



**HAL**  
open science

# Les thèses dans la filière de médecine générale : étude descriptive des thèses des futurs médecins généralistes soutenues à Bordeaux entre 2007 et 2014

Maylis Labernède

## ► To cite this version:

Maylis Labernède. Les thèses dans la filière de médecine générale : étude descriptive des thèses des futurs médecins généralistes soutenues à Bordeaux entre 2007 et 2014. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01336275

**HAL Id: dumas-01336275**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01336275>**

Submitted on 22 Jun 2016

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux  
U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2016

Thèse n°72

Thèse pour l'obtention du  
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement  
le 2 juin 2016

Par Maylis LABERNÈDE  
né le 7 juin 1985 à Bordeaux

# Les Thèses dans la filière de médecine générale

Étude descriptive des thèses des futurs médecins  
généralistes soutenues à Bordeaux entre 2007 et 2014.

Directeur de thèse  
Pr Gérard Ducos

Membres du Jury :

Pr Bernard Gay ..... Président  
Pr André Quinton ..... Rapporteur  
Pr Patrick Dehail ..... Juge  
Dr Laurent Magot ..... Juge  
Dr Guillaume Conort ..... Juge  
Pr Gérard Ducos ..... Directeur



Université de Bordeaux  
U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2016

Thèse n°72

Thèse pour l'obtention du  
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement  
le 2 juin 2016

Par Maylis LABERNÈDE  
né le 7 juin 1985 à Bordeaux

# Les Thèses dans la filière de médecine générale

Étude descriptive des thèses des futurs médecins  
généralistes soutenues à Bordeaux entre 2007 et 2014.

Directeur de thèse  
Pr Gérard Ducos

Membres du Jury :

Pr Bernard Gay ..... Président  
Pr André Quinton ..... Rapporteur  
Pr Patrick Dehail ..... Juge  
Dr Laurent Magot ..... Juge  
Dr Guillaume Conort ..... Juge  
Pr Gérard Ducos ..... Directeur

---

Document créé avec L<sup>A</sup>T<sub>E</sub>X le 10 juin 2016

par

Maylis Labernède



Cette œuvre est mise à disposition selon les termes de la Licence Creative Commons Attribution - Partage dans les Mêmes Conditions 3.0 France.

---

# Remerciements

---

À Monsieur le Professeur Bernard Gay, vous me faites l'honneur d'accepter la présidence du jury. Je vous en remercie et vous prie de croire en ma profonde estime.

À Monsieur le Professeur Gérard Ducos, vous avez accepté de me guider dans ce sujet sur lequel j'ai vraiment aimé travaillé. Je vous remercie énormément pour le temps que vous m'avez donné et la rigueur que vous m'avez inculquée.

À Monsieur le Professeur André Quinton, vous avez accepté de réaliser le rapport de cette thèse et de siéger au sein du jury. Je vous en remercie et vous prie de trouver ici le témoignage de ma sincère gratitude.

À Monsieur le Professeur Patrick Dehail, vous me faites aujourd'hui l'honneur de juger mon travail en participant à ce jury, je vous remercie pour votre disponibilité.

À Monsieur le Docteur Laurent Magot, merci à vous de participer au jury de cette thèse. Bonne continuation pour poursuivre les travaux sur ce sujet.

À Monsieur le Docteur Guillaume Conort, je vous remercie du temps que vous m'accorder en acceptant de juger ce travail.

À ma famille. Mes parents, votre bienveillance envers les autres m'a inspiré dans le choix et maintenant dans la pratique de ce métier que j'adore ; mamounette, merci pour ton optimisme à toutes épreuves, il a été un véritable moteur dans ce long parcours ; Élise, ma soeurette, merci de rester mon alliée en toute circonstance.

---

À Éric, merci de m'avoir soutenu pendant la réalisation de ce travail et merci d'être là quoi qu'il arrive. La vie partagée avec toi a plus de saveurs.

À mes amis, loin ou près, pour tous ces moments inoubliables passés ensemble. En particulier : MC (merci d'être toujours là... jusque dans cette maison remplie de chats où on vivra quand plus personne ne pourra nous supporter... ;-), Chachou, Irène et Anna (les meilleurs week-ends !), Marie, Toofik, Wally, JB, Croky, Carole, Camille, Christelle, Sandy, Ophel, Ornella, Lolo, Steph, Anne-Lise, Clotilde, Coline, Virginie. Mais aussi tous les autres avec qui j'ai passé de bons moments et qui se reconnaîtront !

À tous mes co-externes et co-internes qui m'ont rendu les stages plus rigolos et plus intéressants.

À tous les médecins et enseignants qui m'ont donné envie de continuer dans cette voie.

# Table des matières

---

<b>Préambule</b>	<b>1</b>
<b>1 Introduction</b>	<b>2</b>
1.1 À propos de la thèse en médecine . . . . .	2
1.2 Historique de la filière médecine générale . . . . .	2
1.3 La recherche en médecine générale . . . . .	3
1.3.1 Pourquoi faire de la recherche en médecine générale ? .	3
1.3.2 Organisation de la recherche en médecine générale et intérêt des thèses . . . . .	4
1.4 Caractéristiques d'une thèse de médecine générale . . . . .	6
1.4.1 Le champ disciplinaire . . . . .	6
1.4.2 Les domaines de recherche au sein de la discipline . . .	7
1.4.3 L'encadrement . . . . .	9
1.4.4 Les populations d'étude . . . . .	9
1.4.5 Les types d'étude . . . . .	9
1.4.6 Critères choisis pour une thèse de médecine générale . .	10
1.5 Synthèse . . . . .	11
1.5.1 Question de recherche . . . . .	11
1.5.2 Hypothèses . . . . .	11
1.5.3 Objectifs . . . . .	11
<b>2 Méthode</b>	<b>13</b>
2.1 Type d'étude . . . . .	13
2.2 Population . . . . .	13
2.3 Outils . . . . .	13
2.3.1 Logiciel . . . . .	13

---

2.3.2	Grille . . . . .	13
2.3.3	Les types d'études . . . . .	15
2.3.4	Utilisation de la CISP-2 . . . . .	16
2.3.5	Les populations d'étude . . . . .	16
2.4	Déroulé de l'étude . . . . .	17
2.4.1	Identification de la population . . . . .	17
2.4.2	Identifications des données . . . . .	17
2.4.3	Analyse des données . . . . .	18
2.4.4	Éthique . . . . .	18
<b>3</b>	<b>Résultats</b>	<b>19</b>
3.1	Résultats principaux . . . . .	20
3.2	Caractéristiques des thésards . . . . .	22
3.3	Caractéristiques des jurys . . . . .	24
3.4	Les populations cibles des thèses . . . . .	29
3.5	Données secondaires pour les thèses MG et ambiguës . . . . .	31
<b>4</b>	<b>Discussion</b>	<b>36</b>
4.1	De la méthode . . . . .	36
4.1.1	Type d'étude . . . . .	36
4.1.2	Population d'étude . . . . .	36
4.1.3	Critères MG choisis . . . . .	36
4.2	Des résultats . . . . .	40
4.2.1	Principaux . . . . .	40
4.2.2	Les thésards . . . . .	41
4.2.3	Les jurys . . . . .	42
4.2.4	Les populations cibles des thèses . . . . .	44
4.2.5	Secondaires . . . . .	45
4.3	Recontextualisation de l'étude . . . . .	47
4.4	Perspectives . . . . .	49
	<b>Conclusion</b>	<b>52</b>
	<b>Bibliographie</b>	<b>53</b>
	<b>Annexes</b>	<b>57</b>
A	Classification internationale des Soins Primaires . . . . .	57

---

B	Grille d'évaluation d'une thèse de médecine générale . . . . .	60
C	Exemples de titres de thèses catégorisées « MG » . . . . .	62
	<b>Résumé</b>	<b>67</b>

# Acronymes

---

- CHU** Centres Hospitalo-Universitaires. 2
- CISP** Classification Internationale des Soins Primaires, version française de l'International Classification of Primary Care (ICPC). 7, 10, 14, 15, 37
- CNGE** Collège National des Généralistes Enseignants. 3, 5, 6
- DCEM** Deuxième Cycle des Études Médicales. 9, 16
- DES** Diplôme d'Étude Spécialisée. 1, 4, 9, 11, 13, 17, 23, 40, 41
- DMG** Département de Médecine Générale. 5, 6, 13, 19, 39
- DUMG** Département Universitaire de Médecine Générale. 5
- ECN** Examen Classant National. 3
- IMRaD** Introduction, Methods, Results and Discussion. 15
- MG** Médecine Générale. 3–5, 7, 10, 14, 16, 36, 37, 39
- MG/MF** Médecine Générale - Médecine de Famille. 4, 36
- OMS** Organisation Mondiale de la Santé. 4, 7
- SP** Soins Primaires. 4, 5, 36, 37, 39
- SUDOC** Système Universitaire de Documentation. 15, 17, 18, 38
- TCEM** Troisième Cycle des Études Médicales. 9, 13

# Préambule

---

L'évolution de la formation à la médecine générale en Diplôme d'Étude Spécialisée (DES) en a fait une spécialité parmi les autres spécialités médicales. Afin de mieux décrire cette discipline et spécialité, la WONCA<sup>1</sup> Europe a adopté en 2002 la définition suivante : discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires [1].

La thèse d'exercice en médecine, outre son intérêt de formation spécifique et de première approche de la recherche, est obligatoire pour obtenir le diplôme d'État en médecine mais la thématique concernée par cette thèse est libre. Pourtant, il serait souhaitable pour les internes en médecine générale de passer une thèse dans le champs de la médecine générale et encadrée par des généralistes.

De ce fait, il était intéressant, après avoir défini les critères des thèses appartenant au champ disciplinaire de la médecine générale, de connaître la proportion de ces thèses parmi celles soutenues par les étudiants en troisième cycle en médecine générale à l'Université de Bordeaux.

---

1. World Organisation of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners : l'organisation mondiale des médecins généralistes

# CHAPITRE 1

## Introduction

---

### 1.1 À propos de la thèse en médecine

Actuellement, les conditions d'exercice de la médecine en France sont définies par le Code de la Santé Publique et le Code de l'Éducation. Dans le Code de la Santé Publique, il est ainsi précisé que nul ne peut exercer la profession de médecin, s'il n'est, entre autre, titulaire d'un diplôme français d'État de docteur en médecine et inscrit au tableau du Conseil de l'Ordre des médecins [2, 3]. Le Code de l'Éducation précise que ce diplôme est délivré après soutenance avec succès d'une thèse en doctorat [4]. La soutenance peut intervenir au plus tôt, dès la validation du troisième semestre de formation, et, au plus tard, trois années après la validation du troisième cycle des études médicales [5].

A noter que les thèses des études médicales sont des thèses d'exercice qui diffèrent par les conditions de préparation et de soutenance des thèses aboutissant à un diplôme de Doctorat [6]. La soutenance entraîne la délivrance d'un diplôme d'État de docteur en médecine.

### 1.2 Historique de la filière médecine générale

Avant les changements des dernières décennies, les facultés de médecine dispensaient un enseignement théorique avec des études qui duraient sept ans.

En 1958, la réforme initiée par Michel Debré crée les Centres Hospitalo-Universitaires (CHU) ainsi que le temps plein hospitalier et universitaire, intégrant dans un même corps les enseignants de la faculté et les enseignants des hôpitaux publics. Cette réforme a donné une impulsion considérable à la médecine hospitalière mais écarte de fait la médecine de ville de la filière universitaire et de la recherche[7].

La filière de formation des médecins généralistes a ensuite connu de nombreux bouleversements, concomitants à l'évolution des études médicales :

- 1970 : le début des stages expérimentaux chez le praticien, ne devient officiellement autorisé que deux ans plus tard par la loi 72-660 du 13/07/1972 ;
- 1973 : l'apparition de la notion de maître de stage et les décrets correspondants précisent en 1974 une présence effective en stage de 20 demi-journées mais réparties différemment selon les universités ;
- 1974 : le premier Collège d'enseignants de médecine générale est créé à l'UER<sup>1</sup> Bobigny ;
- 1982 : la réforme de l'internat et la suppression des CES<sup>2</sup>, individualisent ainsi une filière de formation spécifique à la médecine générale ;
- *suite des années 80* : d'autres collèges de généralistes enseignants dans le troisième cycle se créent et se regroupent dans l'association Ecole de Riom pour leur formation, qui évoluera ensuite vers le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) ;
- 1995 : le stage auprès du praticien devient obligatoire et pour une durée d'un semestre (confirmation par le décret n°97-494 du 16/05/1997, qui prononce le passage du troisième cycle à deux ans et demi pour les médecins généralistes) ;
- 2002 : la Médecine Générale (MG) est officiellement intégrée dans les spécialités médicales et la durée de l'internat passe à trois années ;
- 2004 : un décret précise les modifications de l'internat et introduit le passage de l'Examen Classant National (ECN) [8].

C'est à partir de cette date que la MG est intégrée au cursus universitaire en tant que spécialité médicale.

## 1.3 La recherche en médecine générale

### 1.3.1 Pourquoi faire de la recherche en médecine générale ?

Cette question est considérée comme « superflue » en elle-même par De Maeseener J. [9] : la réponse est en effet intrinsèque à la définition-même de la spécialité [1].

---

1. Unité d'Enseignement et de Recherche

2. Certificat d'Études Spéciales, créé en 1950 pour pallier à la désertion de certaines spécialités par les internes et permettait d'obtenir une qualification de spécialiste auprès du Conseil de l'Ordre

L'étude des populations [10, 11] montre que celle de MG est différente de celle hospitalière (étudiée en général par les autres spécialités), mais aussi de la population générale (étudiée par la santé publique). Mais il y a actuellement un manque de données scientifiques issues de la population consultant en médecine générale avec leurs pathologies et leurs profils propres [12] ; et les publications sont plus rares en France qu'en Amérique de Nord ou ailleurs en Europe (Royaume-Uni, Belgique, Pays-Bas) [13–15]. La structuration d'une recherche spécifique se construit autour d'une spécialité universitaire identifiée. De ce fait, ce retard pourrait s'expliquer par la mise en route tardive d'un DES en France.

Une analyse du congrès international organisé par la WONCA en mars 2003 sur le thème : « L'importance de la recherche en médecine générale pour améliorer le niveau de santé global », regroupant 34 délégations différentes, conclut qu'aucun pays, quelque soit son niveau de développement, ne peut prétendre améliorer son système de santé sans des soins primaires bien structurés [16]. Les soins de santé primaire ont été définis par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1978 et leur mission principale est de garantir à tous un égal accès aux soins [17]. C'est la partie d'un système de santé, habituellement dans la communauté du patient, où a lieu un premier contact avec un professionnel de la santé [1].

En France, la loi Hôpital Patients Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009 cite les médecins traitants et les centres de santé comme professionnels de santé concourant à l'offre de soins de premiers recours, en collaboration avec les établissements et les services de santé, sociaux et médicaux-sociaux [18]. Donc, parce qu'elle a un rôle prépondérant dans les SP en France et que l'on se repose sur une médecine basée sur les preuves [13], il faut que la médecine générale continue de développer une recherche spécifique de sa discipline.

### **1.3.2 Organisation de la recherche en médecine générale et intérêt des thèses**

Dans la ligne directrice de la redéfinition de la Médecine Générale - Médecine de Famille (MG/MF) européenne par la WONCA, l'EGPRN<sup>3</sup> a défini des priorités pour les chercheurs en médecine générale en Europe ainsi qu'il a identifié les barrières pour les médecins généralistes à se lancer dans la recherche [19]. L'intérêt de faire un agenda de la recherche de médecine générale européen [20] est de légitimer

---

3. European General Practice Research Network : Réseau européen de la recherche en médecine générale

des fonds qui sont indispensables pour un secteur de recherche solide [21], et d'augmenter l'attractivité dans ce domaine.

En France, en 2007, Gérard de Pourville<sup>4</sup> remet un rapport aux Ministres de la Santé et Délégué à la Recherche concernant le développement de la recherche en MG et en Soins Primaires (SP). Ce rapport identifie trois sortes de lieux producteurs de recherche et de connaissances au sein desquels les médecins généralistes jouent un rôle prédominant :

1. Les Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) : ils mobilisent leurs étudiants de troisième cycle et se servent de la rédaction de la thèse d'exercice comme support principal de production de connaissance scientifique. Les professeurs universitaires, les maîtres de conférence universitaires associés mais aussi les maîtres de stage proposent des sujets et encadrent les thèses des étudiants.
2. Les sociétés savantes de médecine générale : elles ont une double fonction de formation continue et de recherche. Les associations nationales les plus importantes et les plus visibles sont par exemple :
  - le CNGE qui a créé en 2003 une section dédiée à la recherche
  - la Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale (SFDRMG)
  - la Société Française de Médecine Générale (SFMG)
  - la Société Française de Thérapeutique Généraliste (SFTG)
3. Les réseaux locaux : de taille et de finalité diverses [22].

