



**HAL**  
open science

# Le rôle de la thèse d'exercice dans le D.E.S. de médecine générale en France depuis 2004, pour ses différents acteurs : revue de la littérature et analyse de contenu

Alexis Abi Nasr

## ► To cite this version:

Alexis Abi Nasr. Le rôle de la thèse d'exercice dans le D.E.S. de médecine générale en France depuis 2004, pour ses différents acteurs : revue de la littérature et analyse de contenu. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02500734

**HAL Id: dumas-02500734**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02500734>**

Submitted on 6 Mar 2020

**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 MEDICALES

Année 2019

N°

Thèse pour l'obtention du  
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le

Par Alexis ABI NASR

Née le 9 avril 1988 à Bordeaux

**Le rôle de la thèse d'exercice dans le D.E.S. de médecine générale  
en France depuis 2004, pour ses différents acteurs :  
revue de la littérature et analyse de contenu**

**Directrice de Thèse**

Docteur Shérazade KINOUBI

**Membres du jury**

Pr Bernard GAY .....	Président
Pr François PETREGNE .....	Rapporteur
Dr Sylvie MAURICE .....	Juge
Dr Stéphane FRAIZE .....	Juge
Dr Shérazade KINOUBI .....	Directrice

## REMERCIEMENTS

A Monsieur le professeur Bernard GAY

Merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider le jury de ma thèse. Soyez assuré de mon profond respect.

A Monsieur le Rapporteur François Pétrègne,

Merci pour le temps que vous avez à me lire

A ma juge le Dr Sylvie Maurice,

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury et d'avoir manifesté de l'intérêt à l'évocation de mon titre de thèse. Veuillez trouver le témoignage de ma reconnaissance.

A mon juge le Dr Stéphane Fraize,

Merci d'avoir accepté de siéger à mon jury de thèse. Veuillez recevoir ma plus profonde gratitude.

A ma directrice le Dr Shérazade Kinouani,

Merci pour cette expérience. Tu as été tellement présente et réactive tout au long de ces mois, même lorsque je m'étais mon travail de côté. Je sais ton exigence et donc la valeur de tes compliments. Je serai très attentif lorsque je lirai des travaux de recherche signés de ton nom.

Aux membres du GROUM.F, en particulier à Benjamin Macé pour nous avoir permis d'avoir accès à ERIC et pour son regard sur notre travail, et à Jean-Sébastien Cadwallader pour sa critique et l'article à venir.

A Mr Benjamin Macé,

Merci de nous avoir permis d'avoir accès à la base ERIC et pour votre regard sur notre travail.

A Mr Romain Pieronnet,

Merci pour votre expertise et le temps que vous avez consacré à mon travail.

A Mme Emmanuelle Floc-Galud,

Merci pour votre gentillesse, vos compétences et votre disponibilité. Vous m'avez permis de me lancer dans ma difficile recherche bibliographique, et rendu celle-ci possible.

A tous mes maîtres de stage, merci pour votre temps et votre personnalité.

A mes parents, que j'ai toujours voulu rendre fiers. Vous avez souffert avec moi pendant ces années. Je me rappellerai toujours de ton appel papa pour m'annoncer ma réussite en P1. Tu es la personne la plus généreuse que je connaisse, je tâcherai de te rendre cela par mes actes. Maman, merci pour ton amour, ton dévouement, ta disponibilité indéfectible. C'est d'abord à vous deux que je pense lorsque quelque chose de positif m'arrive.

A ma sœur Lucie, qui est mon épaule la plus solide sur laquelle je puisse m'appuyer. Toujours là quand j'ai eu besoin de toi, tu réussis tout ce que tu entreprends et tu es pour moi un exemple de maturité.

A ma famille, Nicolas, Laura, Tristan, Olivier, Marlène, Riad, Anthony, Nadine, Pamela, Nasri, Sarah, Ramez, Ziad, Hikmat,

A Sarah, je me devais de te citer. Tu m'as accompagné pendant les années les plus longues de ma vie, sans pouvoir en profiter aujourd'hui. Tu m'accompagneras toujours dans mon cœur.

A Quentin, loin des yeux mais jamais loin du cœur.

A Romain et son épouse, merci d'avoir toujours été là, depuis l'enfance. Vous êtes un exemple de modestie et de stabilité que tout le monde devrait suivre.

A Gaëtan et Jérémy, merci de toujours avoir répondu présent malgré ma distance.

A Bastien et Chopinou, qui me font toujours rire même quand ça ne va pas. J'espère que nos projets se réaliseront. On se voit ce soir en night.

A Pierre-Henry, merci d'avoir copié sur moi en P2 et D1, cela nous a permis de poursuivre notre cursus ensemble.

A Dounia, merci pour ta personnalité. J'aime nos discussions et j'espère que l'on continuera longtemps.

A Barbara, qui m'a obligé à mettre son prénom...

A Bénédicte et Béatrice, Alexandre, Antoine et Axelle, Benjamin, Bridget Jones, Céline, Djinou, Johana, Marine, Morgane, Myriam, Nathalie, Rafy, Sandra, Sandrine, Sébastien

A l'équipe de Langon, merci pour tous nos moments. Inoubliables.

A tous ceux que j'oublie, je suis désolé.

# TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX .....	p. 5
LISTE DES FIGURES.....	p.5
LISTE DES ABREVIATIONS .....	p. 6
INTRODUCTION .....	p. 8
<b>1 – La médecine évolue</b> .....	p. 8
<b>2 – Les études médicales évoluent</b> .....	p. 8
2.1 Externat, internat.....	p. 8
2.2 Spécialistes, généralistes .....	p. 9
2.3 Notion de doctorat .....	p. 10
2.4 La thèse d’exercice en médecine générale.....	p. 11
<b>3 – La médecine générale</b> .....	p. 13
<b>4 – Les médecins généralistes</b> .....	p. 13
<b>5 – La recherche médicale et la recherche en médecine générale</b> .....	p. 14
<b>6 – Problématiques</b> .....	p. 16
6.1 LA TEMG : un travail de recherche auto proclamé ? .....	p. 16
6.2 Un travail académique peu valorisé .....	p. 16
6.3 Un travail insuffisamment dans le champ de la médecine générale .....	p. 16
6.4 De nombreux freins à la réalisation du travail.....	p. 17
6.5 Un travail dans une approche centrée patient ? .....	p. 17
6.6 Problématique internationale .....	p. 18
<b>7 – Objectifs et hypothèses</b> .....	p. 18
<b>MATERIEL ET METHODES</b> .....	p. 20
<b>1 - Revue de la littérature</b> .....	p. 20
1.1 Phase préparatoire .....	p. 20
1.2 Phase exploratoire .....	p. 20
1.3 Identification des bases de données et des documents .....	p. 21
1.4 Sélection des documents.....	p. 22
1.5 Evaluation de la qualité des documents .....	p. 22
1.6 Extraction des données.....	p. 22
<b>2 - Pourquoi faire une analyse de contenu ?</b> .....	p. 22
<b>3 - Analyse catégorielle thématique de contenu dans cette étude</b> .....	p. 23
<b>RESULTATS</b> .....	p. 24
<b>1 - Procédure d’identification et de sélection documentaire</b> .....	p. 24
<b>2 - Description des documents retenus</b> .....	p. 26
<b>3 - Résultats généraux de l’analyse catégorielle thématique de contenu</b> .....	p. 32
<b>4 – Résultats détaillés de l’analyse catégorielle thématique de contenu</b> .....	p. 34
4.1 Analyse catégorielle thématique en fonction des acteurs.....	p. 34
4.2 Analyse catégorielle de contenu par acteur et par occurrence des variables ...	p. 35
4.3 Analyse comparative entre acteurs par thèmes et variables d’inférence .....	p. 45
<b>DISCUSSION</b> .....	p. 52
<b>1 – Synthèse des principaux résultats</b> .....	p. 52
1.1 Les consensus entre les différents acteurs .....	p. 52
1.2 Les divergences.....	p. 53
<b>2 – Forces et limites</b> .....	p. 54
2.1 Forces.....	p. 54
2.2 Limites.....	p. 54
<b>3 – Interprétation</b> .....	p. 55

3.1 Réponses aux problématiques énoncées en introduction .....	p. 55
3.2 La distinction entre rôles perçus et attentes au sujet de la TEMG .....	p. 58
3.3 Jeux de pouvoir entre acteurs : interprétation sous l'angle de l'analyse stratégique des organisations .....	p. 61
3.4 Quel avenir pour la thèse d'exercice en médecine générale ? .....	p. 65
<b>CONCLUSION ET PERSPECTIVES .....</b>	<b>p. 67</b>
<b>REFERENCES .....</b>	<b>p. 68</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>p. 76</b>
<b>Annexe 1 : Choix argumenté des bases de données consultées .....</b>	<b>p. 76</b>
<b>Annexe 2 : Equations de recherche .....</b>	<b>p. 78</b>
<b>Annexe 3 : Grille finale d'extraction des données .....</b>	<b>p. 79</b>
<b>Annexe 4 : Variables d'inférence pour le thème « travail de recherche » .....</b>	<b>p. 80</b>
<b>Annexe 5 : Variables d'inférence pour le thème « rite de passage » .....</b>	<b>p. 85</b>
<b>Annexe 6 : Variables d'inférence pour le thème « travail académique imposé » .....</b>	<b>p. 88</b>
<b>Annexe 7 : Occurrences des variables d'inférence par thèmes et en fonction des acteurs .....</b>	<b>p. 93</b>
Tableau-annexe 7.1 : Variables d'inférence pour le thème « travail de recherche », en fonction des acteurs	
Tableau-annexe 7.2 : variables d'inférence pour le thème « rite de passage », en fonction des acteurs	
Tableau-annexe 7.3 : Variables d'inférence pour le thème « travail académique », en fonction des acteurs	
<b>Annexe 8 : Résumé accepté pour une communication orale au congrès annuel du CNGE 2019 .....</b>	<b>p. 96</b>
<b>SERMENT MEDICAL .....</b>	<b>p. 97</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>p. 98</b>
<b>RESUME .....</b>	<b>p. 99</b>

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau I : Liste des documents inclus dans l'analyse thématique par ordre chronologique et par ordre alphabétique des auteurs

Tableau II : Liste des variables d'inférence pour chaque thème

Tableau III : Occurrences des thèmes par acteurs, en effectifs

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1 : Histoire des études médicales en France, jusqu'au début des années 2000

Figure 2 : Diagramme de flux selon le modèle PRISMA

Figure 3 : Occurrences des thèmes par acteurs, en pourcentages

Figure 4 : Occurrences des variables d'inférence du thème « travail de recherche » en fonction des acteurs

Figure 5 : Occurrences des variables d'inférence du thème « rite de passage » en fonction des acteurs

Figure 6 : Occurrences des variables d'inférence du thème « travail académique imposé » en fonction des acteurs

Figure 7 : Schéma récapitulatif d'interprétation

## LISTE DES ABREVIATIONS

ACP : Approche Centrée Patient  
CES : Certificat d'Etudes Spécialisées  
CHU : Centre Hospitalo-Universitaire  
CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants  
CNRS : Centre National de Recherche Scientifique  
CPP : Comité de protection des personnes  
DDT : Directeur de Thèse  
DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées  
DMG : Département de Médecine Générale  
ECN : Examen Classant National  
FUMG : Filière Universitaire de Médecine Générale  
HU : Hospitalo-Universitaire  
IMG : Internes de Médecine Générale  
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale  
IRMG : Institut de Recherche de Médecine Générale  
JO : Journées Ouvertes  
LEPCAM : Lire Ecrire Publier et Communiquer des Articles Médicaux  
LMD : Licence Master Doctorat  
MOOC: *massive open online course*  
TEMG : Thèse d'Exercice en Médecine Générale  
UFR : Unité de Formation et de Recherche  
UNAFORMEC : Union Nationale des Associations de Formation médicale et d'Evaluation Continue  
UPEC : Université Paris-Est Créteil  
UPMC : Université Pierre et Marie Curie  
SFTG : Société de Formation Thérapeutique du Généraliste  
SFMG : Société Française de Médecine Générale  
WONCA: *World organization Of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*



# INTRODUCTION

---

Depuis la première société humaine qui a eu recours à des croyances relevant de la superstition jusqu'à l'avènement d'une médecine scientifique utilisant des appareils de haute technologie, la médecine a évolué (1). Les pratiques médicales, la formation des médecins, la place que ceux-ci occupent dans la société, n'ont cessé de se modifier en France.

Si les pratiques et la formation médicale ont évolué, la thèse d'exercice de médecine reste encore aujourd'hui un passage obligatoire pour tous les médecins français. Elle est souvent présentée comme un travail de recherche, défendue par certains comme un moyen de faire progresser les disciplines médicales (1).

En France, la médecine générale est une discipline universitaire encore en construction. Développer sa recherche au travers des travaux académiques obligatoires que sont les thèses d'exercice peut être une opportunité pour cette jeune discipline, quoique cela soulève de nombreuses interrogations.

Au travers notre étude, nous voulions faire un état des lieux sur le sens donné à la thèse d'exercice en médecine générale (ou TEMG). Il a paru cependant nécessaire de présenter, en guise d'introduction, le parcours historique de celle-ci.

## 1 - La médecine évolue

Au décours de la révolution française, l'exercice de la profession de médecin est libre, sous réserve de payer une taxe. On fait alors confiance aux citoyens les plus éclairés pour exercer les soins (1). Jusqu'à la fin du XVIIIème siècle et la création de la première faculté de médecine, il n'y avait aucun code régissant la profession. L'idée sous-jacente était que le charlatanisme s'autorégulait et disparaissait de lui-même. Il faudra attendre la loi du 19 ventôse an XI (10 mars 1803) pour voir apparaître le concours de l'internat des hôpitaux de Paris avec des modalités précises d'enseignement de la médecine et la nécessité d'obtention d'un diplôme de docteur en médecine pour l'exercer. *De facto*, l'exercice illégal de la médecine devenait un délit (1).

A l'époque, existait aussi une profession médicale reconnue par la loi et rattachée au régime militaire : les officiers de santé. Les candidats n'ayant pas le temps ou l'argent pour suivre la profession de docteur pouvaient passer par ce cursus simplifié ; ils devaient se restreindre à exercer leur activité dans leur département d'origine. Cette modalité d'exercice sera supprimée avec la loi du 30 novembre 1892 (1).

Avec les avancées scientifiques, le champ d'activité du médecin se voit restreint à certains domaines de compétences. C'est là que les notions de spécialité médicale et de médecin spécialiste émergent ; un médecin est reconnu pour son expertise dans un domaine précis du champ médical. Dès lors, la médecine générale s'est retrouvée dénommée ainsi au milieu du XXème siècle, sans que ses limites ni les compétences de ceux qui la pratiquent ne soient réellement définies (jusqu'au début des années 2000) si ce n'est par défaut, comme tout ce qui ne relevait pas d'un exercice spécialisé (2).

## 2 - Les études médicales évoluent

### **2 - 1 Externat, internat**

Le décret du 4 ventôse an X (23 février 1802) a institué les concours de l'externat et de l'internat des hôpitaux de Paris (3). Externat et Internat, tous deux concours hospitaliers, étaient indépendants des examens de faculté de médecine, mais indispensables pour avancer dans la formation pratique

universitaire. Ainsi, pendant des décennies, la seule voie d'accès possible à une pratique (hospitalière) de soins, en plus de la formation facultaire théorique, était la réussite aux deux concours. Les étudiants d'alors, s'ils échouaient ou ne se présentaient pas aux concours, arrivaient au terme de leurs études sans même avoir vu un seul patient. Ces étudiants ni externes ni internes étaient accueillis par les hôpitaux comme stagiaires et, au bon vouloir des chefs de service, y exerçaient un rôle plus ou moins passif (3).

En 1968, le concours de l'externat est supprimé (4). L'externat devient obligatoire et accessible à tous les étudiants pendant leur deuxième cycle. Les études médicales de deuxième cycle comprennent alors une approche pratique à l'hôpital (externat) et une approche théorique à l'université (cours dispensés en faculté de médecine) (3).

## 2 - 2 Spécialistes, généralistes

Jusqu'en 1984, un étudiant en médecine voulant devenir spécialiste y parvenait de deux manières différentes :

- Voie hospitalière sélective (externat puis internat)
- Voie universitaire non sélective du Certificat d'Etudes Spécialisées (CES) (3).

La réforme de 1984 supprime les CES médicaux et rend l'internat obligatoire pour l'accès à la spécialisation (5). Les étudiants-internes préparent un Diplôme d'Etudes Spécialisées (ou DES), d'une durée de quatre à cinq ans, en fonction de la spécialité. L'étudiant qui se destine à la médecine générale n'a pas besoin de passer l'internat. Le concours d'internat de cette époque départage donc les étudiants entre ceux qui le réussissent et vont devenir spécialistes, et ceux qui seront généralistes en ne se présentant pas au concours ou en y étant recalés (3).

L'étudiant de médecine générale poursuit ses études par un troisième cycle spécifique de formation à la médecine générale appelé résidanat. Celui-ci est d'une durée portée à trois ans à partir de 2001. Ce troisième cycle est constitué d'une formation théorique et pratique : stages à l'hôpital et un stage de 6 mois chez le praticien généraliste. A l'issue du résidanat, il soutient sa thèse d'exercice qui lui confère le diplôme d'Etat de docteur en médecine (3).

Les aménagements introduits par la réforme de 1982 ont ainsi été les suivants (6) : formation hospitalière pour tous les étudiants (mettant ainsi fin à un système où la plupart des médecins généralistes n'effectuaient qu'un stage interné de 6 à 12 mois) ; formation théorique de 3<sup>ème</sup> cycle pour tous les étudiants ; résidanat pour les étudiants en médecine générale. Cependant, ces aménagements sont jugés trop timides. En octobre 1996, le gouvernement charge les professeurs Jean-François Mattei et Jean-Claude Etienne d'une mission d'analyse de la formation initiale des médecins. Leur rapport remis en 1997 (7) observe que le dispositif d'accès au concours de l'internat conduit « la majorité des futurs généralistes à être sélectionnés par l'échec » et conclue à « l'inadaptation de la formation scientifique des futurs hospitalo-universitaires en fin de cursus ». Ils proposent alors de réformer l'internat en le rendant obligatoire pour tous les étudiants, et en instaurant un examen classant national, au terme duquel chaque candidat devra pouvoir choisir sa filière de 3<sup>ème</sup> cycle en fonction de son rang de classement. Cette idée fait son chemin et deux ans plus tard, le 30 juin 1999, le premier ministre Lionel Jospin en clôturant les états généraux de la santé, exprime sa volonté de redonner toute sa place à la médecine générale en réformant les études médicales (8) :

« Parlons maintenant de celles et ceux qui font la médecine - les médecins praticiens.

Et d'abord de leur formation. Une réforme des études médicales est nécessaire. Il faut rééquilibrer l'enseignement de la médecine, ouvrir les études médicales et y donner toute sa place à la médecine générale.

Rééquilibrage, en premier lieu. Notre enseignement en Faculté de médecine souffre de ce que le grand philosophe Georges Canguilhem appelait " l'idéologie médicale " : celle du primat de la biologie, de la suprématie de la spécialité sur la médecine générale, de la supériorité prêtée à la technique sur la clinique. Le deuxième cycle sera donc modifié pour accorder une place plus grande à une approche globale de l'homme souffrant ; l'enseignement de la santé publique, de l'épidémiologie, de l'éthique, de l'économie de la santé, sera développé.

Les études médicales doivent être plus ouvertes sur la société. Le nouveau deuxième cycle sera consacré par un diplôme national, délivré par les universités, qui permettra aux étudiants qui le souhaitent d'avoir accès à d'autres disciplines, telles que le droit, le journalisme et l'industrie, ou de poursuivre leurs études dans d'autres pays européens.

Munis de ce diplôme, la plupart des étudiants entreront dans le troisième cycle après avoir passé un concours de l'internat, national, anonyme et classant. La médecine générale sera reconnue comme une spécialité au même titre que les autres - et sa durée de formation sera portée à trois ans. Tout en étant mieux formés, seront donc généralistes les médecins qui en auront fait le choix. C'est ainsi que la médecine générale sera reconnue à sa juste valeur et qu'elle pourra tenir toute sa place dans le monde médical. »

(Extrait du discours du Premier Ministre Lionel Jospin, 30 juin 1999).

## 2 - 3 Notion de doctorat

Le doctorat en médecine est un grade d'état avec une réglementation nationale depuis la création de l'université de France en 1806. Le décret du 17 mars 1808 en fixe l'organisation : il mentionne les règles à suivre pour obtenir ce grade, le nombre de thèses à soutenir, langue et thème variant selon les disciplines.

En 1897, sur une suggestion de Gabriel Lippmann (physicien français) a été créé un autre doctorat : le doctorat d'université, titre d'ordre scientifique institué par chaque université et qui ne confère aucun droit d'ordre public (possibilité de devenir professeur par exemple). Les facultés de médecine délivrent donc à partir de 1897 un Diplôme d'Etat de docteur en médecine, diplôme universitaire de fin de 3<sup>ème</sup> cycle, qui donne droit d'exercer la médecine mais qui ne confère pas le grade de Doctorat.

Ainsi, à partir de l'année universitaire 1974-1975, trois diplômes coexistent :

- **Le doctorat d'Etat**, qui atteste en présence d'un jury de l'aptitude du candidat à mettre en œuvre une recherche scientifique originale de haut niveau. Il correspond au grade de docteur du décret de 1808 et reste indispensable encore aujourd'hui pour accéder à un poste de maître de conférences ou de professeur titulaire au sein d'une université.
- **Le doctorat du 3<sup>ème</sup> cycle**, qui sanctionne la fin de la formation de 3<sup>ème</sup> cycle, par la réalisation d'un travail de recherche.
- **Le diplôme de docteur-ingénieur** (idem au doctorat du 3<sup>ème</sup> cycle).

En France, le doctorat d'Etat de recherche est le plus élevé des quatre grades universitaires ; il correspond au grade de docteur. L'arrêté du 7 août 2006 (9) dans le cadre de la réforme "Licence-Master- Doctorat" (LMD) a redéfini ce doctorat. Il est délivré après trois années de formation à la recherche, après la soutenance d'une thèse portant sur la réalisation de travaux scientifiques originaux appelée aussi thèse de sciences. Ces trois ans sont postérieurs à l'obtention du grade de master. Ce grade de docteur est nécessaire pour accéder à des fonctions d'enseignement universitaire titulaire (par exemple maître de conférences) ou de chercheur dans un établissement public.

Le diplôme d'Etat de docteur en médecine, tout comme celui de pharmacie, odontologie et médecine vétérinaire est distinct du doctorat d'état. Il conclue un cycle de formation professionnelle, par la soutenance d'une thèse dite d'exercice. D'un point de vue sémantique, il ne devrait pas être nommé « doctorat d'Etat » mais bien doctorat d'université ou doctorat de 3<sup>ème</sup> cycle. Il ne permet pas d'accéder aux fonctions universitaires. Cependant, un étudiant en médecine peut compléter l'obtention du diplôme de docteur en médecine par la réalisation d'un d'état de recherche (10).

## 2 - 4 La thèse d'exercice en médecine

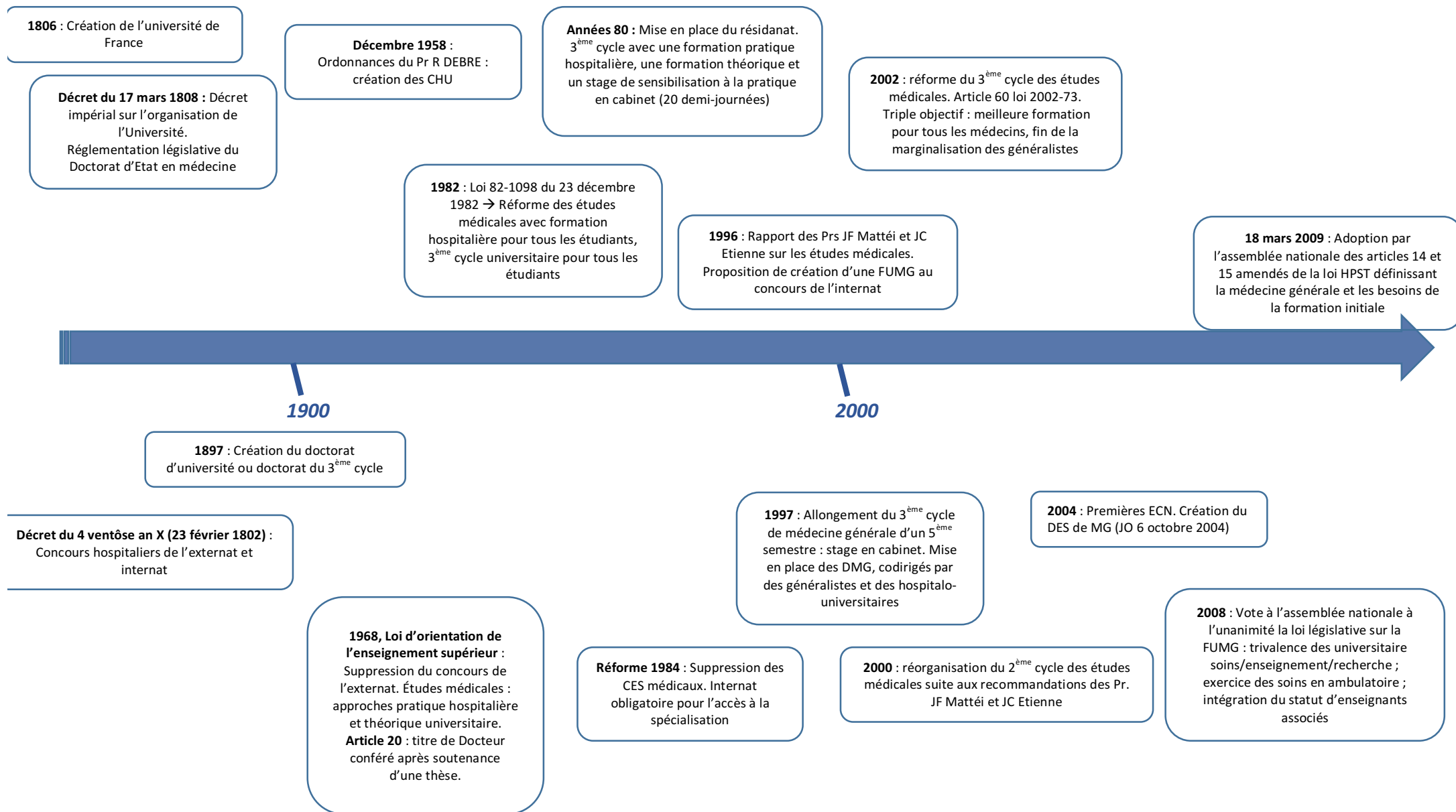
Une thèse, dans le sens rhétorique du terme, est une affirmation soutenue par un ensemble organisé d'hypothèses, d'arguments et de conclusions. Il s'agit de la position d'un auteur, d'une école, d'une doctrine ou d'un mouvement sur un sujet donné.

Au sens universitaire, une thèse est un « mémoire résumant un travail de recherche universitaire, soutenu devant un jury par un étudiant afin d'obtenir un diplôme ou un grade universitaire » (11). La loi d'orientation de l'enseignement supérieur de 1968 comporte dans son article 20 une disposition générale concernant l'ensemble des doctorats de toutes les disciplines : « Les titres de docteur sont conférés après la soutenance d'une thèse ou la présentation en soutenance d'un ensemble de travaux scientifiques originaux. Cette thèse et ces travaux peuvent être individuels ou, si la discipline le justifie, collectifs, déjà publiés ou inédits. Dans le cas où la thèse ou les travaux résultent d'une contribution collective, le candidat doit rédiger et soutenir un mémoire permettant d'apprécier sa part personnelle » (4). Quel que soit le type de doctorat dans laquelle elle s'inscrit, une thèse est donc un travail universitaire, soutenu à un moment donné devant un jury.

Le diplôme d'Etat de docteur, délivré à la fin du troisième cycle après la soutenance de la thèse d'exercice est une particularité du système universitaire français. Elle concerne les études de médecine, de chirurgie dentaire, de pharmacie et de vétérinaire. Elle permet l'obtention du diplôme d'Etat de docteur dans la discipline dédiée (11).

« La thèse conduisant au diplôme d'Etat de docteur en médecine est soutenue devant un jury présidé par un professeur des universités des disciplines médicales titulaire et composé d'au moins quatre membres dont trois enseignants titulaires des disciplines médicales désignés par le président de l'université sur proposition du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale concernée (...). Pour la médecine générale, le jury peut être composé en tant que de besoin d'enseignants associés de médecine générale, à l'exception de son président (...). Pour les spécialités dont la durée de formation est de trois ans, la thèse est soutenue au plus tard trois ans après la validation de la dernière phase dans le délai défini à l'article R. 632-20 du code de l'éducation » (12).

Les différentes dates les plus importantes de l'histoire des études médicales sont résumées dans la figure 1 qui suit.



**Figure 1** : Histoire des études médicales en France, jusqu'au début des années 2000

### 3 - La médecine générale

Avec la loi de 2002, la médecine générale devient en France une spécialité à part entière et une discipline universitaire (10). La dénomination même du diplôme du 3<sup>ème</sup> cycle du DES de médecine générale fait que le médecin finissant ses études universitaires en 2007 avec ce diplôme était un praticien spécialiste en médecine générale. Cette loi a pris effet en 2004 dans les facultés avec le début du nouveau format du DES, d'une durée de 3 ans.

Cette discipline médicale possède aujourd'hui ses propres caractéristiques, et ses acteurs occupent une place centrale dans le système de santé, pour la prise en charge du patient. Le généraliste représente en effet, dans la grande majorité des cas, le premier contact d'un patient avec la filière de soins. En 2002, la WONCA Europe (*World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*) proposait comme définition de la médecine générale qu'elle est une (13) « 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 ».

Douze caractéristiques la résumant depuis 2011 (13) :

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

Elle est considérée aujourd'hui dans le système de soins comme particulièrement bien placée pour évaluer les besoins de santé d'un individu, connaître ses conditions de vie et l'appréhender dans son environnement familial et social.

### 4 - Les médecins généralistes

Le médecin généraliste est un acteur majeur du système de soins français. Ses missions sont multiples et ses responsabilités sont grandes : responsabilité de santé publique envers sa communauté, de coordination des soins, de formation continue, etc. (13). Cela rend parfois abstrait les frontières de ses

interventions, et peut créer des difficultés à distinguer ce qui est de ses responsabilités de ce qui est des choix individuels d'exercice (2). Dans notre système de santé, le généraliste est présenté comme un acteur de première ligne dans le champ de ce que la littérature appelle les « soins de santé primaires » ou « soins de premier recours ». Le médecin généraliste y joue le rôle de premier interlocuteur du système de soins auprès du patient et de coordonnateur entre le patient et les autres acteurs de soins impliqués dans sa prise en charge (2).

De nombreux travaux ont exploré la représentation qu'avaient les médecins généralistes sur leur propre discipline, eu égard à la reconnaissance tardive en tant que spécialité universitaire (2004) et au consensus autour de sa définition (2002). C'est ainsi que T. Aniel (14) a réalisé en 2008 pour son travail de thèse des entretiens auprès de médecins généralistes lyonnais sur leurs représentations sur leur spécialité. Il en ressort des repères identitaires correspondant à huit des douze caractéristiques décrites par la WONCA. Son analyse des propos recueillis soulignait que « ces repères ont pu naître d'une réaction de rejet d'une formation dans un milieu hospitalier jugé trop inhumain, trop technique, et hiérarchique (...) L'analyse des entretiens a (...) permis d'établir que ces notions étaient partagées mais surtout qu'elles étaient liées à un affect fort, presque revendicatif : la médecine générale est vue comme une entité à part dans la médecine » (14).

Il apparaît également dans cette thèse que

- « (...) La médecine générale est vue par certains comme la somme des pratiques personnalisées de tous les médecins généralistes, et à ce titre la médecine générale n'est pas une discipline mais un type d'exercice »
- « La médecine générale serait composée d'un peu de chaque domaine d'organe, sans domaine spécifique propre, mais avec une approche qui considère l'humain, sans actes techniques : une discipline sans contenu (...) »
- « Des médecins interrogés, surtout les plus jeunes et les enseignants, définissent la médecine générale comme la spécialité de la personne. Le patient et ses demandes définissent son champ d'application. L'application clinique du modèle biopsychosocial permet d'accéder à la notion de discipline médecine générale en créant un champ d'application et un contenu de savoir propre à la médecine générale/médecine de famille » (14).

Dans le cadre défini au niveau international de ce qu'est la médecine générale, chaque praticien généraliste conçoit donc différemment ce qu'est sa pratique personnelle. La vision, les attentes, les enjeux varient d'un généraliste à l'autre.

## 5 - La recherche médicale et la recherche en médecine générale

En 1994, le professeur Faure, spécialiste de l'histoire de la santé et de la protection sociale, s'est risqué à un exercice difficile en rédigeant une « histoire de la médecine » (1), ouvrage dont le grand mérite est de ne pas présenter la médecine comme une suite d'événements positivistes. Il n'y décrit pas que les grandes découvertes, en donnant l'image d'une science allant de triomphe en triomphe. Il y raconte une histoire, non linéaire, largement conditionnée par des facteurs externes à la science (politiques, sociaux, économiques et culturels). Cela l'a conduit à analyser le processus complexe du passage de l'invention à l'innovation. Il montre qu'aucune découverte médicale ne s'est diffusée « spontanément et immédiatement sous le simple effet de son évidence ». Une fois acceptée par la majeure partie des chercheurs, toute nouveauté doit être ensuite diffusée par la littérature scientifique, traduite dans la presse professionnelle (1). Par ailleurs, « le message ne sera entendu par le plus grand nombre que s'il est assez novateur pour être stimulant et assez pratique pour être appliqué » (1).

Aussi géniaux soient-ils, les plus grands savants ne peuvent donc espérer voir leurs travaux reconnus que sous un certain nombre de conditions à la fois scientifiques, sociales et professionnelles.

Depuis 2003, l'université de Shanghai publie un classement mondial annuel (15) des universités dont l'écho international est important. La production scientifique est un des critères utilisés dans cette classification. La production scientifique des universités a cependant en France un autre enjeu que celui de la reconnaissance au sein de la communauté scientifique internationale. Il existe en effet des fonds gouvernementaux octroyés sur l'activité de production scientifique : les financements de Missions d'Enseignement, de Recherche, de Recours et d'Innovation (ou MERRI) (16). Pour quantifier l'importance de l'activité de recherche dans les établissements de santé, un indicateur chiffré peut être utilisé : le Système d'interrogation, de gestion et d'analyse des publications scientifiques ou SIGAPS (17). Considérant la publication scientifique comme l'un des éléments quantifiant au mieux l'activité de recherche, ce score SIGAPS est un système d'attribution de points en fonction du rang de la revue (*Impact factor* ou IF ou facteur d'impact)<sup>1</sup> et de l'ordre d'apparition de l'auteur dans l'article.

En médecine générale, les questions de la reconnaissance et du financement de la recherche sont actuellement gérées de façon différente du secteur hospitalo-universitaire. En effet, depuis sa naissance en 2004, la Filière Universitaire de Médecine Générale (ou FUMG) française s'est nettement développée et cherche à se faire reconnaître au niveau national et international par ses pairs, les institutions et par le reste de la société (18, 19). Les Départements de médecine générale (ou DMG) de chaque faculté de médecine de France sont organisés afin que la médecine générale puisse y être correctement enseignée et qu'elle participe au progrès scientifique par la recherche (20).

V. Hélias (21) rappelait dans sa thèse qu' « il ne faut pas oublier que, sur le plan statutaire, les départements de médecine générale ont une mission de recherche en plus de l'enseignement de la médecine générale et de la formation pédagogique. Ainsi, un département n'a pas d'existence réelle reconnue sans recherche. Cette activité contribue, en grande partie, à l'acquisition de la reconnaissance universitaire de la médecine générale et de ses enseignants ». C'est par la qualité de sa recherche qu'une discipline universitaire médicale acquiert sa reconnaissance.

