

Étude comparative des thèses de médecine générale soutenues à la faculté de médecine d'Angers de 1997 à 1999 et de 2007 à 2009

Comparative study of practical theses in primary care submitted at the faculty medicine of Angers from 1997 to 1999 and 2007 to 2009

Hélène BALVA¹, Maurice TANGUY², Serge FANELLO² et François GARNIER¹

¹ Département de Médecine générale, Faculté de médecine, 49045 Angers Cedex, France

² Département Universitaire de santé publique, CHU, 49933 Angers Cedex 9, France

Manuscrit reçu le 29 août 2011 ; commentaires éditoriaux formulés aux auteurs le 9 septembre 2011 ; accepté pour publication le 29 juin 2012

Mots-clés

Médecine générale ;
thèse ; formation

Résumé – Contexte : La médecine générale est une discipline en pleine évolution notamment depuis 2004 avec la création du diplôme d'études spécialisées de médecine générale. **Matériel et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique des thèses de médecine soutenue à la Faculté de médecine d'Angers. Pour chaque thèse recensée ont été notamment recueillies les informations se rapportant à la direction, le contenu et l'éventuelle publication de la thèse dans une revue scientifique. **Résultats :** 255 thèses ont été analysées dont 126 soutenues en 1997–99 (période 1) et 129 en 2007–09 (période 2). On a constaté une augmentation importante du nombre de médecins généralistes directeurs de thèse : de 9 % pour la période 1 à 46 % pour la période 2 ($p < 0,001$). Les thèses dont le sujet était centré sur la médecine générale représentaient 23 % des thèses en période 1 contre 58 % en période 2 ($p < 0,001$). Il s'y associait une diminution des études cliniques avec recueil de données sur dossiers au profit d'études sur la pratique médicale réalisées notamment par entretiens ou questionnaires. La thèse était présentée sous forme d'article dans 4 % des cas en période 1 et 51 % des cas en période 2 ($p < 0,001$). Elle donnait lieu à une publication indexée par *Medline* dans 6,3 % des cas pour la période 1 contre 14 % en période 2 ($p = 0,04$). **Conclusion :** L'étude met en évidence une modification substantielle des thèses tant sur la forme que par le contenu avec des thèmes de recherche correspondant au caractère polyvalent de la médecine générale.

Keywords

General practice;
primary care;
medical training

Abstract – Context: Family practice is changing dramatically and especially in the educational field. The purpose of this study is to assess the evolution of practical dissertations in primary care submitted at the teaching hospital in Angers between two periods with a ten-year interval (1997–99 and 2007–09). **Material and methods:** In a retrospective and comparative study, information was collected on students, thesis directors and jury, dissertation form

(type of study, methods for collecting data, number of pages, article form), contents (topic and thematic trends) as well as eventual publications in scientific journals. **Results:** A statistically significant increase was observed in the number of general practitioners acting as thesis directors between period 1 and 2: 9% to 46% ($p < 0,001$). Family-practice dissertations accounted for 23% in period 1 and 58% in period 2 ($p < 0,001$). The study also indicates a decrease in clinical case reports based on data collected from case files as opposed to best practice studies carried out through questionnaires and interviews. Dissertations were published as scientific papers in 51% of cases in period 2 and 4% in period 1 ($p < 0.001$). Publications listed in *Medline* total 6.3% in period 1 and 14% in period 2 ($p = 0.04$). **Conclusion:** The study highlights major changes in practical theses in primary care both in terms of form and subject with research reflecting the comprehensive aspect of primary care.

Introduction

La médecine générale a longtemps occupé une place singulière dans la hiérarchie médicale, notamment du fait de l'absence de spécification précise et d'enseignement propre^[1]. En 2002 la *World Organization of Family Doctors (WONCA)* Europe a élaboré une définition européenne de la médecine générale/médecine de famille, en indiquant qu'il s'agit du premier recours avec un « accès ouvert et non limité aux usagers » à un « stade précoce et indifférencié du développement des maladies » ; elle assure des « soins continus et longitudinaux » avec une « approche centrée sur la personne » par le biais de « consultations spécifiques » et gère les « problèmes de santé aigus et chroniques » en basant sa « démarche décisionnelle sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires ». Par ailleurs, elle a une « responsabilité de santé publique » notamment en favorisant « la promotion et l'éducation pour la santé », « coordonne les soins » et « répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle »^[2]. Depuis une dizaine d'années, on assiste à une promotion de cet exercice.

En France, les principales étapes ayant conduit à la revalorisation de la discipline de médecine générale peuvent être résumées comme suit : création en 1983 des premiers postes de généralistes enseignants ; création en 1997 d'un stage obligatoire de six mois chez les généralistes durant le troisième cycle ; création en 2004 du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale ; création en 2007 des premiers postes de chefs de clinique et, en 2009, titularisation de professeurs des universités de médecine générale.