Même si ce sont des thèses d'exercice, elles présentent un intérêt pour la recherche en médecine générale [22] [23] en participant à la production de connaissance scientifique et en étant le premier travail de recherche pour la grande majorité des médecins.

Cette production peut être renforcée par l'intégration possible des thèses dans de réels projets de recherche organisés et financés par des laboratoires de recherche d'autres disciplines en collaboration avec les Département de Médecine Générale (DMG).

---

4. Directeur de Recherche au CNRS et Coordonnateur du Comité d'Interface IN-SERM/Médecine Générale au moment de la rédaction du rapport

## 1.4 Caractéristiques d'une thèse de médecine générale

Le DMG de Bordeaux a pris comme critères d'agrément pour une thèse de Médecine Générale les suivants :

1. thème de recherche en rapport avec les soins de santé primaires ou leur enseignement ;
2. étude dans le cadre d'une recherche initiée par le DMG ;
3. étude en coopération avec une autre spécialité, ou une autre profession, mais intéressant les soins de santé primaires [24].

D'autres DMG ou sociétés savantes remettant des prix de thèses en médecine générale (par exemple le CNGE ou la FAYR-GP<sup>5</sup>) recherchent « un intérêt de la thèse pour la discipline » [25] ou s'appuient sur le soutien du DMG d'origine. En somme, la littérature actuelle ne retrouve pas de critère précis caractérisant une thèse de médecine générale, mais il semble évident de s'appuyer sur les définitions de la médecine générale.

### 1.4.1 Le champ disciplinaire

Pour définir la discipline comme une spécialité, la WONCA Europe a proposé dans une actualisation sa définition en 2011 [26, 27] mettant en interrelation :

1. DOUZE caractéristiques de la discipline médecine générale :
  - (a) le premier contact avec le système de soins, donnant un accès à tous pour tout problème de santé ;
  - (b) la coordination des soins et défense du patient ;
  - (c) l'approche centrée sur le patient et son contexte ;
  - (d) la promotion de la responsabilisation du patient ;
  - (e) l'utilisation d'un mode de consultation spécifique construisant une relation médecin-patient dans la durée ;
  - (f) la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux ;
  - (g) la démarche décisionnelle spécifique basée sur la prévalence et l'incidence particulières des SP ;

---

5. French Association of Young Researchers in General Practice : Association française des jeunes chercheurs en médecine générale.

- (h) la gérance simultanée des problèmes de santé aigus et chroniques ;
  - (i) l'intervention à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies ;
  - (j) la promotion et l'éducation pour la santé ;
  - (k) la responsabilité spécifique de santé publique ;
  - (l) la réponse aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.
2. Celles-ci regroupées dans SIX compétences fondamentales indépendantes :
- la gestion des soins de santé primaires (a ; b) ;
  - les soins centrés sur la personne (c ; d ; e ; f) ;
  - l'aptitude spécifique à la résolution de problèmes(g ; i) ;
  - l'approche globale(h ; j) ;
  - l'orientation communautaire(k) ;
  - l'adoption d'un modèle holistique(l).
3. TROIS dimensions spécifiques fondamentales pour une discipline scientifique centrée sur la personne :
- discipline contextuelle ;
  - discipline comportementale ;
  - discipline scientifique.

Pour représenter cette inter-relation, le Collège Suisse de Soins Primaires, a construit un arbre en 2004 puis l'a revu en 2011 (cf figure 1.1) suite aux modifications des définitions de la WONCA.

## **1.4.2 Les domaines de recherche au sein de la discipline**

### **1.4.2.1 Bio-médical**

En MG, ce domaine s'oriente donc vers les soins primaires. La Classification Internationale des Soins Primaires, version française de l'International Classification of Primary Care (ICPC) (CISP) développée par la WONCA, permet de classer et coder les éléments de la consultation de médecine générale, ou plus généralement de soins primaires [28] [29]. Elle appartient à la famille des classifications de l'OMS, comme classification associée à la Classification Internationale des Maladies (CIM).

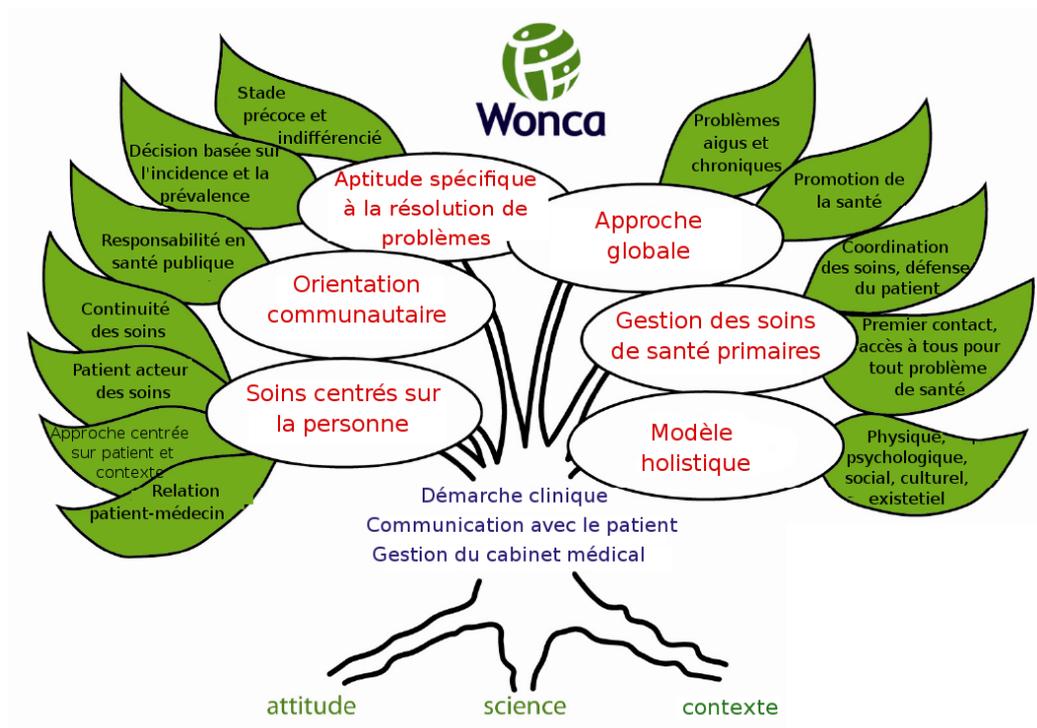


FIGURE 1.1 – Définition européenne de la Médecine de famille de la WONCA 2002/2011 : Compétences fondamentales et caractéristiques (D’après U. Grueninger, Collège suisse de médecine de premier recours, 2011.).

#### **1.4.2.2 Professionnel**

En MG, ce domaine correspond à l'organisation en général du cabinet médical : gestion, secrétariat, hygiène, horaires, organisation de la salle d'attente...

#### **1.4.2.3 Pédagogique**

C'est la formation initiale des médecins généralistes, en Deuxième Cycle des Études Médicales (DCEM) le module de médecine générale, les stages d'externat chez le praticien, et en Troisième Cycle des Études Médicales (TCEM) la partie pratique (stages) et théorique du DES. C'est aussi la formation continue du médecin .

#### **1.4.3 L'encadrement**

La recherche en médecine générale a intérêt à être sous la responsabilité de médecins généralistes, leur connaissance du « terrain » cautionnant la pertinence des problématiques [30]. Par extension, les thèses bénéficient à être supervisées et jugées par des médecins de la spécialité.

#### **1.4.4 Les populations d'étude**

La population cible de médecine générale diffère notablement de celle des spécialistes et encore plus de celle des hôpitaux. Elle est principalement constituée des patients consultant au cabinet de médecine générale. Mais aussi de les autres intervenants gravitant autour du cabinet : personnels paramédicaux ou associés à l'organisation du cabinet ou au soin.

Dans le cadre de la recherche sur son champ d'activité, le médecin généraliste lui-même peut se retrouver au centre d'une étude, de même que les étudiants et les enseignants dans le cadre de la formation initiale.

#### **1.4.5 Les types d'étude**

Pour explorer le champ d'investigation spécifique à la médecine générale, tous les types d'études peuvent être utilisés [23]. Ils ne constituent pas un critère discriminant pour déterminer la spécialité de la thèse.

### 1.4.6 Critères choisis pour une thèse de médecine générale

1. Terme « médecine générale » ou apparenté<sup>6</sup> mis en avant dans le titre ou le résumé.
2. Problématique de médecine générale selon les définitions de la WONCA donc parmi les compétences fondamentales du médecin généraliste :
  - la gestion des soins de santé primaires ;
  - les soins centrés sur la personne ;
  - l'aptitude spécifique à la résolution de problèmes ;
  - l'approche globale ;
  - l'orientation communautaire ;
  - l'adoption d'un modèle holistique ;ou problématique sur le contenu spécifique de la formation ou de recherche de pratique clinique.
3. Domaine de recherche parmi :
  - bio-médical : problème de santé rencontré en premier recours selon la CISP-2 (cf. annexe A) ;
  - professionnel : la gestion et l'organisation du cabinet médical de MG ;
  - pédagogique : la formation (initiale ou continue) du généraliste.
4. Population cible parmi :
  - médecins généralistes ;
  - patients de cabinet de MG ;
  - personnes participant à la gestion ou à l'organisation du cabinet médical ou la coordination des soins ;
  - étudiants en MG.
5. Encadrement par des médecins généralistes : au moins un généraliste parmi le directeur, le rapporteur ou le président du jury ou au moins un tiers du jury de médecins généralistes.

---

6. soins primaires, médecine de premier recours, médecine de ville/rurale, médecin traitant...

## **1.5 Synthèse**

Dans un contexte de nécessité de développement de la formation spécifique et de la recherche dans cette jeune spécialité, les thèses de médecine générale ont leur place. Depuis 2007, suite à la réforme du troisième cycle des études médicales, des internes issus du DES de médecine générale ont soutenu leur thèse, à Bordeaux, comme partout en France. Des critères pour classer les thèses selon leur appartenance ou non au champs de la médecine générale ont été proposés à partir de connaissances que nous avons recueillies sur la recherche en médecine générale, le champ disciplinaire de la spécialité et des conditions de passage des thèses d'exercice. En se fondant sur ces critères, nous nous sommes posé la question suivante.

### **1.5.1 Question de recherche**

*Quelle est la proportion de thèses dans le champs de la médecine générale parmi les thèses soutenues par les étudiants ayant réalisé leur troisième cycle des études médicales en médecine générale à Bordeaux entre 2007 et 2014 ?*

### **1.5.2 Hypothèses**

La réorganisation du troisième cycle et son application à l'Université de Bordeaux, devrait avoir permis d'augmenter la proportion de thèses de médecine générale parmi les thèses ayant été soutenues entre 2007 et 2014.

Le nombre de médecins généralistes impliqués dans la direction de thèses, dans la présidence de jury ou dans la participation à des jury de thèses a dû augmenter également.

### **1.5.3 Objectifs**

#### **1.5.3.1 Objectif principal**

Déterminer la proportion de thèses considérées comme des thèses de médecine générales parmi les thèses soutenues par les étudiants de troisième cycle en médecine générale à Bordeaux entre 2007 et 2014.

### **1.5.3.2 Objectifs secondaires**

1. Déterminer la proportion de directeurs de thèses et de présidents de jury médecins généralistes et la proportion de jurés généralistes par jury des thèses soutenues à Bordeaux de 2007 à 2014.
2. Recueillir des informations sur les caractéristiques des thèses de médecine générale soutenues à Bordeaux entre 2007 et 2014 : type d'étude, thème de recherche, population, problème de santé étudié, accessibilité du résumé et de la thèse électronique, structure du résumé et traduction en anglais.
3. Évaluer la grille de critères ayant permis de discriminer les thèses de médecine générale dans ce travail après analyse des résultats.

## CHAPITRE 2

# Méthode

---

### 2.1 Type d'étude

Une étude quantitative observationnelle descriptive a été choisie pour atteindre l'objectif principal.

### 2.2 Population

La population d'étude choisie a été l'ensemble des informations du répertoire de thèses soutenues du DMG et des résumés des thèses soutenues entre le 1er janvier 2007 et le 31 décembre 2014 par des étudiants ayant suivi le cursus de TCEM en médecine générale à l'Université de Bordeaux.

### 2.3 Outils

#### 2.3.1 Logiciel

Les données ont été relevées dans un tableur LibreOffice Calc version 4.4.7.2.

#### 2.3.2 Grille

##### 2.3.2.1 Les données d'identification

Pour toutes les thèses incluses :

- le numéro d'identification de la thèse
- la date de soutenance
- le sexe du thésard
- la date d'inscription au début du DES de Médecine Générale

### 2.3.2.2 Les données discriminantes pour une thèse de MG

- la spécialité du directeur de thèse
- la spécialité du président du jury
- le rapport : nombre de MG par jury / nombre total de membre par jury
- thèse de MG selon le nombres de critères parmi :
  1. Terme « médecine générale » ou apparenté<sup>1</sup> mis en avant dans le titre ou le résumé.
  2. Problématique de médecine générale selon les définitions de la WONCA donc parmi les compétences fondamentales du médecin généraliste :
    - la gestion des soins de santé primaires ;
    - les soins centrés sur la personne ;
    - l'aptitude spécifique à la résolution de problèmes ;
    - l'approche globale ;
    - l'orientation communautaire ;
    - l'adoption d'un modèle holistique ;ou problématique sur le contenu spécifique de la formation ou de recherche de pratique clinique.
  3. Domaine de recherche parmi :
    - bio-médical : problème de santé rencontré en premier recours selon la CISP-2 (cf. annexe A) ;
    - professionnel : la gestion et l'organisation du cabinet médical de MG ;
    - pédagogique : la formation (initiale ou continue) du généraliste.
  4. Population cible parmi :
    - médecins généralistes ;
    - patients de cabinet de MG ;
    - personnes participant à la gestion ou à l'organisation du cabinet médical ou la coordination des soins ;
    - étudiants en MG.
  5. Encadrement par des médecins généralistes : au moins un généraliste parmi le directeur, le rapporteur ou le président du jury ou au moins un tiers du jury de médecins généralistes.

---

1. soins primaires, médecine de premier recours, médecine de ville/rurale, médecin traitant...

Chaque thèse a alors été classée dans une des trois catégories :

- 5 critères /5 : thèse MG
- 3 ou 4 critères /5 : thèse ambiguë
- moins de 3 critères /5 : thèse non MG

### 2.3.2.3 Les données secondaires

Pour les thèses de MG et les thèses « ambiguës » :

- mot-clé MG ou apparenté ;
- résumé dans Système Universitaire de DOCUMENTATION (SUDOC) ;
- résumé suit un plan Introduction, Methods, Results and Discussion (IM-RaD) ;
- résumé en anglais sur SUDOC ou sur la thèse électronique en ligne ;
- lien vers thèse électronique présent dans SUDOC ;
- type d'étude ;
- problématique de recherche : bio-médicale, professionnelle ou pédagogique ;
- problème de santé concerné (selon la CISP-2) ;
- population cible ;
- résultat de la soutenance et mention éventuelle.

### 2.3.3 Les types d'études

Il existe de nombreux types d'études, ainsi que des classifications variables [31]. Pour le recueil, les différents types d'études ont été classés selon leurs méthodologies :

- les études de recherche quantitative :
  - descriptives : étude de cas, étude de corrélation, étude transversale
  - analytiques : prospectives (cohorte) ou rétrospectives (cas-témoins)
  - interventionnelles : essais cliniques, études quasi-expérimentales
- les études en recherche qualitative :
  - observation directe
  - observation indirecte
  - entretien individuel : structuré (touche aux méthodes quantitatives), semi-structuré, ouvert
  - entretien de groupe ou *focus group*

- les études semi-quantitatives (de consensus) : groupe nominal, Delphi
- les études médico-économiques : minimisation des coûts, coût-efficacité, coût-utilité, coût-bénéfice
- études secondaires : revue de la littérature, méta-analyses
- les études d'évaluation de la qualité des soins :
  - non expérimentales : enquête de pratiques, cas-témoins, cohortes
  - quasi-expérimentales : ici-ailleurs, avant-après

Pour cette dernière catégorie, seules les enquêtes de pratiques ont été différenciées puisque les autres types d'études se retrouvaient également dans la catégorie des études quantitatives.

### 2.3.4 Utilisation de la CISP-2

Cette classification est structurée avec deux axes :

1. DIX-SEPT chapitres : A,B,D,F,H,K,L,N,P,R,S,T,U,W,X,Y,Z (détaillés en annexe A), fondés sur les différents systèmes d'organe, auxquels ont été ajoutés le psychologique et le social.
2. SEPT rubriques :
  - plaintes et symptômes ;
  - recherche diagnostique, prévention ;
  - traitements ;
  - résultats d'examens ;
  - contact administratif ;
  - autres procédures ;
  - diagnostics posés, maladies. Cette rubrique étant elle-même découpée en cinq sous-groupes : infections, néoplasies, traumatismes, anomalies congénitales, autres diagnostics [29].

