. Notre taux de 33,3% correspond donc à la première période de H. Balva.

En utilisant la définition du CNGE dans le titre et les mots-clés, A. Remacle (4) a obtenu un taux de 7,75% à Bordeaux entre 1995 et 2000. Par contre E. Morinais (30) en utilisant cette même définition mais en étudiant globalement la thèse retrouvait un taux de 50% en 2002 à Angers.

G. Levasseur (35) en recherchant l'expression « médecine générale » dans le titre et les mots clés de toutes les thèses de médecine de 1991 à 2000 de quatre facultés retrouvait moins de 5% de réponses positives.

Enfin, S. El Mornan (32) en choisissant de définir les thèses à orientation médecine générale celles qui avaient un champ d'investigation exclusivement ambulatoire, retrouvait un taux de 60%.

Quels que soient les lieux et années de réalisation de ces études, il semble que les résumés, mots clés et titres soient peu informatifs. Cependant les études obtenant les meilleurs taux sont celles réalisées dans un département où le choix du sujet de thèse est régulé par le DUMG. C'est le cas à Angers depuis 2007 où le DUMG peut modifier le sujet afin qu'il corresponde à un thème de médecine générale (5) et c'est le cas à Créteil où le sujet doit « avoir un rapport avec la pratique en médecine générale ambulatoire et les soins de premier recours » (32).

Actuellement à la Réunion, il n'y a pas de contrôle du DUMG concernant le choix du sujet de thèse. Cependant, il a récemment nommé un responsable de la recherche, le Dr Gaillard, qui a effectué un travail de recensement des sujets de thèse envisagés par les nouveaux internes et qui est en train de mettre en place une

banque de données de sujets en rapport avec la médecine générale afin de pouvoir les proposer aux internes.

Par ailleurs, le DUMG a mis en place pour les internes des ateliers au sein de l'enseignement facultaire afin de promouvoir la thèse de médecine générale. Ce qui permettra un choix plus vaste sur le sujet et la méthode de recherche.

Nous espérons donc que la tendance va s'inverser rapidement à la Réunion grâce au DUMG, et peut-être envisager un meilleur contrôle des sujets de thèse afin qu'ils correspondent mieux aux problématiques en lien avec la médecine générale.

2. Les orientations thématiques.

Les 4 principales orientations thématiques retrouvées sont l'orientation clinique (25%), l'évaluation des pratiques professionnelles (22,2%), l'orientation épidémiologique (21,5%) et l'orientation sociodémographique (8,3%). Ces résultats sont concordants avec ceux de H. Balva (5) qui retrouvait une majorité d'évaluation des pratiques professionnelles (32%), d'orientations clinique (24%), épidémiologique (21%) et sociodémographique (14%) et ceux de S. El Mornan (32) qui retrouvait également une majorité d'évaluation des pratiques professionnelles (31,6%) et d'orientation clinique (25,6%).

Dans les thèses à orientation médecine générale, nous avons retrouvé ces 4 mêmes thèmes avec 33,3% d'évaluation des pratiques professionnelles. Ces EPP comparent souvent la pratique aux recommandations publiées.

La majorité des internes s'orientent vers une activité libérale en post-internat, il est donc légitime qu'ils s'interrogent sur la pratique des médecins, leurs difficultés et leurs attentes. Au cours du stage ambulatoire, l'interne côtoie plusieurs médecins et découvre ainsi plusieurs modes d'exercice et la complexité d'appliquer strictement les recommandations de bonne pratique. En effet, en ambulatoire, le patient formule ses besoins et ses attentes et au terme de la consultation est libre de ses choix.

Ainsi deux études canadiennes (36)(37) montrent que si les médecins généralistes sont favorables à l'application des recommandations, les exigences du patient peuvent modifier l'attitude du médecin.

Les internes au travers de ces thèses évaluent donc le décalage entre la façon dont ils aimeraient exercer et ce qu'ils pourront réellement faire.

3. Compétences et caractéristiques de la WONCA, Compétences du CNGE

La caractéristique et compétence de la WONCA la plus étudiée était la responsabilité en santé publique, c'est à dire l'orientation communautaire avec 37,5%.

En effet les évaluations des pratiques professionnelles portent sur l'attitude des médecins généralistes face à des questions de santé publique : gestion de l'épidémie de Chikungunya, prévention et prise en charge des patients porteurs de bactéries multi-résistantes, pratiques vaccinales vis-à-vis du BCG, problématique de l'alcoolisation fœtale,... Les EPP représentaient 33,3% des thèses traitant de médecine générale, il est donc normal que l'orientation communautaire soit la plus représentée.

La compétence selon le CNGE la plus étudiée est « Education, prévention, santé individuelle et communautaire » avec 56,25%. Cette compétence est donc étudiée dans plus de la moitié des thèses de médecine générale.

Nous notons là l'influence des EPP, comme décrit précédemment, mais également l'intérêt pour l'éducation, la prévention et la responsabilisation. Ceci montre que les internes souhaitent inclure ces dimensions dans leur pratique professionnelle afin que le patient soit pleinement acteur de sa santé. La connaissance de leur(s) pathologie(s) par les patients est effectivement un enjeu de santé publique et permet de mieux traiter et contrôler ces pathologies.

Cette compétence du CNGE regroupe les caractéristiques « J-Education », « F-Responsabilisation » et « K-Santé publique » de la WONCA. Les caractéristiques J et K faisaient partie des trois plus étudiées, il est donc normal que ce soit cette compétence du CNGE qui soit dominante. Si nous cumulons ces 3 caractéristiques, nous obtenons 72,9% alors que nous avons un taux de 56,25% pour la compétence du CNGE. Nous expliquons cette différence car une thèse étudiant plusieurs de ces caractéristiques a donc été comptabilisée plusieurs fois pour classer selon la WONCA alors qu'elle n'est comptée qu'une seule fois pour classer selon le CNGE.

Bien que la discipline revendique être centrée sur le patient, nous nous apercevons que la caractéristique de la WONCA « centré sur le patient » n'arrivait qu'en deuxième position avec tout de même 29,2%.

Ceci est moins visible dans les compétences selon la CNGE car l'approche centrée sur le patient est présente dans la compétence « Approche globale, prise en compte de la complexité » dont la définition est une démarche décisionnelle centrée sur le patient et dans la compétence « Relation, communication, approche centrée sur le patient » qui met plus en avant l'aspect relationnel. Si nous cumulons ces deux compétences nous obtenons 37,5% des thèses, soit plus d'un tiers, qui traitent de cette caractéristique fondamentale de la discipline.