On peut ainsi faire l'hypothèse que les changements récents dans l'enseignement et la promotion de la discipline ont eu un impact sur les caractéristiques des thèses pour le diplôme d'état de docteur en médecine des internes de médecine générale. L'objectif de ce travail était de documenter l'évolution des thèses de médecine générale soutenues à faculté de médecine d'Angers durant deux périodes séparées de dix années et encadrant la réforme curriculaire (de 1997 à 1999 et de 2007 à 2009). L'amplitude des périodes (trois années) a été choisie afin de disposer d'un nombre suffisant de thèses pour se prêter à une analyse statistique.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique des thèses pour le diplôme d'état de docteur en médecine – qualification en médecine générale –, soutenues à la faculté de médecine d'Angers.

Inventaire des thèses

Chaque thèse de médecine générale soutenue à la faculté d'Angers du 01/01/1997 au 31/12/1999 (période 1) et du 01/01/2007 au 31/12/2009 (période 2) a été consultée. On dénombrait 126 thèses en période 1 (P1) et 129 en période 2 (P2).

Grille de recueil des données

Pour chaque thèse, les données générales suivantes ont été recueillies : titre, date de soutenance, renseignements

sur le thésard et le directeur de thèse, composition du jury, mention accordée par le jury, valorisation éventuelle (publication dans une revue indexée dans *Medline* ou dans un journal de « médecine générale » ; communication en congrès), orientation de la thèse : « médecine générale » (définition de la WONCA) ou « passerelle » (thème de médecine générale mais population non ambulatoire).

Le contenu spécifique de la thèse a ensuite été analysé au regard des paramètres suivants : population étudiée, discipline étudiée, orientation thématique (anthropologie, clinique, dépistage, diagnostic, éducation, épidémiologie, étude de la pratique, histoire, pédagogie, philosophie, psychologie, sociodémographie, thérapeutique ou autre), type d'étude : (descriptive, analytique, expérimentale ou bibliographique), méthode de recueil des données (prospective ou rétrospective, dossiers, questionnaires ou étude clinique), nombre de pages, format (structure formelle « introduction – matériel et méthodes – résultats [and] discussion – IMRaD –, format d'article).

Méthodes et définitions

La recherche d'une valorisation scientifique de la thèse sous forme de publication a été faite en interrogeant la base de données *Medline* par *Pubmed* en utilisant le nom du thésard, en consultant le site internet du département de médecine générale d'Angers ainsi que les données obtenues par François Moreau^[3] (utilisation en plus d'*ISI Web of Knowledge* et d'un questionnaire aux directeurs). L'indexation *Pubmed* a été recherchée dans « *journals database* ». Le facteur d'impact (*impact factor* – IF) 2008 a été obtenu dans « *Journal citation reports* » d'*ISI Web of Knowledge*.

L'orientation en médecine générale a été analysée en s'appuyant sur la définition de la WONCA^[4]. L'orientation était qualifiée en tant que « passerelle » lorsque le travail de thèse exploitait des données qui n'étaient pas recueillies en contexte ambulatoire mais qu'il présentait un intérêt pour la médecine générale. Pour catégoriser les thèses, nous en avons lu systématiquement le résumé et davantage si nécessaire.

Les journaux « de médecine générale » étaient définis au regard de leur orientation thématique et de

la présence d'un comité de lecture. Les différentes disciplines correspondaient aux dénominations des DES et des diplômes d'études spécialisées complémentaires (DESC)^[5] (hors médecine générale) en y ajoutant l'item « exercice » pour désigner les études sur la formation, les conditions de travail et la relation médecin-patient ou médecin-autre professionnel de santé. En ce qui concerne les différentes orientations thématiques, la plupart des définitions correspondaient à celles du MeSH (*Medical Subject Headings*). Il en était de même pour les définitions des types et sous-types d'études. Une thèse pouvait avoir plusieurs orientations thématiques.

Le format de la thèse était systématiquement précisé sur les thèses présentées après le 29 juin 2007, ceci correspondant à l'item « article déclaré » (format IMRaD et moins de 25 pages). Avant cette date, ont été retenues comme répondant au format « article » les thèses avec une structure IMRaD et un nombre de pages inférieur ou égal à 50 pages.

Les mentions sont attribuées par le jury de la thèse selon un barème indicatif présenté dans le tableau I.

Analyses statistiques

Les analyses ont été effectuées avec le logiciel *Epi Info*[®] version 3.5.1. Il s'agit de comparaisons par le test du Chi² (corrigé ou non en fonction des effectifs) avec un seuil de significativité *p* fixé à 5 %.

Résultats

Comparaison selon les périodes

Les thésards

La moyenne d'âge était de $31,9 \pm 4,4$ ans pour P1 et de $30,1 \pm 3,9$ ans pour P2 ($p = 0,002$). Environ 10 % des étudiants avaient moins de 28 ans lors de la soutenance pour les deux périodes.