Le 31 mai 2006, Gérard de Pouvourville, alors directeur de recherche au Centre national de recherche scientifique (CNRS) et coordonnateur du comité d'interface INSERM/médecine générale, a rendu un rapport portant sur le développement de la recherche en médecine générale (22). Il y affirme l'importance de la recherche pour une spécialité médicale : « Pour toutes les spécialités médicales, la recherche est un moteur essentiel de l'amélioration de la qualité des soins ». Il part d'un postulat général : « la recherche est une condition nécessaire à l'existence d'une médecine de haute qualité ». Déjà, il apparaissait dans son rapport que la médecine générale souffrait « indéniablement en France d'un handicap par rapport aux autres spécialités médicales, tant en matière de formation à et par la recherche au cours des études médicales, que par la faiblesse quantitative et l'éparpillement des travaux qui sont conduits ». Ce fait était corroboré par de nombreux travaux, tel que celui de G. Levasseur et FX Schwyer. Leur étude réalisée dans quatre UFR de l'Ouest de la France entre 1991 et 2000 a montré que les thèses d'exercice d'internes de médecine générale ne concernaient que dans 5 % des cas un sujet réellement en lien avec la médecine générale (23). Le docteur H. Vaillant-Roussel rapporte aussi en 2007 le manque de poids scientifique de la TEMG. Selon elle, la TEMG « constitue le premier et, très souvent l'unique travail scientifique ou de recherche des internes avant qu'ils ne se lancent dans leur vie professionnelle, tout en s'interrogeant sur son intérêt réel pour la communauté scientifique » (24).

Ainsi, la nécessité de développer rapidement une recherche dans son champ disciplinaire explique probablement qu'une partie de l'activité de recherche se développe au sein des DMG grâce aux thèses d'exercice soutenues par les internes. Mais, cela génère aussi des interrogations sur la capacité des TEMG à contribuer quantitativement et qualitativement au développement de cette recherche. Nous nous proposons de présenter ici quelques-unes de ces interrogations.

---

<sup>1</sup> Le facteur d'impact est un indicateur chiffré de la visibilité d'une revue. Il est calculé à partir du nombre de citations des articles publiés dans une revue durant la période des deux années précédentes.



## 6 - Problématiques

### **6 - 1 La TEMG : un travail de recherche auto proclamé ?**

La recherche française en médecine générale s'est progressivement mise en place à partir de la fin des années 1970, *via* des structures associatives telles que la Société Française de Médecine Générale (SFMG), le Collège Nationale des Généralistes Enseignants (CNGE), la Société de Formation Thérapeutique du Généraliste (SFTG) ou l'Union Nationale des Associations de Formation Médicale Continue (UNAFORMEC) (21). Ces associations ont initié le développement des travaux de recherche dans le champ de la médecine générale *via* un institut de recherche en médecine générale (IRMG) créée en 1993, et *via* le comité d'interface INSERM/Médecine générale mis en place en 2000. En plus de ces associations nationales (qui existent encore aujourd'hui), les DMG jouent depuis leur création un rôle important dans le développement de la recherche en médecine générale, en partie par les TEMG. Comme l'affirmait Gérard de Pouvoirville en 2006 : « les Départements Universitaires de Médecine Générale 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 » (22). Cependant, le qualificatif de « travaux de recherche » pour parler des TEMG n'est pas employé par tous les chercheurs, en médecine générale comme dans les autres disciplines. Leur qualité est souvent remise en cause, car « la thèse d'exercice est assimilée à une recherche mais la compétence exigée pour une authentique recherche, ses critères de validation et de valorisation sont d'une autre nature (...). Il n'existe pas de consensus véritable sur les critères de qualité des thèses de médecine générale. Un thème se rapportant aux soins primaires, la rigueur méthodologique de l'étude, la qualité de la bibliographie, la réflexion, le travail personnel de l'étudiant ou sa motivation sont les principaux éléments pris en compte par les jurys » (21). Ce constat a aussi été fait par Gérard de Pouvoirville dans son rapport (22) qui concluait « qu'avec les thèses d'exercice, il est (...) difficile de maintenir un niveau homogène de pertinence et de qualité (...). De l'avis même des enseignants-généralistes (...), il est difficile de coordonner les travaux de telle façon que plusieurs étudiants investissent un même domaine dans le cadre d'un projet de recherche structuré ; les étudiants manquent de temps, les DMG manquent de moyens matériels et financiers pour monter des enquêtes ambitieuses, et peu de thèses seront valorisées par un article publié ».

### **6 - 2 Un travail académique peu valorisé**

Les TEMG sont des travaux qui restent souvent dans ce que l'on appelle la littérature grise, c'est-à-dire la littérature non publiée, même lorsqu'elles sont de qualité (25). Actuellement, aucune revue française de médecine générale n'est indexée dans Medline®. Il existe néanmoins des revues non indexées dans Medline® mais à comité de lecture telles que les revues *exercer*® (26) ou *Médecine*® (27). Ces revues publient depuis quelques décennies des TEMG et autres travaux de recherche ou de pédagogie en médecine générale, essentiellement en français. Leurs articles ne sont donc lus pour l'instant que par un public restreint de connaisseurs et de francophones (25). Un des buts de la création de la FUMG est de pallier progressivement à ces carences, en formant les généralistes-enseignants à la recherche et en développant des projets ambitieux publiables. Favoriser la publication des thèses de médecine générale, qui représentent près de la moitié des thèses d'exercice françaises en médecine, pourrait participer à la valorisation de l'activité de recherche de la discipline (28, 29).

### **6 - 3 Un travail insuffisamment dans le champ de la médecine générale**

Une étude réalisée par Lévassuer et Schweyer (23) s'est donnée pour but en 2003 d'identifier parmi les thèses d'exercice soutenues dans quatre facultés de médecine (Brest, Caen, Nantes et Rennes), celles dont le sujet était dans le champ de la médecine générale. Sur les 4235 thèses identifiées, moins de 5 % étaient en lien avec la médecine générale. Une autre étude réalisée par A. Remacle à l'université de Bordeaux (30) trouvait les proportions de 5 % en 1997 et 12 % en 2000 des TEMG ayant une

thématique de médecine générale. Une étude rétrospective effectuée à l'université de Marseille a montré une augmentation du nombre des TEMG dont le contenu était orienté vers la médecine générale ainsi que la croissance du nombre de médecins généralistes impliqués comme directeurs de thèses (31). Il semblerait effectivement que depuis le début des années 2000, il y ait plus de TEMG développant une thématique dans le champ de la discipline.

#### 6 - 4 De nombreux freins à la réalisation du travail

Réaliser un travail de thèse demande beaucoup de temps. Selon certaines études, il faut compter entre 18 et 24 mois pour élaborer une thèse (32) : de la définition du sujet et du choix de directeur de thèse, en passant par la recherche bibliographique, la formation du thésard<sup>2</sup> aux managements d'outils statistiques et/ou de logiciels adéquats, l'analyse des résultats, l'écriture du manuscrit, sa relecture par le directeur ... avant d'aboutir finalement à la soutenance tant attendue. Ce travail nécessite un gros investissement personnel de thésards souvent trentenaires, qui sont préoccupés en parallèle par la validation de leur troisième cycle de médecine générale, la gestion de leur début de carrière professionnelle libérale et leur vie familiale (33).

Dans la thèse de MC. Peltier (34), il était question d'étudier la perception de la thèse par les internes de médecine générale picards. Il en ressort que les thésards considèrent la thèse comme une tradition sans lui trouver d'autre intérêt que l'affranchissement définitif du statut d'étudiant. Dans une autre thèse soutenue fin 2011, la perception du travail de thèse par les internes de médecine générale de Tours était analogue à celle des picards en tout point de vue : contraignante mais valorisante, inadaptée mais rituelle, et enfin, pleine de contradictions (35).

#### 6 - 5 Un travail dans une approche centrée patient ?

En 2017, Genin et Agrifoglio (36) ont réalisé une étude sur la proportion des travaux de TEMG réalisées à la faculté de médecine de Marseille entre 2009 et 2015 dont les résultats étaient applicables aux patients. Leur hypothèse était qu'une spécialité prônant l'Approche Centrée patient (ACP) dans son activité de soins devrait garder la même approche dans son activité de recherche. D'après leur étude : 48 % des TEMG analysées sur cette période n'intégraient pas le patient. Avant eux, Pouchain D. et al ont décrit la proportion de travaux de recherche centrés patient dans les abstracts acceptés en présentation orale dans les congrès français et européens de médecine générale, d'Octobre 2007 à Novembre 2010 (37) : 47,9 % avaient pour objet d'étude le médecin généraliste seulement et 33 % le patient seulement.

En 2010, Balva H et al. (38) montraient dans un travail sur les TEMG soutenues à Angers, une diminution des thèses centrées « adultes malades » de 49 % à 37 %, entre deux périodes distinctes (1997-1999 et 2007-2009). Sur les mêmes périodes, les études centrées « médecin généraliste » augmentaient de 9 % à 20 %. Les auteurs constataient aussi une diminution des thèses à orientation clinique (34 % vs 8,5 %), et une augmentation de celles qui s'orientaient vers l'étude de la pratique des généralistes (8 % vs 32 %). Ainsi, s'il y a peut-être depuis le début des années 2000 une progression du nombre de travaux de recherche menés par les généralistes dans le champ de leur discipline, beaucoup de ces travaux s'intéressent aux médecins généralistes et à leurs pratiques, au lieu d'être centrés sur le patient.

Suite à l'arrêté du 12 avril 2017 (12) sur la réforme du 3ème cycle, la nouvelle maquette du DES de médecine générale, permet aux internes de médecine générale de réaliser au moins 50 % de leurs stages en ambulatoire et supprime l'obligation du passage en stage au CHU. Il est aussi désormais obligatoire qu'ils effectuent un travail de thèse d'exercice dans le champ de la médecine générale. Tout ceci contribuera peut-être à revaloriser la médecine générale auprès des internes du DES, à les

---

<sup>2</sup> Thésard : terme familier pour désigner l'étudiant qui fait une thèse de doctorat. Dans ce manuscrit, le terme désignera exclusivement les étudiants poursuivant des études médicales, en préparation d'une soutenance de thèse d'exercice.

inscrire plus précocement dans un processus de travail de thèse et à favoriser leur choix pour des sujets dans le champ de la discipline et du soin centré patient.

## 6 - 6 Problématique internationale

La thèse d'exercice est autant une particularité française que la thèse de sciences est reconnue au niveau international. Dans une logique d'homogénéisation européenne dans la façon de former et d'évaluer les étudiants en médecine : la TEMG doit-elle être conservée en l'état ?

## 7 - Objectifs et hypothèses

Le rôle de la thèse d'exercice soutenue à la fin des études médicales semble être une affaire d'interprétation. Certains pensent « souhaitable pour ne pas dire quasi obligatoire que les internes de médecine générale passent une thèse de médecine générale encadrée par des enseignants généralistes » (23) car elle reste « l'aboutissement d'un travail personnel approfondi et rigoureux dont l'élaboration s'apparente à un travail de recherche » (39). Mais ces considérations sur sa valeur scientifique semblent être moins perçues par les internes de médecine générale (34, 35). Elle semble aujourd'hui être à leurs yeux un héritage du passé, ayant pour principal intérêt la clôture du 3<sup>ème</sup> cycle de leur formation initiale. En résumé, comme le disait le Dr Vaillant-Roussel en 2007 : « Les universités recherchent des résultats quantitatifs en nombre de diplômés et en rayonnement de la recherche ; les enseignants universitaires désirent faire avancer leur productivité en recherche et leurs publications ; les étudiants visent des diplômes pour s'insérer dans la vie professionnelle (...) Si le défi à relever est important pour les partenaires de cette formation, il n'est pas le même pour chacun » (24).

Ce débat a fait sens au sein du GROUPE Universitaire de recherche qualitative Médicale Francophone (GROUM.F), association indépendante créée en 2007. Cette association a pour but de promouvoir la recherche qualitative en soins primaires (40). Au cours d'un atelier sur « les concepts mobilisés dans les thèses qualitatives » lors des journées annuelles de l'association de Lausanne en 2015, ont été abordés différents aspects de la direction de thèse : parcours, soutenance, choix du sujet, acteurs, rédaction, impact sur la vie ... jusqu'à son réel but politique et scientifique. A l'issue de cet atelier a germé l'idée d'un projet national collaboratif inter-DMG sur la thèse d'exercice : le projet Héraclite. Il débiterait par une revue exhaustive de la littérature et tenterait de répondre à différentes questions sur le TEMG, que se posait déjà Anna Delage en 1912 (41) : quel est son but ? Augmente-t-elle la somme des connaissances cliniques de l'aspirant au doctorat ? Est-elle une garantie de la valeur du praticien, qui, au lendemain de l'acte, va prendre contact avec le public ?

Le projet Héraclite est donc un projet de recherche sur la TEMG actuellement en cours. Il tente de répondre aux questions suivantes : la TEMG contribue-t-elle à définir le contenu et les concepts de la profession et à valoriser la discipline « médecine générale », dans une approche centrée-patient ? Et si oui, comment ?

Les travaux réalisés jusqu'à présent sur le sujet du rôle perçu de la TEMG l'ont été de façon isolée, dans différentes facultés françaises de médecine. Mis en commun dans une revue de la littérature, tous ces travaux devraient permettre d'avoir une vision d'ensemble sur le rôle attribué par les différents acteurs de cette thèse d'exercice dans le projet pédagogique du troisième cycle de médecine générale.

L'objectif de notre étude, à l'intérieur du projet Héraclite, était donc **d'explorer le rôle attribué à la thèse d'exercice par ses différents acteurs, depuis la création du DES de médecine générale en 2004.** La médecine générale étant une jeune discipline universitaire, il y a en effet des enjeux forts à développer sa recherche. Notre hypothèse était que ces enjeux conduisent les généralistes (surtout les généralistes universitaires) et les institutions à profiter des thèses d'exercice pour essayer de développer des projets de recherche potentiellement valorisables. Mais d'un autre côté, les internes de médecine générale n'ont probablement pas les mêmes attentes au sujet de la thèse d'exercice ;

cela pourrait générer des incompréhensions, de la démotivation, de la déception de part et d'autre, voire des tensions entre acteurs.

## MATERIEL ET METHODES

---

Nous avons effectué une revue systématique de la littérature puis, une analyse catégorielle thématique de contenu des documents identifiés comme décrivant la TEMG depuis la création du DES de médecine générale en 2004.

### 1 - Revue de la littérature

L'identification des documents s'est déroulée entre le 19 Octobre 2018 et le 5 Mars 2019. Elle a été effectuée par le thésard et sa directrice de thèse, avec l'aide de documentalistes de bibliothèques universitaires françaises (bordelaise et parisienne).

#### 1 - 1 Phase préparatoire

Afin de mieux appréhender les différents catalogues, répertoires et autres bases de données bibliographiques, je me suis rendu à deux cours dispensés par la bibliothèque de l'université de Bordeaux - site Carreire. Cela m'a permis de me familiariser avec les notions de question de recherche, question d'étude, et surtout de syntaxe bibliographique. Les cours se déroulent en petit comité, ce qui permet aux étudiants présents d'avoir un rapport personnel avec la documentaliste présente. On peut lui exposer notre parcours, notre objectif en venant assister à ce cours et les enseignants sont très à l'écoute.

J'ai pu ainsi avoir un entretien avec Mme ESPAGNET, bibliothécaire de l'université, afin d'isoler des mots-clés correspondant à ma question de recherche. J'ai également demandé de l'aide à Mme FLOCH-GALAUD, réputée pour son expertise quant à la recherche bibliographique et les revues systématiques de la littérature.

#### 1 - 2 Phase exploratoire

Une recherche initiale de documents a été menée, pour apprécier l'envergure du sujet et l'ampleur de la littérature disponible en rapport. Chaque nouvelle référence a permis de préciser les mots-clés, d'approfondir progressivement la connaissance et la compréhension du sujet.

La stratégie de recherche a débuté par l'identification de bases de données et catalogues d'éditeurs qui pourraient couvrir ma question d'étude. Ils ont été sélectionnés de façon exhaustive au cours de cette étape exploratoire, étant donné la singularité du sujet. Ont été interrogés :

- Un catalogue de bibliothèques universitaires françaises : Sudoc-Abes
- Des répertoires d'éditeurs : plateforme CAIRN, Callimaque, CAP ESPE, Science Direct, DocDocPro,
- Des banques de périodiques : Banque de données en santé publique (BDSP)
- Le portail de ressources électroniques de l'université de bordeaux : BABORD +
- Le portail de la revue de la Société internationale francophone d'éducation médicale (SIFEM) : Pédagogie Médicale
- Le portail d'une revue internationale d'éducation en sciences de la santé : Medical Teacher
- Des bases de données : SCOPUS, The Cochrane Library, PubMed/MEDLine, Psychology and behavioral Sciences Collection, PsycINFO, Psy Articles, ERIC.

L'accès à la base de données ERIC a été possible grâce à un documentaliste de la bibliothèque inter-universitaire Santé de Paris-Descartes : Monsieur MACÉ. Il s'agissait en effet de la seule bibliothèque ayant accès en France à cette base de données spécialisée en sciences de l'éducation au moment de notre étude.

## 1 - 3 Identification des bases de données et des documents

A l'issue des phases préparatoire et exploratoire, nous avons choisi de conserver les quatre portails/catalogues/répertoires d'éditeurs suivants pour la recherche systématique : SUDOC, Docdocpro, Pédagogie Médicale et BABORD +. Ceux-ci recouvraient les thématiques de la santé, des sciences de l'éducation et des sciences humaines et sociales. Leur contenu, leur périmètre et leur moteur d'indexation ont représenté la meilleure solution pour effectuer une recherche systématique.

Le choix argumenté de ces bases est présenté en détail en annexe 1. Nous avons relevé dans certaines d'entre elles un véritable problème d'indexation. La phase exploratoire a en effet fait remonter un certain nombre de documents intéressants, que la recherche systématique par équation de recherche ne permettait pas d'identifier. Ces documents ont été gardés mais retenus comme identifiés par la recherche manuelle. Nous avons aussi remarqué que beaucoup de documents n'avaient pas de résumés dans SUDOC, ce qui gênait la recherche par mots-clés. Enfin, certaines bases de données recouvraient un champ très clinique et peu de sciences de l'éducation ou de pédagogie : PubMed et Cochrane n'ont finalement pas été retenues pour ces raisons par exemple.

### 1.3.1 Choix des mots-clés et équations de recherche

Le choix des mots-clés a été validé par les bibliothécaires consultés. Ceux qui ont été choisis en phase exploratoire sont :

- THESE ou THES\*, thèses et écrits académiques
- « MÉDECINE GENERALE » OU « MÉDECINE DE FAMILLE »
- PEDAGOGIE
- EDUCATION
- CURSUS
- RECHERCHE
- FORMATION

Pour interroger les bases en anglais (MeSH terms) :

- *THESIS OR « ACADEMIC AS TOPIC »*
- *« GENERAL MEDICINE » OR « FAMILY MEDICINE » OR « FAMILY PRACTICE » OR « FAMILY MEDICINE »*
- *EDUCATION*

En phase exploratoire, les bases de données ont toutes été interrogées avec toutes les combinaisons de mots-clés possibles. En phase d'identification des documents, une équation de recherche a été choisie pour chaque portail/catalogue/répertoire retenu. Le nombre de documents identifiés pour chaque équation est présenté en annexe 2.

### 1.3.2 Recherche manuelle et littérature grise

Au vu des difficultés rencontrées au cours de la recherche systématique décrites plus haut et afin d'être le plus exhaustif possible sur le sujet, nous avons complété notre recherche en parcourant manuellement d'autres sources de documentation :

- Nous avons analysé les références des thèses et articles identifiés au cours de la recherche systématique ;
- Nous avons aussi inclus des références de thèses et articles identifiés lors de notre phase exploratoire ;
- De nombreux sites Internet - notamment ceux d'associations françaises de médecine générale et de congrès - ont été parcourus pour repérer des travaux éligibles ;
- Nous avons contacté (par e-mail ou téléphone) les ex-thésards ou leurs directeurs pour récupérer des documents éligibles ; certains nous ont envoyé ou conseillé à cette occasion d'autres documents que nous avons ajoutés comme issus de la recherche manuelle.

Cette recherche manuelle a été quantitativement et qualitativement très importante pour pouvoir répondre à notre question de recherche.

## 1 - 4 Sélection des documents

Le thésard et sa directrice ont dans un premier temps sélectionné en insu les documents sur leur titre et/ou résumé, avec un temps ultérieur de mise en commun (triangulation). S'il existait un désaccord sur certains textes, ils étaient conservés pour la lecture intégrale.

Une deuxième sélection a été faite sur lecture complète des documents, de nouveau de façon indépendante suivie d'une triangulation. En cas de doute ou de divergence quant à la décision d'inclure ou non, il était prévu d'envoyer les documents à un troisième lecteur, médecin généraliste universitaire. A l'issue de cette deuxième sélection, l'accord inter-juges Kappa de Cohen a été estimé à 0,916 ; [IC 95 % : 0,835-0,997], soit un accord très bon. Les deux lecteurs ont finalement réussi à trouver un consensus pour les documents où il y avait divergence, sans avoir recours à un troisième lecteur.

## 1 - 5 Evaluation de la qualité des documents

Nous n'avons pas procédé à une évaluation qualitative des documents avant de les inclure pour différentes raisons : le sujet de notre étude n'avait jusque-là pas été traité de façon conséquente et les textes traitant de la TEMG ne nous paraissaient pas en quantité suffisante pour autoriser le retrait des documents d'une qualité médiocre. De plus, l'objectif du travail était de recueillir des documents de natures diverses pour en faire une synthèse qualitative, et non une synthèse quantitative avec mesure statistique d'un effet (méta-analyse). Nous avons donc priorisé la quantité et la diversité des documents inclus sur la qualité de leur contenu.

## 1 - 6 Extraction des données

L'extraction des données a été réalisée par le thésard et sa directrice de thèse, à l'aide d'une grille partiellement définie au préalable. Cette grille a été conçue *a priori*, d'après l'hypothèse de recherche. Elle a ensuite été testée sur trois documents susceptibles d'être inclus dans la revue et modifiée en conséquence. Elle a enfin été discutée entre le thésard et sa directrice au fur et à mesure de l'extraction des données, pour la faire évoluer en fonction des idées émergeant de l'analyse. La version définitive utilisée pour notre analyse est présentée en annexe 3.

## 2 - Pourquoi faire une analyse de contenu ?

Nous avons procédé à une analyse catégorielle de contenu des documents identifiés au cours de la revue de littérature. Du fait de la diversité de nature des documents identifiés, cette approche qualitative paraissait la plus adaptée pour répondre à la question de recherche. En effet, elle nous permettait de réaliser à la fois une évaluation quantitative descriptive des documents et une analyse qualitative thématique de leur contenu. Du fait de l'absence de travail antérieur de ce type, nous considérons notre étude comme **exploratoire**. Cette association « quanti/quali » de l'analyse catégorielle de contenu nous paraissait adaptée à une exploration rigoureuse et approfondie des documents identifiés par la revue de littérature.

Notre analyse des données a été guidée par l'objectif de recherche, c'est-à-dire qu'elle était centrée sur les rôles perçus de la TEMG par ses différents acteurs. Bien qu'ayant une hypothèse de divergences entre acteurs dans les rôles perçus, nous avons essayé d'éviter d'être dans une simple vérification de celle-ci ou d'extraire les données en partant d'un cadre théorique préétabli. Au contraire, nous avons continuellement discuté nos *a priori*, et tenté de nous en éloigner afin de pouvoir interpréter et généraliser sur les rôles perçus de la TEMG à partir uniquement du verbatim collecté. Notre point de départ d'analyse était bien l'objectif de recherche, mais les résultats proviennent directement de l'analyse des données collectées : nous avons donc une **approche analytique hypothético-inductive**.

### 3 - Analyse catégorielle thématique de contenu dans cette étude

Le processus inductif d'analyse s'est déroulé en suivant les étapes décrites par Thomas (44), Blais et Martineau (43) ou Laurence Bardin (44). Il consistait à réduire les données brutes en codes et catégories pour en extraire le sens.

L'analyse de contenu s'est tenue de Décembre 2018 à Juin 2019. Le thésard et sa directrice ont d'abord procédé à plusieurs reprises à la lecture flottante des documents retenus, en insu. Ils ont ensuite de façon indépendante extrait des documents les segments de texte qui présentaient une signification spécifique et unique (une unité de sens ou code). Au fur et à mesure de leur analyse des documents, ils ont regroupé les codes ayant des propriétés communes au sein de catégories. Ainsi, dans ce processus inductif d'analyse, les catégories ont été progressivement créées et étayées à partir des unités de sens.

Le but était d'obtenir un nombre restreint de catégories pour une vue finale d'ensemble sur le sujet. Les réunions de triangulation entre le thésard et la directrice de thèse ont permis d'enrichir, réorganiser, affiner puis valider les catégories. Ces réunions de triangulation ont eu lieu tout au long de l'analyse. Les données extraites de chaque document ont été codées puis catégorisées grâce à la grille d'extraction, se présentant sous la forme d'un tableau EXCEL® (Cf. annexe 3). Dans celui-ci, nous faisons apparaître la variable d'inférence identifiée, associée à : un exemple de citation tiré du texte, des commentaires personnels, ainsi qu'un indicateur quantitatif de l'occurrence de la variable d'inférence dans la totalité du document. L'analyse catégorielle de contenu est en effet l'une de rares fois où en recherche qualitative, il est autorisé de prendre en compte ces occurrences comme des données chiffrées, en considérant les fréquences des variables d'inférence comme des éléments de pondération de l'analyse du discours (44).

La façon d'extraire les données et de les analyser a été présentée par la directrice de thèse lors d'un atelier au cours des 12<sup>e</sup> Journées du GROUM.F à Nice en Mai 2019, afin d'être discutée. Les résultats de l'analyse de contenu ont aussi été envoyés à un généraliste-chercheur du GROUM.F extérieur au travail d'analyse (le Dr Jean-Sébastien Cadwallader, de l'université Paris 6) pour un avis avant leur interprétation.

L'ultime étape de l'analyse a été l'interprétation des résultats. Elle a fait l'objet de nombreux échanges par e-mails entre le thésard et sa directrice et a nécessité une dernière séance de triangulation avant la rédaction finale du manuscrit.

Il est recommandé en recherche qualitative de soumettre les résultats de l'analyse aux participants de l'étude. Il est donc prévu de présenter ce travail entre la fin de l'année 2019 et les premiers de 2020 aux acteurs de la TEMG identifiés au cours de l'analyse à différentes occasions : soutenance de thèse, communications en congrès, etc. Les retours à l'issue de ces présentations sont compris comme la poursuite de l'interprétation de nos résultats.

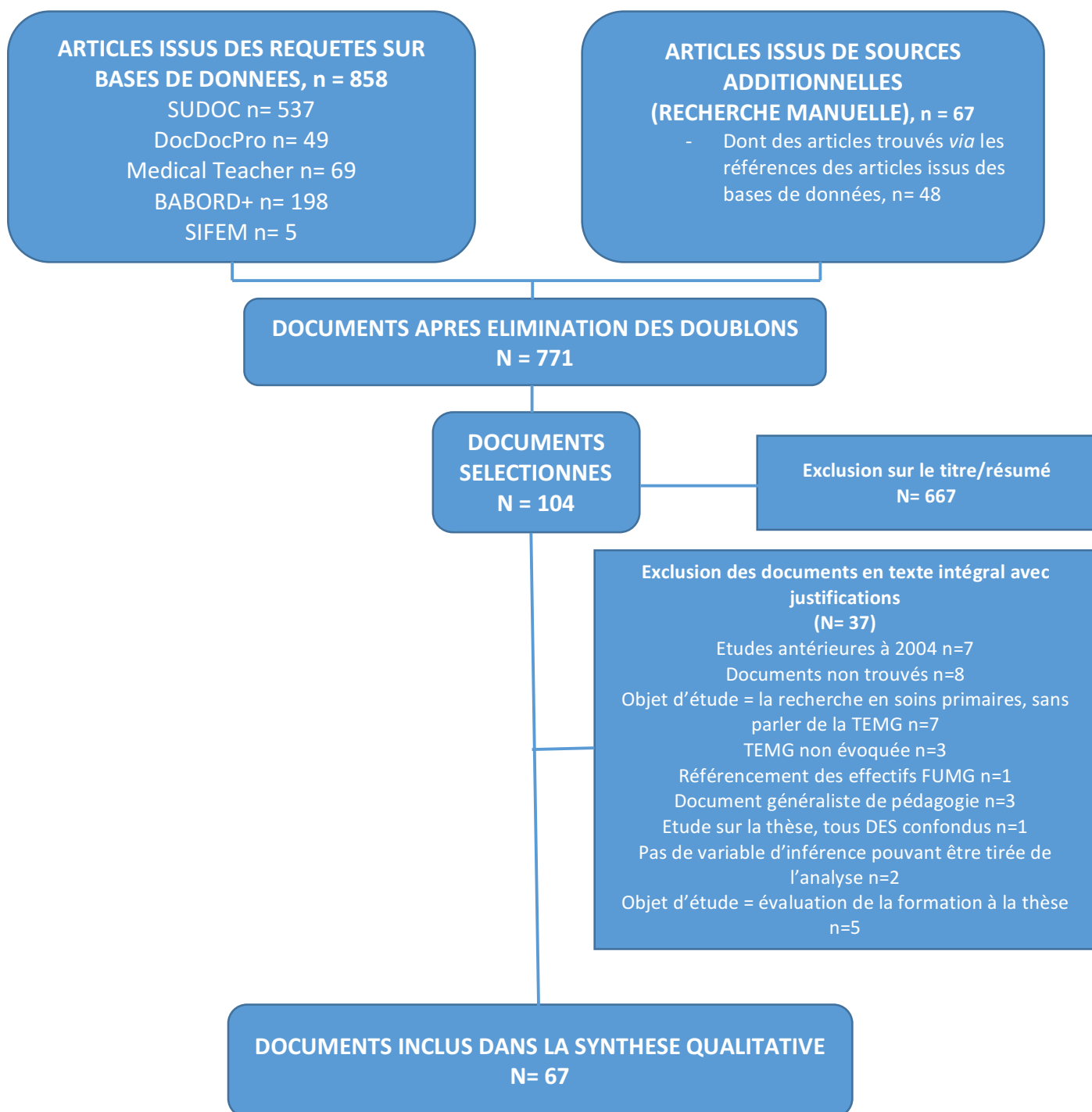


## RESULTATS

---

### 1 - Procédure d'identification et de sélection documentaire

La figure 2 présente la stratégie d'identification et de sélection des documents. Au cours de l'étude, 771 documents ont été identifiés, après retrait des 154 doublons ; 104 ont été sélectionnés sur titre ou résumé puis, 67 documents ont finalement été retenus pour l'analyse catégorielle thématique de contenu.



**Figure 2** : Diagramme de flux selon le modèle PRISMA

## 2 - Description des documents retenus

Parmi les 67 documents lus intégralement, il y avait 55 TEMG, soit 82 % de la totalité des documents. Les autres documents étaient des guides/documents pédagogiques (n= 3), des sites internet (n= 2), une vidéo, un mémoire de diplôme universitaire de pédagogie médicale et des articles (n=8). La moitié de ces articles étaient des TEMG publiées (n= 4). L'ensemble des documents inclus dans l'analyse est présenté dans le tableau I.

Près de 84 % de ces documents sont parus après 2012.

Certaines facultés étaient à l'origine de plusieurs des travaux inclus dans l'analyse. Ainsi, les facultés de Bordeaux (8 documents), Montpellier (5 documents), Lyon (5 documents), Picardie-Jules verne (4 documents), Grenoble (4 documents), et Paris 13 (4 documents) semblaient s'intéresser le plus au sens donné à la TEMG et au vécu de ses acteurs.