La compétence du CNGE la moins étudiée « Premier recours, urgence », correspond aux quatre caractéristiques de la WONCA les moins étudiées : « A-Premier contact », « G-Décision spécifique aux soins primaires », « H-Maladie aiguë et chronique », « I-Quel que soit le stade de la maladie ».

Cette compétence regroupe plusieurs composantes : gérer les situations les plus fréquentes, intervenir dans le contexte d'urgence, hiérarchiser et gérer simultanément des demandes, exécuter les gestes techniques les plus fréquents. Les questions de prise en charge en situation d'urgence sont en effet plus souvent étudiées dans les services d'urgence et non en médecine ambulatoire et font donc l'objet de thèses traitant de la médecine d'urgence et non de la médecine générale.

Enfin, nous constatons que 18,75% des thèses étudiaient au moins en partie le professionnalisme. Cette compétence CNGE a notamment pour composantes l'amélioration de ses compétences professionnelles, la contribution et la participation à la formation des professionnels de santé, la gestion du temps pour un équilibre entre vie professionnelle et personnelle, la gestion de son outil de travail. Cette compétence n'est pas abordée dans les caractéristiques et compétences WONCA.

Le CNGE et les internes montrent ainsi leur intérêt pour le développement des compétences des médecins généralistes en passant par la formation mais également pour l'épanouissement professionnel et personnel de ceux-ci.

En effet, une étude réalisée dans le département de la Loire montre que l'épuisement professionnel des médecins généralistes est réel et qu'il est le plus souvent lié à des causes organisationnelles et administratives, et ceci a des conséquences sur la qualité des soins délivrés (38). Les composantes mises en avant dans la compétence « professionnalisme » sont donc particulièrement importantes pour envisager au mieux sa pratique et trouver l'équilibre nécessaire. A l'heure de la féminisation de la médecine générale, cette composante est particulièrement importante pour les femmes qui veulent concilier vie professionnelle et vie de famille.

4. Les grandes familles de situations cliniques

Les grandes familles de situations cliniques les plus étudiées sont les pathologies chroniques et poly-morbidités avec 35,5% et la sexualité, génitalité avec 18,6%.

A la Réunion les maladies de l'appareil circulatoire constituent la première cause de décès. Ces maladies sont souvent associées aux maladies endocriniennes et métaboliques. Elles apparaissent plus tôt, dès 25-34 ans pour les hommes, et tuent presque deux fois plus qu'en France métropolitaine. Les patients qui consultent donc leur médecin généraliste sont donc souvent atteints de plusieurs pathologies associées.

Par ailleurs, la Réunion est une île où la population est jeune et où le taux de fécondité des jeunes femmes et de natalité est particulièrement élevé. Les questions de la grossesse et de la contraception se posent donc quotidiennement dans les cabinets de médecine générale.

Les internes peuvent également être confrontés à ces 2 familles de situations cliniques dans leurs stages hospitaliers, médecine adulte et gynécologie, ce qui confirme leur intérêt pour ces sujets.

Nous pouvons toutefois nous étonner du peu de thèses étudiant la famille de situation clinique qui concerne la santé des enfants et adolescents. En effet la population réunionnaise est jeune et de nombreux internes ont l'occasion de réaliser un stage en service de pédiatrie. Ceci est très probablement lié à un biais d'indexation, en effet les thèses traitant de pathologies chez l'enfant ou l'adolescent ont pu être classées en fonction de la pathologie ou de la problématique plutôt qu'en fonction de cette population.

Trois grandes familles de situations cliniques n'ont pas été abordées : les problèmes familiaux, les problèmes de santé liés au travail et les problèmes sociaux. Ces trois situations touchent à la sphère très intime des patients. C'est pourquoi elles peuvent sembler difficiles à étudier car elles supposent un lien privilégié avec l'enquêteur afin que le patient ne se sente pas jugé.

5. Thèmes CISP-2

Les principaux thèmes de recherches de nos thèses de médecine générale étaient « généraux et non spécifiques », « grossesse, planning familial et accouchement », « psychologique », « métabolique, endocrinien et nutrition » et « ostéo-articulaire ».

Ces thèmes CISP-2 sont cohérents avec l'épidémiologie des principaux problèmes de santé rencontrés en soins primaires. En effet l'étude ECOGEN qui a analysé les résultats de consultations dans 130 cabinets médicaux retrouve une majorité de thèmes généraux (27). Les thèmes ostéo-articulaires, métaboliques-endocrinien et psychologiques arrivent également dans les 5 premiers thèmes abordés en consultation. Ces thèmes se retrouvent également dans l'étude de S. Rigaux (6).

Seul le thème concernant la grossesse, contraception et planning familial est particulièrement étudié dans nos thèses alors qu'il arrive en douzième position dans l'étude ECOGEN et en huitième position dans l'étude de S. Rigaux. Encore une fois, la population jeune et particulièrement exposée à des grossesses précoces à la Réunion explique cet intérêt particulier des internes de la subdivision océan indien.

F. Objets de recherche

Notre étude vérifie le principe énoncé par Pouchain qui dit que si la médecine générale est centrée sur le patient, la recherche doit l'être aussi (28). En effet elle montrait que l'objet de recherche de la majorité des thèses était le patient. Nous retrouvons ce résultat aussi bien dans l'analyse de l'ensemble des thèses que dans l'analyse des thèses traitant de médecine générale ou dans l'analyse des thèses traitant d'autres spécialités avec respectivement 63,9%, 50% et 70,8% des thèses ayant pour objet le patient seul.

Ainsi seules 9,7% de l'ensemble des thèses et 22,9% des thèses traitant de médecine générale concernaient le médecin généraliste seul. La différence entre les deux résultats est très largement corrélée au nombre d'EPP dans les thèses de médecine générale.

Ce résultat est cohérent avec les résultats trouvés par H.Balva (5) à Angers qui retrouvait 8,8% entre 1997 et 1999 et 20,1% entre 2007 et 2009 et avec ceux de Chevalier (33) qui retrouvait 23% à Paris entre 2005 et 2007.