### 2.3.5 Les populations d'étude

1. les populations de MG :
  - médecins généralistes
  - patients du cabinet du généraliste
  - internes en MG
  - étudiants de DCEM lorsqu'ils effectuent un stage en cabinet de ou leur formation théorique en MG

- les généralistes enseignants
  - autres personnes étant liées à la gestion ou à l'organisation des cabinets médicaux
2. la population générale ou un autre groupe de population non recrutée sur sa consultation
  3. les autres populations (non MG)
    - patients hospitalisés
    - patients des urgences
    - patients de consultation d'un autre spécialiste
    - médecins hospitaliers
    - autres soignants
    - autres patients non MG

## **2.4 Déroulé de l'étude**

### **2.4.1 Identification de la population**

Elle a été déterminée grâce au répertoire de thèses du Département de Médecine Générale de Bordeaux des années scolaires 2006-2007 à 2014-2015.

### **2.4.2 Identifications des données**

#### **2.4.2.1 Généralités**

Elles ont été relevées grâce au répertoire :

- le numéro d'identification de chaque thèse
- les nom et prénom de chaque thésard n'ont pas été relevés dans la grille mais ont permis de recueillir le sexe de chacun
- la date d'inscription en thèse (deuxième année de DES), a permis de déduire la date de début du DES

#### **2.4.2.2 Données discriminantes**

Les noms des directeurs de thèses, présidents et autres membres du jury, aussi issu de ce répertoire, n'ont pas été directement indiqués dans la grille, mais ont permis de connaître leurs spécialités respectives grâce à l'annuaire de

l'Ordre National des Médecins consulté en ligne. L'annuaire de l'Ordre National des Médecins a également permis de connaître le lieu d'exercice principal des médecins concernés (cabinet ou hôpital).

Les autres données ont été obtenues grâce au résumé de chaque thèse, trouvé dans le catalogue SUDOC ou dans l'exemplaire de la thèse imprimée de la Bibliothèque Universitaire de Bordeaux du site Carreire. La recherche de chaque résumé à été faite grâce aux noms et prénoms du thésard.

### **2.4.2.3 Données secondaires**

Elles aussi ont été trouvées dans les pages d'indexation SUDOC et dans les résumés.

### **2.4.3 Analyse des données**

Les calculs ont été effectués à l'aide des autofiltres du tableur LibreOffice Calc ainsi que des fonctions de calculs intégrées.

Pour les variables qualitatives, les taux ont été calculés à l'aide des fonctions « NB », « NB.SI » et « NB.SI.ENS » du tableur et convertis en pourcentages.

Pour les variables quantitatives, les moyennes ont été calculées à l'aide des fonctions « MOYENNE » et « MOYENNE.SI » et les médianes avec « MEDIANE ».

### **2.4.4 Éthique**

La collecte des données a fait l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

## CHAPITRE 3

# Résultats

---

Parmi les 925 thèses soutenues à l'Université de Bordeaux entre le 1<sup>er</sup> janvier 2007 et le 31 décembre 2014 par les internes et résidents de médecine générale, toutes les informations du répertoire des thèses du DMG et tous les résumés ont été inclus.

Ils ont permis de catégoriser les thèses comme montré dans le diagramme de flux de la figure 3.1.

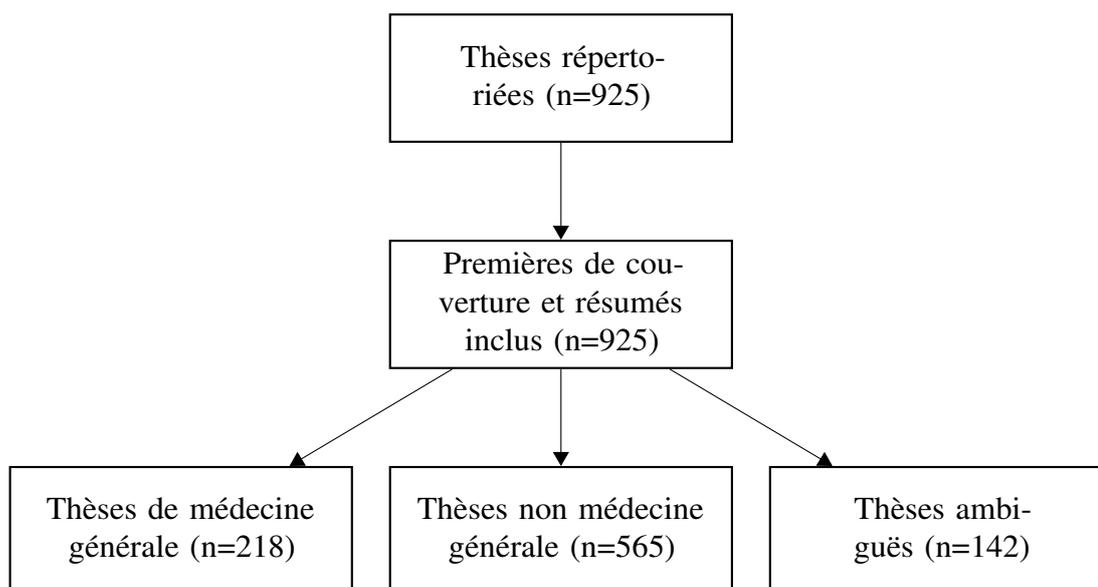


FIGURE 3.1 – Diagramme de flux des thèses soutenues par les internes et résidents en médecine générale à Bordeaux entre le 1<sup>er</sup> janvier 2007 et le 31 décembre 2014

### 3.1 Résultats principaux

La répartition des thèses 925 thèses répertoriées a été détaillée selon les années de soutenance dans le tableau 3.1 et l'évolution selon les trois catégories « MG », « non MG » et « ambiguës » dans la figure 3.2 en nombre et dans le tableau 3.2 en pourcentages.

TABLEAU 3.1 – Répartition du nombre de thèses soutenues par année.

2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
101	93	88	94	90	135	156	168

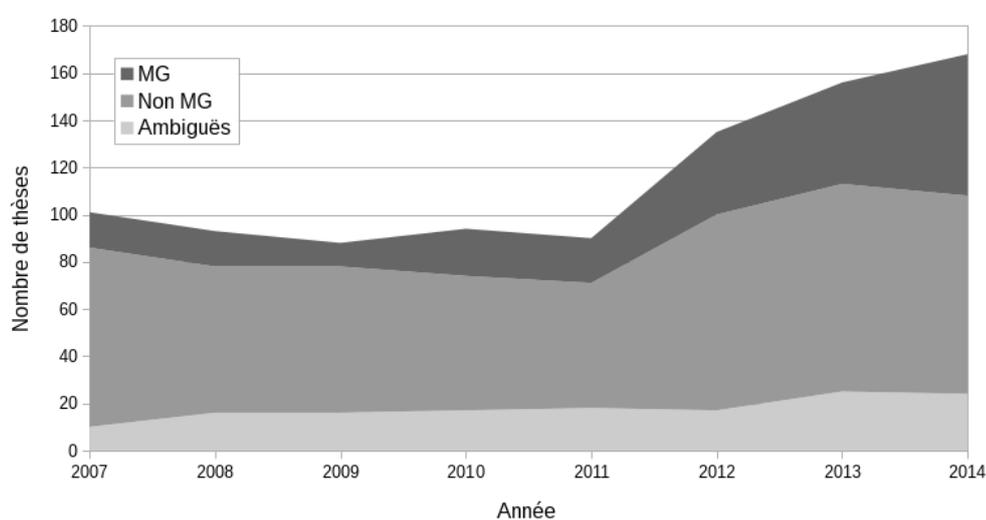


FIGURE 3.2 – Thèses réparties par catégorie choisie et par année en nombres.

TABLEAU 3.2 – Thèses réparties par catégorie choisie et par année en pourcentages.

Catégories	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
MG	14,9	16,1	11,4	21,3	21,1	26,7	27,6	35,7
Ambiguës	9,9	17,2	18,2	18,1	20,0	11,8	16,0	14,3
Non MG	75,2	66,7	70,4	60,6	58,9	61,5	56,4	50,0

## CHAPITRE 3 : RÉSULTATS

Pour les « ambiguës », les critères manquants pour rejoindre les « MG » sont détaillés par année dans le tableau 3.3. Les critères « problématique » et « domaine de recherche » n'ont pas été retrouvés comme critères manquants.

TABLEAU 3.3 – Critères manquants pour les thèses ambiguës (n=142) par année

Critères	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Population	1	1	0	3	1	1	7	4	18
Encadrement	6	8	9	8	12	9	4	6	62
Terme	0	2	0	0	1	1	0	0	4
Population + terme	1	2	0	0	2	4	7	12	28
Terme + encadrement	0	2	1	0	0	0	0	1	4
Encadrement + population	2	1	5	6	2	1	7	1	25

### À RETENIR :

1. Les taux de thèses catégorisées « MG » ont augmentés progressivement entre 2007 et 2014 à Bordeaux.
2. En 2014, il y a eu environ 36% de thèses « MG » soutenues à Bordeaux par des internes en MG et 50% de thèses « nonMG ».
3. Parmi les 142 thèses « ambiguës », 62 avaient comme seul critère manquant « encadrement ».

## 3.2 Caractéristiques des thésards

La répartition du sexe des thésards est présenté dans la figure 3.3 et le tableau 3.4.

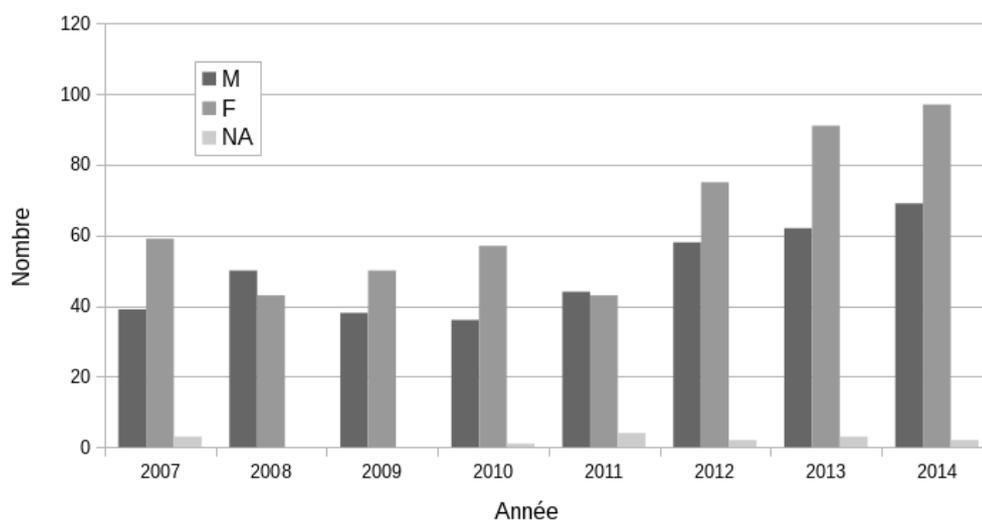


FIGURE 3.3 – Répartition des thésards selon leur sexe et selon l'année en nombres.

TABLEAU 3.4 – Répartition des thésards selon leur sexe et selon l'année en pourcentage.

Sexe	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
M	39,8	53,8	43,2	38,7	50,0	43,6	40,5	41,6	43,4
F	60,2	46,2	56,8	61,3	50,0	56,4	59,5	58,4	56,6

Les délais entre le début du DES et la soutenance de la thèse sont exprimés dans le tableau 3.5 et l'évolution des moyennes selon les différentes catégories des thèses dans la figure 3.4.

TABLEAU 3.5 – Délais entre le début du DES et la soutenance de thèse en mois.

Données calculées	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Moyenne	49	57	56	45	48	50	52	53	52
Médiane	48	59	55	39	46	48	49	52	49
1 <sup>er</sup> et 3 <sup>e</sup> quartiles	36 ; 64	50 ; 67	43 ; 67	35 ; 55	38 ; 60	40 ; 62	41 ; 62	37 ; 66	38 ; 64

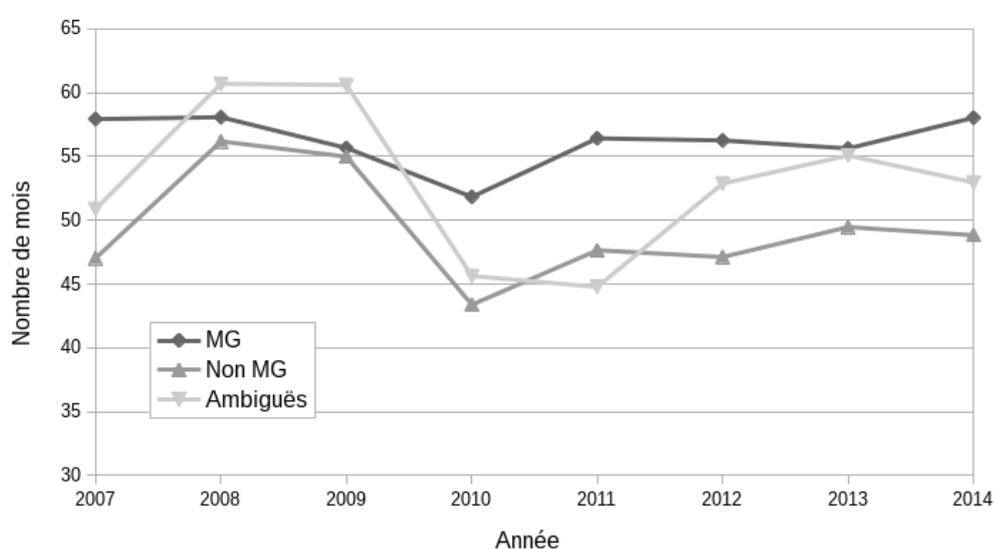


FIGURE 3.4 – Délais début du DES-soutenance de thèse selon la catégorie de la thèse et l'année.

À RETENIR :

1. Les thésards bordelais ayant soutenus de 2007 à 2014 étaient de sexe féminin pour 56,6%.
2. Les délais entre le début du DES et la soutenance de thèse ont été en moyenne pour la période étudiée de 52 mois (4ans et 4 mois).
3. Les délais ont été en moyenne plus courts pour le groupe de thèses « non MG » que pour le groupe « MG ».

### 3.3 Caractéristiques des jurys

La répartition des directeurs de thèse est présentée dans les tableaux 3.6 et 3.7.

TABLEAU 3.6 – Répartition des directeurs de thèses-médecins généralistes par année dans chaque catégorie de thèses en nombres, détaillant les universitaires, puis en pourcentages.

Catégories		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
MG		12	12	9	17	15	25	34	48	172
	Dont U	5	1	4	10	7	14	15	16	72
Ambiguës		1	5	1	2	2	4	4	8	27
	Dont U	0	1	0	0	2	0	0	2	5
Non MG		2	0	1	0	0	1	1	0	5
	Dont U	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Toutes		15	17	11	19	17	30	39	56	204
	Dont U	5	2	4	10	9	14	15	18	77
MG		80,0	80,0	90,0	85,0	78,9	69,4	79,1	80,0	78,9
Ambiguës		10,0	31,3	6,3	11,8	11,1	25,0	16,0	33,3	18,3
Non MG		2,6	0,0	1,6	0,0	0,0	1,2	1,1	0,0	0,9
Toutes		14,8	18,3	12,5	20,2	18,9	22,2	25,0	33,3	22,1

## CHAPITRE 3 : RÉSULTATS

TABLEAU 3.7 – Spécialités des directeurs de thèses selon la catégorie de thèse.

Spécialités	MG	Non MG	Ambiguës	Total
Généralistes libéraux	172	5	27	204
Urgentistes	2	91	7	100
Pédiatres	6	69	15	90
Internistes/infectiologues	1	71	12	84
Généralistes hospitaliers	4	34	17	55
Cardiologues	4	42	5	51
Gériatres	7	32	8	47
Anesthésistes-réanimateurs	1	31	3	35
Gynécologues	2	20	3	25
Hépatogastro-entérologues	1	20	4	25
Neurologues	1	19	4	24
Médecins Physique et Réadaptation	2	14	3	19
Psychiatres	3	7	8	18
Chirurgiens	1	16	2	19
Endocrinologues	1	12	4	17
Médecins militaires	0	15	0	15
Oncologues	0	11	3	14
Pneumologues	1	8	4	13
Biologistes	1	6	2	9
Santé publique	2	7	0	9
Médecins vasculaires	1	6	0	7
Médecins du sport	0	4	2	6
Rhumatologues	1	4	1	6
Dermatologues	1	3	0	4
Hématologues	1	2	1	4
Médecine nucléaire	1	2	1	4
Néphrologues	0	2	2	4
Oto-Rhino-Laryngologistes	0	2	2	4
Radiologues	0	3	1	4
Ophtalmologues	0	2	0	2
Médecins légistes	0	1	1	2
Anatomo-pathologistes	0	1	0	1
Médecin du travail	1	0	0	1
Personnalité extérieure	0	1	0	1
Non Attribués	0	1	0	1
Médecins des Terres Australes et Antarctiques Françaises	0	1	0	1
<b>Total</b>	<b>218</b>	<b>565</b>	<b>142</b>	<b>925</b>

## CHAPITRE 3 : RÉSULTATS

---

La répartition des présidents du jury est présentée dans les tableaux 3.8 et 3.9.