**Tableau I : Liste des documents inclus dans l'analyse thématique par ordre chronologique et par ordre alphabétique des auteurs**

N°	TITRE	AUTEUR(S)	TYPE	ANNEE	UNIVERSITE
1	Quelle est, aujourd'hui, en France, la formation à la recherche des thésards en médecine générale ?	HELIS Vincent COHEN Jean-Marie	TEMG	2005	Poitiers
2	La recherche en médecine générale en France : états des lieux. Partie I : Les « producteurs de recherche »	DE POUVOURVILLE Gérard	Extrait du rapport remis au ministère de la santé	2006	
3	Faut-il supprimer la thèse ?	VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Article de la Revue du Praticien	2007	
4	Diversité et richesse des thèses en médecine générale.	BOURREL Gérard et al.	Article de la revue exercer	2008	Montpellier
5	Principes d'une politique de recherche au service de la discipline et (surtout) des patients	POUCHAIN Denis et al.	Article de la revue exercer	2008	
6	Etude PubliThèse : taux d'exploitation des thèses en médecine générale au sein de la faculté Denis Paris Diderot Paris VII.	NOUGAIREDE Pierre GELLY Julien	TEMG	2009	Paris Diderot Paris 7
7	Difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour diriger une thèse de médecine générale en Aquitaine.	HARRIAGUE Jean-Baptiste JOSEPH Jean-Philippe	TEMG	2010	Bordeaux
8	Réalisation des thèses et mémoires de médecine générale : détermination des besoins et élaboration d'un document pédagogique destiné aux étudiants du diplôme d'étude spécialisé de médecine générale.	AHMOGHLY-RAHIMI Siavoche	TEMG	2011	Nancy

9	Formation Médicale 2011 – Evaluation des projets de thèses de médecine générale.	AUBER Jean-Pierre	Vidéo	2011	
10	Echecs des projets de thèses en médecine générale.	KONIECZNY Johan MASSOUBRE Catherine	TEMG (publiée dans la revue exercer)	2011	Saint-Etienne Jacques Lisfranc
11	Perception du travail de thèse par les internes de médecine générale de la faculté de Tours.	TEISSET Yann LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie	TEMG (publiée dans la revue exercer)	2011	Tours
12	Étude comparative des thèses de médecine générale soutenues à la faculté de médecine d'Angers de 1997 à 1999 et de 2007 à 2009.	BALVA Hélène GARNIER François	TEMG	2012	Angers
13	Publications des thèses d'exercice soutenues à la faculté de médecine de Lille.	BENOTMANE Illyés	TEMG (publiée dans la revue La Presse Médicale)	2012	Lille
14	Antithèse de médecine générale.	CHATOT Virginie MERIC Bernard	TEMG	2012	Montpellier
15	La production des thèses dans la filière médecine générale à la faculté de médecine de Créteil: une étude rétrospective sur 5 années universitaires de 2005- 2010.	EL MORNAN Saluma CITTEE Jacques	TEMG	2012	UPEC
16	Thèse en Médecine Générale : entre rite de passage et blocages : revue de littérature.	GASSIOT Marie Noëlle MARCHAND Olivier Pierre	TEMG	2012	Grenoble
17	Etude des difficultés rencontrées par les internes de médecine générale, à la faculté Paris 13, pour clôturer leur cursus universitaire: enquête auprès des étudiants en fin de troisième cycle et de leur tuteur.	HOUHOUNE Farida BEZANCON Christophe	TEMG	2012	Paris 13
18	Vécu de l'interne de Médecine Générale de Lille par rapport à la réalisation de sa thèse d'exercice.	LECOUFE Rémi DELFORGE François	TEMG	2012	Lille
19	Guide pratique du thésard.	MAISONNEUVE Hervé	Guide pratique/Document pédagogique	2012	
20	Perception de la thèse par les internes de médecine générale picards: motivations et obstacles à sa réalisation.	PELTIER Marie Charlotte BORGNE Jean-Yves	TEMG	2012	Picardie Jules Verne
21	Comment favoriser la publication des travaux de recherche des internes de	PETITPREZ Benoît NICOT Delphine	TEMG	2012	Picardie Jules Verne

	médecine générale en Picardie ? Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès d'internes, jeunes remplaçants et maîtres de stage universitaire.				
22	Etude du vécu du travail de thèse par les internes de médecine générale de la faculté de Caen.	TIERCELIN Annie DRIEU Didier	TEMG	2012	Caen
23	Analyse des thèses d'exercice soutenues par les internes de médecine générale à Lyon de janvier 2008 à décembre 2010.	TOURNEBIZE Clémence ERPELDINGER Sylvie	TEMG	2012	Lyon Claude Bernard
24	A quoi sert une commission des thèses dans un département de médecine générale ? L'exemple de paris-Diderot.	ASTIFATE El Khalifa AUBERT Jean- Pierre	TEMG	2013	Paris Diderot Paris 7
25	Représentations et déterminants du vécu du travail de thèse pour le doctorat en médecine, réalisation d'entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes thésés en 2012.	ESPINOZA Aurélie DRENO Patrick	TEMG	2013	Nantes
26	L'étudiant rennais en Médecine Générale face à la réalisation de sa thèse d'exercice: enquête par questionnaire auto-administré auprès de six promotions d'étudiants.	FRIN Hélène BRAU Bernard	TEMG	2013	Rennes 1
27	Les facteurs intervenant dans la réalisation de la thèse de médecine générale: étude auprès des étudiants de troisième cycle de médecine générale de l'Université Paris XIII.	MARECAR Sahoul BEZANCON Christophe	TEMG	2013	Paris 13
28	La thèse de médecine générale à la faculté d'Angers ; difficultés et propositions d'amélioration.	ROUSSET Anne Isabelle MARAIS Patrick	TEMG (publiée dans la revue exercer)	2013	Angers
29	Le vécu des procédures d'encadrement des thèses de médecine générale à la faculté de Créteil: Une étude qualitative exploratoire.	ZAIED Mélissa CITEE Jacques	TEMG	2013	UPEC
30	Evaluation de la production scientifique issue des thèses d'exercice à la faculté de médecine d'Angers entre 2007 et 2012.	LHUISSIER Julie BOUTON Céline	TEMG	2014	Angers

31	Le binôme thésard-directeur de thèse : quels enjeux ?	MEBARKI Lisa.	Article de la Revue du Praticien	2014	
32	Essai de classification des thèses d'exercice en médecine générale: étude réalisée à partir des thèses d'exercice en médecine générale soutenues à l'UPMC en 2012.	ZERKINE Loïk TIRMARCHE Dominique	TEMG	2014	UPMC
33	Les travaux de thèses des jeunes médecins généralistes en 2015, dix-huit 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	BARBARIN Fabrice VANDERSNICKT Géraldine	TEMG	2015	Bordeaux
34	Quels sont les critères universitaires et disciplinaires d'une thèse de médecine générale ?	DUCROS Laurie DAVID Michel	TEMG	2015	Montpellier
35	L'avancée du travail de thèse des internes de médecine générale bordelais en fin d'internat: septembre 2013.	FUCHS Emmanuel DUCOS Gérard	TEMG	2015	Bordeaux
36	Regards des médecins généralistes de l'agglomération grenobloise sur l'utilité de leur thèse de médecine pour la pratique médicale.	GUIBERT Jessica GAILLARD Alexandre VERET Tanguyhnioi	TEMG	2015	Grenoble
37	Analyse des thèses d'exercice soutenues par les internes de médecine générale de Lyon de janvier 2011 à décembre 2013.	LEONARD Mathieu ERPELDINGER Sylvie TOURNEBIZE Clémence	TEMG	2015	Lyon Claude Bernard
38	A la recherche d'un consensus par méthode Delphi: une charte des thèses en médecine générale.	MEBARKI Lisa CHAUVET Marion	TEMG	2015	Picardie Jules Verne
39	Analyse des thèses d'exercice soutenues par les internes de médecine générale de l'Université de Nantes entre 2009 et 2013.	UNT WAN Frédéric CANEVET Jean-Paul	TEMG	2015	Nantes
40	Etude sur la direction de thèse de médecine générale à la faculté de médecine d'Amiens.	BOISDIN Alexis JUNG Georges	TEMG	2016	Picardie Jules Verne
41	Thèmes, objets et méthodes de recherche des thèses des internes de médecine générale de la subdivision	BOUVET Alix FRANCO Jean-Marc	TEMG	2016	Bordeaux / Océan Indien

	océan indien soutenues entre 2007 et 2014.				
42	Etude STAN –MG : classification des thèses soutenues à Nancy en médecine générale entre 2004 et 2014	CHIARO Ingrid MAUFFREY Violaine	TEMG	2016	Nancy
43	Les déterminants de la réalisation de la thèse d'exercice: étude chez les internes de médecine générale de l'Université Paris 13.	CHIKHAOUI Hakim David RUELLE Yannick	TEMG	2016	Paris 13
44	Cercle de thésards : analyse de quatre années de fonctionnement.	FOUQUE MAGRO Camille BENEDINI Elise	TEMG	2016	Lyon Claude Bernard
45	Existe-t-il un fil conducteur dans la direction des thèses de médecine générale à la Faculté de Montpellier?	FOURQUET Rémi DAVID Michel	TEMG	2016	Montpellier
46	Guide du thésard : la thèse de l'étudiant en médecine générale.	Département universitaire d'enseignement et de recherche en médecine générale Université paris Est Créteil	Guide pratique/Docu ment pédagogique	2016	UPEC
47	Les Thèses dans la filière de médecine générale: étude descriptive des thèses des futurs médecins généralistes soutenues à Bordeaux entre 2007 et 2014.	LABERNEDE Maylis DUCOS Gérard	TEMG	2016	Bordeaux
48	Évaluation par les internes de Médecine Générale d'Aquitaine de la partie théorique du DES: portfolio, cours et thèse.	LAJZEROWICZ Céline QUINTON André	Mémoire de D.U. pédagogie médicale	2016	Bordeaux
49	Les thèses de médecine générale: adéquation avec les soins premiers.	LE CORFF Julia CASANOVA Ludovic	TEMG	2016	Aix Marseille
50	Exploration de la représentation de la thèse dans la pratique professionnelle des médecins généralistes.	COFFY Blandine GOUTTENOIRE Florian FREMINVILLE Humbert	TEMG	2017	Lyon Claude Bernard
51	Livret d'aide à la réalisation de la thèse d'exercice en Médecine Générale	Descartes		2017	Paris Descartes
52	Entrée des médecins généralistes à l'université et caractéristiques des thèses d'exercice.	FRISON Romain MELUC Joris CASANOVA Ludovic	TEMG	2017	Aix Marseille

53	Les travaux de thèse en médecine générale, une discipline centrée patient, un travail centré médecin.	GENIN Geoffrey AGRIFOGLIO Guillaume CASANOVA Ludovic	TEMG	2017	Aix Marseille
54	Évaluation des ateliers d'aide méthodologique à la thèse proposés par le département universitaire de médecine générale de Toulouse.	MACHO Agathe ESCOURROU Emile BOUSSIER Nathalie	TEMG	2017	Toulouse
55	Analyse des thèses d'exercice de médecine générale à Lyon, soutenues entre janvier 2014 et décembre 2016	MAIRE Pauline ERPELDINGER Sylvie	TEMG	2017	Lyon Claude Bernard
56	Intérêt pédagogique du travail de thèse en médecine générale: ressenti d'enseignants d'Ile-de-France.	NUTTE Louise MANIER Anne- Marie	TEMG	2017	UPMC
57	Valorisation des thèses de médecine générale soutenues par les étudiants de l'université Paris Descartes entre 2012 et 2015	RODEN ANDERSON Marguerite PINOT Juliette SIDORKIEWICZ Stephanie	TEMG	2017	Paris Descartes
58	Rédaction d'un article publiable à l'internationale à partir d'un travail de thèse "Suivi au long cours de patients atteints de cancer par le médecin généraliste en comparaison avec le spécialiste, une revue systématique de la littérature".	SABEAU Mathieu FRECHE Bernard	TEMG	2017	Poitiers
59	Les facteurs déterminants de la procrastination du travail de thèse chez les médecins généralistes du Bassin Annonéen	BARBIEUX Sarah BLANC Pierre- Louis	TEMG	2018	Montpellier
60	Diriger une thèse qualitative en médecine générale: quel vécu des directeurs ? : une étude qualitative selon une analyse inductive générale	CHABANNES Audrey MERCIER Alain	TEMG	2018	Paris 13
61	Analyse descriptive des thèses de la filière de médecine générale, soutenues à Reims entre 2007 et 2017	HAUSHALTER Raphaël LORIOT Mickaël	TEMG	2018	Reims
62	Étude de la valorisation des thèses réalisées par les étudiants en médecine générale de Bordeaux entre 2007 et 2015	HUGONNENG Marine MAGOT Laurent	TEMG	2018	Bordeaux
63	Directions, contenus, valorisations des thèses de	LABONDE Brice GOCKO Xavier	TEMG	2018	Saint-Etienne



	médecine générale à Saint-Étienne de 2004 à 2016				
64	Revue de la littérature sur la qualité méthodologique des thèses de médecine générale soutenues en 2014 et en 2016 à la faculté de médecine de Grenoble: comparaison et évolution sur ces deux années	LALLE Nadège ZANARDI Elodie GABOREAU Yoann	TEMG	2018	Grenoble
65	Évolution de la perception des thèses de médecine générale à la faculté de médecine de Grenoble entre 2014 et 2017	TOILLON Yannick LALLE Nadège	TEMG	2018	Grenoble
66	Thèse d'exercice	DMG Bordeaux / Collège santé Université de bordeaux	Site Web / document pédagogique	2019	Bordeaux
67	Guide de thèse LEPCAM	Site LEPCAM (Lire, Ecrire, Publier et Communiquer des Articles Médicaux)	Site web	Non commu niquée	

DMG : Département de médecine générale ; D.U. : diplôme d'université ; TEMG : thèse d'exercice en médecine générale ; UPEC : Université Paris Est-Créteil ; UPMC : Université Pierre et Marie Curie.

### 3 - Résultats généraux de l'analyse catégorielle thématique de contenu

L'analyse de l'ensemble des documents a permis d'identifier trois principaux thèmes du rôle perçu de la thèse. Ainsi, la thèse est tantôt décrite comme un **travail de recherche**, tantôt comme un **rite de passage** ou comme un **travail académique imposé**.

Au sein de ces trois principaux thèmes, des variables d'inférence ont été isolées. Elles sont présentées de façon synthétique dans le tableau II. Cependant, chaque variable d'inférence est explicitée en détail et illustrée de verbatim en annexes 4, 5 et 6. Etymologiquement, l'inférence est l'action de présenter une conclusion à partir de faits. Dans une approche inductive comme celle menée au cours de cette étude, elle consiste à faire accoucher la vérité par l'analyse de données brutes (partir du particulier pour élaborer une idée générale).

Enfin, nous avons identifié différents acteurs au cours du travail de TEMG : les internes de médecine générale, les médecins généralistes thésés, les directeurs de thèses, les DMG, leurs commissions de thèse et le CNGE<sup>3</sup>. Seuls les acteurs qui donnaient lieu à au moins une variable d'inférence au cours de l'analyse ont été retenus et décrits dans notre analyse thématique.

<sup>3</sup> CNGE : depuis sa création en 1983, le CNGE est la principale société savante de médecine générale en France : [https://www.cnge.fr/le\\_cnge/lactivite\\_de\\_cnge\\_college\\_academique/](https://www.cnge.fr/le_cnge/lactivite_de_cnge_college_academique/)

**Tableau II : Liste des variables d'inférence pour chaque thème**

THEMES		
Travail de recherche	Rite de passage	Travail académique imposé
Variables d'inférence		
Travail scientifique	Obligation pour exercer	Finalisation du 3 <sup>ème</sup> cycle des études médicales
Développement de l'esprit scientifique	Affranchissement définitif du statut étudiant	Contrainte universitaire
Légitimer la discipline	Symbolique du cérémonial	Particularité française
Support de production de connaissances scientifiques	Obtention du titre de docteur	Cadre juridique
Valorisation par la publication	Acceptation du futur médecin par ses pairs	Thèse d'exercice et non de science
Valorisation par la diffusion hors publication	Fête familiale	Exercice difficile
Prix de thèse	Epanouissement personnel	Nécessité d'une formation pour s'y préparer
Intérêt scientifique contesté	Moment difficile	Mise en place de dispositifs d'aide à la TEMG
Travail collaboratif	Tradition post révolutionnaire	
Soumission d'un document synthétique ou fiche de thèse	Jury de soutenance	Mobilisation des dispositifs existants d'aide à la TEMG Epanouissement professionnel / apport pour la pratique professionnelle
Commission de thèse		
Règlementations légales		Sans apport pour la pratique professionnelle
Règlementations éthiques		Travail personnalisé
Soutien d'experts		Réseau professionnel/multidisciplinarité
Soutiens financiers		
Règles rédactionnelles		Possibilité de validation conjointe thèse-DES mémoire
Méthodologie qualitative particulière à la médecine générale		Dépense supplémentaire
Pistes pour favoriser la publication		Médaille/mention
Freins à la publication		Règles intra-DMG
		Lourdeur administrative
		Intérêt pédagogique contesté

DMG : Département de médecine générale ; TEMG : thèse d'exercice en médecine générale.

## 4 – Résultats détaillés de l'analyse catégorielle thématique de contenu

Nous avons accordé une occurrence à chaque fois qu'un thème ou une variable d'inférence était cité ou sous-entendu par un acteur de la TEMG. Nous avons ensuite comptabilisé dans chaque document les occurrences de chaque thème (et pour chaque thème : les occurrences de chaque variable d'inférence). Le comptage de ces occurrences a permis de pondérer l'importance des thèmes et des variables d'inférence.

### 4 - 1 Analyse catégorielle thématique en fonction des acteurs

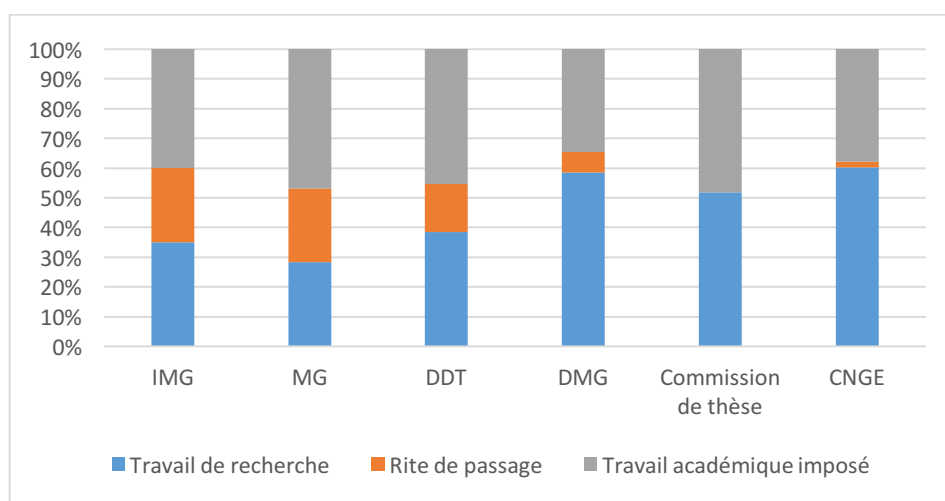
Les acteurs dont le point de vue était le plus présent dans l'ensemble de nos documents étaient les internes de médecine générale (IMG) avec 953 occurrences sur les 2240 au total (soit 42,5 %). Viennent ensuite : les départements de médecine générale (DMG) avec 422 occurrences (18,8 %) ; les médecins généralistes thésés (MG) avec 363 occurrences (16,2 %) et les directeurs de thèse (DDT) avec 327 occurrences (14,6 %). Les commissions de thèse des DMG et le CNGE représentent respectivement 77 (3,4 %) et 98 occurrences (4,4 %) sur la totalité des occurrences dans les documents. Le tableau III et la figure 3 illustrent les occurrences de chaque thème, en fonction des acteurs.

Tout acteur confondu, la TEMG est un travail académique imposé avec 919 occurrences sur ce thème sur les 2240 (soit 41 %) ; un travail de recherche (908 occurrences soit 40,5 %) et un rite de passage pour 413 occurrences (soit 18,5 %).

**Tableau III : Occurrences des thèmes par acteurs, en effectifs**

THEMES	ACTEURS						TOTAL
	IMG	MG	DDT	DMG	Commission	CNGE	
Travail de recherche	333	103	126	247	40	59	908
Rite de passage	239	90	53	29	0	2	413
Travail académique imposé	381	170	148	146	37	37	919
<b>TOTAL</b>	<b>953</b>	<b>363</b>	<b>327</b>	<b>422</b>	<b>77</b>	<b>98</b>	<b>2240</b>

IMG : internes de médecine générale ; DDT : directeurs de thèse ; DMG : département de médecine générale ; MG : médecins généralistes ; CNGE : Collège national des généralistes enseignants ; Commission : commission de thèse.



**Figure 3 : Occurrence des thèmes par acteurs, en pourcentages**

Nous avons également procédé au calcul de fréquences de chaque variable d'inférence par acteurs. Ces résultats sont présentés en annexe 7, sous forme de tableaux. Dans un souci de clarté de présentation et sans omettre aucune information, nous avons présenté les données présentées en annexe 7 sous forme de graphiques, plus loin dans le manuscrit (figures 4, 5 et 6).

## 4 - 2 Analyse catégorielle thématique par acteur et par occurrence des variables

### 4 - 2 - 1 Les internes de médecine générale

Sur l'ensemble des documents, les internes de médecine générale étaient à l'origine de 953 occurrences. Elles étaient réparties pour 40 % dans le thème « travail académique » (281/953 occurrences), 35 % des cas dans le thème « travail de recherche » (333/953 occurrences) et 25 % dans le thème « rite de passage » (239/953 occurrences).

Tous thèmes confondus, les IMG percevaient majoritairement la TEMG comme une contrainte universitaire (49 occurrences), un exercice pour lequel ils présentaient des difficultés (43 occurrences), mais qui était pour eux une obligation nécessaire pour exercer (42 occurrences) puisqu'il leur permettait d'obtenir le titre de docteur en médecine (56 occurrences).

#### a) *D'abord un travail académique imposé, auquel il faut se former :*

De façon majoritaire, les IMG considéraient la TEMG comme un **travail académique qui leur est imposé**. En termes d'occurrences, il s'agissait du thème principal abordé par les IMG. Ils la décrivaient comme un exercice difficile pour lequel une formation facultaire supplémentaire serait nécessaire (38 occurrences) : « *C'est un peu une contrainte, un truc obligatoire qui est indispensable à l'exercice donc c'est forcément une contrainte. Si j'avais eu le choix je pense que je ne l'aurais pas fait* » (35). Cette exigence se heurte à une formation des IMG sur la thèse perçue comme globalement insuffisante et fortement disparate et inégale d'une UFR à l'autre : « *Une majorité de ces internes estiment manquer d'expérience et de formation dans le domaine de la recherche et donc de compétences pour la réalisation de leur thèse (recherche globale, méthodologie, bibliographie)* » (35).

Les IMG mobilisaient donc les enseignements à leur disposition (21 occurrences) pour pallier cette inexpérience, comme par exemple « *des ateliers de thèse régulièrement organisés pour permettre aux internes d'échanger sur leurs travaux en cours* » (73).

Le cadre juridique (15 occurrences) régissant la TEMG faisait d'elle une « *obligation légale héritée du passé* » (60), une « *particularité du système universitaire français* » (16 occurrences) (60).

Cet exercice était l'épreuve leur permettant de clôturer leurs études (36 occurrences). Ils critiquaient son apport sur leur exercice professionnel futur (36 occurrences), le trouvant très faible : « *Leurs travaux ne faisaient pas avancer la science, ni ne changeaient leur pratique quotidienne de la médecine* » (77). Par ailleurs, ils estimaient que le travail demandé aux futurs médecins qu'ils étaient ne permettait pas au niveau pédagogique l'évaluation de leurs compétences professionnelles (18 occurrences) : « *Les étudiants semblent vouloir être évalués sur leurs compétences à exercer le métier de médecin généraliste, plutôt que sur leur compétence à réaliser un travail de recherche, qu'ils ne répèteront pas dans leur exercice ultérieur* » (59). Ce sentiment n'était pas partagé par tous et certains IMG rapportaient un possible apport de ce travail dans leur pratique professionnelle future (20 occurrences).

Néanmoins, leur perception de ce rôle de la TEMG a évolué au fil du temps, du fait de son adéquation de plus en plus avec le champ de la médecine générale : « *On notait une prédominance de thématiques de thèses orientées vers des symptômes et des plaintes diverses, des affections non spécifiques d'organe, des procédures de diagnostic, de dépistage ou de soins. Elles correspondent à la définition de la médecine générale et semblent satisfaire aux besoins spécifiques de la recherche en médecine (...)*

*Cela témoigne d'une volonté des thésards à enquêter sur une prise en charge centrée sur le patient d'une part et d'autre part sur le mode d'exercice et les études de pratiques » (75).*

Les IMG semblaient également vouloir s'approprier leur travail de thèse (11 occurrences), en voulant réaliser un travail personnel de création : *« Lorsqu'on travaille un an voire un an et demi sur notre sujet de thèse, il faut que ce soit un sujet qui nous plaise voire qui nous passionne ou nous tienne à cœur » (34).* Ils rapportaient que les règles internes aux DMG (13 occurrences), rendaient parfois difficiles ce travail personnel de création. Ils allaient même jusqu'à déclarer *« ne pas s'être sentis soutenus lorsqu'ils se sont lancés dans des projets personnels, dans lesquels ils voulaient s'investir » (35).* Certains rapportaient avoir choisi leur sujet pour *« coller avec les exigences du DUMG, c'est à dire une thèse qui puisse passer à la commission en tant que thèse de médecine générale » (35).* Une lourdeur administrative (9 occurrences) a également été mentionnée à plusieurs reprises, avec *« beaucoup de paperasse et de formalités fragilisant la procédure de thèse » (64).* Dans l'étude menée par M. Zaïed en 2013, les IMG de la faculté de médecine de Créteil ont été interrogés sur leur vécu des procédures au cours des TEMG : *« la majorité trouvaient que les démarches à réaliser au cours de la production de la thèse étaient contraignantes, nombreuses et parfois compliquées avec un nombre important de documents à fournir » (64).*

*b) Ensuite un travail différent d'une thèse de sciences et qu'ils ne considéraient pas tout comme scientifique :*

Certains IMG considéraient la TEMG comme un travail scientifique (30 occurrences) par sa forme, jugeant qu' *« elle ne s'apparente dorénavant plus à un simple passage initiatique mais à une réelle démarche de chercheur en soins primaires » (64).* C'était aussi un travail de recherche sur le fond (32 occurrences) : *« La thèse en soi est un moyen de production de connaissances scientifiques pour la discipline » (58).*

Elle se démarquait des autres activités habituelles du cursus scolaire par sa capacité à forger l'esprit scientifique des internes (36 occurrences). En tant qu' *« initiation à la recherche, elle devait être l'occasion pour l'interne de découvrir ce champ de la médecine générale (...) lui permettre de se poser une question, de chercher à y répondre selon une méthodologie scientifique et de communiquer ses résultats » (24).* Les IMG étaient d'ailleurs ceux qui avaient placé un maximum d'occurrences dans la variable de la fiche de projet de thèse (15 occurrences). Même si elle était vécue comme *« difficile et angoissante » (55),* ils admettaient qu'elle était un *« outil facilitant la rédaction de la thèse » (64)* car elle permettait de présenter un *« synopsis détaillé du projet » (75)* et donc *« d'anticiper leur travail et leur méthode » (61).* Ce document synthétique soumis à la validation de la commission leur servait de *« fil conducteur tout au long du travail » (61).*

Néanmoins, il existait une forte contestation au sujet de la valeur scientifique du travail qui leur est demandé (37 occurrences). Cet intérêt scientifique était d'autant plus contesté que les internes étaient en fin de cursus ou engagés dans ce travail de thèse : *« la thèse d'exercice de médecine semble être un travail moins abouti que dans d'autres domaines, une "sous-thèse", je vois ça comme quelque chose de moins sérieux que dans d'autres domaines, par exemple ma femme fait du droit et ça fait 4 ans qu'elle est sur sa thèse, qui fait plus de 800 pages, voilà moi je vois ça, en médecine, comme quelque chose de plus léger » (35).* Ce sentiment était aussi exprimé par les 18 occurrences de la variable *« thèse d'exercice et non de science ».* Les internes étaient conscients *« qu'il s'agit d'une thèse d'exercice qui n'est pas à proprement parler une thèse de doctorat, en ce sens, notamment, qu'elle ne nécessite pas obligatoirement de « recherche expérimentale » (73).*

Les IMG sont les acteurs ayant le plus évoqué les freins à la publication (15 occurrences). Outre *« le manque de puissance statistique » (59)* dans les travaux effectués, ils rapportaient aussi *« le manque de formation à la recherche, le manque de soutien, de temps, de motivation, d'intérêt ou un travail à parfaire » (93)* comme principaux facteurs limitant la publication de leurs travaux. Le manque d'encadrement était la raison la plus citée (9 occurrences) : *« Par rapport aux autres départements de troisième cycle, le département de médecine générale semble être un facteur limitant. Il n'est pas*

*forcément compétent pour amener l'étudiant à publier. Trois facteurs prépondérants peuvent l'expliquer : tout d'abord l'équipe de médecins ne détient pas les outils méthodologiques pour faciliter la réalisation d'un travail rigoureux, ensuite l'équipe n'a pas forcément la volonté de pousser l'étudiant dans une démarche de publication ; enfin les membres de l'équipe pédagogique manquent de temps à consacrer aux étudiants » (25). Les IMG pointaient également du doigt le paradoxe entre les exigences de plus en plus nombreuses des DMG concernant la mise en forme et le contenu de la TEMG au format dit article, et l'absence d'un parcours interne favorisant la publication : « les départements de médecine générale n'ont pas de filière de publication comme les autres spécialités. Les comités de lecture des revues sont souvent composés de médecins ayant parallèlement une activité hospitalo-universitaire. Connaissant mieux les exigences des comités de sélection, les médecins d'autres spécialités sont plus à même de proposer des articles éligibles à une publication » (25).*

On comptait enfin 5 occurrences au sujet de la capacité de la TEMG à légitimer la discipline médecine générale : « *Incitée par nos représentants, elle est perçue comme une occasion de redorer le blason de la médecine générale, spécialité jusqu'alors laissée pour compte » (34).*

Cette population des IMG accordait une importance particulière à l'esprit d'équipe et à l'aspect collaboratif entre chercheurs au cours d'une TEMG. Ils citaient d'un côté l'apport du soutien d'experts (24 occurrences), personnes intervenant de façon ponctuelle au cours de leur TEMG, dans leurs champs de compétences. De l'autre, ils parlaient des collaborations (19 occurrences) au cours de la TEMG : avec d'autres internes dans le cadre de thèses collectives ou avec le directeur : « *Le binôme thésard et directeur de thèse apparaît indissociable à la création de cet écrit qui fait le lien entre l'individuel et le collectif » (53).*

*c) Passage obligé pour obtenir le titre de docteur permettant d'exercer :*

Les thésards percevaient leur thèse comme le moyen d'obtenir leur diplôme de Docteur en médecine et ainsi pouvoir valider une obligation pour exercer : « *La soutenance de la thèse permet l'obtention du titre de Docteur en médecine générale, obligatoire pour l'exercice de la discipline » (67).*

La TEMG était perçue comme symbolique (31 occurrences), obéissant à une tradition cérémoniale (28 occurrences) leur permettant de s'affranchir du statut d'étudiant (21 occurrences) et d'être accepté par leurs pairs (19 occurrences) : « *La thèse d'exercice est un engagement personnel scientifique et symbolique, dont la soutenance garde un rôle rituel ainsi qu'un rôle d'acceptation par ses pairs et devant ses proches, qui permet de conclure le cursus de l'étudiant » (87).*

Elle était aussi une fête, la seule « *occasion de faire plaisir à ses proches (...) de remercier les personnes qui ont encouragé et soutenu le thésard dans sa longue marche vers le diplôme » (83).* Le moment final de la soutenance restait un moment fort d'épanouissement personnel (12 occurrences), « *vécu positivement par la majorité des étudiants » (87),* mais aussi une ultime épreuve pour d'autres « *source de souffrance psychique de par les facteurs de décompensation physique et psychique qu'elle représente » (57).*

#### **4 - 2 - 2 Les directeurs de thèse**

*a) Un travail de recherche parfois, mais que peu valorisent ensuite :*

La TEMG était considérée par cet acteur comme un travail scientifique (13 occurrences) permettant de produire des connaissances (16 occurrences) et de développer l'esprit critique (12 occurrences) : « *La partie recherche de notre discipline en est à ses premiers travaux significatifs. La thèse d'exercice dans le champ de la médecine générale est un travail de recherche structuré. Elle est une contribution au corpus de connaissances de la discipline » (78).*

En termes de fréquences, une part importante des variables d'inférence du thème « travail de recherche » portait sur la valorisation de la TEMG, que ce soit par la publication (14 occurrences) ou par d'autres moyen de diffusion (11 occurrences). Cependant, il faut nuancer ce constat. D'un côté, « *les enseignants universitaires désirent faire avancer leur productivité en recherche et leurs*

*publications (...) Ces intérêts correspondent aux ambitions des départements de médecine générale concernant les thèses de leurs étudiants.* » (57). De l'autre, les généralistes non universitaires qui dirigent des TEMG « *incitent peu à la publication ou à aller au-delà de la thèse sur le sujet* » (74). Dans une étude récente réalisée à Bordeaux par M. Hugonneng (29), il a été noté que « *seul le fait que le directeur soit maître de conférences associé était lié de manière statistiquement significative à une plus grande chance de valorisation* ».

Les principaux freins à la publication (4 occurrences) évoqués par les directeurs de thèse étaient leur manque de temps avec une charge de travail trop importante, le manque de moyens logistiques à la publication, l'éloignement de l'ancien thésard, des études de faible puissance avec des biais trop nombreux et le manque d'intérêt à la publication - surtout cité par les directeurs non-universitaires. En 2017, dans une étude menée par L. Nutte, un directeur de thèse membre d'un DMG a également souligné que, selon lui, l'un des principaux « *freins à la publication était la qualité des données utilisées dans les thèses de médecine générale* » (86). De plus, il n'existe que peu de banque de données ou de données issues de cohortes spécifiques à la médecine générale exploitables dans la réalisation de thèses. Les données utilisées dans les TEMG sont souvent « *issues des recherches du thésard et, bien que cela le forme d'autant plus au recueil de données, il faut admettre qu'elles présentent de nombreux biais* » (86).

Parmi les directeurs, universitaires comme non universitaires, l'intérêt de la TEMG en tant travail de recherche n'était pas consensuel (11 occurrences); peu d'entre considéraient que les thèses constituaient une aide pour leur travail de recherche : ils avaient « *l'impression d'enfoncer des portes ouvertes ou d'accoucher d'une souris* » (90). La qualité des travaux était remise en cause : « *Si encore toutes les thèses de médecine aboutissaient à un énorme travail scientifique, mais la plupart sont pourries ! Même les bonnes, elles sont rarement publiées donc la communauté n'en profite même pas quoi* » (90).

La collaboration avec des experts (9 occurrences) et des organismes de recherche leur paraissait très importante : « *Ils savaient s'entourer de personnes compétentes dans ces domaines. Ils ne rencontraient pas de difficultés pour obtenir leur participation* » (46). La collaboration de plusieurs thésards entre eux était une solution de plus en plus envisagée : « *se pose la question d'offrir la possibilité aux étudiants de faire des thèses communes à plusieurs pour permettre d'atteindre la puissance nécessaire* » (74).

L'apport de la fiche de thèse était un atout, ils étaient « *unanimes sur le rôle bénéfique* », puisqu'elle permettait « *de produire un travail avec une question précise, un objectif clair et méthodologiquement correct* » (64).

*b) Pour l'épanouissement personnel et par devoir confraternel :*

Les directeurs de thèse s'épanouissaient dans le travail de thèse (15 occurrences) : « *Ils en obtenaient tous une satisfaction personnelle avec un sentiment d'utilité concrète. Grâce à eux ou au moins avec leur aide, les thésards devenaient des docteurs* » (90).

Il ressortait de façon assez consensuelle un sentiment de « *devoir confraternel* » des directeurs de thèse, permettant au jeune médecin de faire partie de leur « *famille* » (5 occurrences) : « *c'est la solidarité entre médecins pour 32 % qui est le facteur optimisant principal à la direction de thèse de médecine générale* » (74).

Les DDT étaient aussi ceux voyant le plus en la TEMG un moyen d' « *étendre son réseau professionnel* » (13 occurrences) en « *offrant un cadre propice à la rencontre d'autres professionnels à qui ils pouvaient se référer par la suite pour leur pratique professionnelle* » (90), en « *facilitant la mise en réseau des médecins de premier recours* » (74).

L'aspect symbolique (11 occurrences) et cérémonie familiale festive était aussi très important pour les directeurs : « *En sachant qu'il ne faut pas perdre le côté symbolique du docteur et un docteur en France*

*c'est quelqu'un qui a une thèse donc il ne faut pas retirer ce titre au médecin, il ne faut pas que les médecins deviennent des officiers de santé qui ont uniquement une compétence technique » (86).*

*c) Des difficultés en lien avec un manque de compétences et de temps dans la direction :*

La TEMG restait néanmoins un exercice considéré comme difficile par certains (21 occurrences), universitaires ou pas. La majorité des directeurs de thèse se sentaient insuffisamment formés (25 occurrences) : « *Les médecins interrogés en ont parfaitement conscience puisque 83 % ont dit avoir des difficultés lors de la direction de thèse de MG concernant la méthode, les résultats, la discussion et la conclusion. Le manque de compétence au moins pour une partie de la thèse est reconnue par 76 % » (74).* Même lorsqu'ils ressentaient une certaine maîtrise des concepts et des pratiques pour la bonne réalisation d'un tel travail, d'autres obstacles étaient cités. Par exemple, certains présentaient des « difficultés à gérer le temps », en estimant à « *1 semaine de travail sur l'année en moyenne* » la durée correspondant à la direction d'une seule thèse (46). La même étude a permis d'estimer le temps consacré à la direction d'une thèse (28,18 heures en moyenne) ainsi que la durée nécessaire à sa réalisation (12,71 mois en moyenne) (46). Il fallait aussi « *en moyenne 9 rencontres avec l'étudiant* » pour une seule TEMG (46).

Les DDT ont aussi pointé du doigt les règles internes aux DMG (4 occurrences) faisant que celui-ci, au lieu d'être une « *source d'aide et de cadrage* » (64) dans le travail de thèse, les mettait parfois en difficulté. En 2016, A. Boisdin réalisait une étude sur la direction des TEMG à la faculté de médecine d'Amiens (74). Certains directeurs rapportaient leurs « *désaccords sur des refus par la commission de valider un projet au prétexte qu'il n'aurait pas été de médecine générale ou qu'il aurait été fait en milieu hospitalier et non ambulatoire* » (74). Plus de « *41 % des directeurs interrogés ont jugé que la commission de thèse était délétère* » (74). D'autres études ont abordé les causes d'échecs de projets de thèse du point de vue des directeurs. Dans l'un d'entre eux, 22 % des DDT déclaraient avoir déjà abandonné au moins une fois une direction de thèse (46). Les difficultés évoquées étaient la préparation insuffisante ou des rencontres irrégulières, le manque de temps et la lourdeur administrative. Cette lourdeur administrative donnait lieu à 6 occurrences dans notre revue.

*d) Un moyen d'avancer dans sa carrière :*

Ils estimaient parfois que cet exercice ne devrait être demandé qu'aux internes se destinant à une carrière hospitalière ou à ceux souhaitant faire de la recherche, en pointant du doigt son faible apport pour la pratique professionnelle (10 occurrences) : « *Certains directeurs de thèse étaient plutôt mitigés quant au maintien de cette obligation d'effectuer un travail de thèse. Ils estimaient que tout le monde ne se voue pas à une carrière dans la recherche et surtout que le niveau de qualité ne permettait pas toujours une publication ce qui rendait le travail vain* » (90).

Certains d'entre eux admettaient, à titre personnel, un apport des TEMG pour leur avenir (17 occurrences) : pour leur carrière de chercheur ou leur pratique de soignant. Il s'agissait principalement d'enseignants généralistes faisant partie de DMG (15 occurrences sur les 17) qui « *se servaient aussi des directions de thèse pour pouvoir avancer dans leurs projets de recherche personnels en impliquant des thésards qui faisaient une partie du travail* », mais qui s'accordaient aussi à dire « *que la direction de thèse permettait de développer sa réflexivité et sa curiosité, qualités nécessaires pour améliorer ses pratiques professionnelles* » (90).