En revanche nos résultats sont discordants de ceux de S. Rigaux (6) qui retrouvait 47,9% des abstracts avec pour objet le médecin généraliste seul et seulement 33% avec pour objet le patient seul. Elle a étudié les résumés des présentations orales acceptées dans les congrès de médecine générale. Il s'agit donc d'études portant exclusivement sur des thèmes de médecine générale. Elle explique ces résultats par la difficulté « à passer d'une médecine antérieurement considérée comme d'exercice à une discipline académique cohérente avec ses fondamentaux ».

Il est en effet possible que les études présentées en congrès aient tendance à analyser la pratique des médecins généralistes, comme c'est le cas dans les thèses à orientation médecine générale de notre étude, plutôt que le patient lui-même. Cependant cette étude a été menée entre 2007 et 2010, donc très peu de temps après que la médecine générale a obtenu un statut universitaire. Avec le développement de la recherche en médecine générale, il serait intéressant, dans quelques années, d'évaluer une éventuelle progression des objets d'étude.

G. Méthodes de recherche

Notre étude montre que 95,8% des travaux réalisés par les internes étaient de nature quantitative. C'était le cas également dans l'étude de S. Rigaux (6) avec 73,2% d'études quantitatives et dans l'étude de S. El Mornan (32) qui retrouvait 86,5% d'études quantitatives.

Alors que la relation médecin-malade est un élément essentiel de la discipline, nous pouvons nous étonner qu'il n'y ait pas plus d'études qualitatives. En effet ces études permettent de mieux comprendre les mécanismes relationnels, psychologiques, sociaux, environnementaux et familiaux inhérents aux soins primaires. Elles apportent ainsi un savoir explicatif ou compréhensif utile pour générer des questions de recherche. La discipline est récente à la Réunion, nous pensons donc que ces études qualitatives devraient être les premières menées afin de générer les questions de recherche appropriées.

Les analyses descriptives étaient également majoritaires avec 91,3% dont 31% étaient déclaratives. Dans les thèses de médecine générale la proportion d'études déclaratives était de 64,1%. Nous pouvons expliquer que les thèses de soins primaires sont majoritairement déclaratives par le souhait d'une « approche centrée sur le patient ».

Nos résultats sont cohérents avec ceux de H. Balva (5) qui retrouvait 83% d'études descriptives dont 44% déclaratives à Angers et avec ceux de S. El Mornan (32) qui retrouvait 85% d'études descriptives à Créteil. S. Rigaux (6) retrouvait des résultats similaires dans son analyse des présentations orales des congrès de médecine générale avec 83,8% d'études descriptives dont 47% déclaratives.

Selon Pouchain, les études descriptives renseignent sur les prévalences, les incidences ou sur l'état des pratiques médicales. Elles sont utiles pour construire un programme d'enseignement ou organiser une politique de santé mais n'ont pas d'impact sur la santé des patients (28). Elles ont par ailleurs un très faible niveau de preuve et ne sont donc pas les études les plus adaptées pour faire avancer la recherche en médecine générale.

Si l'objectif des soins prodigués par les médecins généralistes est de restaurer, de préserver et de maintenir la santé des patients, il faut que les travaux de recherche soient cohérents avec cette finalité et établissent le bénéfice des soins de première ligne sur des critères patients, de préférence cliniques (28). Dans cet objectif, seules les études analytiques et interventionnelles randomisées sont susceptibles de le montrer.

En effet, ce sont les études les plus performantes qui mettent en évidence les liens statistiques entre plusieurs phénomènes et démontrent l'impact de l'activité de soins sur la santé. Notre étude montre que seulement 6,5% des thèses ont utilisé une méthode adaptée à cet objectif. C'était également le cas dans les études de S. Rigaux (6), de H. Balva (5) et de S. El Mornan (32) avec respectivement 11,8%, 10,8% et 2,2% d'études analytiques et interventionnelles.

H. Particularité des thèses des internes de DESC MU

Nous nous apercevons que les futurs médecins urgentistes n'ont réalisé que pour 12,9% d'entre eux des thèses orientées vers la médecine générale. Et dans les thèses orientées vers une autre spécialité nous retrouvons logiquement presque la moitié des thèses abordant un sujet d'urgence ou de réanimation.

Nous n'avons pas retrouvé d'étude évaluant le travail de thèse de ces internes. Cependant, comme leur activité professionnelle post-internat sera exclusivement hospitalière, nous expliquons facilement qu'ils soient peu sensibles aux caractéristiques des soins primaires et aux compétences requises en médecine ambulatoire.

Partant de ce constat, il est donc normal que les objets de recherche dans ces thèses soient proches de ceux des thèses de spécialité avec une grande majorité de recherches concernant le patient et très peu de recherches concernant le médecin généraliste.

De même la méthode de recherche utilisée se rapproche de celle utilisée dans les thèses de spécialité avec 96,7% d'études quantitatives descriptives de faible niveau de preuve, et seulement 12,9% de recueil déclaratif.

Nous comprenons donc aisément que les thèses des futurs médecins urgentistes ne concernent pas ou peu les soins primaires puisque leur exercice sera différent. En effet, bien qu'ils prodiguent des soins d'urgence, la prévalence et l'incidence des pathologies rencontrée est différente de celles traitées en médecine générale.

Si nous admettons donc qu'il est logique que ces thèses soient majoritairement des thèses de spécialité, nous pouvons nous demander si, lors d'un travail ultérieur ayant le même objectif que le nôtre, nous ne pourrions pas exclure du recueil les thèses des internes en DESC d'urgence afin de ne cibler que les internes qui auront effectivement une activité ambulatoire. Si le projet de faire de la médecine d'urgence un DES et non plus un DESC est effectif, cette question ne se posera plus.

CONCLUSION

Ainsi, les thèses des internes de médecine générale de la subdivision océan indien qui portent sur les soins primaires sont minoritaires. Les objets de recherches confirment une approche centrée sur le patient, mais également très centrée sur le médecin pour les thèses de soins primaires. Les études descriptives de faible niveau de preuve sont très majoritaires et malgré une discipline où la relation médecin-malade est centrale, les études qualitatives sont fortement minoritaires.

La sensibilisation des internes au travail de recherche, les actions de formation des médecins généralistes à la direction de thèse et la mise en place de la réforme du troisième cycle avec une augmentation des stages ambulatoires permettront sans doute d'inverser la tendance avec des thèmes, objets et méthodes de recherche des thèses de médecine générale en rapport avec la discipline.