TABLEAU 3.8 – Présidents de jury-médecins généralistes dans chaque catégorie de thèses par année en nombres puis en pourcentages.

Catégories	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
MG	7	4	2	6	10	19	20	32
Ambiguës	1	1	0	1	1	2	9	5
Non MG	0	0	0	0	1	0	3	0
Toutes	8	5	2	7	12	21	32	37
MG	46,7	26,7	20,0	30,0	52,6	52,8	46,5	53,3
Ambiguës	10,0	6,3	0,0	5,8	5,6	12,5	36,0	20,8
Non MG	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9	0,0	3,4	0,0
Toutes	7,9	5,4	2,3	7,5	13,3	15,6	20,5	22,0

TABLEAU 3.9 – Spécialités des présidents de jury.

Spécialités	MG	Non MG	Ambiguës	Total
Internistes/infectiologues	23	101	24	148
Généralistes	100	4	20	124
Anesthésiste-réanimateurs	5	96	8	109
Gériatres	7	57	13	77
Pédiatres	5	44	12	61
Cardiologues	10	41	6	57
Chirurgiens	5	48	3	56
Gynécologues	9	25	5	39
Neurologues	6	21	8	35
Psychiatres	14	8	11	33
Endocrinologues	3	15	7	25
Hépto-Gastro-Entérologues	5	18	1	24
Pneumologues	3	12	5	20
Santé publique	5	6	2	13
Oncologues	1	8	2	11
Médecins vasculaires	1	8	1	10
Médecins Physiques et de Réadaptation	2	4	4	10
Biologistes	3	5	1	9
Néphrologues	2	5	1	8
Rhumatologues	2	4	0	6
Dermatologues	1	5	0	6
Hématologues	1	4	1	6
Médecins nucléaires	1	2	3	6
Oto-Rhono-Laryngologistes	0	4	2	6
Radiologues	0	5	1	6
Médecins légistes	3	2	0	5
Anatomo-pathologistes	0	4	0	4
Génétique médicale	0	4	0	4
Ophthalmologues	0	3	0	3
Urologues	1	1	1	3
NA	0	1	0	1
<b>Total</b>	<b>218</b>	<b>565</b>	<b>142</b>	<b>925</b>

Les taux de médecins généralistes par jury sont présentés dans la figure 3.5.

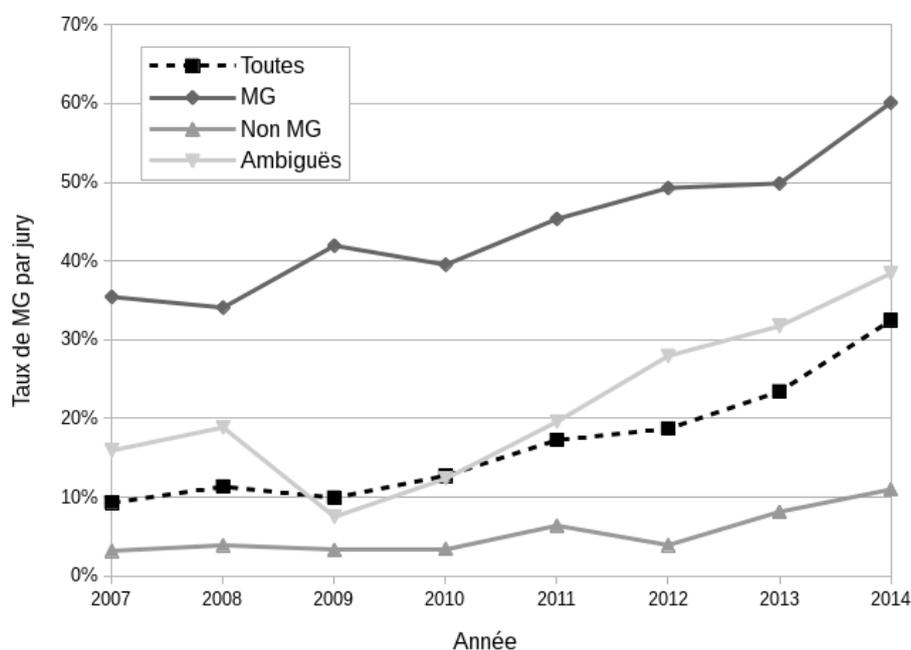


FIGURE 3.5 – Taux de médecins généralistes par jury selon l’année et la catégorie de thèse.

À RETENIR :

1. Pour les thèses étudiées, les directeurs de thèses étaient majoritairement (par ordre décroissant) : généralistes, urgentistes, pédiatres et internistes.
2. Pour les thèses étudiées, les présidents de jury étaient majoritairement (par ordre décroissant) : internistes, généralistes, anesthésistes-réanimateurs et gériatres.
3. Les taux de directeurs de thèses-généralistes, de présidents de jury-généralistes et de généralistes par jury ont augmenté progressivement entre 2007 et 2014 pour les thèses étudiées dans les catégories « MG » et « ambiguës ».

### 3.4 Les populations cibles des thèses

Ces données ont été recueillies pour l'ensemble des thèses catégorisées comme « MG » ou « ambiguës » soit au total 360 thèses.

Les différentes populations cibles trouvées à partir des titres et résumés des thèses MG et ambiguës sont présentées dans le tableau 3.10.

TABLEAU 3.10 – Les populations des thèses MG et ambiguës par année (n=360).

Population	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Médecins généralistes	9	9	9	18	12	25	19	35	136
Patients cabinet ou domicile MG	3	13	10	5	11	9	19	24	94
Autres populations MG	3	2	2	5	5	8	3	3	31
Internes ou résidents en MG	2	0	0	0	1	1	4	4	12
MSU	0	0	0	0	1	1	1	0	3
Externes chez MG	0	1	0	0	0	1	0	0	2
<b>Total population MG</b>	<b>17</b>	<b>25</b>	<b>21</b>	<b>28</b>	<b>30</b>	<b>45</b>	<b>46</b>	<b>66</b>	<b>278</b>
Patients consultation autre que MG	2	2	4	2	0	1	5	6	24
Autres population non MG	1	2	0	2	1	3	6	6	21
Patients hospitaliers	0	0	1	5	0	1	7	2	16
Patients des urgences	0	0	1	0	1	1	3	2	7
Population générale	1	0	0	0	0	0	0	1	2
<b>Total population non MG</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>21</b>	<b>17</b>	<b>70</b>
NA	4	2	0	0	3	1	1	1	12

L'item « autres populations MG » regroupe :

- associations de plusieurs populations MG (pour facilité de recueil)
- associations entre une ou plusieurs populations MG et une ou plusieurs populations non MG

L'item « autres populations non MG » regroupe les populations ne rentrant pas dans une catégorie définie. Ont été retrouvé :

- patientes de maternité (2)
- patientes de centre d'orthogénie (3)
- patients de médecine préventive ou des centres de santé (1)
- patients bénéficiant d'une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (1)
- Professionnels Médico-Sociaux Scolaires (1)
- patients ou médecins de SOS médecins (2)
- médecins hospitaliers
- médecins libéraux non généralistes

- population socio-démographique particulière non consultante (6)
- patients d’ateliers thérapeutiques organisés par le secteur hospitalier (1)

Les chiffres entre parenthèses correspondent aux thèses « ambiguës » avec ces populations.

La figure 3.6 montre l’évolution du nombre de thèses basées sur une population de MG par année et par catégorie de thèse.

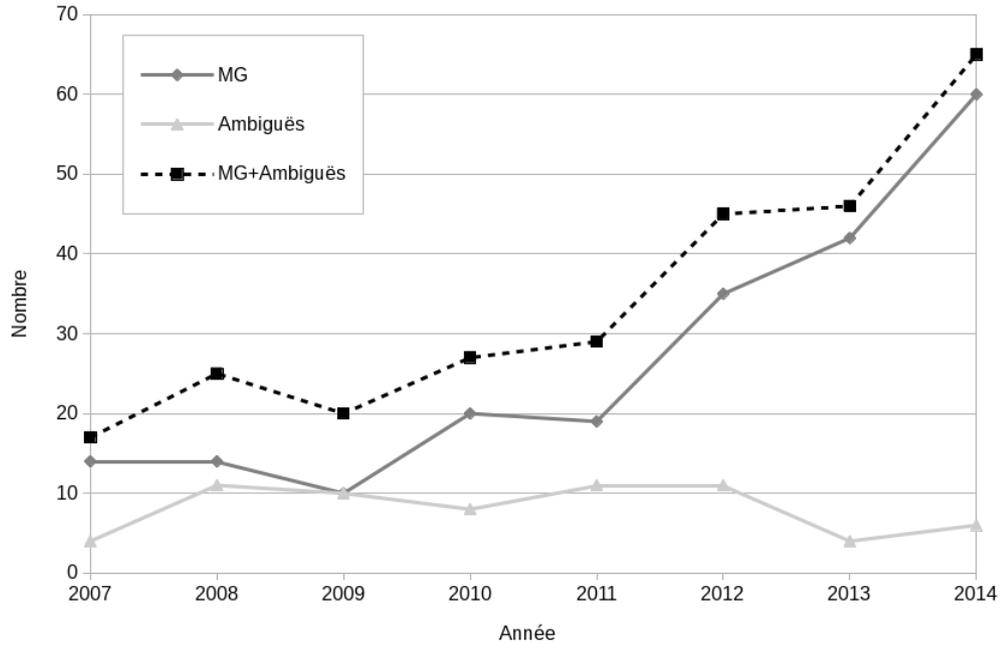


FIGURE 3.6 – Thèses ayant une population de MG selon l’année et la catégorie de thèse.

**À RETENIR :**

1. Le nombre de thèses dont la population a été recrutée en MG a augmenté entre 2007 et 2014 à Bordeaux pour les thèses étudiées.
2. Les médecins généralistes ont représenté environ la moitié des recrutements fait dans des populations MG pour les thèses étudiées.

### 3.5 Données secondaires pour les thèses MG et ambiguës

Toutes ces données ont aussi été relevées sur les 360 premières de couverture et résumés des thèses classées dans les catégories « MG » et « ambiguës ».

Les différents types d'études retrouvés sont définis dans le tableau 3.11.

TABLEAU 3.11 – Types d'étude recensées dans les thèses MG et ambiguës (n=360) par année.

Type d'étude	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
<b>OBSERVATIONNELLES</b>	22	26	25	35	34	52	66	78	338
Enquêtes descriptives	17	20	19	28	21	35	52	54	246
Enquêtes de pratiques	8	12	6	11	7	13	19	23	99
Autres études descriptives	3	5	4	8	10	11	13	12	66
Études transversales descriptives	5	3	7	7	3	11	14	15	65
Études écologiques	1	0	1	0	1	0	5	3	11
Études de cas descriptives	0	0	1	2	0	0	1	1	5
Études analytiques	1	2	3	1	4	5	5	5	26
Études analytiques rétrospectives	1	1	1	1	0	4	3	4	15
Études analytiques prospectives	0	1	2	0	4	1	2	1	11
Études qualitatives	2	3	3	5	6	11	8	17	55
Qualitatives/entretiens structurés	0	0	1	1	0	1	1	0	4
Qualitatives/entretiens semi-structurés	1	2	1	3	4	4	4	11	30
Qualitatives/focus group	0	0	0	0	0	4	2	2	8
Qualitatives/observation directe	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Qualitatives/observation indirecte	0	1	0	0	1	1	0	0	3
Mixte	1	0	1	1	1	1	1	4	10
Revue de la littérature	2	1	0	1	3	1	1	2	11
Méta-analyse	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>INTERVENTIONNELLES</b>	1	5	0	2	0	0	1	5	14
Études interventionnelles randomisée	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Études quasi-expérimentales ici-ailleurs	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Études quasi-expérimentales av-après	1	2	0	1	0	0	1	5	10
Autres recherches-action	0	2	0	1	0	0	0	0	3
Non déterminées par résumé	2	0	1	0	3	0	1	1	8

## CHAPITRE 3 : RÉSULTATS

Les domaines de recherche des thèses « MG » et « ambiguës » sont recensés dans le tableau 3.12.

TABLEAU 3.12 – Domaines des thèses par année.

Domaine	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Bio-médical	18	26	23	31	29	39	57	66	289
Professionnel	5	4	3	5	6	10	6	14	53
Pédagogique	2	1	0	1	2	3	5	4	18
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>31</b>	<b>26</b>	<b>37</b>	<b>37</b>	<b>52</b>	<b>68</b>	<b>84</b>	<b>360</b>

Les tableaux 3.13 et 3.14 dénombrent les problématiques de santé pour les thèses du domaine bio-médical relevées selon les deux axes de la classification.

TABLEAU 3.13 – Problématiques de santé relevées dans les thèses bio-médicales selon la rubrique de la classification CISP-2.

Rubriques	Nombre de thèses
Procédures préventives	67
Autres diagnostics	67
Plaintes et symptômes du patient	54
Procédures thérapeutiques	47
Autres procédures	16
Procédures diagnostiques	12
Diagnostics de traumatisme	10
Diagnostics d'infection	8
Diagnostics de néoplasie	5
Résultats d'examens	3
Contact administratif	0
Diagnostics d'anomalie congénitale	0
<b>Total</b>	<b>289</b>

TABLEAU 3.14 – Problématiques de santé relevées dans les thèses bio-médicales selon le système d'organe de la classification CISP-2

Systèmes	Nombre de thèses
Général et non spécifié	81
Psychologique	54
Métabolisme, nutrition, endocrinien	30
Cardio-vasculaire	26
Grossesse, accouchement	15
Respiratoire	14
Social	13
Neurologique	12
Sang, immuno-hématologique	9
Ostéo-articulaire	8
Système génital féminin et sein	8
Système urinaire	7
Système digestif	4
Système génital masculin	3
Oreille	2
Peau	2
Oeil	1
Total	289

## CHAPITRE 3 : RÉSULTATS

Les données d'information et d'indexation des résumés des thèses « MG » et « ambiguës » sont présentées dans le tableau 3.15.

TABLEAU 3.15 – Données d'information et d'indexation par année des thèses MG et ambiguës (n=360) en nombre (et en pourcentages).

Donnée	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Résumé présent dans SUDOC	0 (0,0)	20 (64,5)	26 (100)	37 (100)	36 (97,3)	51 (98,0)	68 (100)	81 (96,4)
Structure IMRaD du résumé	9 (36,0)	15 (48,4)	11 (42,3)	26 (70,3)	25 (67,5)	45 (86,5)	57 (83,8)	70 (83,3)
Résumé en anglais	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (11,5)	7 (18,9)	10 (27,0)	11 (21,2)	32 (47,0)	50 (59,5)
Thèse électronique	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	22 (32,4)	66 (78,6)

Les résultats des soutenances des thèses catégorisées « MG » et « ambiguës » sont présentés dans le tableau 3.16.

TABLEAU 3.16 – Résultats de la soutenance de thèse par année pour les thèses MG et ambiguës (n=360) en nombres (et en pourcentages).

Mention	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Admis	0 (0,0)	1 (3,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,9)	0 (0,0)	1 (1,2)	3 (0,8)
Honorable	4 (16,0)	5 (16,1)	4 (15,4)	10 (27,0)	9 (24,3)	14 (26,9)	17 (25,0)	14 (16,7)	77 (21,3)
Très honorable	18 (72,0)	21 (67,8)	17 (65,4)	23 (62,2)	21 (56,8)	24 (46,2)	40 (58,8)	50 (59,5)	215 (59,6)
Très honorable avec félicitations	3 (12,0)	4 (12,9)	5 (19,2)	4 (10,8)	7 (18,9)	13 (25,0)	11 (16,2)	19 (22,6)	66 (18,3)

À RETENIR (PARMI LES GROUPES « MG » ET « AMBIGUËS ») :

1. Les types d'études ont été très majoritairement des études observationnelles descriptives dans les thèses étudiées.
2. Les domaines de recherche ont été très majoritairement bio-médicaux.
3. Les quatre données suivantes : présence d'un résumé dans SUDOC, structure IMRaD du résumé, résumé traduit en anglais et thèse électronique, ont augmenté entre 2007 et 2014.