#### **4 - 2 - 3 Les médecins généralistes thésés**

*a) Toujours perçue comme une formalité académique obligatoire, même une fois soutenue :*

Le thème « *travail académique imposé* » était le plus fréquent en termes de nombre d'occurrences pour cet acteur. Les principales variables d'inférence dans le thème étaient les mêmes que chez les IMG : la TEMG restait un travail universitaire auxquels ils s'étaient sentis contraints (25 occurrences), pas assez formés (26 occurrences) et dont la finalité principale était la clôture des études médicales (16 occurrences).



« La plupart des médecins interrogés n'aurait pas fait de thèse si cela n'avait pas été obligatoire », d'autant qu'il existait un « problème d'encadrement et de formation à la recherche qui semble intemporel et ubiquitaire : c'est une critique de la thèse, quelles que soient l'année et la faculté de réalisation de celle-ci » (83).

b) *Le lien avec la pratique professionnelle difficile à percevoir :*

Ils critiquaient l'apport de ce travail pour leur pratique professionnelle (20 occurrences), ainsi que l'intérêt pédagogique de celui-ci en tant qu'examen clôturant les études médicales (13 occurrences). En effet, la plupart « n'avaient pas identifié de lien entre leurs activités professionnelles ou de formation et leur travail de thèse » (60) ; et certains affirmaient même que ce travail ne leur « avait pas été utile à leur formation » (60).

La TEMG pouvait néanmoins permettre l'acquisition de quelques compétences, reconnues par des généralistes thésés libéraux : « Lors de leur travail de thèse, l'utilisation de la méthode qualitative, avec la réalisation d'entretiens, a été pour certains l'occasion de développer leurs compétences relationnelles et de communication (...) Du fait de sa méthodologie la thèse contribue à l'apprentissage d'une rigueur vis-à-vis de soi-même » (83).

c) *La valorisation de la thèse après la soutenance, un tremplin en cas de carrière universitaire :*

La TEMG était un travail scientifique (9 occurrences) aux yeux de certains généralistes qui l'avaient déjà soutenu, même si d'autres contestaient son intérêt scientifique (21 occurrences) : « je n'ai pas l'impression que euh ... que ça apporte grand-chose. Enfin, c'est une sensation quoi. Donc on ne sait pas trop finalement : bon alors, c'est pas publié, ça sert à rien, mais si c'est pour publier et d'avoir euh, dix mille, dix milles thèses euh ... de faible impact, finalement, je sais pas si ça apportera grand-chose » (60).

Quand des généralistes libéraux étaient interrogés, « la majorité des médecins n'étaient pas intéressés par une carrière universitaire et probablement qu'ils ne voyaient pas l'intérêt de diffuser leur thèse ou de s'impliquer dans la recherche » (94). Au contraire, les généralistes thésés exerçant une activité universitaires avaient davantage perçu cet exercice comme un apport pour leur pratique (5 des 7 occurrences) : « le travail de thèse a été l'occasion de découvrir la recherche en médecine générale (...) a orienté (leur) pratique avec une grande part accordée à la recherche. La recherche et l'analyse de la pratique sont, pour (eux), deux aspects indispensables de la pratique actuelle » (83).

La valorisation de leur travail personnel de thèse était rare, que ce soit par la publication (6 occurrences) ou par d'autres moyen de diffusion (4 occurrences), même s'ils admettaient que publier était important : « la publication, ben c'est toujours dans la même idée d'aller jusqu'au bout de ses idées (...) de porter ses idées (...) tu crois en quelque chose, tu vas le défendre (...) c'est se soumettre aux critiques » (60). Les médecins généralistes thésés rapportaient que cette valorisation n'était pas un objectif majeur pour ceux ne se destinant pas à une carrière hospitalo-universitaire : « Une valorisation du travail de thèse a été proposée à une majorité des étudiants (91 %) ayant obtenu une note méthodologique supérieure à 80/100. Cependant seulement 9 % de ces étudiants avaient publié leur travail » (94). Dans l'étude grenobloise de Y. Toillon, « 83,3 % des étudiants voulant faire une carrière universitaire avaient diffusé leur travail et 50 % l'avaient publié » (94).

d) *Le binôme thésard-directeur : la base pour un travail scientifique utile au thésard et à la discipline :*

Ils insistaient sur l'importance du rôle joué par leur directeur de thèse, avec la notion de collaboration en binôme (9 occurrences). Le thésard s'appuyait le plus souvent sur « l'expérience de son directeur de thèse dont il attend de multiples compétences : disponibilité, sympathie, pédagogie, motivation et connaissances sur le sujet » (64). « Une fois le binôme formé, la rédaction de la fiche de projet de thèse débute » (64).

Ils souhaitaient que cette collaboration soit renforcée au sein de « gros projets », afin de pallier le faible niveau de preuve scientifique des TEMG jusque-là soutenues : « *des gros sujets de thèse régionaux ou nationaux où chacun ... fait un bout de la thèse ou fait la même thèse, mais finalement ça donne un gros euh ... il y a une grosse puissance quoi, au niveau de l'étude quoi, parce que bon ... Au moins on a quelque chose de carré (...) le fait que ce soit collectif, ça permet vraiment d'avoir quelque chose d'intéressant (...) Le bénéfice des travaux de groupes avait été souligné dans d'autres travaux. Ils sont également mis en avant comme pistes d'amélioration par différents médecins que nous avons rencontrés* » (60).

Ce qui leur restait après la soutenance de la thèse, c'était une rigueur scientifique et un sens critique des informations (7 occurrences) : « *les médecins ayant perçu un bénéfice de leur exercice de thèse ont pu explorer un domaine qu'ils n'avaient jusque-là pas abordé, la démarche scientifique* » (57).

Il semblait également exister chez ces médecins thésés l'idée que leur thèse puisse constituer un support de production de connaissances préliminaires (6 occurrences) : « *mon travail est un travail de poupées russes, donc euh ... oui, il devrait être précurseur pour faire d'autres travaux de recherche* » (60).

En termes de fréquences, la part de la variable « légitimer la discipline » était 4 fois plus importante chez cet acteur que dans la population d'IMG. Il s'agissait surtout de ne pas perdre en légitimité par rapport aux autres spécialités : « *Plusieurs médecins ont justifié la thèse en médecine générale en se comparant aux autres spécialistes : si les autres soutiennent une thèse, les médecins généralistes doivent aussi en soutenir une, sous peine d'être dévalorisés* » (83).

e) *Un cap symbolique important, pouvant cependant altérer la qualité des vies personnelle et professionnelle :*

Le souvenir de la TEMG était globalement bon, bien que certains affirmaient qu'elle ait été pour eux un moment difficile (11 occurrences), en particulier au niveau personnel. Ils y portaient un regard plutôt négatif : « *c'était une période comme je te disais où ... j'ai pas profité de la vie, j'ai eu des problèmes financiers, où euh ... c'était une rupture sentimentale, j'étais irritable (...) ça été un moment difficile* » (60). Ce sentiment négatif était davantage présent en début de carrière, chez les médecins ayant passé leur thèse récemment. Ceux-ci la voyaient comme un « travail imposé, un obstacle à l'exercice de la médecine » (8 occurrences) : « *elle est bloquante, j'ai été obligée de m'arrêter de travailler. J'avais plus le droit de faire des remplacements* » (83). Ils lui trouvaient un côté traditionnel (6 occurrences) : « *probablement une des raisons pour lesquelles on continue à les faire c'est parce qu'on l'a toujours fait. Et qu'on n'est pas des réformateurs. Qu'il n'y en a pas beaucoup dans ces études* » (83).

Néanmoins, il persistait un sentiment d'épanouissement personnel assez marqué chez d'autres, un « *sentiment de satisfaction devant la qualité du travail accompli, mais cette bonne impression générale est parfois nuancée par la fatigue et la lassitude que représente un tel travail, bien que certains y reconnaissent un bénéfice à long terme* » (57).

La TEMG gardait donc une valeur importante (15 occurrences) ; les médecins généralistes conservaient un « *fort attachement symbolique* » (83) à ce travail et il restait un moment très important dans leur vie. Ils la percevaient comme un moyen de « *valider le troisième cycle des études médicales* » et de se « *détacher du statut étudiant* » (6 occurrences).

#### **4 - 2 - 4 Les départements de médecine générale**

a) *Un travail scientifique, pour apprendre aux étudiants à se poser les bonnes questions tout en développant le corpus de la discipline :*

Les membres des DMG étaient plus concernés que les autres acteurs par la valorisation de la TEMG. Une importance était accordée à la publication (29 occurrences) : « *les DMG semblent octroyer une grande place à la publication des thésards de médecine générale. En effet, ils seraient 74 % (20 sur 27*

*répondants) à proposer aux thésards une publication de leurs travaux quand ils les jugent de qualité » (21). Les DMG accordaient en fait un grand intérêt à la diffusion des TEMG en général (29 occurrences) : « Si elles n'étaient pas publiées, les thèses de 2014 à 2017 pouvaient être diffusées par le biais de poster, d'article ou de communication orale pour 35,6 % d'entre elles » (94).*

La thèse était perçue par les membres des DMG comme un travail scientifique (21 occurrences), un support de production de données (22 occurrences) permettant d'*« approfondir le corpus de connaissances de la discipline (épidémiologie, analyse, évaluation des pratiques), fondement d'un contenu d'enseignement homogène et argumenté »* (75). L'un des objectifs principaux de ce travail de recherche était de permettre de se former à la recherche (15 occurrences), *« apprendre à se poser de bonnes questions, à construire des objets conceptuels et des hypothèses qui tiennent debout, qui rendent compte potentiellement d'une partie des observations, qui présentent une cohérence interne, qui stimulent l'imagination et la réflexion »* (21).

Les DMG s'impliquaient de fait à l'élaboration et à l'amélioration de la qualité de ces travaux car ils considéraient ceux-ci comme un moyen de légitimer leur discipline (18 occurrences), d'acquérir une *« reconnaissance universitaire de la médecine générale et de ses enseignants pour obtenir un réel statut et des moyens permettant de développer cette activité »* (21). Nous retrouvons ainsi dans les documents beaucoup d'occurrences au sujet d'enseignements de formation à la TEMG proposés par les DMG. Cet acteur faisait aussi référence à la fiche de thèse (14 occurrences) et à la commission de thèse (19 occurrences) : *« Le projet de thèse doit être préalablement rédigé, avec l'aide du directeur de thèse, sur une fiche de projet qui est adressée au Département de médecine générale pour validation »* (45).

Les règles rédactionnelles et de présentation des TEMG (14 occurrences) étaient mises en avant, toujours dans l'optique de faciliter la diffusion la plus large possible des travaux par l'adoption de normes scientifiques validées : *« La promotion par la faculté de médecine du format article pour la thèse en vue d'une publication explique cette modification »* (38).

Les DMG n'hésitaient pas à encourager la réalisation de travaux de grande ampleur, en s'associant à des organismes de recherche ou par la réalisation de thèses collectives (11 occurrences) : *« Elle peut s'inscrire au sein d'un projet de recherche mené par un promoteur institutionnel (Département de Médecine Générale, INSERM, associations...), le même projet pouvant générer plusieurs travaux de thèses sur un aspect particulier de la recherche »* (29).

L'apport des experts en méthodologie et recherche documentaire était selon eux indispensable (14 occurrences). En 2005, V. Hélias (21) a interrogé 27 départements de médecine générale français (sur les 34 existants) et a montré que 74 % d'entre eux proposaient des personnes ressources : statisticiens, épidémiologistes, documentalistes, etc.

Certains membres de DMG contestaient cependant l'intérêt scientifique de la TEMG (11 occurrences) en raison de *« la faiblesse méthodologique de certains projets »* avec l'absence de formulation d'une question claire, méthode non adaptée à la question posée, absence de calcul de nombre de sujets nécessaires... » (59).

*b) Mise en place de formation aux internes, en soutien à l'exigence visée de scientificité :*

La TEMG était un travail requérant une formation supplémentaire dans le cursus du DES (19 occurrences). Pour répondre aux besoins spécifiques des thésards et des directeurs, les DMG mettaient en place de nombreux outils d'aide à la thèse (31 occurrences) et favorisaient l'utilisation des enseignements déjà en place (23 occurrences) : *« Des d'ateliers pratiques en petits groupes ont été organisés, sur un cycle de 4 jours comprenant : une formation consacrée à la recherche bibliographique (deux demi-journées), une initiation aux méthodes de recherche, une journée de séminaire durant laquelle les internes présentaient leurs travaux et discutaient de la méthodologie employée, et une journée pendant laquelle ils faisaient une présentation de leur travail de thèse »* (61).

Des membres du DMG percevaient la TEMG comme une « méthode pédagogique » qui, fournissait des compétences utiles à ses différents acteurs (23 occurrences) ; ils comparaient « *la préparation de la thèse au quotidien d'un médecin dans sa réflexion et son activité médicale* » (59).

*c) Attribution du droit d'exercer aux étudiants en fin d'études :*

La TEMG était perçue comme une cérémonie (4 occurrences) permettant à l'étudiant d'obtenir le droit d'exercer (6 occurrences) et de faire partie de la confraternité médicale (7 occurrences).

« *Pour chaque étudiant en médecine, la soutenance de la thèse est un moment chargé d'émotions et symbolise le couronnement des efforts d'une décennie et l'instant d'un passage à une vie professionnelle dont il a longtemps rêvé* » ; « *il montre ainsi à ses futurs pairs qu'il a acquis l'aptitude à répondre d'une manière scientifique aux questions auxquelles il peut être confronté* » (39).

#### **4 - 2 - 5 La commission de thèse**

Cette instance facultaire est chargée au sein des DMG de valider les projets de TEMG qui lui sont présentés au moyen de fiches de thèse. Deux travaux de l'université Paris-Diderot (48, 59) se sont penchés intégralement sur l'étude de cette commission. Des variables d'inférence ont tout de même pu être extraites d'autres documents.

*a) Un travail de recherche dans le champ de la médecine générale :*

Elle avait pour objectif de s'assurer que les TEMG s'inscrivent dans le champ de la médecine générale, que la question de recherche est pertinente et la méthodologie adaptée pour y répondre. « *Elle prodigue également des conseils, et peut orienter les étudiants vers des personnes ressources (3 occurrences)* » (47). La variable d'inférence la plus représentée était l'apport pour la pratique professionnelle (12 occurrences), puisque cet acteur validait (ou invalidait) les projets selon leur congruence avec le champ de la discipline. « *Maintenant, les sujets de thèse doivent vraiment être centrés sur la médecine générale, sinon ça ne passe pas* » (73).

*b) La commission, organe de contrôle et d'aide pour les thésards au sein des DMG :*

Pour la commission, la TEMG était un travail scientifique (11 occurrences), avec ses normes de présentation (2 occurrences), qui devaient être respectées pour que le travail soit valorisable.

« *La thèse de médecine générale est un travail scientifique ayant pour finalité de produire des connaissances dans ces différents champs. Il s'agissait d'un travail original de réflexion et de recherche pour lequel l'étudiant posait une question principale et tentait d'y apporter des éléments de réflexion* » (59). La commission avait pour mission de vérifier que la TEMG en cours respectait ces conditions.

La commission aidait aussi l'étudiant à « *formuler une question, élaborer une méthode, recueillir des données, les analyser, discuter des résultats, rédiger, publier* » (4 occurrences) (59).

Pour cet acteur, la TEMG permettait également de développer un réseau de professionnels (3 occurrences) par les rencontres et les échanges qu'elle favorisait.

La commission de thèse attachait une importance particulière aux différents enseignements mis en place au sein des DMG (5 occurrences) ainsi qu'à l'utilisation des outils existants (4 occurrences) par les IMG et les directeurs. EN 2011, S. Ahmogly a réalisé des entretiens avec de membres de la commission de thèse de Nancy. Ceux-ci plaidaient pour la « *multiplication des différents outils pédagogiques, matériels et humains (...) outre la formation théorique dispensée dans le cadre de séminaires spécifiques pour les internes et les maîtres de stage* » (47).

« *Avec des projets de recherche correctement structurés dès leur formulation, et avec un ensemble d'outils d'aide à la recherche mis à la disposition de l'étudiant, les délais de réalisation de la thèse doivent logiquement se réduire, et la « mise sur le marché » des jeunes diplômés se faire plus rapidement* » (48).

#### 4 - 2 - 6 Le CNGE : ses collègues locaux, ses membres et ses personnalités

Peu de documents ont directement exploré la vision de membres d'instances du CNGE (68). Néanmoins, la TEMG semblait être une préoccupation pour cet acteur : elle était tantôt le sujet d'ateliers lors du congrès national (72), elle était tantôt décrite par des personnes identifiées comme des référents-recherche au sein de collèges régionaux (59) ou par des personnes ayant été/étant membre d'une instance du CNGE académique (57, 60, 68).

a) *La TEMG est un travail de recherche qui doit être de qualité pour être valorisé :*

Les variables d'inférence identifiées pour cet acteur étaient assez superposables à celles identifiées pour la commission de thèse. « *La thèse et la recherche ne peuvent être dissociées. La thèse est considérée comme le travail de recherche principal effectué pendant l'internat de médecine générale. Elle doit être bénéfique pour l'étudiant et pour la profession* » (57)<sup>4</sup>.

La thèse d'exercice avait donc pour objectifs de former l'étudiant à cette recherche scientifique, de développer son esprit critique (savoir interpréter des résultats, mettre en évidence les limites et forces des travaux effectués, en déduire des informations), et de produire des connaissances scientifiques.

La diffusion des TEMG était une priorité pour le CNGE (23 occurrences) : « *La valorisation est nécessaire pour diffuser les connaissances émises au cours des travaux de thèses (...) Elle est multimodale et ne présente pas de spécificité liée à la médecine générale (...) Elle passe surtout par la publication sous forme d'article du travail de thèse* » (68).

Le prix de thèse du CNGE était une autre façon de valoriser les TEMG (2 occurrences) : « *Initié en 1987 par le collège de Bichat et rejoint en 2001 par le CNGE, il permet chaque année de disposer de 60 à 70 travaux de qualité sélectionnés par les collèges régionaux* » (46)<sup>5</sup>.

Les travaux collaboratifs (3 occurrences) étaient encouragés dans cette perspective de travail de qualité potentiellement valorisable : « *la constitution d'une équipe multidisciplinaire, est le socle de la pertinence, de la faisabilité, de la réalisation et de la publication, qui [...] contribue à la qualité de la recherche* » (57)<sup>6</sup>.

Cet aspect collaboratif de la TEMG était capital pour cet acteur. Le CNGE souhaitait que des projets inter-DMG se mettent en place, ou entre les DMG et des structures de recherche comme l'INSERM, afin de pouvoir bénéficier de travaux réalisés à plus grande échelle : « *Tous les participants étaient convaincus que la qualité des relations et le cadre des coopérations conditionnaient l'aboutissement du projet et sa valorisation ultérieure* » (72)<sup>7</sup>.

Quelques études de grande envergure, promues par le CNGE, avaient d'ailleurs fait l'objet de plusieurs TEMG : « *l'étude ECOGEN (Eléments de la Consultation en médecine générale), mise en place par le département recherche du collège national des généralistes enseignants (CNGE) à laquelle participe le DMG d'Amiens, ou encore la création d'un réseau d'investigateurs en MG par le CNGE* » (56).

En tant qu'instance nationale, le CNGE voyait en la TEMG un moyen d'apporter des informations nouvelles à la discipline (11 occurrences), ainsi qu'aux impétrants. « *Le Conseil National des Généralistes Enseignants indique que la thèse est « un engagement personnel scientifique important pour tout étudiant en médecine. Elle est une contribution au développement de la connaissance scientifique* » (60)<sup>8</sup>.

<sup>4</sup> Citation du référent-recherche du Collège local des enseignants d'Auvergne, dans la thèse d'exercice d'A. Tiercelin (57).

<sup>5</sup> La sélection dont JB. Harriague fait référence dans sa thèse d'exercice est celle des travaux de thèse pour le prix du CNGE (46).

<sup>6</sup> Extrait d'un article paru en 2008 dans la revue *exercer*, écrit par le Pr Huas D (ancien membre du bureau du CNGE) et cité dans la thèse d'exercice d'A. Tiercelin (57).

<sup>7</sup> Dans sa thèse d'exercice, L. Mébarki évoque les réponses de participants à un atelier au congrès national du CNGE de 2013 dont l'intitulé était « *thésard-directeur de thèse : comment faire le bon choix ?* » (72).

<sup>8</sup> Citation tirée du site internet du CNGE, dans la rubrique « *pédagogie/cursus des études médicales* », consultée en 2013 par A. Espinoza et citée dans sa thèse d'exercice (60).

Tout comme pour les DMG, la thèse était pour le CNGE un exercice pour lequel il fallait se former et acquérir des compétences spécifiques (16 occurrences). « *Le programme de formation à la direction de thèse pour l'année 2009 proposé par le département formation du CNGE est réparti sur quatre demi-journées (deux jours)* » (46)<sup>9</sup>.

### **4 - 3 Analyse comparative entre acteurs par thèmes et variables d'inférence**

Nous avons rapporté les données brutes chiffrées des occurrences de variables d'inférence par thèmes et par acteurs dans des figures, permettant de comparer le discours des différents acteurs.

#### **4 - 3 - 1 Un travail de recherche**

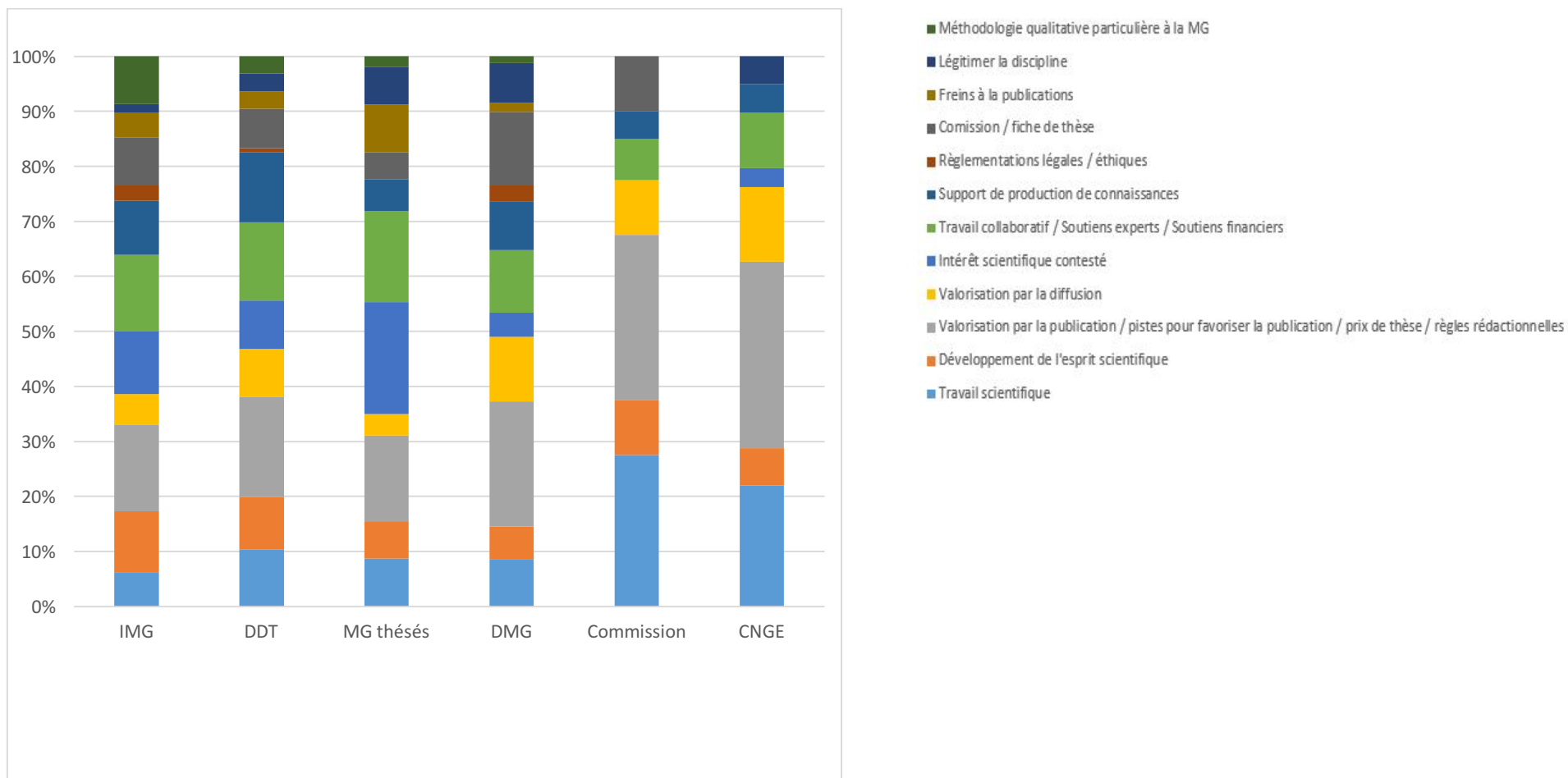
Les acteurs ont tous développé ce thème. Ils percevaient tous la TEMG comme un travail de recherche, mais à des degrés et pour des raisons divers.

Comme le montre la figure 4, elle était pour tous un travail scientifique faisant appel à quelques compétences différentes de celles qui étaient habituellement évaluées au cours du cursus initial des études médicales. Il y avait aussi un consensus à dire que la TEMG développait l'esprit critique et permettait d'apprendre à « effectuer des déductions correctes à partir d'informations factuelles, identifier les présupposés implicites d'un raisonnement, différencier les arguments forts des arguments faibles et interpréter les informations en fonction de leur niveau de preuve » (58).

Pour tous les acteurs, la TEMG gagnait à être un travail d'équipe, au minimum du binôme thésard-directeur ; à l'extrême, différents internes pouvaient collaborer dans le même projet, des personnes extérieures au projet pouvaient y contribuer de façon ponctuelle.

---

<sup>9</sup> Référence dans la thèse d'exercice de JB Harriague à la formation à la direction de thèse proposée par le CNGE-Formation (46).



IMG : internes de médecine générale ; DDT : directeurs de thèse ; DMG : département de médecine générale ; MG : médecins généralistes/médecine générale ; CNGE : Collège national des généralistes enseignants ; Commission : commission de thèse.

**Figure 4 :** Occurrences des variables d’inférence du thème « travail de recherche » en fonction des acteurs.

Néanmoins, comme le montre aussi la figure 4, quelques nuances entre acteurs sont à rapporter.

Le DMG voyait la TEMG comme un « *moyen d'impliquer les médecins généralistes dans la recherche* » (46), de « *leur en donner le goût* » (74). Pour cet acteur, elle était « *indispensable pour acquérir une légitimité vis-à-vis des autres spécialités et des étudiants en médecine* » (91). Plus que les autres, les DMG trouvaient en ce travail un moyen de légitimer la discipline en développant sa propre recherche. Ils prônaient une recherche en médecine générale et faite par les généralistes. Ils étaient néanmoins rejoints sur ces aspects par les MG thésés, qui affirmaient ne pas vouloir perdre en crédibilité en effectuant les mêmes travaux que leurs confrères spécialistes. Enfin, le CNGE estimait qu'il fallait « *légitimer la recherche en médecine générale au travers des thèses de médecine* » (68).

Les IMG et les DDT y voyaient moins un moyen de légitimer la discipline et de développer une recherche en médecine générale, sauf dans les approches qualitatives. Ils ont en effet rapporté beaucoup d'intérêt pour la méthodologie qualitative (28 occurrences pour les IMG ; 4 occurrences pour les DDT), qu'ils considèrent comme particulière à la médecine générale, voire « *parfaitement adaptée à la médecine générale* » (71). « *L'expertise acquise en méthodologie qualitative (...) servait à compléter les informations données par la recherche hospitalière qui n'explore que très rarement les données exploitées par ce genre d'étude* » (68).

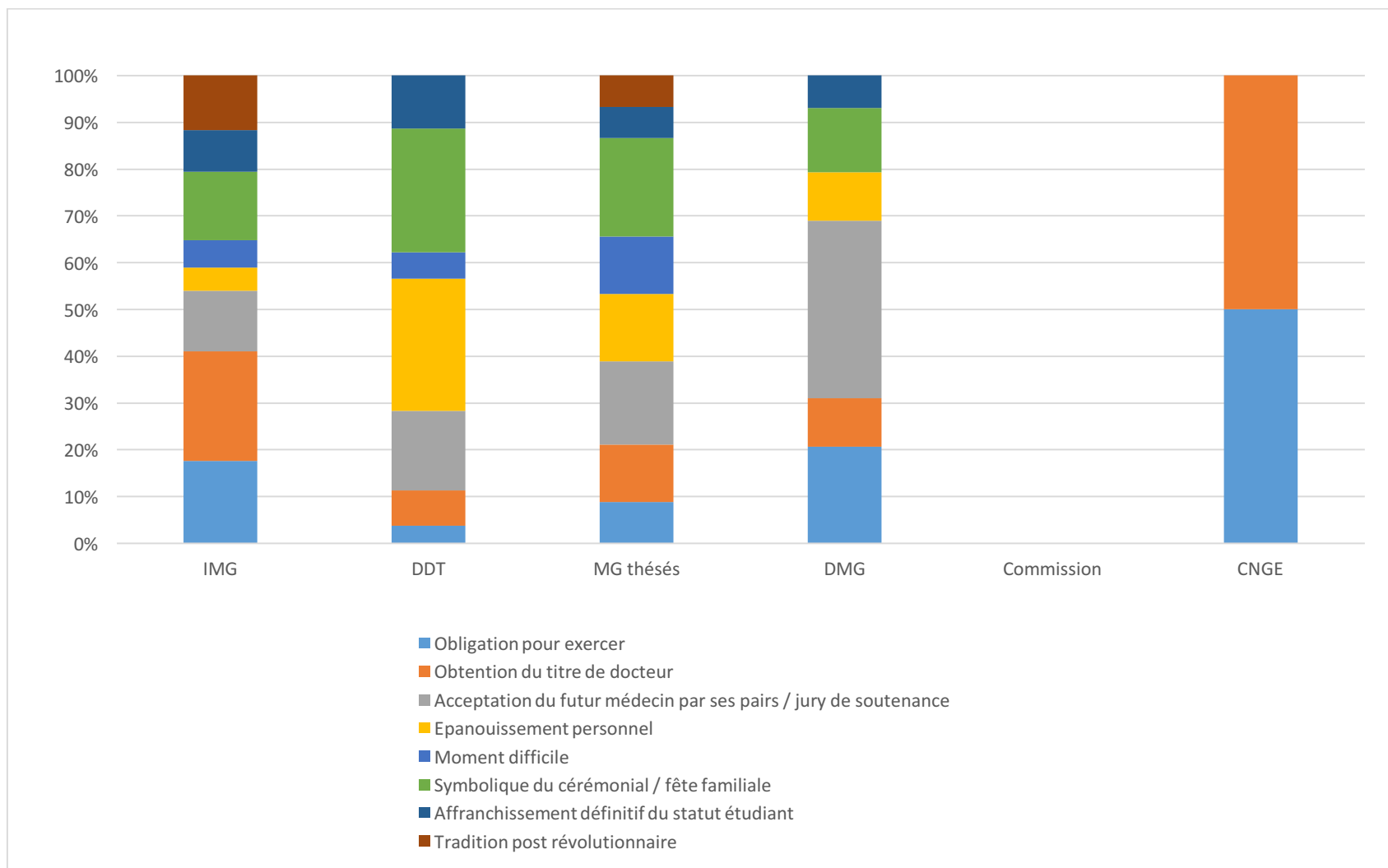
L'intérêt scientifique de la TEMG était contesté par tous les acteurs, sauf par la commission de thèse. La contestation était fréquente chez les internes et surtout, chez les médecins généralistes thésés. Ils trouvaient que « *le travail de thèse est d'autant plus bâclé, de faible qualité et d'un intérêt limité pour la discipline* » (69). « *La qualité scientifique, elle est moyenne, je pense que c'est de l'hypocrisie (...) puisque les bases scientifiques sont ... médiocres, et que ... on file les félicitations à tout le monde, et que du coup ... c'est complètement de l'hypocrisie (...) on te fait croire, oui ...* » (60). Ainsi, parce qu'elle était souvent de mauvaise qualité, elle avait peu d'intérêt scientifique et ne pouvait donc aider à la légitimation de la discipline. Quand des membres du CNGE ont contesté l'intérêt scientifique de la TEMG, ils le faisaient de façon moindres et évoquaient d'autres raisons, en particulier le manque de moyens. Dans l'étude montpelliéraine de L. Ducros, des membres du CNGE Académique ont été interrogés sur les critères de qualité universitaires d'une TEMG. L'un des participants relatait les difficultés à réaliser une étude interventionnelle en médecine générale et l'absence d'expertise en la matière : « *On est pas bon parce qu'on sait pas faire de l'interventionnel lourd parce que ça nécessite des moyens et de l'intérêt financier des uns et des autres. [...], parce qu'il faut des équipes labellisées de recherche, il faut des budgets entre 800 000 et un million d'euros* » (68).

La TEMG devrait pour tous être valorisée, que ce soit par la publication ou par d'autres moyens de diffusion. La publication était une perspective incontournable pour les instances universitaires (DMG, CNGE, commission de thèse) et les directeurs de thèse rattachés aux DMG : « *Leurs communications écrites ou orales diffusent de nouvelles connaissances, dessinent des pistes de réflexion et d'investigation* » (93). Pour les autres (en particulier les généralistes non universitaires), la valorisation était perçue surtout comme un tremplin de carrière universitaire ou hospitalière et ne devait donc pas être imposée à tous les thésards.

#### **4 - 3 - 2 Le rite de passage**

La thèse était perçue comme un rite de passage par tous les acteurs, sauf par la commission de thèse (figure 5). La symbolique du cérémonial permettant à l'impétrant d'être accepté par ses pairs était de nombreuses fois évoquée : « *'Passer sa thèse' représente tout d'abord un moment solennel dans la vie du futur médecin. La lecture (Le rituel symbolique) du serment d'Hippocrate avait pour objectif de rappeler les obligations légales, morales et éthiques qu'il devra honorer* » (61).





IMG : internes de médecine générale ; DDT : directeurs de thèse ; DMG : département de médecine générale ; MG : médecins généralistes ; CNGE : Collège national des généralistes enseignants ; Commission : commission de thèse.

**Figure 5 :** Occurrences des variables d'inférence du thème « rite de passage » en fonction des acteurs.

Le symbolique du cérémonial n'était pas positivement perçu de tous. Certains IMG ou généralistes thésés la trouvaient « réac », post-révolutionnaire : « *Pour moi, la thèse (ainsi que les traces et RSCA) est une tradition ancestrale qui est inutile, qui prend du temps, nous empêchant de nous impliquer pleinement dans notre travail et surtout ça n'a jamais fait de personne un bon médecin !* » (54).

Pour tous, c'était néanmoins une étape obligatoire à valider pour obtenir le diplôme de docteur, et ainsi avoir le droit d'exercer son métier. « *Elle seule permet l'inscription à l'Ordre National des médecins et l'obtention de l'autorisation d'exercer* » (70). Néanmoins, les IMG se démarquaient fortement par leur nombre d'occurrences et par la diversité des variables d'inférence dans ce thème. A noter aussi qu'il n'a pas été constaté de différence entre les IMG se destinant à une carrière hospitalière et ceux voulant exercer la médecine générale sur cet aspect de rite de passage : nous retrouvons des occurrences pour les 2 sous-types de population.

Ce sont les directeurs de thèse qui s'épanouissaient le plus dans l'exercice de la TEMG comme rite de passage. Ils appréciaient l'instant où l'interne « *devenait docteur* » (90) ; c'était pour eux un « *moment fort* ». « *'On a accompagné un interne dans son grade de docteur et ça déjà, ça permet d'avoir une satisfaction directe !' [...] Ils en obtenaient tous une satisfaction personnelle avec un sentiment d'utilité concrète. Grâce à eux ou au moins avec leur aide, les thésards devenaient des docteurs* » (90).

Les IMG étaient en revanche ceux qui, en nombre d'occurrences, s'épanouissaient le moins personnellement dans la TEMG. Tout comme les généralistes thésés, la TEMG avaient été un moment difficile de leur vie. Etaient ainsi évoqués « *de nombreux facteurs de décompensation physique et psychologique (surcharge de travail, nombre de gardes, le manque de reconnaissance etc.) pouvant être responsable d'un « mal être » au moment même où ils abordent la thèse* » (64). Une satisfaction nostalgique pouvait apparaître *a posteriori*, chez les médecins généralistes thésés (quelques mois-années après la soutenance) : « *le travail de thèse rétrospectivement était assez sympa ! (...) Cela m'a permis d'acquérir de l'assurance pour formuler d'autres aspects de notre métier* » (76).