La réforme sur le temps de travail permet aux internes de bénéficier de plus de temps pour les travaux personnels et de recherche. Le délai de soutenance pourrait ainsi être raccourci et inclus dans le temps de formation, ce qui permettrait de raccourcir le délai d'installation des jeunes médecins généralistes.

Nous n'avons pas pu mettre en évidence une évolution interprétable de nos données. Il serait intéressant de réaliser à distance une étude comparative afin d'évaluer l'impact de ces mesures.

BIBLIOGRAPHIE

1. de Pouvourville G. Développer la recherche en médecine générale et en soins primaires en France: propositions. 2006.
2. White et al. The ecology of medical care. N Engl J Med. 1961 Feb 11;265(18):885–92.
3. Maeseneer JMD, Sutter AD. Why Research in Family Medicine? A Superfluous Question. Ann Fam Med. 2004 May 1;2(suppl 2):S17–22.
4. Remacle A. La thèse de médecine générale: analyse descriptive des thèses de médecine générale soutenues à l'université Bordeaux 2-Victor Segalen de 1995 à 2000 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bordeaux II; 2002.
5. 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]. [France]: Université d'Angers; 2010.
6. Rigaux S. Thèmes, objets et méthodes de recherche dans les Abstracts des présentations orales acceptées dans les congrès de Médecine Générale de 2007 à 2010: TOMATE - MG [Thèse d'exercice]. [France]: Université François Rabelais (Tours). UFR de médecine; 2013.
7. WONCA Europe. The european definition of general practice/family medicine [Internet]. WONCA Europe; 2011. Available from: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf>
8. Jamouille M., Roland M., Humbert J., Brûlet JF. Traitement de l'information médicale par la CISP-2. Care Editions, ASBL; 2000.
9. Compagnon L., Bail P., Huez JF, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exercer. 2013;24(108):148–55.
10. Compagnon L., Bail P., Huez JF, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Les niveaux de compétences. Exercer. 2013;24(108):156–64.
11. Attali C., Huez JF, Valette T, Lehr Drylewicz AM. Les grandes familles de situations cliniques. Exercer. 2013;24(108):165–9.

12. ANEMF. Quel bilan pour la mise en place de la 2ème année du Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales? Rapport DFSGM [Internet]. 2012. Available from: http://www.anemf.org/IMG/pdf/rapport_dfsgm_-_del_cembre_2012_.pdf
13. Arrêté du 18 juin 2009 modifiant l'arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales [en ligne]. In Bulletin Officiel Santé – Protection sociale – Solidarités n°2009/7 du 15 août 2009, p. 134 [Internet]. 2009. Available from: http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2009/09-07/s te_20090007_0100_0109.pdf
14. Lerouge J., Taha A., Renard V. Etat des lieux de la médecine générale universitaire au premier janvier 2013. CNGE; 2013.
15. Décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales | Legifrance [Internet]. [cited 2015 May 3]. Available from: http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=52766455874EB781CA7A692732FAD203.tpdjo03v_2?cidTexte=JORFTEXT000000781658&categorieLien=id
16. Arrêté du 10 août 2010 modifiant l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine | Legifrance [Internet]. [cited 2015 May 3]. Available from: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022747156&dateTexte=&categorieLien=id>
17. Lam CLK. The 21st Century: The Age of Family Medicine Research? *Ann Fam Med*. 2004 May 1;2(suppl 2):S50–4.
18. Green LA. The Research Domain of Family Medicine. *Ann Fam Med*. 2004 May 1;2(suppl 2):S23–9.
19. Green LA, Fryer GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *The New England Journal of Medicine*. 28 juin2001;2021–5.
20. Chapron A., Fournier C. Pratiques préventives en médecine générale: regards au travers des recherches et des thèses - Enquête auprès des départements de médecine générale. Journées de la prévention; 2013 juin; Paris.

21. Ministère des affaires sociales et de la santé. Instructions n°DGOS/PF4/2014/33 du 28 janvier 2014 relative au programme de recherche translationnelle, au programme hospitalier de recherche clinique, au programme de recherche médico-économique, au programme de recherche sur la performance du système de soins, au programme de recherche infirmière et paramédicale, pour l'année 2014 [Internet]. 2014 [cited 2015 May 12]. Available from:
<http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&retourAccueil=1&r=37900>
22. DMG :: Department de Medecine Generale Bordeaux 2 [Internet]. [cited 2015 May 16]. Available from: http://www.dmg.u-bordeaux2.fr/these/liste_theses.html
23. Recherche - Université de Bordeaux - Documentation [Internet]. [cited 2015 May 16]. Available from: <https://babordplus.univ-bordeaux.fr/>
24. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine et des diplômes d'études spécialisée complémentaires de médecine [Internet]. [cited 2015 Jan 31]. Available from:
http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20041006&numTexte=00023&pageDebut=00023&pageFin=
25. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 19(84):142–5.
26. Les différents types d'études quantitatives [Internet]. [cited 2015 Feb 2]. Available from: http://www.dumg-tours.fr/IMG/pdf/Les_differeents_types_d_etude_quantitatives.pdf
27. Letrilliart L., Supper I., Schuers M., Darmon D., Boulet P., Favre M., et al. Etude ECOGEN : accéder à la «boîte noire» de la médecine générale. *Exercer*. 2014;(114):148–57.
28. Pouchain D, Druais PL, Renard V, Huas D. Principes d'une politique de recherche au service de la discipline et (surtout) des patients. *Exerc Rev Fr Médecine Générale*. 2008;19(84):130–4.
29. Inesta S. Analyse des thèses soutenues par les résidents et internes de médecine générale de l'UFR de Rennes entre 2005 et 2008. [Rennes 1]; 2009.
30. Morinais E. Audit des thèses de médecine générale soutenues en 2002 à Angers. [Angers]; 2004.