## CHAPITRE 4

# Discussion

---

### 4.1 De la méthode

#### 4.1.1 Type d'étude

Une étude quantitative descriptive s'est révélée bien adaptée à l'objectif principal de dénombrement.

#### 4.1.2 Population d'étude

La population est constituée des informations du répertoire de thèses du DMG et des résumés et non des thèses entières. On peut donc facilement imaginer une perte d'information. Les résumés étant de qualités inégales, des erreurs ont pu se porter sur :

- les populations d'étude des travaux ;
- le rapport à la MG expliqué (qui n'a été relevé que s'il était explicitement rapporté dans le résumé) ;
- les types d'études.

Le principal atout de cette population a été de nous permettre d'être exhaustif sur une période de huit ans pour les internes et résidents de la filière MG, les résultats sont donc représentatifs.

#### 4.1.3 Critères MG choisis

Le choix de ces critères s'est avéré être un travail bien plus poussé qu'il n'y paraissait au départ. L'analyse de la littérature n'apporte pas de critères précis ni de caractéristiques d'une thèse en médecine générale mais des débuts de réponse ont été proposés.

En 2008, G. Bourrel s'appuie notamment sur les caractéristiques de la médecine générale selon la WONCA et construit une trame pour décrire les thèses du champ de la MG [23].

En 2015 dans sa thèse, L. Ducros recueille des avis d'experts (enseignants-chercheurs en MG) afin de déterminer « les critères universitaires et disciplinaires d'une thèse en médecine générale » [32]. Les avis sont divergents et la méthodologie ne permet pas d'aboutir à un consensus mais elle retient tout de même un certain nombre de spécificités d'un travail de thèse en médecine générale :

- la contextualisation de la question de recherche en SP ou son appartenance à ce champ ;
- le côté recherche appliquée ;
- l'approche plutôt compréhensive qu'explicative ;
- l'apport de connaissance à la discipline ;
- la réalisation de recherche documentaire dans des domaines variés (psychosocial, sciences humaines, biomédical...);
- le recueil de données en SP (cabinet de ville, maison de santé pluridisciplinaire);
- l'utilisation d'une très grande diversité de méthodes ;
- la nécessité de confronter les résultats à des données issues des SP ;
- l'ouverture des perspectives sur la discipline.

### **Critère « terme »**

Concernant ce critère, sa limite dans l'étude a été la qualité des résumés de thèse proposés. Mais il apporte un argument sur la contextualisation en MG, la confrontation à des résultats issus des SP ou l'ouverture des perspectives sur la discipline. Bien entendu, il n'est pas à traiter isolément.

### **Critère « problématique »**

La définition de la WONCA, qui fait par ailleurs consensus pour définir le champs de la MG/MF, ne l'est pas auprès des experts pour la thèse : certains pensent qu'elle peut aider à contextualiser une question de recherche en SP ou même inspirer un sujet de recherche, mais d'autres pensent que c'est un cadre trop souple pour une thèse ou au contraire qu'il serait réducteur de s'y référencer directement [32]. Cette définition a déjà été utilisée comme critère pour déterminer l'appartenance au champ de la MG ou non, de thèses dans des

travaux précédents [33, 34] mais, comme dans notre étude, jamais de manière isolée. L'EGPRN<sup>1</sup> dans son agenda de la recherche européenne en 2009 [20] se sert des compétences fondamentales du médecin généraliste de cette définition pour classer ses résultats, mais les articles scientifiques sélectionnés se rapportant à la MG le sont par leur indexation dans PubMed par un des termes « family practice », « general practice » ou « primary health care ».

Finalement, ces deux premiers critères semblent aller de pair.

### **Critère « domaine de recherche »**

Pour les domaines professionnel et pédagogique, les délimitations sont plutôt simples.

En ce qui concerne le domaine bio-médical, l'appui sur la classification CISP-2 peut être discutée : en effet, ses critères d'inclusion ne sont pas des définitions et son rôle n'est pas de délimiter les problèmes mais de coder [28]. Certains items de cette classification sont donc suffisamment larges pour pouvoir inclure toute situation rencontrée et sont peu discriminants. Cependant, elle est adaptée aux soins primaires et permet d'intégrer le domaine psycho-social (annexeA), fortement représenté en pratique de MG [26].

### **Critère « population »**

Ont été sélectionnées les thèses dont la population était uniquement de MG. Ce point est aussi discutable. Les données peuvent être recueillies également dans le champ hospitalier mais uniquement si elles peuvent éclairer les pratiques de la médecine générale en amont, par exemple en informant sur le parcours de soins, l'entrée et la sortie d'établissements de soins [23, 32]. Concernant la population générale et les populations à profil socio-démographiques particuliers mais non recrutés par leur consultation en MG, les avis d'experts divergent pour les intégrer comme population de MG [32].

Cependant, les avis s'accordent sur un recueil des données en SP à privilégier [32].

---

1. European General Practice Research Network : Réseau européen de la recherche en médecine générale

### **Critère « encadrement »**

Nous n'avons pas relevé les rapporteurs pour une question de temps de recueil. Cela aurait été intéressant dans ce critère mais il ne se trouvait pas dans les informations fournies sur SUDOC. Cependant, le rapporteur n'est pas systématique pour les soutenances en médecine dans toutes les facultés, le président remplit alors cette fonction. Cette donnée n'a d'ailleurs pas été retrouvée dans des travaux similaires d'autres régions [34, 35], mais dans des travaux précédents à l'Université de Bordeaux [36] et de la subdivision Océan Indien [33].

G. Bourrel en 2008 préconisait au minimum un généraliste dans le jury, au mieux ayant dirigé la thèse ou ayant participé à la réalisation, sous peine dans le cas contraire de se trouver « décalé » au moment de la soutenance [23].

L'utilisation en lui-même du critère d'encadrement n'a pas été abordée dans la thèse de L. Ducros [32] mais on peut supposer qu'un directeur de thèse-généraliste aura peut être plus de facilités à appréhender un recueil de données au sein d'un cabinet libéral ou d'une maison de santé plutôt qu'un médecin hospitalier.

### **Les trois catégories**

Les critères choisis sont donc discutables et rajouter une catégorie « ambiguës » aux deux catégories les plus évidentes « MG » et « non MG » a permis de souligner ce fait et d'affiner le recueil.

## 4.2 Des résultats

### 4.2.1 Principaux

Le diagramme 3.1 montre que sur les huit années étudiées, 925 thèses ont été soutenues à Bordeaux dans la filière, dont 217 étaient strictement en rapport avec la médecine générale selon notre catégorisation.

Cependant, la figure 3.2 et le tableau 3.2 montrent que la répartition n'est pas homogène selon les années :

- le nombre et le taux de thèses classées « MG » augmentent progressivement en passant de 14,9% en 2007 à 35,7% en 2014 ;
- le nombre de thèses classées « non MG » augmente avec le nombre total de thèses mais leur taux diminue progressivement en passant de 75,2% en 2007 à 50,0% en 2014 ;
- le taux de thèses classées « ambiguës » oscille entre 9,9% et 20,0% mais sans évolution logique.

L'évolution de ces résultats (augmentation des taux de thèses « MG » et diminution des taux de thèses « non MG ») concorde avec l'évolution de la filière universitaire de MG et des travaux de thèses similaires pour d'autres universités [33, 35, 37].

Cependant, les taux de thèse « MG » sont plus bas à Bordeaux que dans ces autres travaux, à l'exception de la subdivision Océan Indien, où des résultats de A. DeCussy montrent un taux de 31,5% de thèses de MG pour les années 2013 et 2014 [33]. Mais ces chiffres ne peuvent être strictement comparés car la méthodologie est différente entre ces travaux, notamment pour les critères de catégorisation. De plus, les travaux de la subdivision Océan Indien sont répertoriés au DMG de Bordeaux et représentent 15% de notre recueil (144 thèses), qui peuvent influencer les résultats en ces proportions.

Concernant le groupe thèses « ambiguës », le tableau 3.3 citant les critères manquants pour passer dans le groupe « MG » amène à plusieurs réflexions. Ainsi le critère « terme » seul manquant est très peu représenté : ce qui est finalement logique puisqu'il est difficile de faire une thèse de MG ou SP sans citer aucun de ces mots. L'absence du « terme » dans ces 4 thèses peut être expliquée par le support du recueil : les résumés, qui peuvent être de qualités inégales.

Pour 18 thèses « ambiguës », seul le critère « population » manquait. Ce groupe met en évidence que même dans une thèse s'intéressant à la médecine générale et encadrée par des généralistes, le recueil en SP n'est pas systématique. Cependant comme nous l'avons vu plus haut, ce critère fait débat auprès des experts. Nous avons choisi dans ce recueil une version « stricte » de l'inclusion dans la catégorie « MG » avec ce critère population.

Pour 62 thèses « ambiguës », seul le critère « encadrement » manquait. Il est intéressant de voir l'évolution : il diminue progressivement entre 2007 et 2014. Cela est cohérent avec l'augmentation du nombre de postes de généralistes-enseignants et de professeurs titulaires en MG [13]. Mais leur existence souligne le fait que les directeurs de thèses non généralistes peuvent eux aussi proposer ou accompagner des internes sur des sujets intéressants la MG.

Les critères de problématique et de domaine de recherche n'ont pas été discriminants. Cela tend à confirmer qu'ils ont plus d'intérêt à être utilisés comme classification parmi un groupe déjà constitué « MG ».

Si la définition plus large d'une thèse en médecine générale est prise, donc en comptant les thèses « ambiguës », 50% des thèses en 2014 sont des thèses de MG ou de SP. Donc même en prenant une définition « plus large » d'une thèse dans la thématique des soins de premiers recours, ces chiffres sont bien inférieurs aux taux d'étudiants de TCEM en médecine générale qui désirent travailler en soins primaires. E. Fuchs[38], dans sa thèse, s'est intéressé au niveau d'avancement de leur thèse des internes bordelais au moment de la validation de leur DES en septembre 2013 (deux mois avant la fin de leur internat), et confirme ce fait : 80% désirent travailler en médecine générale (remplacements ou installations). Les chiffres du Conseil National de l'Ordre des Médecins publié en 2014 [39] montrent effectivement une grande majorité des spécialistes en MG travaillent comme généralistes libéraux. Dans le travail de E. Fuchs, les réponses des internes donnent une piste pour comprendre cette différence : ils expriment des difficultés à trouver un sujet de thèse et sont avides de propositions de sujets « tout fait » qu'ils trouveront plus facilement dans le cadre de leurs stages hospitaliers, majoritaires dans la formation.

### 4.2.2 Les thésards

L'étude du sexe des thésards (figure 3.3 et tableau 3.4) qui ont soutenu les thèses répertoriées montre une majorité de sexe féminin (56,6%), sans évolution

ou différence notable selon les années. Cela est concordant avec la féminisation de la profession et les résultats recueillis dans d'autres facultés [33–35, 37].

Les délais début de DES-soutenance de thèse exprimés dans le tableau 3.5 montre une moyenne sur les huit années étudiées de 52 mois, soit 4 ans et 4 mois et une médiane de 49 mois soit 4 ans et 1 mois. Si l'on prend en détail chaque année, les moyennes et les médianes restent toujours proches.

Ces mêmes délais exprimés par leurs moyennes selon l'année et la catégorie dans la figure 3.4 sont hétérogènes mais ne montrent pas de tendance particulière d'évolution dans le temps. Cependant, on peut remarquer qu'en moyenne, les délais sont plus courts pour les thèses « non MG » que les thèses « MG ». Pour ce fait, une hypothèse : les internes ayant un poste d'assistant dans les suites de leurs internat (dans le cadre d'un DESC ou non) seraient en même temps plus pressés de passer leur thèse et plus intéressés par des sujets plus hospitaliers. Ils feraient ainsi baisser la moyenne des délais de soutenance dans le groupe « non MG ». Cette hypothèse a été vérifiée dans le travail d' E. Fuchs [38] évoqué précédemment ; il a en effet retrouvé que les étudiants qui envisageaient une autre activité que celle de généraliste dans les suites de l'internat étaient plus avancés dans leur travail de thèse au moment de l'oral du DES. F. Barbarin, qui a étudié l'avancée effective de la thèse de ces mêmes médecins 18 mois après la fin de leur DES [40], a aussi retrouvé que la préparation d'un diplôme complémentaire semblait être un facteur favorisant l'avancée de la thèse.

Les délais moyens sont en tout cas concordants avec les résultats de A. DeCussy pour les thèses de la subdivision Océan Indien (4 ans et 3 mois en moyenne) [33] et ceux de M. Leonard pour celles de l'Université de Lyon (4 ans et 6 mois en moyenne) [34], ayant étudiées ces données le plus récemment. La thèse de F. Barbarin [40] a révélé qu'à 18 mois de la fin de leur DES, 50% des médecins interrogés n'avaient pas atteints les objectifs de thèses qu'ils s'étaient eux-mêmes fixés. Ces délais ne sont donc pas satisfaisants pour les étudiants et les raisons de ces retards évoquées ont été principalement un manque de motivation et des difficultés d'accompagnement.

### 4.2.3 Les jurys

Le taux de généralistes dirigeant des thèses entre 2007 et 2014 a augmenté comme le montre le tableau 3.6. Il est en 2014 d'un tiers de l'ensemble des thèses ayant été soutenues et de 80% pour les thèses « MG ». Nous retrouvons dans

d'autres travaux des proportions supérieures : 44% en 2010 à Créteil [35], 57% en 2012 à Saint-Étienne [37] et d'environ la moitié en 2013 à Lyon [34]. Cependant ce taux est plus bas pour les jurys de thèses de l'Océan Indien, soit 17,3% en moyenne entre 2007 et 2014, l'évolution n'étant pas étudiée à cause du faible effectif des premières années. Ces proportions supérieures ou inférieures pourraient être mise en parallèle avec les proportions retrouvées de thèses classées « MG ».

Pour expliquer ces différences entre les universités, une hypothèse peut être formulée à l'aide de deux données non relevées dans cette étude mais dans celles cités précédemment : l'appartenance des généralistes-directeurs de thèses au DMG et le nombre de thèses par directeur. Dans plusieurs études [33–35, 37], une grande majorité de généraliste-directeurs de thèses sont des généralistes-enseignants et parallèlement il a été relevé un phénomène de saturation des généralistes-directeurs de thèses qui supervisent de plus en plus souvent plusieurs thèses en même temps [34, 35, 37]. On peut donc penser à des différences selon l'implication de généralistes non enseignants dans la direction de thèses dans chaque région. De plus, les taux plus bas de directeurs de thèse-médecins généralistes dans la subdivision Océan Indien peuvent, comme dans les résultats principaux, faire varier ceux de l'Aquitaine à hauteur de 15% puisqu'ils sont compris dans les résultats.

Le tableau 3.7 énumère les spécialités des directeurs de thèses : les plus représentées après les généralistes sont par ordre décroissant les urgentistes, les pédiatres puis les internistes/infectiologues. Ces spécialités sont concordantes avec la maquette du DES puisque ce sont des stages obligatoires. Un interne en MG aura donc plus de chance de rencontrer un médecin exerçant une de ces spécialités et de prévoir l'élaboration de sa thèse avec lui.

A noter que peu de thèses « MG » ont été dirigées par des médecins d'une autre spécialité : 46 sur les 218 thèses du groupe « MG ». Mais, l'ajout à ce chiffre des thèses « ambiguës » ayant comme seul critère manquant l'encadrement, permet de penser que certains médecins hospitaliers sont néanmoins intéressés dans la direction d'un sujet de thèse touchant à la MG. Deux pistes peuvent être donc abordées pour augmenter le nombre de directeurs de thèses et éviter le phénomène de saturation :

- favoriser par l'accompagnement méthodologique les généralistes non enseignants dans la direction des thèses (maître de stage ou non) ;

- favoriser par la proposition de thèmes et l'élaboration de projets communs les médecins hospitaliers dans la direction de thèses sur des sujets de MG.

Le directeur de thèse est en effet primordial dans le travail : dans notre étude, les directeurs-généralistes semblent très favorisés pour un travail de thèse sur le thème de la MG et les médecins interrogés dans le travail de F. Barbarin [40] ont cités la qualité du directeur de thèse et les aides du DMG comme les éléments facilitant leur travail.

Le taux de généralistes présidant des soutenances a augmenté entre 2007 et 2014 comme le montre le tableau 3.6. Il est en 2014 de 22% sur l'ensemble des thèses et de plus de 50% pour les thèses « MG ». A partir de 2009, la loi HPST ayant encadré la nomination d'enseignants titulaires de MG dont 20 PU par an pendant 4 ans peut expliquer cette augmentation.

Le tableau 3.7 montre que les spécialités les plus fréquentes dans la présidence des jury des thésards bordelais de 2007 à 2014 sont par ordre décroissant : les internistes, les généralistes puis les anesthésiste-réanimateurs.