Les femmes représentaient 60 % des collectifs de thésards quelle que soit la période. Elles avaient en moyenne $30,7 \pm 2,9$ ans contre $31,5 \pm 4,7$ ans pour les hommes ($p = 0,03$).

Tableau I. Barème indicatif de calcul d'un score, utilisé pour la détermination par le jury de la mention de la thèse pour le diplôme d'état de doctorat en médecine à la faculté de médecine d'Angers.

Points	1	2	3	Score
Type de manuscrit	Revue de la littérature à partir d'un nombre de cas ne permettant pas de statistiques	Analyse de plusieurs cas avec statistiques	Travail original de recherche clinique ou fondamentale	
Publication	Sans	Article prévu ou soumis ou livre publié ou communication orale	Acceptation dans une revue avec comité de lecture en premier ou deuxième auteur	
Soutenance :				
Support de présentation	Sans	Avec	Avec	
Respect du temps	Non	Oui	Oui	
Réponses aux questions	Insuffisantes	Satisfaisantes	Excellentes	
Engagement personnel :				
Travail	Mineur	Partiel	Majeur	
Manuscrit	Modéré	Majeur	Majeur	
Total				

Les critères de la colonne 1 valent un point, ceux de la colonne 2 deux points et ceux de la colonne 3 trois points. Le critère « publication » a un coefficient double. Le total du score peut donc varier de 0 à 15. Un total de points ≥ 13 points permet d'obtenir la mention « félicitations du jury ». Un total de points de 9 à 12 points permet d'obtenir la mention « très honorable ». Un total de points < 9 points permet d'obtenir la mention « honorable ».

La mention

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les mentions obtenues pendant les deux périodes. En moyenne, 53 % des thésards obtenaient la mention très honorable avec félicitations du jury, 42 % la mention très honorable et 5 % la mention honorable.

Le directeur et le jury

La proportion de directeurs de thèses médecins généralistes est passée de 9 % en P1 à 46 % en P2 ($p < 0,001$). Dans le même temps, la proportion de directeurs hospitaliers est passée de 90 % à 58 % ($p < 0,001$) tandis que celle des directeurs universitaires était en moyenne de 37 % pendant les deux

périodes ($p = 0,52$, non significatif). Pendant P1, 17,5 % des jurys comprenaient au moins un médecin généraliste contre 92 % pendant P2 ($p < 0,001$).

La forme

Le nombre moyen de pages a diminué de manière significative de 95 pages en P1 à 55 en P2, en moyenne ($p < 0,001$).

La répartition selon le type d'étude s'est modifiée avec une augmentation des études descriptives (67 en P1 vs. 83 % en P2) et une diminution des études analytiques (22 en P1 vs. 8 % en P2), le pourcentage d'études bibliographiques (6 %) et expérimentales (3 %) restant stable d'une période à l'autre.

La répartition selon le sous-type d'étude a également évolué avec une diminution du rapport de

cas cliniques (29 % en P1 vs. 4 % en P2) et une augmentation des études transversales (28 % en P1 vs. 70 % en P2).

La thèse était déclarée sous le format d'article dans 4 % des cas en P1 et dans 51 % en P2 ($p < 0,001$). La proportion de thèses rédigées dans un format « article » rigoureusement défini, ce qui ne s'appliquait qu'à la P2, était de 20 % pendant cette période.

Concernant les options méthodologiques, on relevait une diminution de l'utilisation des dossiers (67 % en P1 vs. 23 % en P2), une augmentation du recours à des entretiens (4 % en P1 vs. 15 % en P2) ou à des questionnaires (16 % en P1 vs. 44 % en P2).

L'orientation thématique

Trente-deux pour cent des thèses soutenues en P1 étaient à orientation « médecine générale » contre 77,5 % de celle soutenues en P2 ($p < 0,001$). Si l'on excluait les thèses qualifiées de « passerelle », les proportions étaient respectivement de 23 % et 58 % ($p < 0,001$).

En P1, les disciplines dominantes étaient l'oncologie, la pathologie infectieuse, la psychiatrie et la cardiologie. En P2, les disciplines dominantes étaient l'exercice, la gynécologie et la médecine d'urgence, que la thèse ait eu ou non une orientation médecine générale.

La population étudiée évoluait de P1 à P2 avec une diminution des études portant sur les sujets « adultes malades » (de 49 à 37 %) et une augmentation des études portant sur les médecins (de 9 à 20 %).

Entre les deux périodes, on observait : une augmentation des thèses à orientation « étude de la pratique » (de 8 à 32 %), « dépistage » (de 1,5 à 9 %) et « sociodémographique » (de 2,5 à 14 %) ; un taux stable de thèses à orientation anthropologique (en moyenne 1 %), diagnostique (6 %), épidémiologique (21 %), historique (2 %), pédagogique (4 %), philosophique (1 %), psychologique (6 %), thérapeutique (9 %) et éducation (3,5 %) et une diminution des thèses à orientation clinique (de 34 à 8,5 %).