31. Bourrel G., Hofliger P., Vanon I. Diversité et richesse des thèses en médecine générale. *Exercer*. 19(81):42–4.
32. 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, Paris XII; 2012.
33. Chevalier M. Analyse des thèses d'exercice soutenues par les internes en médecine générale de la faculté de médecine de Paris Descartes de janvier 2005 à décembre 2007. Descartes Paris 5; 2009.
34. Dutartre A. Le devenir professionnel des internes de médecine générale de la subdivision océan indien issus des promotions 2004-2008. Bordeaux 2;
35. Levasseur G, Schwyer F-X. La recherche en médecine générale, à travers les thèses de médecine. *Santé Publique*. 2003 Jun 1;15(2):203–12.
36. C. Shawn Tracy, Guilherme C. Dantas, Upshur RE. Evidence-based medicine in primary care: qualitative study of family physicians. *BMC Fam Pract*. 2003 May 9;4(1):6.
37. Tracy CS, Dantas GC, Moineddin R, Upshur RE. The nexus of evidence, context, and patient preferences in primary care: postal survey of Canadian family physicians. *BMC Fam Pract*. 2003 Sep 23;4(1):13.
38. Cathébras P., Begon A., Sylvie Laporte, Christophe Bois, Truchot D. Epuisement professionnel chez les médecins généralistes. *Presse Médicale*. 2004 décembre;33(22):1569–74.

ANNEXES

ANNEXE 1. DEFINITIONS DES ORIENTATIONS THEMATIQUES DES THESES SELON LE MeSH

Les définitions suivantes sont des traductions des définitions du MeSH avec quelques adaptations. Les mots entre crochets sont les termes exacts du MeSH.

- Orientation clinique [case report] : thèse dont l'orientation principale est l'étude de cas cliniques avec étude des symptômes, de l'examen clinique et des résultats des examens complémentaires permettant d'aboutir à un diagnostic. Elle peut également exposer l'évolution clinique et le suivi thérapeutique.
- Orientation philosophique [philosophy] : thèse dont l'orientation principale est l'étude des concepts (analyse, définition et critique), des sujets fondamentaux et des principes de réalité.
- Orientation psychologique [psychology] : thèse dont l'orientation principale est l'étude scientifique des processus mentaux.
- Orientation thérapeutique [therapeutics] : thèse dont l'orientation principale est l'étude de procédures curatives des maladies (médicamenteuses ou non).
- Orientation diagnostique [diagnosis, techniques and procedures] : thèse dont l'orientation principale est l'étude de méthodes, procédures et tests permettant de diagnostiquer une maladie, un désordre fonctionnel ou une incapacité.
- Orientation pédagogique [pedagogy] : thèse dont l'orientation principale est l'étude du processus éducatif de la médecine.
- Orientation sociodémographique [sociology] et [demography] : thèse dont l'orientation principale est l'étude des corrélations statistiques entre certains états de santé et différents segments de la population. Ces segments sont définis par les relations entre les groupes et par les modèles de comportement collectif ou d'organisation sociale.

- Orientation dépistage [early diagnosis] : thèse dont l'orientation principale est l'étude de méthodes de détermination de maladies (ou de désordres) à un stade précoce de progression (permettant ainsi généralement d'améliorer le pronostic et le résultat du traitement).
- Orientation éducation [health education] : thèse dont l'orientation principale est l'enseignement d'attitudes et de connaissances visant à promouvoir la santé personnelle et publique.
- Orientation étude de la pratique [health knowledge, attitudes, practice] : thèse dont l'orientation principale est l'étude des connaissances, attitudes et comportements des médecins vis-à-vis d'une situation déterminée.
- Orientation épidémiologique [epidemiology] : thèse dont l'orientation principale est l'étude de l'incidence et du déroulement caractéristique des maladies, ainsi que la détermination des causes et facteurs influant sur ces problèmes de santé.
- Orientation anthropologique : thèse dont l'orientation principale est l'anthropologie de la santé c'est-à-dire « l'ensemble des études portant sur les processus étiologiques de la maladie, les méthodes et les relations thérapeutiques entre soignants et soignés, le rôle de malade et le processus de réinsertion sociale du patient guéri ainsi que les modes préventifs de la rechute et de la maladie. Cette sous-discipline anthropologique vise à définir la totalité des facteurs (hérédité, environnement, constitution biologique, nutrition, conditions de vie, expériences vécues, etc.) qui exercent une influence sur l'état de santé d'un individu par le biais d'une approche théorique générale qui s'intéresse aux interrelations du biologique, du psychologique et du culturel dans notre civilisation (de type occidental) comme dans l'ensemble des civilisations du monde».

ANNEXE 2. DEFINITION DES TECHNIQUES DE RECUEIL DE DONNEES DANS UNE ETUDE QUALITATIVE

- Entretien dirigé : guide d'entretien structuré
- Entretien semi-dirigé : questions à réponses ouvertes
- Focus group (entretien de groupe) : huit à dix personnes rassemblées autour d'un sujet avec un animateur et un observateur.
- Questionnaire à réponses ouvertes : questions à réponses ouvertes posées par écrit, pas d'entretien oral.

ANNEXE 3. DEFINITION DES TYPES D'ETUDES QUANTITATIVES

- Etudes descriptives : il s'agit d'études observationnelles. On distingue les séries de cas et les études transversales.

Dans la première une série de cas comparable est surveillée sur une période prospective ou rétrospective. Il n'y a pas de comparaison avec un groupe témoin.

Dans la seconde, on réalise un cliché d'une population à un instant T, il n'y a pas de suivi et pas de comparaison à un groupe témoin. On peut ainsi calculer la prévalence d'une maladie c'est à dire le nombre de malades dans la population.

- Etudes analytiques : il s'agit également d'études observationnelles. On distingue les études de cohorte et les études cas témoin.

Dans la première on suit une cohorte de personnes exposées à un facteur de risque ainsi qu'une cohorte de personnes non exposées à ce même facteur. On réalise un suivi prospectif sur une période déterminée ou jusqu'à l'apparition d'une maladie. On peut ainsi calculer le taux d'incidence d'une maladie c'est à dire le nombre de nouveaux cas par an.

Dans les études cas-témoin on compare une population malade à une population non malade et on cherche de façon rétrospective l'exposition à un facteur de risque déterminé.

- Etudes interventionnelles : il s'agit d'évaluer l'efficacité d'une intervention ou d'un traitement. On définit en général en double aveugle la population qui bénéficiera de l'intervention de référence et celle qui bénéficiera de l'intervention à évaluer. On compare ensuite les résultats de chaque groupe afin d'évaluer les bénéfices de cette nouvelle intervention.
- Revue de la littérature : revue bibliographique exhaustive à propos d'un thème afin d'en faire la synthèse critique.