La troisième donnée relevée à ce sujet a été le taux de généralistes par jury. La figure 3.5 montre qu'il augmente pour chaque catégorie de thèses (y compris très légèrement pour la catégorie « non MG ») et il est d'un tiers des jurés en 2014 pour l'ensemble des thèses. Comme le montre la figure, la proportion est directement corrélée à la catégorie de la thèse : pour la catégorie MG, 3 jurés sur 5 sont généralistes.

### 4.2.4 Les populations cibles des thèses

Comme le montre la figure 3.6, le nombre de thèses où le recrutement s'est fait dans l'environnement du MG (généralistes libéraux, patients du cabinet de MG, internes en MG ou externes en stages chez le praticien) augmente considérablement au cours des années étudiées. Cependant, comme le montre le tableau 3.10, ce sont plus souvent les généralistes que les patients qui sont la cible de ces études alors que la MG est une spécialité centrée sur le patient [26]. La population des médecins est en outre plus facile à étudier [32].

Par ailleurs, certaines populations de SP non MG comme les centres de santé de la CPAM ou la population consultant SOS médecins ont été classées dans les populations non MG. Là encore cette classification « stricte » peut être discutable mais leur nombre était faible (3) et lorsque les soins primaires étaient mis en avant dans le titre ou le résumé et/ou les thèses ont été classées dans « ambiguës » et

non « non MG » donc l'impact sur les résultats reste faible. La réflexion est la même pour les cinq thèses dont la population a été recrutée en maternité ou centre d'orthogénie pour des thèses ambiguës : les gynécologues et centres d'orthogénie font partie dans notre système de santé de l'offre de premier recours puisque consultables par les patientes directement.

#### **4.2.5 Secondaires**

Pour rappel, ces résultats ne concernent que les groupes de thèses « MG » et « ambiguës ».

##### **Types d'études**

Comme nous l'indique le tableau 3.11, les 2/3 des études sont quantitatives descriptives, et parmi elles, un peu plus d'1/4 sont des enquêtes de pratiques. Les études qualitatives représentent 15% des thèses étudiées. Nous retrouvons très peu d'études analytiques et de recherches interventionnelles ou de recherche-action. G. Bourrel avait déjà observé en 2008 que celles-ci, pourtant bien adaptées à la discipline, étaient trop peu représentées dans les travaux de thèses [23]. Ces répartitions entre les différents types d'études sont également concordants avec les autres travaux déjà évoqués.

L'agenda européen de la recherche en médecine générale de 2009 avait mis en avant les études interventionnelles pour leur apport de preuves de haute qualité concernant les thérapies ; les études longitudinales pour évaluer le soin dans sa continuité ainsi que les effets durables des interventions ; et les études qualitatives pour comprendre les attentes et préférences des médecins et des patients, et pour évaluer le contexte médical ou comme premier pas pour introduire un nouvel instrument de mesure [20]. Mais une méthodologie plus complexe (pour les études analytiques) et un manque de temps (pour les recherches interventionnelles) peuvent expliquer qu'elles soient moins choisies par les thésards.

##### **Les domaines de recherche**

Comme le tableau 3.12 le montre, le domaine bio-médical est bien plus largement représenté que les domaines professionnel et pédagogique. Mais ce domaine est évidemment bien plus grand. Pour préciser un peu ce large domaine, les ta-

bleaux 3.13 et 3.14 répertorient la répartition des thèses selon les deux axes de la classification CISP-2.

Classées selon les rubriques, les thèses portent plus sur les procédures préventives, les autres diagnostics et les plaintes et symptômes du patient. Hormis la rubrique « autres diagnostics » qui n'est pas spécifique, les deux autres représentent des points d'intérêt fréquents et spécifiques de la médecine générale.

Classées selon les systèmes d'organes, les thèses portent le plus souvent sur des problèmes de santé généraux, psychologiques, endocriniens-métaboliques et cardio-vasculaires. Ces thèmes sont cohérents avec les problèmes de santé rencontrés effectivement en MG.

### **Données d'information et d'indexation des résumés**

Comme le montre le tableau 3.15, les résumés des thèses sont quasiment tous retranscrits sur SUDOC à partir de l'année 2009 et le lien vers la thèse électronique est de plus en plus disponible pour les années 2013-2014. Ces faits peuvent faire augmenter l'accès aux travaux de thèses et ainsi les valoriser.

La présence d'un résumé en anglais n'a été relevé que lorsqu'il était disponible sur SUDOC ou sur thèse électronique, ce qui explique leur absence dans les thèses des premières années du recueil.

Le taux de résumés structurés en IMRaD, que l'on peut supposer corrélé au taux de thèses structurées en IMRaD, augmente progressivement puis stagne aux alentours de 85% pour les années 2012, 2013 et 2014. Cette structuration est primordiale pour une thèse de médecine et pour son résumé car c'est celle qui est internationalement utilisée pour tout travail scientifique et tout article associé. Le taux pour les thèses devrait être de 100% mais les derniers chiffres sont encourageants.

### **Résultats à la soutenance**

Nos résultats sont concordant avec ceux de A. DeCussy [33], mais finalement les critères de mentions sont différents selon les universités et selon les jurys. Ces résultats ne sont pas obligatoirement corrélés à la valorisation d'un travail de thèse. Il serait plus intéressant de dénombrer les thèses ayant donné lieu à une publication ou une présentation en congrès.

### 4.3 Recontextualisation de l'étude

La tendance est donc à l'augmentation globale du nombre de thèse d'exercice concernant la MG. Mais, d'après les études suivantes, pas seulement pour les années étudiées : c'est un phénomène qui mature depuis la filiarisation de la MG [7]. G. Levasseur et FX. Schweyer ont fait un état des lieux des thèses de médecine générale sur les facultés de Nantes, Brest, Caen et Rennes de 1991 à 2000 : elles représentaient moins de 5% de l'ensemble des thèses alors que les résidents en médecine générale représentaient un peu plus de la moitié des étudiants qui soutenaient leur thèse chaque année [41]. Sur le plan régional, A. Remacle a étudié les thèses de médecine générale soutenues à l'Université Bordeaux 2 de 1995 à 2000 [36] : il en obtenait sur l'étude des titres en 1995, 5,21% et en 2000, 11,30%. JB. Harriague a repéré, dans la première partie de son travail, les thèses produites par les étudiants de médecine générale en rapport avec les soins primaires, cette fois-ci entre les années scolaires 2003-2004 et 2007-2008 [42]. Sur les 622 thèses analysées, il en retrouvait 19,8% en rapport avec la médecine générale dont 26,8% contenait le terme « médecine générale ». Pour lui, il n'existait pas de différence significative selon les différentes années.

Quelques soient les critères de catégorisation des thèses « MG », leur taux augmente, à Bordeaux et ailleurs en France.

Cette thèse avait pour but de faire un point sur le nombre de thèses de MG produites à Bordeaux ces dernières années, mais le projet plus large dont elle est une toute petite partie est le désir d'amélioration constante des thèses de la filière médecine générale. Cette amélioration passe dans cette filière par une augmentation de l'intérêt général (internes, médecins séniors) pour la recherche sur des sujets de MG et SP, mais aussi une augmentation de la qualité et de la valorisation de ces thèses. Dans sa grille d'aide à la thèse adressée aux internes de MG (en annexe B), L. Ducros a ajouté aux items de qualité d'une thèse non spécifique (commune à toutes les thèses et même tous les travaux scientifiques), des items orientant vers une thèse de SP [32]. Allier ces deux catégories de critères peut être une étape pour favoriser l'augmentation de thèses de MG et leur qualité. En 2011, une étude sur les échecs des projets de thèses et le vécu de la thèse parmi des anciens internes a montré que le vécu de la thèse était meilleur et l'envie de continuer la recherche était plus présente lorsque les étudiants avaient choisi leur sujet eux-même et qu'il ne contenait qu'une seule méthodologie [43]. F.

Barbarin, lui, retrouvait comme facteurs favorisant l'avancée du travail de thèse : la conviction du médecin de l'intérêt du travail de thèse en MG et le rapport du sujet de thèse avec le projet professionnel [40]. En effet, le vécu de l'interne est lui aussi à prendre en compte : un sujet qui intéresse l'interne sera plus facilement terminé, et en tant que premier contact avec la recherche, le thèse peut conditionner le regard du médecin sur elle et son implication future.

## 4.4 Perspectives

Suite à ces réflexions, un certain nombre de propositions pour aider à augmenter le nombre de thèses intéressant la MG et à les améliorer peuvent être imaginées.

### Concernant les critères d'une thèse « MG »

Des critères simples doivent être définis pour pouvoir être appliqués facilement lors de l'élaboration de son projet de thèse par le futur thésard. Trois critères discriminants ressortent de nos résultats principaux :

- le terme « MG » ou apparenté dans titre ou résumé ;
- la population ;
- l'encadrement.

Le critère « problématique » pourrait être couplé au critère « terme » puisqu'il en est un complément de définition. Le critère « domaine de recherche » tel que définit dans cette étude s'est révélé être plutôt une solution de classification pour des thèses dont la problématique est bien de la MG, étant sinon, trop vague. Compte tenu de ces résultats et des résultats de L.Ducros [32] décrits plus haut, une proposition de critères pour définir une thèse de MG pourrait être :

- problématique de médecine générale = terme « MG » ou apparenté dans la question de recherche ;
- recrutement de la population cible de l'étude en soins primaires ;
- si le recrutement est fait ailleurs, direction ou co-direction systématique par un médecin généraliste.

Ces critères sont indicatifs et pour en avoir plus précis et de plus valides, l'idéal serait un consensus d'expert.

### Concernant les thésards

Le taux de thèses concernant la MG à Bordeaux est inférieure au taux d'étudiants en MG ayant comme projet professionnel une pratique de généralistes libéraux. Pourtant le rapport de la thèse avec le projet professionnel semble être un facteur favorisant d'avancée de la thèse [38, 40]. Les thésards doivent être mis sur la voie de sujets MG.

Par exemple :

- favoriser les stages ambulatoires pour augmenter la confrontation des internes avec des problématiques contextualisées en SP et des acteurs de SP potentiellement intéressés par la direction d'une thèse ;
- aider la mise en relation entre internes et directeurs de thèses potentiels s'intéressant à des thèmes communs de MG ;
- sensibiliser les internes à la contextualisation des problématiques en SP même en dehors de leur stage ambulatoire ;
- des listes d'exemples de thèses MG, catégorisées par thèmes d'intérêt, disponibles pour les thésards, avec la prolongation de certains sujets suggérée.

A Bordeaux, l'outil « formatoile » utilisé pour faciliter les démarches autour de la thèse et valider le projet de thèse des internes, ainsi que les séances d'aide à la thèse favorisent déjà ces perspectives. Mais, on peut imaginer un renforcement de ces mesures en créant une interface plus large sur cet outil comprenant des propositions des deux parties.

L'intérêt de la thèse doit être également revalorisée aux yeux des internes, d'ailleurs une demande de plus de cours obligatoires concernant la thèse sont une demande de nombreux thésards dans le travail de F. Barbarin [40]. La valorisation secondaire par un projet de publication ou de présentation en congrès pourrait être mis en avant dès le début du travail, et sortir aux yeux des étudiants la thèse de son carcan de « formalité » mise au placard dès la soutenance passée.

### **Concernant l'encadrement**

Le pilier de l'encadrement est le directeur de thèse. Un bon directeur de thèse (temps, disponibilité, formation) a d'ailleurs été identifié, avec les aides du DMG, par les thésards comme facteur favorisant l'avancée de la thèse[40]. De plus, la spécialité du directeur de thèse étant la plupart du temps en relation avec le sujet de la thèse, une augmentation du nombre de généralistes-directeurs de thèses, pourrait aider à faire augmenter le nombre de thèse MG. Pour cela, on peut imaginer par exemple :

- promouvoir l'aide méthodologique disponible auprès des MSU, qui sont souvent les seuls contacts de l'interne avec le système ambulatoire, s'ils veulent diriger une thèse ;
- organiser des formations régulières pour tous les médecins généralistes (MGE, MSU ou simple MG) étant intéressés par la direction de thèses ;

- augmenter le nombre de postes de généralistes dans les DUMG, qui dirigent et jugent des thèses de SP mais aussi participent au soutien pédagogique des thésards et aux formations des potentiels directeurs ;
- envisager une rémunération des généralistes-potentiels directeurs, comme pour les enseignants, pour le temps consacré à l'encadrement de la thèse.

Pour les directeurs non généralistes désirant encadrer des thèses d'internes de MG, l'organisation de formations sur les spécificités des thèses de MG pourrait être une piste à suivre.

Un système de tutorat pourrait être imaginé également, le manque de motivation et d'accompagnement étant mis en avant par les thésards[40], l'expérience des jeunes thésés pourrait aider les étudiants dans le choix d'un domaine de recherche dans le champ de la MG jusqu'à un premier projet de thèse. Le relais étant ensuite pris par le DMG et le directeur de thèse.

Certaines de ces propositions sont déjà « en cours » et fonctionnent aux vu des résultats. Mais l'augmentation désirée des sujets de thèse « MG » pourrait être accélérer par leur renforcement.

# Conclusion

---

Cette étude descriptive sur les informations du répertoire des thèses et les résumés des 925 thèses soutenues entre janvier 2007 et décembre 2014 à l'Université de Bordeaux dans la filière Médecine Générale, nous a permis de mettre en avant plusieurs points :

- un nombre grandissant de thèses intéresse la MG et les SP ;
- les thèses d'exercice en médecine sont plus souvent encadrées par des médecins généralistes dans la filière ;
- la composition des jurys elle aussi évolue avec un rapport en faveur des généralistes ;
- les critères choisis dans cette étude sont plus « stricts » que dans d'autres travaux apparentés mais il n'existe pas de consensus à ce sujet ;
- le recrutement des populations en SP est lui aussi de plus en plus fréquent mais devrait plus souvent être centré sur les patients ;
- les types d'études restent très majoritairement des études quantitatives descriptives et des enquêtes de pratiques probablement par facilité et par manque de temps des étudiants ;
- les domaines de recherche les plus fréquemment abordés sont cohérents avec la pratique en médecine générale ;
- les structurations des résumés s'améliorent ainsi que leur accessibilité, ce qui est positif pour les thèses en temps que reflets de celles-ci.

En bref, notre étude a permis d'observer l'évolution des thèses soutenues entre 2007 et 2014 à Bordeaux dans la filière de MG, de leur encadrement et d'approcher le problème de choix des thèmes correspondant à leur spécialité des internes de MG.

# Bibliographie

---

1. WONCA EUROPE. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. Disponible sur : WONCA Europe, 2002. URL : <http://www.woncaeurope.org/gp-definitions>.
2. CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. Article L4131-1. URL : <http://www.legifrance.gouv.fr>.
3. CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. Article L4111-1. URL : <http://www.legifrance.gouv.fr>.
4. CODE DE L'ÉDUCATION. Article L632-4. URL : <http://www.legifrance.gouv.fr>.
5. CODE DE L'ÉDUCATION. Article R632-22. URL : <http://www.legifrance.gouv.fr>.
6. CODE DE L'ÉDUCATION. Article L612-7. URL : <http://www.legifrance.gouv.fr>.
7. DECANter B. Historique. De la naissance du Code à nos jours. In : *La transmission du savoir en médecine. Rapport du Conseil National de l'Ordre des Médecins*. Commission permanente 2012-2013. 2013.
8. Décret n° 2004-67 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. 2004.
9. MAESENEER JMD. Why Research in Family Medicine ? A Superfluous Question. *The Annals of Family Medicine* 2004 ;2 :S17–S22.
10. KERR WHITE Franklin Williams BG. The Ecology of medical care. *New England Journal of Medicine* 1961 ;265 :885–892.
11. GREEN LA et coll. The Ecology of Medical Care Revisited. *New England Journal of Medicine* 2001 ;344 :2021–2025.