Les variables d'inférence développées dans ce thème pour les DMG coïncidaient surtout avec la mission de cet acteur de valider en fin de cursus la formation initiale des étudiants en médecine et de garantir que les professionnels sortant de l'université soient aptes à assurer le rôle de généralistes. Néanmoins, les membres du DMG étant eux-mêmes des médecins, ils évoquaient aussi la symbolique du cérémonial et pouvaient trouver un épanouissement personnel dans la TEMG.

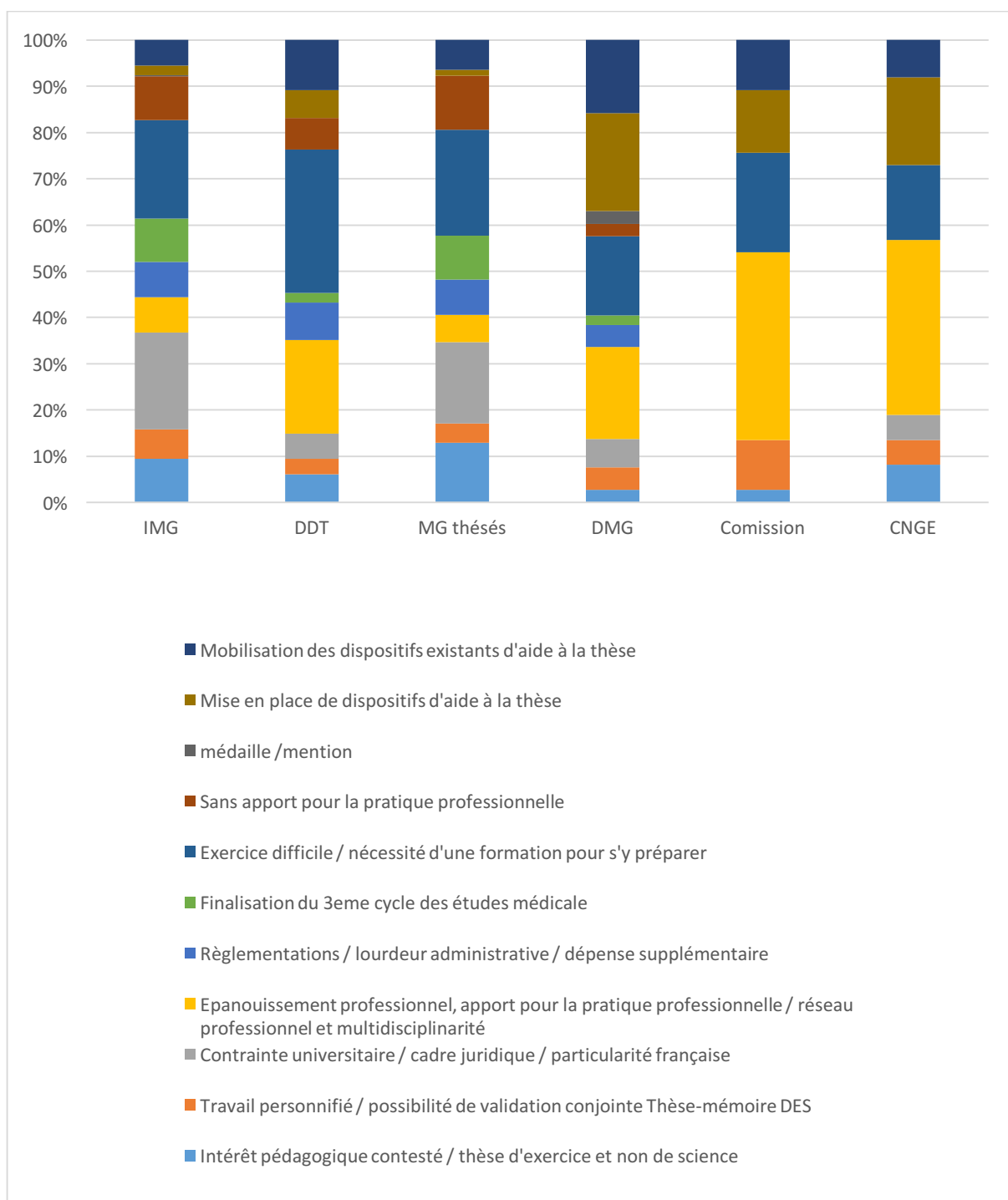
#### **4 - 3 - 3 Un travail académique imposé**

Comme le montre la figure 6, les IMG et les généralistes thésés présentaient des profils similaires pour ce thème, en termes d'occurrences de variables d'inférence. Ils percevaient la TEMG comme une contrainte universitaire, imposée par la loi, permettant néanmoins de clôturer les études. Elle « *les libère de leurs ultimes obligations universitaires (...) en permettant la transition finale des études à la vie professionnelle* » (34).

Ces deux acteurs percevaient peu d'intérêt pédagogique à un tel travail dans leur formation médicale et pour leur vie professionnelle future : « *on est formé à être médecin, mais on n'est pas formé à faire de la recherche. Donc le travail de thèse, pour donner le titre de docteur qui est sensé être un titre associé à des chercheurs, ne me paraît pas cohérent, dans le cadre de la médecine générale comme elle nous l'est enseignée à l'heure actuelle* » (35).

Ceci est à mettre en miroir avec l'épanouissement professionnel et l'apport pour la pratique future des thésards fortement évoqués par les membres de DMG, des commission de thèse ou du CNGE. Les IMG et les généralistes ne considéraient pas la TEMG comme un exercice formateur professionnellement parlant. Les instances (DMG, CNGE et commission), ainsi que les directeurs de thèse y voyaient eux un moyen de faire avancer à la fois la discipline et chacun des futurs praticiens : « *le témoin ultime de la qualité d'un travail de recherche tient dans la capacité du lecteur généraliste*

à se retrouver dans la question et à en utiliser les résultats dans sa pratique (...) Elle doit être bénéfique pour l'étudiant et pour la profession » (59)<sup>10</sup>.



IMG : internes de médecine générale ; DDT : directeurs de thèse ; DES : Diplôme d'études spécialisées ; DMG : département de médecine générale ; MG : médecins généralistes ; CNGE : Collège national des généralistes enseignants ; Commission : commission de thèse.

**Figure 6 :** Occurrences des variables d'inférence du thème « travail académique imposé » en fonction des acteurs.

<sup>10</sup> Extrait d'un article paru en 2008 dans la revue *exercer* du Pr D. Huas (ancien membre du bureau du CNGE), cité dans la thèse d'exercice d'A. Tiercelin (59).

Un désaccord semblait aussi exister sur le fait d'obliger les internes à effectuer un travail de recherche pour valider leurs études : « Certains directeurs de thèse étaient plutôt mitigés quant au maintien de cette obligation d'effectuer un travail de thèse. Ils estimaient que tout le monde ne se voue pas à une carrière dans la recherche et surtout que le niveau de qualité ne permettait pas toujours une publication ce qui rendait le travail vain » (90). « Les étudiants semblent vouloir être évalués sur leurs compétences à exercer le métier de médecin généraliste, plutôt que sur leur compétence à réaliser un travail de recherche, qu'ils ne répèteront pas dans leur exercice ultérieur » (59).

Les directeurs de thèse rapportaient leurs difficultés dans un tel travail, que ce soit par manque de formation à l'encadrement de thèse, que par l'investissement qu'il requiert. Les médecins généralistes non enseignants étaient les plus concernés par ces difficultés. En effet, ils leur étaient difficiles de consacrer du temps à la recherche et à la direction de thèses, en plus du suivi de leurs patients et de la gestion de leur cabinet. En conséquence, le directeur de thèse était « rarement un généraliste et, lorsque c'était le cas, il était souvent démuné, faute de temps et de formation spécifique » (24).

Pour tous les acteurs, les dispositifs de formation et d'aide à la réalisation des TEMG étaient utiles afin que celles-ci soient menées à terme et dans de meilleures conditions.

# DISCUSSION

---

## 1 - Synthèse des principaux résultats

Soixante-sept travaux traitant du rôle perçu de la TEMG, parus après 2004, ont été analysés. Environ 82 % d'entre eux étaient des TEMG.

Deux mille deux cent quarante occurrences ont été comptabilisées sur l'ensemble des documents, réparties - tout acteur confondu - pour 41 % dans le thème « travail académique » ; 40,5 % dans le thème « travail de recherche » ; 18,5 % dans le thème « rite de passage ». Les IMG étaient les acteurs les plus décrits dans les documents inclus (42,5 % des occurrences). Les directeurs de thèse, le DMG, les médecins généralistes thésés, la commission de thèse et le CNGE correspondaient respectivement à 14,5 %, 19 %, 16 %, 3,5 % et 4,5 % des occurrences.

### 1.1 Les consensus entre les différents acteurs

La TEMG était perçue par tous les acteurs comme un **travail scientifique**, qui **développe l'esprit de synthèse et le sens critique**. Elle était aussi un moyen de **produire des connaissances, mais à des degrés divers** : les IMG et les directeurs de thèse la considéraient davantage comme un travail précurseur à d'autres recherches, un support de connaissances préliminaires sur lequel d'autres travaux de plus grande ampleur pourraient s'appuyer. Les instances locales et nationales de médecine générale (DMG, Commissions de thèse et CNGE), la percevaient quant à elles comme un moyen d'approfondir directement le corpus de connaissances de la discipline, fondement d'un contenu d'enseignement homogène et argumenté. Cela contribuait au final à assoir la légitimité de la discipline pour les DMG et le CNGE.

Il semblait également exister une convergence entre acteurs concernant **l'aspect collaboratif** que ce travail implique. Ils insistaient sur l'importance de la participation de divers professionnels au processus d'élaboration du travail : statisticiens, méthodologistes ou documentalistes. Ils étaient également unanimes sur le fait qu'elle devrait exploiter beaucoup plus cet aspect collaboratif, en intégrant par exemple des internes-thésards dans des projets de grande envergure, en collaboration avec des organismes de recherche.

**Le binôme thésard-directeur de thèse** était la cellule minimale de collaboration dans une TEMG ; ce binôme était essentiel au bon déroulement du projet.

La **valorisation de la TEMG** faisait également l'objet d'un consensus entre les différents acteurs. Les arguments rapportés au sujet de l'intérêt de la publication des TEMG étaient nombreux, et tous estimaient qu'il était bénéfique pour la discipline de diffuser des travaux spécifiques à la médecine générale. Néanmoins, les objectifs de cette valorisation divergeaient entre acteurs, les directeurs de thèses et les généralistes thésés trouvant qu'elle était surtout utile aux médecins aspirant à une carrière (hospitalo-)universitaire.

L'apport de **la commission de thèse et de son outil (la fiche de thèse)**, dans les processus de validation de la TEMG et d'amélioration de sa qualité a également été reconnu de tous.

Nous avons constaté des critiques émanant de tous les acteurs quant à **l'intérêt scientifique de la TEMG**. Les IMG rapportaient un écart existant entre leur discipline et les autres spécialités, en termes de culture de la recherche et de la publication. Cette différence est aussi perçue dans l'encadrement dont ils bénéficiaient pour réaliser leur thèse. Les acteurs estimaient que les moyens mis à leur disposition n'étaient pas à la hauteur des objectifs de qualité visés, avec notamment : le faible nombre

de directeurs de thèse, des enseignements sur la TEMG facultatifs et insuffisants pour les internes ; le manque de critères consensuels de validation des sujets de TEMG. L'intérêt scientifique était aussi mis à mal par les perceptions de manque de rigueur scientifique du contenu, de la difficulté à mettre en place des schémas d'étude ambitieux tels que des études interventionnelles, le déficit de formation des directeurs et le manque de moyens à disposition.

En dehors de la commission de thèse, tous les acteurs ont admis que la TEMG était un rite de passage, en ce qu'elle **autorisait l'exercice de la médecine et attribuait le titre de Docteur** à l'impétrant.

En tant que travail académique, les différents acteurs de la TEMG semblaient s'entendre sur la **difficulté liée à cet exercice**. D'une part, la TEMG était perçue par les IMG comme une entité difficile à cerner à laquelle ils devaient se former. Il s'agissait aussi pour eux de faire une place au travail de thèse, sans que cela ne se fasse au dépend de l'activité professionnelle ou de la sphère privée. D'autre part, les directeurs de thèse insistaient sur le temps devant être accordé aux thésards.

Ces difficultés ressenties aboutissaient pour tous à la **nécessité d'une formation supplémentaire à la thèse** : par la mobilisation des dispositifs existants d'aide à la TEMG et la nécessité d'améliorer ces outils de formation.

Il y avait un consensus sur la volonté de faire de ce travail de TEMG un **travail personifié**, témoignant si possible de l'intérêt personnel du thésard pour un sujet, tout au plus démontrant de sa capacité d'appropriation de celui-ci.

## 1.2 Les divergences

La principale opposition entre acteurs en ce qui concerne le thème « travail de recherche » était la **légitimité** accordée à la discipline au moyen de la TEMG. Grâce à ces travaux, les DMG et le CNGE estimaient pouvoir participer à l'essor de la recherche en médecine générale et ainsi faire reconnaître leur discipline. Les IMG, contestaient quant à eux le plus le fait que cet outil soit un moyen de légitimer la discipline, notamment du fait de sa qualité scientifique.

Le thème « rite de passage » était marqué par la critique faite par les IMG et les généralistes thésés du **coté traditionnel** de la TEMG. Ce cérémonial gardait néanmoins son importance pour certains. Dans notre revue, le CNGE et la commission de thèse ne percevaient pas la TEMG comme la **cérémonie symbolique** de l'affranchissement de l'étudiant et de **l'acceptation par ses pairs**. Ces acteurs n'évoquaient pas non plus **l'épanouissement personnel** que pouvait procurer ce travail. L'importance de l'épanouissement personnel était par contre évoquée par les IMG, les MG, les DDT et enfin pour les DMG, mais dans une moindre mesure.

Les IMG, les généralistes thésés et les directeurs de thèse trouvaient que la TEMG avaient parfois été un **moment difficile**, pour diverses raisons.

Les IMG et les généralistes thésés voyaient surtout dans la thèse le moyen de **clôturer le cursus d'étudiant** et le 3<sup>ème</sup> cycle des études médicales. Ils la percevaient comme une dernière **contrainte universitaire**. Ils se démarquaient des autres acteurs par leur critique concernant **l'apport de la TEMG pour la pratique professionnelle future** : la thèse d'exercice était plus l'aboutissement d'un cycle de formation qu'une étape préparant à l'exercice professionnel à venir. Paradoxalement, le CNGE, les DMG, les commissions de thèse - et dans une moindre mesure les directeurs de thèse - la considéraient comme un exercice épanouissant professionnellement. Cet épanouissement était pour eux dû à l'obligation que les sujets de TEMG soient en lien avec le champ de la discipline.

IMG et généralistes thésés s'interrogeaient aussi sur la **pertinence pédagogique** d'imposer un travail de recherche pour évaluer les études médicales en fin de cursus.

La présence de **règles internes au DMG** - délimitant les attentes locales quant au travail de TEMG - a été abordée par les IMG, les DDT, les MG et les DMG. IMG, DDT, MG trouvaient ces règles ainsi que les autres démarches à réaliser au cours du processus d'élaboration de thèse trop contraignantes. Ces trois acteurs trouvaient de plus que ces obligations ne favorisaient pas un travail personifié, bien que cet aspect du travail de TEMG fût attendu par tous. Ces trois acteurs, parlaient également de **lourdeur administrative**.

## 2. Forces et limites

### 2.1 Forces

#### 2.1.1 Un sujet original et pertinent pour la discipline

Il existait dans la littérature française de nombreux travaux interrogeant les différents acteurs de la thèse. Il s'agissait d'études qualitatives la plupart du temps, par entretiens ou focus groups, portant en général sur les affects et le vécu des acteurs. Cependant, ces travaux ont été réalisés jusque-là à l'échelle locale d'une université. Il nous semblait opportun de porter un regard d'ensemble, national, sur la particularité française qu'est la thèse d'exercice et de le faire dans notre discipline. Nous avons pour cela essayé de récolter des informations issues de toutes les facultés françaises, en incluant tout type de travaux et portant sur plusieurs acteurs. A notre connaissance, il n'existe pas à la date arrêtée de notre recueil de données, de travail antérieur similaire.

#### 2.1.2 La validité interne de nos résultats

Elle est garantie par :

- Des données de natures diverses : nous avons inclus dans la revue des documents étant non seulement des articles et des thèses mais aussi des supports vidéos, des mémoires ou des sites internet. Nous avons inclus des travaux de recherche qualitative mais aussi quantitative.
- La qualité de notre recherche manuelle : peu d'articles étant publiés sur notre sujet d'étude, la recherche manuelle a été la plus large possible, notamment par la lecture des références des documents identifiés et par la prise de contact avec des ex-thésards.
- Des soutiens méthodologiques extérieurs : à chaque fois que cela a été nécessaire, le thésard et sa directrice ont cherché l'aide ponctuelle de personnes extérieures.
- La triangulation : cette procédure non seulement augmente la profondeur de l'analyse et de l'interprétation mais en plus, elle réduit l'impact de la subjectivité et des *a priori* des chercheurs dans celle-ci. Le double codage a permis de faire émerger de nouvelles idées à explorer lors de l'analyse des documents suivants. Enfin, comme cela a été décrit par Laurence Bardin (46), ces moments de triangulation ont permis d'estimer la pertinence des catégories créées (c'est-à-dire si elles sont adaptées au contenu ainsi qu'à l'objectif) et la fiabilité de l'analyse (c'est-à-dire, la capacité des codeurs à coder de la même manière de façon indépendante).
- La saturation des données : à un moment, au cours de l'analyse, l'extraction des données ne permettait plus de créer de nouvelles variables d'inférence. Dans notre étude, la lecture des 19 derniers documents n'a pas permis d'extraire de nouvelles variables d'inférence.

#### 2.1.3 La validité externe des résultats

L'échantillon de documents était suffisamment diversifié en termes d'origine des documents pour que la généralisation des résultats puisse être envisagée au niveau national.

### 2.2 Limites

#### 2.2.1 Expérience limitée des chercheurs

Pour le thésard, il s'agissait de son premier travail de recherche. L'expérience en revue systématique ainsi qu'en méthodologie qualitative (notamment en extraction des données brutes), au niveau

théorique comme pratique, était nulle avant de débiter ce travail. On pourrait dès lors critiquer l'analyse des données extraites par une personne peu qualifiée, bien que celle-ci ait fait l'objet de triangulation avec la directrice de thèse et d'un avis extérieur par un autre chercheur du GROUM.F. De même, l'interprétation faite des résultats par le thésard et sa directrice est limitée par leur connaissance des cadres théoriques conceptuels pouvant permettre de l'approfondir. La directrice de thèse a proposé des principes théoriques pédagogiques et sociologiques d'interprétation. Il est prévu de présenter ce travail en congrès (cf. annexe 8) pour le confronter à l'avis de pairs, afin d'améliorer l'interprétation des résultats avant une éventuelle publication.

### **2.2.2 Des documents non inclus car reçus tardivement**

Notre recherche de documents nous a amené à prendre en contact avec différents auteurs pour récupérer les travaux que nous n'avions pas réussi à nous procurer par la recherche systématique. Malgré de nombreuses relances auprès des médecins et de leurs secrétariats, nous n'avons pas pu récupérer dans les temps huit documents initialement sélectionnés. Nous avons décidé de figer l'inclusion au 15 Juin 2019. Deux documents sur les huit nous sont parvenus après cette date mais n'ont pas été inclus.

### **2.2.3 Certains acteurs de la TEMG non ou sous représentés**

Peu de travaux retenus dans la revue se sont intéressés à la vision des membres du CNGE ou des commissions de thèse. Il s'agissait en effet des deux acteurs les moins décrits dans les documents inclus dans notre analyse. Néanmoins, quand ces acteurs ont émergé au cours de l'analyse, il a été décidé de les retenir malgré le peu d'occurrences créés à leur sujet.

Dans aucun des documents inclus dans la revue, des directeurs de TEMG exerçant une spécialité autre que la médecine générale n'ont été interrogés sur leur vision de la TEMG. Ils étaient pourtant mentionnés à de nombreuses reprises dans les documents comme étant nombreux à diriger des TEMG. Cette sous-représentation est paradoxale vu les effectifs restreints de généralistes formés à la direction de thèse, le faible effectif de titulaires dans les DMG et la formation initiale majoritairement hospitalière des IMG, conduisant souvent ces derniers à se faire diriger au cours des TEMG par des médecins non-généralistes.

L'entourage du thésard (familial, amical ou professionnel) n'était pas non plus interrogé sur son vécu de la TEMG. Il paraît intéressant de connaître leur avis sur ce travail. Ils côtoient l'impétrant, échangent sur ses impressions dans l'intimité et assistent à la soutenance en tant qu'observateurs. Ils ont probablement une façon bien à eux de percevoir ce travail, proche du vécu et des représentations de la société française sur les généralistes et leur formation.

Malgré toutes ces limites, ce travail exploratoire permet non seulement de décrire les rôles attribués à la TEMG par ses acteurs mais aussi de comprendre les problèmes que ceux-ci rencontrent au cours de ce processus. Il paraissait important d'interpréter nos résultats en les confrontant i) aux problématiques des acteurs que nous avons évoquées en introduction ; ii) à des cadres théoriques conceptuels, notamment pédagogique et sociologique. C'est ce que nous proposons dans la partie qui suit.

## **3 - Interprétation**

### **3.1 Réponses aux problématiques énoncées en introduction**

#### **3.1.1 La remise en cause de l'intérêt scientifique de la TEMG**

La TEMG est perçue comme un travail académique imposé, tout type d'acteurs confondus. C'est ce que notre analyse thématique a conclu en identifiant le maximum d'occurrences dans ce thème. Sur les 6 acteurs identifiés, la moitié seulement perçoit avant tout la thèse comme un travail de recherche, à savoir : les DMG, la commission de thèse et le CNGE. Par ailleurs, au sein du thème « travail de recherche », la première variable en termes de nombre d'occurrences est celle de l'intérêt scientifique



contesté. Cette contestation bien faite par tous, est majoritairement le fait des IMG, des médecins généralistes thésés et des directeurs de thèses. Ce sont également ces trois acteurs qui ont le plus appuyé sur le fait qu'il s'agisse d'une thèse d'exercice et non de sciences. Tout cela suggère que les IMG, les DDT et les MG considèrent que la TEMG est plus un exercice académique de fin d'études qu'un travail de recherche.

La thèse en tant que travail de recherche a pour but de produire des connaissances scientifiques valides, généralisables et applicables à la pratique des médecins généralistes. Cet objectif, quoique partagé par tous, est visiblement plus théorique pour les IMG, les DDT et les médecins généralistes thésés. Ils perçoivent néanmoins les approches qualitatives comme pouvant davantage servir à interroger leurs propres pratiques de généralistes. L'exercice professionnel, et non pas la science, semble être au centre des préoccupations des IMG dans le travail de thèse, et ce même après la soutenance. Notre revue suggère donc que les internes et les directeurs de thèse préfèrent des questions de recherche qui explorent leurs pratiques professionnelles de généralistes et que les approches qualitatives leur paraissent plus appropriées que les approches quantitatives dans cette perspective.

Le niveau scientifique des TEMG pourrait aussi pour de nombreux acteurs être amélioré par la mise en place de projets ambitieux où collaborent plusieurs internes, en partenariat avec des organismes de recherche et avec le soutien de ressources humaines extérieures pouvant intervenir ponctuellement en fonction de leurs champs de compétence.

### **3.1.2 La valorisation de la TEMG, consensuelle mais pourtant limitée**

La valorisation de la TEMG est une priorité pour les DMG (premier acteur en termes de fréquence des occurrences sur ce sujet), les commissions de thèse, et pour le CNGE. Même si elle n'est pas primordiale pour les autres acteurs, elle reste perçue comme utile et nécessaire.

Nous constatons un écart dans les perspectives de cette valorisation entre les instances que sont le DMG et le CNGE (qui comptabilisaient à eux seuls le plus d'occurrences dans la variable « légitimer la discipline ») et les autres acteurs. En d'autres termes, la valorisation de la TEMG sert en partie à assoir la reconnaissance en recherche de la jeune discipline universitaire qu'est la médecine générale pour les DMG et le CNGE. Les intérêts de ces deux instances au sujet de la valorisation sont plus collectifs, plus *corporate* que ceux des principaux impétrants. Au niveau des IMG, des généralistes thésés ou des directeurs de thèse, les attentes concernant la valorisation sont en effet plus individuelles, tels que : l'avancement d'une carrière ou l'épanouissement personnel. Notre étude suggère donc que les intérêts personnels de certains acteurs, *a priori* incompatibles avec des intérêts plus stratégico-politiques des autres, crée une divergence dans les attentes au sujet de la publication des TEMG, qu'il convient de considérer.

Les freins organisationnels à la valorisation évoqués dans notre revue étaient le manque de formations ou de stratégie locale dédiée. La publication d'un travail académique est en effet perçue par beaucoup d'acteurs comme un travail différent du travail de thèse en lui-même. Le manque de compétences dans ce domaine des directeurs de thèse et de leurs thésards était une limite. De plus, comme évoqué par certains internes, les autres spécialités médicales ont des unités de recherche liées à leurs départements de soins et d'enseignement, et qui sont chargées de mener des travaux de recherche et en diffuser les résultats ; au sein des DMG, il n'y a pas nécessairement de stratégie identifiable pour la publication.

Notre revue suggère donc que la formation à la valorisation des TEMG et la mise en place d'une stratégie locale de valorisation des travaux de TEMG peuvent être des leviers mobilisables par les DMG pour augmenter la publication ... tout en gardant cependant à l'esprit que la valorisation n'intéressera toujours qu'une poignée de personnes : probablement ceux dont les intérêts personnels seront congruents avec l'ambition collective.

### 3.1.3 Une TEMG dans le champ de la médecine générale ? Oui ; centrée patient ?

#### Pas sûr ...

Comme précédemment dit, le champ d'action de la médecine générale a été défini par la WONCA (13) mais est individuellement interprété *via* le prisme de l'expérience professionnelle et des représentations des généralistes. Nous soulevions en introduction le fait que la TEMG n'était justement pas toujours menée dans le champ d'action de la discipline. Que faire pour que les IMG centrent leurs travaux de thèse dans le champ de la médecine générale ?

Des DMG ont en partie trouvé la solution, en incitant de plus en plus les internes à soumettre une fiche de projet à une commission de thèse, en amont du lancement du travail. La pertinence pour la médecine générale est généralement un prérequis minimal à l'acceptation des projets par la plupart des commissions de thèse des DMG de France. Les DMG ont mis en place ce dispositif bien avant que la loi impose que la thèse d'exercice s'inscrive dans le champ de la discipline (98). La tendance est d'ailleurs à l'augmentation globale du nombre de TEMG pertinentes pour la médecine générale. G. Levasseur et FX. Schweyer ont fait un état des lieux des TEMG sur les facultés de Nantes, Brest, Caen et Rennes de 1991 à 2000 : celles traitant de MG représentaient moins de 5 % de l'ensemble des thèses (23). JB. Harriague a repéré dans la première partie de son travail, les thèses produites par les étudiants de médecine générale de Bordeaux en rapport avec les soins primaires, cette fois-ci entre les années scolaires 2003-2004 et 2007-2008 (46). Sur les 622 thèses analysées, il en retrouvait 19,8 % en rapport avec la médecine générale dont 26,8 % contenait le terme « médecine générale ». Dans son travail, il n'existait pas de différence significative entre les deux périodes. M. Labernède a fait une analyse comparable à Bordeaux sur la période 2007-2014 et observait une prévalence de 21,8 % (84). A Angers, les TEMG dans le champ de la médecine générale étaient de 23 % en 1997-1999 et de 58 % en 2007-2009 (38). Dans deux autres travaux descriptifs à Lyon (entre 2011 et 2013) (75) et Nantes (de 2009 à 2013) (73), la pertinence des TEMG pour la recherche en médecine générale a été estimée respectivement à 65 % et 65,2 %. Il semble donc y avoir une tendance à l'augmentation des TEMG s'inscrivant dans le champ de la discipline dans différentes universités françaises.

L'obligation inscrite dans la loi depuis 2017 (98) de faire une thèse qui relève « de la pratique de la spécialité préparée » sera peut-être un nouveau levier incitatif fort. Tous ces efforts locaux et nationaux pour faire des TEMG des travaux réellement ancrés en médecine générale répondent d'après notre revue aux attentes de tous les acteurs que nous avons identifiés. Il va néanmoins continuer de se poser un problème de ressources humaines pour diriger toutes ces thèses car le nombre actuel de généralistes formés à la direction de thèse ou de généralistes universitaires titulaires ne permet certainement pas de satisfaire à l'obligation législative.

Notre analyse sur les rôles perçus des TEMG ne montrait pas clairement que l'approche centrée-patient soit décrite par les acteurs comme une caractéristique attendue du travail des TEMG, même par les instances locales ou nationales. Celle-ci est pourtant une des 12 caractéristiques de la discipline d'après la définition de la WONCA (13). Ainsi, s'il est clair que la pertinence pour la médecine générale de la TEMG est désormais primordiale, d'après notre revue, l'importance accordée par les différents acteurs à l'ACP est moins évidente.

### 3.1.4 Les freins à sa réalisation : quand les moyens manquent pour justifier la fin !

Les acteurs ont unanimement décrit les difficultés de cet exercice. Les variables d'inférence au sujet des difficultés relatées étaient diverses : le manque de formation des thésards mais aussi de leurs directeurs ; le manque de moyens humains, financiers ou techniques pour mener des projets de recherche en médecine générale de grande envergure ; des démarches administratives ou réglementaires décrites comme contraignantes et chronophages, etc. Ces freins sont résumés plus loin dans notre figure récapitulative (figure 7).

L'obtention du titre de Docteur représente pour les IMG la principale motivation à réaliser une TEMG, d'après notre revue. L'intérêt majeur de la TEMG semble donc être pour les internes dans sa finalité plus que dans son cheminement ; mais ils rapportent manquer surtout de moyens utiles justement à ce cheminement. De plus, le processus d'élaboration de la TEMG est long, voire s'allonge d'après certaines études. En 2017, P. Maire a analysé les TEMG soutenues à Lyon entre 2014 et 2016. Elle constate que « le délai de soutenance était de 4,4 ans, soit 1,4 ans après la fin du DES en moyenne, et la médiane de 4 ans ». Dans cette thèse lyonnaise, il y avait une augmentation du nombre d'étudiants passant leur thèse à la fin du délai de 6 années : 88 étudiants en 2016, contre 47 sur les années 2011, 2012 et 2013 (33).

### **3.1.5 La TEMG, une particularité française en Europe**

Les IMG et les généralistes thésés rappelaient que la TEMG était une particularité du système universitaire français avec respectivement 16 et 3 occurrences dans notre étude. Notre analyse ne permet pas de comprendre pourquoi le système d'éducation français impose aux étudiants en médecine une thèse d'exercice, ce qu'il en attend et pourquoi sous le format d'un travail de recherche. Répondre à cette question n'était par ailleurs pas l'objectif de notre étude.

Juridiquement, cet exercice est nécessaire pour l'obtention du diplôme (5). C'est une décision en partie politique, conservée depuis 1803. Il aurait été intéressant d'inclure des documents interrogeant des décideurs politiques français sur le rôle attribué à la TEMG, qu'ils soient du ministère de la Santé ou de celui l'Enseignement supérieur. Ces travaux, à notre connaissance, sont inexistantes.

Si une décision est prise un jour d'harmoniser la formation initiale des généralistes en Europe, il faudra nécessairement statuer sur le maintien de cet exercice. Dès à présent, avec la désertification médicale des campagnes françaises, le constat est fait de migrations de professionnels médicaux vers l'Hexagone. Ceci soulève un problème d'équité : comment comprendre qu'un médecin européen puisse exercer en France sans être nécessairement passé par un exercice équivalent à la TEMG alors que l'étudiant français ne peut obtenir son diplôme sans avoir soutenu de thèse ?

## **3.2 La distinction entre rôles perçus et attentes au sujet de la TEMG**

### **3.2.1 Quel est l'intérêt pédagogique de la TEMG ?**

Internes et généralistes thésés contestaient l'intérêt pédagogique de la TEMG, jugeant qu'elle permettait certes de développer une démarche ou une rigueur scientifique et un sens critique mais qu'elle n'évaluait pas l'acquisition des compétences dont ils se serviraient plus tard. Les DMG et les commissions de thèse lui trouvaient comme intérêt pédagogique d'amener les étudiants à se poser des questions, à apprendre à les formuler correctement puis, à y apporter des éléments de réponse, issus de leur réflexion. Se faisant, les internes se formaient à l'exercice professionnel médical quotidien pour ces deux acteurs. La TEMG est donc un travail académique obligatoire, dont les objectifs pédagogiques ne sont pas consensuels. Il nous a paru opportun de réfléchir aux objectifs pédagogiques qu'on pourrait lui assigner, sous l'égide des principes de la pédagogie active mise en place au sein du DES de médecine générale en France. En reformulant la question posée par Pelaccia T. et al dans leur récent ouvrage (99), nous nous sommes demandés « quel(s) profil(s) de généralistes la TEMG contribue-t-elle à former ? ». Conformément aux profils décrits dans cet ouvrage, nous avons cherché à savoir si la TEMG pouvait contribuer à former des généralistes i) qui se comportent de façon professionnelle et éthique (apprentissage du professionnalisme) ; ii) résolvant efficacement les problèmes (apprentissage du raisonnement clinique) ; iii) qui se posent des questions (apprentissage de la réflexivité) ; iv) qui exercent, en collaboration avec le patient et ses proches (apprentissage interprofessionnel).

En tant que travail individuel d'écriture, la TEMG peut être un outil d'apprentissage (99) si elle prend sa source dans une situation clinique vécue par l'interne-thésard et que le sujet de thèse émane d'un choix personnel ; si cette situation a été suffisamment complexe pour que le thésard se pose des questions dans et après l'action, élabore des hypothèses et les hiérarchise ; s'il tente de répondre de

façon organisée et efficace à ses propres questions, en particulier en trouvant une réponse transférable à d'autres situations cliniques comparables. L'apprentissage interprofessionnel peut quant à lui être favorisé par un travail de TEMG au sein d'un projet d'équipe ou par le contact avec les patients, par exemple dans des travaux de recherche qualitative menés par entretiens ou observations. Le directeur de thèse est alors un accompagnateur tout au long du travail, disponible lors de moments constructifs et répétés de rétroaction. Il aide le thésard : à formuler ses questions et ses hypothèses ; à conduire sa recherche documentaire, à mener son recueil de données, leur analyse et leur interprétation ; à mettre en perspective ses résultats ; à être autonome et réflexif tout au long de son travail de TEMG.

La TEMG n'est donc pas qu'un outil d'évaluation certificative, c'est-à-dire autorisant la remise d'un diplôme. Elle peut aussi être un outil d'évaluation formative des apprentissages, c'est-à-dire un outil permettant de renseigner le directeur de thèse-enseignant et le thésard-étudiant sur la progression de ce dernier au cours de ses différents apprentissages (99). Encore faut-il que les objectifs pédagogiques poursuivis au cours de la TEMG soient aussi explicites que la question de recherche, et qu'ils soient énoncés suffisamment tôt aux internes pour être partagés.

### **3.2.2 Rôles, attentes et freins en fonction des acteurs : schéma récapitulatif**

A l'issue de ce travail, il apparaît que trois rôles sont attribués à la TEMG par les six acteurs que nous avons identifiés : être un travail académique, être un travail de recherche, être un rite de passage. Comme le montraient le tableau III et la figure 3, ces rôles sont partagés par les acteurs, mais dans des proportions variables.

En plus de ces rôles, ont émergé de ce travail des attentes, de quatre types : personnel, scientifique, professionnel et pédagogique (CF. figure 7). Ces attentes sont elles aussi partagées par les acteurs dans des proportions variables. Les attentes des IMG et des généralistes thésés sont surtout d'ordre personnel tandis que les attentes des commissions de thèse et du CNGE sont à la fois pédagogique, scientifique et professionnel.