On retrouvait davantage de thèses à orientations multiples en P2 : 19/129 (15 %) vs. 12/126 (9,5 %) en P1.

La valorisation scientifique sous forme de publication

Le taux de publication était de 6,3 % des thèses en P1 contre 27,1 % en P2 ($p < 0,001$). Si on ne considérait que les publications dans les journaux indexés par *Medline*, ce taux passait de 6,3 % en P1 à 14 % en P2 ($p = 0,04$).

Analyses croisées

La mention

Sur l'ensemble des deux périodes, on ne retrouvait pas de corrélation statistiquement significative entre la mention et, respectivement, le sexe de l'auteur, le statut du directeur, l'âge inférieur à 28 ans, le fait d'avoir effectué le second cycle de ses études à Angers, la présence d'un médecin généraliste dans le jury, le fait que la thèse ait eu une orientation en médecine générale, le type de l'étude, la méthode de recueil des données et le format « article ».

Le directeur

Lorsque le directeur était un médecin généraliste, 98,6 % des thèses portaient sur un sujet de médecine générale. De même, les thèses à orientation anthropologique, pédagogique, sociodémographique ou centrées sur la problématique du dépistage étaient plus fréquemment dirigées par des médecins généralistes ($p < 0,05$) (taux respectifs : 70 %, 66 %, 52 % et 64 %). En revanche, les thèses à orientation clinique, thérapeutique ou centrées sur l'étude de la pratique étaient plus souvent dirigées par des spécialistes (respectivement 98 %, 96 % et 56 %).

Avec un directeur médecin généraliste, on notait moins d'études analytiques, bibliographiques ou expérimentales mais plus d'études descriptives. On notait également dans ce cas moins de recueils de données à partir de dossiers ou par la clinique et davantage de recours à des entretiens et des questionnaires ; les disciplines dominantes étant l'exercice (20 %) et la gynécologie (17 %).

Les publications

Pour cet item, l'étude a porté exclusivement sur P2, soit 129 thèses. Parmi celles-ci, on retrouvait 35 thèses ayant fait l'objet de publication dont 18 (51,4 %) dans des journaux indexés par *Medline*.

On ne retrouvait pas de corrélation statistiquement significative entre, respectivement, le sexe, la moyenne d'âge du thésard, un second cycle à Angers et la publication de la thèse (y compris dans un journal indexé).

Parmi les thèses publiées, 80 % ont obtenu les félicitations du jury (89 % pour celles publiées dans un journal indexé), chiffre à comparer avec le pourcentage de 51 % toutes thèses confondues ($p < 0,01$).

On ne retrouvait pas de corrélation entre le statut du directeur de thèse (médecin généraliste, hospitalier ou universitaire) et la publication de la thèse (journal indexé ou non). Il en est de même pour la présence ou non d'un généraliste dans le jury ($p = 0,34$ – NS).

Deux tiers des thèses publiées avaient initialement été rédigées sous forme d'article ($p = 0,04$). Ce taux passait à 78 % pour les publications dans les journaux indexés ($p = 0,03$).

Les thèses publiées portaient principalement sur des sujets « adultes malades » (43 %) et sur les médecins (20 %). Si on s'intéressait exclusivement aux articles publiés dans des journaux indexés, la population « adulte sain » était proportionnellement la plus publiée (23 %), suivie de celle des adolescents (20 %) et des médecins (19 %).

Les thèses publiées traitaient en premier lieu de la santé publique, de la médecine d'urgence, de la pneumologie, puis de la gynécologie et de l'exercice. Ainsi 57 % des thèses traitant de la santé publique, 50 % de celles traitant de la médecine d'urgence, 40 % de celles traitant de la pneumologie, 23 % de celles traitant de la gynécologie et 21 % de celles traitant l'exercice étaient respectivement publiées. Si l'on sélectionnait uniquement les publications dans les journaux indexés, les disciplines dominantes étaient la santé publique et la pneumologie puis la médecine d'urgence et l'exercice.

On ne retrouvait pas de corrélation entre l'orientation « médecine générale » et la publication (journal indexé ou non). Les types d'études les plus publiées

étaient les études sociodémographiques (44 %), diagnostiques (43 %) et les études de la pratique (33 %).