## BIBLIOGRAPHIE

---

12. HALLER DM et coll. Recherche scientifique en médecine de famille : expériences, barrières et besoin des praticiens. *Revue Medicale Suisse* 2011 ;7 :1089–1094.
13. DRUAIS PL. La place et le rôle de la médecine générale dans le système de santé. Rapport remis à sa demande à Madame Mariesol Tourraine, Ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Disponible sur : <http://social-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles>. 2015.
14. POUCHAIN D et coll. Principes d'une politique de recherche au service de la discipline et (surtout) des patients. *Exercer* 2008 ;84 :130–134.
15. TRANSINSIGHT. GoPubMed. URL : <http://www.gopubmed.org>.
16. WEEL C van. Improving Health Care Globally : A Critical Review of the Necessity of Family Medicine Research and Recommendations to Build Research Capacity. *The Annals of Family Medicine* 2004 ;2 :S5–S16.
17. OMS. Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires. Disponible sur : [http://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/alma\\_ata\\_declaration/fr/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/). 1978.
18. CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. Article L1411-11. URL : <http://legifrance.gouv.fr>.
19. LIONIS C. Setting priorities and identifying barriers for general practice research in Europe. Results from an EGPRW meeting. *Family Practice* 2004 ;21 :587–593.
20. EVA HUMMERS-PRADIER Martin Beyer PC. Research Agenda for General Practice-Family Medicine and Primary Care in Europe. Disponible sur : <http://www.egprn.org>. EGPRN. 2009.
21. BEASLEY JW et coll. Global Health and Primary Care Research. *The Journal of the American Board of Family Medicine* 2007 ;20 :518–526.
22. POUVOURVILLE GD. Développer la recherche en médecine générale et en soins primaires en France : Propositions. Rapport remis à Monsieur le Ministre de la Santé et à Monsieur le Ministre Délégué à la Recherche. Disponible sur : [http://extranet.inserm.fr/content/download/25726/163582/file/Rapport\\_Pouvoirville.pdf](http://extranet.inserm.fr/content/download/25726/163582/file/Rapport_Pouvoirville.pdf). 2006.

## BIBLIOGRAPHIE

---

23. BOURREL G et coll. Diversité et richesse des thèses en médecine générale. *Exercer* 2008 ;81 :42–44.
24. DÉPARTEMENT DE MÉDECINE GÉNÉRALE D'AQUITAINE. Département de Médecine Générale : espace dédié au travail de thèse. URL : <https://formatoile2.u-bordeaux.fr/>.
25. FAYR GP : ASSOCIATION FRANÇAISE DES JEUNES CHERCHEURS EN MÉDECINE GÉNÉRALE. Recherche-Thèses IMG. URL : <http://www.theseimg.fr>.
26. EURACT - WONCA EUROPE. The European Definition of General Practice - Family Medicine - Short Version. Disponible sur : <http://www.woncaeurope.org/gp-definitions>. 2011.
27. GAY B. Actualisation de la définition européenne de la médecine générale. *La Presse Médicale* 2013 ;42 :258–260.
28. LE CLUB DE UTILISATEURS FRANCOPHONES DE LA CISP. URL : <http://www.cispclub.org>.
29. WONCA INTERNATIONAL CLASSIFICATION COMITEE. An Introduction to the International Classification of Primary Care. Deuxième Edition. Disponible sur : <http://www.ph3c.org>. 2004.
30. BOURREL G. Comment prendre en compte la complexité de la Médecine Générale dans la recherche ? Congrès de recherche en médecine générale, Perpignan 27-28 mai 2005. *Exercer* 2005 ;75 :137–140.
31. FRAPPÉ P. Initiation à la recherche. 2011. Chap. De la question au type d'étude :25–84.
32. DUCROS L. Quels sont les critères universitaires et disciplinaires d'une thèse en Médecine Générale ? Thèse d'exercice : Médecine. Université de Montpellier, 2015.
33. DECUSSY A. Thèmes, objets et méthodes de recherche des thèses des internes de médecine générale de la subdivision océan indien entre 2007 et 2014. Thèse d'exercice : Médecine. Université de Bordeaux. UFR Sciences médicales, 2016.
34. LEONARD M. Analyse des thèses d'exercice soutenues par les internes en Médecine Générale de Lyon de janvier 2011 à décembre 2013. Thèse d'exercice : Médecine. Université de Lyon, 2015.

## BIBLIOGRAPHIE

---

35. MORNAN SE. Production des thèses dans la filière médecine générale à la faculté de médecine de Créteil : une étude rétrospective sur cinq années universitaires de 2005 à 2010. 61p. Thèse d'exercice : Médecine. Créteil : Université Paris Est Créteil, 2012.
36. REMACLE A. La thèse en médecine générale. Analyse descriptive des thèses de médecine générale soutenues à l'université Bordeaux 2 - Victor Segalen de 1995 à 2000. Thèse d'exercice : Médecine. Bordeaux : Université Bordeaux II, 2002.
37. CHARLAS A. Analyse des thèses d'exercice traitant de médecine générale soutenues par les résidents et internes de médecine générale à Saint Etienne de 2003 à 2012 : direction, méthodes, thématiques et valorisation. Thèse d'exercice : Médecine. Université de Saint-Etienne, 2013.
38. FUCHS E. L'avancée du travail de thèse des internes de médecine générale bordelais en fin d'internat : septembre 2013. Thèse d'exercice : Médecine. Université de Bordeaux. UFR Sciences Médicales, 2015.
39. CONSEIL NATIONAL DE L'ODRE DES MÉDECINS. La Médecine Générale et la qualification de spécialiste en médecine générale. Étude sur la répartition des médecins généralistes et évolution de la spécialité. Disponible sur : <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnomrepartitionmg.pdf>. 2014.
40. BARBARIN F. Les travaux de thèses des jeunes médecins généralistes en 2015, 18 mois après la fin de l'internat à Bordeaux : situation par rapport aux objectifs personnels, prévalence de soutenance et facteurs d'influence de l'avancée de la thèse. Thèse d'exercice : Médecine. Université Paris Descartes (Paris V), 2015.
41. LEVASSEUR G et SCHEWEYER FX. La Recherche en médecine générale, à travers les thèses de médecine. Santé publique 2003 ;15 :203–212.
42. HARRIAGUE JB. Difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour diriger une thèse en médecine générale en Aquitaine. 99p. Thèse d'exercice : Médecine. Bordeaux : Université Bordeaux II, 2010.
43. KONIECZNY J et FRAPPÉ P. Échecs des projets de thèse en médecine générale. Exercer 2011 ;99 :180–185.

# **Annexes**

---

## **A Classification internationale des Soins Primaires - deuxième édition. En français.**



<b>Psychologique P</b>	<b>Peau S</b>	<b>U72</b> Urétrite	<b>Syst. génital masculin et sein Y</b>
P01 Sensation anxiété/nervosité/tension	S01 Douleur/hypersensibilité de la peau	U73 Cancer du rein	Y01 Douleur du pénis
P02 Réaction de stress aiguë	S02 Prurit	U76 Cancer de la vessie	Y02 Douleur des testicules, du scrotum
P03 Sensation de dépression	S03 Verrue	U77 Autre cancer urinaire	Y03 Ecoulement urétral chez l'homme
P04 Sentiment/comport. irritable/colère	S04 Tuméfaction/gonflement loc. peau	U78 Tumeur bénigne du tractus urinaire	Y04 Autre S/P du pénis
P05 Sensation vieux, comportement sénile	S05 Tuméfactions/gonflements gén. peau	U80 Lésion traumat. du tractus urinaire	Y05 Autre S/P des testicules/du scrotum
P06 Perturbation du sommeil	S06 Eruption localisée	U85 Anom. congénitale du tractus urinaire	Y06 S/P de la prostate
P07 Diminution du désir sexuel	S07 Eruption généralisée	U86 Glomérulonéph./syndr. néphrotique	Y07 Impuissance sexuelle NCA
P08 Diminution accomplissement sexuel	S08 Modification de la couleur de la peau	U98 Analyse urinaire anormale NCA	Y08 Autre S/P fonction sexuelle homme
P09 Préoccupation sur identité sexuelle	S09 Doigt/orteil infecté	U99 Autre maladie urinaire	Y10 Stérilité, hypofertilité de l'homme
P10 Bégaïement, bredouillement, tic	S10 Furoncle/anthrax	<b>Grossesse, accouchement et PF W</b>	Y13 Stérilisation de l'homme
P11 Trouble de l'alimentation de l'enfant	S11 Infection post-traumat. de la peau	W01 Question de grossesse	Y14 Autre PF chez l'homme
P12 Enurésie	S12 Piqûre d'insecte	W02 Peur d'être enceinte	Y16 S/P du sein chez l'homme
P13 Encoprésie	S13 Morsure animale/humaine	W03 Saignement pendant la grossesse	Y24 Peur dysfonction sexuelle homme
P15 Alcoolisme chronique	S14 Brûlure cutanée	W05 Nausée/vomissement de grossesse	Y25 Peur d'une MST chez l'homme
P16 Alcoolisation aiguë	S15 CE dans la peau	W10 Contraception post-coïtale	Y26 Peur d'un cancer génital homme
P17 Usage abusif du tabac	S16 Echymose/contusion	W11 Contraception orale	Y27 Peur autre maladie génitale homme
P18 Usage abusif de médicament	S17 Erafure, égratignure, ampoule	W12 Contraception intra-utérine	Y28 Limitation de la fonction/incap. (Y)
P19 Usage abusif de drogue	S18 Coupure/lacération	W13 Stérilisation chez la femme	Y29 Autre S/P génitale chez l'homme
P20 Perturbation de la mémoire	S19 Autre lésion traumat. de la peau	W14 Autre contraception chez la femme	Y70 Syphilis chez l'homme
P22 S/P du comportement de l'enfant	S20 Cor/callosité	W15 Stérilité - hypofertilité de la femme	Y71 Gonococcie chez l'homme
P23 S/P du comportement de l'adolescent	S21 S/P au sujet de la texture de la peau	W17 Saignement du post-partum	Y72 Herpes génital chez l'homme
P24 P. spécifique de l'apprentissage	S22 S/P de l'ongle	W18 Autre S/P du post-partum	Y73 Prostatite/vésiculite séminale
P25 Problèmes de phase de vie adulte	S23 Calvitie/perte de cheveux	W19 S/P du sein/lactation post-partum	Y74 Cancer de la prostate
P27 Peur d'un trouble mental	S24 Autre S/P cheveux, poils/cuir chevelu	W21 Précoc. par modif. image et grossesse	Y75 Balanite
P28 Limitation de la fonction/incap. (P)	S26 Peur d'une autre maladie de la peau	W22 Peur complications de la grossesse	Y76 Condyrome acuminé chez l'homme
P29 Autre S/P psychologique	S28 Limitation de la fonction/incap. (S)	W28 Limitation de la fonction/incap. (W)	Y77 Cancer de la prostate
P70 Démence	S29 Autre S/P de la peau	W29 Autre S/P de la grossesse	Y80 Lésion traumat. génitale homme
P71 Autre psychose organique	S70 Zona	W70 Infection puerpérale, sepsis	Y81 Phimosis/hypermorphie du prépuce
P72 Schizophrénie	S71 Herpes simplex	W71 Infection compliquant la grossesse	Y82 Hypospadias
P73 Psychose affective	S72 Gale/autre acarirose	W72 Tumeur maligne avec grossesse	Y83 Ectopie testiculaire
P74 Trouble anxieux/état anxieux	S73 Pédiculose/autre infestation peau	W73 Tumeur maligne avec grossesse	Y84 Autre anom. congénitale homme
P75 Trouble somatoforme	S74 Dermatophytose	W74 Tumeur bénigne/indét. et grossesse	Y85 Hypertrophie bénigne de la prostate
P76 Dépression	S75 Moniliase/candidose de la peau	W75 Lésion traumat. et grossesse	Y86 Hydrocèle
P77 Suicide/tentative de suicide	S76 Autre maladie infectieuse de la peau	W76 Anom. congénitale et grossesse	Y99 Autre maladie génitale chez l'homme
P78 Neurasthénie, surmenage	S77 Cancer de la peau	W78 Grossesse	
P79 Phobie, trouble obsessionnel compulsif	S78 Lipome	W79 Grossesse non désirée	
P80 Trouble de la personnalité	S79 Autre tumeur bén./indét. de la peau	W80 Grossesse ectopique	
P81 Trouble hyperkinétique	S80 Kératose actinique/coup de soleil	W81 Toxémie gravidique	
P82 Syndrome de stress post-traumatique	S81 Hémangiome/lymphangiome	W82 Avortement spontané	
P85 Retard mental	S82 Naevus/naevus pigmentaire	W83 Avortement provoqué	
P86 Anorexie mentale, boulimie	S83 Autre anom. congénitale de la peau	W84 Grossesse à haut risque	
P88 Autre psychose NCA	S84 Impétigo	W85 Diabète gravidique	
P99 Autre trouble psychologique	S85 Kyste/fistule pilonidal	W90 Acc. non compliqué, enfant vivant	
<b>Respiratoire R</b>	<b>Métabol., nutrit., endocrinien T</b>	W91 Acc. non compliqué, enfant mort	<b>Social Z</b>
R01 Douleur du syst. respiratoire	T01 Soif excessive	W92 Acc. compliqué, enfant vivant	Z01 Pauvreté/P. économique
R02 Souffle court, dyspnée	T02 Appétit excessif	W93 Acc. compliqué, enfant mort	Z02 P. d'eau/de nourriture
R03 Sibillance	T03 Perte d'appétit	W94 Mastite puerpérale	Z03 P. d'habitat/voisinage
R04 Autre P. respiratoire	T04 P. d'alimentation nourrisson/enfant	W95 Autre mal. sein et grossesse/lactation	Z04 P. socioculturel
R05 Toux	T05 P. d'alimentation de l'adulte	W96 Autre complication puerpérale	Z05 P. de travail
R06 Saignement de nez, épistaxis	T06 Gain de poids	W99 Autre maladie de la grossesse/acc.	Z06 P. de non emploi
R07 Congestion nasale, éternuement	T07 Perte de poids	<b>Syst. génital féminin et sein X</b>	Z07 P. d'éducation
R08 Autre S/P du nez	T10 Retard de croissance	X01 Douleur génitale chez la femme	Z08 P. de protection sociale
R09 S/P des sinus	T11 Déshydratation	X02 Douleur menstruelle	Z09 P. légal
R21 S/P de la gorge	T26 Peur d'un cancer du syst. endocrinien	X03 Douleur intermenstruelle	Z10 P. relatif au syst. de soins de santé
R23 S/P de la voix	T27 Peur autre mal. endoc./métab./nutrit.	X04 Rapport sexuel douloureux femme	Z11 P. du fait d'être malade/complaisance
R24 Hémoptysie	T28 Limitation de la fonction/incap. (T)	X05 Menstruation absente/rare	Z12 P. de relation entre partenaires
R25 Expectoration/glaire anormale	T29 Autre S/P endoc./métab./nutrit.	X06 Menstruation excessive	Z13 P. de comportement du partenaire
R26 Peur d'un cancer du syst. respiratoire	T70 Infection du syst. endocrinien	X07 Menstruation irrégulière/fréquente	Z14 P. du à la maladie du partenaire
R27 Peur d'une autre maladie respiratoire	T71 Cancer de la thyroïde	X08 Saignement intermenstruel	Z15 Perte/décès du partenaire
R28 Limitation de la fonction/incap. (R)	T72 Tumeur bénigne de la thyroïde	X09 S/P prémenstruel	Z16 P. de relation avec un enfant
R29 Autre S/P respiratoire	T73 Tumeur indét. du syst. endocrinien	X10 Journement des menstruations	Z18 P. du à la maladie d'un enfant
R71 Coqueluche	T78 Canal/kyste thyroïdienne	X11 S/P liés à la ménopause	Z19 Perte/décès d'un enfant
R72 Streptococcie pharyngée	T80 Anom. congénit. endoc./métab./nutrit.	X12 Saignement de la post-ménopause	Z20 P. relation autre parent/famille
R73 Furoncle/abcès du nez	T81 Goitre	X13 Saignement post-coïtal femme	Z21 P. comportement. autre parent/famille
R74 Infection aiguë voies respiratoire sup.	T82 Obésité	X14 Ecoulement vaginal	Z22 P. du à la mal. autre parent/famille
R75 Sinusite aiguë/chronique	T83 Excès pondéral	X15 S/P du vagin	Z23 Perte/décès autre parent/famille
R76 Angine aiguë	T85 Hyperthyroïdie/thyréotoxique	X16 S/P de la vulve	Z24 P. de relation avec un ami
R77 Laryngite, trachéite aiguë	T86 Hypothyroïdie/myxoedème	X17 S/P du petit bassin chez la femme	Z25 Aggression/événement nocif NCA
R78 Bronchite aiguë, bronchiolite	T87 Hypocycémie	X18 Douleur du sein chez la femme	Z27 Peur d'un P. social
R79 Bronchite chronique	T89 Diabète insulino-dépendant	X19 Tuméfaction/masse du sein femme	Z28 Limitation de la fonction/incap. (Z)
R80 Grippe	T90 Diabète non insulino-dépendant	X20 S/P du mamelon chez la femme	Z29 P. social NCA
R81 Pneumonie	T91 Carence vitaminiq./nutritionnelle	X21 Autre S/P du sein chez la femme	
R82 Pleurésie, épanchement pleural	T92 Goutte	X22 Précoc. par l'apparence des seins	<b>Abréviations</b>
R83 Autre infection respiratoire	T93 Trouble du métabolisme des lipides	X23 Peur d'une MST chez la femme	/ ou
R84 Cancer des bronches, du poumon	T99 Autre maladie endoc./métab./nutrit	X24 Peur dysfonction sexuelle femme	Acc. Accouchement
R85 Autre cancer respiratoire	<b>Système Urinaire U</b>	X25 Peur d'un cancer génital femme	Anom. Anomalie
R86 Tumeur respiratoire bénigne	U01 Dysurie/miction douloureuse	X26 Peur d'un cancer du sein femme	Bén. Bénin (igne)
R87 CE du nez, du larynx, des bronches	U02 Miction fréquente/impérieuse	X27 Peur autre mal. génitale/sein femme	CE Corps étranger
R88 Autre lésion traumat. du syst. resp.	U04 Incontinence urinaire	X28 Limitation de la fonction/incap. (X)	Gén Généralisé(e)
R89 Anom. congénitale du syst. resp.	U05 Autre P. de miction	X29 Autre S/P génital chez la femme	Incap Incapacité
R90 Hypertrophie amygdales/végétations	U06 Hématurie	X70 Syphilis chez la femme	Indét Indéterminé(e)
R92 Autre tumeur indét. du syst. resp.	U07 Autre S/P au sujet de l'urine	X71 Gonococcie chez la femme	Loc. Localisé(e)
R95 Mal. pulmonaire chronique obstructive	U08 Rétention d'urine	X72 Candidose génitale chez la femme	Mal. Maladie
R96 Asthme	U13 Autre S/P de la vessie	X73 Trichomonase génitale femme	MST Maladie sexuellement transmissible
R97 Rhinite allergique	U14 S/P du rein	X74 Mal. inflammatoire pelvienne femme	NCA Non classé ailleurs
R98 Syndrome d'hyperventilation	U26 Peur d'un cancer du syst. urinaire	X75 Cancer du col de l'utérus	P. Problème
R99 Autre maladie respiratoire	U27 Peur d'une autre maladie urinaire	X76 Cancer du sein chez la femme	Préoc Préoccupé(e)
	U28 Limitation de la fonction/incap. (U)	X77 Autre cancer génital chez la femme	RAA Rhumatisme articulaire aigu
	U29 Autre S/P urinaire	X78 Fibrome utérin	S/P Symptôme ou plainte
	U70 Pyélonéphrite/pyélite	X79 Tumeur bénigne du sein femme	Sec. Secondaire
	U71 Cystite/autre infection urinaire	X80 Tumeur bénigne génitale femme	Subs Substance
		X81 Autre tumeur génitale indét. femme	Syndr Syndrome
		X82 Lésion traumat. génitale femme	Tum. Tumeur
		X83 Anom. génitale congénitale femme	
		X84 Vaginite/vulvite NCA	
		X85 Maladie du col de l'utérus NCA	
		X86 Proctite de col anormal	
		X87 Prolapsus utéro-vaginal	
		X88 Maladie fibrokystique du sein	
		X89 Syndrome de tension prémenstruelle	
		X90 Herpes génital chez la femme	
		X91 Condyrome acuminé chez la femme	
		X92 Infection génitale chlamydia femme	
		X99 Autre maladie génitale de la femme	
			<b>Traducteurs:</b> <b>Michel Roland et</b> <b>Marc Jamouille</b>