Les acteurs ont décrit des facteurs pouvant avoir un impact sur leur vécu au cours du processus l'élaboration de la TEMG. La plupart des acteurs font une distinction nette entre la TEMG et sa valorisation, considérant que cette dernière requiert une formation spécifique, une stratégie locale incitant à la publication, des attentes personnelles de carrière (hospitalo-)universitaire et des opportunités en termes de projets de recherche. Ces facteurs sont aussi synthétisés dans la figure 7.

**Organisation**  
**Action sociale étudiée**  
**Acteurs identifiés**  
**Rôles perçus**

Le DES de médecine générale en France  
 La thèse d'exercice de médecine générale

- Organismes : CNGE (nationaux) ; DMG, commission de thèse (locaux)
- Autres : IMG, MG, DDT
- Travail académique imposé ++
- Travail de recherche ++
- Rite de passage +



Attentes des acteurs	Acteurs					
	IMG	MG	DDT	DMG	Commission de thèse	CNGE
✦ Personnelle	++	++	+++	+	+	+
✦ Scientifique	+	+	++	++	+++	+++
✦ Pédagogique	+	+	++	+++	+++	+++
✦ Professionnelle	+	+	++	+++	+++	+++

Facteurs qui influent sur le vécu des acteurs au cours de l'élaboration de la TEMG			
ORGANISATIONNELS	ENVIRONNEMENTAUX	INDIVIDUELS	OPPORTUNITÉS
Formation (IMG, DDT)	Ressources externes (expertise ponctuelle extérieure)	Temps (DDT)	Binôme IMG-DDT
Règles internes au DMG		Vie privée/familiale (IMG)	Projet de recherche ambitieux
Démarches réglementaires et administratives		Début de l'activité de soins (IMG)	- Base de données en médecine générale
Ressources internes			- Études interventionnelles
- Humaines			- Collaboration avec des organismes de recherche
- Financières			
- Technique (savoir-faire)			

Facteurs qui influent sur la valorisation des TEMG		
ORGANISATIONNELS	INDIVIDUELS	OPPORTUNITÉS
Formation	Ambition de carrière (hospitalo-) universitaire	Projet de recherche ambitieux
Stratégie locale de publication		- Base de données en médecine générale
		- Études interventionnelles
		- Collaboration avec des organismes de recherche

IMG : internes de médecine générale ; DDT : directeurs de thèse ; DMG : département de médecine générale ; MG : médecins généralistes/médecine générale ; CNGE : Collège national des généralistes enseignants ; Commission : commission de thèse.

**Figure 7** : Schéma récapitulatif d'interprétation.

### 3.3 Jeux de pouvoir entre acteurs : interprétation sous l'angle de l'analyse stratégique des organisations

**L'organisation** peut être définie comme « un construit humain » (100) dans lequel ses membres (ou acteurs) développent entre eux des relations régulières qui structurent l'ensemble mais, sont soumises aux contraintes d'environnement, lui-même changeant. D'après Crozier M. et Friedberg E., l'organisation est un « instrument que des acteurs sociaux se sont forgés pour 'régler' leurs interactions de façon à obtenir le minimum de coopération nécessaire à la poursuite d'objectifs collectifs, tout en maintenant leur autonomie d'agents relativement libres » (101). En cela, le DES de médecine générale peut être considéré comme une organisation, ayant subi en France en 2004 un changement environnemental majeur. La TEMG peut être comprise comme une action sociale au sein de cette organisation.

Comme définie par P. Bernoux, la sociologie des organisations est « l'étude de celles-ci comme jeux de pouvoir et systèmes d'acteurs » (100). Nous avons cherché dans l'approche interactionniste qu'est l'analyse stratégique des organisations des pistes d'interprétation des divergences entre acteurs de la TEMG décrites dans notre revue. Dans cette approche interactionniste, les comportements des individus ne s'expliquent pas seulement dans une logique de besoins qui favorisent la motivation à agir (tel que décrit par Maslow avec sa pyramide hiérarchisée des besoins). Les comportements sont surtout le résultat des rencontres entre individus, autrement dit, de l'interaction entre acteurs. Cela signifie que les comportements sont non seulement influencés par des caractéristiques personnelles (âge, sexe, ...) et des déterminants collectifs (culture nationale, relais institutionnels, organisationnels, ...) mais aussi par des normes issues de l'interaction entre acteurs en situation.

#### 3.3.1 Les postulats de l'analyse stratégique

P. Bernoux a posé trois postulats à l'analyse stratégique des organisations (100) :

1/ *Les hommes n'acceptent jamais d'être traités comme des moyens au service de buts que d'autres acteurs (les organisateurs) fixent à l'organisation.* Dans une organisation, chaque acteur poursuit – au moins partiellement – ses propres objectifs. Il n'y a pas d'objectif unique suivi par tous les acteurs au détriment de leur propre rationalité (même sous une organisation totalitaire dirait P. Bernoux). Cette multiplicité d'objectifs est normale au sein d'une organisation ; elle peut générer des tensions (quand les objectifs sont trop nombreux ou opposés) mais il fait partie de la vie d'une organisation de les gérer.

2/ *Les acteurs ont une liberté relative.* Dans une organisation, tout acteur garde une possibilité de jeu autonome, une certaine liberté d'actions et d'initiatives, des « atouts » dont il se sert/servira plus ou moins. Si on admet cette liberté relative, il devient plus facile d'envisager qu'il existe aussi une régulation des libertés de chaque acteur dans l'organisation.

3/ *Dans les jeux de pouvoir d'une organisation, les stratégies sont toujours rationnelles, mais d'une rationalité limitée.* Dans une situation donnée, un acteur a en effet le choix entre plusieurs stratégies. Mais l'idée taylorienne de « la stratégie la plus rationnelle étant la meilleure solution » est ici mise à mal. Le modèle taylorien « valorise la personne du décideur (...). Celui-ci aurait en main tous les éléments – chiffrés si possible, donc objectivables – de la décision » (100). Or, face au choix intentionnel d'une stratégie, l'acteur va tenter dans son propre intérêt de tenir compte des contraintes de son environnement (en perpétuel mouvement) et des stratégies des autres acteurs (dont les comportements sont parfois imprévisibles). Il n'est pas toujours en mesure de lister de façon exhaustive toutes les stratégies qui s'offrent à lui en vue de choisir la plus rationnelle. Il choisit donc celle qui présente le moins de contraintes ou d'inconnus, dans sa perspective du moment. Comme l'ont décrit Crozier et Friedberg, « dans un contexte de rationalité limitée, il (l'être humain) décide de façon séquentielle et choisit pour chaque problème qu'il a à résoudre la première solution qui correspond pour lui à un seuil minimal de satisfaction » (101).

Dans une organisation, un acteur va donc agir en fonction de ce que celle-ci peut lui offrir (intérêt personnel), tout en harmonisant ce comportement avec celui du groupe. Il se met en place une

**stratégie d'acteurs**, c'est-à-dire, un ensemble rationnel de comportements relationnels, à la fois formels et informels, permettant à chacun de tenter de préserver ses intérêts dans la situation.

### 3.3.2 Les concepts-clés de l'analyse stratégique

Michel Crozier et Erhard Friedberg ont été en France parmi les premiers à importer des Etats-Unis cette approche sociologique interactionniste et à proposer l'analyse stratégique des organisations comme cadre théorique. Dans cette approche sociologique, il n'y a pas un but commun dans une organisation, mais différentes stratégies d'acteurs, dont celles des dirigeants-organisateur. Une régulation est de fait nécessaire pour parvenir à la coopération des acteurs. Un système de communication est aussi nécessaire pour faciliter les interactions entre acteurs.

La régulation est possible dans les systèmes d'action concrets. **Le système d'action concret** est d'après Crozier M. et Friedberg E. un « ensemble humain structuré qui coordonne les actions de ses participants par des mécanismes de jeux relativement stables et qui maintient sa structure, c'est-à-dire la stabilité de ses jeux et les rapports entre ceux-ci, par des mécanismes de régulation qui constituent d'autres jeux » (101). Dit autrement, l'organisation est une forme particulière de système d'action concret. Il s'agit d'un construit humain dans lequel les acteurs i) se donnent des règles explicites au sujet de leurs interactions, en vue de résoudre au quotidien les problèmes inhérents à l'organisation : on parle de système de régulation des relations ; ii) créent des alliances : les perspectives différentes des uns et des autres poussent des acteurs à s'allier entre eux ou à s'opposer ; on parle de système des alliances entre acteurs. Le premier système est durable et régule les relations stables et régulières ; le second est provisoire et concerne surtout les actions particulières de l'organisation.

Tout système d'action concret connaît cependant des **zones d'incertitude**. On entend par zones d'incertitude les contraintes que l'acteur essaie de prendre en compte dans sa stratégie pour préserver ses intérêts. Ces contraintes peuvent être diverses : techniques, humaines, financières, environnementales, etc. L'incertitude est toujours en relation avec le pouvoir : celui qui maîtrise le mieux l'incertitude détient la plus grande ressource de pouvoir. Cependant, l'incertitude existant à tous les niveaux, elle confère aussi de l'autonomie aux acteurs. « Ce qui est incertitude du point de vue des problèmes est pouvoir du point de vue des acteurs » (101).

**Le pouvoir** est « la capacité pour certains individus ou groupes d'agir sur d'autres individus ou groupes » (100). Cette définition met l'accent sur le caractère relationnel du pouvoir et introduit une notion de réciprocité. Le pouvoir est une « relation entre acteurs réciproque mais déséquilibrée » (101) ; dit autrement, le pouvoir du supérieur sur l'inférieur est la capacité du supérieur d'obtenir que, dans sa relation avec l'inférieur, les termes de l'échange lui soient favorables. « Le pouvoir est donc une relation et non pas un attribut des acteurs » (101) : il n'est pas lié à la personne de l'acteur mais plutôt aux ressources dont il dispose et à sa place dans l'organisation.

« Pouvoir et organisation sont ainsi indissociablement liés l'un à l'autre. Des acteurs sociaux ne peuvent atteindre leurs objectifs propres que grâce à l'exercice de relations de pouvoir ; mais en même temps, ils ne peuvent disposer de pouvoir les uns sur les autres qu'à travers la poursuite d'objectifs collectifs dont les contraintes propres conditionnent très directement leurs négociations » (101).

Michel Crozier et Erhard Friedberg proposent quatre sources du pouvoir (101), qui renvoient chacune à la maîtrise d'une zone d'incertitude :

- La première est celle qui tient à *la possession d'une compétence* ou d'une spécialisation fonctionnelle difficilement remplaçable. L'expert est le celui qui dispose du savoir et savoir-faire du contexte ; cela lui permet de résoudre des problèmes cruciaux au sein de l'organisation.
- La deuxième source est *la maîtrise des relations entre l'organisation et l'environnement*. Celui qui fait le lien avec l'environnement a la connaissance des réseaux pour obtenir les ressources

matérielles ou humaines de l'extérieur mais sait aussi le mieux exporter la production de l'organisation.

- La troisième source de pouvoir est *la maîtrise de la communication et des flux d'informations au sein de l'organisation*. Tout individu a besoin d'informations et il dépend pour elles de ceux qui les détiennent.
- La dernière source de pouvoir est *l'utilisation des règles organisationnelles* ; il s'agit de la capacité à les définir, les maîtriser, les interpréter et les utiliser. Les membres d'une organisation sont d'autant plus gagnants dans une relation de pouvoir qu'ils connaissent les règles et savent les utiliser pour servir leurs intérêts.

Le système d'action concret, la zone d'incertitude et le pouvoir comme relation sont les concepts-clés de l'analyse stratégique. **En résumé : l'organisation y est présentée comme une construction humaine où se nouent des relations (régulées mais aussi des alliances) entre acteurs et où émergent des jeux de pouvoir du fait de zones d'incertitude.**

### 3.3.3 Réduire les zones d'incertitude dans la TEMG

Contextualisé au sujet de notre revue, le DES de médecine générale peut être considéré en France comme un construit humain, structuré et coordonné au niveau local et national. Cette organisation propose à ces acteurs d'entrer en relation au sein d'une action sociale particulière : la TEMG. Chaque acteur dans cette action développe une stratégie en vue de préserver ses intérêts. Comme le montre la figure 7, les intérêts poursuivis par chaque acteur sont perceptibles dans les rôles perçus de la TEMG ainsi que dans leurs attentes.

Comme dans toute organisation, les interactions entre acteurs au sein de la TEMG et avec l'environnement donnent lieu à des relations explicites et stables qui doivent être régulées ainsi qu'à des alliances implicites et ponctuelles. Comme dans toute organisation, naissent des jeux de pouvoir dans les quatre domaines précités. Sans chercher à les supprimer, il peut être opportun de rééquilibrer les jeux de pouvoir entre acteurs. Voici quelques exemples contextualisés à la TEMG :

- Il existe une maîtrise inégale des compétences nécessaires à la TEMG. En dehors des compétences nécessaires à la valorisation par la publication, cette zone d'incertitude est probablement celle où les DMG de France ont le plus progressé depuis 2004. La majorité d'entre eux disposent en effet d'un dispositif plus ou moins structuré de soutien et de formation à la TEMG pour les internes, étendu parfois à leurs directeurs de thèse. Une autre solution pourrait être la mise en ligne de supports pédagogiques pour aider les internes, les directeurs de thèse et les jeunes généralistes thésés à s'inscrire dans un travail de thèse, dans une direction ou dans la valorisation. Cette mise à disposition de matériels-ressources de formation peut être locale mais aussi nationale, certains DMG disposant d'outils pédagogiques élaborés et validés par l'usage, dont pourraient bénéficier d'autres DMG. Les formations en ligne avec forums de discussion avec des enseignants que sont les *massive open online course* (ou MOOC) sont un format intéressant.
- La façon dont sont régulées localement et nationaux les relations avec l'environnement extérieur au DES de médecine générale n'est pas toujours évidente appréhender par les acteurs. Par exemple, il existe en plus de personnes-ressources internes à un DMG d'autres personnes pouvant dans chaque université apporter un soutien ponctuel aux IMG et à leurs directeurs : aide pour une revue de la littérature, aide à l'analyse statistique, soutien méthodologique en amont de l'étude, soutien dans la rédaction d'un protocole de recherche à soumettre au CPP, etc. Du point de vue d'un thésard et de son directeur, il s'agit d'une intervention ponctuelle mais salutaire pour le bon avancement de la TEMG. Du point de vue de la personne-ressource extérieure à l'organisation, la sollicitation itérative et non coordonnée peut être perçue non plus comme une relation stable, régulière ... et absolument non régulée par l'organisation. A la longue, cela peut générer une lassitude. De plus, il est



gênant que les personnes-ressources ne soient connues et utilisées que d'une poignée de privilégiés ou par le bouche-à-oreille. Certains internes pourraient trouver non équitables ne pas avoir pu bénéficier d'une aide existante par méconnaissance. Dans le DES de médecine générale, les organisateurs de la TEMG ont donc tout à gagner à réguler les relations de leurs acteurs avec l'extérieur quand elles deviennent stables et régulières, tout en maintenant des alliances implicites quand les relations restent ponctuelles. Il en va d'un équilibre « sain » des jeux de pouvoir de permettre : à tous de bénéficier équitablement des relations avec l'extérieur mais à bon escient ; de laisser aussi quelques alliances se faire ponctuellement (point n'est besoin de tous réguler) ; de vérifier de temps en temps que la majorité des relations avec l'extérieur n'ait pas lieu de façon répétée dans le cadre des alliances implicites.

- Réguler les relations avec les personnes-ressources expertes et mettre en ligne des supports pédagogiques ne sert à rien si ces informations ne parviennent pas aux acteurs-cibles de l'organisation. Les informations doivent être transmises par les moyens les plus appropriés pour chaque acteur, localement ou au niveau national : site internet de DMG, associations d'internes ou de remplaçants, réseaux sociaux, e-mails, courriers, etc.
- Enfin, un minimum de règles organisationnelles est à partager entre acteurs. D'après l'approche interactionniste, il est nécessaire non seulement de les partager mais aussi d'en faciliter l'interprétation et l'usage. Voici un premier exemple, axé sur la valorisation des TEMG : il existe un prix thèse du CNGE, remis chaque année au congrès de novembre. Il n'est pas illogique de penser que savoir que ce prix existe et diffuser les modalités d'y concourir pourrait donner à certains internes ou directeurs de thèse l'envie d'y prétendre et de participer au congrès national de leur discipline. Combien en connaissent l'existence et savent comment postuler ? Autre exemple : il semblerait que les démarches réglementaires à effectuer auprès des comités de protection des personnes (CPP) ne soient pas maîtrisées par les IMG et leurs directeurs de thèse. Ces démarches ont été modifiées avec la Loi Jardé dans la perspective de mieux protéger les sujets qui participent à la recherche, interventionnelle comme non interventionnelle. Entre 2016 et 2018, différents arrêtés ont précisé le champ de la Loi Jardé et ses conditions d'application. D'après un article paru récemment dans la revue exercer, seuls 10 % des TEMG relèveraient d'un accord préalable d'un CPP (102). Les autres thèses requièrent parfois l'avis d'un comité d'éthique. Que vont faire les IMG et les directeurs de thèse faisant partie des 10 % et qui n'ont pas l'habitude de rédiger des protocoles de recherche ? Et où est-ce que les autres trouvent le comité d'éthique à qui demander l'accord réglementaire ? L'explicitation de ces procédures dont certains acteurs ont hélas peu l'habitude et la diffusion de cette explicitation réduirait certainement le sentiment de « contrainte », « lourdeur administrative » ressenti par certains acteurs. Ultime exemple : si la TEMG est unanimement perçue comme un travail académique, pourquoi ses objectifs pédagogiques ne sont-ils pas systématiquement présentés et partagés entre acteurs ?

Ainsi, les divergences entre acteurs sur les rôles de la TEMG et sur leurs attentes ne sont - d'après cette approche sociologique - pas du tout une surprise ; elles sont mêmes caractéristiques de tout système d'action concret. D'après cette approche interactionniste, il serait illusoire de prétendre à un objectif unique [« *the on best way* » tel que décrit dans le Taylorisme] quand différents acteurs mènent une action sociale, surtout si cet objectif est fixé par des acteurs-organisateur nationaux ou locaux. Il faut accepter la réalité de la multiplicité des objectifs, des zones d'incertitude et des jeux de pouvoir. Par contre, il peut être nécessaire de réduire les zones d'incertitude, afin que chacun trouve satisfaction à sa stratégie personnelle dans l'action sociale qu'est la TEMG. Nos exemples illustrant plus hauts les quatre domaines de jeux de pouvoir montrent que cela, à défaut d'être toujours possible, mériterait d'être au moins envisagé.

### 3.4 Quel avenir pour la thèse d'exercice en médecine générale ?

Une voie de sortie serait donc de prendre en compte le rôle perçu de la TEMG de chacun des acteurs, et d'intégrer la diversité de leurs attentes. Cela consisterait au début du travail de thèse à expliciter et partager entre acteurs les objectifs de chacun, notamment les objectifs pédagogiques, et pas seulement « la question de recherche ».

Au lieu du partir du postulat que la légitimité et le développement de la TEMG résident seulement dans sa réalisation en tant que travail de recherche, nous proposons une focale différente : **le développement de la TEMG et de sa légitimité doit tenir compte des logiques de ces acteurs**. En effet, jusqu'à présent, les études sur la TEMG explorent peu les attentes de ses acteurs pour proposer des pistes d'amélioration dans leurs interactions. L'objectif des projets de recherche sur la TEMG que nous avons analysés pour notre revue était tantôt d'évaluer la qualité scientifique, tantôt la pertinence pour la discipline, tantôt le taux de publication, tantôt le vécu des acteurs, etc. Cette nouvelle focale va être l'angle dans lequel nous allons poursuivre le projet Héraclite qui tente de répondre à la question : la TEMG contribue-t-elle à définir le contenu et les concepts de la profession et à valoriser la discipline « médecine générale », dans une approche centrée-patient ? Et si oui, comment ?

Au cours de la TEMG, l'intérêt principal (et rationnel !) de la plupart des IMG est de finaliser leur cursus étudiant et ainsi d'entrer dans la vie active. En revanche, celui des instances du DES de médecine générale (tout aussi rationnel) est d'améliorer le corpus de connaissances et de légitimer la discipline. Il ne faut pas opposer ces attentes mais plutôt réfléchir aux façons de permettre simultanément à chaque acteur de trouver son compte.

Les principales pistes proposées à l'issue de ce travail sont :

1. Améliorer le niveau de compétences des acteurs par la création de formations et leur diffusion large. Cela permettrait de rééquilibrer les jeux de pouvoir. Des moyens supplémentaires à la formation à la TEMG permettraient non seulement de gagner en qualité des TEMG mais aussi en autonomie des acteurs. Les aspects novateurs que ces formations devraient pointer pourraient être : l'importance du binôme thésard-directeur, l'explicitation des attentes de chacun au début de la TEMG, l'évaluation des ressources internes (humaines, financières, techniques) disponibles et des ressources environnementales nécessaires ; l'investissement requis du directeur de thèse, accompagnateur pédagogique autant qu'investigateur de recherche. Au vu des intérêts des IMG et des instances organisatrices que nous avons relevés, l'acteur-cible pour l'amélioration des compétences paraît être surtout le directeur de thèse. Comme l'illustre la figure 7, il a en effet des attentes intermédiaires, entre celles des internes et celles des acteurs-organisateur.
2. Expliciter au début de la TEMG les attentes des acteurs au niveau personnel, pédagogique, professionnel et bien sûr scientifique. Mais dans la thèse, il y a bien sûr une « question de recherche » mais pas seulement.
3. Mettre en place de grands projets de recherche collaboratifs. Faire collaborer plusieurs IMG entre eux au travers de thèses collectives (notamment dans des projets de recherche qualitative menés auprès de patients) ou intégrer les TEMG au sein de grands projets de recherche sont des pistes à réellement envisager pour réduire les zones d'incertitude et aider les internes dans l'apprentissage interprofessionnel. Les internes y gagneraient en mise à disposition de ressources environnementales pour l'avancement de leur travail, en encadrement ; ils y perdraient néanmoins en personnalisation du travail, que les acteurs ont pourtant tous souhaitée.
4. Mettre en place des stratégies de régulation des interactions entre acteurs à bon escient puis, diffuser et expliciter les modalités de régulation des relations stables, au moins dans un souci d'équité.
5. Définir des règles organisationnelles spécifiques à la TEMG (par exemple sur les aspects réglementaires, administratives, de sollicitations de personnes-expertes, etc.), en faciliter l'appropriation par la diffusion ... et ne pas changer ces règles tous les quatre matins.

L'orientation obligatoire de la TEMG vers les soins primaires est en train de se mettre en place, par les efforts des acteurs concernés et grâce au nouveau cadre légal imposant aux impétrants un sujet de thèse tourné vers la discipline. On voit de plus en plus de TEMG traiter de médecine générale, et on peut penser que cela augmentera l'apport de ce travail pour la qualité des soins. Cependant, cela risque aussi de poser problème à l'avenir, notamment à cause d'un manque de directeurs de thèse spécialistes en médecine générale. Recruter plus de directeurs de thèse médecins généralistes semble une condition au maintien de l'exigence des DMG d'une thèse traitant des soins primaires. Il a été montré à de nombreuses reprises un lien entre la spécialité du directeur et l'intégration de la thèse dans le champ de sa discipline (28, 58, 80).

De plus, le contexte politique a abouti à l'augmentation récente du numérus clausus, avec des répercussions attendues dans la décennie à venir. Les DMG souffrent déjà de manque de moyens : il faut anticiper l'accompagnement futur dans une TEMG de près de la moitié des étudiants actuels en médecine.

La réalité de la démographie médicale pourrait cependant rendre tout cela difficile. La société manque de praticiens et il a été relevé que la réalisation de la TEMG ralentit la mise sur le marché des jeunes généralistes (33, 54, 86). Cette revue de la littérature ne nous permet pas d'explorer le rôle perçu de la TEMG dans le reste de la société française et si l'allongement du délai de sa réalisation est perçu comme un problème de société ...

## CONCLUSION ET PERSPECTIVES

---

Ce travail de recherche qualitative a été réalisé sur 67 documents, parus après 2004, en vue de comprendre le rôle perçu de la TEMG par ses différents acteurs. Nous avons pu identifier trois thèmes correspondant à leur perception de ce travail. Ainsi, à des degrés divers, chacun la perçoit comme un travail de recherche, un travail académique imposé et un rite de passage. L'identification de variables d'inférence au sein de ces thèmes a permis de préciser les convergences et divergences non seulement au sujet des rôles perçus mais aussi de leurs attentes. Dans le but d'aider chaque acteur à améliorer sa stratégie pour combler ses attentes au cours de la TEMG et en vue de diminuer les contraintes ressenties par certains dans le processus, nous avons proposé quelques pistes d'amélioration des interactions entre acteurs.

Cette revue a été acceptée en communication orale au congrès du CNGE 2019 (annexe 8). Un article pour une revue de pédagogie francophone est prévu. Le sujet paraît en effet suffisamment important pour que nos résultats soient diffusés le plus possible auprès des différents acteurs cités dans cette thèse.

**De nouvelles recherches pourraient cependant compléter la nôtre.** Nous avons constaté que tous les acteurs de la TEMG n'étaient pas représentés dans les études. Il serait intéressant d'avoir l'opinion des populations non ou peu étudiées, tels que les pouvoirs publics (décisionnaires des programmes d'enseignement des études médicales), les membres du CNGE ou des directeurs de thèse non généralistes. Pour cette dernière population, un regard croisé de leur vécu de directeur dans les TEMG *versus* les thèses d'exercice dans leur propre spécialité pourrait être intéressant. Nous pourrions également recueillir et comparer l'avis des étudiants français à celui d'étudiants espagnols (autre pays européen dans lequel il existe un équivalent de la thèse d'exercice). La société civile doit également avoir une représentation particulière du travail de thèse ; elle est en contact avec des généralistes remplaçants non thésés au quotidien, mais sait-elle seulement ce que cela représente ?

**Enfin, nous proposons à nouveau quelques pistes d'amélioration, non abordées dans notre revue :**

- La **participation obligatoire d'internes à partir du premier semestre aux soutenances de TEMG** de leur choix, en fonction de leurs sujets d'intérêt ;
- Une **formation à la thèse**, à améliorer dans le fond et dans la forme. Dans le fond, il faudrait des enseignements pratiques, interactifs et peu théoriques. Pour exemple, des cours théoriques dispensés au 1<sup>er</sup> semestre sont jugés à la fois inadaptés dans leur temporalité et trop abstraits, bien qu'appréciés en se basant sur les évaluations faites de ceux-ci. Un exemple plus pratique de formation est par exemple celui du cercle des thésards (83), organisation collaborative d'internes tous semestres confondus autour d'un directeur de thèse, avec des réunions bimensuelles pour discuter de leurs travaux. Dans la forme, ces enseignements doivent être intégrés au cursus obligatoire. Que les cours soient facultatifs alors que la thèse est obligatoire ne permet pas aux internes de lui accorder la crédibilité suffisante pour s'investir convenablement ;
- La création d'une **banque des sujets de thèses**. Cela a été évoqué dans de nombreux travaux. Elle permettrait de faire connaître les études en cours ou déjà faites sur un sujet, ainsi que de proposer des sujets aux IMG n'en ayant pas mais en fonction de leurs centres d'intérêt ;
- La **diffusion aux directeurs de thèse et aux internes des résumés de TEMG** rigoureuses, originales et pertinentes pour la médecine générale, ainsi que ceux des TEMG valorisées au cours de l'année.

## REFERENCES

---

1. Faure O. Histoire Sociale de la médecine (XVIIIe – XXe Siècles). Paris : Anthropos Historique; 1994.
2. Bloy G, Schweyer FX. Singuliers généralistes : sociologie de la médecine générale. Rennes : Presses de l'EHESP; 2010.
3. Hourdry P. L'omnipraticien : sa place dans la société depuis la Révolution française. [En ligne] [Thèse d'exercice : médecine]. Paris : Université René Descartes, faculté de médecine Paris V ; 2006. [Consulté le 14/08/2019]. Disponible sur : <https://studylibfr.com/doc/6620934/doctorat-en-medecine---medecin>
4. Article 20 de la loi du 12 novembre 1968 d'orientation de l'enseignement supérieur [consulté en ligne le 13 novembre 2017]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000693185&categorieLien=cid>
5. Arrêté du 5 juillet 1984 relatif aux études doctorales [consulté en ligne le 13 novembre 2017]. Disponible sur : <http://www.germe-inform.fr/wp-content/uploads/2014/09/Arr%C3%AAt%C3%A9-du-5-juillet-1984-relatif-aux-%C3%A9tudes-doctorales.pdf>
6. Coury C. L'enseignement de la médecine en France, des origines à nos jours. Paris : Expansion Scientifique Française ; 1968.
7. Mattei JF, Etienne JC. Projet de loi relatif à la modernisation [consulté en ligne le 13 novembre 2017]. Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/a00-276/a00-2762.html>.
8. Jospin L. Déclaration de M. Lionel Jospin, Premier Ministre, sur la nécessité d'une réelle égalité dans l'accès aux soins et la mise en oeuvre de la couverture maladie universelle, la promotion d'une médecine plus humaine, la réforme des études médicales et l'importance de la sécurité sanitaire, de la prévention et de l'éducation pour une meilleure politique de la santé, Paris Le 30 Juin 1999 [consulté en ligne le 13 novembre 2017]. Disponible sur : <http://discours.vie-publique.fr/notices/993001757.html>
9. Arrêté du 7 août 2006 relatif à la formation doctorale [consulté en ligne le 13 novembre 2017]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000267752>
10. Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales [consulté en ligne le 13 novembre 2017]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000781658&categorieLien=cid>
11. Collège National des Généralistes Enseignants. Coursus des études médicales (mise à jour août 2012) [consulté en ligne le 13 novembre 2017]. Disponible sur : [https://www.cnge.fr/la\\_pedagogie/cursus\\_des\\_etudes\\_medicales/](https://www.cnge.fr/la_pedagogie/cursus_des_etudes_medicales/)
12. Arrêté du 12 avril 2017 relatif à la réforme du troisième cycle des études de médecine [consulté en ligne le 11 novembre 2017]. Disponible sur : <https://www.fhf.fr/Ressources-humaines/Gestion-du-personnel-medical/Reforme-du-troisieme-cycle-des-etudes-de-medecine-arrete-du-12-avril-2017>
13. Wonca Europe- La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille [consulté en ligne le 13 novembre 2017]. Disponible sur : <http://www.woncaeurope.org/gp-definitions>

14. Aniel T. Comment les médecins généralistes se représentent leur spécialité ? [Thèse d'exercice : médecine]. Lyon: Université Claude Bernard - Lyon Nord; 2008.
15. Academic Ranking of World Universities. Shanghai Ranking's Global Ranking of Academic Subjects 2019 – Clinical medicine. [consulté en ligne le 8 août 2019]. Disponible sur : <http://www.shanghairanking.com/Shanghairanking-Subject-Rankings/clinical-medicine.html>
16. Ministère des Solidarités et de la Santé. Les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation – MERRI. [consulté en ligne le 8 août 2019]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/recherche-et-innovation/l-innovation-et-la-recherche-clinique/article/les-missions-d-enseignement-de-recherche-de-reference-et-d-innovation-merri>
17. Intergroupe francophone de Cancérologie thoracique. SIGAPS, un outil de valorisation de la production scientifique de votre établissement. [consulté en ligne le 5 février 2019]. Disponible sur : <https://www.ifct.fr/index.php/en/la-recherche/item/2065-sigaps-pour-quoi-faire-et-pour-qui>
18. Isnar-IMG. La Filière Universitaire de Médecine Générale (FUMG) : tenant et aboutissant. [consulté en ligne le 3 février 2019]. Disponible sur : <https://www.isnar-img.com/apres-linternat/enseigner-rechercher/fumg/>
19. Article 32 du Décret n° 2008-744 du 28 juillet 2008 portant dispositions relatives aux personnels enseignants des universités, titulaires et non titulaires de médecine générale [consulté en ligne le 13 novembre 2017]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000019267080&categorieLien=cid>
20. Article 21 du Décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales [consulté en ligne le 13 novembre 2017]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000781658&categorieLien=cid>
21. Hélys V. Quelle est aujourd'hui la formation à la recherche des thésards en médecine générale ? [Thèse d'exercice : médecine]. Poitiers: Université de Poitiers; 2005.
22. De Pouvourville G. La recherche en médecine générale en France : état des lieux. « Les producteurs de recherche ». Extrait du rapport remis à Monsieur le ministre de la Santé et Monsieur le Ministre Attaché à la Recherche; 2006.
23. Levasseur G, Schweyer FX. La recherche en médecine générale, à travers les thèses de médecine. Sante Publique 2003;15(2):203-12.
24. Vaillant-Roussel H. Médecine Générale : faut-il supprimer la thèse ? La Revue du Praticien Médecine Générale 2007;21(770/771):516-7.
25. Nougairède P. Etude PubliThèse : Taux d'exploitation des thèses en médecine générale au sein de la faculté Denis Diderot Paris 7. [Thèse d'exercice : médecine]. Paris: Université de Paris Diderot, Paris 7, Faculté de médecine; 2009.
26. Exercer, la revue francophone de médecine générale [consulté en ligne le 8 août 2019]. Disponible sur : <https://www.exercer.fr>
27. John Libbey Eurotext. Médecine [consulté en ligne le 8 août 2019]. Disponible sur :

<https://www.jle.com/fr/revues/med/revue.phtml>

28. Lhuissier J. Evaluation de la production scientifique issue des thèses d'exercice à la faculté de médecine d'Angers entre 2007 et 2012. [Thèse d'exercice : médecine]. Angers: Université d'Angers; 2014.
29. Hugonneng M. Etude de la valorisation des thèses réalisées par les étudiants en médecine générale de Bordeaux entre 2007 et 2015. [Thèse d'exercice : médecine]. Bordeaux: Université de Bordeaux; 2018.
30. Remacle A. La thèse de médecine générale : analyse descriptive des thèses de médecine générale soutenues à l'université Bordeaux 2 Victor Segalen de 1995 à 2000. [Thèse d'exercice : médecine]. Bordeaux: Université de Bordeaux; 2002.
31. Frison R, Meluc J. Entrée des médecins généralistes à l'université et caractéristiques des thèses d'exercice. [Thèse d'exercice : médecine]. Marseille: Université Aix-Marseille; 2017.
32. Bouvet A. Thèmes, objets et méthodes de recherche des thèses des internes de médecine générale de la subdivision océan indien soutenues entre 2007 et 2014. [Thèse d'exercice : médecine]. Bordeaux: Université de Bordeaux; 2016.
33. Maire P. Analyse des thèses d'exercice de médecine générale à Lyon, soutenues entre janvier 2014 et décembre 2016. [Thèse d'exercice : médecine]. Lyon: Université Claude Bernard; 2017.
34. Peltier MC. Perception de la thèse par les internes de médecine générale picards : motivations et obstacles à sa réalisation. [Thèse d'exercice : médecine]. Amiens : Université de Picardie Jules Verne, UFR de médecine d'Amiens; 2012.
35. Teisset Y. Perception du travail de thèse par les internes de médecine générale de la faculté de Tours. [Thèse d'exercice : médecine]. Tours: Université de Tours, faculté de médecine; 2011.
36. Genin G, Agrifoglio G. Les travaux de thèse en médecine générale, une discipline centrée patient, un travail centré médecin. [Thèse d'exercice : médecine]. Marseille: Université Aix-Marseille; 2017.
37. Pouchain D et coll. Principes d'une politique de recherche au service de la discipline et (surtout) des patients. *exercer* 2008;84 :130–134.
38. Balva H. Etude comparative des thèses de médecine générale soutenues à la faculté d'Angers de 1997 à 1999 et de 2007 à 2009. [Thèse d'exercice : médecine]. Angers : Université d'Angers, faculté de médecine; 2010.
39. Maisonneuve H, Thibault P. Préface dans : Guide pratique du thésard. Paris : éd Scientifiques L et C, 2010.
40. Groupe Universitaire de recherche Qualitative médicale francophone. [consulté en ligne le 8 août 2019]. Disponible sur : <http://www.groumf.fr/fr/>
41. Delage A. Histoire de la thèse de doctorat en médecine d'après les thèses soutenues devant la Faculté de médecine de Paris [Thèse]. [Paris, France]; 1913.
42. Thomas DR. A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *American Journal of Evaluation* 2006;27(2) :237-46.

43. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches Qualitatives* 2006; 26(2) : 1-18.
44. Bardin L. *l'analyse de contenu*. Paris : Presses Universitaires de France; 2013.
45. Bourrel G, Hofliger P, Vanoni I. Diversité et richesse des thèses en médecine générale. *exercer* 2008;81:42-4.
46. Harriague J-B. Difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour diriger une thèse de médecine générale en Aquitaine. [Thèse d'exercice : médecine]. Bordeaux: UFR des sciences médicales, Université Bordeaux 2; 2010.
47. Ahmoghy S. Réalisation des thèses et mémoires de médecine générale : détermination des besoins et élaboration d'un document pédagogique destiné aux étudiants du diplôme d'étude spécialisé de médecine générale. [Thèse d'exercice : médecine]. Nancy : université de Nancy, faculté de médecine; 2011.
48. Auber JP. Formation médicale 2011 : Evaluation des projets de thèse de médecine générale [consulté en ligne le 13 juillet 2019]. Disponible sur : [https://www.canal-u.tv/video/canal\\_u\\_medicine/formation\\_medicale\\_2011\\_evaluation\\_des\\_projets\\_de\\_theses\\_de\\_medicine\\_generale.7926](https://www.canal-u.tv/video/canal_u_medicine/formation_medicale_2011_evaluation_des_projets_de_theses_de_medicine_generale.7926)
49. Konieczny J, Frappé P. Echecs des projets de thèse en médecine générale. *exercer* 2011; 99:180-5.
50. Benotmane I. Publications des thèses d'exercice soutenues à la faculté de médecine de Lille. [Thèse d'exercice : médecine]. Lille: Université du droit et de la santé - Lille 2; 2011.
51. Chatot V. Antithèse de médecine générale. [Thèse d'exercice : médecine]. Montpellier: Université de Montpellier; 2012.
52. El Mornan S. La production des thèses dans la filière médecine générale à la faculté de médecine de Créteil : une étude rétrospective sur 5 années universitaires de 2005 à 2010. [Thèse d'exercice : médecine]. Créteil : Université Paris Est Créteil, faculté de médecine de Créteil; 2012.
53. Gassiot MN. Thèse en médecine générale : entre rite de passage et blocages. *Revue de la littérature*. [Thèse d'exercice : médecine]. Grenoble : Université Joseph Fourier, Faculté de médecine de Grenoble; 2012.
54. Houhoune F. Etude des difficultés rencontrées par les internes de médecine générale, à la faculté Paris XIII, pour clôturer leur cursus universitaire : enquête auprès des étudiants en fin de troisième cycle et leur tuteur. [Thèse d'exercice : médecine]. Paris : Université de Paris Nord, Faculté de médecine de Bobigny; 2012.
55. Lecouffe R. Vécu de l'interne de médecine générale de Lille par rapport à la réalisation de sa thèse d'exercice. [Thèse d'exercice : médecine]. Lille: Université du droit et de la santé - Lille 2; 2012
56. Petitprez B. Comment favoriser la publication des travaux de recherche des internes de médecine générale en Picardie ? Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès d'internes, jeunes remplaçants et maitres de stage universitaire. [Thèse d'exercice : médecine]. Amiens : Université de Picardie Jules Verne, UFR de médecine d'Amiens; 2012.



57. Tiercelin A. Etude du vécu du travail de thèse par les internes de Médecine Générale de la faculté de Caen. [Thèse d'exercice : médecine]. Caen : Université de Caen, faculté de médecine; 2012.
58. Tournebize C. Analyse des thèses d'exercice soutenues par les internes de médecine générale à Lyon de janvier 2008 à décembre 2010. [Thèse d'exercice : médecine]. Lyon: Université Claude Bernard; 2012.
59. Astifate E. A quoi sert une commission des thèses dans un département de médecine générale ? [Thèse d'exercice : médecine]. Paris : Université Paris Diderot; 2013.
60. Espinosa A. Représentations et déterminants du vécu du travail de thèse pour le doctorat en médecine, réalisation d'entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes thésés en 2012. [Thèse d'exercice : médecine]. Nantes: Université de médecine; 2013.
61. Frin. L'étudiant rennais en Médecine Générale face à la réalisation de sa thèse d'exercice: enquête par questionnaire auto-administré auprès de six promotions d'étudiants. [Thèse d'exercice : médecine]. Rennes: Université Rennes 1, faculté de médecine; 2013.
62. Marecar S. Les facteurs intervenant dans la réalisation de la thèse de médecine générale: étude auprès des étudiants de troisième cycle de médecine générale de l'université Paris XIII. [Thèse d'exercice : médecine]. Paris : Université de Paris Nord, Faculté de médecine de Bobigny; 2013.
63. Rousset AI. Réalisation du travail de thèse en médecine générale à la faculté D'Angers : difficultés rencontrées et propositions d'améliorations. Enquête qualitative auprès de médecins thésés en 2010. [Thèse d'exercice : médecine]. Angers : faculté de médecine; 2012.
64. Zaïed M. Le vécu des procédures d'encadrement des thèses de médecine générale à la faculté de Créteil : une étude qualitative exploratoire. [Thèse d'exercice : médecine]. Créteil: Université Paris Est Créteil, faculté de médecine de Créteil; 2013.
65. Mébarki L. le binôme thésard-directeur de thèse : quels enjeux ? la Revue du Praticien médecine Générale 2014;28(379):921
66. Zerkine Y. Essai de classification des thèses d'exercice en médecine générale : étude réalisée à partir des thèses d'exercice en médecine générale soutenues à l'UPMC en 2012. [Thèse d'exercice : médecine]. Paris: Université Pierre Marie Curie; 2014.
67. 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]. Paris: Université Paris Descartes (Paris V); 2015.
68. Ducros L. Quels sont les critères universitaires et disciplinaires d'une thèse en Médecine Générale ? [Thèse d'exercice : médecine]. Montpellier: Université de Montpellier; 2015.
69. Fuchs E. L'avancée du travail de thèse des internes de médecine générale bordelais en fin d'internat : septembre 2013. [Thèse d'exercice : médecine]. Bordeaux: Université de Bordeaux. UFR Sciences Médicales; 2015.

70. Guibert J. Gaillard A. regard des médecins généralistes de l'agglomération grenobloise sur l'utilité de leur thèse de médecine pour la pratique médicale. [Thèse d'exercice : médecine]. Grenoble: Université Joseph Fourier; 2015.
71. Léonard M. Analyse des thèses d'exercice soutenues par les internes de médecine générale de Lyon de janvier 2011 à décembre 2013. [Thèse d'exercice : médecine]. Lyon: Université Claude Bernard; 2015.
72. Mébarki L. A la recherche d'un consensus par méthode Delphi : une charte des thèses en médecine générale. [Thèse d'exercice : médecine]. Amiens : Université de Picardie Jules Verne, UFR de médecine d'Amiens; 2015.
73. Unt Wan F. Analyse des thèses d'exercice soutenues par les internes de médecine générale de l'université de Nantes entre 2009 et 2013. [Thèse d'exercice : médecine]. Nantes: Université de médecine; 2015.
74. Boisdin A. Etude sur la direction de thèse de médecine générale à la faculté de médecine d'Amiens. [Thèse d'exercice : médecine]. Amiens : Université de Picardie Jules Verne, UFR de médecine d'Amiens; 2016.
75. Chiaro I. Etude STAN-MG : classification des thèses soutenues à Nancy en médecine générale entre 2004 et 2014. [Thèse d'exercice : médecine]. Nancy: Université de Nancy, faculté de médecine; 2016.
76. Chikhaoui H. Les déterminants de la réalisation de la thèse d'exercice : étude chez les internes de médecine générale de l'université Paris 13. [Thèse d'exercice : médecine]. Paris: Université Paris XIII; 2016.
77. Fouque Magro C. Cercle de thésards : analyse de quatre années de fonctionnement : étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés et focus groups auprès de 13 anciens thésards. [Thèse d'exercice : médecine]. Lyon: Université Claude Bernard; 2016.
78. Fourquet R. Existe-t-il un fil conducteur dans la direction des thèses de médecine générale à la faculté de Montpellier ? [Thèse d'exercice : médecine]. Montpellier: Université de Montpellier; 2016.
79. Département universitaire d'enseignement et de recherche en médecine générale de l'UPEC. Guide du thésard : la thèse de l'étudiant en médecine générale [consulté en ligne le 13 juillet 2019]. Disponible sur : [http://bibliotheque.u-pec.fr/medias/fichier/guide-these-mg-v-2016-2017\\_1499327840133-pdf](http://bibliotheque.u-pec.fr/medias/fichier/guide-these-mg-v-2016-2017_1499327840133-pdf)
80. Labernède M. Les Thèses dans la filière de médecine générale : étude descriptive des thèses des futurs médecins généralistes soutenues à Bordeaux entre 2007 et 2014. [Thèse d'exercice : médecine]. Bordeaux: Université de Bordeaux; 2016.
81. Lajzerowicz C. Evaluation par les internes de médecine générale d'Aquitaine de la partie théorique du DES : portfolio, cours et thèse. [Mémoire Diplôme Universitaire de Pédagogie]. Bordeaux: Université de Bordeaux; 2016.
82. Le Corff J. Les thèses de médecine générale : adéquation avec les soins premiers. [Thèse d'exercice : médecine]. Marseille: Université Aix-Marseille; 2016.

83. Coffy B, Gouttenoire F. Intéret de la réalisation d'un travail de thèse pour l'acquisition des compétences en médecine générale. [Thèse d'exercice : médecine]. Lyon: Université Claude Bernard Lyon 1-Faculté de médecine Lyon Est; 2015.
84. Département de médecine générale Paris Descartes. Livret d'aide à la réalisation de la thèse d'exercice en médecine générale [consulté en ligne le 13 juillet 2019]. Disponible sur : <http://dmg.medecine.parisdescartes.fr/wp-content/uploads/sites/3/2017/11/Livret-The%CC%80se-2017-2018vf.pdf>
85. Macho A. Evaluation des ateliers d'aide méthodologique à la thèse proposés par le département universitaire de médecine générale de Toulouse. [Thèse d'exercice : médecine]. Toulouse: Université de Toulouse, faculté de médecine; 2017.
86. Nutte L. intérêt pédagogique du travail de thèse en médecine générale : ressenti d'enseignants d'Ile-de-France. [Thèse d'exercice : médecine]. Paris: Université Pierre Marie Curie; 2017.
87. Roden Anderson M. Valorisation des thèses de médecine générale soutenues par les étudiants de l'université Paris Descartes entre 2012 et 2015. [Thèse d'exercice : médecine]. Paris: Université Paris Descartes; 2017
88. Sabeau M. Rédaction d'un article publiable à l'internationale à partir d'un travail de thèse « Suivi au long de patients atteints de cancer par le médecin généraliste en comparaison avec le spécialiste, une revue systématique de la littérature ». [Thèse d'exercice : médecine]. Poitiers: Université de Poitiers ;2017
89. Barbieux S. Les facteurs déterminants de la procrastination du travail de thèse chez les médecins généralistes du Bassin annonéen. [Thèse d'exercice : médecine]. Montpellier: Université de Montpellier; 2018
90. Chabannes A. Diriger une thèse qualitative en médecine générale : quel vécu des directeurs ? Une étude qualitative selon une analyse inductive générale. [Thèse d'exercice : médecine]. Paris : Université Paris XIII; 2018.
91. Haushalter R. Analyse descriptive des thèses de la filière de médecine générale, soutenues à Reims entre 2007 et 2017. [Thèse d'exercice : médecine]. Reims: Université de Reims, faculté de médecine; 2018.
92. Labonde B. Directions, contenus, valorisations des thèses de médecine générale à Saint-Etienne de 2004 à 2016. [Thèse d'exercice : médecine]. Saint-Etienne: Université de Saint Etienne, faculté de médecine; 2018.
93. Lallé N, Zanardi E. revue de la littérature sur la qualité méthodologique des thèses de médecine générale soutenues en 2014 et en 2016 à la faculté de médecine de Grenoble : comparaison et évolution sur ces 2 années. [Thèse d'exercice : médecine]. Grenoble : Université Joseph Fourier, Faculté de médecine de Grenoble; 2018.
94. Toillon Y. Evolution de la perception des thèses de médecine générale à la faculté de médecine de Grenoble entre 2014 et 2017. [Thèse d'exercice : médecine]. Grenoble : Université Joseph Fourier, Faculté de médecine de Grenoble; 2018.

95. Collège Santé de l'université de Bordeaux. Thèse d'exercice [consulté en ligne le 13 juillet 2019]. Disponible sur : <https://sante.u-bordeaux.fr/Espace-etudiant/Tout-sur-vos-etudes/Medecine/DES-de-Medecine-generale/These-d-exercice>
96. DE CHANAUD N. Lepcam : Interne / Thèse [consulté en ligne le 8 août 2019]. Disponible sur : <https://lepcam.fr/index.php/la-recherche-dans-les-etudes-medicales/these/>
97. Couraud F. et Pruvot FR. Propositions pour une restructuration du 3ème cycle des études médicales [consulté en ligne le 8 août 2019]. Disponible sur : [http://cncem.fr/sites/default/files/documents\\_en\\_ligne/Rapport-Couraud-Pruvot-avril14-2.pdf](http://cncem.fr/sites/default/files/documents_en_ligne/Rapport-Couraud-Pruvot-avril14-2.pdf)
98. Article 60 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034419758>
99. Pelaccia T, Tardif J. Comment [mieux] former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé ? Louvain-la-Neuve: De Boeck supérieur; 2016.
100. Bernoux P. La sociologie des organisations: initiation théorique suivie de douze cas pratiques. Paris: Éd. du Seuil; 2014.
101. Crozier M, Friedberg E. L'acteur et le système: les contraintes de l'action collective. Paris: Seuil; 2014.
102. Jouannin A, De Fallois M, Chevance A, Reymann J, Mamzer-Bruneel M. Loi Jardé et thèses des internes de médecine générale, combien sont concernées ? *exercer* 2018;150:68-73.

## ANNEXES

---

### Annexe 1 : Choix argumenté des bases de données consultées

Le Système universitaire de documentation (ou SUDOC) a l'avantage de répertorier tous les types de documents disponibles dans les bibliothèques universitaires françaises, ainsi que les périodiques de beaucoup d'établissements hors enseignement supérieur. On y retrouve notamment les thèses, en texte intégral le plus souvent. Il permet aussi de localiser les documents possédés par les bibliothèques universitaires françaises et de pouvoir en demander le prêt.

L'équation de recherche utilisée pour ce moteur de recherche a été

- Recherche avancée : (Résumé ; Sommaire) : thèse ET (résumé ; sommaire) « médecine générale »

S'agissant de cette base, nous avons été confrontés à un important problème d'indexation, aussi bien avec les mots clés qu'avec les descripteurs. De nombreux documents n'ont pas de résumés : notre équation ne permet donc pas de les localiser. Mais ces textes, qui nous intéressent, sont dans cette base. Nous le savons grâce à notre phase exploratoire. En remontant l'équation de recherche au moyen des descripteurs, ces mots choisis par les bibliothécaires pour définir un document, la localisation reste impossible. Nous avons conservé l'équation de recherche la plus pertinente malgré cela, et placé les autres non indexés par celle-ci dans la recherche manuelle.

Le catalogue DocDocpro a été conservé pour son contenu d'articles issus notamment de revues de médecine générale, comme « exercer » ou « la revue du praticien ».

La recherche a été effectuée avec l'équation suivante :

- (Tout le document) : Thèse ET pédagogie ET formation /Filtre par spécialité : médecine générale

La plateforme CAIRN nous a permis de récupérer des documents issus de revues en sciences humaines et sociales francophones, mais aussi des magazines et des ouvrages collectifs. Elle est très pertinente dans la thématique de santé publique. Elle n'est pas significative concernant la thèse et la formation médicale.

L'équation de recherche retenue est la suivante :

- Recherche avancée : (texte intégral) « médecine générale » ET (texte intégral) these ET (texte intégral) recherche / Discipline : Santé publique

La base SCOPUS couvre beaucoup de domaines comme les sciences, la médecine, les sciences sociales, entre autres. Néanmoins, concernant la médecine, il regroupe surtout la littérature des champs du biomédical, de la clinique et de la réglementation. Il s'est révélé être utile parce qu'il présentait aussi les citations des articles. Nous avons utilisé cette base notamment pour les « rebonds bibliographiques », idéal pour notre recherche.

Nous avons retenue comme équation de recherche :

- TITLE-ABS-KEY ( ("family practice" OR "general medicine" OR "family medicine" OR "general medicine" ) AND ( thesis OR dissertation ) )

La plateforme Science Direct (de l'éditeur Elsevier) est un répertoire d'éditeurs couvrant les Sciences de la vie et de la santé. La médecine sur son versant clinique est principalement représentée. Très peu de documents ciblant notre objet d'étude ont pu être identifiés. Des outils de récupération de recherche sophistiqués permettent de faciliter l'accès à des chapitres de livres ou articles de revues scientifiques. A noter que les documents présentés dans cette base sont examinés et révisés par les pairs avec des comités de rédaction.

L'équation de recherche a été :

- Advanced Research : find articles with these terms : (médecine générale) AND thèse / Restricted publication title : La Presse médicale

La plateforme de la revue **Pédagogie Médicale** de la Société Internationale Francophone d'Éducation Médicale (SIFEM) réunit des articles en lien avec la médecine et notamment la formation médicale. Les autres bases de recherche contiennent beaucoup de médecine clinique, avec des sujets d'étude diagnostique ou thérapeutique.

Nous avons utilisé comme équation de recherche :

- Thèse ET « médecine générale » / Type de contenu : articles scientifiques

**Medical teacher** est une revue qui recouvre également le champ de la médecine, et plus précisément celui de la pédagogie, de la formation médicale dans d'autres pays que la France. Inclure des documents en lien avec la thèse et le cursus universitaire étrangers pour le « comparer » au nôtre nous a semblé pertinent.

L'équation de recherche retenue est :

- (All in title) thesis OR dissertations AND (All) : « family practice » OR « family medicine » OR « General practice » OR « General medicine »

**The Cochrane Library** est une base de données issue du concept de l'EBM (*Evidence Based medicine* ou médecine basée sur les faits), c'est-à-dire sur l'efficacité d'interventions biomédicales « prouvée » par des essais cliniques randomisés. On y retrouve donc de nombreux protocoles et méta-analyses en texte intégral non en lien avec la recherche ou la pédagogie médicale. La phase exploratoire sur cette base n'a pas été fructueuse. Son objectif est d'identifier les interventions ciblées sur une maladie spécifique et de déterminer si elles sont efficaces.

**PubMed/MEDLINE** est un des outils essentiels de la recherche bibliographique en santé. Il répertorie les articles de périodiques biomédicaux du monde entier. Il a été difficile de trouver une équation de recherche qui soit exhaustive et pertinente même en travaillant avec les descripteurs MeSH. Nous avons relevé un problème d'indexation, pour les documents en lien avec la médecine générale du moins. Il ne contient pas beaucoup de documentation de pédagogie médicale et des cursus universitaires médicaux. L'orientation de ces bases de données est essentiellement clinique.

La base de données Education ressources Information center (ERIC) nécessite un abonnement pour y avoir accès. Cette base de données bibliographique anglo-saxonne est produite par le ministère de l'éducation du gouvernement fédéral américain. Elle regroupe des articles issus de revues académiques en langue anglaise. Nous avons demandé l'aide et l'appui logistique de Benjamin Macé, responsable formation de la bibliothèque interuniversitaire de santé pôle Médecine-odontologie de Paris. L'interrogation de la base en français et en anglais n'a rien donné. La thèse d'exercice étant une spécialité française, sans véritable équivalent à l'étranger, il est logique que nous n'ayons pas retrouvé de résultat significatif.

## Annexe 2 : Equations de recherche

EQUATION DE RECHERCHE	ARTICLES	DATE DE RECHERCHE
<b>SUDOC-ABES</b>		
Recherche avancée : (Résumé ; Sommaire) : thèse ET (résumé ; sommaire) « médecine générale »	537	10/04/2019
<b>DocDocPro</b>		
(Tout le document) : Thèse ET pédagogie ET formation Filtre par spécialité : médecine générale	49	10/04/2019
<b>Pédagogie Médicale</b>		
Recherche avancée : (titre, sous-titres, mots-clés, résumé) Thèse ET (partout) « médecine générale »	5	10/04/2019
<b>BABORD +</b>		
Recherche avancée : (Tous les champs) : « médecine générale » ET (Titre) : (Thès* OU pédagogie OU cursus OU formation)	198	10/04/2019
<b>Medical teacher</b>		
Advanced Research : (Title) thesis OR dissertations AND (anywhere) : « family practice » OR « family medicine » OR « General practice » OR « General medicine »	69	03/03/2019

### Annexe 3 : Grille finale d'extraction des données

Documents									Commentaires personnels	Personnages		Commentaires personnels
ID	Auteur principal= émetteur (nom, prénom)	Pseudo	Fonction académique au moment de la rédaction (O/N/NSP)	Type de fonction(s) au cours de ce travail	Année de parution/publication/soutenance	Type de documents	Méthode utilisée	Description supplémentaire du document		Nombre de personnages dans le document	Type de personnages (fonction)	
	unité de contexte = le doc	unité de contexte = le doc	unité de contexte = l'E. du travail	unité de contexte = l'E. du travail	unité de contexte = l'E. du travail	unité de contexte = l'E. du travail	unité de contexte = le doc	unité de contexte = le doc		unité de contexte = le doc	unité de contexte = le doc	

Sous-catégorie : TRAVAIL DE RECHERCHE								Commentaires personnels
Thème présent dans le document (O/N)	Thème présent dans l'introduction du document (O/N)	Type (s) de variables d'inférence	Explicitation de la variable d'inférence	Fréquence dans l'intro du document de la variable d'inférence	Fréquence dans le document de la variable d'inférence	Exemple(s) de verbatim		
unité de contexte = le doc	unité de contexte = le doc (intro)	unité de contexte = le doc	unité de contexte = le doc	unité de contexte = le doc (intro)	unité de contexte = le doc	unité de contexte = le doc		

Sous-catégorie : RITE de PASSAGE								Commentaires personnels
Thème présent dans le document (O/N)	Thème présent dans l'introduction du document	Fréquence de citation du thème dans l'introduction/recherche	Type (s) de variables d'inférence	Explicitation de la variable d'inférence	Fréquence dans l'intro du document de la variable	Fréquence dans le document de la variable d'inférence	Exemple(s) de verbatim	
unité de contexte = le doc	unité de contexte = le doc (intro)	unité de contexte = le doc	unité de contexte = le doc	unité de contexte = le doc	unité de contexte = le doc (intro)	unité de contexte = le doc	unité de contexte = le doc	

Sous-catégorie : EXERCICE ACADEMIQUE (IMPOSE)									Commentaires personnels	Commentaires généraux sur la forme et le fond du document
Présence (O/N)	Citation dans l'introduction du document (O/N)	Fréquence de citation dans l'introduction	Fréquence de citation dans l'introduction/recherche	Type (s) de variables d'inférence	Explicitation de la variable d'inférence	Fréquence dans l'intro du document de la variable	Fréquence dans le document de la variable d'inférence	Exemple (s) de verbatim		
unité de contexte = le doc	unité de contexte = le doc (intro)	unité de contexte = le doc	unité de contexte = le doc	unité de contexte = le doc	unité de contexte = le doc	unité de contexte = le doc (intro)	unité de contexte = le doc	unité de contexte = le doc		



## Annexe 4 : Variables d'inférence pour le thème « travail de recherche »

VARIABLE D'INFERENCE	DEFINITION	VERBATIM
<b>Travail scientifique</b>	La thèse est un travail rompant avec le classique exercice académique. Le caractère scientifique d'un travail signifie que le but de ce travail consiste à produire une connaissance nouvelle, pertinente et originale.	« <i>La production d'un travail de recherche scientifique, autonome et original, telle qu'elle est demandée en clôture des cursus universitaires dans de nombreux pays, trouverait son origine dans le début du 19ème siècle</i> » (document 59). « <i>Il s'agit d'un travail « original » de réflexion et de recherche pour lequel l'étudiant pose une question principale et tente d'y apporter des éléments de réflexion.</i> » (document 24)
<b>Commission de recherche (ou commission de thèse)</b>	La thèse est considérée comme un travail de recherche en ce qu'elle requiert une procédure de validation ou de simple contrôle par différents experts agréés. Le rôle de cette commission est de vérifier que le sujet est réalisable avec une méthodologie adaptée.	« <i>Le conseil scientifique est une commission chargée de valider les projets de recherche, thèses ou mémoires, soumis par les internes de médecine générale. Le conseil scientifique a pour objectif de s'assurer que les travaux s'inscrivent dans le champ de la médecine générale, que la question de recherche est pertinente, et la méthodologie pour y répondre adaptée. Le conseil scientifique prodigue également des conseils, et peut orienter les étudiants vers des personnes ressources.</i> » (document 8)
<b>Fiche de thèse</b>	La fiche de thèse est un document synthétique que l'interne doit fournir au début de sa procédure de recherche. Celui-ci doit exposer la question de recherche choisie, la méthode utilisée afin de tenter d'y répondre. Elle permet également au département de médecine générale de lister les travaux en cours afin d'éviter qu'un travail similaire soit effectué en parallèle par un autre étudiant.	« <i>Les fiches de thèses sont un premier support pour définir la question de recherche, selon une bibliographie succincte sur le sujet, permettant à l'étudiant d'émettre des hypothèses et de valider l'intérêt de la recherche dans ce domaine. Celles-ci étant systématiquement validées par un membre du CUMG.</i> » (document 55)
<b>Intérêt scientifique contesté</b>	Cette variable regroupe plusieurs aspects contestataires du poids scientifique, ou de la valeur accordée à la thèse d'exercice en médecine générale. Il peut s'agir de : faiblesse méthodologique de certains projets (absence de formulation d'une question claire, méthode non adaptée à la question posée, absence de calculs du nombre de sujets nécessaire, etc.) ou d'un désintérêt quant à l'utilisation post soutenance des résultats obtenus. L'impact des travaux menés est perçu comme limité.	« <i>Si encore toutes les thèses de médecine aboutissaient à un énorme travail scientifique, mais la plupart sont pourries ! Même les bonnes, elles sont rarement publiées donc la communauté n'en profite même pas quoi donc euh... (...) Aboutir à des résultats contestables scientifiquement est décevant et ne permet pas d'accéder à la publication alors que c'est l'un des moyens de valoriser le travail et de le communiquer au plus grand nombre. il existe un décalage entre le travail demandé, qui est important, et la valeur de ce travail, considérée comme faible par les médecins eux-mêmes.</i> » (document 60)
<b>Freins à la publication</b>	Il existe des paramètres qui ralentissent ou empêchent la valorisation, par la publication principalement, de la TEMG.	« <i>Trois facteurs prépondérants peuvent l'expliquer : tout d'abord l'équipe de médecins ne détient pas les outils méthodologiques pour faciliter la réalisation d'un travail rigoureux, ensuite l'équipe n'a pas forcément la volonté de pousser l'étudiant dans une</i>

		<i>démarche de publication ; enfin les membres de l'équipe pédagogique manquent de temps à consacrer aux étudiants. » (document 6)</i>
<b>Pistes pour favoriser la publication</b>	La thèse est un travail de recherche qui pourrait être mieux diffusé si des moyens étaient mis en œuvre dans ce sens.	<i>Le DMG peut avoir un rôle à jouer en proposant des services facilitant des démarches en vue d'une publication (relecture d'article, accompagnement de l'interne ou du directeur dans les démarches administratives précédant la soumission d'un article). » (document 6) « L'analyse comparative a mis en évidence trois facteurs associés de façon statistiquement significative au fait d'avoir une thèse valorisée : l'appartenance du directeur de thèse à un DMG, un délai plus court entre l'entrée en DES et la soutenance de la thèse et l'obtention d'une médaille. » (document 57)</i>
<b>Support de production de connaissances</b>	La thèse est un travail de recherche non pas parce qu'elle nécessite une rigueur ou une méthodologie scientifique, mais parce qu'elle est reconnue comme productrice de nouvelles informations qui, même sans être validées par un haut niveau de preuve, constitue une base de données importante. Il s'agit de contribuer par ce travail à l'enrichissement du corpus de connaissances dans la discipline.	<i>« La réalisation de thèses en médecine générale, encadrée par le département de médecine générale des facultés, représente un support non négligeable de production de connaissances scientifiques et de recherche. » (Document 60) « Le travail de thèse d'exercice en médecine générale a comme objectif de produire des connaissances scientifiques permettant d'enrichir les données de la recherche dans cette discipline et de faire avancer la science dans ce domaine (...) ce travail peut servir pour les médecins impliqués dans la recherche ou la formation » (document 60)</i>
<b>Règlementations éthiques</b>	La procédure du travail de thèse conduit parfois à recueillir des informations sensibles, de santé ou du domaine de la vie privée. Cela requiert des accords réglementaires : CPP, CNIL, ... La loi Jardé du 5 mars 2012 a étendu la nécessité d'un avis favorable du comité de protection des personnes (CPP) aux travaux de recherche non-interventionnelle impliquant la personne humaine.	<i>« Le travail de thèse était aussi soumis à des réglementations légales et éthiques à respecter impérativement pour que la recherche soit validée (« alors il y a toutes les autorisations légales afin que ce soit publié donc euh consentements, comités d'éthique si c'est de la recherche... Voilà, c'est surtout les aspects réglementaires ». (document 60) « Vous devez connaître les principes de base du respect des malades, des animaux. Aucun malade ne peut être identifié dans votre thèse. » (document 19)</i>
<b>Règlementations légales</b>	La TEMG en tant que travail de recherche requiert d'obéir à un cadre, dépassant les règles académiques du DMG et de la faculté. Il s'agit des aspects réglementaires à respecter impérativement afin que la recherche soit validée, en plus des aspects purement éthiques.	<i>« L'inscription pédagogique est obligatoire pour mettre en place la soutenance de la thèse. Les documents nécessaires sont carte d'étudiants, demande personnelle, rapport signé du président de thèse sur la valeur du travail, conclusions de la thèse signée, Quitus de la section médecine du service de documentation, composition du jury, formulaire d'enregistrement... » (document 19)</i>

<b>Règles rédactionnelles</b>	<p>La thèse doit être écrite, présentée d'une façon qui lui permettra d'être lisible et acceptée par le plus grand nombre. Les normes de Vancouver pour la bibliographie, la structure dite « IMRAD » pour le corps du travail, le format « article » donnent du crédit au travail. la thèse peut être jugée sur sa structure, indépendamment de son contenu.</p> <p>Il est important de condenser le fond du travail dans un résumé dit « informatif » pour qu'il serve de support.</p>	<p>« Le plan de la thèse est le même que celui d'un article scientifique : IMRAD » (document 51). « Le meilleur style est l'absence de style ; une excellente lisibilité doit être votre obsession pour être mieux lu, et mieux compris. Les phrases ne doivent avoir qu'un seul message et être courtes. Si une phrase a plus de 15 mots, relisez-la et évitez les tournures confuses ou compliquées ». (document 19)</p>
<b>Valorisation par la publication</b>	<p>Valoriser, c'est rendre utilisables, faire connaître les résultats de la recherche.</p> <p>Valoriser une thèse, c'est justement ce qui fait que la thèse est un véritable travail de recherche.</p>	<p>« Ne pas publier n'était pas envisageable : le travail devait être diffusé (« Ah ben c'est fondamental, c'est pour rien dire sinon ! ça sert à rien de faire un truc dans son coin ! Vu qu'en faisant de la recherche, on ne se forme pas à notre futur métier euh si on publie pas ça sert vraiment à rien. » (document 60)</p>
<b>Valorisation par la diffusion (congrès, présentations orales, posters)</b>	<p>La diffusion de la TEMG concerne tous les autres modes de communication de son contenu. Il s'agit par-là de rendre public le fond de l'étude, au travers de communications orales dans des congrès, d'affiches, de présentations, etc....</p>	<p>« Un point important est aussi de valoriser le travail de la thèse en la présentant au plus grand nombre par l'intermédiaire de publications ou de présentations en congrès. Le but est d'améliorer la pratique des confrères grâce à la connaissance des thèses, d'inspirer d'autres thèses d'internes sur la même thématique et de participer à la valorisation de la spécialité Médecine Générale. » (document 33)</p>
<b>Prix de thèse</b>	<p>La thèse est un travail pouvant être reconnu par des institutions académiques ou non académiques. Le prix de thèse est une récompense accordant le travail réalisé auprès d'une communauté.</p> <p>Le prix de thèse a été initié en 1987 par le collège de Bichat et rejoint en 2001 par le CNGE.</p>	<p>« Le renforcement de l'intérêt de la thèse peut aussi passer par la valorisation de ce travail par l'intermédiaire des prix de thèse. Ne faudrait-il pas informer les étudiants de ces différents prix dès le début de l'internat pour leur faire prendre conscience que la qualité de leurs travaux peut être récompensée financièrement en plus bien sûr de la satisfaction personnelle d'un travail de qualité participant au rayonnement de la discipline. » (document 33)</p>
<b>Développement de l'esprit critique/ Scientifique</b>	<p>Réaliser un travail de recherche présente un intérêt pédagogique important. Développer un esprit critique, c'est être capable d'analyser les différents documents que le futur professionnel de santé sera amené à consulter au cours de sa carrière. Dans le travail de thèse, c'est le paradigme d'apprentissage qui est mis en œuvre : initiation à la recherche par la recherche. Savoir interpréter des résultats, mettre en évidence les limites et forces des travaux effectués, en déduire des informations... Il permet d'améliorer sa capacité à questionner et à conceptualiser ; développer le doute scientifique ; Se situer dans une communauté scientifique en acceptant de discuter et d'être discuté ; Mener à bien une réflexion approfondie aboutissant à un texte fini.</p>	<p>« Le travail intellectuel que ça demande surtout le travail intellectuel d'élaboration d'une question de recherche, je trouve que c'est ça le moment qui est le plus intéressant. » (document 56).</p> <p>« Selon le département de médecine générale de la faculté de médecine de Créteil, l'objectif pédagogique du travail de thèse est « de donner à l'étudiant un minimum d'habitus scientifique, de rigueur méthodologique dans la définition des concepts, l'élaboration des hypothèses et la vérification des théories » (document 29)</p>
<b>Travail collaboratif</b>	<p>La thèse est perçue comme un travail de recherche en ce qu'elle nécessite des collaborations. Un travail de recherche peut faire appel à des compétences, des méthodes et des réseaux de professionnels scientifiques.</p>	<p>« Dans les universités, la recherche est rarement le fait d'individus isolés. Elle suppose en général équipes, partenariats, statut, moyens (...) Ceci</p>