Discussion

Limites de l'étude

Elles concernent essentiellement les classifications et définitions utilisées. Nous avons utilisé la définition de la médecine générale élaborée par la WONCA Europe pour classer les thèses [2]. Chevalier [6] a utilisé cette même définition. Le choix est discutable car la définition est postérieure à P1 mais elle est la plus consensuelle et nous paraît donc la plus adaptée. D'autres travaux [7,8] ont utilisé une définition du Collège national des généralistes enseignants (CNGE), qui est plus ancienne : « la médecine générale est une médecine de soins primaires exercée en ambulatoire, définie par ses fonctions de premier recours, prise en charge globale, continuité et suivi, coordination des soins, santé publique ». Cette définition est équivalente à la précédente qui est plus détaillée. Il est important de noter le caractère strictement ambulatoire définissant la médecine générale. C'est la raison pour laquelle nous avons ajouté l'orientation « passerelle ». Cette orientation est définie par un thème de médecine générale dans une population non ambulatoire. Nous avons fait le choix d'utiliser les dénominations des DES et DESC [5] pour la définition des disciplines. Nous avons ajouté l'item « exercice » qui comprend des études sur la formation, les conditions de travail et le relationnel médecin-patient ou médecin-autre professionnel de santé. Il est important de noter que la médecine générale ne fait volontairement pas partie de ce classement pour ne pas définir celle-ci « par défaut » et pour explorer les différentes disciplines abordées.

Il n'y avait pas de référentiel pour la classification thématique des thèses. Deux travaux de thèses sur ce thème [7,9] utilisent le plan du livre du CNGE de 1996. L'auteur, Remacle, reconnaît lui-même que ce plan n'est pas conçu pour classer des travaux et qu'il est assez complexe. Bourrel propose une liste de domaines au nombre de 11 (il ne s'agit pas d'une

classification mais d'une illustration de la diversité des thèmes étudiés dans les thèses de médecine générale)^[10]. Chevalier^[6] a développé dans sa thèse une grille d'analyse des résumés de thèses. Celle-ci organise les orientations thématiques en 16 points. Notre classification a été créée au fur et à mesure des lectures des thèses, cette méthode empirique de création de grille ayant été empruntée à certaines orientations développées en sciences sociales^[11]. Elle présente 14 items dont sept sont communs avec la liste de Bourrel ; en effet, nous avons préféré séparer certains items, notamment le dépistage et l'éducation ou les stratégies diagnostiques et thérapeutiques. De même, certains items de notre classification sont identiques à celle de Chevalier mais sa grille ne nous semble pas permettre de délimiter facilement les orientations thématiques et donc de documenter la diversité des thèmes abordés en médecine générale. Pour plus de clarté, les définitions ont, pour partie, été traduites des définitions du MeSH.

Il n'y avait pas non plus de liste définie des journaux de médecine générale. En cherchant « *primary health care* » dans le groupe « *journal subject items* » de la base *Medline* interrogée par Pubmed, on obtient une liste très limitée de revues qui sont toutes étrangères. On constate donc un vrai déficit de revues françaises indexées dans le domaine de la médecine générale. Il est à noter qu'il y a parfois un biais de classement ; par exemple, dans *ISI Web of Knowledge*, « médecine générale » et « médecine interne » sont classées en même temps. Nous avons choisi de définir les revues de médecine générale par leur thème (médecine générale selon la définition de la WONCA) et la présence d'un comité de lecture.

Comparaison des résultats avec les données de la littérature et hypothèses induites

Les thésards

La moyenne d'âge des auteurs de thèses de P2 concorde avec les données de l'étude de Chevalier^[6], portant de 2005 à 2007 et effectuées à la faculté de médecine de l'Université Paris Descartes (30,6 ans).

On constate qu'à dix ans d'intervalle, les thésards sont plus jeunes (d'environ deux ans), alors que dans le même temps la durée du troisième cycle s'est allongée. On peut évoquer comme raison le désir des enseignants de faire réaliser les thèses durant l'interne, ainsi que la réduction – dans l'inter période – du nombre d'années pendant lesquelles il est possible de soutenir sa thèse en post interne.

Le taux de féminisation trouvé dans notre étude (60 %), sans différence d'une période à l'autre, concorde avec ceux retrouvés dans les études de Morinai en 2002 à Angers^[7] (67 % de thésards de sexe féminin), de Chevalier^[6] (66 %) à Paris ou celle d'Inesta^[8] portant sur les thèses soutenues de 2005 à 2008 à Rennes (61%). Ces chiffres sont à rapprocher du taux de féminisation de la profession, atteignant 57 % en 2004 pour la tranche d'âge des moins de 34 ans.

Le directeur et le jury

Le pourcentage de directeurs médecins généralistes augmente nettement entre les deux périodes passant de 9 % à 46 % en 10 ans. L'étude de Chevalier^[6] retrouvait un quasi doublement en deux ans seulement (24 % en 2005 et 40 % en 2007). L'accélération semble très récente puisqu'à Angers, en 2002, ce taux était encore de 10 %^[8]. En 2008, il s'est établi à 57 %.