- B Grille d'évaluation d'une thèse de médecine générale. D'après le travail de L. Ducros, thèse d'exercice en médecine, 2015.**

#### THEMES OU DOMAINES DE RECHERCHE

Est-il choisi par l'interne ? Porte-il un intérêt particulier à ce sujet ?  
A-t-il déjà rencontré le problème en SP ?

---

#### QDR

Est-elle dans le champ des soins primaires (SP)\*?  
Ou est-elle contextualisée en SP ?  
Est-ce une question que pourrait se poser un médecin généraliste dans sa pratique quotidienne ?  
Est-elle naît de l'observation de l'interne dans sa pratique quotidienne ?

---

#### RECHERCHE DOCUMENTAIRE

A t-on déjà répondu à cette QDR dans n'importe quel environnement de soin ?  
A t-on déjà répondu à cette QDR en SP ?

---

#### OBJECTIF

L'objectif est-il pragmatique ? réalisable dans le cadre d'une thèse d'exercice ?  
L'objectif permet-il de répondre à la question de recherche ?  
Est-il unique ?  
Est-il bien défini et précis ?

---

#### JUSTIFICATION et HYPOTHESES

La QDR peut-elle apporter une réponse à la médecine générale ? aux patients de SP ?  
Ce travail peut-il avoir des applications pratiques dans la prise en charge des patients ?

---

#### POPULATION ETUDIEE

L'interne a-t-il privilégié l'étude des patients plutôt que celle des médecins ?  
Le recrutement est-il réalisé en SP (chaque fois que cela est possible) ?  
L'interne a-t-il identifié la population cible ?  
Est-elle représentative de la population cible ?

---

#### METHODES

La méthode employée est-elle cohérente avec l'approche choisie et va-t-elle permettre de répondre à l'objectif ?  
Suit-on pour cela pour grille d'évaluation de qualité (type COREC, PRISMA...) ?  
L'interne a-t-il utilisé le type d'étude qui a le plus haut niveau de validité (avec les moyens dont il dispose) ?

---

#### RECUEIL DE DONNEES

Le recueil est-il réalisé préférentiellement en cabinet de ville ou dans des MSP ?  
Le mode de recueil est-il adapté à l'objectif ?

---

#### ANALYSE DES DONNEES

Est-elle adaptée au type d'étude employée et à la QDR ?

---

#### PRESENTATION DES RESULTATS

Est-elle homogène dans sa forme ?  
Présente-t-elle le résultat à la QDR, sans interprétation ?

---

#### DISCUSSION

A-t-on identifié tous les biais ?  
L'interne a-t-il confronté ses résultats avec les données d'études réalisées en SP ?  
Le travail ouvre-il des perspectives pour la discipline ? vers d'autres travaux ou pour d'autres spécialités ?

---

#### REDACTION

L'interne a-t-il utilisé le format IMRAD ?  
Y'a-t-il un plan structuré et informatif ?  
Y'a-t-il un résumé sous forme IMRAD ?  
Y'a-t-il des mots clé pertinents

---

#### VALORISATION

Le travail a-t-il une rigueur scientifique suffisante pour être valorisé ?  
Un enseignant a-t-il aidé l'interne à valoriser son travail ?  
Une revue a-t-elle été identifiée pour publier le travail ?

---

## **C Exemples de titres de thèses catégorisées « MG »**

n°	Exemples de titres
1	La visite de non contre indication en médecine générale : une situation pleine de contradiction.
2	Grossesses précoces. Étude d'une population de patientes suivies à Bayonne entre 2001 et 2005. Place du médecin généraliste dans la démarche d'accompagnement.
3	La prise en charge de la plainte mnésique en médecine générale : caractéristiques identitaires et performances aux tests cognitifs de 46 patients ayant présenté une plainte méisque à leur médecin généraliste.
4	Cannabis et médecine générale : la pratique diffère-t-elle selon la participation à une formation ?
5	L'urgence palliative à domicile et le recours à l'hospitalisation. État des lieux 2006 et préconisations pour une meilleurs prise en charge, à partir d'une enquête auprès des médecins généralistes du territoire de recours de Bayonne.
6	Accélération du flux respiratoire : un signe d'examen dans le diagnostic d'asthme du nourrisson.
7	Plagiocéphalies postérieures d'origine positionnelle : enquête auprès des praticiens de premier recours en Lot-en-Garonne. Revue de la littérature.
8	Étude de faisabilité de l'implantation d'une maison médicale de garde sur le secteur ouest de Montpellier.
9	Prévention du risque infectieux en médecine générale - hygiène de base et adaptation des pratiques en présence de bactéries multirésistantes aux antibiotiques. Enquête auprès de 188 médecine généralistes de la Gironde.
10	Le stage chez le médecin généraliste en deuxième cycle des études médicales : évaluation qualitative auprès des étudiants du premier stage de trois mois réalisé à Bordeaux.
11	Le regroupement des médecins en milieu rural est-il une solution aux problèmes démographiques de la médecine générale : le cas du centre médical de Mauléon (64) ?
12	Recherche de cancer face à la découverte d'une thrombose veineuse idiopathique en médecine générale. Enquête de pratique auprès de médecine généralistes girondins.
13	Néphrotoxicité chronique des AINS chez les personnes de plus de 65 ans : une étude prospective en médecine générale.
14	Les facteurs d'influences dans la prescription médicale : aspect psychologique de la décision, revue de la littérature et enquête d'opinion auprès des médecins généralistes agenais.
15	Sevrage en ambulatoire des patients consommateurs de benzodiazépines. Étude menée par un groupe de pairs à partir des recommandations.
16	Dépistage de l'AOMI en médecine générale. Place de la mesure de l'IPS dans les pratiques actuelles. Enquête internet et entretiens téléphoniques auprès des médecins généralistes.
17	Difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour diriger une thèse de médecine générale en Aquitaine.
18	Pourquoi si peu de médecins généralistes désignent un confrère comme médecin traitant ? Enquête qualitative par entretiens semi dirigés auprès de 20 médecins généralistes.
19	Comparatifs de la prescription et de la délivrance des médicaments génériques onze ans après la mise en place du droit à la substitution. Enquête d'opinion auprès des médecins généralistes et des pharmaciens d'officine de Gironde.
20	Les représentations et les pratiques des médecins généralistes face aux comportements d'opposition et de défense des nourrissons âgés de 8 à 24 mois au cours de l'examen clinique.
21	Apport de la visite d'une déléguée Santé Prévention d'un réseau « Addictions » auprès des médecins généralistes girondins. Étude comparative entre un territoire visité et un territoire non visité.
22	Peut-on améliorer la prévention antituberculeuse par le BCG chez le nourrisson en médecine générale dans un département rural ? Enquête dans le département du Lot-et-Garonne.
23	La morphine, le médecin généraliste et les douleurs chroniques non cancéreuses. A propos d'une étude auprès des maîtres de stage de la Gironde.
24	La grippe A et son vaccin : enquête « un jour donné » chez des médecins généralistes et leurs patients de Gironde.

Suite

25	Intérêts et difficultés de l'éducation thérapeutique de l'insuffisant cardiaque en médecine générale : à propos d'une cohorte de 40 patients.
26	Intérêt et faisabilité du PIKO 6 dans le dépistage de la BPCO en médecine générale.
27	La compétence relationnelle dans le soin en médecine générale. Enquête ethnographique située dans la dimension du care.
28	Attitudes et représentations des femmes en situation de précarité concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus proposé par le médecin généraliste en Gironde.
29	Le diagnostic de dépression du sujet âgé institutionnalisé entre le théorie et la pratique. Enquête auprès des médecins généralistes intervenant en maison de retraite.
30	Rôle des médecins généralistes et du centre d'examen de santé de Bayonne dans la réduction des inégalités sociales de santé.
31	Dépistage des troubles cognitifs par les médecins généralistes : enquête auprès de 278 médecins du Béarn.
32	Un auto-questionnaire patient : une aide à la prise en charge des nouveaux patients en médecine générale ? Élaboration puis expérimentation d'un auto-questionnaire pour 26 médecins généralistes d'Aquitaine.
33	Le stage chez le praticien : un partage d'expérience ?
34	Évaluation du dispositif d'aide à l'écriture du premier script du portfolio en troisième cycle de médecine générale. Étude observationnelle réalisée au cours de l'année universitaire 2011-2012 auprès des étudiants de TCEM1 et des enseignants de médecine générale de Bordeaux Segalen.
35	Les plaintes en responsabilité professionnelle en médecine générale : état des lieux et étude d'impact sur la pratique médicale.
36	Articulation entre le médecin généralistes et le dispositif spécialisé dans la prise en charge du patient présentant un usage problématique d'alcool. Enquête d'opinion réalisée auprès des médecins de la communauté d'agglomération périgourdine.
37	Évaluation de la prise en charge des patients atteints d'un syndrome du canal carpien par les médecins généralistes de la Marne.
38	La liberté d'installation face à la démographie médicale.
39	Les pratiques de recherche documentaire des médecins généralistes : les freins et les difficultés pour l'accès à une information de qualité.
40	Activité du conseiller médical en environnement intérieur en Aquitaine : évaluation auprès des médecins et des patients de Gironde, Dordogne et du Lot-et-Garonne entre octobre 2011 et septembre 2012.
41	Évaluation des caractéristiques bio-psycho-sociales associées à l'arrêt du tabac en médecine générale. Étude transversale descriptive initiale et à plus de 6 mois d'une tentative d'arrêt de 230 patients.
42	Intérêt du carnet de vaccination électronique intégrant un système expert pour aider les médecins généralistes à appliquer les recommandations vaccinales : étude pilote en Gironde et dans les Landes.
43	Étude des relations entre les médecins généralistes de la région de Pau et le centre hospitalier de rattachement pour améliorer la prise en charge mutualisée des patients.
44	Automédication et effets indésirables : étude transversale descriptive auprès de 666 personnes consultant dans le quart Nord-Ouest de l'île de La Réunion entre septembre 2013 et mai 2014.
45	Le défibrillateur cardiaque externe en pratique ambulatoire de médecine générale. Enquête auprès des médecins généralistes de Gironde.

## **Serment d'Hippocrate**

Au moment d'être admise 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 leurs 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. Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque.

## MD Thesis in General Practice/Family Medicine.

Descriptive study of futur general practitioners/family doctors defended in Bordeaux from 2007 to 2014.

### Abstract

**INTRODUCTION** General Practice/Family Medicine (GP/FM) as a “young” specialty must develop its own specific training and science. The MD thesis have a role to play : as research product and as first research experience of most physicians. The main objective was to count the thesis in Bordeaux in the specialty GP/FM from 2007 to 2014 interesting the specific field of GP/FM. Secondary objectives were to define criteria for a GP/FM thesis, to count those headed by a general practitioner/family doctor and observe certain characteristics.

**METHOD** Having chosen criteria, we performed a descriptive quantitative study including the thesis informations of GP service and abstracts of all thesis defended in Bordeaux by GP/FM residents between january, 1st 2007 and december, 31st 2014.

**RESULTS** Of the 925 listed thesis, all were included, 218 categorized “GP”, 142 “ambiguous”. Over the period, the rate of thesis “GP” increases from 14.9% to 35.7% and general pratitioner-directors of thesis from 14.8% to 33.3%. For GP and ambiguous groups : GP’s population recruitment increases, 2/3 studies are descriptive, quality and availability of abstracts and thesis increases.

**DISCUSSION** The increases are encouraging, but lower compared to other studies. The “strict” criteria chosen are probably one of the causes. We must encourage the meeting of students with general practitioner-potential thesis directors by increasing outpatient courses and increase the number of incumbents in the GP service to favor and promote these thesis.

Keywords : MD thesis ; general practice/family medicine ; medical research ; thematic of thesis ; quantitative study

# Les thèses dans la filière de médecine générale.

Étude descriptive des thèses des futurs médecins généralistes  
soutenues à Bordeaux entre 2007 et 2014.

## Résumé

**INTRODUCTION** La Médecine Générale (MG) en tant que « jeune » spécialité doit développer sa formation spécifique et ses propres fondements scientifiques. Les thèses ont un rôle à jouer : comme production de travaux et comme première expérience de recherche de la plupart des médecins. L'objectif principal était de dénombrer les thèses soutenues à Bordeaux dans la filière MG de 2007 à 2014 intéressant le champ spécifique de la MG. Les objectifs secondaires étaient de définir des critères d'une thèse de MG, de dénombrer celles dirigées par un généraliste et d'en observer certaines caractéristiques.

**MÉTHODE** Après avoir choisis des critères, nous avons réalisé une étude quantitative descriptive incluant les informations du répertoire de thèses du DMG et les résumés de toutes les thèses soutenues à Bordeaux dans la filière MG entre le 1<sup>er</sup> janvier 2007 et le 31 décembre 2014.

**RÉSULTATS** Sur les 925 thèses répertoriées, toutes ont été incluses, 218 catégorisées « MG », 142 « ambiguës ». Sur la période, le taux de thèses « MG » est passé de 14,9% à 35,7% et de généralistes-directeurs de thèses de 14,8% à 33,3%. Pour les groupes MG et ambigu, les recrutements en population de MG augmentent, 2/3 des études sont descriptives, la qualité et la disponibilité des résumés et thèses augmentent.

**DISCUSSION** Les augmentations sont encourageantes mais moindres en comparaison à d'autres études. Les critères choisis « stricts » en sont probablement une des causes. Il faut favoriser la rencontre des étudiants avec des généralistes-directeurs de thèses potentiels en augmentant les stages ambulatoires et augmenter le nombre de postes de titulaires dans les DMG pour privilégier et valoriser ces thèses.

**Discipline** : Médecine générale

**Mot-clés** : thèse d'exercice ; médecine générale ; recherche en médecine ; thématique des thèses ; étude quantitative descriptive

Université de Bordeaux. Département de Médecine Générale.  
146, rue Léo Saignat, 33076 BORDEAUX CEDEX.