ANNEXE 4. GRILLE DE RECUEIL DE DONNEES

	Données recueillies	Détail
Interne	Sexe	Homme/ Femme
	Date de naissance	Jj/mm/aaaa
	Promotion	01/11/20aa
	Date de soutenance	Jj/mm/aaaa
	Délai entre le début de l'internat et la soutenance	En mois
	Age lors de la soutenance	En années
	Inscription au DESC de médecine d'urgence	Oui/ Non
	Mention	Aucune/ Honorable/ Très honorable/ Félicitations du jury
Directeurs & Rapporteurs	Spécialité exercée	Liste des spécialités
	Type d'exercice	Spécialiste hospitalier/ Spécialiste libéral/ MGE/ MSU/ MG/ Autre
Directeur	Région d'activité	Réunion/ Mayotte/ Bordeaux/ Autre
	Nombre de thèses dirigées sur la période	
Jury	Nombre de membres du jury exerçant chacune des spécialités suivantes	MGE/ MSU/ MG/ Urgentiste/ Autre spécialiste/ Autre

		Données recueillies	Détail
Thème de recherche	Ensemble des thèses	Discipline concernée par la thèse	Médecine générale/ Autre spécialité (liste)
		Orientation thématique (MeSH) <i>(1 choix possible)</i>	Clinique/ Philosophique/ Psychologique/ Thérapeutique/ Diagnostique/ Pédagogique/ Sociodémographique/ Dépistage/ Education/ Etude de la pratique/ Epidémiologique/ Anthropologique
	Thèses de Médecine Générale	Compétences WONCA <i>(plusieurs choix possibles)</i>	Gestion des soins de santé primaire/ Soins centrés sur le patient/ Aptitude spécifique à la résolution de problèmes/ Approche globale/ Orientation communautaire/ Modèle holistique
		Caractéristiques WONCA <i>(plusieurs choix possibles)</i>	Premier recours/ Coordination/ Centré patient/ Relation médecin-patient/ Soins continus/ Responsabilisation/ Décision spécifique aux soins primaires/ Pathologies aiguës et chroniques/ Quel que soit le stade/ Education/ Santé publique/ Approche multidimensionnelle

Thème de recherche	Thèses de Médecine Générale	Compétences CNGE <i>(plusieurs choix possibles)</i>	Approche globale, complexité/ Education, prévention, santé publique/ Premier recours, urgences/ Continuité, suivi, coordination/ Relation, communication, centré patient/ Professionnalisme
		Grandes familles de situation clinique (CNGE) <i>(1 choix possible)</i>	Pathologie chronique, polymorbidité/ Sexualité, génitalité/ Problème de relation médecin-patient/ Problèmes aigus fréquents/ Problème aigu urgents/ Médico-légal/ Santé enfants et adolescents/ Problème de différence culturelle/ Problème familial/ Problème de santé lié au travail/ Problèmes sociaux
		Thème CISP-2 Code CISP-2	A-Général/ B- Sang, immunité/ D- Digestif/ F- Œil/ H- Oreille/ K- Cardiovasculaire/ L- Ostéo-articulaire/ N- Neurologique/ P- Psychologique/ R- Respiratoire/ S- Peau/ T- Métabolique, endocrinien/ U- Urologique/ W- Grossesse, planning familial/ X- Génital féminin/ Y- Génital masculin/ Z- Problèmes sociaux

	Données recueillies	Détail			
Objets de recherche	Patient	Oui/Non			
	Médecin Généraliste	Oui/Non			
	Divers (autre spécialiste, personnel paramédical, pathologie, germe,...)	Oui/Non			
Méthodes de recherche	Qualitative	Entretien dirigé/ Entretien semi-dirigé/ Focus group/ Questionnaire à réponses ouvertes/ Non			
	Quantitative	Descriptive	Prospective/ Rétrospective/ Mixte	Déclarative/ Non déclarative	
		Analytique	Prospective/ Rétrospective/ Mixte	Déclarative/ Non déclarative	
		Revue de la littérature			
		Interventionnelle	Randomisée/ Non randomisée		
		Non			
	Mixte	Oui/ Non			

ANNEXE 5. CODES CISP-2 ABORDES DANS LES THESES DE MEDECINE GENERALE

CODE CISP-2	N
--------------------	----------

A - GENERAL ET NON SPECIFIQUE	
A01 - Douleur générale ou de sites multiples	1
A44 - Vaccinations ou médicaments préventives	2
A45 - Recommandations, éducation pour la santé, avis, régime	1
A50 - Prescription, demande, renouvellement, injection de médicament	2
A59 - Autres procédures thérapeutiques et petite chirurgie NCA	2
A68 - Autres références NCA	4
A77 - Maladie virale autre	1
A78 - Autre maladie infectieuse	2
A98 - Gestion de la santé, médecine préventive	3
A99 - Maladie de nature ou de site non précisé	2

B - SANG, SYSTEME HEMATOPOIETIQUE ET IMMUNOLOGIQUE	
B99 - Autre maladie du sang, du système lymphatique ou de la rate	1

D - SYSTEME DIGESTIF	
D73 - Gastro-entérite présumée infectieuse	1

K - CARDIOVASCULAIRE	
K85 - Pression sanguine élevée	1

L - OSTEO-ARTICULAIRE	
L34 - Autre analyse de sang	2
L66 - Référence à un autre dispensateur non médecin	1

N - NEUROLOGIQUE	
N93 - Syndrome du canal carpien	1

CODE CISP-2	N
--------------------	----------

P - PSYCHOLOGIQUE	
P15 - Alcoolisme chronique	1
P19 - Usage abusif de drogue	1
P70 - Démence	2
P99 - Autre trouble psychologique	1

T – METABOLIQUE, NUTRITIONNEL ET ENDOCRINIEN	
T45 - Recommandations, éducation pour la santé, avis, régime	1
T82 - Obésité	1
T90 - Diabète non insulino-dépendant	1
T99 – Autre maladie endocrine, métabolique ou nutritionnelle	1

W – GROSSESSE, ACCOUCHEMENT ET PLANNING FAMILIAL	
W14 – Autre contraception chez la femme	1
W43 -	1
W45 - Recommandations, éducation pour la santé, avis, régime	2
W49	1
W78 - Grossesse	3
W99 – Autre maladie de la grossesse ou de l'accouchement	1

X – SYSTEME GENITAL FEMININ ET SEIN	
X44 - Vaccinations ou médicaments préventives	1