La présence d'un médecin généraliste au sein du jury est également récente. En 2002, Morinai^[7] retrouvait moins d'un tiers des jurys comportant au moins un médecin généraliste, ce pourcentage étant de 44 % dans l'étude de Levasseur^[9] à Rennes. Cette augmentation est bien sûr corrélée au fait que le directeur soit un médecin généraliste mais pas uniquement puisqu'en 2009, à Angers, seuls trois jurys de thèses (7 %) ne comprenaient pas de médecin généraliste. Le département de médecine générale a mis récemment en place une procédure d'acceptation de thèse et les thésards de médecine générale ont désormais l'obligation que leur jury de thèse comporte au moins un médecin généraliste. La participation des médecins généralistes dans l'élaboration des thèses fait en effet partie de l'expertise généraliste et cette nette augmentation est particulièrement importante pour le développement de la recherche en médecine générale.

La forme

Le nombre moyen de pages passe de 95 en P1 à 55 en P2. La promotion par la faculté de médecine du format « article » pour la thèse – en vue d’une publication – explique grandement cette évolution. Ainsi Nougai-rède, dans son étude menée sur les thèses soutenues à l’Université Paris 7 de 2006 à 2007^[10] trouve que 19 % des thèses de médecine générale sont sous forme d’article. Dans notre étude, en reprenant ces critères, on retrouve un pourcentage de 20 % de thèses sou-mises sous forme d’article.

En ce qui concerne le type d’étude, on observe entre les deux périodes une augmentation des études descriptives et une diminution des études expérimentales et analytiques. Cette évolution est retrouvée par Chevalier^[6], qui remarque également une diminution du recueil de données à partir de dossiers et une augmentation du recours à des entretiens et des questionnaires. Inesta^[8] note une augmentation du recours à des questionnaires et des entretiens lorsque le sujet de la thèse est la médecine générale. Ceci peut s’expliquer par l’intérêt pour une « approche centrée sur la personne » définissant la discipline^[2]. En effet, les études qualitatives recourant à des entretiens (groupes de discussion focalisée ou entretiens semi dirigés) permettent une étude des relations, comportements, interactions et représentations^[12]. En outre, la diminution des études à partir de dossiers, des études de cohorte et de cas cliniques pourrait s’expliquer par l’hétérogénéité des dossiers médicaux tenus par les médecins généralistes (format papier ou logiciels informatiques multiples) et par le manque de réseaux permettant la formation de cohortes. Par ailleurs, la volonté du département de médecine générale d’encadrer les thèses permet la promotion et l’évaluation de la discipline par le biais d’études qualitatives. L’approche du patient avec les méthodes des sciences humaines pourrait illustrer une meilleure compréhension des particularités de la médecine générale par cette nouvelle génération d’étudiants.

L’orientation thématique

Les taux observés dans la littérature concernant l’orientation médecine générale sont variables. Ils

dépendent de la définition mais aussi du mode de sélection (titre, mots clés, lecture du résumé, thème ou présence de l’expression « médecine générale »). Poisson-Halgand^[5] en 1998, à la faculté de médecine Lariboisière à Paris donne un taux de 25 % en utilisant la définition du CNGE, qui correspond au chiffre de notre P1 en excluant les thèses passerelles (ambula-toire strict). Levasseur^[9] recherche l’expression médecine générale (et d’autres associées) dans le titre et les mots-clés de toutes les thèses de médecine de 1991 à 2000 de quatre facultés et retrouve moins de 5 % de réponses positives mais avec une progression constante au cours des années. De même, Remacle^[4] utilise la définition du CNGE, le titre et les mots-clés et dénombre 5 % de thèses orientées ainsi en 1997 et 11 % en 2000. Par contre, Morinais^[7], avec la même définition mais en étudiant globalement les thèses, trouve un taux de 50 % pour l’année 2002.

Même si les années et les lieux sont différents, il semble donc que les résumés et les mots-clés des thèses soient peu informatifs. Dans tous les cas, on constate une augmentation au fil du temps des thèses orientées thématiquement en médecine générale. Il faut noter qu’à Angers, depuis mai 2007, le département de médecine générale reçoit un exemplaire de la fiche de projet de thèse. Il peut refuser le projet ou émettre des propositions de modification pour que le projet corresponde à un thème de médecine générale.

Au cours de P1, l’orientation disciplinaire est dominée par la cardiologie, l’oncologie, la psychiatrie et la pathologie infectieuse. En P2, les disciplines principales sont l’exercice, la gynécologie et la médecine d’urgence. On peut constater que les disciplines dominantes de P2 correspondent à des stages obligatoires dans le cursus des étudiants.