	<p>La notion d'équipe de recherche est ici explicitée. Il peut s'agir de thèses dites collectives, ou à une autre échelle, dans le cadre d'une coordination entre les DMG, les sociétés savantes et les équipes de recherche permettant d'optimiser la qualité des travaux de recherche en médecine générale.</p>	<p><i>note une évolution significative de la volonté des généralistes chercheurs à mener des travaux en groupe, et au sein de dispositifs de recherche. »</i> (Document 1) <i>« Elle peut s'inscrire au sein d'un projet de recherche mené par un promoteur institutionnel (Département de Médecine Générale, INSERM, associations...), le même projet pouvant générer plusieurs travaux de thèses sur un aspect particulier de la recherche. »</i> (document 62)</p>
<b>Soutien financier</b>	<p>La possibilité, pour le travail de thèse, de bénéficier de fonds afin d'augmenter la qualité de son étude. L'aspect financier d'un travail de recherche peut également concerner les fonds générés par celui-ci, et non pas seulement consommés.</p>	<p><i>« Le projet pouvait aussi bénéficier de ressources financières permettant notamment de diversifier les experts participant à la recherche et d'en améliorer ainsi la qualité »</i> (document 60) <i>« La publication des travaux de recherche sert à évaluer l'activité scientifique des établissements de santé et contribue à une part importante de leur financement. »</i> (document 60)</p>
<b>Méthodologie qualitative particulière à la spécialité médecine générale</b>	<p>Elle est très utile pour l'étude de la communication, des attentes, des représentations et interactions en analysant des phénomènes non mesurables. elle cherche à décrire et à donner du sens à des phénomènes particuliers. La démarche se veut interprétative. Elle s'intéresse aux personnes plutôt qu'aux déterminants des maladies.</p>	<p><i>« C'est pourquoi elle est particulièrement adaptée à la recherche en médecine générale. Elle permet une vision et une compréhension plus larges de la santé et des déterminants de soins. »</i> (document 60) <i>« Pour lui, la médecine générale est centrée sur la compréhension plus que l'explication. Il était important de mentionner l'expertise acquise en méthodologie qualitative par les médecins généralistes enseignants et que cela servait à compléter les informations données par la recherche hospitalière qui n'explore que très rarement les données exploitées par ce genre d'étude »</i> (document 34)</p>
<b>Soutiens experts</b>	<p>Le travail de thèse peut parfois nécessiter l'apport de compétences particulières à certaines étapes de son processus d'élaboration. En cela, les différents acteurs de la TEMG peuvent s'appuyer sur le concours de personnes dites « ressources », expertes dans leur domaine.</p>	<p><i>« Un accompagnement par des personnes qualifiées en méthodologie et statistique biomédicale est indispensable. »</i> (document 53) <i>« On pouvait notamment s'entourer d'experts comme des méthodologistes pour avoir une méthode la plus irréprochable possible « l'idéal c'est qu'on puisse la publier donc il faut une certaine force et il faut que la méthodologie soit irréprochable »</i> (document 60)</p>
<b>Légitimer la discipline</b>	<p>La médecine générale est une jeune discipline universitaire, et une jeune spécialité. Les thèses et la recherche en médecine générale ont pour objectifs d'apporter des connaissances, prouvées par la qualité de l'étude, permettant à la discipline d'argumenter ses protocoles. Il s'agit d'une légitimité à acquérir envers les autres disciplines médicales, d'une reconnaissance auprès de la communauté scientifique mais aussi des étudiants en médecine qui choisissent préférentiellement les autres spécialités.</p>	<p><i>Elle permet de légitimer l'existence de la spécialité de médecine générale au sein de la faculté et participe à l'essor de la discipline. (...) La réalisation des thèses participe à l'essor de la recherche. Les thésards de médecine générale sont des acteurs de la reconnaissance de leur discipline en tant que discipline universitaire à part (...) Plusieurs médecins ont justifié la thèse en</i></p>

		<i>médecine générale en se comparant aux autres spécialistes : si les autres soutiennent une thèse, les médecins généralistes doivent aussi en soutenir une, sous peine d'être dévalorisés »</i> (document 50)
--	--	---

## Annexe 5 : Variables d'inférence pour le thème « rite de passage »

VARIABLE D'INFERENCE	DEFINITION	VERBATIM
<b>Obligation pour exercer (installation/remplacement)</b>	Obtenir sa thèse permet au jeune médecin de pratiquer sa profession en bénéficiant de ses droits d'exercice. Sans elle, la licence de remplacement ne peut être renouveler plus de 6 ans après le début du DES.	« Car tant que la thèse n'a pas été soutenue et que le D.E.S. n'a pas été validé, le futur médecin ne peut ni s'installer en libérale, ni exercer en tant qu'assistant ou chef de clinique » (document 27)
<b>Affranchissement définitif du statut étudiant</b>	Le passage du statut d'étudiant au statut de Docteur en médecine est permis par la soutenance de ce travail de thèse. L'étudiant acquiert le statut de professionnel de santé. Il devient autonome et responsable.	« Entre un « avant » et un « après », avec un changement de statut à l'issue du processus. (...) La notion de transition d'un état social à un autre (...). Il symbolise le passage du statut d'étudiant au statut de professionnel. Il représente un engagement, une responsabilité, le respect d'une éthique en accord avec le serment d'Hippocrate. » (document 16)
<b>Symbolique du cérémonial</b>	L'aspect très solennel de la cérémonie de la soutenance de la thèse avec prêt du serment d'Hippocrate est très symbolique pour le thésard, sa famille, ses amis et ses maîtres. C'est là la variable principale de la thèse perçue comme « rite de passage ». C'est un moment qui se déroule selon certaines conventions : La présence d'un jury de médecins, l'ouverture de la séance par le président du jury, la délibération, le prêt du serment en levant la main droite. Une grande majorité des différents acteurs estime que la finalité de ce travail réside dans la soutenance et la symbolique d'un tel exercice. C'est un grand jour dans la vie du soutenant.	« Elle est importante par le symbole qu'elle représente. La thèse de médecine existe depuis la création de la Faculté de Médecine de Paris au XIIIe siècle. À cette époque, sa soutenance se faisait en grande pompe. (4) Elle reste encore aujourd'hui un moment solennel durant lequel l'impétrant prête le serment d'Hippocrate et devient docteur en médecine. » (document 27) « La dimension hautement symbolique que revêt un tel travail, qui consiste donc à poser devant ses maîtres un ouvrage consacrant l'aboutissement d'une longue formation universitaire. » (document 56)
<b>Tradition post révolutionnaire</b>	En l'an XI, période du Consulat, on observe une refonte des études médicales sous l'égide de la Loi du 19 ventôse XI (10 Mars 1803) et de son rapporteur au corps législatif Antoine-François Comte de Fourcroy. Depuis lors, pour acquérir le statut de Docteur, il faut passer une thèse. Autrefois dénommée « dispute » « quolibet » ou « vespérie », elle introduit le jeune thésard dans sa nouvelle caste.	« On fait la thèse parce qu'on l'a toujours fait ». (document 50) « La soutenance de la thèse remonte au moyen-âge, plus précisément au XIIe siècle, elle était alors désignée sous le terme de « dispute » (disputatio en latin) » (document 27)
<b>Obtention du grade de Docteur</b>	La soumission de sa thèse à un jury permet à l'étudiant en médecine de porter, enfin, le titre de Docteur, après satisfaction de l'ensemble des exigences facultaires du 3 <sup>ème</sup> cycle. L'obtention du diplôme d'Etat de docteur en médecine autorise ensuite l'inscription à l'Ordre national des Médecins.	« Pour accéder au titre de Docteur en médecine, les internes en médecine générale doivent soutenir une thèse portant sur un travail de recherche » (document 54) « En sachant qu'il ne faut pas perdre le côté symbolique du docteur et un docteur en France c'est quelqu'un qui a une thèse donc il ne faut pas retirer ce titre au médecin, il ne faut pas que les médecins deviennent des officiers de santé qui ont uniquement une

		<i>compétence technique</i> » (document 56)
<b>Acceptation du futur médecin par ses pairs</b>	Intronisation du thésard dans le groupe de pairs qui valident son travail. Il existe un sentiment d'appartenance à la profession médicale, et de reconnaissance du travail accompli. Le thésard devient confrère de son jury.	« <i>La thèse est un moment important dans la vie du médecin. Elle l'est dans son symbolisme d'entrée et d'accueil dans une corporation professionnelle.</i> » (document 40)
<b>Fête familiale</b>	La thèse, et en particulier sa soutenance, est une occasion de rendre hommage et de remercier les proches qui ont accompagné le thésard pendant les études de médecine. Les remerciements écrits apparaissent sur le manuscrit, mais la soutenance est aussi perçue comme un moyen de faire plaisir à sa famille et amis.	« <i>La thèse est l'occasion de faire plaisir à ses proches (...) l'occasion de remercier les personnes qui ont encouragé et soutenu le thésard dans sa longue marche vers le diplôme.</i> » (document 50) « <i>Chaque sacrifice (rituel) est une fête, où manger et boire avec un autre était à la fois un symbole et un moyen de renforcer la communauté sociale et de contracter des obligations réciproques.</i> » (document 38)
<b>Epanouissement personnel</b>	<i>A posteriori</i> , les études ont montré que le vécu de ce travail était très majoritairement positif. Il existe un sentiment de légitimité. Il s'agit par là d'un aboutissement personnel, « théâtre de l'expression de conflits émotionnels et développementaux individuels ». Les dynamiques adaptatives mises en jeu lors de la réalisation du travail de thèse aboutissent à améliorer l'estime de soi. Il s'agit là du savoir-être. Selon certains experts, le passage de la thèse est parfois même apparu comme une « thérapie »	« <i>Mais si le plus grand intérêt de la thèse était celui-ci, permettre à l'interne de s'accomplir dans un travail personnel mené de bout en bout sur une longue période ?</i> » (document 56) « <i>Des sentiments plus positifs parlant de satisfaction à la réalisation de cette thèse, vécue parfois comme « un dépassement de soi.</i> » (document 39)  « <i>C'est une histoire qui finit bien.</i> » (document 18)
<b>Moment difficile</b>	Au-delà du sentiment d'épanouissement <i>a posteriori</i> , la période de réalisation de la thèse et sa soutenance est une source de souffrance psychique pour l'interne, de par les facteurs de décompensation physique et mentale qu'elle représente.	« <i>De par les facteurs de décompensation physique et mentale qu'elle représente, la thèse est pour l'interne une source de souffrance psychique</i> » (document 22)  « <i>on retrouve chez 65,1% d'entre eux de nombreux facteurs de décompensation physique et psychologique (surcharge de travail, nombre de gardes, le manque de reconnaissance etc.) pouvant être responsable d'un « mal être » au moment même où ils abordent la thèse.</i> » (document 29)
<b>Jury de soutenance</b>	Cette variable regroupe les différentes appréciations des acteurs quant à la présentation orale du travail de thèse.	« <i>C'est un examen oral de 20 à 60 minutes environ, sous la forme d'une présentation effectuée par le candidat avec un support visuel, durant laquelle il expose un résumé de son travail de recherche devant le jury. (...) Le président du jury ouvre la séance puis demande au candidat de présenter un résumé de son travail. Après la présentation, chaque membre du jury intervient, tour à tour, pour poser des questions et apporter des remarques sur ce travail. Ensuite, le jury se retire pour délibérer. (...) C'est l'une des</i>

		<i>symboliques de la thèse marquée par le rite de passage de l'état d'étudiant à l'acquisition d'un statut de professionnel, renforcée par la cérémonie solennelle et la prestation de serment. » (document 24)</i>
--	--	---



## Annexe 6 : Variables d'inférence pour le thème « travail académique imposé »

VARIABLE D'INFERENCE	DEFINITION	VERBATIM
<b>Thèse d'exercice et non de science</b>	La thèse d'exercice diffère de la thèse de doctorat (ou thèse de sciences). Cette dernière est nécessaire pour être maître de conférences ou chercheur dans un établissement public ; le diplôme qu'elle valide est national. La thèse de doctorat est une étape clé du parcours hospitalo-universitaire car elle est nécessaire à l'obtention du diplôme d'habilitation à diriger des recherches. Le doctorat d'exercice ou doctorat professionnel n'est pas liée à un travail de recherche mais à l'aboutissement d'un cycle de formation à un métier.	« Les thèses d'exercice sont des travaux universitaires qui achèvent les études de médecine, chirurgie dentaire, pharmacie, médecine vétérinaire. Elles se distinguent des thèses de doctorat qui ouvrent sur les carrières de l'enseignement et de la recherche. » (document 24)
<b>Finalisation du 3<sup>ème</sup> cycle des études médicales</b>	La thèse marque la fin des études médicales. Elle est l'étape finale du troisième cycle universitaire des études de médecine.	« Elle est obligatoire pour clôturer le troisième cycle et pour l'installation ainsi que pour devenir médecin hospitalier (...) Les thèses de médecine générale ont pour finalité de conclure le cursus de l'étudiant... » (document 24)
<b>Particularité française</b>	La thèse n'est pas demandée à tous les étudiants de médecine dans les autres pays afin d'exercer leur métier. Elle est une particularité académique française. Par exemple, l'Allemagne, les Etats-Unis ou le Royaume-Uni n'exigent pas un tel travail pour pouvoir valider le cursus étudiant.	« On notera alors qu'à l'heure où on est tous devenus européens, la thèse n'est pas nécessaire pour exercer ou être diplômé en Allemagne, pas plus qu'en Finlande, et que le titre de Docteur n'est pas « thèse-dépendant » au Royaume-Uni » (document 12) « On constate que la thèse n'est pas un travail demandé à tous les étudiants en médecine pour obtenir leur diplôme et pouvoir exercer (...) Si elle est obligatoire en Espagne (13) elle ne l'est pas dans les pays Anglo-saxons comme l'Allemagne (6,7), le Royaume Uni (4) ou les Etats-Unis(8) » (document 50)
<b>Cadre juridique</b>	Le travail de thèse est une obligation légale. Depuis 1955, le Code de la Santé publique (CSP) régit l'organisation des diplômes universitaires français dans les métiers de la Santé. Le décret 2004-67 du 16 janvier 2004, modifié ensuite par le décret 2010-700 du 25 juin 2010 est le texte réglementaire définissant la thèse d'exercice.	« L'article 21 du Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales (7) du Code de Santé publique précise les règles de soutenance de la thèse » (document 24)
<b>Nécessité d'une formation pour s'y préparer</b>	Le travail de thèse exige une formation bien particulière pour être validé. Cette variable d'inférence illustre la réalité du défaut de formation pour ses acteurs. De plus, Le contenu des enseignements requis pour mener à bien un tel travail diffère des classiques modules du DES.	« Les médecins demandent une augmentation du nombre de formations proposées. Ils proposent d'améliorer la qualité des formations proposées en insistant sur la recherche, les statistiques et l'aide administrative. Ils réclament un meilleur encadrement comme sous la forme d'un tutorat » (document 33) « Il est demandé au thésard de se former dans le domaine de la recherche (analyse statistique, recherche bibliographique...) » (document 50)

<p><b>Mise en place de dispositif d'aide à la TEMG</b></p>	<p>L'encadrement facultaire (et parfois hospitalier) met en place des formations afin d'améliorer la qualité des travaux de thèse.</p> <p>Ces dispositifs peuvent être de plusieurs natures, selon les DMG : ateliers de thèse, cours d'aide à la recherche bibliographique, cercle de thésard, tutorat, cours magistraux, livret ou guide ...</p>	<p>« Ainsi on voit se multiplier les différents outils pédagogiques, matériels et humains, mis à disposition des étudiants. Les congrès de médecine générale se multiplient et se diversifient. Les revues françaises de médecine générale demandent à être indexées dans les bases de données internationales. A Nancy, outre la formation théorique dispensée dans le cadre de séminaires spécifiques pour les internes et les maîtres de stage, le DUMG a créé un conseil scientifique, élaboré des fiches de projets de thèse-mémoire (synopsis), et a mis en place des ateliers thèse-mémoire. » (document 8)</p>
<p><b>Mobilisation des dispositifs existants d'aide à la TEMG</b></p>	<p>Les acteurs de la thèse peuvent participer aux enseignements proposés par l'université afin de mener à bien leur travail.</p>	<p>« La formation facultative de la BU est cependant utile pour bon nombre d'entre eux. (...) Les internes se sont ensuite tournés vers les spécialistes du domaine concerné. Ils sont d'abord des spécialistes du thème abordé, des personnes ressource identifiées par le directeur de thèse, le DMG, les coordonnateurs de diplômes concernés. » (document 18)</p>
<p><b>Contrainte universitaire</b></p>	<p>La thèse est un exercice académique imposé. Depuis la création du DES de médecine générale en 2004, les internes en médecine générale sont dans l'obligation d'effectuer au moins un travail de recherche sur un sujet concernant la spécialité.</p>	<p>« Peut-être que la thèse est partiellement vécue comme une corvée parce que les individus la réalisant se sentent pieds et poings liés, sans assez de liberté dans leur démarche. » (document 14)</p> <p>« La thèse d'exercice est parfois vécue par les internes comme une corvée, assimilée à une formalité, et à une obligation professionnelle, administrative ou historique » (document 24)</p>
<p><b>Exercice difficile</b></p>	<p>Le travail de thèse est vécu comme compliqué pour de nombreuses raisons. Les difficultés recueillies sont diverses. Il peut s'agir du défaut de formation pointé par les différents acteurs (thésards, directeurs), sa temporalité à un moment précis et imposé dans le cursus.</p>	<p>« Devant la complexification du 3eme cycle des études médicales de médecine générale, en particulier l'allongement du cycle à trois ans, l'apparition du portfolio et l'amélioration de la pertinence des thèses de médecine générale, donc de la quantité de travail qui est nécessaire, un grand nombre de thésards se sentent en difficulté voire n'arrivent pas à respecter les délais. » (document 33)</p>
<p><b>Epanouissement professionnel / Apport pour la pratique professionnelle</b></p>	<p>La thèse d'exercice est un travail qui apporte, à celui qui la soutient, à celui qui la dirige, ou aux médecins généralistes qui bénéficient des nouvelles connaissances. Il est décrit comme enrichissant pour l'activité future du soutenant, un épanouissement dans son métier et pour la médecine générale. Il apporte une amélioration des compétences professionnelles pratiques en général.</p> <p>En améliorant la qualité des soins, le travail de thèse sert le patient avant tout. Il permet</p>	<p>« Cette production d'informations contribue à l'évaluation des pratiques professionnelles, à l'amélioration des pratiques, à une meilleure connaissance des soins primaires et à la formation médicale continue. » (document 1)</p> <p>« Le sujet doit avoir un intérêt pour la discipline. En effet, même s'il est rare de trouver un sujet complètement inédit, votre sujet doit dans la mesure</p>

	<p>d'argumenter des décisions et adapter la pratique à une population particulière.</p> <p>Cette variable d'inférence rapporte l'appartenance du sujet au champ de la médecine générale et l'apport de ce travail pour ses acteurs dans leur pratique.</p>	<p><i>du possible être original, il doit apporter une contribution, aussi minime soit-elle, à la discipline. »</i> (document 8)</p> <p><i>« Et au final ça m'a apporté le, un vrai épanouissement dans mon métier aujourd'hui (...) j'arrive à slalomer entre la clinique, entre l'enseignement, entre la recherche. Et que, à titre personnel en tous cas c'est un équilibre et un épanouissement. »</i> (document 50)</p>
<b>Sans apport pour la pratique professionnelle</b>	<p>Au contraire, la thèse peut être considérée comme un exercice en décalage avec la réalité de l'exercice de la MG.</p>	<p><i>« Malheureusement encore trop peu de thèses d'exercice réalisées par les étudiants en médecine générale se font dans le champ disciplinaire. »</i> (document 8)</p> <p><i>Cependant, notre travail met en évidence que le fait que le domaine de recherche choisi soit en rapport avec une autre spécialité semble être un facteur favorisant du travail de thèse. »</i> (document 33) <i>« Donc pour moi la thèse c'était quelque chose de complètement inutile. Pour faire de la médecine générale. (...) Les médecins s'accordent à dire que le fait de faire une thèse ne change en rien leur pratique professionnelle. »</i> (document 50)</p>
<b>Réseau professionnel/multidisciplinarité</b>	<p>Le travail de thèse amène le thésard ou même son directeur à travailler en réseau, avec des collaborateurs issus de disciplines différentes.</p> <p>Ce réseau pourra toujours être utilisé ou réactualisé dans le futur.</p>	<p><i>« Elle pouvait aussi leur permettre d'étendre leur réseau professionnel en offrant ce cadre propice à la rencontre d'autres professionnels à qui ils pouvaient se référer par la suite pour leur pratique professionnelle. »</i> (document 60)</p>
<b>Médaille/mention</b>	<p>Il peut être accordé aux thésards, à la suite de leur soutenance, des récompenses académiques simplement honorifiques. La médaille et la mention sont des distinctions facultaires.</p> <p>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. En cela, elles diffèrent du prix de thèse.</p>	<p><i>« Le jury peut admettre la thèse, avec la mention honorable ou très honorable ou très honorable avec les félicitations du jury et décider de l'attribution d'une médaille de "bronze" ou d'"argent". »</i> (document 24)</p>
<b>Possibilité de validation conjointe DES/thèse</b>	<p>La possibilité donnée aux internes de médecine générale de « coupler » la validation du DES avec la présentation d'un mémoire de recherche, et la soutenance de la thèse, place la TEMG comme un exercice académique.</p>	<p><i>« Depuis la création du DES de médecine générale en 2004, les internes en médecine générale sont dans l'obligation d'effectuer, pour valider leur DES, au moins un travail de recherche sur un sujet concernant la MG. Ce travail peut, dans la plupart des départements de médecine générale, être confondu avec la thèse d'exercice. »</i> (document 24)</p>
<b>Règles intra-DMG</b>	<p>La thèse d'exercice en médecine générale est un travail personnel, mais encadré. Les départements de médecine générale et les facultés fixent des règles, un cadre en fonction de leurs objectifs.</p>	<p><i>« Une thèse de médecine générale doit être en relation avec les caractéristiques de la médecine générale. (...) Quelques-uns déclarent ne pas s'être sentis soutenus lorsqu'ils se sont lancés dans des</i></p>

		<p><i>projets personnels, dans lesquels ils voulaient s'investir (...) Après, un autre élément important du choix du sujet, c'était aussi de coller avec les exigences du DUMG, c'est à dire une thèse qui puisse passer à la commission en tant que thèse de médecine générale » (document 11)</i></p> <p><i>« Tout non-respect des règles identifiées dans ce document pourra avoir comme conséquence le refus de la soutenance de la thèse » (document 29)</i></p>
<b>Intérêt pédagogique contesté</b>	<p>La thèse d'exercice vient clôturer le 3<sup>ème</sup> cycle des études médicales, et le cursus étudiant par la même occasion. Elle est la dernière épreuve à laquelle un étudiant doit se soumettre. Sa capacité à juger les praticiens selon leurs compétences professionnelles et leurs aptitudes réelles à exercer la médecine est contestée.</p>	<p><i>« Les étudiants semblent vouloir être évalués sur leurs compétences à exercer le métier de médecin généraliste, plutôt que sur leur compétence à réaliser un travail de recherche, qu'ils ne répèteront pas dans leur exercice ultérieur. » (document 24)</i></p> <p><i>« C'était une obligation comme d'autres obligations qu'il y a pu avoir. Mais pas un élément fort de formation. La thèse demande une charge de travail et une implication importante, alors qu'elle ne concerne paradoxalement qu'une partie réduite de la pratique clinique du jeune médecin généraliste à un moment où ce dernier a le désir d'explorer et de découvrir le vaste champ de la médecine générale » (document 50)</i></p>
<b>Lourdeur administrative</b>	<p>La thèse est encadrée par le DMG. Celui-ci fixe des procédures administratives, de nature différentes selon les facultés françaises. Il peut s'agir de remettre des documents informatifs préalables au travail désiré (fiche de thèse), de réaliser parfois 8 exemplaires à photocopier pour l'interne imprimant son manuscrit ou de passer devant une commission obligatoire.</p>	<p><i>« Plusieurs directeurs de thèse majoritairement hospitaliers décrivaient les procédures à la faculté de Créteil comme rigoureuses, rigides, plus compliquées qu'auparavant, chronophages (...) La majorité des thésards trouvaient que les démarches à réaliser au cours de la production de la thèse étaient contraignantes, nombreuses et parfois compliquées avec un nombre important de documents à fournir. » (document 29)</i></p>
<b>Travail personnalisé</b>	<p>Cette variable d'inférence regroupe la notion d'appropriation et d'intérêt personnel que l'acteur doit avoir dans son travail de thèse. On attend d'une thèse qu'elle fasse aussi ressortir la personnalité affirmée du soutenant, son opinion propre.</p>	<p><i>« Un équilibre entre la rigueur scientifique et le fait de faire apparaître qui l'étudiant est en tant que « personne » était recherchée. Mais en introduction et en conclusion je pense qu'il y a la personnalité de l'étudiant qui peut s'exprimer. Ce serait dommage que ce soit que scientifique » (document 60)</i></p>
<b>Dépense supplémentaire</b>	<p>La TEMG est un travail d'académie en ce qu'elle constitue un investissement financier à sa réalisation.</p> <p>Il s'agit d'un poste de dépense obligatoire, comme le serait un livre pour une matière enseignée.</p>	<p><i>« Généralement, la thèse n'est pas un exercice ruineux, il faut cependant prévoir un budget pour : la documentation (photocopies d'ouvrages, obtention d'articles en texte intégral, commande de documents à la bibliothèque...), le</i></p>

		<p><i>recueil des données (les photocopies, enveloppes et timbres si vous postez un questionnaire, l'achat d'un dictaphone si vous faite des entretiens...), l'impression de la thèse, le pot de fin de thèse...</i></p> <p><i>Les internes ont rencontré des difficultés financières dans la réalisation de leur thèse, que ce soit pour financer l'après thèse, louer la salle, l'achat d'articles ou l'impression de la thèse. » (document 8 et 18)</i></p>
--	--	--

## Annexe 7 : Occurrences des variables d'inférence par thèmes et en fonction des acteurs

**Tableau-annexe 7.1 : Variables d'inférence pour le thème « travail de recherche », en fonction des acteurs**

VARIABLES D'INFERENCE	ACTEURS						TOTAL
	DDT	IMG	MG	DMG	Commission	CNGE	
<i>Travail scientifique</i>	13	30	9	21	11	13	97
<i>Valorisation par la publication</i>	14	21	6	29	7	15	92
<i>Valorisation par la diffusion</i>	11	18	4	29	4	8	74
<i>Support de production de connaissances scientifiques</i>	16	32	6	22	2	3	81
<i>Développement de l'esprit scientifique</i>	12	36	7	15	4	4	78
<i>Méthodologie qualitative particulière à la MG</i>	4	28	2	3	0	0	37
<i>Intérêt scientifique contesté</i>	11	37	21	11	0	2	82
<i>Réglementations légales</i>	0	3	0	4	0	0	7
<i>Réglementations éthiques</i>	1	6	0	3	0	0	10
<i>Soutiens experts</i>	9	24	8	14	3	1	59
<i>Soutiens financiers</i>	1	2	0	3	0	2	8
<i>Règles rédactionnelles</i>	5	17	3	14	2	0	41
<i>Travail collaboratif</i>	8	19	9	11	0	3	50
<i>Légitimer la discipline</i>	4	5	7	18	0	3	37
<i>Prix de thèse</i>	0	0	0	2	0	2	4
<i>Fiche de thèse</i>	4	15	3	14	4	0	40
<i>Commission de thèse</i>	5	13	2	19	0	0	39
<i>Pistes favorisant la publication</i>	4	12	7	11	3	3	40
<i>Freins à la publication</i>	4	15	9	4	0	0	32
<b>TOTAL</b>	<b>126</b>	<b>333</b>	<b>103</b>	<b>247</b>	<b>40</b>	<b>59</b>	<b>908</b>

IMG : internes de médecine générale ; DDT : directeurs de thèse ; DMG : département de médecine générale ; MG : médecins généralistes thésés ; CNGE : Collège national des généralistes enseignants ; Commission : commission de thèse ; TEMG : thèse d'exercice de médecine générale.

**Tableau-annexe 7.2 : variables d'inférence pour le thème « rite de passage », en fonction des acteurs**

<i>VARIABLES D'INFERENCE</i>	<b>ACTEURS</b>						<b>TOTAL</b>
	<b>DDT</b>	<b>IMG</b>	<b>MG</b>	<b>DMG</b>	<b>Commission</b>	<b>CNGE</b>	
<i>Obligation pour exercer</i>	2	42	8	6	0	1	59
<i>Affranchissement définitif du statut étudiant</i>	6	21	6	2	0	0	35
<i>Symbolique du cérémonial</i>	11	31	15	4	0	0	61
<i>Tradition post révolutionnaire</i>	0	28	6	0	0	0	34
<i>Obtention du titre de Docteur</i>	4	56	11	3	0	1	75
<i>Acceptation du futur médecin par ses pairs</i>	5	19	7	7	0	0	38
<i>Fête familiale</i>	3	4	4	0	0	0	11
<i>Epanouissement personnel</i>	15	12	13	3	0	0	43
<i>Moment difficile</i>	3	14	11	0	0	0	28
<i>Jury de soutenance</i>	4	12	9	4	0	0	29
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>	<b>239</b>	<b>90</b>	<b>29</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>413</b>

IMG : internes de médecine générale ; DDT : directeurs de thèse ; DMG : département de médecine générale ; MG : médecins généralistes thésés ; CNGE : Collège national des généralistes enseignants ; Commission : commission de thèse ; TEMG : thèse d'exercice de médecine générale.

**Tableau-annexe 7.3 : Variables d'inférence pour le thème « travail académique », en fonction des acteurs**

VARIABLES D'INFERENCE	ACTEURS						TOTAL
	DDT	IMG	MG	DMG	Commission	CNGE	
<i>Finalisation du 3<sup>ème</sup> cycle des études médicales</i>	3	36	16	3	0	0	58
<i>Thèse d'exercice et non de science</i>	5	18	9	4	1	3	40
<i>Particularité française</i>	0	16	3	0	0	0	19
<i>Cadre juridique</i>	3	15	2	6	0	1	27
<i>Nécessité d'une formation pour s'y préparer</i>	25	38	26	19	6	6	120
<i>Mise en place de dispositifs d'aide à la TEMG</i>	9	8	2	31	5	7	62
<i>Mobilisation des dispositifs existants</i>	16	21	11	23	4	3	78
<i>Contrainte universitaire</i>	5	49	25	3	0	1	83
<i>Exercice difficile</i>	21	43	13	6	2	0	85
<i>Apport pour la pratique professionnelle</i>	17	20	7	23	12	11	90
<i>Sans apport pour la pratique professionnelle</i>	10	36	20	4	0	0	70
<i>Travail personifié</i>	5	11	4	4	2	2	28
<i>Réseau professionnel/multidisciplinarité</i>	13	9	3	6	3	3	37
<i>Possibilité de validation conjointe thèse/mémoire DES</i>	0	13	3	3	2	0	21
<i>Dépense supplémentaire</i>	2	7	4	0	0	0	13
<i>Lourdeur administrative</i>	6	9	5	0	0	0	20
<i>Intérêt pédagogique contesté</i>	4	18	13	0	0	0	35
<i>Règles intra-DMG</i>	4	13	4	7	0	0	28
<i>Médaille mention</i>	0	1	0	4	0	0	5
<b>TOTAL</b>	<b>148</b>	<b>381</b>	<b>170</b>	<b>146</b>	<b>37</b>	<b>37</b>	<b>919</b>

IMG : internes de médecine générale ; DDT : directeurs de thèse ; DMG : département de médecine générale ; MG : médecins généralistes thésés ; CNGE : Collège national des généralistes enseignants ; Commission : commission de thèse ; TEMG : thèse d'exercice de médecine générale.



## Annexe 8 : Résumé accepté pour une communication orale au congrès annuel du CNGE 2019

Titre : Rôle de la thèse d'exercice en médecine générale, perçu par ses différents acteurs. Revue de la littérature et analyse de contenu.

Mots-Clés : recherche, thèse, médecine générale.

Type de résumé : communication orale

Autorisation CNIL : sans objet

Autorisation CPP : sans objet

Auteurs : Kinouani S, Abi Nasr A, Cadwallader JS, Gay B.

**Contexte** : Des travaux ont été menés dans différentes facultés françaises sur le rôle attribué à la thèse d'exercice en médecine générale (TEMG) ainsi que sur le vécu de ses acteurs locaux : internes, directeurs de thèse, jeunes généralistes thésés, enseignants universitaires, etc. Mis en commun et analysés globalement, ces travaux permettront d'avoir une vision d'ensemble sur son rôle dans le projet pédagogique du troisième cycle de médecine générale et d'identifier les potentielles difficultés inhérentes aux divergences entre acteurs. **Objectif** : Explorer le rôle attribué depuis 2004 en France à la TEMG dans le Diplôme d'Études Spécialisées par ses différents acteurs. **Méthode** : Etape 1 (en cours) : revue systématique de la littérature d'après la checklist PRISMA<sup>®</sup>, complétée d'une recherche manuelle à l'aide de documentalistes universitaires. Étape 2 (à venir) : analyse catégorielle thématique de contenu des documents, avec codage manuel par 2 chercheurs. **Résultats** : Etape 1 : 770 documents identifiés, 103 sélectionnés sur titres ou résumés. La lecture intégrale de ces documents est actuellement en cours pour la sélection finale. Etape 2 : à l'issue de l'analyse de contenu, les rôles attribués à la TEMG seront répertoriés, de même que leur occurrence en fonction des acteurs et de la faculté de publication. **Discussion** : Ce travail est le premier à s'intéresser au rôle de la TEMG à une échelle nationale, de façon rétrospective. Quelques documents n'ont pu être inclus dans la revue car non accessibles, malgré des demandes itératives auprès de leurs auteurs (biais de publication). Les résultats permettront cependant de proposer des solutions acceptables et diffusables pour gérer les difficultés identifiées entre ses différents acteurs. Cette explicitation du rôle de la TEMG est d'autant plus importante qu'elle est depuis la dernière réforme des études médicales un exercice obligatoirement dans le champ de la discipline, alors que le nombre de généralistes en mesure d'en diriger reste limité.

## SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à qui quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

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

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

## ABSTRACT

**Introduction.** MD thesis are a French particularity that medical interns defend at the end of their formal education. General practice works have been made about its stakeholders' experience and its role. We have formulated the hypothesis that, examined equally, all these works enable to first, understand the role assigned to the MD thesis in France, and secondarily, to list the difference of opinion between the stakeholders about this role.

**Aim.** Exploring the role assigned to the MD thesis by its stakeholders since the creation of the post-graduate specialist diploma (entitled D.E.S.) in 2004, in France.

**Methods.** A review of the literature has been made, then a category thematic content analysis.

**Results.** Sixty-seven documents were included in the review. At the outcome of their analysis, three roles could have been outlined for the MD thesis: a required academic work (for 41% of the occurrences), a research work (for 40,5%), and a rite of passage (for 18,5%). Six stakeholders were also identified: the medical interns, thesis supervisors, physicians in general practice, General Medicine Departments, thesis commissions and the National College of General Medicine Academics. These stakeholders all considered MD thesis as a collaborative science work that should be enhanced, even if they had sometimes criticised its scientific utility. General Medicine Departments, thesis commissions and National College first regarded the MD thesis as a research work enabling the legitimacy of the discipline; interns and doctors mostly saw it as an academic obligation, with only a symbolic significance, to overcome in order to start their professional career.

**Conclusion.** The MD thesis is assigned to different roles by its stakeholders; the significance of these roles varies according to each stakeholders' rational expectations.

**Keywords:** MD thesis, general practice, systematic review, content analysis.

# RÉSUMÉ

**Introduction** : Les thèses d'exercice sont une particularité française que les internes de médecine soutiennent en fin de formation initiale. Des travaux ont été menés en médecine générale sur le vécu de ses acteurs et son rôle. Nous faisons l'hypothèse qu'analysés en commun, tous ces travaux permettraient i) de comprendre les rôles attribués à la thèse en médecine générale en France et ii) de répertorier les divergences d'opinions entre acteurs sur ce rôle.

**Objectifs** : Explorer le rôle attribué à la thèse d'exercice par ses différents acteurs depuis la création du D.E.S. de médecine générale en 2004.

**Méthodes** : revue systématique de la littérature puis, analyse catégorielle thématique de contenu.

**Résultats** : Soixante-sept documents ont été inclus dans la revue. A l'issue de leur analyse, trois rôles de la thèse d'exercice ont pu être décrits : un travail académique imposé (41 % des occurrences), un travail de recherche (40,5 %), et un rite de passage (18,5 %). Cinq acteurs ont aussi été identifiés : les internes de médecine générale, les directeurs de thèse, les médecins thésés, les départements de médecine générale, les commissions de thèse et le CNGE. Ces acteurs percevaient tous la thèse comme un travail scientifique, collaboratif et devant être valorisé même s'ils critiquaient parfois son intérêt scientifique. Les départements de médecine générale, les commissions de thèse ou le CNGE la considéraient d'abord comme un travail de recherche permettant de légitimer la discipline ; les internes et les médecins thésés la percevaient eux surtout comme une contrainte académique et symbolique à dépasser pour rentrer dans la vie professionnelle.

**Conclusions** : Les acteurs de la thèse d'exercice en médecine générale lui attribuent différents rôles ; l'importance de ces rôles varie en fonction des attentes rationnelles de chaque acteur.

**Mots-clés** : thèse d'exercice, médecine générale, revue systématique, analyse de contenu.

---

**DISCIPLINE** : médecine générale.

**INTITULÉ et ADRESSE de l'UFR** : UFR des sciences médicales de l'université de Bordeaux.  
146, rue léo saignat 33076 Bordeaux Cedex