Z- SOCIAL	
Z15 – Perte ou décès du partenaire	2

TOTAL	48
--------------	-----------

ANNEXE 6. CODES DU CHAPITRE A- GENERAL ET NON SPECIFIQUE DE LA CISP-2

Chapitre A, Composant 1 : Symptômes et plaintes

- A01 : Douleur générale ou de sites multiples
- A02 : Frissons
- A03 : Fièvre
- A04 : Fatigue ou faiblesse générale
- A05 : Sensation d'être malade
- A06 : Evanouissement ou syncope
- A07 : Coma
- A08 : Gonflement
- A09 : Problème de transpiration
- A10 : Saignement ou hémorragie NCA
- A11 : Douleur thoracique NCA
- A13 : Préoccupé par ou peur d'un traitement médical
- A16 : Nourrisson irritable
- A18 : Préoccupé par son aspect extérieur
- A20 : Demande ou discussion a propos de l'euthanasie
- A21 : Facteur de risque de cancer Z80, Z85
- A23 : Facteur de risque NCA
- A25 : Peur de la mort, de mourir
- A26 : Peur du cancer NCA
- A27 : Peur d'avoir une autre maladie NCA
- A28 : Limitation de la fonction ou incapacité NCA
- A29 : Autre symptôme ou plainte générale

Composant 2 – Procédures diagnostiques et préventives

- -30 Examen médical ou bilan de santé détaillé
- -31 Examen médical ou bilan de santé partiel
- -32 Test de sensibilité

- -33 Examen microbiologique ou immunologique
- -34 Autre analyse de sang
- -35 Autre analyse d'urine
- -37 Autre analyse de selles
- -38 Autre analyse de laboratoire NCA
- -39 Epreuve fonctionnelle
- -40 Endoscopie diagnostique
- -41 Radiologie diagnostique ou imagerie
- -42 Tracés électriques
- -43 Autres procédures diagnostiques
- -44 Vaccinations ou médications préventives
- -45 Recommandations, éducation pour la santé, avis, régime
- -46 Discussion entre dispensateurs de soins primaires
- -47 Discussion avec un spécialiste
- -48 Clarification ou discussion au sujet de la raison de rencontre du patient
- -49 Autres procédures préventives

Composant 3 – Médicament, traitement, procédures thérapeutiques

- -50 Prescription, demande, renouvellement, injection de médicament
- -51 Incision, drainage, lavage, aspiration, aspiration de fluide corporel
- -52 Excision, enlèvement de tissus, biopsie, destruction, débridement, cautérisation
- -53 Appareillage, cathéterisation, intubation, dilatation
- -54 Préparation ou fixation de suture, plâtre, matériel prothétique (appliquer, enlever)
- -55 Injection locale, infiltration
- -56 Pansement, compression, bandage, tamponnement
- -57 Médecine physique, réhabilitation
- -58 Conseil thérapeutique, écoute, psychothérapie
- -59 Autres procédures thérapeutiques et petite chirurgie NCA

Composant 4 – Résultats

- -60 Résultats d'analyse ou d'examens
- -61 Résultats d'analyse ou d'examens demandés par un autre dispensateur de soins

Composant 5 – Administratif

- -62 Contact administratif

Composant 6 – Références et autres raisons de rencontre

- -63 Rencontre de suivi
- -64 Rencontre ou problème à l'initiative du dispensateur
- -65 Rencontre ou problème à l'initiative d'un tiers
- -66 Référence à un autre dispensateur non médecin (infirmière, thérapeute, travailleur social ...)
- -67 Référence à un médecin, spécialiste, clinique ou hôpital
- -68 Autres références NCA
- -69 Autres raisons de rencontre NCA

Chapitre A, Composant 7 : Diagnostics

- A70 : Tuberculose
- A71 : Rougeole
- A72 : Varicelle
- A73 : Paludisme
- A74 : Rubéole
- A75 : Mononucléose infectieuse
- A76 : Autre exanthème viral
- A77 : Maladie virale autre ou NCA
- A78 : Autre maladie infectieuse NCA

- A79 : Cancer NCA
- A80 : Traumatisme ou lésion traumatique NCA
- A81 : Polytraumatisme ou lésions multiples
- A82 : Effet tardif d'un traumatisme
- A84 : Intoxication par substance médicinale
- A85 : Effet secondaire d'une substance médicinale
- A86 : Effet toxique d'une substance non médicinale
- A87 : Complication de traitement médical
- A88 : Effet secondaire de facteur physique
- A89 : Effet secondaire de matériel prothétique
- A90 : Anomalie congénitale NCA ou multiple
- A91 : Résultat d'investigation anormale NCA
- A92 : Allergie ou réaction allergique NCA
- A93 : Nouveau-né prématuré
- A94 : Autre morbidité périnatale
- A95 : Mortalité périnatale
- A96 : Mort
- A97 : Pas de maladie
- A98 : Gestion de la santé / médecine préventive
- A99 : Maladie ou condition de nature ou de site non précisé

ANNEXE 7. CODE CNGE (1996)

I.1 Champs d'activité et fonctions

- I.1.1 concepts : besoins de santé, fonction du MG, premiers recours, continuité des soins, coordination des soins, santé publique
- I.1.2 applications : prévention, éducation, dépistage, dossier médical, responsabilité personnelle

I.2 Les Patients

- I.2.1 les patients qui consultent : nourrissons et enfants, adolescents, personnes âgées, migrants, femmes de 50 ans, patients en difficultés sociales, au moment de la retraite
- I.2.2 environnement du patient : entourage, visite à domicile, médecin de famille

I.3 Représentations de la maladie : mythes et représentations, différentes façon de se soigner le fonctionnel et l'organique

I.4 La relation médecin –malade

- I.4.1 analyse : démarche médicale, les tiers, l'argent
- I.4.2 théories et concepts : théories de la communication, concepts psychanalytiques
- I.4.3 les fonctions de la parole : écouter les malades, informer et négocier, le non-dit
- I.4.4 difficultés et limites : patients insupportables, patients infidèles