En outre, l’augmentation des thèses concernant l’exercice révèle un véritable questionnement sur les choix de vie. Les étudiants, lors de leurs stages en ambulatoire, suivent plusieurs médecins et découvrent ainsi différents modes d’exercice. Ils réalisent alors que la proximité du médecin généraliste avec ses patients est un atout et fait partie intégrante de la médecine générale, mais qu’elle peut aussi devenir source d’épuisement physique et psychologique. Ainsi, dans une étude de 2004 portant sur l’épuisement professionnel, la première cause de « *burn-out* »

évoquée par les médecins généralistes interrogés portait sur l'exigence des patients^[11]. C'est une des raisons pour lesquelles de plus en plus de thèses s'intéressent au mode d'exercice, à la qualité de vie et au ressenti des médecins ; on peut également évoquer le désir pour les futurs médecins généralistes de promouvoir un mode d'exercice qu'ils ont choisi après des années de pratique hospitalière.

On peut s'interroger sur la diminution de la proportion de thèses concernant la pédiatrie et l'augmentation de celles concernant la pneumologie. Pour la pédiatrie, on peut penser à un biais d'indexation car parfois la population étudiée est cotée « pédiatrie » mais la discipline est différente : ainsi des thèses ayant pour thème la « pédiatrie » se retrouvent dans les thèses d'exercice de la médecine et de dépistage. Cependant, on assiste tout de même à une diminution du nombre d'études concernant la population pédiatrique de 15 % en P1 à 8 % en P2. Il est à noter que Chevalier^[6] retrouve également cette diminution (11 % en 2005 et 7,7 % en 2007).

En ce qui concerne l'augmentation des études ayant pour thème la pneumologie, il s'agit essentiellement de l'accroissement du nombre d'études liées à deux questions majeures de santé publique : le tabagisme et les maladies allergiques comme l'asthme. Ces préoccupations sur le tabac viennent en écho à la politique de santé publique avec notamment le plan gouvernemental 2004–2008 de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool et la conception du tabagisme comme une « épidémie ».

On constate une augmentation du nombre de thèses traitant du dépistage. Ceci semble correspondre au rôle d'acteur de santé publique du médecin généraliste. Les thèses à orientation sociodémographique sont également plus nombreuses en P1 qu'en P2. Il en est de même dans l'étude d'Inesta^[8] qui trouve que 25 % des thèses à orientation en médecine générale ont une thématique sociologique.

En P2, 32 % des thèses sont des études de la pratique. Celles-ci sont souvent des comparaisons avec les recommandations. En effet, lors de son stage en ambulatoire, l'étudiant se rend compte de la difficulté à appliquer les recommandations. Certes, il y a parfois un manque de connaissances ou de moyens techniques, mais surtout, en ambulatoire, le patient

formule ses attentes et ses demandes et *in fine* est libre de ses choix. Aussi, ce décalage entre « le souhaitable » et « le possible » interroge les internes et il les incite à proposer des arbres décisionnels dans la prise en charge d'une pathologie en ambulatoire^[13]. Deux études canadiennes^[14,15] soulignent que les médecins généralistes sont majoritairement favorables à l'application des recommandations mais que les exigences et désirs du patient peuvent modifier l'attitude du praticien. D'autre part, on constate en P2 un plus grand nombre de thèses à orientations multiples, en lien avec la notion d'approche globale du patient.

En dix ans, le pourcentage de thèses interrogeant des médecins passe de 9 à 20 %. On retrouve dans les autres études françaises des pourcentages concordants : 10 % en 2002^[7] et 23 % en 2007^[6]. Ceci correspond à l'augmentation du nombre de thèses traitant de l'exercice et des études de la pratique ; le mode a également changé avec l'apparition d'entretiens semi-directifs. Le développement d'une recherche spécifique permet de valoriser la médecine générale ; elle a pour corollaire la participation active des médecins généralistes dans l'encadrement des thèses.

La valorisation scientifique sous forme de publication

Pour la recherche des publications, il faut noter un biais de sélection puisque pour P1, la recherche a été réalisée uniquement en interrogeant *Medline* par *PubMed*, alors que pour P2, nous avons également utilisé la base de données de Moreau^[3] et le site Internet du département de médecine générale de la faculté de médecine d'Angers, qui ont permis d'accéder à quelques publications supplémentaires.

Cependant si on se restreint aux seules publications dans des journaux indexés par *Medline*, on obtient tout de même un accroissement du taux de publication de 6,3 % à 14 % entre P1 et P2. Ceci correspond aux résultats de l'étude de Moreau^[3] qui, dans la même ville mais sur la période de 2004 à 2008, retrouve un taux de publications indexées des thèses de médecine générale de 11 %. On constate qu'il y a relativement peu de publications dans des revues indexées de thèses portant sur l'exercice, probablement en raison d'un déficit de journaux de médecine générale français indexés.

Analyses croisées

Sur ces deux périodes, on ne retrouvait pas de corrélation statistiquement significative entre la mention et le sexe de l'auteur, le statut du directeur, l'âge inférieur à 28 ans, un second cycle à Angers, un médecin généraliste dans le jury, le fait que la thèse ait eu une orientation en médecine générale, le type de l'étude, la méthode de recueil des données et le format article.