I.5 De la plainte à la décision

- I.5.1 la démarche médicale : théorie de la décision, suivi, démarche décisionnelle
- I.5.2 le recueil des données : l'entretien, examen clinique enfant, adulte, examen gynécologique, neurologique, outils médicaux, le téléphone, l'écoute
- I.5.3 les examens complémentaires : prescrire, utiliser un examen complémentaire, une imagerie
- I.5.4 la prescription : ordonnance, observance, effet placebo, pharmacovigilance, traitement chez le sujet âgé, délivrance des traitements par les pharmaciens, relations avec l'industrie pharmaceutique
- I.5.5 médicaments : antalgiques, psychotropes, antibiotiques, AINS, corticoïdes, antithrombotiques, médicaments cardio-vasculaires, trousse d'urgence, traitements dits de confort
- I.5.6 traitements non médicamenteux : arrêt de travail, psychothérapie, cures, conseils de santé, appareillage
- I.5.7 recours aux autres professionnels de santé : recours aux spécialistes, kinésithérapeutes, soins infirmiers, orthophonie
- I.5.8 hospitalisation : décider l'hospitalisation, hôpital local, chirurgie ambulatoire

II.1 Les situations cliniques

- II.1.1 problèmes généraux : états fébriles, fatigue, malaise, amaigrissement, sport, affections cutanées, risques artériels, hypertension, dyslipidémie, excès de poids, vaccination, voyage, poly pathologie, diabète, allergie, suivi du patient cancéreux, fin de vie, handicapés
- II.1.2 troubles psychiques et comportementaux : anxiété, dépression, insomnie, troubles de la mémoire, sinistrose, toxicomanie, alcool, tabac
- II.1.3 tête et cou : orl, ophtalmo, vertiges, thyroïde, céphalée
- II.1.4 thorax : douleur thoracique, patient coronarien, asthme, insuffisance cardiaque, seins, palpitations, BPCO

- II.1.5 abdomen et pelvis : douleurs abdominales et pelviennes, douleurs épigastriques, troubles du transit, dyspepsie, foie et vésicule, troubles des règles, troubles urinaires, pathologie anales
- II.1.6 rachis et membres : arthrose, lombalgie, traumatologie, pathologies du pied et de la main, ostéoporose, insuffisance veineuse, artérite
- II.1.7 sexualité et reproduction : contraception, infertilité, grossesse, ménopause, IVG, MST, VIH, dysfonctions sexuelles
- II.1.8 problèmes spécifiques des enfants : rhinopharyngites, otites, énurésie, douleurs abdominales, asthme, problèmes cutanés, problèmes orthopédiques
- II.1.9 problèmes spécifiques aux personnes âgées : parkinson, démence, confusion

II.2 Quelques aspects médico-sociaux : maintien à domicile, accidents de travail, aide sociale, examens obligatoires

II.3 Recherche éthique évaluation : recherche clinique, éthique, déontologie, évaluation des pratiques

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, 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 et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

ABSTRACT

General medicine is a discipline created in 2004. WONCA and CNGE have defined the most encountered skills and situations. Investigations show that the thesis do not cater to standards fixed by the discipline. We wanted to describe the contents of thesis in the Indian Ocean subdivision, since 2004.

The aim is to analyse topics, objects and research methods in general medicine thesis.

We, therefore, conducted a descriptive, retrospective and quantitative investigation of 144 thesis held.

Only a third of the thesis dealt with the subject of general medicine. Management was provided with a general practitioner in only 20.8% of the thesis and there was at least one general practitioner in 54.8% of the juries. Prevention and community health were the most discussed topics. The clinical orientation and the evaluations of professional practices represented 47.2% of the thesis. The research was focused on the patient in 63.9% of the thesis, and 22% of primary care thesis were focused on the general practitioner. A quantitative method was used in 95.8% of the investigations, and a descriptive method was used in 91.3% of the investigations.

The specialized study diploma's model, does not allow for the development of research by General Practice's. The topics are proposed by hospital doctors. Thesis contain a low proof level, and although the discipline claims to have an approach focused on the patient, only 4.2% use a qualitative method.

The General Practitioner practice of case management has an interesting perspective. Its integration into the teaching faculty deals with research and methodology in particular manner, and allows a wide choice of subjects and methods. The third cycle's reform of having two mandatory ambulatory internships could influence the objectives and general medicine thesis methods related to this discipline.

Keywords : General practice, primary care, academic dissertation, topic, object, method, Reunion island

RÉSUMÉ

La Médecine Générale est une discipline créée en 2004. La WONCA et le CNGE ont défini les compétences et les situations les plus rencontrées. Les études montrent que les thèses de médecine générale ne répondent pas aux standards fixés par la discipline en matière de recherche. Nous avons voulu décrire le contenu des thèses dans la subdivision Océan Indien depuis 2004.

L'objectif est d'analyser les thèmes, objets et méthodes de recherche dans les thèses de médecine générale soutenues de 2007 à 2014 dans la subdivision Océan Indien.

Nous avons réalisé une étude descriptive, rétrospective et quantitative sur les 144 thèses soutenues.

Seules 1/3 des thèses concernaient la médecine générale. La direction n'est assurée par un médecin généraliste que dans 20,8% des thèses. Il n'y avait au moins un médecin généraliste que dans 54,8% des jurys. La prévention et la santé communautaire étaient les thèmes les plus abordés. L'orientation clinique et les EPP représentaient 47,2% des thèses. La recherche était centrée sur le patient dans 63,9% des thèses, mais 22% des thèses de soins primaires étaient centrées sur le médecin généraliste. 95,8% des études ont utilisé une méthode quantitative et 91,3% étaient descriptives.

La maquette du DES n'aide pas à développer la recherche en Médecine Générale avec des sujets proposés par des médecins hospitaliers. Les thèses sont de faible niveau de preuve et seulement 4,2% d'entre elles utilisent une méthode qualitative qui permet pourtant d'évaluer au mieux les attentes et besoins des patients.

La formation des MG à la direction de thèse est une perspective intéressante. L'intégration dans l'enseignement d'une formation à la rédaction des thèses ainsi que la réforme du 3ème cycle, avec deux stages ambulatoires obligatoires, permettra un choix plus vaste sur le sujet, les thèmes, objets et méthodes de recherche des thèses traitant de Médecine Générale.

TITRE EN ANGLAIS : Topics, objects and research methods in general medicine theses in Indian ocean subdivision between 2007 and 2014.

DISCIPLINE : Médecine Générale

Mots-clés : médecine générale, soins primaires, thèse, thème de recherche, objet de recherche, méthode de recherche, ile de la Reunion

UFR DES SCIENCES MEDICALES

Universités de Bordeaux – Bordeaux Segalen

146, Rue Léo Saignat

33076 BORDEAUX CEDEX