Bien que le mode d'attribution des mentions dépende depuis 2006 d'un barème qui valorise les publications soumises à une revue scientifique, le taux de mention n'a que peu évolué entre les deux périodes. Ceci suggère que ce barème, conçu par des spécialistes, est peut être peu adapté aux thèses de médecine générale qui ont vu leur qualité et leur spécificité évoluer considérablement pendant ce laps de temps. Il conviendrait alors d'ajouter à la grille les termes concernant la recherche épidémiologique, les recherches centrées sur l'amélioration des pratiques médicales, l'approche du patient et d'ajouter un chapitre sur les méthodes utilisées, en particulier celles relevant des sciences humaines^[16].

Conclusion

Cette étude met en lumière une évolution majeure des thèses de médecine générale soutenues à la faculté de médecine d'Angers, aussi bien sur la forme (format de la thèse), les acteurs (directeur médecin généraliste, composition du jury), le type d'étude (population concernée, mode de recueil de données), l'orientation thématique et la discipline concernée. Ces modifications correspondent à un désir de recherche en ambulatoire sur des domaines aussi bien médicaux – au sens strict – que relatifs aux sciences humaines en santé. C'est dans cette diversité que résident la complexité et la richesse de la médecine générale. Ce travail a également été l'occasion de constituer l'ébauche d'une grille simple de classification des thèses de médecine générale.

Contributions des auteurs :

Hélène Balva est l'auteur de la thèse à partir de laquelle cet article a été élaboré. Maurice Tanguy et Serge Fanello ont participé à la méthodologie et à la rédaction du manuscrit. François Garnier a dirigé le travail de thèse.

Références

1. Bloy G, Schweyer F-X. Singuliers généralistes, sociologie de la médecine générale. Rennes : Presses de l'EHESP ; 2010.
2. WONCA Europe 2002. La définition européenne de la médecine générale, médecine de famille. 2002 [On-line] Disponible sur : <http://www.woncaeurope.org/Web%20documents/Euro-pean%20Definition%20of%20family%20medicine/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
3. Moreau F. Évaluation de la production scientifique issue des thèses de médecine soutenues à la faculté de médecine d'Angers entre 2002 et 2008 (thèse pour le diplôme d'état de doctorat en médecine). Université d'Angers ; 2010.
4. Remacle A. La thèse en médecine générale, analyse descriptive des thèses de médecine générale soutenues à l'université Bordeaux 2-Victor Segalen de 1995 à 2000 (thèse pour le diplôme d'état de doctorat en médecine). Université de Bordeaux 2 ; 2002.
5. Poisson-Halgand B. La thèse en médecine générale, à propos d'une étude qualitative du répertoire national des thèses (thèse). Université de Paris 7 ; 1998
6. Chevalier M. Analyse des thèses d'exercice soutenues par les internes en médecine générale de la faculté de médecine de Paris Descartes de janvier 2005 à décembre 2007 (thèse pour le diplôme d'état de doctorat en médecine). Université de Paris 5 ; 2009.
7. Morinai E. Audit des thèses de médecine générale soutenues en 2002 à Angers (thèse). Angers ; 2004.
8. Inesta S. Analyse des thèses soutenues par les résidents et internes de médecine générale de l'UFR de Rennes entre 2005 et 2008 (thèse pour le diplôme d'état de

- doctorat en médecine). Université de Rennes 1 ; 2009.
9. Levasseur G, Schweyer F-X. La recherche en médecine générale, à travers les thèses de médecine. *Santé publique* 2003;15:203-12.
 10. Nougairede P. Étude PubliThèse : taux d'exploitation des thèses en médecine générale au sein de la faculté Denis Diderot Paris 7 (thèse pour le diplôme d'état de doctorat en médecine). Université de Paris 7; 2009.
 11. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. *Presse Med* 2004;33:569-74.
 12. Malterud K. The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers. *Lancet* 2001;358:397-400.
 13. Franchet-Gonfroy L, Cailliez E, Paré F, Fanello S. Usage d'un arbre diagnostique concernant la suspicion de thrombose veineuse profonde en médecine générale. Résultats d'une enquête auprès d'un groupe de médecins généralistes de la Manche. *Angéiologie* 2008; 60,3:43-53
 14. Tracy CS, Dantas GC, Upshur RE. Evidence-based medicine in primary care: qualitative study of family physicians. *BMC Family Practice* 2003,4:6
 15. Tracy CS, Dantas GC, Moineddin R, Upshur RE. The nexus of evidence, context, and patient preferences in primary care: postal survey of Canadian family physicians. *BMC Family Practice* 2003,4:13.
 16. Gallois P. L'indispensable expertise généraliste. *Médecine* 2008;4:4-5.
-
- Correspondance et offprints : Maurice Tanguy. Département universitaire de santé publique – Centre hospitalier universitaire 49933 Angers Cedex 9, France. Mailto : mtanguy@gmail.com